

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

Bakalářská práce

Denisa Poláchová

Alternativy stravování ve vztahu k osobám s PAS

Olomouc 2018

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Alternativy stravování ve vztahu k osobám s PAS, vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další materiály, které jsem použila, uvádím v seznamu použitých zdrojů.

V Olomouci, dne 18. 4. 2018

.....

Denisa Poláchová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D., za odborné vedení práce, poskytnutí cenných rad, připomínek a především za čas, který mi v průběhu tvorby práce věnovala.

Obsah

Úvod	1
1 Vymezení základních pojmů	2
1.1. Definice poruch autistického spektra.....	2
1.2. Etiologie poruch autistického spektra	4
1.3. Projevy poruch autistického spektra	7
1.3.1. Narušení v oblasti komunikace	8
1.3.2. Narušení v oblasti sociálního chování.....	13
1.3.3. Narušení v imaginaci spojené s omezeným okruhem zájmů, obsedantní a rituální chování.....	17
1.3.4. Nespecifické projevy.....	19
1.3.4. 1 Obtíže v oblasti stravování.....	22
2 Alternativy stravování ve vztahu k osobám s PAS.....	25
2.1. GAPS dieta.....	27
2.2. GFCF dieta.....	32
Závěr	39
Seznam použité literatury	41
Seznam použitých zkratek	45

Úvod

Problematika poruch autistického spektra se v poslední době dostává stále hlouběji do povědomí veřejnosti. Vznikají nové filmy zabývající se osudy dětí a rodin, které se s touto poruchou ve svém životě setkaly, v televizním vysílání se objevují reportáže, jež poukazují na všední i nevšední obtíže, ale i radosti, jež soužití s dítětem a později dospělým s poruchou autistického spektra provázejí. Médii kolují články, píší se knihy a vzniká nepřeberné množství názorů ze skupin odborné i laické veřejnosti, ty se střetávají, mnohdy do sebe narážejí, ale všechny se veskrze snaží odpovědět na otázky, které si pokládají rodiče dítěte s poruchami autistického spektra, ale i s jakýmkoliv jiným postižením. Tedy proč? A jak můžu situaci svého dítěte zlepšit?

Příchod dítěte na svět je velkou událostí celé rodiny. V případě narození dítěte s postižením vzniká po určité době snaha najít způsoby, které by mohly dítěti pomoci, zlepšit jeho stav a posunout jej co nejlepším směrem v kontextu jeho individuality. Rodiče a nejbližší okolí dítěte se mnohdy probírají názory, hledají v knihách a na internetu, radí se s odborníky. Pátrají v postupech a možnostech a ty, stejně tak, jako variabilita v projevech poruch autistického spektra, nemusí být aktuální pro všechny.

Tato bakalářské práce je ve své první části zaměřena na definici poruch autistického spektra a specifické projevy, se kterými se u dětí s tímto postižením setkáváme. Do této problematiky zapadají i konkrétní zvláštnosti týkající se stravování a stravovacích návyků těchto osob. V tomto případě čerpáme i z literatury zabývající se konkrétními životními zkušenostmi rodičů dětí. Druhá část se věnuje alternativním možnostem stravování ve vztahu k osobám s PAS. Konkrétně jsou rozpracovány v současnosti nejčastěji využívaná dietetická opatření (GFCF a GAPS dieta). Obě jsou doplněny pohledy vybraných dostupných výzkumů.

Cílem bakalářské práce je poskytnutí přehledu obtíží v oblasti stravování osob s poruchami autistického spektra. Dále zprostředkování vybraných konkrétních alternativních možností stravování, které na ně mají návaznost a jež jsou v současné době považovány za schopné ovlivnit zdravotní stav dětí s PAS. Ty jsou doplněny o vybrané aktuální výzkumy a názory odborníků. Cílem je zprostředkovat tyto informace například rodičům a pedagogům, které tato problematika zajímá.

1 Vymezení základních pojmů

„Do určité míry jsem špatně vybaven pro přežití v tomto světě, jako mimozemšťan, který přistál na Zemi bez orientační příručky. Ale moje osobnost je nedotčena. Moje já je nedotčené. Našel jsem ve svém životě velké hodnoty a smysl života a nechci z nich být vyléčen... Uvědomte si, že jsme si odcizeni navzájem, že můj způsob bytí není poškozenou verzí vašeho...“

(Jim Sinclair in De Clerq, 2007, s. 62)

1.1. Definice poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra (dále jen PAS) můžeme označit jako ranou neurovývojovou poruchou, jejíž základ má neurobiologický podklad (Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2004). S termínem je vzájemně spjat pojem pervazivní vývojové poruchy, jedny z nejzávažnějších poruch mentálního vývoje dětí. Vrozené postižení mozkových funkcí způsobuje odlišné vyhodnocování informací a obtíže v komunikaci, sociální interakci a symbolickém myšlení. Stejně tak je ovlivněno vnímání a prožívání dítěte, což logicky vede k jiným vzorcům chování. Dítě není schopno vyhodnocovat informace z okolního prostředí tak, jako jeho intaktní vrstevníci. Nerozumí jednoznačně tomu, co vidí, slyší, prožívá (Thorová, 2006). Podle Bazalové (2012) je pak reakcí neadekvátní odpověď na veškeré sociální situace, do kterých se dítě dostává. Příjem a zpracování informací je jiný, než v případě dětí intaktních.

Pro jednotlivé syndromy platí značná symptomatická variabilita, která je zároveň ovlivněna následným vývojem dítěte a jeho podmínkami (sociálním prostředím, osobností dítěte, přidruženými poruchami, kognitivními schopnostmi, volbou výchovně-vzdělávacího programu), také rozdílnou četností, silou projevu, případně absencí některého z nich. Míra náročnosti zařazení do konkrétní kategorie pervazivních vývojových poruch tak vyvolala potřebu po všeobecnějším termínu, kterým jsou právě PAS (Thorová, 2006).

Podle Thorové (2006) si termíny zhruba odpovídají, dokonce jsou PAS více výstižné vzhledem k tomu, že jednotlivé deficity a abnormality jsou spíše různorodé, než pouze vždy pervazivní (všepronikající).

Pervazivní vývojové poruchy se vždy projeví již v prvních letech života, konkrétnější věkové rozmezí se odvíjí od konkrétního typu poruchy (tamtéž).

Hrdlička (in Hrdlička, Komárek, 2004) tuto hranici ohraničuje třetím rokem dítěte, přičemž nejvýraznější manifestace projevů přichází mezi 12. – 18. měsícem. Příznaky, s nimiž se setkáváme, mohou být dvojího druhu. Tím, se kterým odborníci přicházejí do styku častěji, je postupný rozvoj deficitů autismu během prvních měsíců. V případě menšího procenta případů hovoříme o takzvané autistické regresi, která zahrnuje závažný obrat vývoje zpět. Dítě částečně nebo zcela pozbývá již získané vývojové dovednosti z oblasti řeči, sociálního chování, nonverbální komunikace. Přestože se do té doby vyvíjelo normálně, případně se u něj projevovaly pouze mírné, dílčí projevy autismu (Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2004).

Postřehy rodičů k prvotním projevům (Bazalová, 2012, s. 13):

„První úvahy o možném autismu přišly již v půl roce. Objevovalo se jednak opoždění ve vývoji, ale také si vystačil sám, nevyhledával oční kontakt, málo používal hračky, nebroukal.“

„Dcera je postižena dětským autismem ve spojení s těžkou mentální retardací. V 18 měsících jsme vyhledali psychologa, následně kontaktovali pediatra s tím, že si dcera nehrála s hračkami jako její vrstevníci, ničila je, neuměla napodobovat zvuky zvířat, neprohlížela si knížky, nereagoval na jméno, neudržela oční kontakt. Objevila se řečová retardace, její slovník v 18 měsících byl asi 10 zkomolených slov a do 3 let přestala mluvit úplně.“

V současnosti je stále platný mezinárodní klasifikační systém nemocí (MKN-10) z roku 1992. V rámci této klasifikace řadíme k těmto poruchám dětský autismus, Aspergerův syndrom, atypický autismus, a ne zcela běžně se vyskytující jinou desintegrační poruchu v dětství. Oproti tomuto Americký statistický manuál (DSM-5), který vyšel v roce 2013 tuto problematikou pojímá zcela nově a slučuje tyto poruchy do jedné jediné skupiny označené jako porucha autistického spektra. Oblast komunikace a sociálních vztahů se sloučila do jedné. Odstranil zároveň opoždění řeči jako jeden z diagnostických znaků, zároveň je ale nutná přítomnost stereotypních projevů, pokud se nevyskytují, nelze říci, že se jedná o PAS. (Ryšánková, Kulisek in Žampachová a kol., 2015; Hrdlička, Komárek, 2014).

Dříve platná publikace Americké psychologické asociace (DSM-4) z roku 1994 hovoří v rámci poruch autistického spektra o autistické poruše („Kannerův autismus“ nebo „klasický autismus“), Rettově syndromu, Aspergerovské poruše (Aspergerův syndrom), dětské dezintegrační poruše, pervazivní vývojové poruše a dále nespecifikované poruše tzv. PDD-NOS (Brown, 2012).

S určitou nejednotností vymezení pojmu autismus, a zejména s přibývajícím informovaností a publicitou, jež je PAS věnována, přibývá i mnohých osobních pohledů na pojmenování tohoto termínu.

Pro ilustraci vybíráme názor českého psychologa a psychoterapeuta Petra Knotka, vystupujícího pod pseudonymem Pjér La Šéz. Pjér La Šéz (2016) nevnímá autismus jako problém dítěte, ale společnosti. Malý „autista“ se rodí s jasně definovaným postojem, který na rozdíl od intaktních dětí neopouští. Je to člověk, který své vnitřní postoje nevzdává ve prospěch společnosti. Nejvíce pomáhá, pokud se problému otevrou rodiče.

Jestliže se podívají na sebe a svou sféru emocí, je podle něj malý „autista“ schopen se určitým způsobem také otevřít a pohodově fungovat.

„Já myslím, že by se tomu nemělo říkat autismus, ale zvýšený stupeň autonomie. A autonomie je přesně to, co v téhle společnosti nepěstujeme“ (Pjér La Šéz, 2016, s. 7 – 8).

1.2. Etiologie poruch autistického spektra

V současném pojetí PAS hovoříme o multifaktoriálním přístupu k příčinám vzniku tohoto postižení. I přes množství dostupných teorií, výzkumů a hypotéz není příčina jednoznačně známá. Mezi odbornou veřejností panuje shoda na více faktorech, mezi nimiž jsou nejobjektivněji prokázány geneticky podmíněné změny v mozgovém vývoji. (Říhová, 2011)

Zároveň je podle autorů prokazatelné, že ke vzniku přispívá více genů v rozličné, prozatím dosud nespecifikované míře. Shoda mezi kterýmkoliv typem dědičnosti nebyla prokázána. Specifické geny tvoří spíše genetickou predispozici, která teprve v kombinaci s dalšími vlivy určuje závažnost poruchy či vznik autismu (Thorová, 2006). Doposud tak nebyl jednoznačně vymezen a charakterizován konkrétní gen, který by odpovídal za vznik PAS. (Michalová, 2011).

„Každý gen zajišťuje obvykle především nějakou normální fyziologickou funkci ve vývoji nebo fungování organismu. Mohou ale existovat určité varianty tohoto genu (alely), které nefungují správně, a které mohou vést u svého nositele k rozvoji choroby“ (Sedláček a Havlovicová in Hrdlička, Komárek, 2004, s. 130).

Genetická příčinnost byla objevena v rámci výzkumů genetické predispozice u dvojčat. Zároveň i u výskytu autismu či jeho projevů v blízké rodině či u rodičů (Thorová, 2006; Strunecká, 2009). Což mohou potvrzovat například i osobní zkušenosti rodičů vychovávajících děti s PAS.

„Od neděle, kdy pan doktor vyslovil podezření na autismus u Jeníka, přemýšlím, skoro nespím... a teprve včera mě napadlo, zda tuto diagnózu nemůže mít i Karel.

Manžel se mnou skoro nemluví, z očí do očí se mnou nekomunikuje nikdy, jen nadává na peníze, co cítí nevím, moje city ho nezajímají, o empatii nemá ani ponětí.... A já se pamatuji, jak tchýně dává k dobru historku o tom, jak její syn mlátil jako dítě hlavou do zdi.“ (Martínková, 2012, s. 12).

V souvislosti se snahou objevit „gen autismu“ zmiňují Sedláček a Havlovicová (in Hrdlička, Komárek, 2004), stále se rozvíjející genetické poradenství a posun v testování genetickou analýzou, která však podle autorů naráží na přetrvávající nejistotu v jednotlivých příčinách postižení a komplikované otázky v oblasti etiky genetiky.

Autoři zároveň poukazují na zajímavou problematiku genetické dědičnosti autismu, kdy zmiňují článek Jürgena Brosiuse a Martina Kreitmana z roku 2000 (Brosius a Kreitman in Hrdlička, Komárek, 2004), kteří zmiňují, že rodiče dětí s postižením často nemají žádné další děti, současně osoby s postižením samy také často nemívají děti, měl by být autismus geneticky letální chorobou. Tímto by tak podle autorů docházelo k snížení počtu alel, které vedou k autismu v populaci.

Thorová (2006) hovoří také o různých nespecifických postiženích mozku, kdy dochází k dysfunkci většího nebo menšího množství spojení jeho systému. Pravděpodobněji je více narušena levá strana mozkové hemisféry. Za základní abnormalitu můžeme podle Bazalové (2011) považovat poruchy krátkodobé paměti, které následně brání v plnohodnotném plnění úkolů a navazování vztahů. Změny lze pozorovat jak v úrovni mozkové kůry, mozečku a dalších oblastech mozku, k nimž pravděpodobně dochází v průběhu prenatálního vývoje, krátce po uzavření neurální trubice (období kolem 24. – 26. dne embrya) (Komárek in Hrdlička, Komárek, 2004).

Při pohledu na autismus jako na poruchu, která má biologické základy, se setkáváme s teorií pojímající PAS jako následek metabolické poruchy. Tato teorie je podložena neurochemickými studiemi Angličanů Paula Shattocka a Paula Whiteleyho (2002), kteří se ve své, vůbec nejmodernější, výzkumné laboratoři zaměřili na analýzu moči osob s PAS, aby objevili určité shodné chemické látky. Vědci spatřují symptomy autismu jako následek psychologických problémů metabolického původu (Bazalová, 2011). Model vychází z akceptace teorie exogenního původu, které mají vliv na neurotransmisi v centrální nervové soustavě a působí jako opiáty. Ty vznikají jako následek nekompletního štěpení látek, zejména lepku a kaseinu. Příčinou průniku do mozku je narušená jeho ochranná bariéra a vyšší propustnost střešní stěny (Bazalová, 2012).

