Obsah

1 ÚVOD 4

2 TEORETICKÁ ČÁST 6

2.1 Poruchy autistického spektra (PAS) 6

2.1.1 Charakteristika poruch autistického spektra 6

2.1.2 Historický vývoj poruch autistického spektra 7

2.1.3 Etiologie poruch autistického spektra 8

2.1.4 Autistická triáda 9

2.1.4.1 Komunikace 9

2.1.4.2 Sociální interakce 12

2.1.4.3 Představivost 15

2.1.5 Klasifikace poruch autistického spektra 16

2.2 Problémové chování 21

2.2.1 Příčiny problémového chování u dětí s PAS 22

2.2.2 Agrese 23

2.2.2.1 Etiologie agrese 24

2.2.2.2 Typy agrese 25

2.2.2.3 Výskyt a příčiny vzniku agresivního chování 26

2.2.3 Sebepoškozování 27

2.2.4 Problémy se spánkem a jídlem 28

2.2.5 Problémy v sexuálním chování 28

3 EMPIRICKÁ ČÁST 30

3.1 Popis problému, cíle a teze výzkumu 30

3.2 Použité výzkumné metody 30

3.2.1 Pozorování 30

3.2.2 Rozhovor 32

3.2.3 Analýza dokumentů 33

3.3 Popis terénu 33

3.4 Popis zkoumaného vzorku 34

3.5 Realizace výzkumného šetření 34

3.6 Kazuistiky 34

3.6.1 Kazuistika M. 34

3.6.2 Kazuistika J. 39

3.7 Prezentace výsledků 42

3.7.1 Analýza pozorování 42

3.7.1.1 Chlapec M. 43
3.7.1.2 Chlapec J. 44
3.7.2 Analýza rozhovorů 46
3.7.2.1 Rozhovor s otcem chlapce M. 47
3.7.2.2 Rozhovor s matkou chlapce J. 49
3.8 Vyhodnocení výsledků 51
3.9 Vyhodnocení tezí a cílů 54
4 DISKUZE 56
5 ZÁVĚR 58
POUŽITÁ LITERATURA 59

1 ÚVOD

O autismu se v poslední době dozvídáme stále více, i tak ale není tato problematika dostatečně probádaná. V minulosti bylo toto téma inspirací několika filmů, jako je Rain Man, či méně známý film Po Tomášovi. Po Tomášovi je film o malém zlobivém chlapci s autismem, se kterým si rodiče neví rady kvůli vzniklé komunikační bariéře. Jednoho dne chlapci pořídí psa jménem Tomáš a chlapec do svého světa pejska pustí. Tento film jsem viděla asi před pěti lety a zanechal ve mně velkou stopu. Asi i proto jsem si téma autismu zvolila a chtěla jsem se více ponořit do jeho problematiky. Svět dětí s autismem mě oslovil natolik, že jsem se stala nejdříve dobrovolnicí, posléze osobní asistentkou v Asociaci pomáhající lidem s autismem (APLA). Nyní se můj svět točí okolo jejich světa a jsem za to moc ráda. Snažím se mu porozumět, ale každé dítě je jiné, i když mají stejnou diagnózu. A proto není snadné obecně říci, proč se někteří chovají problémově. Příčiny problémového chování a jeho projevy se právě ve své práci budu snažit zjistit na dvou případech chlapců.

V první sekci teoretické části jsem se zaměřila na uvedení do problematiky autismu, kde objasňuji, o jaký typ postižení se jedná a jeho zařazení do poruch autistického spektra. Krátce se věnuji i historii a etiologii autismu, která zatím není zcela známá a nedá se jednoznačně říci, co poruchu autistického spektra způsobuje. Poruchu více objasňuji v kapitole autistická triáda, která je pro lidi s autismem typická. Na konci ještě uvádím klasifikaci poruch a jejich podrobnější charakteristiku.

Ve druhé kapitole teoretické části se věnuji problémovému chování, jeho příčinám u dětí s PAS a typům projevu. Více rozepisuji problematiku agrese, která se objevila u obou mnou pozorovaných chlapců. Teoretická část je podložena odbornou literaturou, které je na zvolené téma sice dostatek, ale žádná se nezabývá přímo touto otázkou.

V praktické části jsem si zvolila za cíl prozkoumat problémové chování u dětí s PAS, především zjistit příčiny jejich chování a jaké typy problémového chování se u nich vyskytují. Výzkumné šetření jsem prováděla u dvou chlapců podobného věku, kteří mají diagnózu infantilní autismus. V empirické části provádím analýzu pozorování obou chlapců a analýzu rozhovorů s rodiči podpořené ukázkami. Na základě všech dostupných informací jsem utvořila tabulku, kde problémové chování u chlapců prezentuji a níže popisuji textem.

Pro výzkum jsem zvolila metody kvalitativního výzkumu – pozorování, rozhovor s rodiči, analýzu dokumentů a studium odborné literatury. Tyto metody podrobněji popisuji v kapitole 3.2.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Poruchy autistického spektra (PAS)

Lidé s autismem žijí ve svém vlastním světě. Uzavřeli se do něj, protože svět těch druhých lidí jim připadá plný chaosu, příliš rychlý, nespolehlivý a nepředvídatelný. Často se uchylují k rituálům a stereotypům, čímž získávají klid a řád. Na lidi kolem sebe působí neurvalým dojmem. Většina lidí, když vidí osobu s autismem, si myslí, že jsou nevychovaní. Přitom je jejich chování jen reakcí na narušení jejich světa, někdo k nim vtrhl a chce po nich něco, co považují za zbytečné.

Dalo by se polemizovat o tom, zda je autismus opravdovou nemocí. Někteří autoři vidí autismus jako jiný svět, jako vlastní kulturu. Považují jej za krásný, zajímavý a zároveň zvláštní. Žena s vysoce funkčním autismem Temple Grandin sama sebe popisuje jako „antropologa na Marsu“. Sami autisté na sebe často nenahlížejí jako na nemocné, ale vidí se jako cizinci na jiné planetě, které se snaží přizpůsobit, jelikož to po nich jejich okolí požaduje. I když někteří autoři považují autismus za jistou subkulturu, podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) však autismus spadá mezi pervazivní vývojové poruchy a takto se k němu budeme vztahovat také v této práci.

2.1.1 Charakteristika poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra spadají do pervazivních vývojových poruch, které patří mezi nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje. MKN-10 definuje pervazivní vývojové poruchy takto: „Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.” (MKN-10, 2012, s. 248) Pojem pervazivní znamená, že hluboce postihuje všechny složky osobnosti, je všepronikající. Poruchy autistického spektra jsou celoživotním postižením a často velmi devastujícím. Narušeny jsou především tyto tři oblasti: komunikace, sociální interakce a představivost. Tato porucha je vrozená a vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem autismu je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. V České republice žije okolo 15-20000 osob s autismem,

přičemž každý rok se narodí 200 dětí s PAS (http://www.praha.apla.cz/autismus-2.html).

Poruchy autistického spektra je možné diagnostikovat už během raného dětství, obvykle se projeví v prvních letech života. Diagnóza se určuje na základě projevů autistické triády, tedy podle chování dítěte. Správně diagnostikovat PAS je však poměrně obtížné, především kvůli rozsáhlosti a různorodosti symptomatiky, dalším problémem je četnost a síla projevu symptomů, některé mohou dokonce chybět. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Děti s PAS bychom mohli dále rozdělit na nízkofunkční, středněfunkční a vysocefunkční. Děti s vysocefunkčním autismem mají zvláštní, nepřiměřené sociální chování, jsou komunikativní, často ale ulpívají na tématech a používají verbální rituály. Podobně jsou na tom i se hrou, mívají problémy porozumět pravidlům. Intelektově mohou být nadprůměrní až průměrní, mívají ale snížené sociální IQ. Středněfunkční autisté mají sníženou schopnost navazovat kontakty, bývají uzavření. Stejně tak mají sníženou schopnost komunikace, zaměňují zájmena a často nefunkčně opakují slova. Ve hře se vyskytují pohybové stereotypie a prvky konstrukční hry. Děti bývají v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace a mají problémy se přizpůsobit nově vzniklým podmínkám. Děti s nízkofunkčním autismem jsou hodně uzavřené, vůbec nebo jen velmi málo navazují kontakty. Neumí vytvářet věty, většinou nemluví vůbec, používají většinou jen skřeky a zvuky. Intelektově se nachází v pásmu těžké až hluboké mentální retardace. Ve své práci budu popisovat chování převážně středněfunkčních autistů, jelikož v empirické části jsem pracovala právě s klienty na této úrovni postižení.

2.1.2 Historický vývoj poruch autistického spektra

Do počátku 20. století nebyly děti s autistickou poruchou sledovány. Projevy podobné nynějšímu autismu byly zařazovány mezi schizofrenní poruchy. Až později se přišlo na to, že se lidé s autismem velmi liší od lidí s mentální retardací či schizofrenií. Za první průkopnickou práci se považuje zpráva rakouského pedagoga Theodora Hellera. Ve své práci popsal poruchu zvanou infantilní demence, která je dnes označována v MKN-10 (2012) jako Jiná dětská dezintegrační porucha.

Až téměř v polovině 20. století přišel se svou koncepcí americký psychiatr Leo Kanner, který se zřejmě nejvíce zasloužil o vznik autistických poruch. Všiml si

zvláštního chování u skupinky dětí, které se chovaly osaměle, byly pohlceny vlastním vnitřním světem, nezajímaly se o okolní prostředí, byly neschopné lásky či přátelství. Pro toto chování zvolil název, který pochází z řeckého slova „autos“, tedy „sám“. Vůbec jako první použil tento název v roce 1911 Eugen Bleuler, ten však narozdíl od Kannera tímto názvem popsal schizofrenní stažení se do vlastního světa.

Téměř ve stejné době, aniž by o Kannerovi věděl, publikoval vídeňský pediatr Hans Asperger kazuistiky čtyř pacientů. Aspergerovi pacienti se vyznačovali podobnými symptomy jako u Kannera, ale měli lépe rozvinutou řeč a inteligenci v pásmu normy až nadprůměru. Dále se projevovali velmi stereotypními, omezenými zájmy a motorickou neobratností. Jeho pojem „autistická psychopatie“, později (po smrti H. Aspergera) nahradila Lorna Wingová termínem „Aspergerův syndrom“. Právě Wingová se velmi zasloužila o rozšíření poznatků z psychopatologie autistických poruch, sepsala mnoho odborných knih a příruček pro rodiče dětí s autismem. Dále popsala čtyři typy sociální interakce u lidí s PAS, o kterých se podrobněji zmiňuji v kapitole Autistická triáda (kapitola 2.1.4).

Především díky pracím Kannera a Aspergera se i širší odborná společnost začala o autismus zajímat. Později se porucha začala více diferencovat a určila se přesnější pravidla pro její diagnostiku. (Hrdlička, Komárek, 2004; Thorová 2006)

Thorová (2006, s. 59) píše, že: „...obtížnost v zařazování dětí do určité kategorie pervazivních vývojových poruch a jejich překrývání vyvolaly v praxi potřebu vzniku všeobecného termínu, který by zastřešil děti s co nejširší škálou i mírou symptomů. Ve světě se rozšířil a je v současné době běžně používán termín poruchy autistického spektra (PAS).“

2.1.3 Etiologie poruch autistického spektra

V současné době stále ještě není jasné, co stojí za vznikem většiny poruch autistického spektra (u Rettova syndromu je etiologie známa – jedná se o genetickou poruchu). Názor, který je již naštěstí překonán, vznikl na základě zkoumání Leo Kannera, který i když zpočátku zastával názor vrozené dispozice, došel později k závěru, že porucha je způsobená nedostatečně láskyplnou výchovou rodičů. Vznikl pojem „matka lednička“, a tak vzešlo do podvědomí celé společnosti, že za poruchu mohou chladní, sobečtí rodiče, kteří nejeví o dítě zájem. Celá 50. a 60. léta Kannerova teorie traumatizovala rodiče, kterým se vnutilo, že za postižení jejich dítěte mohou

oni. Mezi další zastánce teorie, že viníkem jsou rodiče, patřila zejména Margaret Mahlerová a Bruno Bettleheim.

Později Van Krevelen kritizoval Kannerovu teorii vzniku autismu a považoval za nutné zkoumat organickou příčinu poruchy. Americký psycholog Rimland definoval autismus jako neurobiologickou poruchu organického původu.

Za možnou příčinu poruchy je považována dědičnost a genetický faktor. Pro tento opodstatněný názor hovoří výsledky výzkumů jednovaječných a dvojvaječných dvojčat s PAS a rodin, kde se porucha vyskytuje u dvou až tří sourozenců nebo v příbuzenstvu. V běžné populaci se autismus vyskytuje zhruba v 0,1-0,4 %. Spolu výskyt u sourozenců je udáván na 2-3 %, u jednovaječných dvojčat je výskyt velmi vysoký, tj. 70-90 %. Z výsledků výzkumů na dvojčatech a sourozencích vědci odhadují, že genetické faktory se podílí na vzniku poruchy autistického spektra v 91-93 %.

Dalším etiologickým faktorem může být rané poškození mozku. Z výzkumů se dozvíme, že velké množství dětí s autismem, utrpělo během těhotenství, porodu nebo těsně po porodu poškození mozku. U Aspergerova syndromu jsou potíže během těhotenství velmi časté. Stejně tak se zvyšuje riziko vzniku poruchy u dětí, které prodělaly nějakou infekci, jako jsou například zarděnky v těhotenství matky nebo herpes virus během prvních let života.

Dnes se poruchy autistického spektra berou jako neurovývojová porucha na neurobiologickém základě. Jsou považovány za vrozené, specifické projevy dítěte nejsou způsobeny chybným výchovným vedením. Z neuropsychologického hlediska jde o problémy s vnímáním a zpracováním informací. (Thorová, 2006; Hrdlička, Komárek, 2004; Gillberg, Peeters, 2003)

2.1.4 Autistická triáda

Ačkoli se autismus projevuje v mnoha oblastech, nejčastěji se diagnostikuje podle triády problémových oblastí, kam patří: komunikace, sociální interakce a představivost, kam autoři často zařazují stereotypní chování.

2.1.4.1 Komunikace

„Trvalo mi léta, než jsem pochopila, že lidé, kteří ke mně mluví, se dožadují mé pozornosti. Byla jsem často otrávená, když jsem si uvědomila, že očekávají mou účast... protože to narušovalo můj klid... Mluvit je pro mne stále velmi obtížné a někdy dokonce nemožné... Občas mám ve své hlavě ta správná slova, ale nějak je nedokážu vyslovit... Někdy je vyslovím, ale pak to nejsou ta správná slova. Někdy se zoufale snažím něco říci, ale nemohu, a pak je frustrace strašlivá. Chce se mi kopat do věcí i lidí, házet věci... křičet. Je strašně těžké pamatovat si jména lidí... a stále se mi pletou názvy věcí s podobnou funkcí (například vidlička a nůž, sukně a šaty)... Je také nesmírně těžké porozumět slovům, která znějí podobně... Nejste si vědomi, že slova se dají používat různě, že lze měnit hlas a že určitá věc se dá sdělit různým způsobem... už jsem byla na studiích, když jsem si uvědomila, že není jen jediná možnost, jak vyjádřit nějaké sdělení... Někdy si donekonečna opakuji určitá slova, cítím se pak mnohem bezpečněji... začala jsem si opakovat celé věty přesně tak, jak jsem je slyšela. Myslím si, že jedině tak jsem schopná si jedno nebo dvě slova zapamatovat a pochopit.“ (Jolliffe a kol. in Howlin, 2005, s. 44)

Komunikace je jednou z hlavních potřeb člověka, je důležitým prostředkem, díky kterému se přiřazuje věcem význam. Díky komunikaci je význam přenášen z jedné osoby na druhou. Častým příznakem PAS bývá opoždění či úplné chybění mluvené řeči. Paul (in Thorová, 2006) udává, že zhruba polovina dětí s PAS si nikdy neosvojí řeč na takové úrovni, aby mohly komunikovat s okolím. Když už si dítě s autismem řeč osvojí, vyskytují se v ní četné abnormality. Mívají problémy s porozuměním (receptivní složka) a s vyjadřováním (expresivní složka), na úrovni verbální i neverbální. U poruch autistického spektra bývá komunikace nejméně narušena u lidí s diagnózou Aspergerův syndrom (více viz kapitola Klasifikace PAS).

