

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví



Studijní obor: Ergoterapie

Borbála Kiss-Szemán

Poruchy autistického spektra: Aspergerův syndrom

Možnosti terapie z pohledu ergoterapeuta

Autism spectrum disorders: Asperger syndrome

Methods of intervention in occupational therapy

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

Konzultant: Silvie Švecová

Praha, 2018

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc., že podpořila výběr neobvyklého tématu a souhlasila s provedením této práce. Pociťuji vděk za odborné vedení, cenné poznámky a věcné připomínky v celém průběhu tvorby.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce, Silvii Švecové, za ochotu a spolupráci, čímž mi umožnila realizaci praktické části bakalářské práce. Sdělila své cenné zkušenosti, jakožto rodinný příslušník dítěte s Aspergerovým syndromem.

Poděkovat bych chtěla také všem pedagogům z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK, obzvlášť paní Bc. Márii Krivošíkové, M.Sc. za důkladné a pečlivé vedení všech studentů ke kvalitnímu zpracování bakalářských prací.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne

.....

Podpis studenta

Identifikační záznam

KISS-SZEMÁN, Borbála. *Poruchy autistického spektra: Aspergerův syndrom. [Autism spectrum disorders: Asperger syndrome]*. Praha, 2018. 57 s., 17 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Borbála Kiss-Szemán

Vedoucí práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

Název bakalářské práce:

Poruchy autistického spektra: Aspergerův syndrom

Možnosti terapie z pohledu ergoterapeuta

Abstrakt bakalářské práce:

Cíl práce: Cílem této práce je poukázat na potenciál ergoterapie u osob s poruchami autistického spektra, a to u dětí s Aspergerovým syndromem (AS), a na základě symptomatologie nabídnout možnosti ergoterapeutické intervence ve vybraných problematických oblastech.

Teoretická část práce se zabývá poruchami autistického spektra a AS. Pojednává o vývoji diagnózy v historii, klasifikaci a podrobně charakterizuje různé symptomatologie AS. Na základě projevů AS následuje ergoterapeutická část, kde jsou popsány oblasti, ve kterých by mohla mít ergoterapie důležitou roli v rehabilitaci. Praktická část se skládá z metodologie a ukázky práce ergoterapeuta v praxi s pacientem s AS ve formě podrobné kazuistiky.

Výsledkem práce je zjištění, že v péči o pacienty s AS může být využití ergoterapie důležité, a to zejména v začlenění pacientů do kolektivu, proto je kladen důraz na důležitost sociálního aspektu v terapeutickém postupu.

Klíčová slova:

ergoterapie

autismus

Aspergerův syndrom

terapeutické metody

ergoterapeutická intervence

Abstract:

The aim of this work is to show the potential of occupational therapy in the care of people with autistic spectrum disorders especially in the rehabilitation of Asperger syndrome and to offer therapeutic methods in the selected problematic areas and describe a few examples from the many possibilities of therapeutic intervention.

The theoretical part deals with autism spectrum disorders (ASD), mainly with Asperger's Syndrome (AS). It deals with the history, classification, and detailed characteristics of the various symptomatology. Afterwards a special therapeutic part is describing areas where occupational therapy could play an important role.

The practical part consists of methodology and a detailed case study where the cooperation of occupational therapy and Asperger is demonstrated.

The result of the search is the finding that in the care of clients with Asperger syndrome and the use of a great variety of therapeutic methods can be quite crucial, especially in the integration of clients into our society, so I also emphasize the importance of social aspect during the therapeutic process.

Key words:

occupational therapy

Asperger syndrome

autism spectrum disorder

methods

therapy

Obsah

ÚVOD	9
1. TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1. Poruchy autistického spektra	11
1.2. Diagnostika	12
1.3. Vývoj diagnózy v historii	12
1.4. Klasifikace	13
1.4.1. Mezinárodní klasifikace nemocí.....	13
1.4.2. Diagnostický a statistický manuál	14
1.5. Aspergerův syndrom	14
1.5.1. Symptomatologie Aspergerova syndromu.....	17
Citlivost smyslů	19
1.6. Ergoterapie	20
1.6.1. Ergoterapie u pacientů s PAS v zahraničí.....	22
1.6.2. Ergoterapie u pacientů s AS na území České republiky.....	23
1.6.3. Hra jako ergoterapeutický nástroj.....	23
1.6.4. Ergoterapie a motorika u lidí s Aspergerovým syndromem.....	24
1.6.5. Ergoterapie a všední denní činnosti	25
1.6.6. Ergoterapie a sociální dovednosti u lidí s Aspergerovým syndromem	26
1.6.7. Ergoterapie a kognitivní funkce u lidí s Aspergerovým syndromem	27
1.6.8. Podporované zaměstnávání pro lidi s Aspergerovým syndromem.....	28
2. PRAKTICKÁ ČÁST	29
2.1. Cíl praktické části	29
2.2. Metodologie	29
2.3. Rozhovor s matkou	32
2.4. Vyhodnocení screeningových testů	39
2.4.1. Dětské autistické chování (DACH-R)	39
2.4.2. Austrálské hodnocení Aspergerova syndromu (A.S.A.S)	40
2.5. Kazuistika	40

3. DISKUZE	47
4. ZÁVĚR	52
5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
5.1. Seznam obrázků a tabulek	61
Seznam obrázků.....	61
Seznam tabulek.....	61
6. PŘÍLOHY.....	62
Seznam příloh	62
Příloha č. 1. - Charakteristika jednotlivých typů dle MKN-10.....	63
Příloha č. 2. - Přidružené komplikace.....	65
Příloha č. 3. - Trénink grafomotoriky	67
Příloha č. 4. - Obecná struktura k nácviku dovedností (Patrick, 2011)	68
Příloha č. 5. - Škálování: práce s emocemi.....	69
Příloha č. 6. - Metoda Semafor	70
Příloha č. 7. - Přehled screeningových dotazníků a testů	71
Příloha č. 8. - Kartičky pro hru: Hádej, co cítím	72
Příloha č. 9. - Kartičky oblečení	74
Příloha č. 10. - Dětské autistické chování (DACH-R).....	76
Příloha č. 11. - Australské hodnocení Aspergerova syndromu (A.S.A.S.).....	80
Příloha č. 12. - Aspekce pacienta.....	82
Příloha č. 13. - Ukázka psaní do čtverců	83
Příloha č. 14. - Psaný projev	84
Příloha č. 15. - Analýza činnosti: proces oblékání	85
Příloha č. 16. - Kresba lidské postavy	86

Seznam zkratk

A.S.A.S. -Australské hodnocení Aspergerova syndromu

ADL – Všední denní činnosti (Activities of daily living)

APA – Americká psychiatrická asociace

AS – Aspergerův syndrom

ASD – Porucha autistického spektra (Autism spectrum disorder)

DACH-R – Dětské autistické chování

DSM – Diagnostický a statistický manuál

iADL – instrumentální všední denní činnosti

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

pADL – Personální všední denní činnosti

PAS – Poruchy autistického spektra

ÚVOD

Poruchy autistického spektra (PAS) se vyskytují nejen v České republice, ale ve všech zemích světa. Ne vždy jsou však rozpoznány a správně diagnostikovány. Někteří lidé čekají na diagnózu léta, u jiných se zjistí až v pozdní dospělosti, nebo se vůbec neodhalí. Přitom včasná diagnóza je klíčová, aby se zabránilo komunikační a sociální deprivaci a zvýšila se šance na zařazení jedince do běžného života.

Na začátku 21. století bylo v České republice jen malé povědomí o existenci pervazivních poruch. Situace se v posledních letech zlepšila, ale názory na diagnostická kritéria se liší odborník od odborníka, což často vede k nesprávně stanovené diagnóze, jako je například atypická schizofrenie, mentální retardace, nespecifická porucha vývoje řeči atd. (Thorová, 2016). Na základě tohoto bych se chtěla zasadit o zvýšení povědomí o autismu.

Teoretická část práce se zabývá kategorickým zařazením Aspergerova syndromu (AS) symptomatikou a projevy. V daných oblastech poté popisuje možnosti ergoterapeutické intervence. Praktická část se zabývá vyšetřením, kazuistikou a rozhovorem s matkou chlapce s AS.

S autismem jsem se poprvé setkala v brzkém adolescentním věku při absolvování dobrovolné asistence. Od té chvíle sleduji autismus s velkým zájmem. Se studiem ergoterapie se zrodila myšlenka, že bych mohla propojit svůj obor s touto velmi specifickou diagnózou, jelikož ergoterapie disponuje širokou škálou terapeutických možností, které podle mého názoru mají vysokou využitelnost u pacientů s Poruchami autistického spektra (PAS).

Čerpala jsem ze dvou zdrojů, které byly stěžejní pro vypracování bakalářské práce a přivedly mě na myšlenku vytvoření základní linie tématu. Prvním impulzem bylo setkání s pacientem v roce 2011 v rámci asistence v Pető Institutu v Budapešti, který funguje na podobném principu jako Jedličkův ústav v Praze, tj. na základě přístupu ke každému jednotlivci dle jeho individuálních potřeb, přičemž důraz je kladen na začlenění pacienta do kolektivu a s tím související nácvik vykonávání denních činností k dosažení co největší soběstačnosti.

Ve výše zmiňovaném roce jsem měla na starost mladou pacientku s autismem, u které si ostatní stěžovali, že tráví příliš mnoho času vykonáváním běžných denních činností, jako například umýváním rukou. Reálně jsme hovořili o více než patnácti minutách. Při pozorné asistenci jsem zjistila, že důvodem pomalého provádění je to, že si

neobyčejně všímá malých, pro nás nepodstatných a celkem opomenutelných detailů, jako je duha, která vznikla v odpadu zalomením světla ve vodě při určitém úhlu během umývání rukou. To bylo první setkání s autismem a toto se stalo zážitkem spojeným s fascinací krásou světa autistů. Bylo to také určujícím faktorem i v dalších letech vzhledem k pracovnímu zaměření a zájmům.

Druhý důležitý impulz, který utvářel směr k uvědomění si důležitosti propojení ergoterapie s AS, mi byl dán přímo během mé školní docházky na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, kde se v rámci dialogu s ergoterapeutkou zjistilo, že dosud neexistuje žádná bakalářská práce, která by se zabývala ergoterapií přímo u pacientů s AS.

Na základě těchto impulzů jsem dospěla k závěru, že je nutné napsat bakalářskou práci na toto téma. Z dosavadního zkoumání problematiky jsem přesvědčena, že rozsah bakalářské práce je pouze začátkem, a ráda bych se tématikou zabývala i v diplomové práci.

Doufám, že po mně budou i další usilovat o zvýšení povědomí o ergoterapii jako oboru a autismu jakožto diagnóze. Obzvláště velkým snem je, aby v budoucnu bylo specifikováno a stanoveno, že pacienti s PAS jsou jednoznačnými kandidáty pro ergoterapeutickou intervenci.

Cílem této práce je nastínění možností využití ergoterapie u osob s AS. Velký potenciál vidím ve využití komplexního ergoterapeutického přístupu k pacientům s AS, a to zejména z hlediska zvýšení kvality jejich života.

1. TEORETICKÁ ČÁST

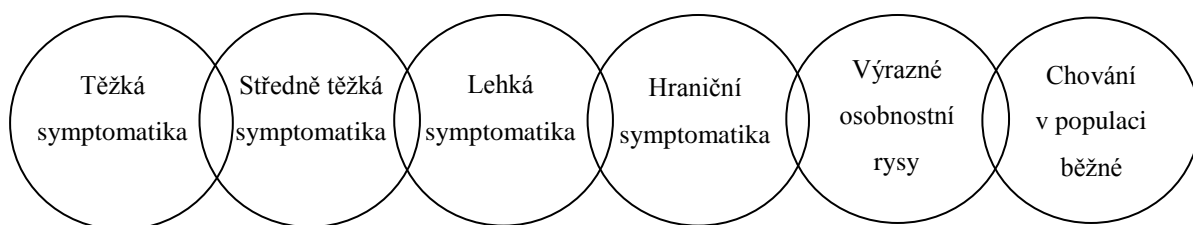
1.1. Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra (PAS) se řadí do skupiny pervazivních vývojových poruch (*Pervasive developmental disorders*). Termín pervazivní znamená „vše pronikající, pronikající celou osobností“ a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech. (Thorová, 2016)

„Autismus je v současné době považován za neuro-vývojové postižení mozkových funkcí s velmi významnou dědičnou komponentou. Jeho důsledkem je, že člověk atypicky vnímá, zpracovává, vyhodnocuje a reaguje na informace přicházející z okolí, i na vlastní prožitky (např. co vidí, slyší, pociťuje), nedokáže přiměřeně komunikovat, navazovat sociální vztahy ani rozvíjet představivost, fantazii a tvořivost.“ (Čadilová, Žampachová, 2012, s. 7)

Thorová (2016) popisuje PAS jako vrozenou poruchu některých dosud ne zcela přesně známých mozkových funkcí, která nedovolí zcela porozumět okolnímu světu ani sobě samému. Duševní vývoj dítěte je omezen v oblasti komunikace, v sociálním chování, v představivosti a v integraci smyslového vnímání. V různé míře se často projevují stereotypní, rigidní, opakující se a kompulzivní chování včetně neobvyklých zájmů.

Pro syndromy, které tvoří jednotlivé nozologické jednotky, je charakteristická značná variabilita a rozdílná míra příznaků. „Tíže symptomatiky tvoří kontinuum od jednoznačně a plně vyjádřené symptomatiky přes hraniční projevy“ (Thorová, 2016, s. 30). Proto mnohdy není zcela jasná symptomatologie a je obtížné definovat, o který z typů PAS se jedná. Na obrázku 1.1. je vidět, že oblasti symptomatik plynule přecházejí a překrývají se.



Obrázek 1.1. Přehled symptomatického kontinua (převzato z publikace *Poruchy autistického spektra* (Thorová, 2016, str. 30))

1.2. Diagnostika

Dle Attwooda (2005) diagnostikování provádí většinou klinický psycholog. Stanovení diagnózy se zahájí vyplněním posuzovací škály či dotazníku určeného speciálně pro jedince s AS. Poté následuje samotné diagnostické vyšetření. Nutno znovu zdůraznit, že se jen zřídka projevují všechny příznaky AS. Při diagnóze platí, že člověk je jedinečný ve všech svých projevech.

Při diagnostice je zásadní přihlédnout k potenciaálním alternativám a vyloučit je, jelikož nezáměr o sociální kontakt může být důsledkem nějaké poruchy řeči či specifické poruchy učení s opožděním vývoje, které rovněž prokazují atypické sociální chování.

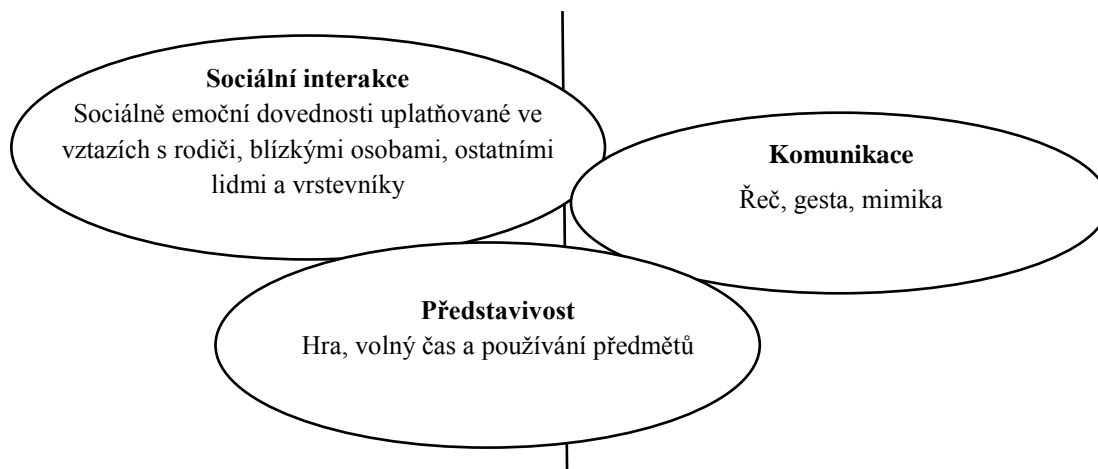
1.3. Vývoj diagnózy v historii

„Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“ (WHO, MKN-10)

V manuálu DSM-1 (1951) a DSM-2 (1968) byl autismus popisován jako psychotické reakce dětí, které přímo vedly ke vzniku autismu a k dětské formě schizofrenie či schizofrenním reakcím. V roce 1961 Mildred Creaková, která se jako první zabývala vymezením symptomatiky dětského autismu, vypracovala 9 bodů diagnostických kritérií známých pod názvem Nine points, ve kterých autismus stále popisovala jako formu dětské schizofrenie. Kritéria Creakové sloužila na území České republiky dlouhou dobu jako diagnostický podklad.

Velký průlom byl zaznamenán na konci 70. let 20. století, kdy britské psychiatričky Lorna Wing a Judith Goldová vymeziply a především oddělily autismus od psychotických poruch. V rámci diagnostického hlediska byly tyto autorky první, kdo poprvé užil termín poruchy autistického spektra (Autism spectrum disorder, ASD). Tyto poruchy se dle

Wing vyznačují Triádou deficitů (Triad of Impairments) (viz Obrázek 1.2.), která se manifestuje obtížemi v oblastech sociálního chování, komunikace a představivosti.



Obrázek 1.2. Triáda postižených oblastí vývoje u poruch autistického spektra (převzato z publikace *Poruchy autistického spektra* (Thorová, 2016, str. 60))

1.4. Klasifikace

V rámci klasifikací existují různé systémy, ale zmínit je nutné dva klasifikační systémy. Jedním z nich je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) vydávaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Dalším z nich je Diagnostický statistický manuál duševních poruch (DSM) vydávaný Americkou psychiatrickou asociací (APA).

1.4.1. Mezinárodní klasifikace nemocí

V 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) najdeme AS pod skupinou F84.5. Skupina F reprezentuje Poruchy duševní a poruchy chování. V rozmezí F80–F89 se jedná o Poruchy psychického vývoje a závěrečné číslo 4 vymezuje Pervazivní poruchy chování. Kategorie F84, která zahrnuje Poruchy autistického spektra (PAS), je samostatně dělena na dalších 9 částí.

- Dětský autismus (F84.0)
- Atypický autismus (F84.1)
- Rettův syndrom (F84.2)
- Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)

- Aspergerův syndrom (F84.5)
- Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)
- Pervazivní vývojová porucha NS (F84.9).

Charakteristika jednotlivých skupin viz Příloha č. 1.

1.4.2. Diagnostický a statistický manuál

V současné době je manuál k dispozici v páté revizi, která s sebou přinesla v oblasti autismu značné změny. Dosavadní dělení, které bylo ještě v rámci IV. revize z velké části shodné s MKN-10, se úplně změnilo. Celou kategorii zaštiťuje název Poruchy autistického spektra (PAS), ty spadají pod neuro-vývojové poruchy a dále už nejsou děleny na podskupiny, nýbrž pouze na 3 stupně dle závažnosti.

- Stupeň 1 (vyžadující podporu)
- Stupeň 2 (vyžadující značnou podporu)
- Stupeň 3 (vyžadující velmi značnou podporu)

DSM V. dále zavádí novou diagnostickou kategorii, a to sociálně-komunikační poruchy. Obecně do této kategorie spadají lidé, kteří mají deficit v komunikačních schopnostech, ovšem neprojevují dostatečné další příznaky, aby je bylo možné zařadit do kategorie PAS. V připravovaném MKN-11 se počítá s velmi podobným zásahem kvůli zjednodušení a zpraktičtění diagnostiky onemocnění.

1.5. Aspergerův syndrom

Definice dle MKN-10 zní: *„Porucha nejisté nozologické validity, charakterizovaná tímž kvalitativním porušením reciproční sociální interakce, které napodobuje autismus, současně s opakujícím se omezeným stereotypním repertoárem zájmů a aktivit. Liší se od autismu hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech. Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností.“*

Boyd (2011, s. 24) na rozdíl od MKN popisuje AS přístupnějším způsobem: *„Je to postižení, které v určitých rysech připomíná autismus. Lidé s AS většinou vypadají a mluví normálně. Mají však problémy v sociálním porozumění a v sociální komunikaci. Může se zdát, že jsou hrubí, netaktní a arogantní, chovají se divně, výstředně nebo*

nevypočitatelně. Aspergerův syndrom se vyskytuje u jedinců s různou mírou inteligence od lehce mentálně retardovaných až po velmi nadané jedince.“

Manifestace AS mohou být velmi různorodé a nerovnoměrně se kombinují. Na základě této variability se můžeme setkat s lidmi, kteří mají různé řečové a intelektové schopnosti a v různé míře projevují zájem o sociální kontakt.

Aspergerův syndrom může být potenciálním handicapem kvůli možné sociální izolaci v důsledku zcela špatné nebo částečně mylné interpretaci komunikačních situací či mezilidských vztahů. Osoby s AS mohou mít zároveň vynikající intelektuální schopnosti, které jim umožňují velmi neobvyklý pohled na svět.