K mnoha z pravděpodobných příčin vzniku autismu můžeme zařadit i teorii imunoexcitotoxicity, se kterou přichází Strunecká a Blaylock (in Strunecká, 2009).

Ti autismus považují za poruchu, jejíž základ spatřují v narušení imunitního systému mozku spojenou s funkční poruchou glutamátových receptorů. Vycházejí z domněnky, že za rapidním nárůstem počtu dětí s diagnózou PAS stojí souvislá a příliš vysoká stimulace nezralého dětského organismu. Na této stimulaci se podílí zejména očkování, změny životního stylu a nové ekotoxické látky. Za nejvíce škodlivé se považuje rtuť, hliník, aspartam a fluoridy a jejich vzájemné kombinace, zejména hliníku, fluoridu a aminokyselin glutamátu. Svým hromaděním v životním prostředí a následně v potravinových řetězcích narušují regulaci činnosti glutamátových receptorů (Strunecká, 2016).

V buňkách pak může docházet k dějům, o kterých hovoříme jako o excitotoxickém stavu, kdy jednotlivé, nejen nervové buňky, odumírají a degenerují kvůli nadměrné stimulaci (Bazalová, 2011; Strunecká, 2009; Strunecká, 2016).

V kontextu předchozí zmíněné teorie je třeba uvést také odbornou i laickou veřejností poměrně kontroverzně vnímanou teorii o vakcinaci jako příčině autismu. Zastánkyní tohoto důsledku PAS je Strunecká (2009), která za problematickou považuje zejména látku trimerosal, konzervant vakcín obsahující rtuť (Strunecká, 2009).

Stejně tak existují v České republice občanská sdružení (například JAN Olomouc, Rosalio), která tento názor podporují.

V zahraničí (zejména v USA) měly tyto názory za následek zvýšené procento rodičů, kteří se bránili povinnému očkování svých dětí. Tento trend můžeme v posledních pár letech pozorovat i v České republice. (Bazalová, 2011; Strunecká, 2016).

Bazalová zároveň připomíná výzkum Brita A. Weakfielda, který vyslovil názor, že za příčinou vzniku autismu vidí spalničkový element z kombinované vakcíny na spalničky, zarděnky a příušnice, jež zapříčiňuje abnormality střevní stěny. Tyto a jim podobné abnormality byly objeveny i u dětí s PAS. Tento výzkum byl však velmi kritizován. Celkově tato teorie není vědecky podložena a považuje se za spekulativní (Bazalová, 2011; Thorová, 2006).

V doplnění multifaktoriální problematiky vzniku PAS uvádí Michalová (2011) výskyt virových a infekčních chorob v těhotenství matky (např. zarděnky) nebo vliv komplikovaných dětských nemocí – černý kašel, příušnice. Upozorňuje také na komplikace při porodu, zejména na nedostatek kyslíku při narození, s čímž se shodují také Gillberg a Peeters (2003), kteří významně spojují PAS s poškozením mozku v průběhu těhotenství, porodu a krátce po něm.

1.3. Projevy poruch autistického spektra

„Za svou praxi jsem se setkal s tisíci rodiči, jejichž dítě obdrželo diagnózu autistické rysy. Vždy jim říkám: Vaše dítě nemá žádné rysy, ale trpí autismem.“

(Bernard Rimland, ředitel Autism Research Institute, 1993 in Thorová, 2007, s. 1)

V chování jedinců s PAS se setkáváme se širokým a rozmanitým schématem projevů. Ne u každého dítěte rodiče zaznamenají všechny z nich, stejně tak se mohou objevit projevy zcela individuální (Michalová, 2011; Říhová, 2011).

Přesto je možné základní charakteristické projevy shrnout do tří oblastí, které označujeme jako triádu diagnostických kritérií autismu (Bazalová, 2011). Tyto projevy bývají následně diagnostikovány i přes přítomnost nebo nepřítomnost kterékoliv jiné poruchy či nemoci.

Koncem sedmdesátých let zavedla britská psychiatrička Lorna Wingová takzvanou triádu poškození. Vycházela tak ze spolupráce s Judith Gouldovou, při které se zabývaly studiem 173 dětí nedaleko Londýna (Bazalová, 2011; Thorová, 2006).

V současnosti je triáda vyjádřena ve třech oblastech narušení:

- 1) komunikace
- 2) sociální chování
- 3) imaginace spojená s omezeným okruhem zájmů, obsedantním a rituálním chováním.

Podle Říhové (2011) jsou tyto projevy všeobecně považovány za specifické – typické. Setkáváme se také s projevy nespecifickými, které se vyskytují i u jiných, například psychiatrických nebo neurologických onemocnění. Zahrnují problematiku poruch spánku, příjmu potravy, oblast motoriky, obtíže smyslového vnímání a další.

Thorová (2007) ale také poukazuje, že vzhledem k tomu, že nemáme jednotné definice, není jasné, zda autistické rysy mohou být zaměňovány se symptomy poruch autistického spektra. Nebo zdali případně označují projevy dětí, jejichž chování však frekvencí a intenzitou neodpovídá diagnostickým kritériím žádné poruchy autistického spektra. Autistické rysy tak pro nejednotnost nelze označit za diagnózu. Autorka (2007) zároveň připomíná, že v České republice je s pojmem autistické rysy často pracováno. Ona sama jeho užívání považuje za nevhodné. Nejčastěji je jako dítě s autistickými rysy nebo autistickými rysy s mentální retardací označováno dítě, jehož správná diagnóza by měla znít atypický autismus anebo dětský autismus a mentální retardace.

Autorka (2007) tomuto vytýká, že pojem autistické rysy dává nepravé zdání menší vážnosti této poruchy, což výrazně ovlivňuje rodiče, kteří pak nemají oporu v legislativě, tudíž nemohou využít poradenských, sociálních a vzdělávacích služeb, které mohou výrazně zlepšit kvalitu života jejich dětí.

1.3.1. Narušení v oblasti komunikace

„Paci, paci, pacičky,“ odříkáváte zdravému miminku a smějete se. Za čas přijde odměna, dítě se přidá a bude hrát tyhle hry s vámi. „Paci, paci, pacičky,“ odříkávám svému autistickému synovi, ale on se nepřidává. Dělá to měsíc, dva, půl roku, tři čtvrtě. Bez reakce, a tak spolu pomalu, ale jistě začínáme mlčet.“

(Makovcová, 2010, s. 94)

Komunikaci zaznamenáváme jako výměnu informací, která je pro všechny živé systémy naprosto nezbytná.

Setkáváme se s komunikací verbální (slovní), neverbální (mimoslovní) a komunikací činem (Čadilová et al., 2016). Právě komunikační obtíže a opoždění v řeči bývají často jedním z prvních projevů, které mohou poukazovat a směřovat k autismu (Thorová, 2006).

Narušení komunikace u osob s PAS je různorodé, zároveň však vždy přítomné u jednotlivých dětí v rámci autistického kontinua (Thorová, 2006).

Mnohdy je ale možné se setkat s dětmi a dospělými, jejichž řeč je na první dojem bezproblémová, ale její funkční schopnost je omezena kvůli neschopnosti porozumění ironie, nadsázky nebo vtipu a jiných běžných konverzačních součástí (Bazalová, 2011).

V oblasti verbální komunikace se setkáváme buď s úplnou, nebo částečnou absencí řeči. Stejně tak není její úroveň odpovídající mentálnímu věku dítěte (Bazalová, 2011).

Prvotní abnormalitu můžeme pozorovat již ve stádiu žvatlání. To někdy zcela chybí, případně je monotónní a absentuje jeho komunikační funkce (Gillberg, Peeters, 2008).

Thorová (2006) uvádí, že v případě komunikačního využití jazyka se u jedinců s PAS setkáváme s určitou neadekvátností, která přetrvává po celý život, s výraznějšími prvky v dětství. Základní obtíže se projevují v navazování konverzace a jejím následném udržení, stejně tak v omezeném okruhu témat, s čímž může souviset málo bohatá slovní zásoba, nebo naopak slovní zásoba neobvyklá, s odbornými termíny neodpovídajícími věku dítěte. V rámci hovoru se často vyskytuje snaha vyhnout se očnímu kontaktu. V rámci prozodie zaznamenáváme mnohdy monotónní, bezbarvý hlas, intonačně připomínající promluvu dospělého člověka. Thorová (2006) dále doplňuje absenci citového zabarvení projevu, stejně tak jako hlasovou modulaci (ať už je příliš hlasitá nebo tichá). Bazalová (2008) zároveň uvádí chybnou artikulaci, neplynulost projevu.

Peeters (1998) označuje konverzaci za vytváření a využívání nových kombinací a slov, která se vzájemně utvářejí na základě jednotlivých okolností, postavení a zájmů komunikačních partnerů. Tato schopnost flexibility činí pro osoby s PAS komunikaci nesmírně obtížnou.

Přestože se u mnohých dětí i dospělých můžeme setkat s velkou slovní zásobou, typicky u sloves a podstatných jmen, chybí zde porozumění těmto slovům v určité spojitosti. Dítě si ve své paměti vybavuje jednotlivá slova, ale schopnost postavit je do souvislosti s dalšími a porozumět chybí. Porozumění výrazu je přisouzeno konkrétní situaci, určité slovo znamená konkrétní předmět. (Jelínková, Netušil, 1999; Gillberg a Peeters, 2008; Peeters, 1998).

Například Gillberg a Peeters (2008) toto demonstrují na příkladu pochopení slova „ven“. V případě, že řekneme: „*Půjdeme se ven projít.*“, rodiče se mylně domnívají, že kdykoliv použijí tuto větu a dítě se hrne ke dveřím, aby mohlo na procházku, rozumí tomuto slovu ve všech situacích a možnostech jeho využití. Bohužel, dítě se stejnou radostí poběží ke dveřím i za situace, kdy rodiče řeknou: „*Vyndáme to ven z téhle krabice.*“.

Gillberg a Peeters (2008) označují za základ problémů v oblasti postižení komunikace neschopnost správně uchopit význam, co vůbec jazyk znamená. Tedy vzájemné předávání informací od jedné osoby k osobě druhé. Poukazují zároveň na nedostatek reciprocitu (vzájemnosti) ve vazbě na jazyk a jeho samostatné využívání.

Autoři se právě zde zamýšlí nad určitou logickou vazbou, kdy nemožnost uvědomění si řeči, jako nástroje k výměně informací týkajících se názorů, myšlenek, citů, vede k nejlepší možné reakci, kterou lze udělat – k opakování slov, vět, otázek, jejichž odpověď je předem zřejmá.

Jedním z nejčastějších jevů v této oblasti jsou takzvané echolálie, opakování slyšených celků (slov a vět), včetně původní intonace (Thorová, 2006).

Gillberg a Peeters (2008) popisují tento jev i u intaktních dětí, s rozdílem, kdy u dětí s autismem echolálie přetrvávají měsíce a roky. Autoři zároveň popisují takzvané pazilálie, tedy stálé opakování vlastních slov nebo vět bez zřejmého důvodu, často šeptem.

Theo Peeters (1998) dokonce ve své knize označuje ve stejnojmenné kapitole echolálie, jako pokus někam patřit. Autor poukazuje na skutečnost, že osoby s PAS se chtějí zapojovat do hovorů, komunikace, jsou ale limitovány svými komunikačními schopnostmi a taky často neporozuměním okolí. Jedná se tak možná o pokus, jak převzít kontrolu nad situací se svými omezenými prostředky. Autor předkládá k zamyšlení zkušenost s intaktními dětmi.

V případě použití neznámého, dosud neporozuměného výrazu směrem k intaktnímu dítěti, se také setkáváme s tendencí daný výraz opakovat. Joliffe (in Peeters, 1998) z vlastní zkušenosti víceméně potvrzuje používání echolálií z důvodu namáhavého porozumění řeči a náročné snaze vůbec hovořit, tudíž opakování slov fungovalo v prvním období učení komunikace jako jediné, co bylo možné udělat. Zopakovat to, co bylo uloženo v paměti. Zmiňuje také jistý pocit bezpečí při opakování slov. Echolálie v rámci komunikace popisují i maminky dětí s diagnózou autismus, které nejen o svých dětech napsaly zajímavé publikace. Například Jana Makovcová (2009) popisuje u svého syna opakování vět a frází z oblíbených pohádek. Martínková (2012) zase píše o neadekvátním využívání echolálie u syna Jeníka v situacích, které jej silně rozruší a jsou mimo jeho pravidelný režim. Stejně tak se u Jeníka setkává s echoláliemi během hry (poskakování, běhání dokola).

Problematické bývá i využívání osobních zájmen. Ať už jde o zaměňování „on“ za „ona“, „my“ místo „vy“, ale zejména problematika přechodu od „já“ k „ty“ (Gillberg, Peeters, 2008; Peeters, 1998). Říhová (2011) dále poznamenává využívání 3. osoby jednotného čísla k označení sebe samého. Užití 1. osoby jednotného čísla je minimální.

Peeters (1998) přisuzuje tomuto jevu pro osoby s PAS velmi obtížnou mentální flexibilitu. Běžná označení jedné osoby různými osobními zájmeny v rámci různých komunikačních situací je tak těžce čitelné. Příčinou chybného využívání osobních zájmen je opět doslovný způsob myšlení. Základem osvojení si vět, které dítě zaznamenává ve svém okolí, ale není schopno je přetransformovat (Jelínková, Netušil, 1999; Peeters, 1998).

Obtíže tak způsobuje i vhodné využití tykání a vykání v rámci komunikace. Velmi věrohodně popisuje tyto obtíže autistická slečna Marianka. Marianka (Linhartová, 2010) hovoří o nepochopení, proč je vykání vůbec nutné, proč k jednomu člověku promlouvat tak, jako by hovořili minimálně dva lidé. Uvědomuje si zároveň, jak je odmala učena vykat dospělým lidem a v konverzaci (uvádí například oblíbenou paní prodavačku v trafice), si na toto naučené myslí, bohužel obvykle po začátku rozhovoru plynule přechází na tykání, přestože se velmi snaží na vykání myslet.

„Těžko to chápu, dělá mi to problém a musím na to hodně myslet. A pak jsem z toho vlastně unavená. Když autista na něco hodně myslí, že to má tak dělat, tak je potom z toho chudák unavený.“ (Linhartová, 2010, s. 179-180).

Co se týká výraznějších změn ve vývoji dítěte v oblasti komunikace, uvádí Gillberg a Peeters (2008) období mezi sedmi a dvanácti lety, kdy dochází ke zvětšování rozdílů u dětí s diagnózou PAS. Některé se výrazněji rozpovídají, jiné prakticky přestávají komunikovat, nebo se v průběhu dospívání vrací k echolálii. Platí však, že rozdíl v chápání významu řeči se u obou skupin příliš neliší.