Problémy s porozuměním a chápáním řeči

Většina lidí má pochopení řeči na vyšší úrovni než je jejich úroveň vyjadřovacích schopností. U autistů je to však spíše naopak. Autisté zdánlivě dobře hovoří, mají dobrou slovní zásobu, ale jsou tu velké problémy s porozuměním, obvykle v sociálním kontextu či v abstraktních pojmech. Neurčité či nepřesné odpovědi jako „možná“ a „brzy“ mohou vyvolávat v autistech úzkost, chtějí dostat přesnější odpověď. Autisté nejsou schopni vcítit se do druhých, pochopit jejich emoce nebo dokonce cítit fyzickou bolest (Howlin, 2005). Mylně se lidé domnívají, že lidé s autismem nechápou humor. Peter Vermeulen (2006) se to ve své knize „Autistické

myšlení“ snaží všem vyvrátit. Rozpor mezi vtipem a realitou musí být očividný a zjevný, pak jsou vtip lidé s autismem schopni pochopit. Dalšími problémy z mnoha jiných jsou, že lidé s autismem mají tendence chápat věci příliš doslovně a hypergeneralizovat (přehnaně zobecňovat, př. když ho rodiče naučí zdravit jejich pošťáka, bude na ulici zdravit všechny cizí lidi, kteří nosí uniformu).

Problémy s vyjadřováním, s mluvenou řečí

Mluvená řeč se většinou (hlavně u lidí s vysoce funkčním autismem) s rostoucím věkem zlepšuje. I tak ale přetrvávají problémy v některých oblastech lingvistických funkcí. První z nich je intonace a přednes, jelikož řeč dětí často připomíná mluvu robotů. Často děti, ačkoli mají dobrou slovní zásobu, neumí slova správně používat, či nepoužívají slova vhodným způsobem, tak jak by to odpovídalo jejich sociálnímu prostředí. Charakteristickým znakem mluvy dětí s autismem je echolalická řeč. Autisté často opakují slova, celé věty, pronesené jinou osobou, aniž by rozuměli tomu, co říkají. Podobným problémem bývá repetitivní používání jazyka. Děti ho často používají, když cítí strach, úzkost nebo když má přijít nějaká očekávaná situace. Mnou pozorovaný chlapec například pokaždé, když dodělal uloženou práci, řekl: „Můžeš chodit?“. Věděl, že když má práci splněnou, učitelka mu dovolí, aby si šel odpočinout. Další oblastí jsou neologismy, tedy vymyšlená slova. Jedna dívka v pozorované třídě si na sebe vymyslela označení „škubavka“. „Škubavkou“ se označila proto, že měla v oblibě vytrhávání svých vlasů, aniž by k tomu vedl nějaký vnější problém.

Komunikace je u lidí s PAS narušena jak na verbální, tak i na neverbální úrovni. Co se týče neverbální komunikace, děti s PAS ji používají velmi omezeně nebo vůbec. Mívají neutrální výraz v obličeji nebo malou či neodpovídající mimiku momentální situaci. Mimikou velmi omezeně informují o svých pocitech, mají jen několik výrazů základního emočního prožívání. Můžeme u nich pozorovat nutkavé a nezvyklé pohyby rukou, často používají ruky dospělého k dosažení svého cíle. Jelikož samy neverbální komunikaci nepoužívají, nerozumí jí ani u jiných lidí. Autoři uvádějí jako další problém navázání očního kontaktu. Většinou se přímému očnímu kontaktu vyhýbají, dívají se skrz, často neumí zaměřit pohled a ukázat tím samým směrem prstem. Úsměv buď chybí, jindy bývá křečovitý, nebo ho věnují jen nejbližším osobám. K agresivnímu chování se děti s PAS často uchylují kvůli neschopnosti se

dorozumět, někdy chtějí jen získat pozornost, nebo neumí vyjádřit to, co potřebují, vhodným způsobem.

2.1.4.2 Sociální interakce

„Kdyby se normální lidé znenadání ocitli na jiné planetě s podivnými neznámými tvory, cítili by se pravděpodobně zastrašeni, nevěděli by, jak se chovat, a určitě by měli potíže porozumět, co si cizinci myslí, cítí a co chtějí, neuměli by správně reagovat. A to je autismus... Život je matoucí, nesrozumitelný, zahrnuje spousty lidí, událostí, míst a věcí bez jakýchkoli hranic. Společenský život je těžký, nemá přesná pravidla... Je pro mne těžké chápat to, co vidím, marně se snažím pochopit, co slyším. Když se dívám na lidské obličeje, obzvláště do očí, je to pro mne jedna z nejobtížnějších věcí na světě... Lidé si nedovedou představit, jak je obtížné dívat se na člověka... Ruší to můj klid a strašně mne to děsí.“ (Jolliffe a kol. in Howlin, 2005, s. 72)

Hloubka postižení sociální interakce se u jednotlivých lidí s autismem liší. Dá se ale říci, že „sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem člověka s poruchou autistického spektra v hlubokém deficitu.“ (Thorová, 2006, s. 61) Podle Patricie Howlin (2005) do této oblasti spadá: neschopnost porozumět a správně reagovat na city a emoce někoho jiného, neschopnost sdílet emoce a zkušenosti a špatná integrace sociálního, emočního a komunikačního chování v rámci interpersonálních kontextů Možný důvod, proč lidé s PAS nejsou schopni vcítit se do druhých, může vysvětlovat článek, který byl uveřejněn v uznávaném americkém psychiatrickém časopise: „Když se podíváme pomocí funkční magnetické rezonance na to, jak je aktivován mozek u úplně zdravých dětí, zjišťujeme, že zdravé děti mají v mozku dva úplně různé způsoby, jak zpracovávají informace - podle toho, zda se dívají na živý, nebo na neživý objekt. Vidí-li člověka, zpracovávají informaci úplně jinak, než když se dívají na kus nábytku. U autistů tato diferenciace neexistuje, existuje jediný společný proces zpracování informací v mozku, to znamená, že autista není schopen už primárně odlišit neživý objekt od živého. To má ten důsledek, že nemá zájem o sociální vztahy prostě proto, že je není schopen vnímat.” (http://suinegzyftam.blog.cz/0701/autismus)

Lidé s autismem mají velký problém žít v blízkosti lidí, kteří jim nejsou blízcí, působí jim to stres a mohou na to často reagovat agresivně.

Lorna Wingová popsala čtyři typy sociální interakce u lidí s PAS:

1) osamělý
2) pasivní
3) aktivní, ale zvláštní
4) formální

1) ***Osamělý typ*** – dítě je odtažité, ve většině situací uzavřené, obvykle se u nich nevyskytuje snaha o fyzický kontakt (mazlení) či se mu aktivně vyhýbají, některé fyzické doteky (třeba lechtání a houpání) mohou mít rádi. Nemají žádný zájem o sociální kontakt, nestojí o přátele, nevyhledávají společnost. Neprojevují zájem o komunikaci, radši se obslouží sami, vyhýbají se očnímu kontaktu. Dítě bývá samotářské, nejeví zájem o vrstevníky, odmítá kolektivní hry. V raném věku neprojevují separační úzkost, nedrží se v blízkosti rodičů. S věkem se většinou kontakt s blízkými osobami zlepšuje.
2) ***Pasivní typ*** – sociálnímu kontaktu se nevyhýbají, ani ho často neinicují, pasivně kontakt akceptují, musí ho většinou řídit, mají z něj ovšem malé potěšení. Patří sem mnoho dětí, které se rády mazlí a těší se z fyzického kontaktu. Neumějí dobře projevit své potřeby, sdílet radost s ostatními, omezená schopnost empatie, poprosit o pomoc. Mohou se pasivně účastnit hry s vrstevníky, neví, jak se do hry správně začlenit. Komunikaci využívají především k uspokojení základních potřeb. Poruchy chování se u nich příliš nevyskytují, jsou hypoaktivní.
3) ***Aktivní – zvláštní typ*** – u těchto dětí se v sociální integraci objevuje přílišná spontaneita, sociální dezinhibice (neovládají se, nedodržují normy, vyskytuje se u nich dotýkání či hlazení cizích lidí), nedodržují intimní vzdálenost. Mimika a gestikulace může být přehnaná, často se u nich vyskytuje pervazivní a ulpívavé dotazování, často sociálně zahanbující, zaměřující se převážně na věci z oblasti jejich zájmů. Jejich chování bývá velmi obtěžující, celková nepřiměřenost sociálního kontaktu, obtížně chápou pravidla společenského chování. Mají v oblibě jednoduché sociální rituály (pozdrav, jak se jmenuješ apod.). Často bývají hyperaktivní.
4) ***Formální, afektovaný typ*** – tento typ je charakteristický pro děti a dospělé s vyšším IQ, mívají dobré vyjadřovací schopnosti. Jejich řeč působí příliš strojeně, protože mají sklon k preciznímu vyjadřování („slovník na pochodu“).

Chování je velmi konzervativní, působí chladným dojmem, někdy bývají odtažití i vůči rodinným příslušníkům. Mají v oblibě společenské rituály a pravidla, až příliš obsesivně a pedanticky je dodržují, často může dojít k afektům, když se nedodržují. Doslovně chápou slyšené, nerozumí ironii a nadsázce, žertu. Jsou pravdomluvní bez schopnosti empatie, často vysloví šokující věci.

5) ***Smíšený – zvláštní*** – tento typ na základě svých zkušeností doplnila Kateřina Thorová. Sociální chování u tohoto typu je velmi nesourodé, záleží na prostředí, situaci a osobě, se kterou je kontakt navázán. Objevují se u nich prvky osamělosti („nech mne být“, „do toho ti nic není“ = „pozor tenký led“), formálnosti (naučené fráze, pedantické dodržování pravidel), aktivity (živý zájem i kontakt okolo úzce vyhraněných témat, které děti zajímají) i pasivity (pěkný sociální úsměv, zdvořilé podřídivé chování). Jejich chování je často považováno za zvláštní. Občasně se vyskytuje méně problémové chování vůči rodičům. Často používají slovní spojení, která jsou imitací dospělých, tím budí dojem falešné sociální zdatnosti.(Thorová, 2006)

V literatuře se dočteme, že když se nějaké dítě dá zařadit do jednoho z těchto typů, neznamená to, že v něm zůstane po celý život. Z osamělého typu se s přibývajícím věkem může stát dítě, které projevuje zájem o kontakt s ostatními dětmi. Zároveň se vyskytuje velmi malé množství dětí, které by vykazovalo naprosto typické chování pro některou skupinu, většinou mohou zasahovat do dvou i více skupin.

Thorová (2006) tvrdí, že sociální chování má dva extrémní póly. Prvním z nich je pól osamělý, kdy se dítě odvrátí při jakékoli snaze o sociální kontakt, stáhne se do koutku, někam se schová nebo si zakrývá uši a oči, případně si hraje s nějakým předmětem a nevnímá. Naproti tomu stojí pól extrémní, kdy je dítě naopak v sociálním kontaktu až příliš aktivní, snaží se navázat kontakt všude a s každým, nectí přitom sociální normu a lidí se často dotýká, upřeně jim hledí do obličeje a hodiny jim dokáže povídat o věcech, které je nezajímají a často je tím obtěžují.

Mnoho autorů udává, že většina dětí s PAS o sociální kontakt stojí, avšak nevědí, jak ho navázat, jsou si nejistí, cítí úzkost z nepředvídatelnosti dalšího dění. „Specifický kognitivní styl, ke kterému přispívá doslovné a přesné chápání instrukcí a situací, rigidita myšlení, egocentrismus s omezenou schopností empatie, malá nebo

žádná schopnost porozumět metakomunikaci a neschopnost zobecňovat, lidem s PAS neumožňuje chápat jemnost komplexitu sociálních vztahů a situací.“ (Thorová, 2006, s. 78) Z těchto důvodů se často společenským vztahům vyhýbají, mají v oblibě věci, které jsou předvídatelné a tím pro ně bezpečné (např. vypínače, vždy u nich dojde k zhasnutí nebo rozsvícení). Při správném přístupu a zajištění větší míry předvídatelnosti se dá docílit pokroků v sociálních vztazích.

2.1.4.3 Představivost

Poslední z triády je narušená schopnost představivosti. Za doby Kannera se uvádělo, že děti s autismem mají schopnost představivosti lepší než zdravé děti. Během posledních dvaceti let, se však zjistilo, že lidé s autismem mají imaginaci velmi omezenou. Nechybí zcela, jen je omezena na úzký okruh zájmů (např. kapitán Nemo, kačer Donald a další). (Gillberg, Peeters, 2003)

Podle Thorové (2006) má narušená schopnost imitace (napodobování) a symbolického myšlení za následek, že se u dětí nerozvíjí hra, která je základem pro učení a celkového vývoje. Chybějící představivost způsobuje, že dítě má radši činnosti, které mají v oblibě většinou mladší děti, upřednostňuje tedy předvídatelnost v činnostech a upíná se na jednoduché stereotypní aktivity.

Hra

Způsob „hry“ se u jednotlivých dětí s PAS liší podle tíže symptomatiky. Některé se věnují nejjednodušším manipulativním zacházením s předměty, jako je roztáčení, házení, mávání, bouchání a přesypávání různých předmětů. Na vyšší úrovni se věnují stereotypní činnosti, kdy často třídí, řadí, různě seskupují předměty podle nějaké charakteristiky (např. barva). Některé děti umí při hře využít kognitivní dovednosti a rádi skládají puzzle, zajímají se o písmena a číslice. Mnoho dětí pojí stereotypní činnosti s vizuální či sluchovou autostimulací, zajímá je pohyb či zvuky různých předmětů. Chlapec, kterého jsem nějakou dobu pozorovala, byl naprosto uchvácen točivými předměty. Nejvíc zbožňoval točící se buben pračky, pohled na pračku ho uklidňoval a vydržel se na něj dívat hodiny. Jiný chlapec si často točil botou. Seděl v lavici, pracoval na zadaném úkolu a přitom si nohou točil na zemi pantoflem. U malé skupiny dětí se setkáme se symbolickou, napodobivou hrou. Podle Barona-

Cohena (1994) se symbolickou hrou zabývá pouze 20% dětí s PAS, přičemž hra není tolik spontánní a různorodá. (Thorová, 2006)

Zájmy

Mnoho dětí s PAS má nějaké zájmy, oblíbené činnosti, kterým se dokáží věnovat delší dobu. Některé zájmy dětí s autismem pozorujeme i ve vývoji zdravých dětí. „Odlišná je ale mnohem vyšší míra zaujetí, neodklonitelnosti, ulpívavosti, stejnosti (stereotypie) a četnosti opakování (repetitivnost). Přerušení aktivity či vyžadování větší pestrosti činností obvykle přináší vyšší míru problémového chování (agresivita, křik, sebezraňující tendence) nebo pasivní negativismus (dítě vůbec nespolupracuje, ani na úrovni, které je jednoznačně schopno).“ (Thorová, 2006, s. 120)

Stereotypní chování

Do představivosti dále zahrnujeme velmi typické chování pro děti s PAS a tím je stereotypní chování. U mnoha dětí se motorické stereotypy vytvoří již před prvním rokem života. Nejčastějšími motorickými stereotypy u malých dětí je mávání, kroucení a plácání ručičkama. Časté je i „ztuhnutí“ (zamrznutí) určité části nebo celého těla, obvyklé bývá chození po špičkách. Některé typy stereotypního chování časem mohou přerůst v sebepoškozování, kdy se dítě mlátí do hlavy, mačká si oči, kouše se do ruky nebo se bije do stehen. Často na svých rituálech děti trvají natolik, že když dojde k jejich přerušení, může to vyvolat agresivní nebo destruktivní reakci.

2.1.5 Klasifikace poruch autistického spektra

V současné době se u nás pervazivní vývojové poruchy (F84) klasifikují podle MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize), kterou vydává Světová zdravotnická organizace (WHO) a je všeobecně uznávaná v Evropě. Vedle toho existuje klasifikace DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), která se využívá hlavně ve Spojených státech amerických, můžeme se s ní ale setkat i u nás.