Někdy je AS označován jako „*Silicon Valley syndrome*“, neboť lidé s AS často využijí své nadání k fyzikálním a matematickým vědám, ovšem málokdy si vybírají profese, které obnáší vysokou sociální obratnost. Další z jejich předností jsou jejich úzce specializované zájmy, které je mnohdy vedou na profesionální špičku. Právě díky současné době a existenci počítačů mohou tito lidé najít své uplatnění a nejsou kvůli své odlišnosti nijak společensky vyčleněni. (James, 2008)

Historie AS

Wing (1996) píše, že v roce 1944 přišel Hans Asperger s první publikací a pozorováním skupiny dospívajících a dospělých, u kterých popsal základní „šablonu chování“. Vyznačovali se výbornou gramatickou znalostí se širokou slovní zásobou, ovšem užívanou s naprostou monotónností hlasu, slabšími motorickými a koordinačními schopnostmi, hraniční, průměrnou či nadprůměrnou úrovní schopností, ale vždy doplněnými nějakou specifickou poruchou či těžkostí v oblasti učení. Zájmy těchto jedinců popisoval jako silně zaměřené na konkrétní věci.

Asperger nebyl jediný, kdo popsal obdobnou symptomatiku. Dalším autorem byl Leo Kanner, jehož práce se dostala do povědomí odborné veřejnosti. Kannerův úspěch vedl až k tomu, že širokou veřejností byl přijat termín Kannerův syndrom. Vlivem psychoanalýzy vinil ze vzniku poruch především rodiče a prostředí dítěte. Je otcem termínu „matka lednička“, který označoval emočně chladnou, odtažitou matku, která je zaměřena především na sebe samou a je příčinou vzniku autismu dítěte (Thorová, 2016).

I tak Asperger předpokládal, že jím popsaný syndrom je od Kannerova odlišný, ovšem sám připouštěl určité vzájemné podobnosti. Jejich hlavní rozdíl byl v tom, že

Asperger věřil, že syndrom je vrozený. Mezi důvody, proč se jeho dílo neproslavilo, patří i to, že publikoval svoji práci a výzkum v němčině, a to v tehdejší sociokulturní světové ladění v době 2. světové války způsobilo, že do anglosaské literatury se jeho práce dostala až o mnoho let později. Tehdy ji proslavila Lorna Wingová, která poprvé užívala název Aspergerův syndrom. (Wing, 1996)

Diagnostická kritéria AS

Existuje mnoho diagnostických kritérií pro AS, ovšem v rámci rozsahu práce byla vybrána kritéria dle Szatmariho et al. (1989). Ekvivalentem jim jsou diagnostická kritéria od Gillberg a Gillberg (1989) a mnoho dalších vzniklých v pozdějších letech. V Tabulce 1.1. najdeme Diagnostická kritéria dle Szatmariho. V ní lze vidět jednoznačnou šíři možných projevů. Při podezření na AS dotyčný splňuje z každé oblasti daný počet položek.

Diagnostická kritéria AS (Szatmari, Brenner a Nagy 1989)	
Osamělost (alespoň 2 položky)	a.) nemá blízké přátele b.) vyhýbá se ostatním c.) nemá zájem vytvářet přátelství d.) samotář
Narušení sociální interakce (alespoň 1 položka)	a.) obrací se na druhé, jen pro své potřeby b.) neobratný v soc. vztazích c.) jednostranně reaguje na vrstevníky d.) problematické chápání citů e.) lhostejnost k citům druhým
Zvláštnosti v řeči a jazyku (alespoň 2 položky)	a.) odlišnosti ve skloňování a časování b.) mluví příliš často c.) mluví příliš málo d.) nesoudržnost konverzace e.) idiosynkratické užívání slov f.) opakující se vzorce mluvy
Potíže v neverbální komunikaci (alespoň 1 položka)	a.) omezené vyjadřování mimikou obličeje b.) nerozumí mimice obličeje druhých c.) nepředává informace zrak. kontaktem d.) nedívá se na ostatní e.) nepoužívá gesta při vyjadřování f.) gesta jsou přehnaná nebo neobratná g.) nedodržují proxemické vzdálenosti

Tabulka 1.1. Diagnostická kritéria pro Aspergerův syndrom (převzato z publikace *Poruchy autistického spektra* (Thorová, 2016, str. 190)).

1.5.1. Symptomatologie Aspergerova syndromu

„Chcete vědět, jak můžete nejlépe pochopit život s autismem? Představte si sebe sama jako diváka, který stále jen sleduje dění. Většina mého života mi připadá jako video, jako nekonečný soubor pohyblivých obrázků, které pozoruji, ale nemůžu zasáhnout do děje. Svět se přede mnou mění, ale já jsem od něj oddělena sklem.“ (Lawson, 2008, s. 11)

Tento úryvek nám velmi zdařile zprostředkovává pocity člověka, který má AS. Jedinci s AS sledují život, který se děje kolem nich, ale jen velmi těžce do něj zasahují. Mnohdy ho ani přesně nechápou, neví, proč se určité věci dějí, a trpí nedostatky v mnoha různých oblastech, ovšem jen zřídka se projevují všechny příznaky AS najednou. Níže je více popsán souhrn těch nejzásadnějších symptomů.

Sociální chování

Lidé s AS se často snaží pochopit sociální svět pomocí logického vztahu příčina-následek. A to je velmi náročné. Na základě toho vznikají potíže v komunikaci, kdy partner v konverzaci předpokládá, že všechny jeho záměry jsou jasné. (Attwood, 2006)

Je nutné zdůraznit, že osoby s AS vnímají při konverzaci především složku verbální, která se podílí na komunikaci jen v omezené míře. Mají velké obtíže s nonverbální komunikací (oční kontakt, gestikulace, mimika, postoj). Na našem projevu se z 55 % podílí neverbální komunikace z 38 % tón hlasu a pouhých 7 % zprostředkuje slovní sdělení (Mehrabian, 2007).

Další oblastí obtíží jsou kontakt s jinými lidmi a spontánní sdílení emocí. Je tedy patrné, že má-li osoba s AS problémy s neverbálními složkami a hůře je rozeznává nebo nevnímá, můžeme v nejzazším případě mluvit až o 93 % komunikace, která zůstane nepochopena a nepředána. Mnozí se vyhýbají očnímu kontaktu a jiní zase udržují oční kontakt přespříliš dlouhý a druhé osobě tím způsobují nepříjemný pocit.

Obecně mají velmi omezené sociální dovednosti, jsou neobratní v udržování konverzace. O druhých pronášejí pravdivé či přiléhavé výroky, jimiž je často přivádějí do rozpaků, eventuálně je až uráží. Příkladem toho je hlasité okomentování vzhledu jiné osoby. Dítě nepozná, že jeho poznámka přivedla rodiče do rozpaků, a nechápe, v čem udělalo chybu, protože ze svého pohledu mluvilo pravdu.

Jazyk a řeč

„Jazykové dovednosti u lidí s AS jsou velmi rozdílné; pohybují se v rozpětí od opožděného vývoje řeči až po velmi pokročilé vyjadřovací schopnosti“ (Patrick, 2011, s. 18).

Řeč bývá opožděná, ale často se vyvine velmi rozsáhlá slovní zásoba. Výběr slov je velmi neobvyklý až přehnaně sofistikovaný a ulpívají na správných větných konstrukcích. Hlasy vyslovují velmi přesně a nepřiléhavě používají formální jazyk. Tón řeči může být monotónní (stejný rytmus, neměnná výška hlasu), což se v důsledku podílí na velmi obtížné interpretaci obsahu sdělení, případně je řeč neobvykle rychlá, což chápání sdělení také ztěžuje. (Patrick, 2011)

Je těžké v této skupině zachytit nějaký jednotný rys.

V případech, kdy se člověk s AS dostane do situace, kdy neví, jak má odpovědět, raději změní téma nebo naopak příliš zdlouhavě vymýšlí odpověď (Attwood, 2005).

Při vedení dialogu jsou také patrné odchylky – někteří, jestliže jednou začnou mluvit, jsou k nezastavení, kdežto jiní mluví pouze ve chvílích, kdy jsou vyzváni, a odpovídají stručně několika slovy. (Olson et al., 2013)

Jedince s AS charakterizuje malé využití sociální složky jazyka, tzn. že obtížně navazují konverzaci, a když už ji navážou, často nezvládají udržovat tok konverzace a nedodrží osobní prostor. Tok konverzace se snaží směřovat k jim dobře známému tématu, které jim přináší jistotu, sebedůvěru a kontrolu nad situací. Důsledek jejich neúspěchů při navázání kontaktů bývá úzkost z pocitu nepochopení s následnou sociální izolací. (Patrick, 2011)

Specifické zájmy a rituály

Velmi signifikantní je pro osoby s AS hluboký zájem o specifickou oblast nebo určitý jev. Typický je jeden vyhraněný zájem. Ne vždy se jedná o celoživotní zájem, nýbrž o relativně pomíjivý koníček. Ovšem v době, kdy se danou tematikou jedinec s AS zabývá, věnuje jí veškerý volný čas. Tento zájem může přecházet až do nezdravé posedlosti. Specifické intenzivní zájmy se projevují jako omezené, repetitivní a stereotypní vzorce chování. Nadměrné věnování pozornosti jednomu zájmu se na jednu stranu projevuje jako dobrá náplň volného času nebo téma ke konverzaci, ovšem zabírá mnoho času, a to je vzdaluje od navázání vztahů s okolím. (Patrick, 2011)

Pohybová neobratnost

Lidé a obzvláště děti s AS vykazují často nedostatky v oblasti motorické, proto se svému okolí jeví jako neobratní. Obtíže mohou mít s koordinací a cílenými pohyby (koordinace oko-ruka), a v neposlední řadě s rovnováhou, což může značně ovlivňovat jejich provádění všedních denních činností (ADL). (Olson et al., 2013)

Zdaleka ne poslední z možných nedostatků nacházíme v oblasti jemné motoriky, obtíže nacházíme obzvláště při psaní. Tyto nedostatky ve svém důsledku zhoršují kvalitu a rychlost provedení úkolů. (Patrick, 2011)

Kognice

„Kognicí rozumíme proces myšlení jako takový, učení, paměť a představivost“ (Attwood, 2005, s. 111).

Kognitivní schopnosti jsou mezi jedince s AS nerovnoměrně rozložené. Setkáváme se s jedinci s vynikající pamětí a intenzivním soustředěním, ovšem v souvislosti s věcmi a tématy, které je zajímají. Častá je nulová motivace k činnostem, které pacienti neoslovují. Při rozhovoru vše interpretují doslovně, přenesenému významu nerozumí, stejně tak sarkasmu. Při práci s pacientem je dobré na to pamatovat. Intelektové schopnosti nemusejí být nijak omezené, ale jedinec nezvládá komunikaci tak, jak by v daném věku měl. Při náhlých změnách v režimu dne nastává nepřiměřená reakce. Myšlení bývá ulpívavé, centrované na zájmy jedince. Mají sklony k tvrdohlavosti. (Vosmik, Bělohávková, 2010)

Citlivost smyslů

Jednou ze základních obtíží, které pacientům komplikují rozeznání vhodné situace a schématu užití jejich schopností, je jejich hypo- a hypersensitivita na zrakové (silné osvětlení), sluchové (hlasité zvuky), chuťové (na určitá jídla, vůně) a dotekové stimuly (fyzický kontakt, materiály), které je mnohdy vedou k neadekvátním reakcím (Griffin, Sandler, 2012). Každý ze smyslů může být jinak citlivý a u každého jedince se bude projevovat v různé míře.

Citlivost na doteky se projevuje určitou odtážitostí, občas jsou popisovány rysy, kdy dítě nevyhledává fyzický kontakt ani s rodičem. Dotek často dítěti vadí na určitých částech těla. Zpravidla jsou to dotyky na hlavě, nadloktí a dlaních. (Attwood 2005)

Zvukové podmínky mohou také způsobovat jedinci velké napětí, především jsou-li náhlé, dostavuje se neadekvátní reakce: vyplašení, strach nebo agresivita.

Problematická může být i chuť, lidé s AS mají své rituály, a to může být spojeno např. s konzumací jedné a té samé vody, či absolutní preference určitého jídla. Dítě pozná, pokud je mu nalita jiná voda než ta, na kterou je zvyklé, a stejně tak odmítá konzumovat nové nebo neznámé jídlo. Nesprávná registrace smyslových vjemů vyúsťuje ve společenskou izolaci kvůli tomu, že společenská konverzace obvykle probíhá kolem stolu u jídla a je obvykle hlučná.

K základní symptomatologii se připojuje i mnoho dalších přidružených komplikací. Několik základních je popsáno v Příloha č. 2.

1.6. Ergoterapie

Ergoterapie je rehabilitační obor, který přes smysluplné zaměstnávání usiluje o zmírnění disability pacienta a zvyšuje kvalitu jeho života.

Dr. Nolan et al. (2009) zakladatel Unilink (ergoterapeutická služba pro lidi s AS) definuje ergoterapii následovně: *„Ergoterapie pomáhá lidem překonat obtíže při vykonávání všedních denních činností vyvíjením strategií s maximálním využitím podpory okolí a prostředí. Ergoterapie dává pacienta do centra svého plánování a v rámci terapeutické intervence provádí různé nácviky činností, dokud se u jedince sebedůvěra a dané dovednosti přiměřeně nerozrostou. Provádění ergoterapie vyžaduje holistický přístup k facilitaci správné oblasti výkonu zaměstnání. To se obecně týká práce, aktivit volného času, společenského života a spokojenosti pacientů s každodenním životem.“*

Autorka Nancy J. Patrick (2008) taktéž popisuje oblasti, se kterými se ergoterapeuti ve své profesi každodenně setkávají a jejichž řešení mají ve své kompetenci.

Obtíže lidí s AS různým způsobem narušují velmi důležité složky života, tj. sociální oblast, sebeobsluhu a zaměstnání. AS nelze vyléčit, ale můžeme zmírnit jeho dopady v běžném životě a pomoci k dosažení nezávislosti. Základem veškerých změn ve výše uvedených oblastech je dlouholeté pozorování, sebehodnocení, analýza a neustálé přehodnocování. Je žádoucí na základě motivace pacienta vytvořit strategii šitou na míru dle individuálních potřeb. Tento postup vede k dosažení větší nezávislosti a k možnostem vytvoření společenských vztahů. (Patrick, 2008)

Význam ergoterapie u lidí s autismem

Tato podkapitola shrnuje několik příkladů z praxe, které popisují roli ergoterapeuta v terapeutické intervenci.

Ve své odborné publikaci Pat Percin a kolektiv autorů (2012) pojednávají o důležitosti ergoterapeutické intervence u osob s AS při nácviu instrumentálních všedních denních činností (iADL). V rámci terapií se zaměřují na orientaci jedince ve městě, na schopnosti se pohybovat dle pravidel provozu (semafony, přechody apod.) a na zakoupení jízdenky.

V práci Kuhaneck a Watlingové (2015) nalezneme informace o současném přístupu k ergoterapii ve spojení s PAS. Probíhá-li u dítěte či dospělého ergoterapeutická intervence tak pouze v senzorní a motorické oblasti. Ovšem je nutné si uvědomit, že ergoterapie toho nabízí mnohem více. Ergoterapeuti velmi dobře ovládají nácviu pracovních dovedností. Další složkou je užívání holistického (celostního) přístupu k člověku, který se nezabývá pouze úzce danou problematikou, ale snaží se ji vidět v kontextu jedince.

Rozsáhlou oblastí, která může rodinám přinášet prospěch, je tzv. Family centered care (FCC) neboli na rodinu mířená péče, která rodinu respektuje a snaží se co nejefektivněji dosáhnout cílů celé rodiny, neboť prostředí, ve kterém dítě s AS vyrůstá, a lidé, kteří ho obklopují, jsou nedílnou a velmi důležitou součástí života dítěte. (Kuhaneck, Watling, 2015)

Příklady úspěchu z praxe

V článku Tomcheka a kolektivu (2017) nalezneme ergoterapeutickou intervenci u sedmnáctiletého chlapce s PAS, který se velmi chtěl účastnit kroužku vaření, ovšem jeho disabilita mu přinášela velké obtíže. Sice miluje zapisovat si recepty, ale zapomínal na setkání skupiny a značné obtíže mu přinášela i samostatná příprava pokrmu. Při setkávání s ergoterapeutkou třikrát měsíčně, kdy pracovali na zlepšení potřebných dovedností pro kulinářský kurz, chytrým využitím aplikace pro iPhone a upravením hodnocení Barth Construction Assessment pro rozvrh dne bylo docíleno signifikantního zlepšení – z původních 25 % účasti na kroužku se v dalším semestru dostal na 90 %. A to pouze díky ergoterapeutické intervenci, nácviu a zařazení režimu.

G. Temple je i přes to, že jí v dětství diagnostikovali autismus, profesorkou na univerzitě, návrhářkou nástrojů pro dobytek a spoluautorkou několika knih pojednávacích o autismu (Grandin a Barron, 2005).

1.6.1. Ergoterapie u pacientů s PAS v zahraničí

V zahraničí můžeme na několika příkladech sledovat, že se postupně zvyšuje procento lidí s AS, kteří nalézají pomoc u ergoterapeutů. A stejně tak se zvyšuje množství ergoterapeutů, kteří si čím dál více uvědomují své možnosti v pomoci pacientům s AS.

Dr. Clodagh Nolan v roce 2004 na Trinitické univerzitě v Dublinu spustil podporovací službu Unilink, která nabízí ergoterapeutické poradenství studentům s AS na vysoké škole. Unilink nabízí praktickou podporu pro studenty (s AS, s ADHD, s depresí), kteří zažívají těžkosti při každodenních činnostech (Nolan, et al., 2009).

Cílem služby je umožnit studentovi rozvíjet praktické dovednosti a strategie, které pomůžou plnit roli studenta jak akademicky, tak i společensky a podpořit integraci a zapojení studenta s AS do vysokoškolského života (Quinn et al., 2014).

V Hong Kongu pracoval Kit Hung Tse (2015) se skupinou mladistvých s AS, kteří byli šikanováni. Jako metodu si zvolil skupinová setkání a vytvoření tzv. Smartphone of Life (Chytrý telefon života). V něm každá položka představovala určitou část schopností, vzpomínek a potenciálu jedince. Tapeta, kontakty, galerie, nainstalované aplikace, to vše mělo svoji symboliku. Cílem bylo, aby si jednotlivci ze skupiny uvědomili svoji jedinečnost a schopnosti, které jim mohou pomoci v boji se šikanou. Vytvořená skupina měla podpůrný charakter, nabízela mladým možnost neomezeně sdílet a vyslechnout příběhy jiných.

Ve Spojených státech je dnes vyhledávanou metodou Son-Rise. Je to alternativní metoda, kterou prosadil muž žijící s autismem vychovaný pomocí této metody. Son-Rise je založený na principu připojení se do činnosti dítěte a skrze činnost se připojit k jeho světu. Ve chvíli, kdy jsme součástí jeho světa, můžeme dítěti zprostředkovat i kus světa svého. (Autism Treatment Center [online], 1998)

AOTA (Americká Asociace Ergoterapeutů) již před lety úspěšně zprovoznila program na podporu mladistvých s autismem při studiu na středních a vysokých školách. Ten nabízí studentům velké možnosti, od samotného výběru vhodné školy, přes dopomoc s účastí na každodenní výuce až po zvládání stresových situací, které může život v kampusu přinášet (večírky, velké množství lidí, závodní jídelny). (AOTA [online], 2012)

1.6.2. Ergoterapie u pacientů s AS na území České republiky

Můžeme říct, že cílená ergoterapeutická intervence pro pacienty s AS momentálně na území České republiky většinou neprobíhá organizovaně, spíš jen v ojedinělých případech. Existují organizace pro lidi s PAS jako například NAUTIS, Rytmus, Aut-centrum atd., ale tam ergoterapeut nepracuje. Thorová zdůrazňuje, že se diagnostika v posledních letech díky existenci posuzovacích škál zlepšila (Thorová, 2016).

To by mohlo znamenat i to, že se časem začne víc uvažovat o ergoterapii u lidí s autismem. Nedávno otevřely dvě ergoterapeutky centrum PlaySI pro děti, kde mají pomůcky na sensorickou integraci a míče pro trénink vnímání emocí pro děti s PAS.

1.6.3. Hra jako ergoterapeutický nástroj

„Hrou vytváříme příležitosti ke komunikaci během celého dne.“ (Griffin, Sandler, 2012, str. 13)

Imaginativní hry jsou u dětí s AS repetitivní a omezené. Metafory jsou jen zřídka pochopeny (Kestenbaum, 2008). Hra je tedy pro dítě s AS velmi přístupnou metodou. Skrze hru se pacient může učit a zábavnou metodou nacvičovat, zkoušet či dosahovat cílů, které bude schopen uplatnit na poli sociálních interakcí, a osvojí si různé další dovednosti.