U některých dětí a osob s diagnózou PAS se však setkáváme i s úplnou absencí řeči, častěji u osob s těžší symptomatikou (Thorová, 2006; Thorová, 2016). Bazalová (2011) právě u dětí, které zůstaly neverbální, zdůrazňuje brzkou intervenci v oblasti náhradní komunikace, například některý ze systémů alternativní a augmentativní komunikace. Poukazuje na důležitost nalezení vhodného komunikačního systému, jako základního úkolu v práci s dětmi s PAS z důvodu komunikace jako potřeby každého z nás – potřeby sdělit své myšlenky, emoce. To potvrzuje i Pátá (2007), která jako nejdůležitější vnímá právě komunikaci a poskytnutí prostoru a možnosti komunikovat. Komunikaci popisuje zároveň jako klíč k problémům v chování, které přichází vždy jako následek nedorozumění.

U osob s PAS bývá problematická i oblast neverbální komunikace, a to zejména v užívání gest, očním kontaktu, postavení těla a odlišné mimice. Oční kontakt je vyhýbavý, nestálý nebo naopak převažuje ulpívavý pohled do očí. Mimika mnohdy neodpovídá prožívání, emocím. Výraz bývá neutrální, čitelný s obtížemi.

Funkce mimiky je někdy naopak velmi čilá, postrádá ale plnění komunikační funkce (Thorová, 2006; Thorová 2016).

Stejně tak si osoby s PAS obtížně vysvětlují význam neverbální komunikace druhých lidí, chybí schopnost rozpoznávat emocionální signály a komplexní pravidla neverbální komunikace, čímž může docházet k nedorozumění, k nesprávnému odhadu situace a následné reakce. Gesta, která běžně využíváme v komunikaci, jsou sporadická (Thorová, 2016).

Postrádáme také takzvané deklarativní ukazování, které můžeme pozorovat již v prvním roce života dítěte, a které slouží k připoutání pozornosti. Postavení těla v rámci komunikačních situací je často neobvyklé – úklon hlavy na stranu, povislá ramena. Odhad optimální vzdálenosti vzhledem k osobě, se kterou jedinec s PAS komunikuje, chybí. Buď komunikačního partnera ani nezaznamenává, nebo naopak stojí příliš blízko k němu (Thorová, 2006; Thorová, 2016).

1.3.2. Narušení v oblasti sociálního chování

„Bojím se cizích lidí, dětí, nadměrného hluku... Jsem úzkostný, ale pomalu se lepším. Dřív jsem plakal, když na mě děti jen promluvily, teď se občas dívám, co dělají. Rád je pozoruji. Jen se ještě neumím moc vhodně zapojit. Ale i to s pomocí maminky vypiluji.“

(Martínková, 2012, s. 89)

Pro osoby s PAS shledává Říhová (2011) obtíže v sociální oblasti za typické, avšak v individuálních a variabilních projevech.

Howlin (2005) uvádí mezi základní potíže v oblasti sociálního chování neschopnost porozumět a adekvátně reagovat na city a emoce druhých osob. Problém nastává i v případě vzájemného sdílení emocí, zkušeností a hlavně nevhodná integrace sociálního, emočního a komunikačního chování v kontextu interpersonálních vztahů.

Thorová (2006) tvrdí, že sociální intelekt je vždy v porovnání s mentálními schopnostmi člověka s PAS v hlubokém deficitu. Také kvalita narušení v oblasti sociálních vztahů je odlišná pro každého jedince s PAS. U mírnější formy sociálních obtíží nepozorujeme znemožnění běžného života, maximálně je chování takového jedince shledáno jako podivné. U těžších forem poruchy je výrazně ovlivněn život celé rodiny, zařazení do školního zařízení a možné následné pracovní uplatnění.

Stejně tak je popisována nemožnost zcela chápat jemnost a komplexitu situací sociálních vztahů, za kterou stojí zejména neschopnost zobecňovat, obtíže v porozumění metakomunikaci, rigidní myšlení, doslovné chápání významu instrukcí a situací, egocentrismus a menší míra empatie (tamtéž).

Mnohdy pro nepochopení rozdílů ve společenském kontaktu volí jedinci s PAS nápodobu druhých osob a jejich chování tak působí zvláštně (Thorová, 2008).

Vermeulen (2006) popisuje napodobování druhých lidí jako jednu ze strategií, kterou lidé s autismem využívají jako způsob, jak získat kontrolu nad problematickým sociálním světem, do něhož se chtějí zapojit. Uvádí tak na příkladu intaktních osob, které stejně tak v neznámé situaci, z níž chtějí vyjít jako společensky korektní, napodobují ostatní. Stejně tak tohoto využívají jedinci s PAS, když se cítí v sociálním kontaktu nejistí.

Typické je i ulpívání na dodržování určitých osvojených pravidel chování a vyžadování slepé spravedlnosti. Chybí flexibilita a schopnost přizpůsobit své chování změnám kontextu a sociální situace (Thorová, 2016).

Podle Vermeulena (2006) se přizpůsobování sociálnímu chování děje na základě naší kompetence vcítit se do kontextu. Osobám s PAS chybí dostatečná představivost, což vede k určité neschopnosti přemýšlet v rámci kontextu. Adaptace pravidel chování pak probíhá volně a doslovně. Tato interpretace v rámci sociálních pravidel vyúsťuje do dvou možných forem – hypergeneralizace a hyperselektivity.

Hypergeneralizace je častým a dlouhodobým uplatňováním pravidla, často v situacích, do kterých ani nepatří. Příčinou tohoto jevu je právě nepropojení kontextu situace. Jednání vychází z žádosti z vnějšku, nebo naučené reakce, tak, jak si to okolí přálo. Absentuje ale pochopení proč, z jakého důvodu na daném chování trváme. Změna situace není dostatečně čitelná, aby osoba s PAS vyrozuměla, že dané chování se již nehodí, není nutné, žádoucí (Vermeulen, 2006).

Hyperselektivita se naopak vyznačuje zaměřením na detaily, v neschopnosti vnímat celek. Využití pravidla je selektivní a málo četné, tudíž se málokdy vyskytne v okamžicích, kdy by to bylo vhodné. Interpretace sociálních pravidel probíhá ve smyslu detailů. Rozhodný je vnější vzhled či detail, který pak navozuje změnu v chování. Hyperselektivita je v jakémsi přeneseném významu slepotou ve vidění základních podobností situace. Intaktní osoba zřejmě vyhodnotí dvě situace za stejné, byť se liší v drobném, pro tuto osobu nepodstatném detailu. Zvolí tedy identické chování Vermeulen (2006).

Osoba s PAS, zaměřena na konkrétní detail, který je pro ni podstatnější než celkové vyznění situace, využije jiný formát, podle kterého se zachová a než který bychom zřejmě očekávali. Pro tuto osobu se tak bude jednat o zcela jinou situaci (tamtéž).

Mylným názorem je pak tvrzení, že děti s PAS nemají vždy zájem o sociální kontakt. Netečnost v této oblasti je podporována nejistotou a neschopností v přiměřeném navázání kontaktu (Gillberg a Peeters, 2008).

Tato oblast je spojena s problémy v komunikaci, z níž vyplývá následně nepředvídatelný obraz následujícího dění, vyvolává úzkost a pocit strachu a zvyšuje tak deficit na úrovni sociálního chování (Thorová, 2006).

Jelínková (1999) k problematice projevení zájmu o sociální kontakt dodává, že mnohé děti s PAS zájem projeví, ale svým speciálním způsobem, který se ve své osobitosti odlišuje od našich běžných zvyklostí. Což vede k nedorozumění, a ne vždy k úspěšnému navázání sociální interakce. Podle Thorové (2006) pak může docházet k vyčlenění z kolektivu, v horším případě k šikaně.

Se zdánlivým nezájmem o sociální kontakt souvisí i stejně chybný názor, že se děti s autismem zcela vyhýbají tělesnému kontaktu. Určitá skupina dětí se tomuto kontaktu skutečně vyhýbá v průběhu celého života, většina má však tělesný kontakt ráda. Dávají ale často přednost rytmickým nebo energickým aktivitám (lechtání, plácání). Obtíže se v tomto případě ale mohou vyskytnout u dětí se sníženou citlivostí vnímání bolesti, čímž může být omezena regulace chování a může vést ke zranění (Gillberg a Peeters, 2008).

Gillberg a Peeters (2008) hovoří o výskytu abnormálního vývoje v sociálních vztazích u většiny dětí s autismem již v období před prvním rokem života. Autoři také uvádějí obvyklou reakci matek po seznámení se s diagnózou, kdy si většina z nich vybavuje určité nezvyklosti ve vývoji dítěte (pohled bez jakéhokoliv zájmu, rozrušení z něčí blízkosti, absenci úsměvu). Objevují se i obrazy zcela klidných dětí, hodných, bez žádných potíží v kojeneckém období, což uvádí ve svých osobních příbězích například Morarová (2013), Pátá (2007). Opakem jsou potom kojenci bez zřejmé potřeby spánku, neutišitelní a neustále křičící (například Linhartová, 2010; Martínková, 2012). V období prvního roku se u většiny dětí s následnou diagnózou autismus projevuje nezájmem o typické dětské hry (Vařila myšička...), věci, které je obklopují a mnohdy by mohly být zajímavé (jedoucí auto, pohybuující se hračky) (Gillberg, Peeters, 2008).

V období dvou až tří let života dítěte se výrazněji manifestuje abnormální vývoj v oblasti sociálních vztahů, zejména nezájmem o jiné lidi, zvláště děti. Stejně tak zde platí, že se ostatním může, ale nemusí vyhýbat, může být zcela odtržené od svého okolí. Kontakt s ostatními se může omezovat pouze na konkrétní potřeby, situace, kdy dítě něco chce, potřebuje. Chybí zapojení do her založených na vzájemnosti mezi hráči (Gillberg, Peeters, 2008). Někdy je naopak vstup do hry, kontaktování osob zcela nevhodné (agrese, předvádění se) (Thorová, 2008).

Předškolní věk je u některých dětí charakteristický projevením určitého zájmu o kontakt, hru.

Následně se však vztah těchto dětí k okolí vyvíjí nepřiměřeně, nezdědka dochází k vytvoření silné vazby na rodiče nebo sourozence, extrémní závislosti na jejich přítomnosti (Gillberg, Peeters, 2008).

Jako obtížnější se jeví zejména období dospívání, kdy často dochází k zhoršení symptomů a někdy i návratu problémů z předchozích let. Objevuje se uzavřenost, rezervovanost, odmítání druhých lidí. Dochází také často k rychlému nárůstu v oblasti stereotypního chování, sebezraňování nebo hypoaktivitě (tamtéž).

Podle Thorové (2006; 2008), ve volné návaznosti na Lornu Wingovou, můžeme ve sféře sociálního chování rozlišovat pět typů sociální interakce. První je typ osamělé sociální interakce, který se projevuje malým zájmem o druhé osoby nebo společnou činnost, minimálním zájmem o sociální a fyzický kontakt. Rád tráví čas o samotě, nevěnuje pozornost svému okolí. V raném období absentuje separační úzkost, dítě se nedrží v blízkosti rodičů a někdy i zcela chybí základní sociální úsměv, pohled do očí, radost ze shledání.

Druhou skupinou bývá typ pasivní sociální interakce, typický velmi nezralým chováním s převažující naivitou. Oproti prvnímu typu mají tyto děti rády fyzický kontakt, ale celkový přístup k lidem bývá pasivní, krátkodobý. Rád pozoruje ostatní, ale snaha o kontakt s vrstevníky nebo jinými je opatrná. Častá je absence sociálních dovedností na vyšší úrovni, jako empatie, sdílení radosti, poskytnutí útěchy (Thorová, 2006; 2008).

O třetím typu můžeme hovořit jako o aktivním, zvláštním, u kterého je obvyklá přílišná spontaneita v navazování kontaktů, která probíhá aktivně, ale nepřiměřeně, formou provokace, agrese, neschopností odhadnout sociální normu. Tyto normy pak v některých případech překračuje, navazuje osobní nebo netypické vztahy s úplně neznámými lidmi (Thorová, 2006; 2008).

Může se vyskytnout opakované dotazování, rigidita v tématech hovoru, nevhodné dotazy, vše často spojené s ulpívavým očním kontaktem. Nebo naopak chybějící koordinaci řeči, gest a očního kontaktu (Thorová, 2006; 2008).

Předposlední je typ formální, afektovaný, který postrádá sociální intuici, a tak v sociálním kontaktu nerozumí jemným rozdílům a využívá tak nápodoby ostatních, což vede k zvláštnostem v chování.

Chybí flexibilita, převažuje trvání na dodržování osvojených pravidel, slepé spravedlnosti. Typické jsou také neobvyklé zájmy, přílišná zdvořilost a neschopnost využívat empatii za účelem vhodného chování ve společnosti, často působí chladným dojmem. Vyjadřovací schopnosti jsou dobré, ale řeč příliš formální (Thorová, 2006; 2008).

Thorová (2006) dále na základě svých zkušeností doplňuje i pátý typ – smíšený, v rámci něhož se jednotlivé vzorce chování prolínají, zejména v závislosti na člověku, se kterým je kontakt navazován, na ostatních dílčích okolnostech jako prostředí, situace. Objevují se velké výkyvy v kvalitě kontaktu, sociální chování je vnímáno jako zvláštní.

1.3.3. Narušení v imaginaci spojené s omezeným okruhem zájmů, obsedantní a rituální chování

„Takový detail. Polštář s modrým potiskem – kolik radosti však dokáže vyvolat v mém synovi. Ta jistota, kterou cítí, když ho má ve své blízkosti. Je šťastný. Někdy mě však tyto, pro nás nepodstatné detaily, které jsou pro něj tak důležité, trochu děsí.

A tak, když je nutné polštář vyprat, peru ho v noci, když Matyáš spí, aby byl do rána suchý a můj syn se tak mohl ráno znovu smát.“

(Pátá 2008, s. 22)

Zvláštnosti, ať už v oblasti komunikace nebo sociálních vztahů, bývají odkazovány na představivost omezenou do velmi úzkého okruhu, která dětem nedovoluje rozvíjet zájmy v širším měřítku (Gillberg a Peeters, 2008; Jelínková, 2001).

Howlin (2005) doplňuje, že čím vyššího stupně v oblasti sociálních vztahů, komunikace a kognitivních schopností je osoba s poruchami autistického spektra schopna dosáhnout, tím méně bývá jedinec závislý na obsedantním chování a rituálech. Podle autorky (2005) stejně tak naplněnost života člověka s autismem snižuje výskyt tohoto obsedantního chování.