MKN-10 (2012, s. 248, 249) dělí poruchy autistického spektra na:

1) Dětský autismus (F84.0)
2) Atypický autismus (F84.1)

3) Rettův syndrom (F84.2)
4) Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)
5) Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)
6) Aspergerův syndrom (F84.5)
7) Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)
8) Pervazivní vývojová porucha NS (F84.9)

Dětský autismus

Je definován „přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje, manifestujícího se před věkem tří let, a charakteristickým typem abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie, kterými jsou reciproční sociální interakce, komunikace a opakující se stereotypní chování. K těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespecifických problémů jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti (temper tantrum) a agrese namířená proti sobě.“ (MKN-10, 2012, s. 248)

Aby mohl být u dítěte diagnostikován dětský autismus, musí být splněna hlavní podmínka, že se problémy musí projevit do třetího roku věku dítěte. Většinou si příznaků rodiče všimnou již dříve. U dítěte se projevuje opožděný vývoj řeči a dítě často nejeví zájem o kontakt. Kojenci s touto diagnózou nejeví zájem o lidské tváře a hlasy, může se zdát, že dítě je hluché. Nevytvoří si k matce typickou vazbu a většinou neprojeví strach z odloučení od matky nebo z přítomnosti cizích lidí. U poloviny dětí s PAS se nikdy nerozvine schopnost komunikativní řeči. U těch, u kterých se řeč vyvine, je mluva „robotická“, jsou časté echolálie a místo zájmena „já“ používá zájmeno ve druhé nebo třetí osobě. Při komunikaci dítě používá stejné naučené věty a slova, které stále opakuje. Stejně tak se opakují způsoby chování, zájmy a aktivity. Nesnáší změny, používají stereotypních rituálů, aby vznikl určitý řád. Chybí u nich přátelskost, emoce, pohled do očí, sociální úsměv, děti s dětským autismem si radši hrají o samotě. Dávají přednost sebeobsluze a bývají samostatní. Dítě mívá záchvaty vzteku, agrese a sebepoškozování. Hra bývá stereotypní, oblíbí si určitou hračku, předmět a tu s sebou často nosí. Dítě zpravidla chodí po špičkách, řadí, třídí věci podle určité vlastnosti. U téměř 80% dětí s dětským autismem je zjištěna mentální retardace. Tento typ poruchy autistického spektra je považován za nízkofunkční, u dětí je nutná celoživotní péče. (Hrdlička, Komárek, 2004)

Atypický autismus

„Typ pervazivní vývojové poruchy, která se odlišuje od dětského autismu buď věkem začátku, nebo tím, že nesplňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria. Tato podpoložka by měla být použita tam, kde je abnormální a porušený vývoj až po třetím roku věku, a kde není dostatečně průkazná abnormalita v jedné nebo ve dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismu (porucha reciproční sociální interakce, porucha komunikace a opakující se omezené stereotypní chování) i přes přítomnost charakteristických abnormalit v jiných oblastech. Atypický autismus vzniká často u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči." (MKN-10, 2012, s. 248)

Často se dočteme, že diagnostikovat atypický autismus není zrovna jednoduché. Tato kategorie nemá totiž stanoveny hranice a klinický obraz není přesně definován. Zařazují se sem většinou děti, u nichž nejsou plně splněna kritéria jiných pervazivních vývojových poruch. Zařazení do této skupiny je na subjektivním posouzení diagnostika, neexistují ani žádné speciální škály, které by poskytly přesná diagnostická vodítka. Atypický autismus se určuje především v případě, kdy se první projevy manifestovaly až po třetím roce života. Děti s tímto typem poruchy mají některé oblasti vývoje méně narušeny, než děti s klasickým autismem, mohou být lepší v sociální či komunikační dovednosti nebo u nich mohou chybět stereotypní zájmy. Péče o děti s atypickým autismem je však stejně náročná jako u dětského autismu.

Rettův syndrom

„Stav až dosud zjištěný pouze u dívek s obvyklým začátkem ve věku 7-24 měsíců. Po období časného vývoje, probíhajícího normálně, se objevuje částečná nebo pozvolná ztráta řeči a porucha obratnosti při chůzi a užívání rukou, současně se zástavou růstu hlavy. Ztráta účelných pohybů rukou, stereotypní kroutivé pohyby rukou a spontánní hyperventilace jsou charakteristické. Je zastaven vývoj hraní a vývoj sociální, ale sociální zájmy mají tendenci se udržovat. Ataxie trupu a apraxie se začíná vyvíjet od čtyř let a často následují choreoatetoidní pohyby. Téměř vždy je výsledkem těžká mentální retardace." (MKN-10, 2012, s. 248)

Jak se můžeme dočíst na stránkách věnujících se Rettovu syndromu, jedná se o poruchu, která vzniká na neurobiologickém základě, příčinou je mutace genu na

chromozomu X. Vyskytuje se výhradně u dívek, má-li ji chlapec, většinou dojde k potratu během těhotenství, nebo po porodu dítě přežije jen několik dnů či měsíců. Do 6. až 18. měsíce se je dívčin vývoj normální, ale po tomto období dochází ke stagnaci psychomotrického vývoje. Mezi 1. a 4. rokem dochází k regresi vývoje, vyskytuje se u nich typické mnutí rukou, hyperventilace (zrychlené dýchání), ataky smíchu, podrážděnost, (auto)agrese a autistické chování. Od tohoto stadia zhruba do deseti let věku se zhoršuje jemná a hrubá motorika, autistické rysy ustupují a dochází k mentální retardaci různého stupně. S touto poruchou se často pojí epilepsie a skolióza. Dívky mají typické výrazné oči, umí dávat najevo své emoce a rády jsou ve styku se svým okolím.

Jiná dětská dezintegrační porucha

„Typ pervazivní vývojové poruchy, která je charakterizována tím, že po období zcela normálního vývoje následuje trvalá ztráta dříve získaných dovedností v různých oblastech vývoje průběhem několika měsíců. Typicky je to doprovázeno ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací, podobně jako u autismu. V některých případech může být porucha v určitém spojení s encefalopatií, ale diagnóza by měla být založena na projevech chování.” (MKN-10, 2012, s. 249)

Dle mnoha autorů se jedná o poměrně vzácnou poruchu. Je charakteristická normálním vývojem dítěte do dvou let věku, většinou vzniká okolo 3. a 4. roku dítěte, ale může se projevit i v pozdějším věku (do deseti let). Dítě se zhorší v komunikačních a sociálních dovednostech. Přidává se emoční labilita, záchvaty vzteku, agresivita, problémy se spánkem, úzkostnost, hyperaktivita, neobratná chůze a snížení intelektu (kognitivní oblast). Porucha je nevratná, normy již není nikdy dosaženo. Děti s touto poruchou jsou většinou nízkofunkční, mívají těžší typ mentální retardace, oproti dětskému autismu se u nich častěji vyskytuje epilepsie.

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

„Tato porucha je špatně definovatelná s nejistou nosologickou validitou. Položka označuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), jejichž hlavní problém tkví v hyperaktivitě a v poruchách pozornosti, ale i ve stereotypním chování. Po stimulanciích se nezlepšuje (na rozdíl od dětí s normální inteligencí) a může

docházet k těžkým dysforickým reakcím (někdy doprovázeným psychomotorickou retardací) po podání psychostimulancií a v dospívání jeví hyperaktivita sklon k nahrazení sníženou aktivitou (což u hyperkinetických dětí s normální inteligencí nebývá). Tento syndrom je často sdružen s řadou vývojových opoždění, ať již specifických nebo globálních. Do jaké míry je tento typ příznaků způsoben nízkým IQ nebo organickou chorobou mozku, není známo." (MKN-10, 2012, s. 249)

Podle Thorové (2006) je charakteristický pro tuto poruchu motorický neklid (běhání, skákání), dítě vydrží v klidu sedět po několik vteřin. Dítě také velmi rychle střídá aktivity, vydrží se jedné aktivitě věnovat minutu a přejde k další. Opakují se u nich stereotypní vzorce chování a činností. Nevyskytuje se u nich ale narušení sociální roviny, tzn. že se nemusí vyhýbat očnímu kontaktu, sdílejí zájmy se svými vrstevníky, umí vhodně používat mimiku a gesta, jsou schopni alespoň občas sdílet s ostatními lidmi radost. Oproti vydání MKN-10 z roku 1993 je porucha pozměněna o nižší IQ lidí splňující podmínky této poruchy (dříve IQ pod 50).

Aspergerův syndrom

„Porucha nejisté nosologické validity, charakterizovaná týmž kvalitativním porušením reciproční sociální interakce, které napodobuje autismus, současně s opakujícím se omezeným, stereotypním repertoárem zájmů a aktivit. Liší se od autismu hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech. Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností. Abnormality mají velkou tendenci přetrvávat do dospívání a dospělosti. V časné dospělosti se občas vyskytují psychotické epizody." (MKN-10, 2012, s. 249)

Několik autorů se shoduje na tom, že lidé s Aspergerovým syndromem mají úzké zájmy, na kterých ulpívají. Intelektově jsou dobře vybavené, některé jsou i výrazně nadané. Děti mívají v pěti letech odpovídající slovní zásobu i vyjadřovací schopnost, nicméně řeč některých je formální, připomíná mluvu dospělých. Tyto děti mají problémy s porozuměním sociálních situací, obtížně chápou pravidla společenského chování nebo se jich až příliš striktně drží. V komunikaci jsou jednostranně zaměřené. Mají potíže rozumět humoru a ironii. Jsou samotáři, špatně se zapojují do kolektivu, nejsou ostatními dětmi přijímány. Mohou se vyskytovat vývojové poruchy chování, hyperaktivita, poruchy pozornosti a nedostatečná kontrola emocí.

Jiné pervazivní vývojové poruchy

"Setkala jsem se během své praxe s mnoha lidmi, kteří nesplňují klasická kritéria. Za jejich problémy stojí hluboký deficit v sociálním porozumění a ve schopnosti naplánovat si věci. Výše uvedené potíže je dokážou dostat do velmi hloupých situací a způsobují jim obrovské potíže v životě. Ačkoli nemají stereotypní pohyby nebo opakující se zájmy, nejsou schopni kvůli neexistující představivosti domyslet důsledky svých činů. Schopnost porozumět řeči je mnohem horší, než by se na první pohled zdálo." (Wingová in Thorová, 2006, s. 204)

U této poruchy jsou symptomy různé, některé se mohou shodovat s autismem, některé schopnosti mohou být téměř srovnatelné s normou. Bývá narušena komunikace, sociální interakce, hra, představivost, fantazie, nikdy však nebývají narušeny všechny složky triády najednou.

2.2 Problémové chování

S chováním, které není žádoucí, se často setkává každý z nás. Každá společnost, kultura však považuje za nežádoucí, problémové a neslušné něco jiného. U dětí s PAS bývá problémové chování velmi časté především proto, že jsou jejich schopnosti sociální interakce omezené, a tak nejsou schopni zhodnotit, jaké chování je společensky přiměřené. V odborné literatuře se dočteme, že do problémového chování spadá agrese, destruktivita, afektivní záchvaty, stereotypie (kap. 1.4.3), sebezraňování a další způsoby chování, které mohou být škodlivé pro lidi s postižením, pro pečovatele či učitele nebo pro jejich okolí. Emerson definuje toto chování jako "kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup." (2008, s. 13) Lidé, kteří takto jednají, mohou být ostatními považovány za podivíny, neurvalé či nevychované.

Podle četnosti výskytu a míry problémového chování si můžeme děti s PAS rozdělit na tři skupiny:

1) Mírné poruchy chování – při tomto výskytu není ohroženo zdraví dítěte a jeho okolí, nejsou způsobeny materiální škody. Chování se vyskytuje jen občasně a je výchovnými zásahy usměrnitelné. Dítě snadno ulpívá na určitých činnostech,

ale nechá se přerušit. Nemá rádo změny, ale dokáže se jim při vysvětlení přizpůsobit. Dítěti prospěje zavedení struktury a řádu, zvyšuje se tím jeho samostatnost.

2) Středně těžké poruchy chování – zde již dochází k materiálním škodám, zdraví aktérů není ohroženo, nedá se však vyloučit možnost úrazů nebo vážnějších následků. Problémy se vyskytují jednou až dvakrát denně, několikrát za týden. Dítě se v tomto případě nenechá samo utišit, je nutné odborné poradenství. Reaguje negativně na změny úzkostí, sebezraňováním nebo agresí. Vyžaduje dodržování rituálů, je těžké ho přerušit. Změny činnosti jsou problematické. Je nutná strukturovanost a předvídatelnost programu. Vhodné je zde použití behaviorální terapie.
3) Těžké poruchy chování – při těžkých poruchách chování je silně ohroženo zdraví samotné osoby i jejího okolí, dochází k častému poškozování majetku. Chování se vyskytuje každý den, je nutná farmakoterapeutická léčba. Rituály jsou zaměřeny na vlastní osobu i na členy rodiny a nedá se přerušit. Při nedokončení rituálu dochází k agresivnímu výpadu či destrukci.

(Thorová, 2006)

Výzkumy bylo zjištěno, že větší procento chlapců má tendence k agresivnímu chování a ničení majetku než dívek. Zatímco u dívek se mohou vyskytnout rozmanitější podoby sebezraňujícího chování. Významnější agresivní a sebepoškozující projevy byly zjištěny zhruba u třetiny dětí s PAS. U dětí ve věku od dvou do čtyř jsou záchvaty vzteku v normě, jednají tak, když jsou unavené, frustrované nebo usilují o pocit autonomie. S rostoucím věkem se rozšiřuje problémové chování, výrazně se s ním setkáme u lidí s autismem ve věku 15-24 let. Zároveň by se dalo říci, že problémové chování souvisí se stupněm poškození intelektu, to znamená, že pravděpodobnost tohoto chování je u dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací nejvyšší.

2.2.1 Příčiny problémového chování u dětí s PAS

Každé dítě má pro své nevhodné chování nějaký důvod, předchází mu situace, kvůli které se dítě chová problémově. Příčiny mohou být rozličné, často jde o různé vnímání a zpracování informace či její nepochopení. Dále to může být komunikační deficit způsobující u dítěte frustraci, která problémové chování odstartuje, poté

snížená schopnost orientovat se v sociálních interakcích a s tím spojená neschopnost porozumět vztahům, reakcím a emocím druhých lidí. Někdy se dá "vina" přičíst i okolí dětí s PAS, které není o poruše dostatečně informováno a neumí se správně zachovat. Pro děti s PAS je typické, že se různými druhy problémového chování snaží vyhnout zadaným úkolům nebo nepříjemným situacím, kterým se v tu chvíli nejsou schopni přizpůsobit.

Nejčastější příčiny problémového chování podle Thorové (2006) jsou:

- Percepční a kognitivní deficit
- Komunikační deficit
- Socio-emoční deficit
- Nevhodné prostředí a přístup

2.2.2 Agrese

Existuje mnoho definicí, které objasňují agresivní chování. Marie Vágnerová definuje agresivní chování jako "Porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty. Toto chování se může projevovat různým způsobem ubližování, například bitím, nadávkami, vyhrožováním, omezováním nebo ničením, stačí ale i samotné agresivní uvažování či snění." (Vágnerová, 2008, s. 757) Agresivní jednání je mezi lidmi poměrně běžným jevem, avšak problémem se stává tehdy, když intenzita agrese přeroste přes únosnou míru. To znamená, když překročí hranice sociálních norem, je nepřiměřená situaci. Takovým jednáním si chce většinou člověk vynutit to, co je hůře dostupné. Rita Atkinson chápe agresi jako "Chování s cílem zranit jinou osobu (fyzicky nebo verbálně) nebo zničit nějakou věc." (Atkinson, 2003, s. 405) Slaměník a Výrost ve své knize zdůrazňují pojem agrese. Definují ji jako "Chování, které cíleně směřuje ke způsobení negativních důsledků jiné osobě s úmyslem poškodit ji." (Výrost, Slaměník, 2008, s. 267) Je podstatné, že se jedná o chování, které má za následek ublížení či poškození. Není to tedy samotné přemýšlení, jak někomu udělat něco špatného, nebo plánování a představování si, jak někoho zranit nebo poškodit. Důležitý je cílevědomý charakter jednání. Dalo by se zde polemizovat o tom, zda každé záměrné ublížení musí být nutně považováno za agresi. Například, když podstupujeme bolestivý zákrok u lékaře, v podstatě nám také způsobuje záměrně bolest. Musíme brát v potaz i úmysl, s jakým člověk činnost dělá. Lékařovým úmyslem je nás vyléčit, pomoci nám, případně zachránit život. Při

stanovení definice agrese je důležitý úmysl, se kterým jedinec záměrně ubližuje jiné osobě. Pavlovský rozlišuje agresivní chování, agresivitu a agresi. Agresivitu chápe jako vnitřní dispozici, snadno vybavitelnou pohotovost k agresivnímu chování. Agrese je podle něj vnější projev, vlastní akt agresivního chování. Podle něj je agresivní chování přiměřené a každý člověk je někdy použije. Považuje ji i za společensky schvalovanou, častokrát však ohrožuje druhé lidi, proto ji společnost hodnotí převážně negativně (Pavlovský, 2009, s. 203). Pavlovský dokonce rozděluje agresivní chování na konstruktivní a destruktivní. Konstruktivní agresivní chování je přínosné lidem, slouží jim a pomáhá. Destruktivní agresivní chování, jak už název napovídá, ničí a ubližuje, je naměřeno proti lidem. Agrese nemusí být namířena jen proti druhým lidem, ale i k sobě samému (autoagrese) nebo proti neživým objektům.

Na závěr bychom si měli rozlišit agresivitu a asertivitu. Asertivita je zdravá forma agresivního chování. Je to schopnost prosazovat a realizovat vlastní cíle bez toho, aniž by bylo někomu záměrně ubližováno. Asertivní chování se u dětí s autismem prakticky nevyskytuje, proto se jím nebudeme více zabývat.