Základní prvky hry tvoří triáda charakteristických rysů, které se vzájemně ovlivňují. Jedná se o sociální interakci, komunikaci a představivost (Beyer, Gammeltoft, 2006). Tyto základní prvky jakožto jednotlivé kategorie v sobě skrývají velký potenciál. Budeme-li hledat v literatuře, najdeme nezměrné množství her pro děti s PAS a AS. Je důležité hru vnímat jako prostředek, kterým máme možnost předávat dítěti nové dovednosti.

Ergoterapie a práce se specifickými zájmy pacientů

Je nutné si uvědomit, že současný svět technologií přináší osobám s AS nebyvalý potenciál k uplatnění jejich nadání a schopností. Díky nim je možné pacienty motivovat (Olson et al., 2013), dítě na základě svého zájmu bude více komunikovat a udrží pozornost (Griffin, Sandler, 2012). Nebo je lze využít během terapie obdobně jako ve výše zmíněném textu autora Kit Hung Tse.

Možnost ergoterapeutické intervence spatřujeme především v možnosti využití jejich zájmu při výběru budoucího povolání a při nácviku potřebných schopností, ale i při výběru volnočasových aktivit. Zájmy jsou velmi podstatné pro motivaci pacienta k terapii.

Pro správně zvolenou volnočasovou aktivitu je základem správně vyhodnotit schopnosti dítěte a možnosti prostředí. Dle Richman (2006) je možné přizpůsobit jakoukoliv hru schopnostem dítěte a možnostem prostředí. Proto by měl být i výběr volnočasových aktivit nedílnou součástí ergoterapeutické intervence u dětí s AS.

1.6.4. Ergoterapie a motorika u lidí s Aspergerovým syndromem

Děti s AS vykazují často nedostatky v oblasti motoriky, proto se svému okolí jeví nešikovně. Obtíže mohou mít s jemnými a cílenými pohyby, koordinací a rovnováhou, což může značně ovlivňovat jejich provádění ADL (Olson et al., 2013). Jejich neobratnost může vznikat i díky nedostatečnému používání rukou kvůli nezájmu, slabosti či citlivosti na určité materiály. V reakci na to dochází k oslabení svalů ruky (Jacobs, Betts, 2013). Součástí ergoterapie je rozvíjení hrubé, ale hlavně jemné motoriky.

Hrubá motorika

Ergoterapie může přispět ke zlepšení koordinace pohybu pomocí her, které zahrnují manipulaci s míčem (Griffin, Sandler, 2012). Cvičení na zlepšení rovnováhy zahrnuje aktivity na různě měkkých površích a vytvoření například různě širokého chodníku na tréninku balancování.

Jemná motorika

Zahrnuje statické a dynamické úchopy a grafomotoriku. Ergoterapeut na základě vyšetření hodnotí provedení samotného úchopu, koordinaci, sílu a rychlost úchopu. U dětí je důležité zhodnotit vývoj jemné motoriky a lateralitu (Krivošíková, 2011). Nácvik správných úchopů je doménou práce ergoterapeuta. Ergoterapeut se věnuje správnému nacvičení fází úchopu a trénování probíhá od začátku formou praktického nácviku, dle funkční úrovně pacienta. Do jemné motoriky patří i grafomotorika, která činí dětem s PAS často potíže (viz Příloha č. 3.). Ergoterapeut nabízí možnosti, jak rozvíjet grafomotoriku vhodnými cviky, a instruuje o správném úchopu psacích potřeb. Při

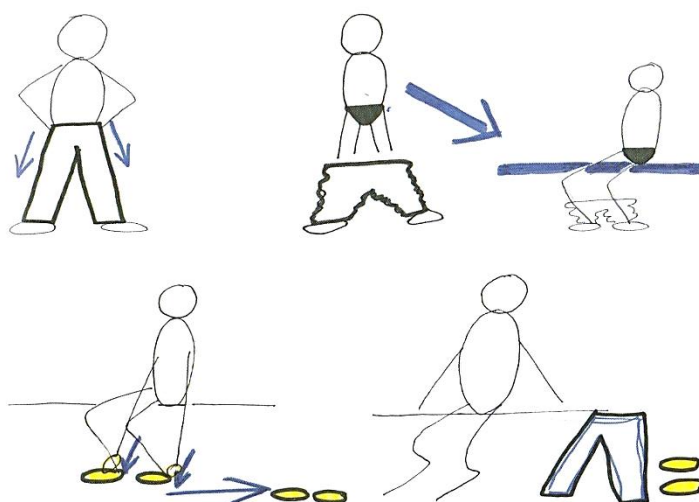
nácviku grafomotoriky se nabízí možnost využití asistivních technologií, které umožňují trénink psaní na tabletu.

1.6.5. Ergoterapie a všední denní činnosti

V jedné studii se autoři zaměřili na vyzpovídání osmi ergoterapeutů, kteří mají zkušenosti s prací s pacienty s AS. Závěrem studie byla skutečnost, že pacienti mají značné schopnosti k tomu, aby zvládali ADL, jen mají problémy správně určit kdy, kde a proč je využít. Další z obtíží, které komplikují vhodné provádění ADL, je jejich hypo- a hypersensitivita na zrakové, sluchové a dotekové stimuly. (Olson et al., 2013)

K nácviku ADL může ergoterapeut využít analýzu činnosti a na základě toho stanovit ergoterapeutický plán. Na základě analýzy komponentů činnosti lze využít metody, jako je přímé a zpětné řetězení, dokud nedojde ke generalizaci dané dovednosti. (Richman, 2006)

V této oblasti nabízí ergoterapie pro jedince s AS ještě mnoho dalších možností, například pomáhá s nácvikem oblékání, viz Kazuistika. Ergoterapie může nadále pomoci v logickém naplánování struktury dne, kde je každá aktivita naplánována na přesně dané časové úseky, jelikož mnozí lidé s AS mají velké obtíže se smysluplným časovým rozložením činností. Velkou pomocí pro pacienta může být pevně sestavený režim dne, který ukončí jejich nejistotu a jednoznačně vymezí, od kdy do kdy mají dané činnosti provádět. Ke stanovení denního režimu mohou být nápomocná procesuální schémata, viz Obrázek 1.6.1, která naznačují jednotlivé kroky některé činnosti z ADL. (Straussová, Knotková, 2011)



Obrázek 0.1. Procesuální schéma svlékání (Převzato z knihy *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra* (Straussová, Knotková, 2011, s. 109))

Při nácviu je nutné myslet na specifika úkonu, jelikož jedinci s AS nedokážou posoudit, kdy už je něco dostačující (Olson et al., 2013). Například při čištění zubů řekneme, že má vykonat pohyb kartáčkem tam a zpět čtyřicetkrát po obou stranách zubů. Tato instrukce je pro něj mnohem přístupnější než „Vyčisti si zuby“.

1.6.6. Ergoterapie a sociální dovednosti u lidí s Aspergerovým syndromem

„Společenská pravidla jsou většinou nepsaná, komplexní, stále se měnící a ovlivňují většinu oblasti sociálních interakcí“ (Patrick, 2005).

Jakékoliv změny v sociálním chování jsou náročné, ale jsou možné. Autoři žijící s autismem ve své knize popisují, že společenské chování a získávání sociálních dovedností je průběžný proces. Neexistuje žádný přesný postup, ale lze se naučit základní pravidla. (Grandin, Barron, 2005)

Kestenbaum (2008, str. 288) uvádí autentický příběh, kdy se muž s AS učil sociální dovednosti na individuálních terapiích. Jednou zavolaal své terapeutce, když byla v divadle. Další den jí řekl: *„Omlouvám se, že jsem Vás vyrušil.“* Ona se ho zeptala: *„Vážně tě to mrzí?“* On odpověděl: *„Vlastně ne, ale vím, že se to má takhle říkat.“*

Tréninkem je možné člověka s AS naučit vhodné reakce na nastalé sociální situace, které se stanou přirozenou součástí jejich osobnosti. Pacientovi to může usnadnit jeho existenci ve světě, který není vždy chápavým prostředím.

Jedním z rámců vztahů, které ergoterapie využívá, je behaviorální terapie, která se ve svém základu zaměřuje na nácvik nových dovedností, jako jsou sociální dovednosti, a nácvik komunikačních dovedností. Základem této metody je co nejlépe vysvětlit sociální situaci a pak ji modelově sehrát a utvořit na jejím podkladě závěry, ke kterým lze nejlépe dojít s dopomocí ergoterapeuta. (Krivošíková, 2011)

Na základě symptomatologie, viz Kapitola 1.5.1., se ergoterapeutovi nabízí široké spektrum možností, jak provádět nácvik sociálních dovedností. Návrh obecné struktury pro nácvik dovedností najdete v Příloze č. 4.

Terapie mohou být také založené na nácviku konverzace, viz Kazuistika. Dále mají děti s AS problémy s vyjadřováním emocí (Attwood, 2005). K hodnocení emocí, nálady apod. lze využít hodnotící škály, více viz Příloha č. 5, nebo úkoly na poznávání emocí druhých, viz Příloha č. 8. Pacient si může vést deník, kam si zapisuje svůj den, a poté ho na terapii konzultuje. Dotyčný si zapisuje plus body za zvládnuté situace a minus body za ty, které se tolik nevydařily.

K nácviku sociálních dovedností lze použít i Metodu Semafor, viz Příloha č. 6, nebo se často využívá přehrávání modelových situací.

1.6.7. Ergoterapie a kognitivní funkce u lidí s Aspergerovým syndromem

Jako velmi účinný nástroj pro nácvik sociálních dovedností se užívá u pacientů s AS kognitivně behaviorální terapie (KBT). KBT je zaměřena na nácvik sebekontroly a seberegulace během nastalých situací a zvládnání z nich pramenícího stresu (Krivošíková, 2011). Dále se zaměřuje na pozměnění hůře přizpůsobitelného myšlení, neboť smýšlení osob s autismem může být v určitých ohledech velmi rigidní. Lidé s AS mají velmi nízkou úroveň sebereflexe a sebeuvědomění. Nedokážou myslet v souvislostech svého jednání, protože jim jsou společenské konvence cizí (Alladin, Holloway, 2015).

U těžší symptomatologie můžeme k reciproční komunikaci vytvořit komunikační tabulky či celé knihy z komunikačních karet. Některé děti mají problémy s osvojením základní struktury vět. Existují různé pomůcky, které pomáhají dítěti vytvořit věty. Většinou jsou na barevných kartách zdůrazněny otázky: Kdo?, Co dělá?, Kde?, a k nim je přiřazen obrázek nějaké činnosti. (Straussová, Knotková, 2011)

1.6.8. Podporované zaměstnávání pro lidi s Aspergerovým syndromem

Na základě zákona č. 435/2004 Sb. (zákon o zaměstnanosti) je zaměstnavatel povinen zaměstnávat osoby se zdravotním handicapem. Podporované zaměstnávání je časově omezená služba. Hlavním smyslem je uvést pracovní příležitosti do rovnováhy lidem, kteří jsou na základě zdravotního handicapu znevýhodněni na otevřeném trhu práce. Nabízí šanci na trhu práce získat a udržet zaměstnání, které odpovídá jejich schopnostem a zájmu.

Lidé s AS se obvykle vyznačují jako osoby s dobrým intelektem, ale brzdí je potíže v komunikaci a sociálním chování. Problémy se mohou týkat psaní životopisu, telefonování a pohovoru. Zaměstnavatele odrazují nevhodné otázky, nedodržování osobního prostoru a vyhýbání se očnímu kontaktu. Přitom lidé s AS mají mnoho pozitivních pracovních vlastností, které tvoří základ pro odvádění kvalitní práce. Jsou velmi důkladní, dodržují pokyny, dbají na detaily a při dobré motivaci jsou extrémně výkonní. Jistou výhodou je i to, že jsou obvykle spokojeni při provádění rutinních činností v zaměstnání. (Vitáková, 2005)

V předpracovní rehabilitaci má ergoterapeut velmi důležitou roli – pomáhá pacientům v nácviu dovedností, které využijí v budoucím zaměstnání. Při nácviu nějaké konkrétní pracovní dovednosti je žádoucí danou aktivitu předvést a s pacientem zapracovat na tom, aby chápal, jaká konvence či společenská situace si žádá dané jednání. Prováděním modelových situací si mohou vytvořit návod, jak zvládat nepříjemné sociální situace, jako je pozdravení někoho v práci, telefonování nebo vedení rozhovoru. Při terapii je žádoucí na začátku nastolit fixní strukturu, jelikož předvídatelnost přináší lidem s AS jistotu. V tom nám pomůže vytvoření přehledných formulářů, kde jsou popsány například pracovní postupy.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Cíl praktické části

Cílem praktické části je ukázat konkrétní příklad z praxe, kdy hraje důležitou roli ergoterapie u jedince s poruchou autistického spektra, v tomto případě u chlapce s diagnostikovaným AS. Dalším cílem je ukázat neobyčejnou formu kazuistiky s ergoterapeutickými prvky na základě znalostí obecné charakteristiky symptomatologie.

2.2. Metodologie

Praktická část bakalářské práce se skládá z podrobné kazuistiky jedenáctiletého chlapce M. Kazuistika neboli případová studie je ucelená a podrobná studie jedné osoby. Kazuistika má obvykle následující strukturu: anamnéza, katamnéza (popis), analýza interpretace, diskuze a závěr (Kutnohorská, 2009). Miovský (2006) uvádí, že existují tři základní typy kazuistik: jednopřípadová studie, případová studie zahrnující komplexnější systém a případová studie životního příběhu.

Pro potřeby práce byla zvolena jednopřípadová studie. Jedná se o celkový obraz jedné osoby v co nejkompexnějším uceleném pohledu. Kazuistika zahrnuje různá relevantní vyšetření pacienta, na jejichž podkladě jsou vyvozovány závěry v rámci komplexnosti všech nashromážděných dat.

Pro kazuistiku jsem našla pacienta prostřednictvím facebookové skupiny Ergoterapeuti z České republiky, kam jsem napsala, jestli někdo nemá zkušenosti s prací s pacienty s AS. Na můj příspěvek zareagovala jedna ergoterapeutka (matka mého pacienta). Spojení matky a ergoterapeutky v jedné osobě pro mě bylo velmi neočekávanou situací. Jako ergoterapeutka a zároveň matka měla možnost v každodenních situacích hodnotit a ovlivňovat svého syna. Na základě toho jsem se rozhodla, že i přes velkou vzdálenost mezi mnou a pacientem vytvořím kazuistiku tohoto pacienta.

Pro vypracování kazuistiky jsem strávila ve městě jeho bydliště 3 dny, během nichž jsem provedla rozhovor s matkou, vyšetření a následující dny dvakrát terapii. Poté odjeli na měsíc do lázní, a tak jsem předala ergoterapeutický plán jeho matce, aby zkusila v terapii pokračovat. Od té doby s ní udržuji kontakt a v létě přijedou oni za mnou.

Hlavním důvodem, proč jsem si vybrala vypracování jen jedné kazuistiky, bylo to, že mým cílem nebylo dokázat úspěšnost terapie u vybraných osob s AS, ale znázornit

na jedné dopodrobna popsané kazuistice, jak by mohla vypadat spolupráce ergoterapeuta a člověka s AS.

Ve spolupráci s ergoterapeutkou/matkou proběhl úvodní semistrukturovaný rozhovor. Bližší popis průběhu a důvodu rozhovoru je uveden v kapitole 2.4. Posléze proběhlo vyšetření, aby bylo možné důkladněji odhalit silné a slabé stránky pacienta, stanovit terapeutické cíle a vytvořit krátkodobé/dlouhodobé ergoterapeutické plány „šité na míru“.

Na začátku proběhl výše zmíněný rozhovor s matkou pacienta. Kladené otázky se týkaly průběhu těhotenství a porodu, vývoje dítěte, prvních příznaků onemocnění, odhalení onemocnění, reakcí a pocitů matky a rodiny po zjištění nemoci, specifické projevy AS u dítěte, hlavních problémových oblastí dle matky, jeho vztahu a chování k rodinným příslušníkům a ke spolužákům ve škole. Dále se otázky týkaly současné rehabilitace, školní docházky a zájmů. Zjistila a vyšetřila jsem míru soběstačnosti ve všedních denních činnostech.

Následovalo orientační vyšetření pohybových dovedností (jemná, hrubá motorika a koordinace pohybu), vyšetření úrovně kognitivních funkcí (pozornost, paměť, komunikace verbální i neverbální, emocionalita) a sociálních dovedností dítěte. Některé položky můžeme zjistit z rozhovoru a přímého pozorování dítěte. Sociální chování je možné monitorovat už při pozorování. Důležité je sledovat intenzitu očního kontaktu, mimiku obličeje, řeč těla a v neposlední řadě zmínky o kamarádech. Sběr dat trval dohromady 6 hodin.

V průběhu první terapie se potvrdilo, že některé položky není potřeba dopodrobna vyšetřovat, protože můj pacient má vysoce funkční autismus. To znamená, že má intelekt vyššího průměru a nemá žádný větší motorický deficit. Položky, které jsem považovala za důležité vyšetřit, byly: grafomotorika, aktivity všedních denních činností, sociální interakce a behaviorální složky osobnosti jedince na terapiích.

Jako prostředek pro vyšetření grafomotoriky byl využit list k tréninku grafomotoriky, viz Příloha č. 3 (opakované překreslení útvaru v řadě). Pro vyšetření kognitivních funkcí jsem chtěla využít MoCa test, který jsem si vybrala primárně kvůli testu hodin, jinak se neosvědčil jako dostatečně citlivý test pro chlapce, který má intelekt vyššího průměru. Při vyšetření jsem často vycházela z rozhovoru s matkou a ověřila to pozorováním a rozhovorem s chlapcem.

Další vyšetřovanou složkou byly sociální dovednosti. Ty z části pokrýl screeningový dotazník, další část byla doplněna jak z rozhovoru s matkou, tak postupným pozorováním a komunikací s chlapcem.

Během vyšetření jsem použila screeningový dotazník Australského hodnocení Aspergerova syndromu (A.S.A.S) od autorů Garneta a Attwooda, který obsahuje 6 screeningových oblastí (sociální a emoční schopnosti, komunikační dovednosti, kognitivní dovednosti, specifické zájmy, pohybové schopnosti, další charakteristiky). Dohromady se skládá z 24 otázek a z několika otázek ve specifické části. V dotazníku se hodnotí míra výskytu různých příznaků na škále od nuly do šesti, kde šest je častý výskyt a nula je výskyt zřídka.

Další metodou, kterou jsem použila, je česká screeningová metoda DACH-R Dětské autistické chování (Thorová, 2003; Šporclová, 2015), která je ve formě jednoduchého dotazníku a skládá se ze 74 otázek. Dotazy DACH-R jsou cílené na oblast smyslového vnímání, verbální a neverbální komunikace, sociálního chování, motoriky, emotivity, hry a na způsob trávení volného času, dále pak na problémové chování a schopnost adaptace. Každé tvrzení se hodnotí na škále souhlasí – nesouhlasí – nemohu posoudit. Vyhodnocení se poté vytváří z odpovědí, v nichž bylo zvoleno hodnocení souhlasí/nesouhlasí. Odpovědi „nemohu posoudit“ se nepočítají do celkového skóre.

Jako příklad otázek z dotazníku lze uvést následující: „*Dítě dokáže trávit hodně času o samotě, zabaví se vlastní hrou, netouží po společnosti*“ nebo „*Dítě je fascinováno určitými zrakovými podněty, jako jsou například světla, stíny, hrany předmětů či třpytivé věci, a vydrží je dlouze pozorovat*“ – odpověď je souhlasí/nesouhlasí/nedokážu posoudit. Dotazníky vyplňovala pacientova matka.

Další screeningové dotazníky a testy, které nebyly využity během vyšetření pacienta, ale je dobré je pro přehled zmínit, jsou uvedeny v Příloze č. 7.

Dle výsledků screeningových dotazníků a vyšetření jsem vytvořila terapeutický plán se zaměřením na konkrétní problémové oblasti dítěte. Terapie byly zaměřené hlavně na nácvik sociálních dovedností (komunikace neverbální/verbální, rozeznávání emocí) a soběstačnost.

Pro terapii jsem vytvořila terapeutické pomůcky (cedulky/ kartičky, které sloužily jako vizuální pomoc) zaměřené například na trénink sociálních dovedností či poznávání emocí druhých. Pro poznávání emocí druhých byly vytvořeny karty s různými větami,

kteře vyjadřují nějakou emoci. Pacient musel k větám přiřadit konkrétní emoci uvedenou na druhých kartičkách (viz Příloha č. 8).

Při tréninku oblékání se zase osvědčily karty vytvořené z fotek různého typu oblečení pacienta (viz Příloha č. 9). Ke kartám označujícím roční období musel pacient přiřadit vhodné kusy oblečení znázorněného na fotkách a rozhodnout se, které by bylo vhodné si obléct. To mělo pomoci ke zlepšení odhadu toho, co si vzít na sebe. Kromě karet pomohlo prokonzultování postupu na základě obecné struktury (viz Příloha č. 4).