Toto narušení představivosti negativně ovlivňuje mentální vývoj dítěte v několika sférách. Stagnuje rozvoj hry, základního prvku celého vývoje a následného učení, kvůli narušenému symbolickému myšlení a imitační schopnosti.

Nedostatečně rozvinutá představivost pak vede k upřednostňování takových činností a aktivit, kterým se věnují o mnoho let mladší děti. Obvyklá je i snaha nalézat předvídatelnost v rámci činností (Thorová, 2006).

Gillberg a Peeters (2008) poznamenávají, že toto se děje bez ohledu na intelektuální úroveň. Časté je zaujetí stále stejnou činností po velmi dlouhou dobu. V oblasti zájmů jde často o sbírání informací ve velmi úzkém oboru, předmětů, setkáváme se s nazpaměť naučenými jízdnými řády nebo telefonními seznamy.

Někteří sběratelé vyhledávají u předmětů svého zájmu i smyslovou stimulaci (třpytící se, zvukové předměty) (Thorová, 2006). Thorová (2006) dodává, že předměty a témata v oblasti stereotypních zájmů se průběžně mění, někdy trvají měsíce, někdy roky. S postupným vývojem bývají stále sofistikovanější a výběrovější, přestože charakter stereotypní činnosti přetrvává.

Velmi obvyklý je výskyt rituálního chování, někdy až velmi přísného nebo obsedantního. Projevuje se přesným dodržováním rituálů, které neplní svou funkci a odporem i k drobným změnám v osobním prostředí (Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2014). Tyto přísné rituály, jako například cestování tramvají jen se zeleným pruhem, otevření a zavření dveří před vstupem do místnosti, mohou výrazně narušit každodenní život. Některé, opravdu nápadné projevy někdy vedou až ke společenské izolaci. Problematická situace nastává i tehdy, kdy dojde, byť i k drobné změně v nastaveném řádu (nová situace, nový kus nábytku, změna v jídelníčku). Reakce osob s PAS bývá nepřiměřená, vede k pocitům nejistoty a extrémnímu stresu. To se projevuje i jako nevhodné vzorce chování (Jelínková, 2001).

U některých osob s PAS se v průběhu života zlepšuje schopnost přijímat změny, velké problémy ale činí hlavně neočekávané novinky, zejména v prostředí, ve kterém žijí (Howlin, 2005).

Časté jsou i motorické stereotypy, které se objevují již před prvními narozeninami, zpočátku jako rychlé obracení jedné ručičky sem a tam, doprovázené pozorováním skrze prsty (Gillber a Peeters, 2008).

Následně se objevují i pohyby rukou (plácání, třepetání prsty), ale i celého těla (otáčení, chůze po špičkách) (Howlin, 2005; Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2014; Jelínková, 2001).

Větší obtíže nastávají, pokud tyto stereotypní motorické projevy přejdou do sebezraňujícího chování.

Popisovány jsou i případy, kdy se stereotypní motorické chování objeví později nebo naopak vůbec (Gillberg, Peeters, 2008). Howlin (2005) poznamenává, že motorické pohyby s věkem často ubývají, ale mohou se opětovně vyskytnout, vyvolané konkrétním spouštěčem.

A celkově jsou ale důležitým ukazatelem jiných obtíží, zejména v dospělosti, kdy se stávají mnohem nápadnějšími než v dětském věku a mohou mimo jiné bránit funkčnímu začlenění do společnosti.

Verbální a vokální stereotypy popisují Gillberg a Peeters (2008) a Jelínková (2001) jako stálé opakování zvuku, slova, formulace a kladení stále stejné otázky.

Pozorovatelná je i obliba konkrétního předmětu (hračky, kusu oblečení), kterou dítě vyžaduje, nosí ji stále při sobě. Mnoho dětí zároveň tíhne k předmětům, které pro ostatní děti nejsou obvykle zajímavé (například kolíčky na prádlo, gumičky na zavařování, pružiny). Někdy se vyskytne i snaha dané předměty hromadit, jejich odebrání je pak velmi negativně snášeno (Jelínková, 2001; Thorová, 2006).

1.3.4. Nespecifické projevy

O nespecifických variabilních rysech hovoříme jako o projevech, které se u osob s diagnózou PAS objevují, zároveň ale nejsou součástí diagnostické triády hlavních oblastí. Uvádí se, že se objevují až u dvou třetin jedinců s PAS (Thorová, 2006). Jednou z kapitol jsou poruchy percepce, které se mohou projevit neobvyklým způsobem vnímání, fascinací některými senzorickými vjemy a podněty, přecitlivělostí (hypersenzitivitou) nebo sníženou citlivostí (hyposenzitivitou) ve vztahu k smyslovým podnětům. Přecitlivělá reakce se může projevit až úzkostnou nebo panickou reakcí, vyhubým chováním, silným vyjádřením nelibosti, někdy až záchvaty křiku nebo vzteku. Hypersenzitivita se, přestože to není pravidlem, s přibývajícím věkem postupně vytrácí. Pomoci mohou vhodně zvolené behaviorální techniky, hyposenzitivitu pak pomáhají zmírnit různé nácviky z oblasti pedagogiky (Thorová, 2006; Thorová, 2016).

Obtíže se projevují v oblasti všech smyslů, stejně tak jsou ovlivňovány případnou hypersenzitivitou nebo hyposenzitivitou. Zrak může být ovlivněn přílišným zaměřením na detail na úkor celku, což silně ovlivňuje následné pochopení.

Nastávají i situace, kdy osoby s PAS neumí používat svůj zrak, přestože netrpí žádnou přidruženou specifickou oční vadou. Objevují se obtíže s fixací předmětů, ulpíváním zraku.

V rámci sluchového vnímání uvádí Thorová (2016) nekonzistentní reakci na sluchové podněty. Setkat se lze i s nepřiměřenou reakcí formou strachu či bolesti na zvuky, které většinou nedělají lidem obtíže (šum moře, rádio), problematický je i hluk, krátké ostré zvuky. Časté je zakrývání si uší jako gesto pocitu ohrožení. V opačném případě je reaktivita na sluchové podněty slabší, odezva přichází jen občas nebo s delší latencí.

Oblast čichového vnímání často provází přecitlivělost na některé pachy nebo vůně, nebo naopak praktické nevyužívání čichu, což může vést v některých případech k obtížím v osobní hygieně, pokud čichová kontrola chybí (tamtéž).

Možná je i fascinace čichovými podněty, která může přejít až ke kompulzivnímu očichávání (Thorová, 2006). Schopnost vnímat hmatem a pomocí doteků souvisí s problémy v sociálním kontaktu, ale zejména s dotekovou hypersenzitivitou. Jediněc nese nelibě doteky, zejména pokud je neočekává.

Některým vadí i dotyk oblečení na kůži, problematické jsou i činnosti spojené s dotekem – česání vlasů, stříhání nehtů, utírání ručníkem. Také špinavé ruce (jedení rukou, modelování) mohou být pro osobu s PAS velmi nepříjemné. Některé děti naopak vyhledávají neustálý kontakt s některými materiály (plyš, semiš). Pro některé je tlak na povrch těla příjemný a pokoušejí se vlézt do těsných mezer, třeba mezi nábytek (Thorová, 2006).

Někteří jedinci nejsou schopni prozkoumávat předměty hmatem, čímž je přispíváno až k určitému druhu dyspraxie (Thorová, 2006).

Velmi problematickou stránkou je vnímání vnitřních pocitů od neschopnosti vnímat chlad, horko, až po obzvlášť posunutý práh bolesti, který na jedné straně i při drobném poranění může vyvolat prudkou reakci, na druhé jsou známy případy, kdy dítě necítí žádnou bolest, nebo jen velmi slabou, a to i v okamžiku vážného zranění. Sebezraňující chování je tak sníženou citlivostí také ovlivňováno. Stereotypní zraňující chování zahrnuje nejčastěji vytrhávání vlasů, kousání, údery do vlastního těla, štipání a rozdírání kůže, údery hlavou do předmětů v okolí. (Thorová, 2006).

Problémy s chováním se u dětí s PAS podle Jelínkové (2001) objevují vždy.

Thorová (2006) popisuje obtíže v předvídatelnosti chování u dětí s PAS jejich impulzivitě. Nejčastěji se setkáváme se sebezraňujícím chováním, agresivitou, destruktivní činností, afektivními záchvaty a výraznou stereotypní činností a rituály. Toto chování ovlivňuje dítě i rodinu v mnoha životních aspektech. Dá se předpokládat, že příčina frekvence, intenzity a způsobu projevu poruchy chování je velmi individuální. Stejně tak je problémové chování ovlivněno osobnostními predispozicemi jedince s PAS a celkovou symptomatickou stránkou. Některé vzorce problematického chování mohou být naučené, jiné mají biologický základ, nebo jsou důsledkem primárních potíží dítěte s PAS.

Může jednat o odlišný způsob vnímání pravidel v rámci sociální interakce, komunikační deficit způsobený nedostatkem funkcí komunikace vedoucí až k frustraci (Thorová, 2006).

Chudší sféra emoční reaktivity je typická zejména pro raný věk, někdy je škála projevených emocí velmi omezena, extrémní případy hovoří o úplné absenci projevených emocí.

Frustrační tolerance je obvykle enormně nízká, na banální emoční podnět může přijít prudký emoční výbuch – např. přerušování činnosti, nevyhovění požadavku. Časté je střídání nálad bez podnětu z vnějšku. Emoce mohou být i opačné, než by odpovídalo podnětům. Mnohdy se mohou objevit u některých osob s PAS prudké záchvaty vzteku doprovázené agresí nebo destrukcí bez jasné příčiny. Vadit může druh pohybu, zvuku nebo i jiný neobvyklý podnět. Obtíže se objevují na obou stranách senzitivity (Jelínková, 2001; Thorová, 2006).

Do popředí se může dostat i úzkost, která je pozitivně ovlivnitelná strukturou a předvídatelností situací, mnohdy napomáhá léčba farmaky. Pozorovat můžeme i abnormality v motorice. U dětí s PAS registrujeme různé stereotypní a bizarní pohyby rukou a prsty. Pohyby jsou rozmanité od kroutivých, třepavých pohybů v krátkých intervalech, až po dlouhotrvající kmitání prstů před obličejem. Oba typy pohybů se projevují často na základě emočního rozrušení, jako prostředek k vyplnění času, nebo jako možné uklidnění (Jelínková, 2001; Thorová, 2006).

Pro některé osoby s PAS je typické nastavování rukou do zvláštních poloh, například před obličejem, v úrovni hrudníku. Stereotypní pohyby celého těla zahrnují různé poskakování, běhání po kruhu, točení (Thorová, 2016).

Thorová (2006) mluví zhruba o deseti procentech dětí s PAS, u kterých se projeví tikové poruchy, a to obvykle v pozdějším věku, ve formě grimas, neobvyklého zkroucení končetin, mrkání, trhavých pohybů. Tiky nemohou být příliš ovlivněny vůlí, pro jejich vymizení nepomáhá převedení pozornosti. Potlačování má pouze dočasný charakter, naopak dochází k zvyšování vnitřní tenze.

Jelínková (2001) dále doplňuje obtíže v hygienických návycích, které mohou úzce souviset s přecitlivělostí na pachy, struktury materiálů a s osvojením základních hygienických zásad, které vyžadují souslednost dějů, u kterých mohou osoby s PAS postrádat smysl. Neschopnost udržovat čistotu a dodržovat hygienické návyky může pro rodinu a okolí představovat velkou zátěž.

A pro dítě i hrozbu vedoucí až ke zdravotním a společenským problémům. Nejčastěji jsou ve spojitosti s problémy v oblasti hygieny uváděny neschopnost udržovat čistotu a používat toaletu, rozmazávání vlastních výkalů, neosvojení si základní péče o vzhled, problém může nastat i při mytí vlasů a zubů.

Jelínková (2001) zmiňuje i obtíže se spánkem, kdy většina dětí s PAS potřebuje na spaní daleko kratší dobu, než je běžné. Mohou se objevit potíže s usínáním, ranním vstáváním, ale i nebezpečné noční bloudění. Thorová (2006) k obtížím se spánkem dále doplňuje noční můry, noční probouzení a brzké stávání spojené s pozdním usínáním.

Do nespecifických projevů můžeme zařadit i problémy se stravováním (Thorová, 2006, Bazalová, 2011).

1.3.4. 1 Obtíže v oblasti stravování

Problémy v oblasti stravování popisuje Thorová (2006; 2008; 2016) jako časté. Novotná (1998) uvádí obtíže s kousáním a žvýkáním potravy, díky čemuž dávají děti s PAS často přednost tekuté a kašovitě stravě. Vyskytují se i případy, kdy je dítě ochotno sníst jídlo jen určité barvy nebo konzistence.

Mnohdy upřednostňují tekutou potravu, přestože žvýkání a polykání je v pořádku. Časté je i odmítání jídla konkrétní barvy nebo tvaru.

Tuto situaci také například popisuje Tamara Morarová (2013), matka autistického dítěte, která uvádí, že její syn začal odmítat jakoukoliv stravu, na kterou byl do té doby zvyklý a dožadoval se jídla v neobvyklou denní i noční dobu.

Konzumoval pouze mléko z lahve a sušenky. Snaha obohatit jeho jídelníček k ničemu nevedla. Kaše, těstoviny, maso, ryby, vše chlapec odmítal.

V průběhu měsíců se povedlo ale vložit do jeho jídelníčku alespoň malé množství jogurtu, opékaných brambor a jednoho druhu těstovin. Konzumace jídla byla u malého Paula bohužel spojena i s nepříjemnými pocity ohledně vůní jídel, kdy určité pokrmy v něm vyvolávaly silnou nevolnost a zvracení. Jak také Morarová uvádí v závěru své knihy, problematika v oblasti stravování je jednou z mála, ve které Paul v průběhu let neudělal žádný pokrok a stále trvá na svém stereotypním a výživově chudém jídelníčku. (Morarová, 2013)

V souvislosti se stravováním se mohou objevit i rituály, jako například vyžadování stejnosti (stejný počet těstovin, uhlazený kopeček rýže) nebo provedení konkrétní činnosti před jídlem (například poskládání hraček do řady).

Jídelníček může být také velmi omezený a stereotypní (Thorová, 2006). Martínková (2012) uvádí, že její syn odmítá zcela teplé jídlo, jí jen suché a studené potraviny. Jeho jídelníček je omezen pouze na salátovou okurku, borůvky, Kinder řez a 2x denně malinový Actimel. Snaží se rozšířit jeho stravovací rejstřík o různé jiné potraviny, které v průběhu dne vystavuje na kuchyňskou linku, aby měl chlapec možnost si nabídnout, pokud jej něco zaujme.