Pro naše účely budeme za agresivní chování považovat situace, kdy dítě jakýmkoli způsobem ubližuje sobě, či druhé osobě. Spadá do toho například škrábání, kousání, bouchání, štípání, strkání, plácání, kopání, tahání za vlasy. Dále do něho zahrneme řvaní, verbální vulgární projevy a plivání.

2.2.2.1 Etiologie agrese

Existuje mnoho teorií agrese, já bych ráda uvedla dvě základní, které se však naprosto rozcházejí. Jedná se o Freudovu psychoanalytickou teorii, která považuje agresi za pud, a teorii sociálního učení, která tvrdí, že agrese je naučená odpověď.

Podle Freuda je mnoho našich činů ovlivněno pudy, především pudem sexuálním. Pokud je uspokojení tohoto pudu blokováno, dojde k vyvolání agresivního pudu. (Atkinson, 2003) Z této teorie později čerpal John Dollard, nazval svou hypotézu frustrace-agrese, tedy, že agresivita je reakcí na frustraci: “Při každém zmaření úsilí člověka dosáhnout jakéhokoli cíle dojde k vyvolání agresivního pudu, který motivuje chování směřující k poškození překážky (osoby nebo objektu), jež vyvolává frustraci.” (Dollard in Atkinson, 2003, s. 406) Od Dollarda se lišil Konrád

Lorenz, který však stejně jako Freud vycházel z toho, že agrese je pudová tendence. Podle něj se jednalo o energii, která se v těle hromadí. Energie se pak může uvolnit z těla na základě vnějšího podnětu, ale pokud je jí příliš, může se uvolnit i bez vnější příčiny. (Nakonečný, 1996) Freudova teorie tedy tvrdí, že agrese je **vrozená** tendence člověka reagovat na nepříjemné situace.

Naproti tomu stojí teorie sociálního učení, která vychází z behaviorálních výzkumů učení u zvířat. Tato teorie se zaměřuje na vzorce chování, které lidé vytvářejí jako odpověď na změny v prostředí. Mnoho vzorců chování se učíme pozorováním chování druhých lidí a také následků, které s sebou dané chování přináší. Zde si uvedeme příklad, který by nám měl teorii více objasnit. Když dítě vidí svého otce uhodit jiného muže a toto chování není nijak potrestáno, je velmi pravděpodobné, že získalo zkušenost, že bít jiné děti je správné. Toto chování, kdy nedojde k trestu, může být jedním z důvodů vzniku agrese u dětí. Agresi si lze, podle teorie sociálního učení, osvojit pozorováním a nápodobou. Čím častěji je posilována, tím více se bude vyskytovat. Podle této teorie je agrese **získaná** určitými zkušenostmi. (Atkinson, 2003)

2.2.2.2 Typy agrese

Agresi můžeme vyčleňovat u lidí i u zvířat. Může mít různou podobu, příčiny a psychologické pozadí. Je spousta typů členění agresí, třeba podle způsobu ubližování, z hlediska povahy a kontextů příčin a další.

U instrumentální agrese je agresivní jednání prostředkem k dosažení nějakého cíle, není potřeba zvýšeného nepřátelského postoje. Člověk u instrumentální agrese nejedná pod vlivem zlosti, jde o "chladnou" agresi. Příkladem může být situace ve sportovním prostředí, kdy se bránící hráč snaží útočícímu hráči vstřelit gól, i když tím může soupeře zranit.

Naproti tomu stojí **afektivní agrese** (nebo také hostilní, zlostná, impulzivní), která spočívá v nepřátelském napadání. Doprovází ji silný emoční prožitek a souvisí s hostilitou a zlostí. Reakce většinou není plánovaná, je špatně kontrolovatelná a má za cíl zranit a vybít nahromaděné agresivní afekty. (Fischer, Škoda, 2009)

Agresi můžeme dále vyčlenit na předem promyšlenou, naplánovanou agresi a na reaktivní agresi, která je nepřipravená.

Z praktického hlediska můžeme agresi rozdělit na **přímou** a **nepřímou**, **verbální** a **fyzickou**. Tyto druhy se mezi sebou vzájemně prolínají. Přímá agrese může být fyzická (kopnutí, napadení) nebo verbální (urážky, nadávání). Nepřímá agrese fyzická se projevuje tehdy, kdy agresor přenáší agresi na zástupné objekty, které jsou spojeny s obětí (majetek). Pod nepřímou verbální agresí si můžeme představit pomluvy, drby či nevhodné žerty. Vezmeme-li v úvahu dimenze aktivity a pasivity, zkombinujeme-li výše zmíněné, získáme podle Čermáka osm druhů agrese:

- Fyzická aktivní přímá (bití)
- Fyzická aktivní nepřímá (najmutí vraha)
- Fyzická pasivní přímá (bránění někomu v dosahování cílů)
- Fyzická pasivní nepřímá (odmítnutí splnit požadavky)
- Verbální aktivní přímá (urážky, nadávky)
- Verbální aktivní nepřímá (pomluvy)
- Verbální pasivní přímá (odmítnutí s někým mluvit)
- Verbální pasivní nepřímá (nezastat se někoho, je-li kritizován)

(Čermák, 1999)

Agresi můžeme rozdělit ještě podle toho, zda je zaměřená navenek nebo dovnitř. V tomto případě se jedná o **heteroagresi** (zaměřená na druhou osobu nebo skupinu osob) a **autoagresi** (zaměřená na sebe).

2.2.2.3 Výskyt a příčiny vzniku agresivního chování

Četnost výskytu agresivního chování se nedá přesně stanovit. Především kvůli tenké hranici mezi agresivitou a asertivitou. V různých kulturách je za agresivní považováno něco jiného, určité jednání nemusí být za všech podmínek vždy posuzováno stejně. Vágnerová udává, že příčiny vzniku jsou podmíněny multifaktoriálně, že závisí na kumulaci různých vlivů, kterými jsou: vrozené dispozice, získané zkušenosti a aktuální podněty (Vágnerová, 2008). Neznamená to ale, že výskyt všech třech těchto vlivů nutně vyvolává agresivní chování, tyto faktory pouze zvyšují riziko mnou zmiňovaného způsobu jednání. Aktuální podněty můžeme nazvat také jako averzivní podněty. Jsou to ty podněty, které vyvolávají stav nepohody. Spolehlivě vyvolá agresi přímý fyzický nebo verbální útok. Na tento útok

většinou lidé reagují dalším agresivním protiútokem. Příčiny vzniku agresivity si můžeme rozdělit na biologické faktory, osobnostní a faktory sociálního prostředí.

Biologické příčiny agresivního chování

Mezi biologické faktory můžeme zařadit dědičnost. Dispozice k agresivnímu chování jsou člověku vrozené, individuální a jsou v populaci rozděleny rovnoměrně. Tyto dispozice jsou užitečné k zajištění a obraně vlastního teritoria. Také jsou potřebné pro utvoření společenské hierarchie.

Dále sem řadíme hladinu testosteronu u mužů. Díky tomuto hormonu mají muži vyšší sklon k agresivitě. Z výzkumů vyplývá, že vysoká hladina testosteronu souvisí s protispolečenským chováním. Ukázalo se, že takto zvýšená hladina souvisí s určitými osobnostními rysy, které uvádí Cloninger ve své klasifikaci. Jedná se o vetší tendence vyhledávat vzrušení, sklon k dominanci a asertivitě (Vágnerová, 2008; Fischer, Škoda 2009).

Biologické předpoklady mohou být dány i určitou změnou ve struktuře či funkci mozku. Tyto odchylky mohou být geneticky podmíněné nebo mohou vzniknout v důsledku poškození CNS, může se jednat o nějaký úraz či onemocnění. Zatím není jednoznačně lokalizováno místo v mozku, kde sklon k agresi vzniká. Větší pohotovost k agresivnímu chování může být způsobeno také duševní chorobou či vrozenou poruchou osobnosti (Vágnerová, 2008).

Sociokulturní příčiny agresivního chování

Kromě biologických faktorů mají vliv na vznik agresivního chování také sociální faktory, hlavně sociální učení. Sociální prostředí (rodina, sociální skupiny, party, ke kterým člen patří) rozvíjí vzorce agresivního chování jednotlivců. Můžeme se mu naučit pozorováním, nápodobou nebo identifikací s určitým člověkem. Čím častěji dojde k posilování agresivity, k jejímu zpevňování, tím častěji se bude následně vyskytovat (Atkinson, 2003). Rozvoj agresivních tendencí je závislý na rodičovském chování, na hodnotovém systému rodiny, stylu výchovy i preferovaném způsobu reagování, které se pro ně stává samozřejmým a jednoznačně akceptovaným modelem (Vágnerová, 2008). Na agresi má vliv i společnost a celkové společenské klima, tj. hodnoty a normy společnosti.

2.2.3 Sebepoškozování

Velmi obvyklé je u dětí s autismem chování, při kterém zraňují sami sebe. Příčinou mohou být biologické, psychologické či sociální vlivy. Gillberg a Peeters (2003) upozorňují i na možnost somatického poškození, kdy dítě může mít zlomenou část těla, zánět středního ucha či zápal plic a neumí to dát jiným způsobem najevo, než sebezraňováním. Sebepoškozování může mít několik stupňů, od toho nejméně nebezpečného až po krajní sebevraždu. Nejtypičtější je u autistů bouchání hlavou o zem nebo o zeď, kousání se do ruky (zápěstí), dloubání do očí a vytrhávání si vlasů (trichotilomanie). Toto jednání je častější u dětí s mentální retardací, u vysocefunkčních autistů či dětí s diagnózou Aspergerův syndrom se sebezraňování vyskytuje minimálně.

2.2.4 Problémy se spánkem a jídlem

S problémovým chováním souvisí problémy se spánkem, jídlem a se sexuálním chováním. Literatura uvádí, že problémy se spánkem někdy mělo 50-70% dětí s PAS. Jednalo se především o nespavost, noční probouzení a chození po bytě, noční můry či brzké vstávání. Někdy se může jednat i o časté usínání během dne, třeba když je dítě ve škole, to může být způsobeno farmakoterapií, prášky, které dítě pravidelně bere. Menší procento dětí má tendence k vybíravosti v jídle. Extrémní bývá, když si dítě vybírá jídlo jen určité barvy či konzistence. Občas dítě s PAS přijde na chuť určité jedné surovině, kterou může jíst pořád a k čemukoli. Děti s poruchou autistického spektra mívají tendence k přejídání se, jsou schopné během dne sníst opravdu velké množství jídla, proto před nimi rodiče musí potraviny ukrývat a stravu jim dávkovat. Jídelníček se musí hlídat i proto, že děti bývají velmi pasivní, mají málo pohybu, a tak mají dispozice tloustnout. Mnohdy se u nich objevuje nedostatek vůle, iniciativy, většinou se nechtějí zapojovat do aktivit a pro lidi v okolí se mohou zdát bez energie.

2.2.5 Problémy v sexuálním chování

U člověka s PAS je sexuální chování spojeno s tím sociálním, můžou s ním mít tedy stejně tak problémy. Důležitou roli zde hraje prevence – sexuální výchova a nácviky sociálních dovedností. Sexualita je podobně jako u zdravých dětí hodně ovlivněna pubertou, kdy se jim “bouří” hormony. Mezi častými sexuálními problémy se objevuje nevhodné oslovování žen na ulici, veřejné a přílišné masturbování, výroky o sexu na veřejném prostranství. Velkým problémem je jakési sexuální tabu v rodině,

kdy adolescentovi nikdy nebylo vysvětleno, jak má sexuálního uspokojení společensky vhodným způsobem docílit a celkově mu o sexualitě nebyl podán dostatek informací.

Kvůli porozumění sociálním situacím jsou pokusy o seznámení či získání partnera velmi primitivní. Lidé s autismem nevědí, jak správně oslovit partnera, jak ho pozvat na schůzku. Pak může dojít k takovým situacím, že se například bez jakýchkoli rozpaků svlékne na veřejnosti. Když si třeba chlapec oblíbí nějakou dívku, neví, jak jí vyjádřit svou náklonost a může se uchýlit k pronásledování dívky, častému telefonování, dokonce se ví i o případu, kdy si chlapec lehával před dívčiným domem. Když mu bylo soudním rozhodnutím zakázáno přibližovat se k dívce, nechápal proč, když se k němu dívka chovala mile. To je také častý jev, že si lidé s autismem pletou přívětivost a milé chování lidí opačného pohlaví s nákloností. Čekají od vztahu více, myslí si, že dívka je miluje a oni se začnou chovat nevhodným způsobem. Mají problém rozlišit sociální chování svého okolí. U žen nedochází k tak častému pronásledování mužů. Ženy s PAS mají sklony svěřovat své osobní záležitosti i neznámým lidem. Je znám případ, kdy si dívka pozvala k sobě domů po schůzce muže, jen aby mu mohla dovyprávět svůj příběh. Muž si to vyložil po svém a vyžadoval po dívce sex. Dívka se mu snažila vysvětlit, že si chtěla jen povídat. V takovýchto případech se díky své sociální naivitě mohou dostat ženy s autismem do problémů.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Popis problému, cíle a teze výzkumu

Ve své bakalářské práci jsem si dala za cíl prozkoumat problémové chování u dětí s poruchou autistického spektra. Děti s PAS často z různých důvodů reagují agresivně, autoagresivně či sociálně nepřiměřeně. Předmětem této práce je případová studie dvou chlapců s diagnózou dětský autismus a s přidruženou mentální retardací. Ještě před nástupem do školy se u nich začaly objevovat problémy v chování, postupem času, hlavně s přicházející pubertou se jejich chování stále zhoršovalo. Rozhodla jsem se u těchto dvou chlapců vypozorovat, sjednotit a zároveň rozčlenit projevy tohoto chování. Dalším cílem je zjistit aktuální příčiny, proč se chlapci takto chovají a jakým způsobem se u nich problémové chování projevuje.

Stanovené výzkumné teze:

1) Chlapci s PAS budou reagovat často negativně, pokud je po nich vyžadována nějaká činnost.
2) V případě emočního rozladění budou chlapci jednat agresivně, budou fyzicky napadat lidi ve svém okolí, případně si ubližovat.
3) S nástupem puberty se bude chování chlapců zhoršovat.

3.2 Použité výzkumné metody

Výzkumná část mé bakalářské práce je pojata jako případová studie dvou chlapců s dětským autismem a jsou v ní použity tyto metody kvalitativního výzkumu:

- Pozorování
- Polostrukturovaný rozhovor s jedním z rodičů
- Analýza dokumentů

3.2.1 Pozorování

Výzkumné šetření jsem prováděla především formou pozorování chování. Zvolila jsem tuto metodu, protože jsem chtěla do problému co nejvíce proniknout. Díky tomu jsem se dostala přímo do třídy a mohla chlapce a jejich chování vidět na vlastní oči. Lépe jsem tak mohla pochopit svět, v jakém děti s autismem žijí, poznat

jejich denní režim a udělat si na problematiku vlastní názor. Vzhledem k časové náročnosti pozorování jsem výzkumné šetření prováděla pouze u dvou probandů. Celkově mám u chlapců odpozorováno na sedmdesát hodin, ne vždy však bylo co zaznamenávat, nebo pozorování bylo nerelevantní do vyhodnocení výzkumu.

Strategie pozorování

Před samotným pozorováním v terénu jsem si musela stanovit co a jak chci pozorovat. Na základě studia teoretických poznatků jsem si určila, co považuji za problémové chování a zda, si budu všímat jen jeho projevů nebo budu popisovat, co se kolem pozorovaných objektů v danou chvíli přesně děje. Rozhodla jsem nezaměřit se pouze na problémové chování, ale popisovala jsem sled událostí, chování chlapců, tak jak probíhalo po dobu, kdy jsem byla přítomna ve třídě. Díky tomu jsem měla zaznamenáno, co či jaká situace problémovému chování předcházela. Zvolila jsem si, molární přístup zaznamenávání, kdy se popisují rozsahem větší a komplexnější jednotky pozorování. Jednotkou pozorování zde je celá série úkonů, která vytváří nějakou specifickou kvalitu, např. hraje si s kostkou. Molární přístup mi pomohl lépe zachytit logiku celkového chování chlapců ve složitějších situacích.