V nácviku sociálních dovedností jsme hráli role, resp. modelové situace, které měly pomáhat v nácviku konverzací se spolužáky. Pacient dostal popis se základními informacemi a zájmy fiktivního konverzačního partnera, jehož roli jsem ztvárnila já. Pacient musel iniciovat a udržet v běhu konverzaci na základě informací, které o mém fiktivním charakteru dostal.

V další praktické části následuje přepis rozhovoru s matkou, kterým byl zahájen sběr dat. Na konci rozhovoru matka mého pacienta vyplnila screeningové dotazníky, které byly hned po rozhovoru vyhodnoceny. Poté následovala kazuistika, pro kterou byly čerpány informace z obou předešlých zdrojů.

2.3. Rozhovor s matkou

Pro rozšíření a prohloubení získaných informací v rámci sběru dat ke kazuistice byl proveden rozhovor s matkou 11letého chlapce s AS. Otázky se týkaly života s dítětem s AS.

„Rozhovor je strukturovaná konverzace, kterou ergoterapeut získává vzhled do pacientova světa.“ (Krivošíková, 2009, s. 145)

Ferjenčík (2000) dělí rozhovory na standardizované, částečně standardizované (semistrukturované) a volné. Pro účely zjištění co největšího množství informací a eventuální volnosti v dalším dotazování se matky byl zvolen částečně standardizovaný rozhovor, který se vyznačuje jasným cílem a oblastmi, kterých se budou týkat otázky, ale umožňuje reformulaci dotazu a doptávání se.

Předem připravené struktury odpovídají číslované dotazy, nečíslované dotazy byly v tu chvíli dodatečně doplněny. Otázky se snažily zmapovat oblasti od porodu až po současnost. Odpovědi byly přímo zapisovány, jedná se o přímý přepis odpovědi z důvodu zachování autentičnosti.

1. Kolik let je vašemu synovi? Je to vaše nejmladší dítě? Kolik má sourozenců, jak jsou staří?

Ano, je nejmladší ze tří dětí. Je mu 11 let. Narodil se na začátku února v roce 2006. Má 2 starší bratry.

2. Když si vzpomenete na porod, nastaly tehdy nějaké komplikace?

Měla jsem rizikové těhotenství z důvodu hemofilie, ale samotný porod proběhl bez komplikací.

3. Měl opožděný motorický vývoj? Kdy udělal první kroky?

Jemná motorika, úchopy se vyvinuly normálně bez problémů, stejně tak i hrubá motorika. Chodit začal jako každé dítě, kolem jednoho roku.

4. Měl opožděný vývoj řeči?

Ne, naopak ve 3 letech měl už velmi kvalitně vyvinutou řeč a mluvil plynule v celých větách.

5. Měl nějaké zvláštní zájmy? Např. hračky, opakující se činnosti?

Nic z toho neměl. Vzal si autíčko, pokaždé jiné, a hrál si s ním úplně v klidu.

6. Věděla byste, kdy jste si poprvé všimla, že je něco jinak? Jak to začalo?

Když byl malý, tak jsem si říkala, že takové dítě by chtěl každý. Neplakal a hezky spal. V pozdějším věku si hrál v klidu sám, takže první vážný podnět přišel ze školy. On byl vždycky mazal, tulil se k cizím lidem, což v nízkém věku nikomu nepřišlo divné, ale ve třetí třídě už to začalo lidem okolo vadit.

7. Kdy byl u něj definitivně diagnostikován AS?

Když byl ve 4. třídě.

8. Jak jste se cítila, když jste se dozvěděla, že Váš syn má AS?

Upřímně nijak mě to nepřekvapilo, víceméně jsem to předvíдалa. Máme v rodině staršího syna, který má ADHD, tak mne to tolik nezasáhlo. Naopak se mi trochu ulevilo, protože nám často ve škole vyčítali, že jsme špatní rodiče.

9. Jak jste to prožívali jako rodina?

Manžel měl dlouhou dobu tendenci synovu diagnózu popírat, tak jsem se snažila poukázat na všechny aspekty AS, které M. měl. Takhle nakonec připustil, že náš syn má AS. Dokonce si myslím, že je dost pravděpodobné, že má AS i manžel, protože si pamatuje SPZ aut, rovná všechny svoje věci do úhledných řad, a když jsme spolu začali chodit, tak neměl moc rád držení za ruce, a ještě jsem postupně odhalila několik dalších projevů.

10. Jsou nějaké problémy s jeho diagnózou v širší rodině?

Největší problémy jsou s dědečkem a s babičkou. Oba dva vědí, že syn má AS, ale neumí s tím tolik pracovat. A bohužel nechápou, že skutečně existují věci, které M. dělá a necítí je jako nevhodné. Například mluví u jídla a mluví furt a děda s tím má problémy, že by to kluk měl vědět, že se u jídla nemluví. To je bohužel často mezi námi příčinou konfliktu. Mého syna to nijak nezasáhlo, dokud děda jednou neřekl, že sestřenici týrá. To bylo poprvé, že ho některá z výtek prarodičů zasáhla. M. cítil největší křivdu v tom, že z jeho pohledu děda lhal, protože on nikoho netýral.

Babička třeba kupuje věci, které on nejlí. Babička se urazí, když řekne, že mu to nechutná, on tedy pokaždé musí poděkovat a nesmí to říkat narovinu. Na druhou stranu už se toho doopravdy hodně naučil, jak mluvit a jednat. Stále má poněkud problémy se svojí upřímností, někdy nevyčítá přesně hranici toho, co může a nemůže říkat.

11. Věděla jste tehdy, kam se obrátit pro pomoc, nebo jste čerpala informace z literatury?

Velmi mi pomohla paní psychologka ze sdružení Adam, a právě ona mi doporučila, kde hledat. Čerpala jsem hlavně z internetu, také z některých knih, které popisovaly především životní příběhy lidí s AS, a z různých příruček.

12. Dochází Váš syn do sdružení?

Ano, chodí tam do klubu dětí s autismem na skupinové terapie, plus má individuální terapie s psychologem dvakrát do měsíce. Dochází taky na kybernetický kroužek na fakultu elektro-informatiky, je to další kroužek od sdružení Adam.

Baví ho to?

Ano, velmi, když nemají nějakou rozepři se staršími.

Proč mají ty rozepře?

Starší machrují, dělají randál a to M. ruší, on by chtěl dávat pozor a mít klid.

13. Věnuje se nějakému sportu, když je motoricky zdatný?

Dřív chodil hrát hokej, dokud jsem s ním jezdila, tak nebyl problém. Bylo to pro něj moc dobré, měl tam pár kluků, kteří v tom prostě byli s ním. Po čase ale trenér řekl, že ho tam nechce. To mě strašně mrzí, protože už se nepohybuje.

Sporty jsou většinou kolektivní, takže za chvíli toho nechá. Jeho nadšení vždy trvá jen chvíli.

14. S jakými těžkostmi se potkáváte jako matka dítěte s AS?

Největší těžkostí je pro mě v současné době škola a její prostředí. Především máme problém s některými učiteli. Silně se také u něj projevuje touha po tom mít kamarády. Je schopen pro ně udělat cokoli. Bohužel to většinou vede k tomu, že se velmi snadno nechá zneužít, jen aby se ostatním dětem zavděčil. Tím pádem se ale dostává do potíží.

15. Takže je ve škole šikanován?

Ano, je, psychicky. Děti mají tendenci zneužívat jeho handicapu a zoufalé touhy po přátelích, a tak ho snadno přesvědčí k tomu, aby něco provedl.

16. Chodí do běžné základní školy?

Ano, chodí do matematické třídy, kde mu pomáhá sdílený asistent.

17. Je pravdivý výrok, že rodiny s autistickým dítětem prožívají neobyčejně velký stres?

Stres prožíváme ve spojení se školou. Komunikace v první třídě s učitelkou byla v pořádku. Ve 4. třídě už ale skoro furt dostával poznámky, a to nás všechny stresovalo. M. neměl obavy z poznámek, ale spíš se obával toho, že se to bude doma řešit. Nakonec už učitelé nacházeli jakoukoliv příležitost, aby mu dali poznámku.

Ale z jakého důvodu? Zlobí ve škole?

Ano, ale nebylo tomu vždycky tak. Ve školce a první třídě s ním nebyly problémy. Od 3. třídy má problémy se sociabilitou, vyrušováním při výuce, nerespektováním autorit. Teď je v 6. třídě, známky má dobré, ovšem je snížena jeho pozornost. Vyrušuje a chová se příliš familiárně k dospělým. S ostatními dětmi si tolik nehraje a oni s ním nechtějí sedět.

Nezlepšilo se to přece jenom trochu od 3. třídy?

Ano, částečně. V páté třídě se to zlepšilo, protože dostal asistenta a tím se snížil tlak na učitele i na M., takže je to lepší. Spolupracuje s psychologem, ale je furt často ve škole předmětem debat učitelů a škola často uvažuje o tom, že ho vyloučí z matematické třídy.

18. V jakých oblastech vnímáte největší potíže, se kterými se denně potkává?

V oblasti porozumění. Taky mě hodně mrzí, že nemá kamarády. Říká, že je má, ale jejich jména nikdy neprozradí. Vždycky se snaží děti kolem vést k tomu, aby ho chápaly, ale ostatní děti o to nestojí, takže jsou kvůli tomu na něj nepříjemné, on je začne urážet, a už to celé nefunguje. Občas je taky problém v tom, že si ze všeho dělá legraci.

V současné chvíli má zakázaný počítač, ale samozřejmě to zkusí a dokáže být velmi vynalézavý. Povedlo se mu vymyslet moje heslo do počítače, a když jsem nebyla doma, tak na něj chodil. Když jsem heslo změnila, povedlo se mu to znovu. Tak jsem nakonec byla nucena počítač schovat do sklepa, kam moc nechodí. Uvidíme, jak dlouho to vydrží.

Převrátí vše k obrazu svému. Moc dobře ví, že nesmí jíst v pokojíčku, ale když kolem mne jednou projde s jídlem a nevšimnu si toho, tak to bere tak, že jsem nic neřekla, takže jsem mu to dovolila. A příště, když to zkusí a já si toho všimnu, tak argumentuje tím, že jsem mu to minule dovolila. Soustavně nachází metody, jak obcházet systém, a jde mu to velmi dobře a jeho nadprůměrný intelekt ničemu nepomáhá.

Z čeho přesně si dělá legraci – ze situace nebo z lidí?

No, to je složitější, tak ze všeho trochu, ale nikdy to nemyslí zle.

19. Je si váš syn vědom svých potíží? Pociťuje to, že je jiný? Mluvíte s ním o tom?

O své diagnóze ví, pravidelně dochází na skupinové terapie do sdružení Adam. Samozřejmě sám vnímá, že je jiný, a my se mu snažíme říkat, že je jedinečný a dokáže v něčem vynikat i se svojí diagnózou. Snažíme se, ale je pravda, že nějaké věci nechápe. Největší potíže mu dělá vnímat, že když něco řekne, tak si to může někdo jiný vyložit jinak, než si to on myslí. Občas se ho člověk musí doptávat, aby se dopídil smyslu. Pokud se někdo nedoptává, tak to bere tak, že to všichni pochopili. A z toho často vznikají nedorozumění a on to potom převede do ironie. Protože neví, jestli si z něj neděláme legraci, když se doptáváme.

20. Bývá naštvaný?

To ani tolik ne, ale urazí se, když se mu řekneme, že to, co říká, nechápeme.

21. Zahrnujete ho do domácí práce?

Ano, M. má na starosti myčku a nemá to rád. Všichni máme doma velkou souhrnnou tabulku, do které se zapisuje kdo, co a kdy udělal, kluci mají povolené pětkrát za měsíc nesplnit úkol. Když je to víc než pětkrát, tak nedostanou kapesné.

Co si kupuje z kapesného?

Chtěl si šetřit na počítač, ale nemá úplně představu o hodnotě peněz a kupuje si místo toho brambůrky.

22. Jsou situace, kdy se jeho potíže projevují víc? Změna prostředí, cizí lidi, náhlá změna nálady?

Když jsem s ním, tak je všechno v pohodě. Na cizí lidi si musí zvyknout a naučit se, jak má na ně reagovat. Jakmile zjistí, že mu někdo lže anebo mu někdo nevěří, tak už tam moc cest pro komunikaci není.

Jak zvládá změnu prostředí?

Adaptuje se velmi dobře na změnu prostředí, to mu vůbec nevadí. Jediné co, tak to místo potřebuje prošmejdit. Když jdeme na návštěvu, tak si to tam projde a poté se uklidní. Kdyby byl nějaký problém, tak ho uklidňuje tablet. Je schopný si přeinstalovat wi-fi jenom, aby měl lepší dosah.

23. Je samotář nebo spíš touží být ve společnosti?

Zkouší být společenský, ale když mu to nejde, lehne si někam s tabletem. Ve škole jsou přestávky krátké, takže když se to nepovede, po chvíli už začíná další hodina, takže tam na nic moc není čas.

24. Vyzvedáváte ho hned po výuce?

Ano, dřív chodil do družiny, ale už ne.

Proč tam přestal chodit?

Bylo to jeho přání, nechtěl chodit. Ale nevím proč, protože tam normálně chodil, předtím, než ho diagnostikovali.

25. Jak prožívá emoce? Dokáže je dát najevo či rozpoznat emoce na druhých?

Emoce druhých nerozpozná, učí se. Teď jsme to zrovna nedávno řešili, protože nám jeden pan učitel psal. M. to pochopil tak, že se pan učitel usmál a poté psal email, přitom pravděpodobně se jen zatvářil nějak a on si myslel, že se usmívá. Co se týče jeho emocí, tak letos jsme jeli na pobyt kvůli astmatu (což dost pravděpodobně je propojené se stresem z AS). Zatím co si pamatuji, tak měl největší emoční projev jednou na horách, kdy dostal astmatický záchvat a uviděl, že za 100 m jsme nahoře, křičel SVOBODAA!

Letos dostal počítač, ale neměl moc velký emoční projev.

Trpí depresemi? Objevují se nějaké tendence k sebepoškozování?

To bohužel nedokážu úplně posoudit. Prakticky s nikým nemluví, když má špatnou náladu. Naštěstí to nevydrží moc dlouho. Asi to může být i způsobené tím, že to s ním umíme.

26. Je pro vašeho syna důležité mít přesně daný začátek a konec aktivit?

Ano, jednou se stalo, že nám na túře probrečel téměř celý zbytek cesty, protože ostatní šli dál, než on čekal.

Má to podobně i s dodržováním denního režimu?

Vůbec, kdyby mohl, tak se neumyje, dá si rohlíky s máslem a nic víc k životu nepotřebuje.

27. Má problémy s hypersenzitivitou na dotek, zvuky apod.?

M. je trochu jako kočka, když on chce, je velice kontaktní, říká, že mě má rád. Když se chci tulin já, tak se většinou odtahuje. Prostě když on nechce, tak to nebude. Když byl malý, tak mu vadily ohňostroje, zacpal si uši a plakal. Dnes už je zvládá s přehledem, naučil se na ně dívat. Velmi špatně snáší vodu na těle, nejvíce mu vadí na rukách, ať má ruce znečištěné jakoukoliv tekutinou, tak je okamžitě otře do trika. Nesmí dostat ani mokrou sklenici, jinak si rovnou vezme jinou. Dále je velmi citlivý, respektive nesnášenlivý na chutě. Voda mu nechutná nikde jinde než doma. Zároveň mu vadí, když mu po jídle zůstává chuť jídla v puse, vše hned zapíjí vodou. Pije výhradně vodu. Když byl malý, nepil ani mléko z láhve.

Kolik jídel tedy reálně jí?

Jí vývar s tenkými nudlemi, restovaná jídla, palačinky (zásadně příborem), bramborové placky, toastový chleba a obecně bílé pečivo, tenký kuřecí řízek s bramborem, ale brambory nesmí být ani den staré. Když se ohřejí den staré brambory, tak to pozná a odmítá je jíst. Co se týče zmrzlin, tak jí pouze jahodového mrože, nic jiného.

Učíme ho si vše ochutnat, poté se může sám rozhodnout, jestli to bude jíst, nebo ne.

28. Má nějaké obtíže s prováděním všedních denních činností?

Dělá mu trochu obtíže mytí, proto jsem mu doma zavedla piktogramy toho, jak to bude postupovat, že umyjeme vlasy, ostříháme nehty apod. Po umytí má vlastní způsob utírání se ručníkem. Pouze ho na sebe přimáčkne, aby se mokrého těla nemusel dotknout rukou.

Má ještě nějaké jiné problémy v této oblasti?

Kdyby bylo na něm, chodil by celý život s botami na suchý zip. Digitální hodiny umí, analogové ne. Hodně jsme se s tím natrápili, ale prostě jeden den se to s ním člověk naučí a druhý den jakoby nic. U oblékání mu musíme nadiktovat, co vše si musí na sebe vzít. Pokaždé se mu to musí přesně říct. Musíme mu schovávat v zimě letní obuv, protože nechceme, aby v ní chodil. Už se několikrát stalo, že šel do školy bez bundy, prostě tu zimu nepocítuje. Má přímo vše nachystané a bohužel ani tak není jisté, že všechno, co mu nachystám, použije.

Problém je také to, že si nedokáže říct, co mu vadí. Vadily mu těsné kalhoty, ale nedokázal říct, že ho škrtí. Teď už má kalhoty spíše s gumou nebo se šňůrkou.

29. Jaká je nejlepší metoda motivace dítěte? Či naopak jakým způsobem se dá usměrnit?

Největší odměnou je počítač a peníze. To u něj nejde tolik přes city. To, že by někomu udělal radost, není pro něj taková motivace. Vážně bere především materiální svět. Co se týče krizí, tak v tu chvíli začne mít obtíže s dýcháním ze stresu. V tu chvíli ho chytím za ruce. Musí mu to člověk vysvětlit, proč daná situace vznikla. Musí se to s ním projít a uklidnit ho. Vysvětlit, proč to tak je a že je potřeba, aby s tím zabojoval a překonal to.

30. Aplikujete ergoterapii při výchově syna? Povedlo se propojit váš obor s AS?

Nevím, jestli je to intuitivní chování, nebo jestli v tom má slovo i můj obor. Netuším, jestli bych se chovala jinak, kdybych nebyla ergoterapeutka. To bohužel jako matka nedokážu posoudit.

2.4. Vyhodnocení screeningových testů

2.4.1. Dětské autistické chování (DACH-R)

V dotazníku DACH-R, který vyplňovala matka (viz Příloha č. 10), získal pacient 48 kladných odpovědí. Ve 4 otázkách nebyla zvolena žádná odpověď, dle pokynů na konci se mají nezodpovězené otázky pro přesnější výsledek odečítat od celku. Tudiž z celkových 74 otázek bylo odpovězeno na 70, z toho na 48 kladně. Při přepočtu na procenta jsme operovali s číslem 70, nikoliv 74. Při převedení na procenta vyšel výsledek 68 %. V závěrečné tabulce dotazníku je psáno, že AS odpovídají výsledky od 57 % výše, z čehož můžeme usuzovat, že pacient tuto hranici překonal, a tedy podle výsledku testu má AS.

2.4.2. Austrálské hodnocení Aspergerova syndromu (A.S.A.S)

Při vyšetřování byla dále užita škála A.S.A.S. Tu vyplňovala matka pacienta, neboť má ty nejlepší možné informace z každodenního kontaktu s chlapcem (vyplněný dotazník viz Příloha č. 11). Podle této škály, pokud dítě v některé otázce obdrží více než 2 body, můžeme mluvit o podezření na AS. Chlapec zde získal celkem 95 bodů a ve specifické oblasti získal 5 z 11 charakteristik pozitivních. Tento počet bodů a pozitiv jednoznačně poukazuje na AS.

2.5. Kazuistika

Věk: 11 let

Pohlaví: Muž

Dg.: Aspergerův syndrom s ADHD

Anamnéza

NO: Aspergerův syndrom, ADHD

OA: od 2 let časté angíny a záněty dýchacích cest a astma bronchiale, na jaře r. 2017 apendektomie, 7/2016 první vyšetření kvůli podezření pro ADHD a AS, motorická tiková porucha v obličeji v ústupu

RA: matka zdravá, otec se léčí s hypertenzí a astmatem; bratr (22) inzulin dependentní diabetes mellitus, hemofilie; druhý bratr (17) ADHD

SA: vztahy v rodině jsou harmonické, rodina žije ve společném bytě 4 +1, pacient sdílí jeden pokoj se svým bratrem

ŠA: mateřská školka: od 3 let, základní škola: v 6 letech nástup do 1. třídy, teď je v 6. matematické třídě

AA: prach, pyly, roztoče

FA: Strattera

Rehabilitace: dochází do dětského klubu ve sdružení Adam, kde chodí na skupinové terapie a na individuální hodiny s psychologem

Zájmy: kybernetika: tvoří animace a hraje hry na počítači, elektronické stavebnice, hlavolamy, křížovky

Cíle z hlediska matky: navázání kontaktu se spolužáky

Cíle z hlediska pacienta: pacient žádný konkrétní cíl neuváděl (zatím je zde patrná fixace a spoléhání se na matku)

ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

Aspekce

-aspekce postavy zepředu: obličej symetrický, postavení klíčních kostí je symetrické, horní končetina bez známek kožních defektů

-aspekce postavy zezadu: pravé rameno níž než levé cca o 5 cm, thorakobrachiální trojúhelníky jsou symetrické

-aspekce postavy z boku: protrakce ramen, předsun hlavy, lopatky lehce odstávají, břišní svalstvo lehce ochablé, zakřivení páteře zvětšeno (bederní lordóza) Viz Příloha č. 12, ve které jsou obrázky pacienta.