Asi v polovině knihy píše o posunu a rozšíření jídelníčku o jablko, banán, suché těstoviny a některé pečivo. Zájem zejména o suché potraviny potvrzuje i Pátá (2007), která navíc poukazuje na nutnost oddělení jednotlivých potravin na samostatné talíře. Ta také popisuje náhlou radikální změnu jídelníčku, ze kterého zcela zmizely veškeré obvyklé potraviny (ovoce, zelenina, maso, sýry, ...). Nahradil je jahodový jogurt (ve stejném obalu a stejné teplotě, je proto nutné kontrolovat teploměrem a případně přihrát nebo ochladit), sladké a slané tyčinky. Takto nevyvážené stravování tak doplňují vitaminy z lékárny. Jak doplňuje Linhartová (2010), jídelní návyky komplikuje třeba i nesnášenlivost jiných osob během jídla nebo přecitlivělost na hovory o sladkém jídle během konzumace slaných pokrmů. Takové hovory vyvolávají u její dcery Mariany nevolnost. Problémem jsou i kousky zeleniny a masa v polévce, ta se musí cedit, aby nedošlo k nevolnosti. Někdy se vyskytnou i obtíže, které konzumaci, už tak omezených potravin, ještě zkomplikují.

Uvádíme příklad, který popisuje Linhartová (2010), nejdříve ze svého pohledu a následně nechává prostor pro vysvětlení dceři.

Té v určitém období začal činit problémy jakýkoliv otisk jídla na talíři, který v ní vyvolával strach, bála se jej a viděla v něm hrozné barvy.

„Mám pocit, že jsem dokonce zhubla, Když se maso otiskne na talíř, tak to bych raději z toho vůbec nepapala. Toust otisk na talíři nedělá, ale zase ten talíř zpotí.

Máma to nechápe, co mi na tom může vadit. Já jsem jí říkala, že v tom vidím nějaký hrozný barvy a očičkama úplně mžourám.“ (Linhartová, 2010, s. 195)

Svůj problém dokázala popsat až po určité době, po kterou pila pouze mléko. Naštěstí se našlo řešení v podobě servírování jídla na děrovanou mřížku. Jídlo tak nezanechá žádný otisk a Marianka může zase v klidu jíst svá oblíbená jídla.

Jelínková (2001) doplňuje výjimečně se objevující návykové zvracení a naopak velmi časté jedení věcí, které k jídlu určeny nejsou. Kvůli tomuto může dojít ke zdravotním problémům, někdy až k ohrožení života.

Tresty jsou obvykle neúčinné, neboť dítě postrádá pochopení jejich smyslu. Někdy můžeme tento jev vnímat jako snahu upoutat něčí pozornost. Opačná situace oproti extrémní vybíravosti pak nastává, pokud dítě s PAS neumí utlumit svou chuť k jídlu, nechápou, proč by se měly v jídle omezovat a víceméně neustále jedí. Doporučuje se zamezit přístup k jídlu, na stůl pokládat jen takové množství, které je pro dítě vhodné. Objevuje se o preferování nevábných chuťových vjemů, Thorová (2006) uvádí například mýdlo, pryž, klovinu.

Problematickou stravování u osob s poruchami autistického spektra se v kontextu vhodné úpravy stravy se nově začíná zabývat i určité procento výživových poradců, kteří nabízejí úpravy jídelníčku, konzultace a poradenství v této oblasti.

V České republice poskytuje poradenství aktuálně Taťána Rovnerová (<http://www.rovnerova.cz/>). Dále také společnost E.L.A. Consulting (<http://www.elaconsulting.cz/>) pod vedením Gabriely Míkové, která se specializuje většinou na poradenství ve výživě pro osoby s poruchami autistického spektra a vytvoření individuálního plánu pro stravování.

2 Alternativy stravování ve vztahu k osobám s PAS

Tato kapitola se zabývá alternativním pohledem na stravování jedinců s PAS, detailněji rozebírá v současnosti často využívanou dietu GFCF. A také stále více se do popředí dostávající systém stravování GAPS.

Pojem alternativa můžeme definovat jako „*možnost volby mezi dvěma (nebo více) způsoby řešení, volitelný způsob řešení*“ (Klimeš, 1994, s. 18). Ve významu prostém pak celkově jako možnost. Význam slova alternativní, pak vykládáme jako „*založený na jiné, netradiční možnosti*“ (Klimeš, 1994, s. 18). Ve vztahu k osobám s poruchami autistického spektra hovoříme o takových alternativách stravování (nejčastěji dietetických opatřeních), jež mohou pozitivně ovlivnit jejich vývoj a zdravotní stav (Strunecká, 2016). Stejně jako mnoho jiných alternativních teorií, mají tyto, spojované s autismem, mnoho zastánců, jak z řad rodičů dětí s PAS, až po odborníky píšící na dané téma vybrané publikace (například Anna Strunecká, Vladimíra Strnadelová, Natasha Campbell-McBride). Objevují se i konkrétní případy rodičů, podle kterých aplikace alternativního systému stravování i dílčím způsobem ovlivnila zdravotní stav dítěte. Má pozitivní vliv vzhledem k chování, nebo i na první pohled zdánlivě nesouvisející problémy, například se spánkem. Například Kenneth A. Bock (2013) uvádí, že autismus je v některých případech léčitelný, po zavedení vhodných, nejen dietetických opatřeních. Uvádí, že po ztrátě diagnostických kritérií pro pervazivní vývojové poruchy, mohou ale u dětí přetrvávat některé projevy, jako tiky, úzkosti, drobné jazykové potíže a sociální neobratnost. Cecavová-Neubaeurová (in Strunecká, 2016) popisuje u svých klientů mnohdy velmi rychlý nástup účinku (zejména v oblasti řeči a navazování očního kontaktu). Uvádí i případy, kdy posuny nebyly tak markantní, projevíly se například zmírněním hyperaktivity, zklidněním dítěte. Jsou ale také rodiče, kteří nezaznamenají vůbec žádné změny. Problémem může být, pokud si rodiče důsledně nevedou poznámky o stavu dítěte před zavedením diety a v jejím průběhu, tudíž, třeba i drobné posuny nezaznamenají, navíc mohou být zkresleny občasným prvotním zhoršením stavu po vysazení některých potravin.

Současně autorka (in Strunecká, 2016) popisuje i případy rodin, které poctivě vedly zápisy o stavu během dietetických opatření, dodržovaly je minimálně tři měsíce a žádné změny u dítěte nezaznamenaly.

Mnozí odborníci jsou ale k těmto stravovacím opatřením skeptičtí. Například Thorová (2006) ve shodě s Bazalovou (2011) uvádí jako jediný rozumný důvod pro omezující opatření ve stravě pouze diagnostikovanou potravinovou alergii, metabolickou vadu, přejídání nebo obezitu. Obě poukazují na redukci pestrého jídelníčku, nerovnováhu živin a možné omezení mnohdy již tak chudého stravovacího rejstříku.

Strunecká (2016) vidí jako základní rámec celostní přístup k osobě s PAS, zahrnující jak péči o fyzickou, tak psychickou stránku života a také životosprávu (od informací o stravě, pitném režimu až o pohybové aktivitě).

Strunecká (2016) ve shodě se Strnadelovou a Zerzánem (in Strunecká, 2016) a Campbell-McBride (2010) vidí prvořadý význam v uzdravení trávicí soustavy. Ze zkušeností vyplývá, že děti s PAS mají kromě často omezeného jídelníčku problémy s průjmy, zácpou, nadýmáním nebo bolestmi břicha. Strunecká (2016) pak zejména zdůrazňuje práci Leo Kanner, který již v roce 1943 popisoval obtíže příjmu potravy a funkce trávicí soustavy jako výrazný prvek dětského autismu. Podle Strunecké (2016) a Strnadelové (in Strunecká, 2016) hovoříme v případě dětí s PAS o takzvaném propustném střevě. Kvalita sliznice tenkého střeva výrazně ovlivňuje imunitní systém, chrání organismus před průnikem nežádoucích látek do krevního oběhu, částečně tu také probíhá trávení. Strnadelová (in Strunecká 2016) pak zmiňuje takzvanou bariérovou teorii, která je dle jejích slov neustále potvrzována, nejen v případě poruch autistického spektra, v rámci níž ale popisuje střevní sliznici a její kvalitu jako jeden z kamínek v mozaice vzniku autismu. Vůbec první bariérou je právě sliznice tenkého střeva, poskytuje ochranu krvi před proniknutím nežádoucích látek. Sliznice za běžných podmínek nepropustí žádnou kompletní bílkovinu, která se předtím musí ve střevě rozložit na aminokyseliny a až poté projít přes sliznici tenkého střeva. V případě narušení ochranné bariéry dochází k přechodu některé bílkoviny (případně bakterie, toxinu nebo nestráveného cukru) do krve, čímž se mohou vyvolat imunitní a alergické reakce. A snižují tak schopnost vstřebávat vitaminy a minerály. Celkově nejdůležitější roli hraje kvalita sliznice střeva, ta je plná zhruba triliónem střevních mikroorganismů, které ve velké většině žijí v symbióze s naším tělem a podporují jeho zdraví. V případě poškození vlastní střevní mikroflóry, v níž jsou přemnoženy plísňe a patogenní bakterie, je dán základ pro následný imunitní problém.

Nikdy nelze říci, že za narušením sliznice tenkého střeva stojí pouze jeden faktor, vždy je příčin více. Lze tvrdit, že střevní mikroflóra je z části zděděná po matce, velmi záleží na volbě stravy během těhotenství a kojení a následném přechodu na kojeneckou stravu. Střevní mikroflóru narušuje také užívání antibiotik. Nejdůležitějším prvkem je ale složení potravy, která, pokud není vhodná pro naši trávicí soustavu, zůstává ve střevě, zahnívá a kvasí, čímž poškozuje jeho sliznici a množí nežádoucí mikroorganismy. Strava s nadbytkem masa, cukrů, mléčných výrobků a pečiva může sliznici střeva narušit. Zlepšit a napravit kvalitu střevní sliznice je možno pomocí vhodného složení stravy a vyřazení takových potravin, které organismus zatěžují. Mezi nejznámější a nejdiskutovanější možnosti alternativních přístupů ke stravování osob s PAS můžeme v poslední době zařadit GFCF dietu a systém stravování GAPS (Strnadelová in Strunecká 2016).

2.1. GAPS dieta

S tímto systémem stravování přichází britská neuroložka Natasha Campbell-McBride působící na vlastní klinice v Cambridge. Zde léčí děti i dospělé s PAS, specifickými poruchami učení, ale i jinými, například neurologickými a imunitními poruchami. Vychází zejména ze zkušeností se svým vlastním autistickým synem a postgraduálního studia výživy. Rozhodně stojí za zmínku, že její syn se zcela uzdravil a mnoho klientů odchází se stejným výsledkem (Strunecká, 2016).

Klíčové je dle Campbell-McBride (2010) včasné zahájení diety vedoucí k lepším výsledkům. Teze Campbell-McBride vychází z přesvědčení, že děti s diagnózou autismus se rodí bez mozkových a smyslových obtíží. Opět je kladen důraz na kvalitu střevní mikroflóry, zejména matky dítěte, v minulosti například krmenou umělou výživou, léčenou antibiotiky a užívající hormonální antikoncepci. Vzhledem k vysokému podílu imunitního systému ve střevech (84%) a vznikajícím obtížím s trávením, je trávicí trubice zdrojem toxinů. Ty se následně dostávají do krve a ovlivňují vývoj a zrání mozku.

Campbell-McBride (2010) navrhuje proto označení syndrom trávení a psychologie, zkráceně GAPS (gut and psychology syndrom). Autorka (2010) ve své publikaci zdůrazňuje, že délka procesu vedoucí ke zlepšení a uzdravení je průměrně dva roky. V úvodu vyšetření dochází k analýze historie rodičů, včetně stavu jejich střev.

Hodnoceny jsou rozborů stolice a moči dítěte vzhledem k mikroflóře a metabolitům, z čehož vyplývá zjištění stavu imunitního systému.

Dieta, vycházející ze základů takzvané SCD diety, si klade za cíl přírodním způsobem léčit chronický zánět trávicího traktu pomocí lehce stravitelných potravin.

Opatření sestává ze dvou kroků. Prvním je očistění a vyléčení trávicí soustavy, jakožto primárního zdroje toxicity a její podpora, aby se opět stala dobrým zdrojem výživy (Campbell-McBride, 2010).

Druhým krokem je odstranění již uložené a vyprodukované toxicity. Dosažení těchto výsledků je možné díky takzvanému nutričnímu programu GAPS, který zahrnuje tři následující kroky:

- 1) Strava (dieta)
- 2) Potravinové doplňky – probiotika, vitaminy (A, D), olej z tresčích jater
- 3) Detoxikace a změna v životním stylu

Základ stravy tvoří maso, ryby, zelenina a fermentované mléčné výrobky. Zakázána je naopak konzumace nevhodných cukrů, škrobů, brambor, rýže, těstovin, chleba, pšenice, mouk a jiných mléčných výrobků, než jogurtů, kefíru a nezrajících sýrů.

Ovoce nesmí být v úvodu změny stravy zařazeno vůbec, později pouze příležitostně. K oslazení můžeme využívat malé množství medu a datlí, následně některé druhy ovoce (Campbell-McBride, 2010).

Zelenina	Ovoce	Maso a ryby	Nápoje a mléčné produkty	Oleje, koření a byliny
avokádo	ananas	hovězí	bylinné čaje	mandlový olej
brokolice	banány	jehněčí	kokosové mléko	kokosový olej
brukev	borůvky	kachní	kokosový kefir	lněný olej
celer	broskve	krůtí	mandlové mléko	olivový olej
cibule	fiky	kuřecí	zeleninové šťávy	palmový olej
česnek	grapefruity	vývar z kostí	víno	sezamový olej
červená řepa	hrozny	zvěřina	voda filtrovaná	bazalka
dýně	hrušky	ančovičky	voda pramenitá	fenykl (semena)
fazolové lusky	jahody	candát	jogurty z mléka:	kmín
fenykl	jablka	halibut	ovčího	kopr
houby	kiwi	herinky	koziho	koriandr
chřest	mango	kapr	kravského	kurkuma
kadeřávek	melouny	losos	kozí sýr zralý	máta
lilek	meruňky	makrela	ovčí sýr zralý	mořské řasy
mrkev	nektarinky	mořský ďas	kefiry z mléka:	pepř
okurka	olivky	platýz	ovčího	petržel
paprika	ostružiny	pstruh	koziho	rozmarýna
rajčata	papája	sardinky	kravského	řeřicha
ředkev	pomeranče	sumec		skořice
salát	švestky	treska		tymián
špenát	třešně	tuňák		zázvor
zeli	višně			

Obrázek č. 1 Seznam povolených potravin při GAPS dietě (Strunecká, 2016, s. 174)

Obvykle první vymizí bolesti břicha, střevní obtíže. Je možné zaznamenat návrat některého z problémů po prvotním zařazení konkrétní potraviny, což značí prozatímní nepřipravenost těla. Potravinu je vhodné zařadit později (tamtéž).