Co se týče typu pozorování, jednalo se o extrospektivní metodu a zvolila jsem strategii izomorfní deskripce. Izomorfní deskripcí je maximálně otevřené pozorování, jehož základními třemi principy jsou: deskriptivnost, zachycení kontextu a snaha o dosažení komplexnosti. Představuje strategii, při které jsem se snažila zaznamenávat vše, co jsem byla schopna vnímat a pokusila jsem se udělat záznam, který by co nejvíce odpovídal skutečnosti. Ačkoli jsem se snažila pouze popisovat, ne vždy se mi dařilo vyvarovat se vlastních hodnotících soudů. „Platí sice, že se vědomě snažíme omezit jakékoli hodnotící soudy a interpretační nadstavby, musíme si však být vědomi toho, že sám proces pozorování od procesu interpretace zcela oddělit nelze. Vše, co vnímáme, současně interpretujeme a ke zkreslení způsobenému námi, jako výzkumným nástrojem, tak dochází vždy.“ (Spinelli in Miovský, 2006, s. 150)

Já jako pozorovatel jsem se v terénu chtěla chovat nenápadně, tak aby moje přítomnost nenarušovala běžný chod třídy. Chtěla jsem pozorovat jen to, co se děje, nechtěla jsem do ničeho zasahovat. Proto jsem si vždy při příchodu do třídy sedla někam do rohu, abych na sebe nepoutala pozornost. Snažila jsem se tedy o naturalistické pozorování, které má mezi všemi typy pozorování nejvyšší externí validitu. Avšak hned při prvních návštěvách jsem se musela stát zúčastněným

pozorovatelem. Do chodu třídy jsem určitým způsobem zasahovala. Čím déle jsem třídu navštěvovala, tím více si mě děti začaly všímat, pokládaly mi otázky, nebo mě přišly obejmout, někdy jsem musela i já sama přímo zasáhnout.

Velkým problémem je reaktivita pozorovaných osob na přítomnost výzkumníka. Pokud pozorovaný vycítí, že ho někdo sleduje, může své chování změnit, není tolik spontánní jako by byl za normálních okolností. Když vycítí, že je předmětem kontroly, může se začít chovat nepřirozeně, v našem případě může své problémové chování tlumit, více se ovládat. Jelikož se v mé přítomnosti oba chlapci opravdu tolik problémově neprojevovali, je možné, že v mém šetření tento problém mohl vyvstat. Avšak vzhledem k jejich poruše, nízkofunkčnosti, bych tuto možnost spíše zavrhla.

3.2.2 Rozhovor

Abych získala doplňující informace a lepší představu o tom, jak vypadá život chlapců i mimo školu, rozhodla jsem se vést rozhovor s jedním z rodičů každého chlapce. Díky tomu jsem se dozvěděla více podrobností o těhotenství matky, porodu, dětském věku chlapců a mohla na základě toho vytvořit kazuistiky. Nejdůležitější však bylo, že mi rodiče pomohli objasnit, jakým způsobem se problémové chování u chlapců projevuje, kdy se u nich začaly objevovat první problémy a zda používají nějaké „finty“, jak chlapce zklidnit.

Rozhovor neboli interview, je moderovaný a prováděným s určitým cílem a účelem výzkumné studie. Bývá realizován obvykle s jednou, maximálně se třemi osobami. Hlavním znakem rozhovoru je, že se jedná o zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat. Já sama jsem mohla značně ovlivnit, kolik a jaký charakter informací mi respondenti sdělí. Z hlediska cíle si můžeme rozhovor rozdělit na dva typy: poznávací a formativní rozhovor. V mém případě se jednalo o poznávací rozhovor, kdy jsem chtěla získat více informací, mluvil především rodič a já se případně doptávala.

Formu interview jsem zvolila polostrukturovanou. Při polostrukturovaném rozhovoru je předem připravený seznam otázek, na které se chceme respondenta zeptat. Tyto připravené otázky se nazývají jádro interview a měly by být všechny probrány. Dopředu vytvořené schéma je pro nás sice závazné, ale otázky se nemusejí pokládat v přesném pořadí, zde si může tazatel sám určit vhodnost zařazení otázky a položit ji ve správné chvíli. Můžeme pokládat i doplňující otázky, abychom téma více

rozvedli a dostali se tak do hloubky problému. Je vhodné nechat si nejasné věci od respondenta dovysvětlit, aby nedošlo k mylné interpretaci. Při zpracování a následné analýze rozhovoru můžeme doplňující otázky ponechat stranou, pokud pro nás nejsou přínosné. Často se však stane, že právě doptávání se nám pomůže lépe pochopit celkový kontext informací. Pro výzkumné účely je polostrukturovaný rozhovor nejvhodnější formou, dokáže eliminovat nevýhody dalších dvou variant interview (nestrukturovaný, strukturovaný).

3.2.3 Analýza dokumentů

Pomocí dokumentace jsem se poprvé seznámila s oběma chlapci. Při příchodu do třídy mi je třídní učitelky poskytly. Nešlo o přímý kontakt s chlapci, ale jednalo se o spis, ve kterém byly lékařské zprávy, vysvědčení a vypracovaný individuální vzdělávací plán, podle kterého probíhá u chlapců výuka. Analýzou dokumentů je myšlena analýza písemných lékařských zpráv a zpráv z psychologických vyšetření, které mi dala škola k dispozici. Dokumentace jsou většinou zprávy ze speciálně pedagogického centra školy (dále jen SPC), případně z bydliště rodin, dále zprávy z psychologických, psychiatrických a neurologických zařízení převážně v Thomayerově nemocnici.

3.3 Popis terénu

Výzkumná část mé práce probíhala ve dvou třídách na základní škole speciální na Praze 10. Škola je fakultní školou Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Budova školy je třípatrová, skládá se z deseti učeben, cvičné kuchyně, logopedické pracovny, počítačové učebny, herny, malé tělocvičny, keramické dílny a jídelny. Škola bohužel nemá bezbariérový přístup a maximální kapacita školy je 60 dětí. Škola se snaží rozvíjet děti ve všech směrech, učitelé postupují podle principů strukturovaného vyučování a ke všem dětem se přistupuje individuálně. Využívají moderní výukové metody, včetně výpočetní techniky, a alternativní formy komunikace. Školní docházka je pro všechny děti na škole desetiletá.

Prostředí školy bylo velmi příjemné, učitelky se mnou komunikovaly, mnohdy mi sdělily doplňující informace o chlapcích. Vedení školy mi vycházelo vzhledem k mým časovým možnostem vstříc a umožnilo mi pohybovat se po celém areálu

školy. Mohla jsem být přítomna na školním plesu a na speciálním programu canisterapie.

3.4 Popis zkoumaného vzorku

Po domluvě se zástupcem ředitele mi byli doporučeni dva chlapci s diagnózou infantilní autismus, u nichž se problémové chování objevovalo. Chlapci jsou podobného věku, jednomu je třináct a druhému čtrnáct let, oba se tedy nacházejí v období pubescence, která má na jejich chování negativní vliv. Jejich okolí si všimlo, že se u nich objevuje problémové chování s prvky agresivity. Na začátku školního roku bylo toto chování častější, nyní se začíná situace uklidňovat. Může to být způsobeno srovnáním hladiny hormonů, předepsanou medikací, ale také proto, že učitelé přišli na to, jak výbuchům vzteku předcházet. Pro účely této práce si chlapce pojmenujeme jako M. a J..

3.5 Realizace výzkumného šetření

Do školy jsem docházela nejdříve v měsíci listopad a po druhé v měsíci únor. Jeden týden jsem byla na pozorování u M., druhý u J., takto to pokračovalo po celý měsíc. Celkově mám u chlapce M. devět relevantních pozorování a u chlapce J. osm pozorování. Ve skutečnosti pozorování proběhlo mnohem více, ale často se vůbec nic nedělo, chlapci celý den proleželi. Ačkoli chlapci byli v této době umírněnější, příliš se u nich afekty neobjevovaly, podařilo se mi udělat si obrázek o tom, jakým způsobem se jejich problémové chování projevuje. Získala jsem doplňující informace v průběhu jednotlivých pozorování od třídních učitelek a především od rodičů, se kterými jsem vedla rozhovor. Dále mi škola poskytla k nahlédnutí dokumentace obou chlapců.

3.6 Kazuistiky

3.6.1 Kazuistika M.

M. žije v úplné rodině, je mu 14 let a 3 měsíce. Otec i matka jsou zdrávi. Chlapec má starší sestru (18 let), v dětství jí byla diagnostikována LMD. V rodině se nevyskytují žádná další sledovaná onemocnění. M. je ze druhého těhotenství. Těhotenství bylo vedeno jako rizikové. Narodil se v 35. týdnu těhotenství, porod byl protrahovaný, byl 2 dny v inkubátoru. Prodělal novorozeneckou žloutenku.

Podle otce se M. v kojeneckém a batolecím věku projevoval jako zdravé, normální dítě. Byl hodně živý, velmi přítulný, chodil se k rodičům sám pomazlit. Vývoj řeči u něho probíhal normálně, ve dvou letech používal velké množství slov. Později však nezačal vytvářet věty. Motorický vývoj byl také v normě. Rád si hrál, především se stavebnicí. V pěti letech nastoupil do školky, kde se nebyl schopný zapojit mezi další děti. Když s ním chtěly navázat kontakt, fyzicky je napadal.

Rodiče se rozhodli navštívit odborníky, ti však nebyli schopní stanovit diagnózu. Až okolo šestého roku dostali od Dr. Krejčířové diagnózu dětský autismus, kterou následně potvrdili i v ZŠ speciální na Praze 10. Od roku 2004 začal M. na tuto školu chodit. Při prvním roce ve škole se objevily u M. pokroky, pak však nastala stagnace a podle slov otce regrese.

Zprávy z vyšetření:

Psychologické vyšetření bylo provedeno u M. 4.10.2004. Bylo při něm zjištěno:

Při vyšetření přiměřená adaptace na prostředí, spolupráce u řízených činností velmi obtížná, pouze chvilkami přijme jednotlivý předložený úkol, bez spontánního zájmu o výkon; reaktivita na pokyny silně výběrová. V reakci na sociální iniciaci druhých lidí často vyhýbavý, spontánně převažuje spíše hra solitární.

Psychomotorický vývoj nerovnoměrný s převahou neverbální-výkony neverbální do úrovně 5 let mentálního věku; k silným stránkám chlapce patří zejména velmi dobrá schopnost vizuální a prostorové orientace a paměti. Jemná motorika ruky bez nápadností, v přístupu k novým úkolům jsou ale pohyby méně plynule koordinované, "chaotické". Kvalita grafických projevů odpovídá neverbální kapacitě. V anamnéze závažněji opožděný vývoj řeči s kvalitativními odchylkami (echolalie, záměny zájmen, apod.), v současnosti slovní zásoba narůstá, dřívější abnormity a časté agramatismy zmírněny. Aktivně během vyšetření řeč používána především pro žádání a komentování aktuálního dění, ale jen zcela omezeně v reakci na podněty

(otázky, pobídky apod.) druhých lidí. Porozumění řeči nerovnoměrně do úrovně kolem 3,6 let mentálního věku.

Závěr: Jde o chlapce s klasickým typem infantilního autismu středně těžkého stupně s typickými kvalitativními poruchami v oblasti sociální interakce, komunikace a hry; kognitivní vývoj nerovnoměrný (v neverbální oblasti v pásmu lehké retardace). S ohledem na závažné poruchy komunikace a sociálních dovedností je však jeho celková úroveň adaptivního fungování oslabena těžce (mírou samostatnosti a schopnosti sociální orientace odpovídá pásmu středně těžké MR), chlapec vyžaduje trvalý důsledný dohled a intenzivní individuální péči.

Z dalšího psychologického vyšetření ze dne 12.10.2005 se v závěru dozvíme:

Diagnostikován infantilní autismus (klasického Kannerovského typu, sociálně nyní typ pasivní); od června tohoto roku výrazné zhoršení stavu - v.s. depresivní epizoda (pravděpodobně precipitovaná zvýšenou zátěží ve škole). Doporučena konzultace s dětským psychiatrem.

Adekvátně školsky zařazen (speciální třída pro děti s pervazivními poruchami). V době zhoršeného emočního stavu doporučuji zaměřit se především na zlepšování zájmu chlapce o hrové aktivity a podněty a na jeho motivaci k sociální interakci a sdílení (s využitím/přijetím jeho vlastních zájmů a preferencí).

Dále u M. proběhlo kontrolní psychologické vyšetření dne 21.12.2006:

Chlapec s rizikovými faktory v anamnéze. Celková úroveň rozumového vývoje kolísá mezi pásmy SMR (F 71) a ostrůvkovitě v LMR (F 70), výrazně ve prospěch manipulace, konstrukce a paměti. V chování nápadnosti, registrujeme těžkou desorientaci v sociálních vztazích a vazbách, epizodicky tendence ke slovní agresi. V sociálně náročných situacích a při náhlých změnách značně znejistělý, tenduje k panickým reakcím. Konstatujeme Dětský autismus (F 84.0), forma sociálně středně funkční, se středně až těžkou problematikou chování. Permanentní dohled je bezpodmínečný.

Poslední zpráva z psychologického vyšetření je ze dne 18.12.2010:

Diagnóza: Hyperaktivní syndrom, MR, PAS

Vyšetření: Kontakt méně kvalitní, v chování prvky negativismu. Tvář fixuje sporadicky, hypomimický, na nabídky činnosti reaguje slovem nechci a ulpívavě opakuje, co nechce. Dá se však přimět ke krátkodobé spolupráci, od práce odbíhá. Dorozumění řečí na základní úrovni možné, avšak řeč málo srozumitelná. Postavu nekreslí, ale podle diktátu dokresluje, vizuomotorická koordinace odpovídá 5,5 letům v.v.. Spontánně kreslí schématismy. Všeobecné mentální kapacity rovněž odpovídají 5,5 letům /susp. lepší výkon ovlivňuje problematická koncentrace. Zvládá 6 z 8 subtestů Testu schopností učit se, výkon se pohybuje od 3 do 5,5 let vývojového věku, celkově odpovídá 4 letům v.v.. Relativně dobrá je paměť na pohyb a motorická nápodoba, slabší je vytváření asociací. Pracuje s krátkodobou koncentrací, často dochází k afektivním rozladům bez zjevné příčiny. Taktilní kontakt snáší, místy i sám vyhledává. Snadno unavitelný.

Závěr: Chlapec s inteligenčními schopnostmi na horní hranici středně těžké MR, četnou symptomatikou dětského autismu. Školní výkon výrazně snižují i výrazné projevy ADHD, zejména porucha pozornosti.

Bylo by vhodné při psychiatrické kontrole zvážit vhodnost medikace s ohledem na masivní fluktuaci pozornosti.

Nonverbální složka komunikace:

Sporadicky používá oční kontakt. Ukáže na předměty. Při komunikaci nepoužívá chlapec mimiku, gestikulaci. Často se u M. objevuje bezdůvodný smích. Objevuje se u něj sociální úsměv. Umí dát najevo souhlas i nesouhlas.

Expresivní složka komunikace:

První slova se u M. objevila okolo prvního roku života. Do tří let se řeč vyvíjela běžným způsobem. Nyní řeč používá minimálně, volí pár stereotypních slov. Slovní zásobu má však širší, omezené používání řeči, jen v nutných případech. Zpozorovala jsem u chlapce občasné žvatlání, broukání a hlavně křik. Pokynům, slovům učitelů rozumí, zareaguje na ně, když se mu chce. Používá dyslalickou řeč, echolálie, častá perseverace. Epizodicky tendence ke slovní agresi („píchat“). Většinou o sobě mluví ve třetí osobě.

Sociální oblast:

Méně kvalitní sociální kontakt. Taktilní kontakt snáší, občas ho vyhledává. Je schopný krátké spolupráce, od činnosti odbíhá, je snadno unavitelný. V sociální interakci je pasivní. Od června 2005 zhoršení zájmu o spolupráci a komunikaci, ale i o podněty nesociální – zhoršení psychického i emočního vztahu, současně zhoršení chuti k jídlu, obtíže spánku, zhoršení nálady a zájmů. Nyní je spánek díky medikamentům v pořádku, stejně jako M. stravovací režim. Ke spolužákovi i k dětem z jiných tříd se M. chová přítulně, sedne si k nim na sedačku, položí si na jejich rameno hlavu, drží se za ruce. Výjimečně přijde obejmout paní učitelku.

Emoční oblast:

V roce 2005 došlo pro M. k nepříjemné situaci. Od té doby u něj došlo k zhoršení psychického a emočního vztahu. Celý komplex změn svědčil pro akutní poruchu nálady (v.s. depresivní epizoda). Od té doby se u něj objevuje afektivní chování. Momentálně má agresivní sklony, řve, napadá učitele a ubližuje sám sobě. Velmi často se kouše do zápěstí. Odloučení od matky zvládl již v MŠ dobře. Nemá rád změny, cítí se nejistý, stále se musí ubezpečovat, že se vrátí domů. Kladně reaguje na přítomnost psa při canisterapii, nemá však rád, když začne štěkat, zakrývá si uši a brečí. Mívá chvíle, kdy začne bezdůvodně kňourat až plakat.

Sebeobsluha:

M. je v sebeobsluze schopný. Umí se sám oblékat a svlékat, činnost mu však trvá dlouho. Podle slov otce, kdyby nad ním někdo nedohlížel, oblékal by se celý den. Umí se sám najíst, ve škole si připraví tác, hrnek a vyndá si svačinu. Také po sobě zase sám uklidí. Často chodí pro konvici s čajem pro ostatní. Při obědě si sám dojde pro jídlo, nají se a uklidí po sobě. Dojde si na záchod, když potřebuje, nedokonale se však utírá.