Palpace

Palpaci vzhledem k jeho hypersenzitivitě na doteky nebylo možné provést.

Senzomotorické funkce

dominance: pravá horní končetina

čítí: normostézie povrchového i hlubokého čítí

rozsah pohybů horních končetin: aktivní pohyby na horních končetinách jsou v plném rozsahu ve všech kloubech, bez patologického nálezu

svalová síla stisku ruky: vyšetřeno orientačně, přiměřená na obou horních končetinách

svalový tonus: bez patologického nálezu

jemná motorika: statické i dynamické úchopy jsou funkční kromě nesprávného tužkového úchopu (křečovitě držení), uzavřený thenarový prostor při psaní

-grafomotorika: písemný projev je chaotický, píše v různě velkých čtvercích (viz Příloha č. 13). Když má možnost, píše velkými tiskacími písmeny (viz Příloha č. 14). Sled jednotahových cvičení není precizní a kreslení sledu bylo velmi uspěchané (viz Příloha č. 3).

Soběstačnost:

personální ADL: Má specifický problém s oblékáním, a to s výběrem vhodného oblečení dle počasí. Musí se mu připomínat, co si má vzít na sebe, jinak se může stát, že odejde

nevhodně oblečený či bez bot. Jinak je pacient v provádění všech ostatních personálních všedních denních činností soběstačný.

Při hodnocení proběhla analýza činnosti oblékání a podle analýzy byly identifikovány hlavní kognitivní nároky této činnosti. Mezi hlavní problematické komponenty se řadí: plánování, pozornost (Viz Příloha č. 15).

instrumentální ADL: má obtíže s jízdou v dopravních prostředcích, jelikož se často ztratí. Při vaření zatím jen dopomáhá, léky nerad bere, a když není pod dohledem, tak je vyhazuje.

Kognitivní a psychosociální funkce

-Orientován v čase, místě a v osobách, psychomotorické tempo v normě.

-Pozornost: je zhoršená, má problémy se zpracováním čistě verbálních pokynů, u jedné činnosti nevydrží příliš dlouho.

-Paměť

Krátkodobá: má velmi dobrou krátkodobou paměť, zejména numerickou, je schopný si zapamatovat číselnou řadu až o 10 číslech

Dlouhodobá: na velmi dobré úrovni, obzvlášť numerická. Záleží na jeho motivaci, věci, které ho nezajímají, si nepamatuje, jako například domácí úkoly.

Kreslení lidské postavy

Nezahájil kreslení hlavou, ale tělem. Na obrázku je vidět člověk s čarou uprostřed obličeje. Má křivou pusou a vykulené oči. Pacient nechtěl lidskou postavu vybarvit. (Viz Příloha č. 16)

Výsledky z pozorování a rozhovoru dle sledovaných oblastí

-Senzitivita smyslů

Má chuťovou hypersenzitivitu na různá jídla a pití. Nejradyji má kuřecí řízek a jiná smažená jídla, jiné pokrmy nechce jíst. Má taktilní hypersenzitivitu na některé materiály (ručník), doteky a vodu. Například okamžitě ucítí, když má trochu vody pod nehtem a musí to okamžitě utřít. Když je na sklenici voda, vezme si jinou, která je suchá.

Sociální dovednosti

Když si s nějakým úkolem neví rady, tak si řekne o pomoc. Komentuje veškeré činnosti a vede monology na svá oblíbená témata. Zajímavé je zjištění, že navázat kontakt

na Skypu v rámci hry mu nedělá problém (nemusí udržovat oční kontakt a hraje si přitom, což odvádí jeho pozornost).

-Řeč: Monotónní, velmi rychlé tempo řeči a nízká práce s intonací. Mluví občas bez kontextu a mění slova kvůli rychlosti řeči.

-Verbální komunikace: Během konverzace se občas náhle zarazí a působí, jako kdyby nevěděl co říci. Má potíže v navázání a pokračování v rozhovoru. Není schopen určit, vymyslet téma, o kterém by se dalo konverzovat, tím pádem nedokáže udržet konverzaci v běhu.

-Neverbální komunikace: Oční kontakt moc často nenavazuje, spíš se dívá stranou. Nemá adekvátní reakci na vyprávění druhého člověka. Když mluví někdo jiný než on, má ten druhý pocit, že se nudí a neposlouchá.

-Emocionalita:

Činnosti provádí zbrkle. Když zlobí, při zpětném hodnocení si uvědomuje důsledky svého chování. Má vysokou potřebu se neustále ujišťovat. Často má tendence na sebe upozorňovat. Ať slyší smutnou či veselou příhodu, neprojevuje emoce, nijak to neprožívá. Emoce učitelů či terapeuta často není schopný rozpoznat.

Závěry z vyšetření

Dle vlastních slov má hodně kamarádů, což vzhledem ke skutečnosti znamená, že nemá úplný náhled na svoji situaci. Dle matky by se chtěl kamarádit, ale spolužáci ho spíše zneužívají. Sportoval, ale přestal, pravděpodobně kvůli tomu, že nevycházel s ostatními členy týmu. Z toho lze vyvozovat, že má potíže se začleněním se do kolektivu.

Doma se snaží pravidla respektovat, i když často vymýšlí taktiky, jak je obejít. Matka ho motivuje k domácím pracím, chlapec má na starosti vyklízení myčky. Když měsíčně splní daný počet vyklízených a naplněných myček, dostane kapesné. To je systém, který je založený na principu odměny a trestu. Slíbená odměna představuje motivaci. Jeho fixace na matku je zatím celkem velká.

Když není přesně stanoven začátek a konec nějaké činnosti, má úzkostlivé emoční reakce.

Ve škole udrží pozornost velmi slabě a zapomíná instrukce učitelů. To se již zlepšilo díky asistentovi, který mu byl ve škole přidělen.

Silné stránky: hrubá motorika, z jemné motoriky úchopy kromě tužkového, svalová síla stisku ruky, intelekt, paměť, znalost kybernetiky, sebereflexe

Slabé stránky: pozornost, grafomotorika a tužkový úchop, z personálních všedních denních činností postup oblékání a vhodný výběr oblečení, ze sociálních dovedností obtíže s iniciací a vedení konverzací, taktilní a chuťová hypersenzitivita, neflexibilita

Krátkodobé cíle:

1. Pacient zvládne za 2 terapie správně seřadit různé kusy oblečení podle ročních období a různého počasí.
2. Pacient zvládne za 2 terapie určit emoce ve cvičení Hádej co cítím o deset sekund rychleji než poprvé. Viz Příloha 8.

Krátkodobé plány:

ad 1) Charakteristika počasí podle venkovních podmínek. Charakteristika oblečení vzhledem k ročnímu období a počasí. Vyzkoušet grafickou aplikaci do mobilu či tabletu s aktuálním počasím.

ad 2.) Rozeznávání různých emotikonů poté přejít na lidské obličej a emoce. Videá s emočními projevy lidí mohou být velmi zábavná. Natočit různé emoční projevy na obličej terapeuta, maminky a pacienta a poté uhádnout, jaké emoce výrazy představují.

Dlouhodobé cíle:

1. Za 3 měsíce se pacient zvládne obléct třikrát po sobě vhodným způsobem dle aktuálního počasí.
2. Pacient za 5 měsíců zvládne udržet tok konverzace min. 3 minuty.

Dlouhodobé plány:

Ad 1) Naučit se postup oblékání podle obecné struktury nácviku dovedností (viz Příloha č. 4). Dle kartiček s jeho vyfoceným oblečením nachystat dle aktuálního počasí správný oděv a poté si ho vyndat ze skříně. Stupňovat aktivitu lze se zvýšením počtu karet a s náhlou změnou počasí. Nakonec by si musel vybrat sám bez pomoci karet a s ohledem na aktuální počasí.

ad 2) Nácvik obecných konverzačních témat. Trénink modelových situací, kdy se pacient učí navázat a udržovat konverzaci.

Návrh a provedení terapie

K provedení terapie jsem vytvořila několik terapeutických pomůcek. K nácviku oblékání jsem využila fotky oblečení pacienta (viz Příloha č. 13). Terapie probíhala s teoretickým cvičením na začátku a praktickou aplikací teoretických znalostí v druhé části terapie. Teoretická část zahrnovala charakteristiku různých typů počasí. Poté přišla charakteristika různých kusů oblečení s následným propojením počasí a oblečení. Podle toho jsme postupovali na terapii.

U tréninku sociálních dovedností je potřeba začít s rozeznáváním svých emocí a emocí druhých. K terapii je vhodné využít obrázky, videa a záznamy emocí terapeuta či pacienta. U tréninku modelových situací zaujme terapeut fiktivní roli a vede konverzaci s pacientem. Terapeut hraje různé postavy a tímto způsobem učí pacienta konverzovat. Pacient dostane jen pár základních informací o fiktivní osobě a má za úkol s ní navázat kontakt.

Autoterapie

Při zadání úkolu bylo usilováno o to, aby neměl pocit, že je to nějaký domácí úkol. Tím pádem jsem dávala spíše úkoly, které byly zábavné a o kterých jsem věděla, že by mohly pacienta zajímat natolik, aby si je doma vyhledal. Jednalo se většinou o úkoly typu „vyhledej jedno video, kde vidíš lidi se smát, plakat apod.“. Nebo „vyfoť 6 emocí ve tvé rodině“. Nebo dostal za úkol si dělat čárky podle toho, když měl pocit, že nějakou emoci rozpoznal.

Závěr kazuistiky

Pacient (11) má diagnostikovaný AS v kombinaci s ADHD. Úchopy jsou funkční, kromě tužkového. Grafomotorika je nepřesná. Paměť má velmi dobrou, ale pozornost má obvykle sníženou, obzvláště u věcí, které ho nezajímají. Pacient je částečně soběstačný v provádění všedních denních činností, tzn. že z personálních má obtíže s oblékáním, a to s výběrem vhodného oblečení v daném ročním období. Z instrumentálních má problémy hlavně s jízdou dopravním prostředkem a s určením hodnoty peněz. Největší obtíže má ovšem se sociálními dovednostmi. Pacient touží mít kamarády, ale je pro něj těžké iniciovat a vést rozhovor. Dále těžce rozeznává emoce jiných lidí. Má velmi chudou nonverbální komunikaci a na základě toho mu často lidé v okolí nerozumí.

Doporučení

Doporučuji nadále pokračovat v ergoterapii jednu hodinu týdně. Dále doporučuji nadále rozvíjet sociální dovednosti (hraní rolí) a schopnost poznávat emoce (rozeznávat emoce lidí z fotografií), protože pacient má potíže s některými projevy nonverbální komunikace. Také je vhodné zaměřit se i na grafomotoriku, a to i přes to, že pacientovi ve škole možná do budoucna schválně psaní na tabletu. Doporučuji nacvičit správný tužkový úchop; je žádoucí před nácvičkou grafomotoriky udělat cvičení na uvolnění zápěstí, poté si nacvičit správný úchop a přejít k tréninku na svislé velké ploše. Až po nacvičení výše uvedeného lze zvolit nácvik na papíru u vhodně upraveného pracovního stolu při dodržení vhodné ergonomie sedu. Doporučuji i nadále zahrnovat nácvik postupu oblékání do terapeutické jednotky s následným nacvičením v reálných situacích s využitím stupňování aktivity. Doporučuji také zavést nový systém uložení věcí do skříně. Je velmi důležité klientovi občas poskytnout verbální zpětnou vazbu. Je také důležité, aby byl při činnosti motivován.

Zhodnocení terapie

Pacient na terapiích spolupracoval, ale při terapii často vedl monology na téma počítačových her. Při tréninku komunikačních situací měl tendence se na sebe upozorňovat, kopal nohou do stolu a zvedal ho. Při tréninku konverzace má zvláštní návrhy. V situaci, kdy člověk řekne, že má rád vlaky, tak mu poví, ať si nastoupí do vlaku a jezdí ve spacím voze sem a tam. Nebo například když má nějaká dívka ráda angličtinu, chce navázat konverzaci rovnou v angličtině. Působil překvapeně a divil se, že to, co říká, je zvláštní.

Při provádění úkolů tužka-papír má velmi rychlé pracovní tempo a působí zbrkle a netrpělivě. Snaží se mít vše rychle hotové. Slovní upozornění, aby zpomalil, vyslechl.

Na terapii byl při výběru vhodných kusů oblečení na začátku lehce zmatený, ale velmi rychle se zorientoval, principiálně znal vhodné kombinace oblečení – počasí, ale aplikace pro reálnou situaci byla již problematická. Při vyhodnocení oblečení byl pacient nepozorný a zbrklý. Když byl správně motivovaný, pracoval velmi intenzivně. Emoce na papíře celkem rozeznával, ale když měl poznat emoce v obličejích, už to pro něj bylo těžší.

3. DISKUZE

Před zahájením práce proběhl sběr dat v rámci rešerše. Na základě provedeného sběru lze konstatovat, že existuje velké množství knih pojednávajících o autismus, ale málo z nich pojednává o autismu v propojení s ergoterapií. Bylo potřeba pročíst velké množství literatury, ze které byly čerpány části vhodné pro ergoterapeuta. První zmínky o ergoterapii se nacházely v anglické literatuře a na webových stránkách organizací věnujících se dané problematice. Cenným zdrojem článků a informací se staly portály jako například American Journal of Occupational Therapy.

Obsah odborných knih byl poněkud jednotvárný, občas jsem se nemohla zbavit dojmu, že čtu stále ta samá slova Tonyho Attwooda a, v případě české literatury, Kateřiny Thorové. Prostudovala jsem velké množství knih, které ne vždycky samostatně přinášely něco nového. Knihy vydané k tématu potvrzují, že za poslední léta se autismu dostalo velké pozornosti.

Co se týče ergoterapie v knihách, nalezneme zmínku v Thorové (2016) a stejně tak v Attwoodovi (2005), kde se nachází odstavec, který ve zkratce popisuje ergoterapii, což není mnoho, ale je velmi dobré, že tito autoři na ergoterapii pamatovali. Další z děl je Návuk sociálních dovedností u dětí s autismem, jehož autorkou je přímo ergoterapeutka. Jedná se o významné dílo o dané problematice popisující možnosti ergoterapie u dětí s PAS.

Již samotné jméno diagnózy vyvolávalo v průběhu let diskuze. Zajímavé bylo zjištění, že nezávisle na práci L. Kanner, který popsal dětský autismus, ve stejné době popsal vídeňský pediatr Hans Asperger syndrom s podobnými projevy. Symptomatologie z počátku Aspergerem pojmenovaná „autistická psychopatie“ se v podstatě od té doby nezměnila. Samotný Asperger, ač jeho práce během jeho života zůstala nepovšimnuta, léčil děti s touto mírnější formou autismu celý život, a držel se své diagnostiky.

Pouhý rok po jeho smrti (v roce 1981) britská lékařka Lorna Wingová použila termín Aspergerův syndrom, kterým nahradila pojem autistická psychopatie. Lorna Wingová na základě jeho práce popsala projevy jako nedostatečnou schopnost empatie, omezenou schopnost navazovat a udržet konverzaci nebo přátelství, jednostrannou konverzaci, pedantskou jednotvárnou řeč, nemotorné pohyby, nízkou úroveň neverbální komunikace a hluboké zájmy o specifické jevy nebo věci. (Attwood, 2005)

Jak je již zmíněno v teoretické části, míra projevu autistické symptomatologie je z velké části v překryvu. Ve většině případů nelze striktně rozdělit diagnózy. Bohužel

se nezdá stává, že AS není pacientům správně diagnostikován (Thorová, 2016); jestliže není správně užit diagnostika a z ní vyvozen správný závěr, může být pacientovi velmi snadno přiřknuta jiná diagnóza a na základě toho nevhodný přístup k rehabilitaci. Lékaři nejsou ve svých přístupech a diagnózách jednotní. Stejně tak se odsouvá diagnóza do pozdějšího věku, což ovšem znemožní brzkou intervenci.

Neshody však panují nejen mezi lékaři při diagnostice autismu, ale i u rodičů v otázce přístupu k výchově dětí. Níže je popsáno, jak odlišné mohou být 2 různé rodiny, které spojuje stejná diagnóza, a dvě naprosto odlišné metody, kterými se zmíněné rodiny snaží vypořádat s disabilitou svých dětí a co nejvíce je zařadit do běžného života.

Na podzim jsem se zúčastnila besedy „*Přicházíme v míru*“ *Beseda nejen o autismu* pořádané Divadlem Kampa, která byla věnována autismu. Hlavními aktéry byly dvě autistické děti v doprovodu svých rodičů. Jejich rodiče byli vyzpovídati moderátorem Michalem Roškaňukem (mužem s AS a zakladatelem občanského sdružení Adventor) a dítě se také účastnilo.

Jedním z nich byl Maty s AS z firmy Mappiii a druhý byl chlapec s autismem. Matyho máma vybudovala firmu založenou na zájmu svého syna, tj. kreslení map – ty tisknou na různé oblečení a předměty. Plánem je, že Matymu firma vytvoří pracovní post po zbytek jeho života. Firma bude mít zaměstnance, kteří budou znát jeho diagnózu a umožní mu nerušeně pracovat. To je příklad rodiny, která si mohla něco takového vybudovat. Co ale rodiny, které si něco takového dovolit nemohou? A bude chlapce bavit kreslit mapy do konce života? (Roškaňuk, 2017)

Rodiče druhého chlapce vychovávají svého syna dle Son-Rise programu, tudíž jakmile je potřeba, přidají se kdykoliv ke světu dítěte žijícího s autismem. Chlapec, jelikož se necítil dobře z toho, že sedí v místnosti plné lidí, jejichž centrem pozornosti je, vstal a začal běhat kolem stolu. Jeho táta okamžitě vstal a začal běhat kolem stolu s ním. „Proč zvětšovat v dětech pocit úzkosti a izolace kvůli tomu, že jsou jiné? říkal jeho táta, „divní jsou lidé, kteří si myslí, že autistické děti musí vyrůstat jako každé jiné dítě. Nemusí, my máme k našemu synu mnohem lepší přístup, když nejsme vystresovaní z toho, že je jiný.“

K. Thorová, odbornice na danou problematiku a ředitelka uskupení APLA, se ovšem ve své knize (2016) k programu Son-Rise staví skepticky a tento program popisuje jako velmi časově náročný a s nejistým výsledkem. Son-Rise vnímá hlavně jako marketingový tah.

To, co by pro některé bylo naprosto nemyslitelné, tedy že chlapec kvůli tlaku nastalé situace začne pobíhat kolem stolu, krásně vystihuje text Brendy Boyd (2011), která užívá pro usnadnění popisu světa člověka s AS název „Planeta Asperger,“. Toto označení dokáže být velmi příznačné, jelikož je to jako přicházet z jiné planety. Tito lidé se nechovají jako místní, jsou zde ve své podstatě nepochopenými cizinci. Sice přichází v míru a rozumí řeči, i když s určitými mezerami a větším prostorem k nedorozumění, ale to jim k pochopení světa kolem sebe nestačí.

U AS většina autorů souhlasí s hlavní definicí, kterou bychom mohli shrnout následujícím způsobem. Pro AS je stěžejní vývojová porucha sociálního porozumění, emočního prožívání a komunikace. Tyto nedostatky se projevují ve snížené samostatnosti jedince, na jejímž základě se v každodenním životě potýkají s problémy nejen samotní pacienti, ale i jejich rodiče. Rodiče patrně nejvíce trápí, kdo a jak se bude o dítě starat, to obnáší, že jeden z rodičů většinou zůstává doma, což může být finanční zátěží rodiny. A ve chvíli, kdy dítě doroste do věku povinné školní docházky, vyskytnou se obtíže se socializací jedince do kolektivu a s náročnou přizpůsobivostí.

Pacienti s PAS mají dle zákona č. 189/2016 Sb. nárok na příspěvek na péči zahrnující příslušnou částku. Ovšem situaci komplikuje fakt, že ne vždy je rodině tento příspěvek přiřknut. Mnohdy je problematika autismu bagatelizována a dítě s lehčí symptomatikou je dle okolí pouze nevychované a kvůli tomuto je rodině příspěvek zamítnut, přitom jedinec s AS mnohdy vyžaduje maximální podporu a pozornost. Ve společnosti stále panují předsudky vůči autismu, který se stal ve své podstatě „populární“ diagnózou.

Vstup do mateřské a základní školy je pro pacienty také náročný, není výjimkou, že dítě je odmítnuto pouze na základě své diagnózy. Nebo naopak dítěti ve škole nejsou povoleny pomůcky, které by mu mohly pomoci zmírnit jeho disabilitu.