Campbell–McBride (2010) zmiňuje takzvaný test senzitivity, který je vhodné vyzkoušet při zařazování nové potraviny a vyloučení alergie. Postup je jednoduchý a následující – malé množství jídla, u něhož je podezření na alergickou reakci si natřeme na vnitřní stranu zápěstí, necháme zaschnout a přes noc působit. Ráno místo zkontrolujeme. Jestliže se objeví reakce v podobě červeného fleku (často i silně svědí), jídlo nadále nekonzumujeme a stejný postup zkusíme opakovat za pár týdnů-

Aplikace GAPS systému stravování začíná ranním vypitím šálku filtrované nebo minerální vody s probiotiky. Jinak je možné popíjet zázvorový čaj slazený medem. Důležitou součástí jsou doma vařené polévky připravované z morkových kostí a masa, jejichž konzumace během dne není omezena.

Ty jsou doplňovány probatickou stravou (mléčnou, zeleninovou), kterou je nutné v rámci zamezení nežádoucí reakce zavádět postupně. Totéž platí o přidávání kyselého zelí, fermentované zeleniny a například žloutku. Pokud tělo zvládne konzumaci, není problém zařadit vařené vejce, také zeleninové a masové omelety s živočišným tukem a zelenými natěmi. Zvyšujeme příjem jogurtů, kefírů (ideálně domácích), šťávy z kysaného zelí (tamtéž).

Prospívá tepelně upravovaná zelenina, cibule, ořechová másla, fermentovaná ryba. Extrémně výživná je i konzumace tepelně upravených jater. Saláty ze syrové zeleniny a šťávy z ní doplňujeme postupně ovocnými šťávami s výjimkou citrusových plodů. Co se týká sladké chuti, začínáme s podušenými jablky a pyré z nich. Dezerty s lepkem nepoužíváme (Campbell-McBride, 2010).

V rámci detoxikace organismu není pracováno s žádnými chemickými postupy a zařazovány nejsou ani léky k pročištění těla. K dosažení úspěchu jsou doporučovány šťávy ze zeleniny, konzumace prášku z mořských řas, jablečného octu a potravinářské sody. Využívány jsou pak také koupele v Epsomově soli (případně mořské) (Strunecká, 2016).

Neopomenutelnou součástí jsou potravinové doplňky. Zde hovoříme zejména o probiotících, vitaminu A, D, minerálech. Nezbytný je olej z tresčích jater, proteiny a trávicí enzymy.

Na internetu jsou již dostupné i e-shopy prodávající specializované doplňky stravy k dietě GAPS. Některé z nich nabízejí dokonce i prodej konkrétních potravin (Strunecká, 2016).

Strunecká (2016) přichází s názorem, že dieta je vhodná i v případě, že PAS dosud nebyla diagnostikována, ale rodiče mají podezření, že jejich kojenec je „jiný“. Stravování GAPS je tak nutné zahájit ideálně již u kojící matky, následně přejít na takto upravenou batolecí stravu.

Systém GAPS je ale poněkud problematický zejména u osob dodržujících vegetariánskou stravu, protože je založen na poměrně velké konzumaci výrobků z masa. Campbell-McBride (2010) se k vegetariánství vyjadřuje negativně a tvrdí, že se za celou svou praxi nesetkala s vegetariánem, který by byl po stránce zejména krevních testů zdravý.

Campbell-McBride (2010) zároveň také upozorňuje na možné obtíže při přechodu na novou, pro dítě doposud neznámou stravu. Jednak mohou vzniknout z důvodu zkresleného chuťového vnímání, dále přemnožení candidy ve střevech. Ve třetím případě z abnormální bakteriální flóry v ústech. U dospělých osob, zvláště, pokud je změna stravovacích návyků vlastní motivací, obvykle problém nenastává. Autorka (2015) popisuje postupné kroky jak u dítěte s vážnými jazykovými obtížemi (neverbálního) a i u dítěte bez obtíží v komunikaci. Postup musí být vždy krok za krokem a rodiče se nesmí bát odolávat možnému počátečnímu tlaku dítěte na návrat k původní stravě. Nesmí být zaváděno několik druhů potravin najednou, postupuje se vždy od jednoho druhu k druhému. Dítě za každý pokrok chválíme a cokoliv je při zavedení nového systému nápomocno (hračka, prostředí), neváháme použít. Vhodné jsou také drobné odměny v podobě oblíbeného jídla, zejména v začátcích.

Přístup odborníků ke GAPS stravování je jak velmi kritický, tak naopak nadšený. Campbell-McBride je vytýkáno zejména to, že není vědkyní a nepublikuje výsledky léčení svých pacientů. Někteří z kritiků jí kritizují za navazování na Hippokratovy myšlenky o počátcích nemocí v břiše (střevech) (Strunecká, 2016).

Příznivci jsou převážně z řad rodičů, u jejichž dětí dieta GAPS, ať už částečně nebo zcela zabrala. Doktor Paul Thomas (in Strunecká, 2016) se také staví na stranu této diety, podle něj je rozhodně výhodné dietu zařadit, jelikož má s její aplikací velmi pozitivní výsledky.

Natasha Campbell-McBride napsala současně také v roce 2013 knihu s názvem *GAPS Stories*, v níž publikuje konkrétní případy, v nichž systém stravování pomohl, byly zaznamenány výsledky.

Pozitivně hovoří o dietě i Leibovich (2016). Její syn s diagnostikovanou pervazivní vývojovou poruchou, zpočátku přešel na GFCF dietu a následně na systém stravování GAPS. Po osmi měsících začaly první výrazné posuny v jeho stavu, zejména v oblasti komunikace, která prošla v rámci změn stravy postupným vývojem.

V roce 2014 byl Aaron spokojený šestiletý chlapec navštěvující bez obtíží a bez potřeby asistence základní školu. Těchto cílů bylo dosaženo po třiceti měsících na GAPS dietě podpořené očistou od vnitřních plísní, kvasinek a parazitů.

GAPS systém doporučuje k vyzkoušení v případě diagnózy poruchy autistického spektra i přední česká specialista na výživu Margit Slimáková (2018), která o GAPS stravě hovoří zejména jako o stravě terapeutické, tedy určené prvotně k zlepšení závažnějších zdravotních obtíží.

Skeptická je naopak lékařka Harriet Hall (2013). Obává se nedostatku informací o výsledcích, které pocházejí převážně pouze ze zkušeností rodičů. Naráží i na Campbell-McBride a sporné užívání některých potravin ve větším množství (například fermentovaná zelenina a žloutky).

Kriticky přistupuje ke GAPS stravování Fischer Silva (in Perez, 2012), která tvrdí, že tento systém zcela nesplnil její očekávání v rámci působení u jejích klientů. Nepozorovala u nich žádný případ celkového vyléčení, uznává ale drobné přínosy v dílčích oblastech. Vymezuje se proti tvrzení, že nepostupující zlepšování vychází z nevhodného dodržování GAPS diety, stejně tak proti způsobu testování citlivosti na potraviny, který Campbell-McBride předkládá.

Aktuálně stále chybí konkrétní rozsáhlejší studie, která by byla schopná vyjádřit účinnost GAPS diety. Například Angela Taylor [b.r.], autorka knihy *The brainfood look book*, na svých stránkách vyzývá k zapojení do připravované pilotní studie k zjištění účinnosti GAPS diety. Studie by měla probíhat pod vedením pediatričky – gastroenteroložky Karly Au Yeung z univerzity Johna Hopkinse v Baltimoru a měla by trvat dvanáct týdnů.

Dílčím způsobem je možné zařadit studii zaměřenou na vzájemnou provázanost mezi mozkem a střevem, kterou Campbell-McBride (2010) silně podporuje.

Výzkum pod vedením Sergeje Fettisova (2011) zaměřený na poznatky ohledně lokalizace neurovývojových poruch, jejichž přesná příčina není zcela známá. Bylo zjištěno, že některé imunoglobiny mohou vázat neuropeptidy a mikrobiální sekvence. Toto představuje neobvyklý způsob signalizace mezi střevem a mozkem. Možná změna v tomto spojení může vést k některým neuropsychiatrickým poruchám, zdůrazněna je klíčová role výživy (mezi dalšími faktory), které ovlivňují obsah střev a střevní propustnost.

Wenner (2014) uvádí výsledky výzkumu arizonské státní univerzity, přicházející s výsledkem, kdy 9 z 10 jedinců s poruchami autistického spektra také trpí syndromem propustného střeva nebo zánětlivým onemocněním střev.

Výsledky výzkumu vedly vědce ke zvážení propojení mezi střevem a mozkem ke zkoumání specifického složení bakterií na střevním povrchu, označenou jako střevní mikrobiom. Toto mělo za následek úvahy o připojení těchto informací k seznamu symptomů autismu.

2.2. GFCF dieta

GFCF je zkratkou takzvané gluten free – casein free diet, jejímž základem je vynechání potravin obsahujících lepek (gluten) a veškerých mléčných produktů s obsahem bílkoviny kaseinu. Kasein je specifická mléčná bílkovina, kterou jsou, zhruba do dvou let věku, než vymizí, schopny trávit konkrétní specifické enzymy. Následně je tak jeho trávení problematické a přítomnost vede k poškození střevní sliznice. Zdroje vápníku, z jehož nedostatku mohou plynout obavy, je možné najít v mnoha druzích zeleniny, luštěnin, obilovin a semínek, z nápojů pak v obilných mlécích (Strunecká, 2016).

Stejně problematický je i lepek – gluten, obilná bílkovina vyskytující se v pšenici, žitě, ječmenu, ovsu a výrobcích z nich. Lepek má negativní vliv, pokud se ve větším množství objevuje ve střevech, ulpívá na střevní sliznici a snižuje tak její plochu, sloužící ke vstřebávání živin do krve. Vedoucí až k překyselení vnitřního prostředí (Strnadelová, Zerzán, 2008). K tomuto přispívají i výsledky studií P. Shattocka a P. Whiteleyho (in Strunecká, 2016) hovořící o nedostatečné schopnosti štěpit lepek a kasein. Lidé s PAS pak trpí přecitlivělostí na lepek a kasein a již zhruba tří až šesti měsíční dietní opatření mohou vést k řadě příznivých účinků.

Strunecká (2016) před zavedením konkrétní diety doporučuje prvotně ze stravy odstranit glutamát, umělá barviva a sladidla, slazené nápoje a geneticky modifikované potraviny. Vhodné je i omezení pití zeleného a černého čaje.

Šárková (in Strunecká, 2016) zase v úvodu změny stravování vyřazuje mléko, jogurty, banány, buráky, hermelín a nivu. Ve shodě se Strnadelovou a Zerzánem (2011) poukazuje na kvalitu potravin, omezení polotovarů a hotových jídel.

Strnadelová a Zerzán (in Strunecká, 2016) vycházejí ze své mnohaleté poradenské zkušenosti při úpravách jídelníčku dětí s PAS, uvádějí, že po přechodu na stravu bez lepku a kaseinu se jejich stav často radikálně zlepšil a životní komfort nesrovnatelně zvýšil.

Strunecká (2009) zároveň na základě širokých zkušeností rodičů s postupným přechodem na GFCF dietu uvádí, že u dětí, které nejdříve začaly dodržovat bezkaseinovou stravu (absence mléka kravského, kozího, ovčího a výrobků z nich – tvarohu, jogurtů, másla), výsledky se začaly ukazovat již po třech týdnech, naopak u čisté bezlepkové diety, přicházejí výsledky až po třech a více měsících. Po období prvních tří týdnů by rodiče měli zhodnotit stav, nejlépe pomocí testu ATEC (viz příloha), vyplněného před a po třech týdnech. Nejčastěji se objevuje zlepšení pozornosti, spánku, zmírnění agrese a naopak rozvoj komunikace (Strunecká, 2016). Autorka (2009) zároveň doporučuje vedení dietního deníku se záznamy o snědených potravinách a chování. Totéž platí i o postupné vyloučení lepku, opět je dobré zapisovat do deníků a vyhodnocovat výsledky testem ATEC. Doporučuje se tedy prvotní vyřazení kaseinu, jehož výsledky jdou dříve pozorovatelné a následně pak lepku.

Strunecká (2009, 2016) píše, že pokud nastane zlepšení, GFCF dieta vyhovuje rodině a nečiní jí velkou zátěž, dítě stravu přijalo, je vhodné v ní pokračovat i v dalších měsících pro podporu rozvoje a upevnění zlepšených návyků. Zároveň upozorňuje, že zhruba u poloviny dětí se vyskytnou příznaky podobné těm abstinčním, reagujícím na absenci lepku a kaseinu ve stravě (úzkost, naříkání, hyperaktivita, ochablost). Což potvrzuje i Cecavová (in Strunecká, 2009), která tvrdí, že v tomto období dochází k dočasnému prohloubení symptomů autismu, kdy si tělo žádá lepek a kasein. „*Nepříjemné vedlejší projevy v začátcích GFCF byly u Martina velmi dramatické. Čtyři dny jsem měla doma vířícího šamana v tranzu, z toho dva dny jsem v něm ke svému úleku nedokázala najít nic, co by mohl mít společného s mým synem (kromě podoby)*“ (maminka Martinka in Strunecká, 2016, s. 123).

Po několika měsících na GFCF dietě Martínkova maminka popisuje jeho zklidnění a také to, že se začal usmívat. Zlepšily se i bolesti břicha a nepříjemné pocity nafouknutí. Nejvýrazněji ale matka popisuje efekt v oblasti řeči – přibývala nová slova. Zhruba od pátého dne diety, což byl, vzhledem k tomu, že zhruba od dvou let přestala nová slova přibývat a skoro padesát procent dosavadní slovní zásoby přestal chlapec používat, velký pokrok (in Strunecká, 2016).

Nahradit obiloviny s lepkem je možné kukuřicí, rýží, pohankou, jáhly, amarantem, quinoou, čirokem a výrobky z nich. Důležité je si i uvědomit, že lepek se nachází i v potravinách kde bychom to běžně nečekali – například v kečupu, uzeninách, zmrzlině (Strunecká, 2016; Strnadelová, Zerzán, 2011).