Jemná motorika:

M. je manuálně velmi zručný, má rád pracovní činnosti (keramiku) a práci na zahradě. Zvládá manipulaci s drobnými předměty. Rád skládá kostky, puzzle, umí držet tužku (úchop není dokonalý), preferuje pravou horní končetinu. Při vybarvování používá krouživé pohyby tužkou.

Hrubá motorika:

Od malička nemá M. s chůzí a pohybem problémy, začal chodit v roce. Nyní je na tom motoricky stále dobře, je živý. Často pobíhá po třídě, rád chodí. O hru s míčem nejeví zájem.

3.6.2 Kazuistika J.

J. vyrůstá v úplné rodině, je mu 13 let a 3 měsíce. Rodiče jsou zdrávi. Chlapec má mladší sestru (10 let), je zdráva. V rodině se nevyskytují žádná další onemocnění.

J. je z prvního těhotenství matky, těhotenství bylo vedeno jako rizikové. Narodil se 10 dní před termínem porodu. Porod musel být vyvolán, protrahovaný, při porodu asfyxie. Slabý sací reflex, kojen 3 měsíce.

V dětství byl vyšetřen pro neprospívání, opožděný raný psychomotorický vývoj, rehabilitoval Vojtovou metodou. Ve třech letech prodělal salmonelózu. Od malička měli rodiče podezření, že je něco v nepořádku, ale dle slov matky si to stále nechtěli připustit. Ještě ve třech letech stále nemluvil, jako kojenec se u něj vyskytlo broukání a žvatlání, ale úplná slova ne. I motorický vývoj nebyl v normě, začal chodit okolo dvou let. Občas se přišel pomazlit s rodiči. Ve třech letech nastoupil do speciální třídy v mateřské škole, mezi děti se neadaptoval. Byl samotářský, rád dával věci do kyblíku, vysypal ho a zase naplnil. Když si chtěl někdo hrát s jeho hračkami, odstrčil je a vztekal se. Fixován na oba rodiče a prarodiče. Hodně si rozuměl s dědečkem, který však okolo jeho sedmi let zemřel.

Ve třech letech šli s J. na odborné vyšetření do Prahy, v psychologické ambulanci v Thomayerově nemocnici mu diagnostikovali dětský autismus a středně těžkou MR. Od roku 2005 navštěvuje ZŠ speciální na Praze 10. Podle matky s nástupem do školy došlo k pokrokům v jeho vývoji, stále se zlepšuje. Od nástupu do školky se u něho začaly projevovat agresivní sklony, vůči sobě i okolí. Když se zlobil, lehl si a mlátil se hlavou o zem. K výraznému zhoršení došlo s nástupem puberty. Musela být svolána komise a jeho problémové chování řešili. Byl mu doporučen diagnostický pobyt, kam nakonec nenastoupil a byla mu zkrácena výuka, v pátek do školy nechodí vůbec. Nyní došlo díky lékům ke zlepšení, jeho ataky nejsou tak časté.

<u>Zprávy z vyšetření:</u>

Zpráva PPP ze dne 30.11.2004:

V evidenci PPP je od roku 2001 s dg. psychomotorická retardace. Navštěvuje speciální třídu v MŠ.

Vyšetřením ze 15.11.2004 dr. zjišťuje: Je pasivní, obtížně spolupracující. Pracovní tempo pomalé – těžkopádnost, ulpívavost, výkyvovost. Sporadicky reaguje na pokyny, snaží se malovat, na úrovni čáranic. Jemná motorika a grafomotorika na velmi nízké úrovni. Kontakt selhává, za pomoci zrcadla reaguje nápodobou. Převládá nonverbální projev. Závěr je, že se jedná o chlapce s opožděným řečovým vývojem a psychomotorickou retardací s autistickými rysy.

V psychologickém vyšetření ze 20.1.2005 se dočteme:

Dobře se adaptoval v SMŠ, avšak obtížně navazuje kontakty s vrstevníky (strká do nich, vzteká se). O vztahy s vrstevníky stojí, ale realizuje je problémově. Na plyšáky reaguje adekvátně, hladí je a usmívá se.

Objevují se u něho stereotypie, repetice v chování, fascinován otáčivými předměty až do ulpívání a záchvatů. Při koncentraci zadržuje dech, fascinován větrákem, dveřmi. V domácím prostředí používá adekvátně cca 10 pojmů, ev. gesta.

Je také v péči neurologa, psychologa a logopeda.

V další zprávě o psychologickém vyšetření ze dne 19.12.2008 stojí:

Je hypoaktivní, kontakt nenavazuje, ale pasivně přijímá, tvář nefixuje. Spolupráce možná, na výzvy reaguje. Objevují se u něj pohybové automatismy. Komunikace na nízké úrovni reaguje na výzvy typu „Ukaž, kde máš“, podává na požádání obrázky některých zvířátek. V neverbálním testu (Liter Performance Scale) dosahuje vývojové úrovně 4 let, přiřazuje, třídí a zobecňuje do této úrovně. Rád staví kostky na sebe, používá obě ruce, s dopomocí navlékne korálky a dokreslí některé obrázky. Postavu nakreslí, ale podle diktátu dokresluje vlasy, ruku a nohu. Vyšetřující navrhuje zavedení prožitkového deníku.

Dne 9.3.2011 svolána výchovná komise, ve zprávě z ní se dočteme:

Komise svolána na návrh třídní učitelky, s podporou SPC. Důvodem bylo stupňující se problémové chování, časté emoční rozlady (plačtivost, kňourání), afektivní výbuchy (agresivita vůči okolí), autoagresivita. Rodiče sami uvádí časté afekty doma i při cestování vlakem. Situaci řeší fyzickým omezením pohybu, odvedením pozornosti, doma napuštěním vany (rád se koupe).

Byla zdůrazněna nutnost psychiatrické péče, eventuálně medikace – rodiče uvedli, že s chlapcem dosud psychiatrickou ambulanci nenavštívili.

Nonverbální složka komunikace:

Oční kontakt navazuje sporadicky. Často používá úsměv a spokojené třepání rukama. Gesta a mimika se nevyskytují, když, tak minimálně.

Expresivní složka komunikace:

Rozumí jednoduchým pokynům, často má ale v oblibě pokyny ignorovat. Verbální produkce velmi malá, pro dyslálii hůře srozumitelná. Své potřeby vyjadřuje jednoslovně, časté echolalie. Nejčastěji používá slovo pračka, kolem pračky se točí téměř celý jeho den ve škole. Maminka odhaduje jeho slovní zásobu na cca 50 slov, aktivně jich však používá jen velmi omezené množství. Použije je jen, když je to nutné, pro denní potřeby života. Používá především slovesa v infinitivu a podstatná jména, věty netvoří, o sobě nemluví.

Sociální oblast:

Se spolužáky kontakt nenavazuje. Jediný člověk, kterého registruje, je vychovatelka ve třídě, případně třídní učitelka. Když si k němu někdo sedne na matraci, či přijde k jeho lavici, nevšímá si ho. Rád skládá kostky do komínu, hraje si s věcmi, téměř vždy vše roztáčí. Sedí rád sám, nikoho dalšího k sobě nepotřebuje.

Emoční oblast:

U J. se často objevuje střídání nálad. Bývá plačtivý, když si chce něco roztáčet či vidět pračku a nemá ji k dispozici. Za chvíli se zas začne usmívat, poskakovat a třepat rukama. Když je unavený, něco ho bolí, nebo není po jeho, začne se vztekat, křičet a ubližovat si.

Sebeobsluha:

J. je schopný dojít si pro svačinu a najíst se. Málo kdy po sobě uklidí. Vše dělá na rozkazy učitelek, ne sám od sebe. Při obědě umí držet lžíci a vidličku, dojde si pro talíř s jídlem, ale často mu něco s talíře ukápne na zem. Když potřebuje na záchod, řekne „čurat“, počká na pokyn učitelek a dojde si na záchod. Do desíti let nosil plíny. Umí se oblékat, ví, co kam patří, ale musí se nad ním stát a motivovat ho. Je nutná dopomoc.

Jemná motorika:

J. není příliš manuálně zručný, je spíše těžkopádný. Umí skládat kostky, manipuluje s menšími předměty, ale jde mu to ztuha. Špatný úchop tužky, štětce, preferuje pravou horní končetinu.

Hrubá motorika:

Chůze se u něj objevila okolo druhého roku života. Chodí samostatně, ale těžkopádně, neohrabaně a pomalu, potácí se.

3.7 Prezentace výsledků

Výzkumnou část jsem prováděla pomocí pozorování a rozhovorů s rodiči. Z těchto pohledů budu výsledky svého zkoumání prezentovat a následně vyhodnocovat. Shrnu všechna zjištění do tabulky a do souvislého textu, který by měl dát zkoumání výslednou formu.

3.7.1 Analýza pozorování

Pozorovací výzkumná část probíhala po dobu dvou měsíců, u každého chlapce jsem celkově byla jeden měsíc, v každém měsíci dvakrát po jednom týdnu, v různých časových intervalech a denních dobách. Při příchodu do třídy jsem si sedla do rohu, kde se děti pohybovaly minimálně, ale zároveň tak, abych měla na chlapce dobrý výhled. Naneštěstí se chlapci v této době nijak příliš problémově neprojevovali. Učitelky mě dokonce zvaly, ať chodím častěji, že jsou chlapci hodnější. Proto mi hodně pomohla sdělení od učitelek, které chlapce mají možnost vidět každý den, celý den a po celý rok. Samozřejmě si uvědomuji, že se jedná o jejich subjektivní pohled.

3.7.1.1 Chlapec M.

Do školy a ze školy M. vozí jeho otec autem. M. chodí ve škole do školní družiny a navštěvuje keramický kroužek. Chlapec je poměrně aktivní, štíhlý pubescent, často přecházel po třídě sem a tam. Když mu byla zadána činnost, většinou ji splnil, na konci se téměř vždy zeptal: „Můžeš chodit?“. Po práci si potřeboval vybít energii, které v sobě měl přebytek. Právě z přebytku energie u něho často docházelo k afektům. Přecházel po třídě, poskakoval, brumlal si, hučel a najednou vykřikl, povýsknul si. Poté většinou došlo k uklidnění. Při sezení v lavici, když měl pracovat, se často kousal do zápěstí, stereotypně točil nohou botami, chtěl, aby u něho někdo z učitelů stál, držel ho za ruku. Několikrát se stalo, že když u něho ale učitel stál, **kousl ho nebo škrábl do ruky.** Při většině relevantních pozorování, kdy byl chlapec aktivnější, došlo u M. k nějakému typu problémového chování.

Najednou se začne třást, vyklepávat ruce, vstane, začne hučet, mávat rukama, jednu si dá k puse, jakoby se do ní chtěl kousnout, vypadá to, jakoby měl najednou nával energie. (příloha A, s. 66)

Verbální projevy agrese se v průběhu pozorování u M. vyskytovaly jen občasně, jednalo se o slova **„plivat“ a „píchat“.** Jeho otec mi při rozhovoru sdělil, že „píchat“ často M. používá právě k němu, když mu chce ublížit. Jedním z důvodů, proč se začal chlapec neadekvátně chovat, bývaly pokyny k práci. Kolikrát neměl chuť se učit, chtěl ležet na gauči a pak se na výzvy choval negativně. Jen když zahlédl, že mu učitelka připravuje na stůl skládačku, **vylétl, začal řvát, kousat se do ruky**. Poté to přerostlo až tak daleko, že chtěl napadnout učitele, ti ho museli položit na zem a chytit ruce a nohy. M. začal plakat, byl bezmocný, po chvíli se uklidnil a učitelé ho pustili.

Po skončení práce pronese: „Plivat“, učitelka na to: „Co chceš?“, on „Plivat“. Učitelka mu dá skládačku na poličku, M. vylítne a začne hrozně řvát, kousat se do ruky, prskat, nechce skládat. (příloha A, s. 66)

Po většinu času, kdy jsem byla ve třídě, se M. choval klidně, hodně polehával na gauči a jen si odskakoval splnit práci. Jednou ale u něj byl vyvolán afekt i ve chvíli, kdy odpočíval na gauči. Paní učitelka se ho ptala, zda pojedou s tatínkem na hory bobovat. Dal najevo, že se o tom nechce bavit, paní učitelka ale pokračovala dál. Skončilo to zhruba deseti minutovým afektem, kdy chtěl ublížit učitelce i sobě.

Jde k učitelce a začne na ni útočit, vzájemně se chytí za ruce, K. se chce prát, křičí, výská, chce ji uhodit, ona mu drží ruce, odejde a zase se k ní vrátí a křičí, jakoby chtěl brečet, posadí se, kňučí, řve,

kouše se do ruky, štípe učitele, který stojí vedle něj, do ruky, učitel ho okřikne – on na to, že bude jen hladit „hladit budeš“, ale škrábe a štípe, řve, „huhu“, vyhazuje rukama, sedí na sedačce, učitel stojí vedle něj, šahá mu na lýtko, chce ho štípnout. (příloha A, s. 69)

Paní učitelka věděla, kde má spouštěče a jakým způsobem se výlevům vzteku vyhnout. I tak se ale často vstávalo, že M. zničehonic vyváděl a nikdo nevěděl proč. Třeba když šel z oběda do družiny. V novém školním roce měl M. jiný režim, po obědě šel do jedné družiny, kde byl jen chvilku a poté si ho přišla vyzvednout vychovatelka a šli nahoru po schodech do druhé družiny. M. si za ty měsíce na toto zvykl, i tak se ale při mé návštěvě vzpíral, držel se zábradlí a nechtěl nikam jít. Učitelka ho musela doslova táhnout.

Při přechodu z jedné družiny (byl tam asi 10 minut) do druhé, nechce se mu, vzpírá se, učitelka ho musí tlačit, aby šel, plive, „píchat učitelku“, chtěl by jí ublížit, vzpírá se, vzteká se, přidržuje se dveří, zábradlí, učitelka ho táhne a slovy uklidňuje, přestane se vztekat. (příloha A, s. 67)

Při keramice, kam chodí rád, dostal také afekt. Nikdo jsme nevěděli, z jakého důvodu byl u něj vyvolán, protože vše probíhalo jako v ostatní dny.

Najednou začne vyvádět, hrozně řve, škrábe učitelku do rukou, ta ho musí chytit, obejme ho a drží ho, drží mu ruce, aby ji nemohl ublížit, M. stále hrozně řve, utichl, trvalo to asi deset minut. (příloha A, s. 67)

M. nemá rád změny, ostatně jako většina lidí s autismem. Překvapilo mě, že při školním plese se M. choval normálně. Vůbec ho vzniklá změna nerozhodila. Tančil s učitelkami a byl nadšený.

Mou přítomnost ve třídě, se domnívám, si M. příliš neuvědomoval. Nereagoval na mě. Při mé poslední návštěvě však nastal zlom. Mluvil na mě, registroval, že si s paní učitelkou povídáme.

Běhá po třídě, juchá, chodí kolem mě, chytil mě za nos, zřejmě touží po kontaktu, (příloha A, s. 70)

Ke konci mi přišlo, že začal i mnohem více mluvit, hlavně ve větách, či použil složení více slov. Byl aktivnější, práce mu vadila méně a šel ochotně skládat do lavice. Je možné, že si zvykl na změnu podávání prášků. Po svačině totiž obvykle dostával prášek, který ho však utlumil a poté většinou pospával na gauči. Doma to však vypadalo tak, že nechtěl večer spát. Proto mu prášky po svačině vysadili.

3.7.1.2 Chlapec J.

Chlapec mi byl doporučen jako nejproblémovější žák na škole, afekty vzteku u něj byly časté. V období, kdy jsem docházela do školy, už docházelo ke zklidnění a výbuchy byly méně časté. V loňském roce mu byl pozměněn školní rozvrh, zkrátili mu denní výuku a v pátek do školy nechodí vůbec. Školní družinu také nenavštěvuje. Do školy a ze školy ho většinou vede maminka, dojíždějí do Prahy vlakem.

Tento chlapec je oproti chlapci M. spíše pasivní a robustnější postavy. Hůře pohyblivý, neobratný, zásadně jeho chování ovlivňuje jediný druh jeho zájmu – otáčivé předměty, především pračka. Kvůli tomu ho musely učitelky neustále motivovat, slibovaly mu, že půjdou na počítače nebo že doma bude s maminkou prát. Slovo „pračka“ zaznívalo během výuky několikrát. Když se mu chtělo, na výzvu učitelek ať jde pracovat, reagoval a šel k lavici. Občas ale dělal naschvály a na výzvy úmyslně nereagoval. Vše mu většinou trvalo dlouho, jen svou oblíbenou skládačku měl už tak naučenou, že ji měl rychle složenou. Dostával ji při příchodu do třídy a za odměnu, když se mu povedl jiný úkol. Většina jeho úkolů spočívala v přiřazování obrázků nebo skládání. Jelikož nebyl většinou schopný přijít pracovat na výzvu, učitelka mu zavedla přestávky jako v běžné škole. Místo školního zvonění používala kuchyňskou minutku.