To v současné chvíli řeší matka mého pacienta – chtěla, aby si její syn mohl dělat poznámky do tabletu, ale škola její prosbu zamítla. Dle novely §16 školského zákona 472/2011 Sb. z roku 2013 je zaveden termín *podpůrné opatření* pro žáky se speciálními potřebami, mezi které se řadí kompenzační pomůcky. Škola na tablet patrně nepohlížela jako na kompenzační pomůcku. Bylo by potřeba, aby se na situaci škola podívala z hlediska chlapce, který má problém s grafomotorikou a ve třídě má sdíleného asistenta, který by mohl dohlédnout, aby chlapec tablet neužíval nepovoleným způsobem. Z tohoto úhlu pohledu nevidím důvod takovouto pomůcku dítěti odepřít.

Podobně odmítavé postoje panují i v pracovním sektoru, pacienti s AS, často i přes své schopnosti a kvality, zůstávají nezaměstnaní a v důsledku toho závislí na rodičích. Barnard et al., (2001) provedli studii na 1200 pacientech s PAS, kdy pouhých 6 % úspěšně po škole našlo uplatnění na trhu práce. Toto číslo je vysoce alarmující, protože mluvíme o jedincích s dobrými schopnostmi, kteří jsou ovšem kvůli své nálepce handicapu odmítáni na pracovních postech.

Cílem této bakalářské práce je poukázat na důležitost ergoterapie u lidí s AS a nabídnout jiný odborný úhel pohledu na problematiku PAS.

Ze všech typů PAS je AS dle mého názoru nejspecifičtější a na základě jeho symptomatologie se dá aplikovat mnoho ergoterapeutických metod, které byly shrnuty v teoretické části a praktická část z nich byla ověřena v části praktické.

Dle Patrick (2011) můžeme snížit důsledky disability v běžném životě včasnou a dlouhodobou intervencí. Ta pacientovi může přinést mnohem vyšší šance na úspěšné zařazení do kolektivu skrze osvojení především sociálních dovedností, ale i dalších schopností.

Od stanovení diagnózy by se dítěti měl věnovat terapeut (předpokládáme, že zde autorka myslí speciálního pedagoga) a sociální pracovník, ovšem tato péče není všude dostupná (Thorová, 2016). Nejen že není dle slov K. Thorové dostatek pracovníků, ale část zatím ani nebyla doceněna coby důležitý člen pracovní skupiny kolem pacienta s AS.

V současné době organizace APLA hledá dobrovolníky pro hodiny grafomotoriky. Kdyby se obecně vědělo, že ergoterapie se může soustředit i na trénink grafomotoriky, byla by patrně tato situace zcela jiná, ale ergoterapeutů je málo a finanční zátěž je větší než při užití dobrovolníka. Zde se v kontrastu ke zmíněnému ovšem nabízí otázka, jaká je kvalifikace dobrovolníka a jestli je schopen odborného přístupu.

Porovnáme-li tento stav se situací např. v Maďarsku, je úroveň zdravotní péče v České republice na velmi vysoké úrovni. V Maďarsku obor ergoterapie neexistuje a lidé jsou většinou odkázáni na péči speciálních institucí. V těchto specializovaných institucích pracují tzv. konduktoři, kteří mají vystudovanou fakultu tělesné výchovy.

K vypracování praktické části jsem si nevybrala jednoduchý úkol, jelikož rodina, ke které jsem jela, bydlela na druhém konci republiky. Mohla jsem si vybrat kohokoliv z Prahy, líbila se mi však možnost spolupráce s ergoterapeutkou. Chtěla jsem znát její názor a vnímání autismu a ona mě obohatila o své zkušenosti.

Tato kazuistika tedy není jasným výsledkem toho, jaký má úspěch a efekt ergoterapie u autismu, ale spíš ukázka fungování v praxi, aplikace terapeutických metod popsaných v teorii. Hlavním důvodem, proč jsem si vybrala vypracování jen jedné kazuistiky, bylo, že mým cílem nebylo dokázat úspěšnost terapie u vybraných osob s AS, ale znázornit na jedné dopodrobna popsané kazuistice, jak by mohla vypadat spolupráce ergoterapeuta a člověka s AS.

Vyšetření vedlo k několika důležitým poznatkům. Zaprvé je důležité zmínit, že dotazníky nejsou vhodné pro diagnostiku, nýbrž pomáhají získat obraz o obtížích a orientační míře jejich manifestace. Dále můj pacient získal v Montrealském kognitivním testu maximální počet bodů i přes to, že jsem ze strukturovaného pozorování věděla, že má např. s pozorností problémy. Test jsem nakonec neuvedla v kazuistice, protože jeho výsledek nebyl vypovídající. Test na vyšetření instrumentální ADL jsem nakonec neprovedla vzhledem k tomu, že je určen pro dospělé a některé položky zatím ani nemohou být v kompetenci pacienta. Tento test tedy též neměl velkou vypovídající hodnotu.

Na základě nasbíraných poznatků a dat mohu říci, že jsem nenalezla žádný test, který by hodnotil funkční stav pacienta s AS z pohledu ergoterapeuta.

V budoucnu hodlám své poznatky šířit dál a nadále se věnovat tomuto tématu. V průběhu psaní této práce se ukázalo, že rozsah bakalářské práce je pouze začátek, neboť obsažení celého množství dostupných zdrojů o Aspergerově syndromu by stačilo na mnohem více textu.

4. ZÁVĚR

Základním cílem této práce bylo poskytnout čtenáři dostatečné množství informací o možnostech ergoterapeutické intervence a poukázat na jejich důležitost u pacientů s AS. Vzhledem k tomu, že v současné době v České republice není obvyklé, aby pacienti přišli na ergoterapii s tím, že mají AS a byla jim od lékaře indikovaná ergoterapie, je důležité šířit informace nejen o ergoterapii, ale i o autismu a o možnostech jejich propojení.

I přes to, že nejde o příliš obvyklé téma, podařilo se najít několik materiálů v cizojazyčné literatuře, které dokládají možnosti a úspěchy ergoterapie. Pacienti s AS mají obvykle široké spektrum obtíží, ze kterých vychází ale i množství možných ergoterapeutických intervencí, které samozřejmě budou muset být v praxi každému pacientovi stanoveny individuálně, ale právě v tom spatřuji silnou stránku ergoterapie, která takovouto terapii sestavuje vždy.

Tato práce neposkytuje ucelený přehled všech dostupných možností terapie, ale ve svém rozsahu zahrnuje základní nástin terapeutické intervence. Stále je však nutné více zkoumat další možnosti intervence a zabývat se jimi. Tato práce by mohla sloužit jako výchozí bod, který dokazuje, že možnosti zde jsou a mají své opodstatnění.

Jsem přesvědčená, že ergoterapeutickým přístupem lze rozhodně dosáhnout zlepšení kvality života pacienta, a doufám, že tato bakalářská práce jen jedním z malých kroků, které povedou k lepšímu porozumění Aspergerovu syndromu a poznání kompetencí oboru ergoterapie, v němž právě díky komplexnosti vidím obrovský potenciál.

Na závěr bych ráda uvedla básničku od anonymního pacienta z publikace Thorové (2016), kterému byla po třiceti letech správně stanovena diagnóza.

„Radost psychiatrům v tváři

velmi rychle hasne.

Zjistili mi Aspergera,

je to víc než jasné.

Psychiatři nebudou

již moje tělo mučit.

Nejsem žádný schizofrenik,

za to můžu ručit.

Cítím se, jak znovuzrozen,

teď jsem pravý autista.

Lidé, radujte se se mnou,

Má budoucnost je jistá."

Z básničky je cítit to, co většina lidí v této situaci prožívá, a to je radost z ukončené životní nejistoty.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADREON, Diane a Jennifer Stella DUROCHER. Evaluating the College Transition Needs of Individuals With High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Intervention in School and Clinic* [online]. 2016, **42**(5), 271-279 [cit. 2018-04-06]. DOI: 10.1177/10534512070420050201. ISSN 1053-4512. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10534512070420050201>

ALLADIN, Waseem a Natalie HOLLOWAY. Cognitive behaviour therapy for adults with Asperger's syndrome: Thinking styles and executive dysfunction. *Clinical Psychology Forum* [online]. 2015, (269), 10-14 [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <https://shop.bps.org.uk/publications/publication-by-series/clinical-psychology-forum/clinical-psychology-forum-no-269-may-2015.html>

ATTWOOD, Tony a M.S. GARNETT. *A.S.A.S. - Australské hodnocení Aspergerovy syndromu*. 1995. Upraveno dle Thorové.

ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-979-8.

ATTWOOD, Tony. *The complete guide to Asperger's syndrome*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN 978-1-84310-669-2.

Autism Treatment Center of America [online]. Sheffield, USA: The Option Institute & Fellowship, 1998 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <http://www.autismtreatmentcenter.org>

BARNARD, Judith, Virginia HARVEY, David POTTER a Aidan PRIOR. *Ignored or ineligible?: The reality for adults with autism spectrum disorders*. London: The National Autistic Society, 2001. ISBN 1-899280-61-8.

BĚLOHLÁVKOVÁ, Lucie a Eva GNANOVÁ. *Podporované zaměstnávání pro lidi s Aspergerovým syndromem: [informační příručka]*. Praha: APLA, c2008. ISBN 978-80-254-6340-6.

BĚLOHLÁVKOVÁ, Lucie. *Rozvoj sociálních dovedností: metodika práce u lidí s Aspergerovým syndromem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy, 2013. ISBN 978-80-87690-05-5.

BEYER, Jannik a Lone GAMMELTOFT. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-157-3

BOYD, Brenda. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem: 200 nápadů, rad a strategií*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-834-0.

ČÁBELKOVÁ, Alžběta. *Analýza činnosti: Komponenty činnosti*. Praha, 2015.

ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. Pacient s poruchou autistického spektra v ordinaci lékaře [online]. Praha: APLA Praha, 2012 [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: <http://www.nadejeproautismus.cz/wp-content/uploads/2015/07/Pacient-s-PAS-v-ordinaci-lekaře.pdf>

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

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678159.

GRANDIN, Temple. a Sean. BARRON. *The unwritten rules of social relationships*. Arlington, TX: Future Horizons, c2005. ISBN 1-932565-06-x.

GRIFFIN, Simone a Dianne SANDLER. *300 her pro děti s autismem: rozvíjení komunikačních a sociálních dovedností*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0177-9.

HAERTL, Kristine, Danielle CALLAHAN, Jeffrey MARKOVICS a Sara Strouf SHEPPARD. Perspectives of Adults Living With Autism Spectrum Disorder: Psychosocial and Occupational Implications. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2013, **29**(1), 27-41 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1080/0164212X.2012.760303. ISSN 0164-212X. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0164212X.2012.760303>

HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-041-0.

HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

JACOBS, Debra S. a Dion E. BETTS. *Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0498-5.

JAMES, Ioan Mackenzie. *Aspergerův syndrom: mimořádní lidé - mimořádné výkony*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-099-7.

KESTENBAUM, Clarice J. Autism, Asperger's and Other Oddities ... Thoughts about Treatment Approaches. In: *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*[online]. New York: Guilford Publications, 2008, **36**(2), s. 279-294 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1521/jaap.2008.36.2.279. ISBN 2162-2590. ISSN 1546-0371. Dostupné z: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jaap.2008.36.2.279>

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUHANECK, Heather Miller a Renee WATLING. Occupational Therapy: Meeting the Needs of Families of People With Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, **69**(5), 6905170010p1- [cit. 2018-04-05]. DOI: 10.5014/ajot.2015.019562. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?doi=10.5014/ajot.2015.019562>

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.

LAWSON, Wendy. *Život za sklem: Osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-389-5.

MCGILLIVRAY, J. A. a H. T. EVERT. Group Cognitive Behavioural Therapy Program Shows Potential in Reducing Symptoms of Depression and Stress Among Young People with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [online]. 2014, **44**(8), 2041-2051 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1007/s10803-014-2087-9. ISSN 0162-3257. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10803-014-2087-9>

MEHRABIAN, Albert. *Nonverbal communication*. 3. Vyd. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction, 2007. ISBN 978-0-202-30966-8.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIKOLÁŠ, Přemysl. *Autismus - Aspergerův syndrom: psychologie rozvoje dovedností pro život*. Ostrava: Montanex, 2014. ISBN 978-80-7225-398-2.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.

NOLAN, Clodagh, Sarah QUINN, Kieran LEWIS a Claire GLEESON. Report on The Unilink service: An occupational therapy mental health initiative. In: *Trinity College Dublin* [online]. Dublin: Trinity College, 2009 [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <https://www.tcd.ie/disability/assets/doc/pdf/Annual-report-statistics/09-10/Unilink-annualreport0910.pdf>

O'BRIEN, Jane Clifford, Alyssa BERGERON, Heather DUPREY, Caitlin OLVER a Holly St. ONGE. Children With Disabilities and Their Parents' Views of Occupational Participation Needs. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2009, **25**(2), 164-180 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1080/01642120902859196. ISSN 0164-212X. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01642120902859196>

OLSSON, Anna-Karin, Anna-Lisa THORÉN-JÖNSSON a Lena MÅRTENSSON. Occupational Therapists' Experience Concerning Occupational Performance in Adults With Asperger Syndrome. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2013, **29**(1), 42-59 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1080/0164212X.2012.760433. ISSN 0164-212X. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0164212X.2012.760433>

PATRICK, Nancy J. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: Tipy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367867-8.

PATTEN KOENIG, Kristie a Lauren HOUGH WILLIAMS. Characterization and Utilization of Preferred Interests: A Survey of Adults on the Autism Spectrum. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2017, **33**(2), 129-140 [cit.

2018-03-31]. DOI: 10.1080/0164212X.2016.1248877. ISSN 0164-212X. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0164212X.2016.1248877>

PISULA, Ewa, Anna POREBOWICZ-DÖRSMANN a Michel BOTBOL. Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLOS ONE* [online]. 2017, **12**(10), e0186536- [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1371/journal.pone.0186536. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0186536>

PRECIN, Pat, Marisa OTTO, Khatra POPALZAI a Mary SAMUEL. The Role for Occupational Therapists in Community Mobility Training for People With Autism Spectrum Disorders. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2012, **28**(2), 129-146 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1080/0164212X.2012.679533. ISSN 0164-212X. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0164212X.2012.679533>

QUINN, Sarah, Claire I. GLEESON a Clodagh NOLAN. An Occupational Therapy Support Service for University Students With Asperger's Syndrome (AS). *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2014, **30**(2), 109-125 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1080/0164212X.2014.910155. ISSN 0164-212X. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0164212X.2014.910155>

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.

ROŠKAŇUK, Michal. „Přicházíme v míru“: *Beseda nejen o autismu*. Praha: Divadlo Kampa, 2017.

SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.

ŠPORCLOVÁ, Veronika. Poruchy autistického spektra (PAS). *Autismus.cz* [online]. Praha: Easy software, 2007 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z:

<http://www.autismus.cz/poruchy-autistickeho-spektra/index.php>

THOROVÁ, Kateřina a Veronika ŠPORCOVÁ. *Screeninogový dotazník DACH-R: Dětské autistické chování*. 2003; 2015.

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

TOMCHEK, Scott, Kristie Patten KOENIG, Marian ARBESMAN a Deborah LIEBERMAN. Occupational Therapy Interventions for Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Occupational Therapy*[online]. 2017, **71**(1), 7101395010p1- [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.5014/ajot.2017.711003. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/article.aspx?doi=10.5014/ajot.2017.711003>

TSE, Kit Hung. Collective narrative practise with young people with Aspergers Syndrome who have experienced bullying. *The International journal of narrative therapy and community work* [online]. Adelaide: Dulwich centre Publications, 2016, (3) [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: Pubmed

VITÁKOVÁ, Petra, ed. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt EQUAL - rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.

VOLKMAR, Fred, Matthew SIEGEL, Marc WOODBURY-SMITH, Bryan KING, James MCCRACKEN a Matthew STATE. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry* [online]. 2014, **53**(2), 237-257 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.10.013. ISSN 08908567. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856713008198>

VOSMIK, Miroslav a Lucie BĚLOHLÁVKOVÁ. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-687-2.

WING, Lorna. *The autistic spectrum: a guide for parents and professionals*. New, updated ed. London: Robinson, 2002. ISBN 9781841196749

Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů ČR*. 2011, částka 161, číslo 472. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-472/>

Zákon sociálních službách, o zvláštních řízeních soudních a zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů ČR*. 2016, částka 72, číslo 189. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-189>

NASRREDDINE, Ziad. *Montrealský kognitivní test*. 7. J. Reban. 2006.

5.1. Seznam obrázků a tabulek

Seznam obrázků

Obrázek 1.1. Přehled symptomatického kontinua	11
Obrázek 1.2 Triáda postižených oblastí vývoje u poruch autistického spektra.....	13
Obrázek 1.3. Procesuální schéma svlékání	26
Obrázek 6.1 Trénink grafomotoriky	67
Obrázek 6.2 Semafor	70
Obrázek 6.3.-6.20. Foto oblečení pacienta	75
Obrázek 6.21.-23. Foto pacienta	82
Obrázek 6.24. Foto zápisu pacienta	83
Obrázek 6.25-26. Písmo pacienta	84
Obrázek 6.27. Kresba postavy pacientem.....	86

Seznam tabulek

Tabulka 1.1. Diagnostická kritéria pro Aspergerův syndrom.....	16
Tabulka 6.1. Hierarchie strachu a jeho prožívání	69
Tabulka 6.2. Kartičky pro hru: Hádej, co cítím	73
Tabulka 6.3. Analýza činnosti	85

6. PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1. - Charakteristika jednotlivých typů dle MKN-10.....	63
Příloha č. 2. - Přidružené komplikace.....	65
Příloha č. 3. - Trénink grafomotoriky.....	67
Příloha č. 4. - Obecná struktura k nácviku dovedností (Patrick, 2011).....	68
Příloha č. 5. - Škálování: práce s emocemi.....	69
Příloha č. 6. - Metoda Semafor.....	70
Příloha č. 7. - Přehled screeningových dotazníků a testů.....	71
Příloha č. 8 - Kartičky pro hru: Hádej, co cítím.....	72
Příloha č. 9. - Kartičky oblečení.....	74
Příloha č. 10. - Dětské autistické chování (DACH-R).....	76
Příloha č. 11. - Australské hodnocení Aspergerova syndromu (A.S.A.S.).....	80
Příloha č. 12. - Aspekce pacienta.....	82
Příloha č. 13. - Ukázka psaní do čtverců.....	83
Příloha č. 14. - Psaný projev.....	84
Příloha č. 15. - Analýza činnosti: proces oblékání.....	85
Příloha č. 16. - Kresba lidské postavy.....	86

Příloha č. 1. - Charakteristika jednotlivých typů dle MKN-10

Dětský autismus

Dětský autismus se projevuje již v brzkém věku do 3 let jedince ovšem dle Thorové (2016) ho lze diagnostikovat v každé věkové skupině. Projevuje se poruchou ve všech třech oblastech diagnostické triády, což jsou sociální interakce, komunikace a představitivost. Časté jsou pro tento typ i větší či menší množství přidružených dysfunkcí. Stejně tak se velmi liší i na základě závažnosti od mírné formy (nižší množství symptomů) až po formu těžkou (vyšší množství symptomů).

Atypický autismus

Atypický autismus se liší od dětského autismu především tím, že nemusí být diagnostikovatelný před 3. rokem dítěte a především nesplňuje kritéria poruchy ve všech 3 základních diagnostických kritériích.

Rettův syndrom

Je jediný typ autismu, u kterého je známá genetická příčina. Postižené jsou vždy ženy a dívky, neboť je geneticky vázaný na X chromosom. U chlapců tato mutace způsobuje encefalopatii neslučitelnou se životem. Mezi klinické projevy se řadí ztráta kognitivních schopností, ataxie a apraxie.

Jiná dětská dezintegrační porucha

Jedná se o poruchu, u které dochází k nástupu onemocnění po minimálně dvou letech normálního mentálního vývoje, poté dochází k výrazné regresi a těžké mentální retardaci jedince. K nástupu dochází ve věku od 2 do 10 let, při nástupu postupně dochází ke ztrátě z některých již nabytých schopností. Po fázi zhoršení nastupuje stav stagnace a naprosto typické chování pro autismus.

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Mezi rysy hyperaktivní poruchy sdružené s mentální retardací a stereotypními pohyby se především řadí, jak je z názvu patrné, těžká motorická hyperaktivita, která se projevuje motorickým neklidem, neschopností déle sedět a rychlými a přehnanými změnami v aktivitách, dále opakujícími se stereotypními vzorci chování nebo opakovanými manýrami a IQ nižším než 50. Nevyskytuje se sociální narušení autistického profilu.

Aspergerův syndrom

Jedinci s AS mají velmi podobné porušení schopností jako ti s autismem. Největší obtíže zaznamenávají na poli sociálního chování a interakcí. Často mají problém porozumět a rozeznat emoce, a to nejen okolí ale i vlastní. Ovšem je nutné říci, že na první pohled se příliš neliší od svých vrstevníků, mají však odlišné způsoby, jak přemýšlí a na základě toho konají. Více viz kapitola 2.4.