Mléčné výrobky je možné nahradit rostlinnými mléky (i sušenými), sýry a veškerými výrobky rostlinnými alternativami mléčných výrobků, například veganských sýrů (Mlčochová, 2014).

Podle Strunecké (2016) je nezbytné GFCF dietu doplnit vitamíny a vhodnými doplňky stravy. Zejména vitamíny B6, B12 a látek jako hořčík, zinek, selen, vápník a další.

Ke komplexnímu pohledu na GFCF dietu je potřeba uvést i pohled Strnadelové a Zerzána (2011), kteří tvrdí, že pouhé vynechání lepku a kaseinu je nedostatečné. Například upozorňují na průmyslově vyráběné bezlepkové pečivo, které sice neobsahuje lepek, často ale mnoho chemických stabilizačních přísad a cukrů, které mohou být zdrojem neklidu nejen u dětí s PAS. Doporučují při dietě zvýšit příjem zeleniny, nejen syrové, ale zejména vařené a jinak tepelně upravované nebo kvašené. Ovoce by mělo mít funkci dezertu a mělo by nahradit bílý cukr, protože sladká chuť by z jídelníčku rozhodně neměla vymizet. Mozaiku pak doplňují důležitá olejnatá semena – dýňová, slunečnicová, sezamová a chia.

Při navykání na GFCG dietu navrhuje Urbánková (in Strunecká, 2009, 2016) postupovat nejdříve od pečiva, které je možné nahradit bezlepkovými směsmi k pečení nebo přímo zakoupeným bezlepkovým pečivem, jehož nevýhodou je, že v porovnání s pečivem obsahujícím lepek rychleji okorá a tvrdne. Zároveň i cena je mnohonásobně vyšší. Dalším krokem jsou zásmažky a přílohy. Tradiční zásmažky z mouky je vhodné zcela vynechat a následně nahrazovat těmi bez lepku (kukuřičným a bramborovým škrobem, rýžovou a sójovou moukou). Je nutné se na jejich chuť v jídle zvykat, je zcela jiná. Jako přílohy vybíráme rýži (nejlépe divokou, neloupanou), brambory, jáhly.

Cecavová-Neubauerová (in Strunecká, 2016) doplňuje postupy a rady, které se při zavádění GFCF diety osvědčily. Za ideální se považuje situace, kdy je rodič o dietě dostatečně informován a s jednotlivými kroky srozuměn, přistupuje k nim bez větších pochybností, vnímá možný přínos. Dítě pak vycítí pohodu rodiče a snadněji od něj přijímá nová jídla.

Je vhodné, aby novou potravinu rodiče připravili na více způsobů (syrovou, vařenou, nakrájenou na kousky, rozmixovanou, ...), aby předcházeli případnému odmítnutí potraviny třeba jen z důvodu tvaru nebo teploty. Pomáhá také vymezení dostatku času na jídlo a vyvarování se nátlaku, který zcela dítěti jídlo znepríjemní a vede k následnému odmítání. Pokud dítě nechce ochutnat teď, je vhodné vyzkoušet to za několik minut, hodin. Osvědčilo se také eliminovat v místnosti rozptylující faktory, vypnout televizi, rádio, zavřít dveře. Je dobré také odstranit nežádoucí potraviny z blízkosti dítěte, protože jestliže má, zejména v úvodních fázích, přístup k potravíně s lepkem nebo kaseinem, většinou si vybere tato známá jídla. Důležité je povzbuzování, i v případě drobných pokroků (přivonění k jídlu, držení jídla v ruce), hodnotíme pozitivní pokroky. Stejně tak může pomoci, pokud ke změně stravy přistoupí i rodiče a sourozenci a dítě je může během konzumace pozorovat. Výrazně také napomáhá přítomnost oblíbené hračky nebo jejího motivu na talíři a hrníčku. Autorka upozorňuje i na možné negativní projevy během přechodu na nová jídla. Může se vyskytnout pláč – někdy i dlouhodobý, ječení, vztek, škrábání nebo kousání, jako metoda komunikace a snaha získat oblíbená jídla, na které je dítě zvyklé. Radou je zůstat co nejvíce v klidu, pohybovat se tiše a pomalu.

Stejně tak se snažit vysvětlit, že těmito formami komunikace si dítě nežádoucí jídlo nezíská. Je důležité také nabídnout alternativu oblíbeného jídla. Nápomocná může být také komunikace na webech sdružujících rodiče, kteří se pro GFCF dietu rozhodli.

Jedním z výzkumů zaměřených na působení GFCF diety je výzkum z roku 2017 (Piwowarczyk, Horvath, 2017). Na vzorku 214 účastníků bylo zjištěno, že u skupiny, u níž byla aplikováno toto dietetické opatření, byly zaznamenány značné posuny v sledovaných oblastech komunikace a sociální interakce. Zároveň nebyly hlášeny žádné obtíže spojené s GFCF dietou. Studie z roku 2012 (Pennesi, Klein, 2012) se detailněji zaměřuje na vnímání změn spojených s GFCF dietou pohledem rodičů.

Účastnilo se ho celkem 387 rodičů, kteří dopředu informovali výzkumníky o symptomech dětí, případných diagnostikovaných potravinových alergiích a podezřeních na přecitlivělost na některé produkty a o adherenci vzhledem k GFCF dietě. Autoři se zaměřili na lepek a kasein z důvodu, že je nejvíce imonureaktivní. Někteří rodiče v rámci výzkumu buď vyřadili pouze lepek, nebo pouze kasein, nejvyšší úspěšnost byla prokázána v případech, kdy byly vyřazeny obě tyto látky. Výzkum ukázal, že z hodnocení rodičů vyplývají pokroky v dovednostech v oblasti sociální sféry, negují však razantní zlepšení v hlavních ukazatelích PAS – komunikaci, repetitivním chování a sociální uzavřenosti. Konkrétní rodiče zároveň poukazovali na zlepšení obtíží v chování a v oblasti fyziologických symptomů. Nezanedbatelné bylo i zlepšení v oblasti jazykové produkce, očního kontaktu. Pokroky byly zaznamenány také v souvislosti s pozorností a angažovaností dětí.

Sathe a kol. (2017) ve výzkumu soustředícím se na prokázání vlivu různých potravinových doplňků a GFCF diety uvádí, že se ukázalo zlepšení komunikace a problematického chování u dětí s PAS. Vyhodnocována byla data zapisována rodiči v průběhu výzkumu.

Setkat se můžeme i s případovými studiemi, které mají možná menší výpovědní hodnotu vzhledem k úzkému zaměření, přinášejí však také zajímavé informace. Známou je případová studie dívky, jejíž obtíže nastaly okolo šesti měsíců, kdy zcela ztratila zájem o kontakt s rodiči, přestala se přetáčet, motoricky se začala zhoršovat. Za následující tři měsíce se začal vytrácet svalový tonus, přestože její vývoj byl do té doby bez obtíží. Následovalo podezření na PAS. Až do 18 měsíců odmítala jíst tuhou stravu. Postup rodičů byl konzultován s lékaři a odborníky z oblasti biomedicíny. Postupně začali dívce podávat různé typy stravy, zpočátku pouze rýži a vodu. Následovalo dlouhé období hledání vhodné stravy, zejména na bázi různých potravinových doplňků a umělé výživy. Jako vhodná se nakonec ukázala speciální umělá výživa pro děti s alergií na poměrně velkou škálu proteinů. Zlepšení se objevilo již do dvou dnů. V období ukončení studie bylo dívce 12 let, nelišila se od svých vrstevníků, nekonzumovala však problematický lepek a ryby. Je uvedeno, že v případě konzumace i malého množství potravy (je uvádět chléb) s obsahem lepku se u dívky projevil obtíže, například slzení očí. (Walker, 2012).

Pohledy jsou i opačné. Pediatrička Clare McCarthy (2016) upozorňuje na trend GFCF diety, se kterým se setkává u svých pacientů.

Na stranu tohoto dietetického opatření se nestaví a zmiňuje i několik důvodů, proč je GFCF dieta pro děti nevhodná, pokud není přímo přítomna alergie na lepek nebo kasein. Prvním z nich je možná absence některých živin, které obiloviny přirozeně obsahují. Jedná se zejména o vitamín B, železo, selen, hořčík a některé antioxidanty. Obsahují také určitý podíl vlákniny nezbytný pro trávení. Zabezpečení dostatečného příjmu těchto vitamínů, prvků a vlákniny formou jiné stravy pak vyžaduje úsilí a přehled o jejich obsahu v potravinách. Autorka (2016) také popisuje možná omezení v příjmu kalorií, které jsou v rámci vývinu dětí nepostradatelné.

Vymizení potravin obsahujících gluten z jídelníčku vyvíjejícího se dítěte, může mít za následek snížení počtu přijímaných kalorií a obtížnější cestu, jak je získat z ostatních potravin. McCarthy (2016) pak také předkládá i možné dopady, kdy striktně omezená strava může být prvkem vedoucím k vyčlenění z kolektivu, dítě nemůže konzumovat s kamarády a spolužáky společné obědy, svačiny, problém nastává na návštěvách. Tyto aspekty tak mohou dítěti znepríjemňovat život. Důležité je také zmínit určitou finanční náročnost dietetických opatření, které mohou zasáhnout do rodinného rozpočtu z důvodu nutnosti nákupu bezlepkových a bezkaseinových produktů. Autorka (2016) zejména zdůrazňuje nutnost konzultace s lékařem. Vytýčení cílů a ujasnění postupu při přechodu na GFCF dietu a možné nalezení případného jiného vhodného řešení, jako zásadní. S McCarthy se částečně shoduje i Wang (2010), která po svých zkušenostech s klienty s PAS uvádí, že GFCF dieta nemusí být účinná u všech osob s touto diagnózou. Ne všechny osoby s PAS reagují negativně na konkrétní podněty z potravy. Zmiňuje zejména stovky výsledků testů na intoleranci kaseinu a lepku, které ne vždy prokazují obtíže s oběma látkami.

Uvádí, že u dětí s PAS se může vyskytnout jak intolerance jednoho, obou nebo vůbec žádné z těchto složek potravy, naopak se mohou vyskytnout jiné problematické produkty (rajčata, mandle, hrozny). Představa, že pro dítě s PAS je automaticky nevhodná strava obsahující kasein a lepek je dle autorky (2010) mylná. Dieta by měla být komplexní. Účinnost zvoleného opatření záleží na individuálním stavu dítěte, předchozím způsobu stravování a stavu imunitního systému. Důležité jsou dle ní detailně zaměřené krevní testy, které mohou mnohé poodhalit. Ke kritikům diety patří i Campbell-McBride (2010), která pouze vyřazení lepku a kaseinu považuje za nekomplexní.

Zajímavý výzkum uveřejněný roku 2015 vedený Susan Hyman (Hyman, 2015) v Journal of autism and development disorders, zpochybňuje působení GFCF diety. Pro výzkum bylo vybráno 14 dětí s diagnózou PAS ve věku od 3 do 5 let. Po dobu 4 – 6 týdnů se stravovaly zásadně potravinami bez lepku a kaseinu.

V následujících 12 týdnech byly jejich rodiny zásobovány vzhledově a chuťově podobným jídlem, které měly podávat dítěti. Některým dětem byla vybrána strava bez kaseinu a lepku, některým s přítomností obou látek.

Výzkumníci ani rodiče neměli do konce výzkumu informace o tom, které děti se stravují kterým typem potravy. Rodiče poctivě zaznamenávali případné posuny.

Po objasnění, kterému dítěti byl podáván jaký typ stravy, výzkumníci na základě vyhodnocení dotazníků zjistili, že nebyly nalezeny žádné významnější, ať již negativní nebo pozitivní změny v oblasti chování, spánku nebo trávení. Výzkumníci zároveň upozorňují, že vzhledem k nízkému počtu zkoumaných osob, nelze výsledky generalizovat a je potřeba výzkum opakovat s větším počtem účastníků.

Závěr

Bakalářská práce s názvem „Alternativy stravování ve vztahu k osobám s PAS“ je členěna do dvou hlavních celků, přičemž první se zabývá vymezením poruch autistického spektra, příčinami vzniku a specifickými projevy v diagnostických oblastech. Zahrnuje také obtíže nespecifické, pojímající problémy se stravováním – jeden z mnoha kamínků v mozaice této diagnózy.

Druhá část je pak věnována alternativnímu pohledu na PAS, jakožto nemoci pramenící převážně z nevyhovujícího stavu střev a složení přijímané potravy.

Prvotní inspirací k napsání práce s touto tematikou byla účast na přednášce profesorky Strunecké, jejíž informace vedly k hledání detailnějšího pohledu na tuto problematiku. Postupů a směrů snažících se pozitivně ovlivnit zdravotní stav a vývoj osob s PAS přes stravovací návyky je mnoho. V této práci se detailněji zaměřujeme na GFCF a GAPS dietu. Cílem bylo charakterizovat jednotlivé myšlenky a teze těchto dietetických opatření, popsat omezení, doporučení a zásady těchto diet a seznámit s nimi čtenáře. Zároveň také popsat obtíže, s nimiž je možné se během aplikace setkat. Kapitoly také zahrnují doporučující rady odborníků při přechodu na změnu stravy s ohledem na osoby s PAS.

Neméně důležitým záměrem bylo předložit co nejvíce objektivní vzorek výzkumů z poslední doby, které přicházejí jak s kladnými, tak s negativními výsledky a jež se působením vybraných diet na stav a život osob s PAS zabývají. Tyto výzkumy doplňují názory odborníků, kteří stojí jak na straně zastánců, tak odpůrců zásahů do stravování osob s PAS.

GFCF dieta je v rámci léčby autismu již poměrně celosvětově známou, první zmínky zachycujeme již od konce dvacátého století. Často je také vůbec prvním krokem v rámci stravovacího omezení, k němuž se přistupuje. Přestože je aplikována dlouhodoběji, výzkumy a ani názory odborníků nehovoří zcela jednoznačně.

GAPS dieta je naopak v České republice malým fenoménem posledních zhruba pěti let, v zahraničí je ale praktikována již delší dobu. Přesto žádná z knih věnující se GAPS dosud nebyla přeložena do češtiny. Systém GAPS je možná o mnoho kontroverznější vzhledem k stále absentujícímu jednoznačnému a hlavně publikovanému výzkumu.

Přesto je nutné si povšimnout nárůstu zájmu o tuto dietu, příkladem mohou být dvě pracoviště v rámci České republiky, která se zaměřují na GAPS, jako možnou pomoc osobám s PAS.

Záměrem práce bylo také bližší seznámení s těmito alternativními pohledy na tuto problematiku, které by v rámci široké nabídky možných přístupů k ovlivnění života osob s PAS neměly být opomíjeny, ať už z důvodu obhajujícího postoje mnohých odborníků, tak z respektu k pozitivním zkušenostem rodin osob s PAS.