J. sedí v lavici a má před sebou svou skládačku, zvoní budík, paní vychovatelka mu dává skládačku pryč a říká mu, že se bude pracovat, "Néé", vychovatelka na to, že ano, že musí. (příloha B, s. 76)

Během osmi relevantních pozorování u J. došlo ke třem výraznějším projevům problémového chování. Jeden z afektů, u kterého jsem byla, vznikl právě kvůli již zmiňovanému školnímu plesu. Pro J. to byla velká změna každodenního programu. Fyzická agrese se u J. projevuje hlavně kopáním a mlácením. Často ubližuje i sám sobě, většinou se mlátí hlavou o zem.

Najednou je nějaký neklidný, kňourá, učitelky ho pro jistotu berou nahoru do třídy, jde s problémy, musí ho táhnout za ruku. Ve třídě ***si lehl na podlahu a začal o ni bouchat hlavou****, jsou to hrozné rány, učitelky se ho snaží zastavit, přidržet na zemi, aby se nemlátil, ale* ***on kope a mlátí kolem sebe rukama, křičí.*** *Učitelky ho radši pustily, ublížil by jim, po chvíli se sám uklidnil. (příloha B, s. 73)*

Učitelky se ho snažily zastavit, ale ublížil by jim, tak ho raději pustily. Celý tento výjev doprovázel hrozný řev. V tomto případě šlo o jasnou příčinu vzniku afektu. O jasnou příčinu šlo i v případě, kdy jsme odcházeli z počítačové učebny. Celou dobu se tam J. díval na video peroucí pračky. Když jsme přišli do třídy, chtěl

dál pračku, ale tam už nebyla k dispozici. Nedošlo to tak daleko, učitelky ho zabavily, J. v tomto případě neubližoval sobě ani jiným osobám.

Jde se zpátky do třídy, J. nechce jít, kňourá, „pračka“, chce se dál dívat, učitelky se mu snaží vysvětlit, že půjdou zase příště. Ve třídě dostal hned svou oblíbenou hru a skládá, zakňoural, ale nic většího se neděje, kňouravě „pračka“, učitelky mu to zase vysvětlují, „jiný“, chce jinou pračku, dostal aspoň malou vrtulku a napít. Kňourá, chce pračku, hra mu na chvíli upoutala pozornost, ale už se zase dožaduje pračky, láme si palec, má jít na záchod, vzpírá se, pere se s učitelkou, nakonec spolu jdou, musela vypomoct i druhá učitelka. Na záchodě řve, když se vrátil, sedl si a dostal alespoň obrázek pračky, dál řve, učitelky se ho snaží zabavit, má hru, vypadá to, že se uklidnil, sedí, ***láme si ruce, ohýbá dlaň v zápěstí****, učitelky se mu snaží odpoutat pozornost, on stále opakuje „pračka“. (příloha B, s. 73)*

Když neměl k dispozici svou pračku nebo vrtulku, otáčel všemi možnými předměty (kartou, kolíkem a dalšími). Ve třídě jsem vždy vypozorovala, že jeho afekty měly jasnou příčinu – **absence točivého předmětu nebo změna denního režimu**.

Stále opakuje “pračka” a “točit” a kňourá. Tváří se velmi smutně, ukazuje někam do dáli a říká pračka. Přišli jsme do školy, v šatně se J. rozplakal, vážně moc chce pračku. (příloha B, s. 78)

Vím ale od učitelek, že častokrát reagoval agresivně, aniž by měl nějaký důvod. Maminka v rozhovoru uváděla, že bývá agresivní, když se necítí dobře, nebo je unavený, to mohl být důvod těchto afektů.

U J. byly často vidět stereotypní pohyby, jako **točení rukou v zápěstí** nebo **rytmické otáčení hlavou**. I stereotypní opakování slov, jako zmiňovaná „pračka“, či „točit“. Také ho fascinuje tekoucí voda, jednou před obědem pustil vodu v umyvadle a nechtěl ji vypnout.

Má si jít umýt ruce, pustí si vodu na plný proud, má pod tokem vody ruce, baví ho to, má radost. (příloha B, s. 80)

Při hodinách býval čas od času veselý, usmíval se, povyskakoval na židli, jásal rukama. Když si chtěl odpočinout, lehl si na matraci, kde s ním většinou pobýval ještě jeden spolužák. J. si ho však nikdy nevšímal. Stejně tak nijak nereagoval na mou přítomnost ve třídě. Když seděl v lavici a otáčel hlavou, natočil se několikrát na mě. Chvilinku na mě vydržel očima, ale oční kontakt mu byl nepříjemný a zase se otočil.

3.7.2 Analýza rozhovorů

Na moji prosbu, zda bych po pozorování chlapců, mohla s rodiči vést rozhovor, mi oba přikývli. Časově nebyl problém se sejít, rodiče byli velmi přívětiví, vstřícní a sdílní. Rodiče mi sdělili mnoho informací o jejich rodině, především o chlapcích. Pověděli mi, jak probíhal jejich vývoj, jak se chovali v dětství a jiné podrobnosti. V této části práce jsou pro mě však důležité především informace týkající se problémového chování chlapců, a proto se budu věnovat hlavně jim.

3.7.2.1 Rozhovor s otcem chlapce M.

Po realizaci samotného pozorování jsem si domluvila schůzku s tatínkem chlapce M.. Rozhovor jsem vedla s tatínkem proto, že je to on, kdo chlapce vodí do a ze školy. Z rozhovoru jsem pochopila, že se mu momentálně věnuje více než maminka. Také sám otec mi při prvním setkání sdělil, že by to byl radši on, kdo se mnou rozhovor bude dělat. S tatínkem jsem se sešla na jeho žádost u něho v práci, v blízkosti sídla školy M.. Celý rozhovor trval okolo jedné a půl hodiny. Narušovala ho občasná přítomnost kolegů otce, kteří si do kanceláře chodili pro věci. Na chvíli jsme vždy ztichli a po jejich odchodu jsme pokračovali v hovoru. Panu M. nedělalo problém o synovi a jejich situaci mluvit, bylo vidět, že podobné pohovory už absolvoval.

Z otcova vyprávění vyplynulo, že M. se v dětství vyvíjel normálním tempem. Vzhledem k tomu, že jde o chlapce, odborníci jim říkali, že malé opoždění je normální. První znaky problémového chování zpozorovali ve školce, kam začal chodit až v pěti letech. Když si k němu přišly nějaké děti hrát, odstrčil je, hračky jim nepůjčoval a jejich přítomnost nevyhledával. Nikdy nedošlo k vážnějšímu zranění dětí.

Néé spíš takový to odstrkávání. Byla tam ňáká facka nebo něco, ony ty učitelky se pak už taky daly pozor. (příloha C, s. 85)

V období puberty si otec všiml, že se u něho stále více objevovaly agresivní sklony. Fyzicky napadal ostatní lidi, škrábal je nebo kousal.

Ono to začalo tak ňák v období puberty. Začal u něj takovej ten neklid, pak to začalo přecházet až dá se říct do tý agresivity. Když po něm někdo chtěl a vyžadoval ňáký činnosti nezbytný, tak už si začal vymejšlet, vzpouzet se, do tý jakoby fyzický. (příloha C, s. 85)

Kromě agrese fyzické se u M., dle slov otce, vyskytuje často agrese verbální. Podle něj slovo „píchat“ používá především právě proti němu.

..když mu něco chci a on nechce, tak „budu píchat tatínka“. Ale jako on to nemyslí, jako že by něco fyzicky vzal a píchal, ale pro něj to je způsob obrany. On nedokáže vyjádřit, že to nechce dělat jinak. (příloha C, s. 86)

Když M. začne někoho fyzicky napadat, tatínek doporučuje si od něho držet odstup. Jak sám říká, „dlouhá ruka“ a držet si ho od těla. Tuto praxi používá tatínek doma téměř vždy. Počká, až to syna přejde. Pak se u něho často objevuje i sebezraňující chování – kouše se do zápěstí.

On teda to obrací proti sobě jo, kouše ten prst a to zápěstí. (příloha C, s. 86)
Měl jednou jedinkrát, že párkrát bouchnul hlavou do zdi, měl ňákej horší stav. Ale že by to dělal standartně to ne. (příloha C, s. 86)

Když jsem se tatínka ptala, jak dlouho většinou ty jeho afekty trvají, říkal, že se to nedá paušalizovat, že záleží na situaci. Jednou byl M. vzteklý už od svačiny ve škole a vydrželo mu to až domů. Dle slov otce záleží, jaký má M. zrovna den. Už ráno se dá většinou poznat, jestli bude dobrý nebo horší. Ale někdy se to zvrtne bez vnější příčiny. Nejčastější příčinou konfliktů bývají chvíle, kdy po něm tatínek chce, aby vykonal nějakou činnost.

..jak moc se od něj jako důsledně třeba vyžaduje ňáká činnost, nebo něco co je potřeba. A jak mu to je nebo není po chuti, jak on je nebo není naloženej. Řeknu, jeden den to udělá bez problémů a druhej den tu samou činnost totálně jako blokuje a dostane se do ňákýho takovýho stavu. (příloha C, s. 86)

Často se stane, že aniž by mu byl dán nějaký podnět, M. dostane vztek. Otec to komentuje slovy, že se mu snaží někdo nabourat do jeho světa. Atak přijde i tehdy, když mu okolí nechce vyhovět. Když si M. něco usmyslí a tatínek mu není po vůli.

Otec vylučuje destruktivní chování svého syna, podle něj nemá M. tendence ničit věci. Kromě kousání a škrábání většinou jiné fyzické agrese nepoužívá. Otec ví snad jen o jedné situaci, kdy ve škole někoho kopl či uhodil.

Co se týká jiného problémového chování otec nic příliš nepozoruje. Epizodně se v minulosti u M. objevila nespavost. Dříve měli problémy donutit syna, aby se pořádně najedl, ale to se s pubertou změnilo a teď jí dostatečně, podle slov otce, se dokonce cpe. Opravdu moc rád má M. kečup, ten si prý dá k čemukoli, na cokoli a jí ho i samotný po velkém množství. Ve školním věku se u něho stále ještě objevovalo pomočování. Problémy se sexuálním chováním tatínek také spíš neregistruje. Když už se u M. něco projevuje, není to nic, co by ohrožovalo jeho okolí.

..jako problém třeba s tim jídlem jo. On se upnul ke kečupu. Ale je schopnej si ho dát i na buchty jo. On je schopnej tu velkou lahev během dne zlikvidovat. (příloha C, s. 90)

Byly tam jako problémy, jako že se počůrával, už jako v době, kdy by se neměl počůrávat. (příloha C, s. 90)

Jako má ňáký tendence, jako že si strká ruku jako do kalhot, nebo takhle. Ale jak bych to řekl, více méně si jenom hraje, není to za účelem, že by se chtěl vzrušovat. (příloha C, s. 90)

3.7.2.2 Rozhovor s matkou chlapce J.

S maminkou chlapce J. jsem se sešla v areálu školy poté, co odvedla syna do školy. Jelikož bylo hezky, sedly jsme si do altánu na zahradě. Bylo znát, že pro paní J. to je stále citlivé téma, že ji situace trápí. Navzdory tomu se mi otevřela, odpověděla na všechny mé otázky. Ke konci rozhovoru se mi dokonce zdálo, že by se mnou dál ráda poseděla a povyprávěla mi více příhod o jejím synovi.

Z vyprávění maminky mi bylo jasné, že od samého počátku se J. vyvíjel ve všech směrech opožděně. Rodiče si to však dlouho nechtěli připustit. Ve třech letech, při nástupu do školky, došlo ke zlomu a zašli s chlapcem k odborníkům. Ve školce se chlapec vyhýbal kontaktu s ostatními dětmi.

On je odháněl od svých hraček. On měl svojí hračku, s tou se zabavil, koukal vokolo, ale.. (příloha D, s. 94)

V tomto věku měl oblíbenou hru, kdy dával něco do kyblíku, pak to zase vysypal a zase znova. Takto si hrál stále znova a znova a sám. Z této jeho hry často vyplynuly výbuchy vzteku.

Jeho největší záliba byla dávat něco do kyblíku a zase to vysypávat, ale on se nemohl od toho vodtrhnout, takže nevěděl jak hru ukončit, tak prostě se začal vztekat, bouchat hlavou do země. ... Ale on si zase nedokázal odpočinout. Byl hodně bdělej, aktivní a nedokázal si odpočinout. A už že se nevyspal, tak byl protivnej, mlátil sebou, vzteklej byl. (příloha D, s. 93)

Další afekty byly způsobeny změnou prostředí či denního režimu. Jezdívali s rodiči na různé výlety, k babičce atd. Vždy ho na takový výlet museli doma pořádně a hlavně dopředu připravit.

Jezdíme k babičce, ale když jedeme třeba někam jinam, nejdřív si to musí, nedokáže to pochopit, takže prostě musí to ňák přetrpět, aby to ňák.. (příloha D, s. 94)
Taky jsme měli vobrázky, učili ho přes vobrázky, vlastně kam pude, aby nebyl ten prvotní vztek, že prostě nechce někam, kam to nezná. (příloha D, s. 94)

Jak už jsem zmínila v analýze pozorování (kapitola 3.7.1.2), dalším problémem je absence pračky. Když byl malý, vždy když šli kolem obchodu s elektrem, museli zajít dovnitř a podívat se na pračky.

..když jsme šli třeba vokolo elektry, tak jsme tam museli zajít, protože jsme se šli kouknout na pračku. ... Tak to šlo, někdy prostě když jsem měla naspěch a nechtěla jsem tam zajít, tak prostě jsme se museli pořádat se vztekem ňák. (příloha D, s. 94)

Matka chlapce J. se domnívá, že většina konfliktů byla způsobena omezenou komunikací, maminka nevěděla, co J. chce, jestli ho něco bolí, není mu dobře. On to neuměl dát najevo, držel to v sobě a pak to v něm puklo jako sopka. Že by došlo s nástupem do školy k nějaké změně v synově chování, si matka neuvědomuje.

..myslim si, že je to všechno v komunikaci, že si nedokázal říct o něco, co mu je, spíš jsem musela všechno vytušit, co mu je. (příloha D, s. 95)
Vždycky to mělo důvod, jenom já sem neviděla, co se děje. Myslim si, že to mělo vždycky důvod a vždycky jsem se bála, že se bude vztekat jen tak a že ho nezvládnu. (příloha D, s. 100)

S nástupem do školy se začal jeho vývoj zlepšovat, zlepšily se jeho schopnosti, ale když se dostal do puberty, došlo k regresi a ke zhoršení jeho chování. Afekty bývaly velmi časté a dost silné. V loňském roce mu začali podávat léky na zklidnění.

Minulej rok, jeli jsme sem, přišli jsme sem do třídy a po půl hodině von se začal vztekat, mlátit. Tam vlastně bylo ve vedlejší třídě, že tam maj kabinky a zavírali, nebo si zavřeli, když chtěli mít klid a von mlátil do dveří, jako votvíral a zavíral. (příloha, s. 99)

Někdy i napadal učitelky ve třídě. Matka si myslí, že když ho šli uklidnit třeba dvě osoby, on nevěděl, co se děje a měl ještě větší nutkání se bránit.

..prostě museli ho držet a mám pocit takovej, že vlastně nepochopil, co se s ním děje a proč ho držej a prostě ještě se bránil proti nim, že to nedokázal pochopit. (příloha D, s. 99)

Problémy s jídlem a se spaním se u J. moc nevyskytují. V dětství míval potíže usnout, tak nemohli spát ani rodiče. Ještě v deseti letech nosíval na noc plíny, které mu vadily. Neuměl se v noci sám zbudit, aby se došel vyčůrat, a když ho zbudila matka v průběhu noci, nemohl znova zabrat.

Ne vůbec, jí všechno, ale akorát, když jsme třeba byli venku a dostal dost, tak doma vyžadoval oběd. On nepovažoval jídlo z venku, že je to oběd, prostě museli jsme se domů vrátit na oběd, nebo si někam sednout, že to je opravdu oběd. (příloha D, s. 96)
S tim spaním to bylo špatný, když bral ten Encephabol, tak nemoh zabrat a vlastně. To sme třeba se tejden nevyspali, on celou noc seděl a kejval se, pak sme měli zlost na něj a on byl nevyspalej, protivnej, (příloha D, s. 97)

U J. maminka samozřejmě zpozorovala i sebepoškozující tendence. Nejčastěji se bouchá do hlavy a kouše do ruky. Stává se, že má tendence i ničit věci. V minulosti to bylo častější, v dětství obvykle strhával záclony, za což ho hlavně otec hodně huboval. Jednou doma vysklil okno. Zvykem bylo, že ničil hračky. Vulgarismy se u něho neobjevují vůbec.