Jiné pervazivní vývojové poruchy

Jedná se o poškození, která se sice vyznačují svoji pervazivitou a hlubokým poškozením, ovšem postižený nesplňuje základní diagnostická kritéria pro autismus. Thorová (2016) píše, že v rámci Evropy se tato kategorie příliš nevyužívá, protože diagnostická kritéria nejsou přesně stanovená. Většinou v této kategorii nalezneme pacienty, kteří sice mají nějaký deficit z autistické triády, ale minimálně v jednom z kritérií se blíží normě.

Pervazivní vývojová porucha NS

Jedná se o poruchu postihující nervový systém, která nese pervazivní rysy.

Příloha č. 2. - Přidružené komplikace

Aspergerův syndrom se nevyznačuje pouze výše zmíněnou symptomatologií, ale často je doprovázen přidruženým onemocněním, které může značně komplikovat jedinci život. Jedinci se s nimi setkávají minimálně v určitých obdobích života a tyto mohou značně ovlivnit možnosti práce s pacientem, či ho provázet po zbytek života.

Deprese a úzkost

Lidé s AS mají tendenci zažívat vyšší úroveň stresu a úzkosti ve srovnání se svými vrstevníky (Adreon, Durocher, 2007). Attwood (2006) také popisuje, že studenti s AS mohou společenské setkání vnímat jako zdroj stresu kvůli potížím s porozuměním sociálním normám.

Autoři se shodují, že deprese a úzkost jsou velmi častým úkazem u dětí a osob s AS. Hladina úzkosti obvykle závisí na daném člověku, každý z nás se s danými situacemi srovnává po svém a s různými výstupy. Pro pacienty s AS ale nabývá úplně nových rozměrů, zdrojem jejich úzkosti může být např. rozhodování, co si vzít na sebe, nebo jaké si vybrat v obchodě pastelky. Dle B. Boydové (2003) jim tuto úzkost přináší možné množství variant a vědomí toho, že ve své volbě mohou udělat chybu. Pakliže bychom chtěli generalizovat a pojmenovat velkou skupinu spouštěčů stresu, jednalo by se o neznámé, nové a neočekávané situace. Těm je dobré se snažit co nejvíce předcházet zajištěním pořádku, struktury a jistoty v nadcházejících událostech.

Zvláštní kapitolou jsou deprese, které nezpůsobují vnější faktory, uvědomění si vlastní odlišnosti. Jak již bylo zmíněno, AS mají jedinci napříč celým intelektuálním a schopnostním spektrem. Velmi často si svoji odlišnost uvědomují a ta se pro ně stává hradbou a vězením, mnozí by rádi byli „normální“ a tento rozpor jim působí velké vnitřní trápení.

ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*)

Jedná se o další široké veřejnosti známou poruchu, která může doprovázet pacienta s PAS. ADHD je v překladu porucha pozornosti s hyperaktivitou. Vyznačuje se především vnitřním neklidem, poruchou pozornosti a impulzivitou. Pro pacienta s AS je ADHD záležitostí nepozornosti a neklidu. Pozornost takového dítěte upoutá cokoliv dalšího, co se stane a prakticky není možné udržet si pozornost takového pacienta. Díky

ADHD velmi špatně dlouhodobě zaznamenává, nevnímá a bývá zapomnětlivý. (Attwood, 2005)

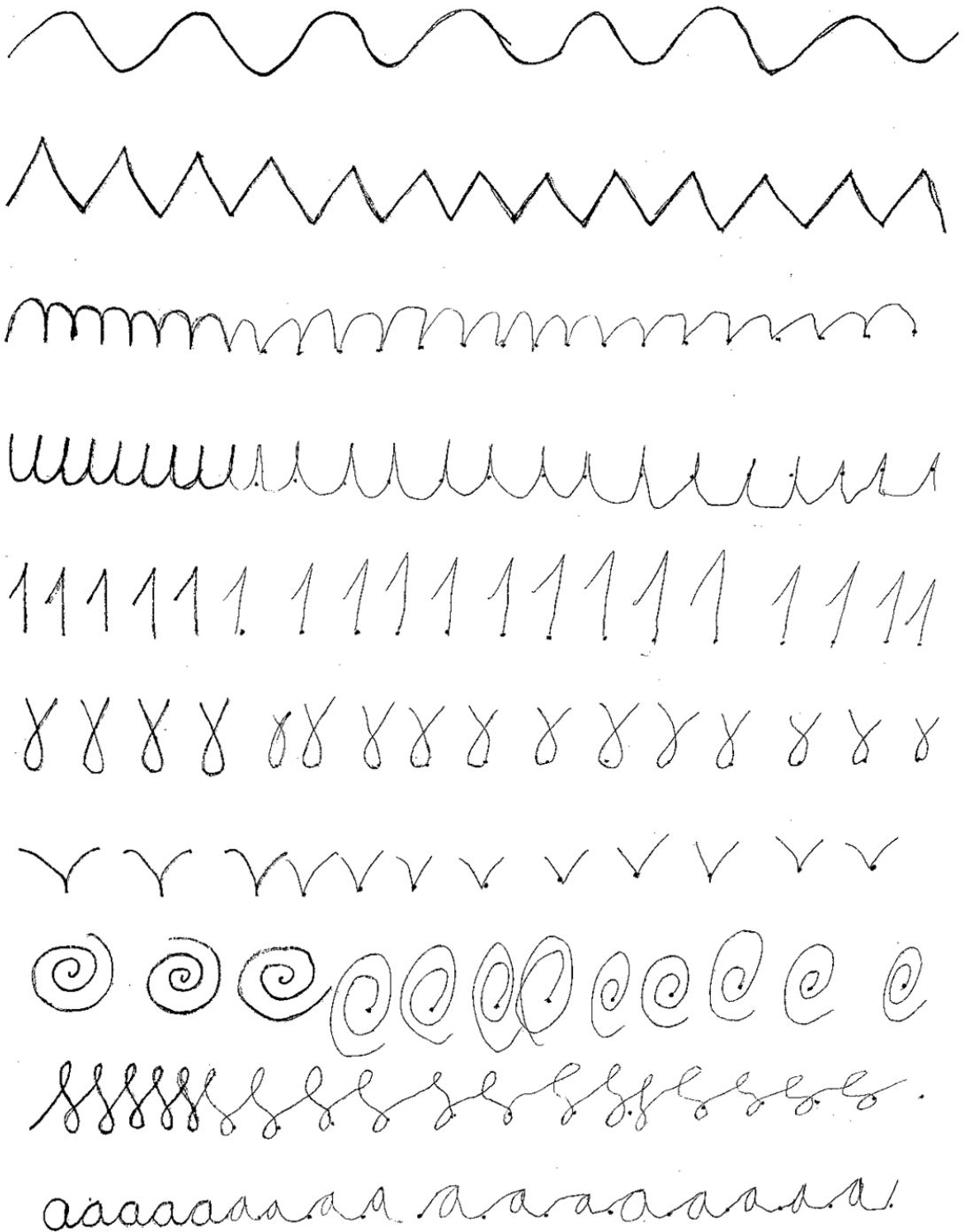
Problematika šikany

Šikana je v současné době u dětí s PAS velmi častým problémem. Se šikanou se někdy setkalo velké procento populace v jejích nejrůznějších formách, ať budeme hovořit o posmívání se, vylučování a nepřijímání v rámci kolektivu nebo fyzickém násilí. (Dubin, 2007)

Pacienti s AS se především kvůli symptomům, jako je nespolečenské projevování a nechápání sociálních situací, stávají velmi častými a snadnými terči šikany. Dále se také většinou jedná o velmi citlivé jedince, kteří své vyloučení ze společnosti vůbec neunesou dobře. Mnohdy se stanou terčem naprosto nevědomě, neboť se pouze snaží nějak získat přízeň svého okolí a jsou ochotni pro dostatečné ocenění a přijetí udělat mnohé. Little (2002) ve své studii uvádí, že z dotázaných 411 rodin, v nichž je dítě s AS, se v průběhu roku obětí šikany stalo celých 94 procent z dotázaných. Toto číslo je více než alarmující. Přitom jde o problematiku, která by měla své řešení, ale často není zvoleno.

Mezi následky šikany řadíme nízké sebevědomí v dospělém věku, časté jsou v důsledku opakované šikany i problémy v navazování partnerských vztahů, úzkostné až depresivní stavy v nejkrajnějších případech končící i sebevraždou. (Dubin, 2007)

Příloha č. 3. - Trénink grafomotoriky








Obrázek 6.1 Trénink grafomotoriky *Převzato z internetu (Autor neznámý)*

Příloha č. 4. - Obecná struktura k nácviku dovedností (Patrick, 2011)

- Definice pojmu
- Popis charakteristických rysů pojmu
- Uvést příklady: pozitivní, negativní
- Cvičné příklady na identifikaci negativní či pozitivní
- Cvičení: předvádění situace
- Generalizace nacvičené dovednosti v jiných situacích
- Úkol terapeuta: pozorování, hodnocení, analýza, diskuze

Příloha č. 5. - Škálování: práce s emocemi

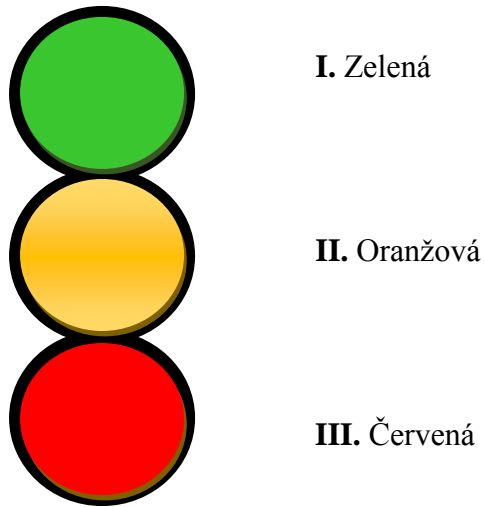
Emoce můžeme vyjádřit čísly, kde číslo jedna je pozitivní pocit a narůstající čísla jsou negativní (1,2,3...) nebo graficky (obličej s různými výrazy) či slovním popisem (šťastný, ani šťastný ani smutný, lehce smutný, velmi smutný). (Mikoláš, 2014).

Číselné hodnocení	Grafické vyjádření	Slovní popis
1.		Šťastný, uvolněný
2.		Není úplně šťastný, ale není nešťastný
3.		Trošku nervózní- nepříjemný pocit
4.		Velmi nervózní - napjatý
5.		Velmi rozčilený, cítí paniku, chce utéct a křičet

Tabulka 6.1. Hierarchie strachu a jeho prožívání (převzato z publikace *Autismus - Aspergerův syndrom*, (Mikoláš, 2014, s.30))

Příloha č. 6. - Metoda Semafor

Účelem této metody je předcházet impulzivnímu a unáhlenému jednání dítěte. Učíme ho nejprve poznávat a vyhodnocovat projevy různých emocí. V momentě kdy dítě poznává projevy svého těla, lze využít metodu Semafor, kde červená signalizuje zastavit, žlutá (oranžová) přemýšlej a plánuj, jaká jsou řešení dané situace a zelená znamená jednej. U této metody je vždy přítomna dospělá osoba, která dítě fázemi a rozpoznáním situace provází. (Mikoláš, 2014).



Obrázek 6.2 Semafor (Převzato z publikace *Autismus – Aspergerův syndrom* (Mikoláš, 2014))

Příloha č. 7. - Přehled screeningových dotazníků a testů

Kvůli neznámé etiologii a rozmanitosti symptomů je obtížné jednoznačně prokázat autismus. Na tomto základu vzniklo velké množství screeningových dotazníků. Mezi jejich základní nevýhody patří možnost falešné positivity, kdy vychází výsledky jedinci pozitivně i přesto, že trpí jinou poruchou, a obdobně naopak nezachytí ani lehké formy PAS. Dále existují posuzovací škály, které vyžadují vyšší znalosti a zkušenosti s PAS. Přímou pro určení AS se nabídka stupnic a screeningových dotazníků výrazně tenčí.

První posuzovací stupnice ASSQ: *Asperger Syndrome Screening Questionnaire* byla vytvořena v roce 1999 Ehlersem a Gillbergem. Ta je určena ke screeningu dětí a dospívajících ve věku 6–17 let. Je určena k vytipování dětí s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem. Je zaměřena na sociální chování, interakci a zvláštní zájmy. (Hrdlička, Komárek, 2014)

Druhá screeningová metoda pro detekci AS je CAST Childhood Asperger Syndrome Test. Užívá se k detekci na běžných školách, je určena dětem od 4 do 11 let. Dotazník vyplňují rodiče. (Hrdlička, Komárek, 2014)

Velmi vhodným se pro ergoterapii zdá být nástroj PRPP systém neboli Percieve, Recall, Plan and Perform Systém, poprvé představený Chapparem a Rankou (1997). Ten slouží k analýze a určení problémů se zpracováním kognitivních podnětů při rutinní činnosti či úkolu. Je možné ho využít u dítěte i dospělého, který má obtíže s vykonáváním každodenních či epizodických činností. (Olson et al., 2013)

Příloha č. 8 - Kartičky pro hru: Hádej, co cítím

Myslel jsem si, že svoje slovo dodrží	ZKLAMÁNÍ
To jsem se ale dobře najedl	SPOKOJENOST
Nevím, co s tím budu dělat	BEZMOC
Znamená pro mě všechno	LÁSKA
Zase jsi neuklidil špinavé prádlo	NAŠTVANOST
Porouchala se mi sluchátka	SMUTEK
Bál jsem se přihlásit ve škole, i když jsem znal odpověď	STUD
To snad není pravda zase to nefunguje!	ZLOST
Fůj, já nemám rád brokolici	ZNECHUCENÍ
Já se jí neomluvím, i když má pravdu	HRDOST

Já jsem si myslel, že je to můj kamarád a oni mi lhal	ZKLAMÁNÍ
Dneska jsem dostal jedničku ve škole	RADOST
Slíbil, že dnes přijde, ale nedorazil	OBAVY
Udělal bych pro ni cokoliv	LÁSKA
Snad se mu nic nestane	OBAVY
Už nevím, jak jí pomoci	BEZMOC
Nemám co dělat	NUDA
Jé, dorazili jste brzy, ještě jsme vás nečekali	PŘEKVAPENÍ

Tabulka 6.2. Kartičky pro hru: Hádej, co cítím. (Vypracováno dle publikace *Rozvoj sociálních dovedností* (Bělohlávková, 2013) zpracoval (Autor, 2017))

Příloha č. 9. - Kartičky oblečení





Obrázek 6.3.-6.20. Foto oblečení pacienta (Švecová, 2017)

Příloha č. 10. - Dětské autistické chování (DACH-R)

DACH – R Dětské autistické chování (Thorová, 2003)

Jméno dítěte: _____

Datum narození dítěte: _____ Datum vyplnění dotazníku: 30.12.2017

Vztah osoby, která dotazník vyplňovala, k dítěti: MATKA

		ano	ne
1.	Nezvykle klidné a tiché chování (v období 0-12 měsíců).	X	
2.	Neutišitelný dlouhotrvající pláč bez zjevné příčiny (v období 0-12 měsíců).		X
3.	Výrazné dlouhotrvající problémy se spaním a usínáním (déle než tři měsíce).		X
4.	Problémy s jídlem (jí pouze určité druhy potravin, přejídá se či jí velmi málo).	X	
5.	Výrazná nechuť k výměně plenek, česání vlasů, oblečení, převlékání, čištění zubů, stříhání nehtů a vlasů.		X
6.	Špatný oční kontakt nebo vyhýbaní se očnímu kontaktu.	X	
7.	Dítě se dívá skrz člověka, nekomunikuje pohledem.	X	
8.	Některé zvuky i běžný hluk dítěti extrémně vadí, stává se nervózní, může si zakrývat uši.		X
9.	Dítě je fascinováno určitými zrakovými podněty, jako jsou např. světla, stíny, hrany předmětů či třpytivé věci, a vydrží je dlouze pozorovat.	X	
10.	Věci pozoruje koutkem oka, pod zvláštním úhlem či si je prohlíží velmi zblízka.	X	
11.	Zdá se, že dítě cítí velmi málo bolest.	X	
12.	Nedává rodičům nijak najevo, že se chce pochovat.	X	
13.	Nemá zájem o mazlení, maximálně ho pasivně snese.	X	
14.	Dítě dokáže trávit hodně času o samotě, zabaví se vlastní hrou, netouží po společnosti.	X	
15.	Dítě nevyžaduje pozornost, společnost, společnou hru.	X	
16.	Nezájem o dětské sociální hříčky typu „kukuč“, „paci, paci“, „vařila myšička“, „berany, berany“ apod.		X
17.	Dlouhotrvající fixace na jedinou osobu, ostatní lidi téměř zcela odmítá (alespoň jeden rok).	X	
18.	Dítě se nezajímá o ostatní děti (v období 30 měsíců a výše).	X	
19.	Dítě se nezapojuje do společných her s vrstevníky (s hračkami, na schovávanou, apod.)	X	
20.	Dítě se nezajímá o soutěživé hry, neprojevuje touhu vyhrát (v období od třetího roku).		X
21.	Dítě má nějakou výjimečnou schopnost.		
22.	Dítě velmi málo napodobuje dospělé (výrazy tváře, mluvení, činnosti, pohyby).	X	
23.	Dítě neumí ukazovat prstem na zajímavé předměty v dálce (hlavně v období 9-24 měsíců).		

24.	Dítě neukazuje na předměty, které chce podat.		
25.	Velmi málo používá gesta, jako je pohyb hlavou vyjadřující „ano-ne“, „pa-pa“, „pusinku“, „ty,ty“, „pojď sem“.		X
26.	Více mluví či žvatlá pro sebe než pro druhé.	X	
27.	Pokud něco chce, používá ruku dospělého jako nástroj nebo jako ukazovátka.		X
28.	Dítě má potíže zaměřit svou pozornost na věci, na které se ho snažíme v okolí upozornit, obzvláště pokud jsou vzdálenější.	X	
29.	Dítě se vyptává pořád dokola na to samé.	X	
30.	Dítě opakuje často slova nebo věty okamžitě poté, co je slyší.	X	
31.	Dítě má tendenci odpovídat na otázku výběrem slov nebo celou vaší otázkou. Např. na otázku „Nechceš banán?“, odpoví „nechceš?“ nebo „banán“, nebo „nechceš banán“.		X
32.	Dítě příliš často mluví o určitých tématech, které ho zajímají (např. vysavače, značky, elektřina, klíče, zvířata, historie).	X	
33.	Řeč nebo konverzace bývá často vzdálená a nepřiměřená situaci, ve které se dítě nachází. Týká se např. událostí z minula, jedná se o úryvky z televize, z pohádek či písniček. Tento jev se často projevuje ve chvíli, kdy se dítě cítí nejisté a nervózní.	X	
34.	Dítě mluví často pro sebe.	X	
35.	Řeč dítěte působí mechanicky a formálně, tzn. že se dítě vyjadřuje nápadně přesně slovy a větami, které používají dospělí.	X	
36.	Dítě nepoužívá nebo pouze minimálně používá 1. osobu („já“), vyjadřuje se místo toho ve 3. osobě (Honzík půjde, Jana chce).		X
37.	Dítě má nápadně často slon odpovídat „nevím“, i když odpověď zná.	X	
38.	Rádo roztáčí předměty (víčka, hrníčky atd.)	X	
39.	Fascinace pohybem (např. tekoucí voda, padající předměty, listování knihou, třepání klíči, papíry, hračkami, igelitovými sáčky, otvírání a zavírání dveří).	X	
40.	Fascinace točícími se předměty, obliba sledování krouživého pohybu (pračka, větrník, větrák apod.)	X	
41.	Fascinace určitými předměty (vysavače, dlouhé tyčovité předměty, okapy, provázky, vypínače apod.)	X	
42.	Zájem o přesypání drobných předmětů či pohazování věcmi.	X	
43.	Nehraje si správně s drobnými hračkami (spíše je pouze rozhazuje a demontuje).	X	
44.	Nezájem o klasické hračky (stavebnice, auta, panenky).	X	
45.	Velmi úzké přimknutí k jedné nebo dvěma hračkám.		X
46.	Nezájem o hračky znázorňující živé tvory (plyšová zvířata, panenky, figurky lidí).	X	
47.	Dítě nenapodobuje ve své hře dospělé (hra „jako že“ a „na“).	X	
48.	V televizi dítě nezajímají různé pohádky (i když může vyžadovat pouštění několika pohádek stále dokola), může dávat přednost pouze reklamám či určitým pořadům (losování Sportky, soutěžní pořady).	X	

49.	Dítě rádo staví předměty do řad nebo z nich vytváří různé ornamenty nebo je podle určitého klíče třídí.	X	
50.	Dítě se vyvíjí skoky, nechce dělat věc do té doby, dokud si není jisté, že ji zvládne bezpečně samo.		
51.	Velmi špatně snáší změny v programu (při dešti se nejde na plánovanou vycházku apod.) nebo v prostředí, které ho obklopuje (přesunutí nábytku, změna oblečení).		X
52.	Sklony k pedantickému, perfekcionistickému chování (určité věci musí být na svých místech, dveře a zásuvky zavřené apod.)	X	
53.	Vyžaduje chodit nebo jezdit stejnou cestou.	X	
54.	Dítě lpí na dodržování určitých rituálů (je nutné dodržování určité pořadí u některých činnostech, chce, aby se lidé vyjadřovali přesnými výrazy apod.)		X
55.	Dítě má snahu neustále s sebou nosit nějakou věc – např. provázek, drobnou hračku nebo její část.	X	
56.	Dítě má velmi malou nebo žádnou snahu učit se něco nového.		X
57.	Dítě velmi málo samo od sebe napodobuje dospělé nebo ostatní děti.	X	
58.	Dítě často projevuje úzkost nebo nervozitu.		X
59.	U dítěte se často střídají nálady, mnohdy bez zjevné příčiny.	X	
60.	Dítě neprojevuje strach ve většině nebezpečných nebo strašidelných situacích.	X	
61.	Po většinu dne velmi málo projevuje emoce, většinou se tváří nezúčastněně.	X	
62.	Často se bez zjistitelné příčiny směje nebo pláče.		X
63.	Často se vzteká (denně několik záchvatů spojených s křikem).		X
64.	Dítě se rádo otáčí kolem své osy nebo běhá v kruhu.	X	
65.	Dítě dlouhodobě stereotypně třepe rukama či prsty a prohlíží si pohyb.		X
66.	Dítě často poskakuje nahoru a dolů, pokud má radost nebo ho něco zaujme.	X	
67.	Dítě je velmi pohybově obratné (např. ve šplhání po nábytku, v lezení přes překážky apod.).		X
68.	Pokud dítě něco potěší nebo rozruší, třepe prsty, rukama nebo dává paže do zvláštních poloh.		X
69.	Často kýve celým tělem, přenáší váhu z nohy na nohu, převaluje se z boku na bok nebo se kýve v sedě.	X	
70.	Dítě samo sebe zraňuje nebo zraňování naznačuje (štípe se, kouše se, tluče hlavou, bouchá samo sebe).	X	
71.	Dítě je občas agresivní na druhé (kope, škrábe, tahá za vlasy apod.)		X
72.	Dítě je výrazně hyperaktivní – živé, neklidné, chvíli neposedí.	X	
73.	Dítě se nedokáže vzhledem ke svému věku soustředit, je roztěkané, nevydrží delší dobu sedět či pracovat.		X
74.	U dítěte je patrný velmi výrazný negativismus (mnoho věcí a činností odmítá, vzteká se, je obtížné dítě přimět ke spolupráci).	X	

Vyhodnocení dotazníku DACH

Spočítejte souhlasné odpovědi, převed'te je na procenta (= **děleno 74x100**) a srovnajte s tabulkou, která udává průměrný počet kladných odpovědí u jednotlivých diagnóz.