Práce je doplněna přílohou – českým překladem dotazníku ATEC využívaného pro vyhodnocování pokroků v rámci prvních týdnu po zavedení stravovacího opatření. Umožňuje souborně zaznamenat i drobné posuny.

Věříme, že by na tuto práci bylo možné navázat například dlouhodobým sledováním osob s PAS, které se pro vybranou změnu svých stravovacích návyků rozhodly. Následně jej podpořit subjektivními názory pečujících rodičů.

Seznam použité literatury

- BAZALOVÁ, Barbora. 2011. *Poruchy autistického spektra: teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti*. 1.vyd., Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5781-4.
- BAZALOVÁ, Barbora. 2012. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. 1.vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.
- BOCK, A. Kenneth. 2013. *Autism is treatable* [online]. [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://www.autism.com/autismistreatable_bock
- BROWN, Lydia. 2012. *Autism FAQ* [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.autistichoya.com/p/introduction-to-autism-faqs-of-autism.html>
- CAMPBELL-MCBRIDE, Natasha. 2010. *Syndróm trávenia a psychológie: prírodná liečba*. Bratislava: Európa, 2010. Šimon, zv. 14. ISBN 978-80-89111-68-8.
- ČADILOVÁ, Věra, Blanka HOUSAROVÁ, Dita JANDERKOVÁ a Jitka KENDÍKOVÁ. 2016. *Řečové a komunikační obtíže*. 1. vyd., Praha: Raabe. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-214-1.
- FETTISOV, Sergej. 2011. *The new link between gut-brain axis and neuropsychiatric disorders*. [online]. [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21832903>
- GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. 2008. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. 3. vyd., Praha: Portál, Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-498-4.
- HALL, Harriet. 2013. *GAPS diet* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://sciencebasedmedicine.org/gaps-diet/>
- HOWLIN, Patricia. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. 1.vyd., Praha: Portál. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-041-0.
- HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed.. 2004. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1.vyd., Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.
- HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed.. 2014. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2. dopl. vyd., Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

- HYMAN, Susan. 2012. *The Gluten-Free/Casein-Free Diet: A Double-Blind Challenge Trial in Children with Autism* [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <https://www.autismspeaks.org/science/science-news/study-glutencasein-free-diet-doesn%E2%80%99t-improve-autism-symptoms>
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. 2001. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. 1. vyd., Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7290-042-0.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava a Radovan NETUŠIL. 1999. *Autismus I. problémy komunikace dětí s autismem*. 1. vyd., Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR.
- LA ŠÉZ, Pjér. 2016. Psychoterapeut z jurty. *Pravý domácí časopis*. Čelákovice, 2016(6), 3.
- LIEBOVICH, Patrisha. 2016. *How GAPS Diet Reversed My Son's Autism* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://thedamageundone.com/2016/08/09/gaps-diet-reversed-sons-autism/>
- LINHARTOVÁ, Eva. 2010. *Jak jsem se mámy ptala, jestli mě něco bolí*. 1. vyd., České Budějovice: Nová Forma. ISBN 978-80-7453-009-8.
- MAKOVCOVÁ, Jana. 2010. *S rukama na uších*. 1. vyd., Blansko: ALMI. ISBN 978-80-904344-7-9.
- MARTÍNKOVÁ, Marcela Amélie. 2012. *Autíček Jeníček*. 1. vyd., Brno: Řetězová reakce, ISBN 978-80-260-4108-5.
- McCARTHY, Clare. 2016. *3 reasons your child shouldn't go "gluten-free" (unless your doctor says so)*. [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.health.harvard.edu/blog/3-reasons-not-put-child-gluten-free-diet-unless-doctor-says-201606079760>
- MLČOCHOVÁ, Veronika. 2014. *Jak nahradit mléčné výrobky ve stravě?* [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: http://www.zdravicko.org/assets/templates/zdravicko/images/ucime/Jak_nahradit_mlecne_vyrobky_ve_strave.pdf

- MORAROVÁ, Tamara. 2013. *Moje vítězství nad autismem*. 1. vyd., Praha: Dokořán. ISBN 978-80-7363-367-7.
- NOVOTNÁ, Věra. 1998. *Děti s autizmem a speciálně pedagogická péče o ně: výběr z knihy "Pedagogika - Autizmus" od Bente Gad Johansenové*. Praha: Parta. ISBN 80-85989-48-4.
- PÁTÁ, Perchta Kazi. 2007. *Mé dítě má autismus*. 1. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2185-9.
- PÁTÁ, Perchta Kazi. 2008. *Mé dítě má autismus: příběh pokračuje*. 1. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2683-0.
- PEETERS, Theo. 1998. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. 1.vyd., Praha: Scientia. ISBN 80-7183-114-X.
- PEREZ, Sandrine. 2012. *If GAPS™ hasn't worked for you or yours, read this*. [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://nourishingourchildren.org/2012/12/26/if-gaps-hasnt-work-for-you-or-yours-read-this/>
- PIWOWARCZYK, Anna a Andrea Horvath. 2017. *Gluten- and casein-free diet and autism spectrum disorders in children: a systematic review* [online]. [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00394-017-1483-2>
- ŘÍHOVÁ, Alena. 2011. Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS). In: *Psychologie Dnes*. 1. vyd., Praha: Portál.
- SATHE, Nila a kol. 2017. *Nutritional and Dietary Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review* [online]. [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28562286>
- SLIMÁKOVÁ, Margit. 2018. *Doporučuji příliš striktní diety?* [online]. [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <https://www.margit.cz/doporucuji-prilis-striktni-diety/>
- STRNADELOVÁ, Vladimíra a Jan ZERZÁN. 2008. *Radost z jídla: nejen makrobiotika očima lékaře a pacienta*. 5., dopl. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-473-6.
- STRNADELOVÁ, Vladimíra a Jan ZERZÁN. 2011. *Autismus a strava*. [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.institut-celostnimedicina.cz/clanky/autismus-a-strava>

STRUNECKÁ, Anna. 2009. *Přemůžeme autizmus? : průvodce pro rodiče, použitelný i pro pediatry, psychiatry a všechny obětavé bytosti, které se snaží pomáhat dětem s autizmem*. 1. vyd., Blansko: ALMI. 263 s. ISBN 978-80-904344-0-0.

STRUNECKÁ, Anna. 2016. *Přemůžeme autismus?* 1. vyd., Petrovice: ProfiSales. ISBN 978-80-87494-23-3.

TAYLOR, Angela. [b.r.]. [online]. [cit. 2017-03-23]. Dostupné z:

<http://www.brainfoodcookbook.com/researchstudy.htm>

THOROVÁ, Kateřina. 2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, Kateřina. 2007. *Autistické rysy* [online]. [cit. 2017-07-11]. Dostupné z:

<http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/autisticke-rysy-2.html>

THOROVÁ, Kateřina. 2008. *Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci: [informační příručka]*. 2.vyd. Praha: APLA. ISBN 978-80-254-6339-0.

THOROVÁ, Kateřina. 2016. *Poruchy autistického spektra*, 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.

VERMEULEN, Peter. 2006. *Autistické myšlení*. 1. vyd., Praha: Grada. ISBN 80-247-1600-3.

WALKER, Hanne. 2012. *A true case story* [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3747745/>

WANG, Suzann. 2010. *The Autism Diet and Why It Doesn't Help Everyone* [online].

[cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.greenhealthspot.com/2010/05/the-autism-diet-and-why-it-doesnt-help-everyone.html>

WENNER, Melinda. 2014. *Gut Bacteria May Play a Role in Autism* [online]. [cit.

2018-03-21]. Dostupné z: <https://www.scientificamerican.com/article/gut-bacteria-may-play-a-role-in-autism/>

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a Věra ČADILOVÁ. 2015. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění: dílčí část*. 1. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-46.

Seznam použitých zkratek

ATEC	autism treatment evaluation checklist
GAPS	gut and psychology syndrom
GFCF	gluten free – casein free
PAS	poruchy autistického spektra
SCD	specific carbohydrate diet

Příloha

Dotazník ATEC sloužící k vyhodnocování pokroků v rámci dodržování dietetických opatření (Strunecká, 2009, s. 243 - 247)

I. Řečová a jazyková komunikace

Zaškrťává se:

N – není pravda (NE); S – poněkud pravdivé; T – pravdivé (ANO)

1. Zná svoje jméno
2. Odpovídá na NE nebo Přestaň
3. Dokáže provést některé povely
4. Umí použít najednou jen jedno slovo (Ne! Jíst, voda ap.)
5. Dokáže použít najednou dvě slova (Jdu domů, To chci ap.)
6. Dokáže spojit tři slova (Chci více mléka)
7. Zná více než deset slov
8. Dokáže použít větu se čtyřmi nebo více slovy
9. Vysvětlí, co chce
10. Položí smysluplnou otázku
11. Řeč má tendenci být smysluplná
12. Často používá různé na sebe navazující věty
13. Vede docela dobrou konverzaci
14. Má normální schopnost komunikovat vzhledem ke svému věku

II. Sociální schopnosti

Zaškrťává se:

N – neodpovídá to; S – poněkud to odpovídá; V – velmi dobře to odpovídá

1. Zdá se být ve slupce – nemůžete k němu/k ní
2. Ignoruje jiné lidi
3. Nevěnuje pozornost tomu, když je osloven/a
4. Nespolupracuje a neodpovídá
5. Nemá oční kontakt
6. Dává přednost tomu být sám/sama
7. Neprojevuje žádné city
8. Nezdraví rodiče
9. Odmítá kontakt s jinými
10. Nenapodobuje
11. Nemá rád držení nebo hlazení
12. Nesdílí nebo neukazuje
13. Nezamává pa-pa
14. Nespolupracuje
15. Záchvaty vzteku
16. Nemá kamarády
17. Zřídka se usmívá
18. Necitlivý k pocitům jiných
19. Lhostejný k tomu, že ho má někdo rád
20. Lhostejný k odchodu rodičů

III. Smyslově poznávací

Odpovídá se N, S, V jako v předchozí části

1. Odpovídá na vlastní jméno
2. Odpovídá na prosbu
3. Pohlíží na lidi a zvířata
4. Dívá se na obrázky (a TV)
5. Kreslí, maluje
6. Hraje si přiměřeně s hračkami
7. Odpovídající výrazy obličeje
8. Chápe příběhy v TV
9. Chápe vysvětlení
10. Je si vědom okolí
11. Je si vědom nebezpečí
12. Ukazuje představivost
13. Vyvíjí iniciativu
14. Obléká se sám/sama
15. Zvědavý, zajímá se
16. Dobrodružný – objevuje
17. Je dobře „naladěný“
18. Dívá se (na něco), když se dívají ostatní

IV. Zdraví a tělesné projevy

Používejte tento kód:

N – není problém; MI – menší problém; MO – střední problém;

S – seriózní-vážný problém

1. Pomočuje se do postele
2. Nosí plenky na čurání
3. Kaká do plen
4. Průjem
5. Zácpa
6. Problémy se spaním
7. Jí příliš mnoho/příliš málo
8. Mimořádně omezená dieta
9. Hyperaktivní
10. Letargický/á
11. Zraňuje se, ubližuje si
12. Zraňuje a ubližuje druhým
13. Je destruktivní
14. Citlivý na zvuky
15. Strach a úzkosti
16. Nešťastný/plačtivý
17. Záchvaty křečí
18. Řeč je chorobně nutkavá
19. Rigidní rutiny – pevně dané opakuující se postupy
20. Vykřikuje nebo vříská (vyráží výkřiky)
21. Vyžaduje samotu
22. Často je vzrušený/á
23. Necitlivý/á k bolesti
24. Upoutaný nebo fixovaný na určitý objekt
25. Opakované pohyby

Ukázka vyhodnocení formuláře:

Čím nižší skóre, tím lepší, tím lepší je stav dítěte v dané oblasti I–IV.

Scale – označuje části I–IV: **I. Řeč a jazykové dovednosti; II. Sociabilita; III. Smyslově poznávací uvědomování; IV. Zdraví a fyzické chování.**

Čísla označená kulatými závorkami (20–21) uvádějí stav chlapce z ČR ve věku tří let a čísla označená hranatými závorkami [8–10] označují jeho stav o rok později

	Scale I Speech Range: 0 – 28	Scale II. Sociability Range: 0 – 40	Scale III Sensory /Cognition Range: 0 – 36	Scale IV Health /Physical/ Range: 0 – 75	Total Range: 0 – 180
Centile					
Mild (mírný)					
0 – 9	0 – 2	[0 – 4]	[0 – 5]	0 – 8	0 – 30
10 – 19	3 – 5	5 – 7	6 – 8	9 – 12	[31 – 41]
20 – 29	6 – 7	8 – 10	9 – 11	13 – 15	42 – 50
30 – 39	[8 – 10]	11	12 – 13	[16 – 18]	51 – 57
40 – 49	11 – 12	12 – 13	14 – 15	19 – 21	58 – 64
50 – 59	13 – 15	14 – 15	16 – 17	22 – 24	65 – 71
60 – 69	16 – 19	16 – 18	18 – 19	25 – 28	72 – 79
70 – 79	(20 – 21)	19 – 21	20 – 21	29 – 32	80 – 89
80 – 89	22 – 24	22 – 25	22 – 25	33 – 39	90 – 103
90 – 99	25 – 28	(26 – 40)	(26 – 36)	(40 – 75)	(104 – 179)
Severe (Vážný)					

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Denisa Poláchová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Alternativy stravování ve vztahu k osobám s PAS
Název v angličtině:	The eating alternatives in a relation to persons with ASD
Anotace práce:	Bakalářská práce se ve své první části věnuje popisu specifických i nespecifických projevů poruch autistického spektra, detailněji pak obtížím v oblasti stravování. Druhá část se zaměřuje na možnosti alternativního stravování osob s PAS, konkrétněji rozvádí GFCF a GAPS dietu. Zprostředkovává konkrétní výzkumy a názory odborníků.
Klíčová slova:	Poruchy autistického spektra, obtíže se stravováním, alternativy stravování, GFCF dieta, GAPS dieta,
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis deals with the description of specific and non-specific manifestations of autism spectrum disorders, in particular with difficulties of eating. The second part focuses on alternative eating habits for people with ASD, more specifically dividing the GFCF and GAPS diet. It mediates specific research and expert opinions.
Klíčová slova v angličtině:	Autism spectrum disorders, eating problems, eating alternatives, GFCF diet, GAPS diet,
Přílohy vázané v práci:	1
Rozsah práce:	45 s.
Jazyk práce:	Český jazyk