Ne to ne. Tim že nemluví, tak tohlecto nepochytil. Ale než začne mlátit, nebo prostě, myslim si, že von to v sobě nese, nedá to najevo a pak to vypukne jako sopka. A než začne se něco dít a von je prostě takovej napruženej a bouchá, bouchá, bouchá, jako že už naznačuje, že je naštvanej, že začne něco dělat. (příloha D, s. 101)

Matka doma používá ojedinělé metody, jak chlapce zklidnit. Vymyslela mu je vlastně na tělo. Nebo používá klasické objetí celého těla, či se ho snaží zabavit prohlížením knížky.

Doma když začal vyvádět, tak pomáhalo to, že jsem mu natočila vodu vlažnou, normální vody na koupání, on si tam seděl, přelejval si vodu a tim se zklidnil. A nebo když jsem chtěla uvařit a von lítal po pokoji, všechno rozhazoval nebo to, tak jsem ho postavila na židli, protože on se bojí vejšek, tak stál u mě na židli a koukal, co tam dělám, co míchám a takový. (příloha D, s. 99)

Na otázku, zda by dokázala určit, jak časté jsou jeho afekty, mi maminka neuměla odpovědět. Je to různé, někdy častější, poslední dobou je však problémové chování vzácnější. Většinou afekty trvají klidně i hodinu. Momentálně má matka nad synem menší kontrolu, J. zesílil a tak je fyzicky silnější než maminka, proto je pro ni stále těžší chlapce uklidnit, srovnat ho.

Prostě když se nedokáže zklidnit, tak vemu smeták a seknu ho přes prdel a von vidí, že má se zklidnit a už se stahuje. (příloha D, s. 102)

3.8 Vyhodnocení výsledků

Vyhodnocení výsledků výzkumné části jsem prováděla na základě mnou vypozorovaných faktů a výpovědí rodičů a učitelů. Doplňuji je přehlednou tabulkou,

viz Tab. 3-1, kde jsou mimo jiné kategorizovány druhy projevů problémového chování.

U chlapců se problémové chování začalo objevovat v podstatě s příchodem první sociální interakce, ke které v obou případech došlo v mateřské školce. Do té doby se chlapci do společnosti jiných dětí příliš nedostali. Oba chlapci k sobě nechtěli jiné děti pustit, hráli si osamoceně, a když chtělo nějaké dítě narušit jejich samotu, odstrčili jej.

U obou chlapců se projevuje stereotypní chování, u každého však jinak. Chlapec M. je jednoznačně aktivnější, často přecházel po třídě sem a tam po stejné linii. Chození jakoby ho uklidňovalo, tlumilo v něm nahromaděnou energii, kvůli které často docházelo k afektům. Když seděl v lavici, měl tendence točit botou, byl to akt, který dělal chlapec automaticky, podle mě si ho ani neuvědomoval. Po práci či v průběhu úkolu se zeptal: „Můžeš chodit?“, nepotřeboval odpověď, byl to spíš jeho zvyk, jak práci ukončit. Při nadbytku energie u něho bylo vidět vyhazování rukama do vzduchu doprovázené zvukem „hůhůů“. Chlapec J. se projevoval klidnějším, otáčivým pohybem hlavy nebo rukou. Opravdu velmi časté u něho byla slova „pračka“, případně „točit“, byl schopný tato slova říct dvacetkrát za hodinu. O stereotypii jsem s rodiči nemluvila, takže popisuji projevy, které jsem vypozorovala sama, ale tuším, že budou stejné, jaké by zmínili rodiče.

U obou chlapců docházelo k různému sebepoškozování. Chlapec M. se kousal do zápěstí, a to i ve chvílích, kdy u něj nedošlo k afektu. Chlapec J. se v afektu bouchal do hlavy, případně se také kousal do ruky.

Když přišel afekt či výbuch vzteku, většinou se oba chlapci chovali agresivně ke svému okolí. Chlapec M. chtěl lidi okolo sebe škrábat a kousat. Chlapec J. se projevoval mlácením a kopáním svého okolí. Tyto výjevy v obou případech doprovázel hrozný řev chlapců.

Verbální projevy agrese nebyly u chlapců příliš časté. U chlapce M. se občas objevuje slovo „píchat“ a „plivat“, nejčastěji však slovo „píchat“ směřuje proti otci. U chlapce J. se i vzhledem k jeho schopnosti komunikovat verbální projevy agrese neobjevují.

U chlapce M. se na rozdíl od J. nesetkáme s destruktivním chováním. Chlapec J. nejčastěji ničí hračky, jednou vysklil okno a strhával závěsy. Ve škole hodil lavicí a házel věcmi.

Příčiny vzniku problémového chování jsou u chlapců obdobné. Oba chlapci nemají rádi změny svého zaběhlého režimu. Pokud na nich okolí vyžaduje nějakou

	CHLAPEC M.	CHLAPEC J.
DIAGNOSTIKOVÁN	v 5ti letech	ve 3 letech
PRVNÍ PROJEVY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	Ve školce (5 let), zhoršení v pubertě	Ve školce (3 roky), zhoršení v pubertě
STEREOTYPNÍ CHOVÁNÍ	Ano, točení nohou botami, přecházení po třídě po stejné linii, „můžeš chodit?“, verbální projev: „hůhůů“ a vyhození rukama do vzduchu	Rytmické otáčivé pohyby hlavou, otáčivé pohyby rukou v zápěstí, verbální projev: „pračka“, „točit“
SEBEPOŠKOZUJÍCÍ CHOVÁNÍ	Ano, kousání se do zápěstí	Ano, mlácení hlavou o zem, o zeď, kousání se do ruky
AGRESIVNÍ PROJEVY VŮČI OSTATNÍM	Ano, kousání, škrábání, řev	Ano, mlácení, kopání, řev
VERBÁLNÍ AGRESIVNÍ PROJEVY	Ano, „píchat“, „plivat“	Ne
DESTRUKTIVNÍ CHOVÁNÍ	Ne	Ano, občasně, shodil lavici a házel věcmi, strhával závěsy, rozbil okno, hračky
PŘÍČINY	Chce se po něm, aby pracoval, změna režimu, narušení jeho světa, často neznámé	Absence točivého předmětu (pračka), změna režimu, nevolnost, únava, nevyhovění, požadování činnosti, někdy neznámé
METODY VEDOUCÍ KE ZKLIDNĚNÍ	Objetí celého těla, zamezení pohybu, nepustit si ho k tělu, nechat ho se vyvztekat	Postavení na židli (bojí se výšek), naložení do vany s vodou, odvést pozornost, chlácholení, obejmout, prásknout přes zadek
DÉLKA TRVÁNÍ AFEKTU	15 minut, ale i půlku dne	10 minut, 1 hodina

Tab. 3-1 Problémové chování

činnost, když oni zrovna nechtějí spolupracovat, téměř vždy to u nich vede k afektu. U M. je velmi časté, že příčinu svého chování ví jen on sám, jeho okolí netušilo, proč k afektu došlo. U J. také docházelo k výbuchům vzteku, aniž by předtím došlo k důvodné situaci, která by se dala identifikovat. J. často reaguje agresivně, když se necítí dobře nebo je unavený. Častým důvodem byla i absence pračky, točivého předmětu. Tato příčina se objevuje spíše ve škole.

Chlapce M. bylo možné zklidnit objetím celého těla, zamezením pohybu, musely se mu přidržet ruce i nohy. Tuto metodu praktikují hlavně ve škole, doma ho otec nechává se vyvztekat a jen si ho drží od těla. Pro chlapce J. si matka našla sama vhodné metody, ušité J. přímo na míru. Postaví ho na židli, protože se bojí výšek nebo ho naloží do vany, což má naopak rád. Tyto dvě aktivity ho uklidní. Někdy se ale musí použít jemného násilí, prásknutí přes zadek. Ve škole ho učitelky musí obejmout, opět zamezí jeho pohybu, nebo ho slovně uklidňují, případně odvádí pozornost.

Ve škole bývaly afekty jednoznačně kratší, než jsou obvykle v domácím prostředí. Mnou vypozorované afekty trvaly většinou okolo deseti minut, maximálně půl hodiny. Kdežto doma rodiče uvádějí, že to dětem vydrží hodinu, někdy i půlku dne.

3.9 Vyhodnocení tezí a cílů

Před začátkem zkoumání jsem si určila tři hypotézy, na které jsem hledala odpověď.

Teze č. 1 „Chlapci s PAS budou reagovat často negativně, pokud je po nich vyžadována nějaká činnost.“, se v obou mých případech potvrdila, ale ne vždy. Při pozorování jsem si několikrát všimla, že když se po chlapcích chtělo, aby šli něco dělat do lavice, reagovali na výzvy negativně. Chlapec J. se poměrně ovládal, častá byla odpověď „Ne“, nebo učitelku ignoroval, schválně ji zlobil. Jeho matka mi sdělila, že když ona po něm vyžadovala nějakou činnost, často začal reagovat až sebepoškozováním. Chlapec M. na výzvy reagoval většinou mnohem agresivněji. Jen když zahlédl, že mu na lavici učitelka připravuje práci, objevoval se afekt, vztekal se. Byly ale i momenty, kdy chlapci „bez řečí“ šli pracovat do lavice na zadaných úkolech. Záleželo, v jakém byli ten den rozpoložení, což se dalo vysledovat již od

samotného rána. Rodiče mi sdělili, že někdy jsou ochotní spolupracovat a někdy prostě ne.

Teze č. 2 „V případě emočního rozladění budou chlapci jednat agresivně, budou fyzicky napadat lidi ve svém okolí, případně si ubližovat.“, se většinou v obou případech potvrdila. Zde by se zhodnocení dalo sjednotit na oba chlapce. Ve chvílích, kdy se chlapci necítili dobře, byli unavení, či nebylo po jejich vůli, téměř vždy došlo k výbuchům vzteku. Útočili na učitele a vždy ubližovali sami sobě. Od rodičů jsem získala informaci, že takto to probíhalo i u nich doma, kdy napadali člena rodiny, který byl zrovna po ruce.

Teze č. 3 „S nástupem puberty se bude chování chlapců zhoršovat.“, se potvrdila. Oba rodiče mi sdělili, že když chlapci přišli do puberty, bylo jejich problémové chování markantnější a hůře zvladatelné. Toto mi potvrdily i učitelky pracující s chlapci.

Za cíl této práce jsem si stanovila podrobné prozkoumání problémového chování u dětí s poruchou autistického spektra. Především jsem chtěla najít příčiny vzniku a druhy projevů takového chování. Oba cíle se mi podařilo splnit a zjistila jsem i informace navíc, jako jsou třeba používané metody, které vedou ke zklidnění chlapců.

4 DISKUZE

V této části bych ráda porovnala mnou zjištěné výsledky s teoretickou částí mé práce, která vznikala především na základě odborné literatury. Také bych zde chtěla dát prostor zhodnocení mého výzkumného šetření.

V teoretické části jsem zmiňovala jako možné příčiny agresivního chování komunikační, socio-emoční a kognitivní a percepční deficit. Všechny tyto příčiny se objevily i v mém výzkumném šetření. Méně se už v literatuře zmiňuje vlastní osobnost dítěte. Ve výzkumu jsem došla k závěrům, že příčiny vzniku byly často „uvnitř“ pozorovaných chlapců, záleželo na jejich rozpoložení, únavě a zdravotním stavu. Rozpoložení dětí je v literatuře bráno v potaz především u malých dětí, okolo čtyř let.

Pokud bych měla chlapce jednotlivě zařadit do skupiny podle četnosti výskytu a míry problémového chování, nedalo by se to jasně určit. Myslím si, že by oba spadali do druhé skupiny, tj. středně těžké poruchy chování, protože se u nich problémové chování vyskytovalo přibližně 3x týdně (toto jsem nezjistila jen svým vlastním pozorováním, ale hlavně povídáním si s učitelkami a rodiči), někdy i častěji. Oba chlapci dostávají léky, které mají jejich projevy tlumit, dají se však zklidnit i působením autorit.

Čermák rozlišil osm druhů agrese, přičemž u chlapců se projevily dva typy, a to agrese fyzická aktivní přímá (napadání, mlácení) a fyzická pasivní nepřímá (odmítnutí splnit požadavek). U chlapce M. se vyskytuje ještě agrese verbální aktivní přímá (nadávky). Avšak fyzická aktivní agrese u dětí s autismem se neprojevuje stejně jako u většiny zdravých dětí. U dětí s PAS není, dle mých poznatků, účelem ublížit druhému člověku. Touha uškodit ostatním lidem v jejich případě není. Je to jejich obranná reakce nebo chtějí na něco upozornit, když se jim něco nelíbí, necítí se dobře. Děti s autismem to neumí dát jiným způsobem najevo, proto jednají často agresivně či nevhodně.

Typické projevy sebepoškozování se u chlapců taktéž projevily. Jednalo se především o kousání do ruky a mlácení hlavou o zeď. Určitě zde má vliv na jejich chování i stupeň mentální retardace. Ačkoli se často k dětem s poruchou autistického spektra přidružují i problémy se spánkem či jídlem, u mnou pozorovaných chlapců jsem si ničeho podobného nevšimla a rodiče také vyjmenovali pouze ojedinělé příhody. Podobně tomu bylo i s problémy v sexuálním chování, kde je ale možné, že

v budoucnu bude k tomuto problému docházet častěji. Tyto projevy problémového chování jsem proto nezahrnula do závěrečné tabulky.

Nevýhodou mého zkoumání jistě je pozorované prostředí, ve kterém jsem měla možnost děti vidět. Děti jsem nezkoumala v domácím prostředí, ale pouze jen ve školním. Nemám tedy vlastní zkušenost z toho, jak se děti chovají doma. Vzhledem k tomu, že oba chlapci bydlí mimo Prahu, bylo by to časově velmi náročné. Snažila jsem se tento nedostatek vynahradit rozhovory s rodiči, které byly pro mne velkým přínosem.

Příčiny a projevy problémového chování jsou vypozorované u dvou konkrétních vzorků. Jiné děti by mohly mít pro své chování odlišné důvody a jeho projevy by se jistě lišily.

5 ZÁVĚR

Poruchy autistického spektra spadají do poruch, které se s člověkem nesou po celý život. Jedinci s autismem mají problém porozumět světu zdravých lidí, stejně jako zdraví lidé mají problém porozumět tomu jejich. Proto často děti s autismem reagují neadekvátně, neví, jak své pocity správně vyjádřit a může docházet k destrukci věcí, ubližování si nebo napadání jiných lidí. V jejich zájmu však není druhé osobě záměrně ublížit, je to často jejich komunikační prostředek, jak něco sdělit, vyrovnat se s nejistotou.

V rámci své práce jsem měla možnost se také seznámit s metodami intervenčních metod k problémovému chování žáků, ale nebylo mým cílem je více rozpracovávat, jelikož to nebylo náplní této práce. Je to však jedna z oblastí, kde se setkáváme stále s velkým nedostatkem informací a kde lidé (učitelé, asistenti, ale i rodiče), kteří pracují s dětmi s poruchou autistického spektra, dostávají stále nedostatečnou oporu. Bylo by tedy, podle mého názoru, prospěšné, věnovat se dané problematice v dalších výzkumných pracích.

Na závěr bych chtěla říci, že jsem nesmírně vděčná za zvolené téma, které mě doneslo do světa, o kterém jsem dříve neměla dostatečně dobré ponětí. Doufám, že tato práce pomůže lidem, jako jsem bývala já, do světa autismu nahlédnout a pochopit tak chování těchto dětí.

POUŽITÁ LITERATURA

ATKINSON, R. Psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3

ATTWOOD, T. Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Zvládání problémového chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367319-2

ČERMÁK, I. Lidská agrese a její souvislosti. Brno: Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8

EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. Popisy, postupy a doporučení, jak zasáhnout. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1

FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6

FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3

FROMM, E. Anatomie lidské destruktivity. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-232-4

GILLBERG, CH., PEETERS, T. Autismus – zdravotní a výchovné aspekty. Výchova a vzdělávání dětí s autismem. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-856-2

HOWLIN, P. Autismus u dospívajících a dospělých. Cesta k soběstačnosti. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-041-0

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. Dětský autismus. Přehled současných poznatků. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4

MKN-10

NAKONEČNÝ, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7

PAVLOVSKÝ, P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2618-2

PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

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

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

VERMEULEN, P. Autistické myšlení. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1600-3

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. Sociální psychologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8

Internetové zdroje:

APLA: asociace pomáhající lidem s autismem. [online]. [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: http://praha.apla.cz

Chotouňská: základní škola speciální. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: http://chotounska.cz

Rett community: rettův syndrom. [online]. [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: http://rett-cz.com