Přesnější výpočet % při nevyplněných odpovědích nebo nemluvicích dětí – počet položek ano minus nevím nebo nevyplněných odpovědí **děleno 65x100**

Děti, které obdržely diagnózu PAS, mají zhruba 50% souhlasných odpovědí.

U dětí s 30% souhlasných odpovědí se může jednat o hraniční symptomatiku.

Orientační průměrná procenta a průměrný počet kladných odpovědí u jednotlivých diagnostických skupin.

skupina	% kladných odpovědí	Děti mluvící	Děti nemluvicí
Dětský autismus	54	39 položek	35 položek
Atypický autismus	47	35 položek	31 položek
Aspergerův syndrom	57	42 položek	
Autistické rysy, které nebyly diagnostikovány jako autismus	30	22 položek	20 položek
Děti s MR	23	17 položek	15 položek
Děti bez vývojových obtíží	5	4 položky	3 položky
Stanovený práh citlivosti na dg. PAS	35	26 položek	23 položek

Dotazník DACH-R: Dětské autistické chování (Thorová, 2003; Šporclová, 2015)

Příloha č. 11. - Australské hodnocení Aspergerova syndromu (A.S.A.S.)

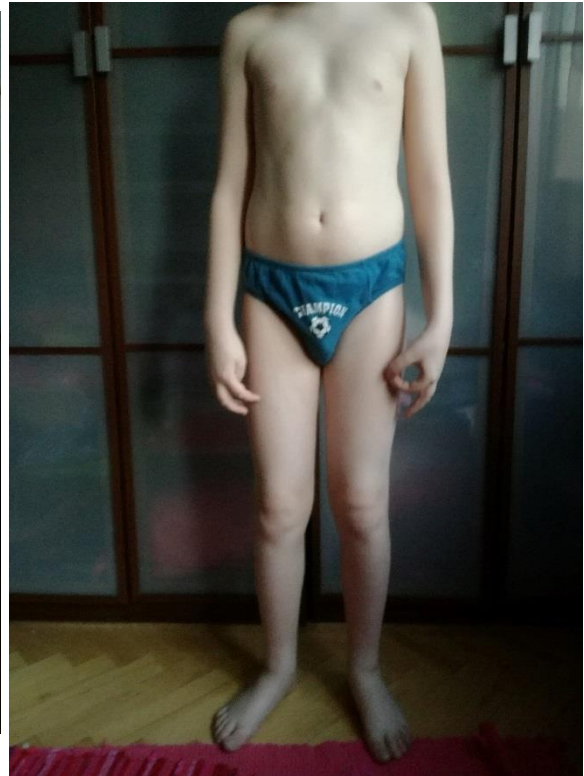
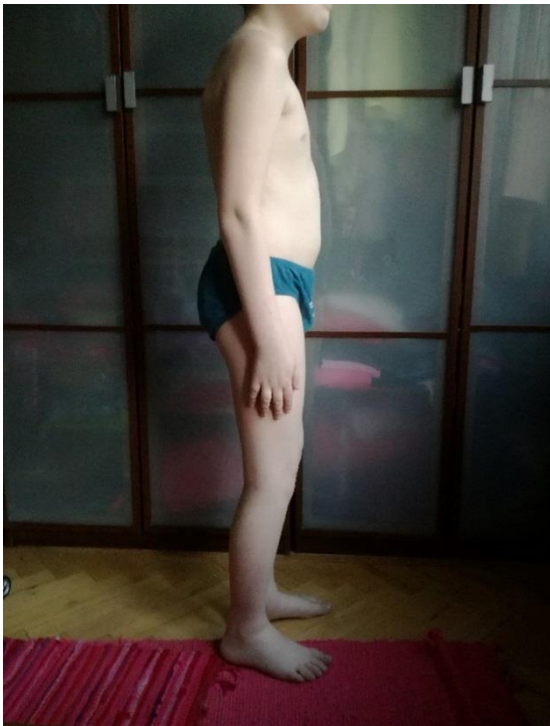
A. Sociální a emoční schopnosti		
1.	Dítě si nedokáže hrát s ostatními dětmi. Nechápe např. nepsaná pravidla sociální hry.	0-1-2-3-4- 5 -6 zřídka často
2.	Vyhýbá se ve svém volném čase kontaktu s dětmi (např. v době školní přestávky)? Uchyluje se do ústraní nebo se věnuje nějaké jiné samostatné činnosti?	0-1-2- 3 -4-5-6 zřídka často
3.	Dítě si neuvědomuje sociální konvence a nepsaná pravidla chování či má nevhodné poznámky a reakce. Nechápe, že svými osbními poznámkami může někoho urazit nebo se ho dotknout.	0-1-2-3-4-5- 6 zřídka často
4.	Projevuje se u dítěte nedostatek empatie (tj. schopnosti chápat pocity druhých lidí)? Dítě nechápe, že díky omluvě se druhý člověk může cítit lépe.	0-1-2-3-4-5- 6 zřídka často
5.	Domnívá se dítě, že ostatní automaticky znají jeho myšlenky, prožitky a názory? Dítě si například neuvědomuje, že nemůžete vědět o určité události, protože jste v té chvíli nebyli přítomni.	0-1-2-3-4- 5 -6 zřídka často
6.	Potřebuje dítě nadměrně ujišťovat a uklidňovat, pokud dojde ke změně události či se mu něco nedaří?	0-1-2-3- 4 -5-6 zřídka často
7.	Dítě nedokáže s dostatečnou citlivostí a jemností vyjádřit správné emoce. Radost, cit, náklonnost a žal projevuje v nepřiměřených situacích.	0-1-2-3-4- 5 -6 zřídka často
8.	Vyjadřuje dítě emoce s nepřiměřenou intenzitou? Nechápe například, že míra citového vyjadřování je vůči různým lidem odlišná?	0-1-2-3-4- 5 -6 zřídka často
9.	Dítě projevuje nezájem o soutěže, kolektivní sporty, společenské hry a aktivity.	0-1-2-3-4-5- 6 zřídka často
10.	Je dítě lhostejné vůči módním výstřelkům vrstevníků? Nevyžaduje stejné hračky či oblečení?	0-1-2- 3 -4-5-6 zřídka často
B. Komunikační dovednosti		
11.	Bere dítě všechny výroky doslovně? Například nerozumí výrokům jako „plivnout si do dlaní“, „pohled zabíjí“ apod.?	0-1-2-3- 4 -5-6 zřídka často
12.	Všimli jste si u dítěte neobvyklého tónu hlasu? například mluví jakoby s cizím přízvukem nebo řeč působí monotónně, protože dítě nedává důraz na klíčová slova?	0-1-2- 3 -4-5-6 zřídka často
13.	Stává se, že dítě nemá při konverzaci zájem o to, co říkáte? Nezajímají ho podrobnosti, ani vaše názory na dané téma?	0-1-2-3-4- 5 -6 zřídka často
14.	Používá při rozhovru méně očního kontaktu, než je obvyklé.	0-1-2- 3 -4-5-6 zřídka často
15.	Působí jeho slovní vyjadřování pedanticky či puntičkářsky? Mluví například velmi formálně nebo jako „chodící slovník“?	0-1-2- 3 -4-5-6 zřídka často
16.	Má dítě problém usměrňovat konverzaci? Je-li zmateno, nezeptá se na objasnění, ale obrátí řeč na oblíbené téma, nebo mu velmi dlouho trvá, než vymyslí odpověď?	0-1-2-3-4-5- 6 zřídka často
C. Kognitivní dovednosti		
17.	Čte knížky především především pro získání informací? Nadšeně čte encyklopedie a vědecké knihy aniž by ho zajímala beletrie (např. dobrodružné příběhy).	0-1- 2 -3-4-5-6 zřídka často
18.	Má výjimečnou dlouhodobou paměť na určité události a fakta? Vzpomene si například na značku sousedova auta nebo si jasně vybavuje situace, které nastaly před mnoha lety?	0-1-2-3-4-5- 6 zřídka často
19.	Projevují se u dítěte problémy v sociální fantazijní hře? Nepřibírá ostatní děti do vlastní fantazijní hry či nechápe hry ostatních dětí na „jako, že..“?	0-1-2-3- 4 -5-6 zřídka často

D. Specifické zájmy		
20.	Projevuje se u dítěte silné zaujetí pro určité téma či věci? Sbírá o něm horlivě veškeré dostupné informace?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
21.	Je přehnaně rozrušené, když dojde k nějaké neočekávané změně v běžné situaci? Je například na dítěti patrná tenze, pokud jde do školy jinou cestou?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
22.	Vytvořilo si složité, dopodrobna prováděné každodenní činnosti a rituály, které musí být dokončeny? Například rovná hračky do řad před tím, než jde do postele.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
E. Pohybové schopnosti		
23.	Pozorovali jste u dítěte špatnou koordinaci pohybů? Dítě například nedokáže obratně chytit míč.	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
24.	Pozorovali jste u dítěte při běhu zvláštní držení těla?	0-1-2-3-4-5-6 zřídka často
F. Další charakteristiky		
a.	Neobvyklý strach, stres při: běžných zvucích, například při zapnutí elektrického přístroje, <u>lehkých dotecích na kůži a na hlavě,</u> <u>nošení určitých částí oděvu,</u> <u>neočekávaném hluku,</u> <u>spatření některých předmětů,</u> pobyt v hlučných prostorách zaplněných lidmi (např. obchody)	
b.	Tendence třepat a kývat se, když je dítě rozrušené nebo ve stresu	
c.	<u>Nedostatečné vnímání bolesti.</u>	
d.	Pozdě získaná řeč	
e.	<u>Neobvyklé grimasy a tiky v obličeji.</u>	

Dotazník A.S.A.S: Australské hodnocení Aspergerova syndromu (Garnett, Attwood, 1995)

Příloha č. 12. - Aspekce pacienta

Pohled na pacienta z boku



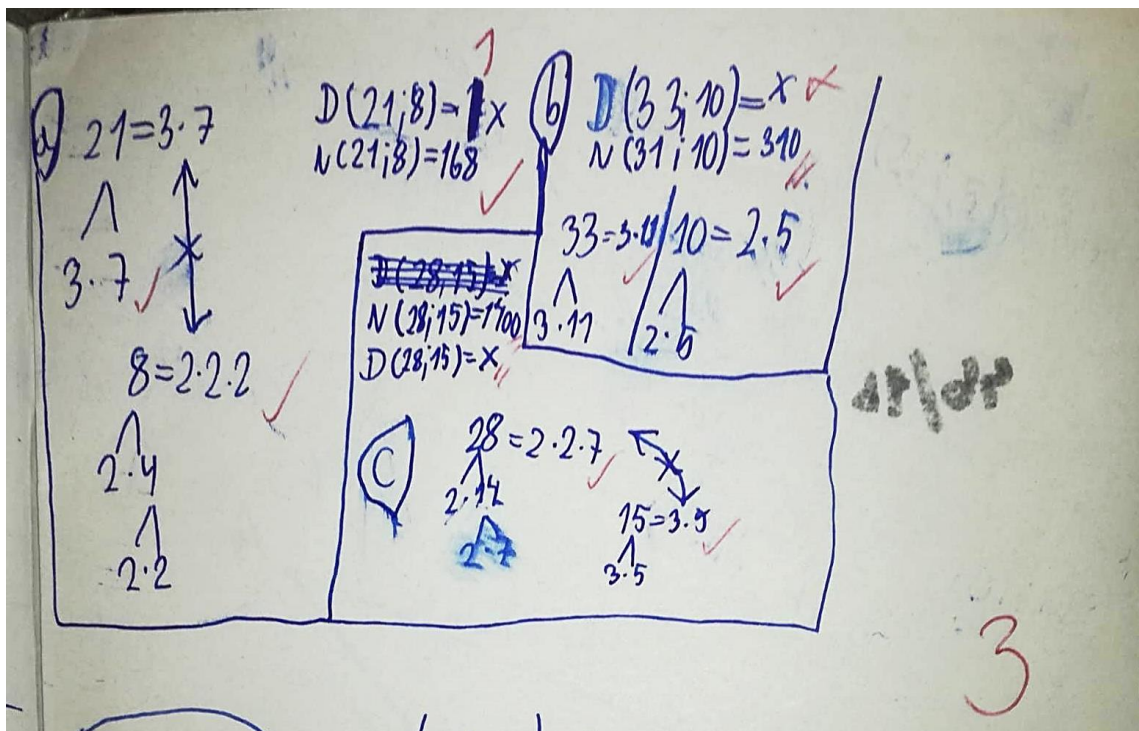
Pohled na pacienta zepředu



Pohled na pacienta zezadu

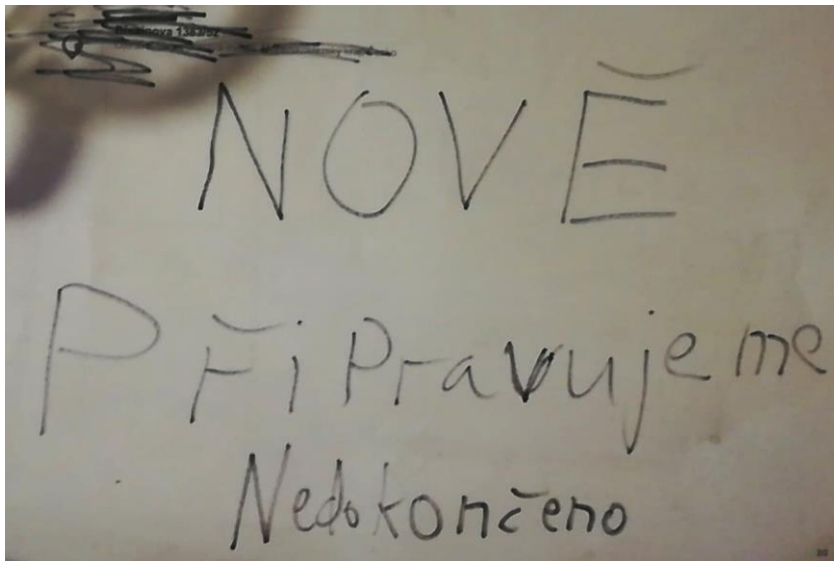
Obrázek 6.21.-23. Foto pacienta (Švecová, 2017)

Příloha č. 13. - Ukázka psaní do čtverců

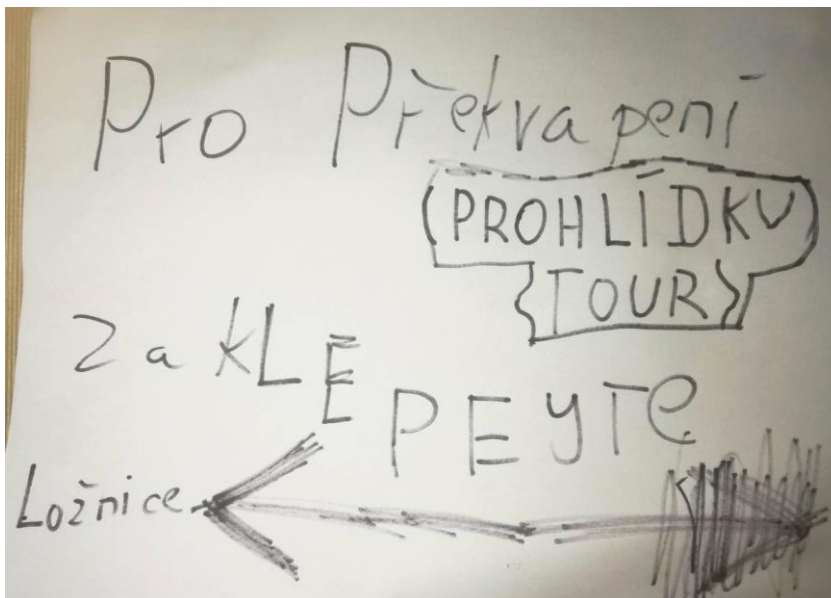


Obrázek 6.24. Foto zápisu pacienta do čtverců (Pacient, 2017), foto: (Autor, 2017)

Příloha č. 14. - Psaný projev



NOVĚ
Připravujeme
Nedokončeno



Pro Překvapení
(PROHLÍDKU)
{TOUR}
Za KLĚPEYTE
Ložnice ←

Obrázek 6.25.-26. Písmo pacienta (Pacient 2017), foto: Autor (2017)

Příloha č. 15. - Analýza činnosti: proces oblékání

Jednotlivé kognitivní komponenty v procesu oblékání

K provedení činnosti je zásadní komponentou motivace a vůle pacienta.

Jednotlivé kroky činnosti	Senzomotorické komponenty	Kognitivní komponenty
Zhodnotit počasí	Visuální, sluchová percepce	Iniciace akce Orientace časem, místem, prostorem Řešení problému Generalizace
Vytvořit plán oblečení		Iniciace Paměť Generalizace Plánování Rozhodování
Jít ke skříni	Svalový tonus a svalová síla Propriocepce Tělesné schéma Kinesthesie Vnímání hloubky Kontrola postury	Iniciace pohybu Prostorová orientace
Výběr oblečení	Taktilní, visuální percepce Tělesné schéma Pravolevá diskriminace Stálost tvarů Lateralita Pozadí	Rozpoznávání Pozornost Orientace Paměť Kategorizace Ukončení aktivity
Samotné oblékání	Praxie Lateralita Jemná motorika(knoflíky) Taktilní percepce Tělesné schéma Křížení středové osy	Správné řazení Paměť Ukončení aktivity

Tabulka 6.3. Analýza činnosti. (vypracováno na podkladě výukových materiálů od A. Čábelkové z roku 2015 sestavil (autor,2017))

Je důležité si uvědomit, že u všech kroků oblékání je potřeba ze senzorních komponentů zpracování a třídění stimulů. Stejně tak jako člověk potřebuje být při vědomí při vykonávání aktivit. Z psychosociálních funkcí je nejdůležitější časový management, který provází celý proces oblékání a závěrečné zhodnocení splněné činnosti.

Adaptace: systematické ukládání oblečení, vytvoření procesuálního schématu

Stupňování: času, verbálního vedení

Příloha č. 16. - Kresba lidské postavy



Obrázek 6.24. Kresba postavy pacientem ((*Pacient*, 2017) (foto: *Autor*, 2017))