

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Anna Dlabáčková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Anna Dlabáčková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**MONOSTI ERGOTERAPIE U OSOB
S ASPERGEROVÝM SYNDROMEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Rita Firýtová

PLZEŇ 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2017

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Ritě Firýtové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a připomínek při jejím vypracování.

Ráda bych taktéž poděkovala všem terapeutům a rodičům, kteří se mnou spolupracovali.

V neposlední řadě děkuji i své rodině a příteli za podporu při studiu.

Anotace

Příjmení a jméno: Dlabáčková Anna

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Možnosti ergoterapie u osob s Aspergerovým syndromem

Vedoucí práce: Mgr. Rita Firýtová

Počet stran: číslované: 67, nečíslované: 12

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: ergoterapie, Aspergerův syndrom, nácviky sociálních dovedností, instrumentální všední denní činnosti

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřená na diagnózu Aspergerův syndrom a jeho terapeutické ovlivnění zejména z pohledu ergoterapeuta. Obsahuje teoretickou a praktickou část.

Teoretická část uvádí popis Aspergerova syndromu jeho historii, příčiny, projevy a diagnostiku. Dále uvádí popis typů Aspergerova syndromu a možnosti léčby se zaměřením na ergoterapeutické intervence.

V praktické části jsou stanoveny tři hypotézy a zpracovány tři kazuistické studie. Druhou část tvoří dotazníkové šetření vztahující se ke třetí hypotéze.

Výsledky bylo zjištěno, že nácviky sociálních dovedností jsou přínosné pro osoby s AS v každém věku. Pomáhají zvládnout běžné denní situace, ve kterých si dříve nevěděli rady nebo reagovali neadekvátně. U dětí navíc přispívají k redukci stresu a psychického napětí. Ergoterapeutické metody podporují větší samostatnost klienta v IADL – pomocí prvků strukturovaného učení lze dosáhnout větší soběstačnosti.

Annotation

Surname and name: Dlabáčková Anna

Department: Physiotherapy and Occupational therapy

Title of thesis: Options of Occupational Therapy in Persons with Asperger's Syndrome

Consultant: Mgr. Rita Firýtová

Number of pages: numbered 67 , unnumbered 12

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 23

Key words: Occupational therapy, Asperger's syndrome, Training of Social Skills, IADL

Summary:

This thesis is focused on the diagnosis of Asperger's Syndrome and its therapeutic influence especially from the perspective of Occupational Therapist. The thesis is divided into two parts – a theoretical one and a practical one.

The theoretical part deals with Asperger's syndrome, its history, causes, symptoms, and diagnostics. Further it gives a description of types of Asperger's Syndrome and options of treatment options focusing on occupational therapy interventions.

There are stated three hypothesis and there are processed three case reports in the practical part. The second part consists of survey relating to the third hypothesis.

Each hypothesis were confirmed.

Using the results it has been found, that social skills training are beneficial for people with AS of all ages. The training helps them cope with everyday situations, in which they didn't know how to behave or they responded inadequately. It also contributes to the reduction of children's stress. Occupational therapy methods support clients to be more independent in IADL – using the elements of structured learning they can achieve greater self-sufficiency

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE	11
2 PŘÍČINY	13
3 PROJEVY.....	16
3.1 Sociální interakce.....	16
3.1.1 Hra.....	17
3.1.2 Přátelství.....	17
3.2 Komunikace	19
3.2.1 Neverbální komunikace	19
3.2.2 Emoce.....	19
3.2.3 Oční kontakt	20
3.2.4 Verbální komunikace	20
3.3 Zájmy a rituály	21
3.4 Motorická neobratnost	23
3.5 Kognice	24
3.5.1 Vnímání a pozornost	24
3.5.2 Myšlení.....	25
3.5.3 Paměť	25
3.5.4 Představitost	25
4 DIAGNOSTIKA.....	26
5 DALŠÍ PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	28
5.1 Dětský autismus	28
5.2 Atypický autismus	28
5.3 Rettův syndrom.....	29
5.4 Jiná dětská dezintegrační porucha	29
5.5 Jiné pervazivní vývojové poruchy	30
5.6 Autistické rysy	30

6	LÉČBA	32
6.1	Farmakoterapie	32
6.2	Strukturované učení, TEACCH program.....	32
6.3	Behaviorální přístupy, ABA terapie	33
6.4	SON-RISE terapie.....	34
6.5	Skupinové nácviky sociálních dovedností	35
6.6	Relaxační techniky.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
7	CÍL PRÁCE.....	37
8	HYPOTÉZY	37
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	38
10	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
11	KAZUISTICKÉ PŘÍPADOVÉ STUDIE	40
11.1	Kazuistická studie č. 1	40
11.2	Kazuistická studie č. 2	48
11.3	Kazuistická studie č. 3	53
12	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	58
12.1	Tabulky a grafy k dotazníkovému šetření.....	58
	DISKUZE	63
	Diskuze k hypotéze č. 1	63
	Diskuze k hypotéze č. 2	64
	Diskuze k hypotéze č. 3	64
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	68
	SEZNAM ZKRATEK	70
	SEZNAM TABULEK	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73
	PŘÍLOHY	74

ÚVOD

Během sociálního vývoje se jedinec postupně začleňuje do společnosti – osvojuje si sociální normy, hodnoty a role a učí se je uplatňovat v různých situacích. U osob s Aspergerovým syndromem se však projevuje tzv. sociální dyslexie.

V České republice žije v současné době více než 35000 lidí s Aspergerovým syndromem. Tato diagnóza je mnohem běžnější než běžný dětský autismus nebo jiná porucha autistického spektra. Navenek se jeví jako lidé, kterým Aspergerův syndrom diagnostikován nebyl, ale při bližším poznání, především ve větším kolektivu, může odlišnosti pozorovat i laik. Hranice mezi vysoce funkční formou Aspergerova syndromu a chováním, které lze považovat za širší normu, je kvůli ohromné variabilitě syndromů téměř nemožné. Není tedy překvapením, že mezi „populací bez diagnózy“ žije mnoho lidí spokojeným životem, kteří by splňovali diagnostická kritéria této poruchy.

Někteří odborníci přisuzují diagnózu Aspergerova syndromu dokonce i některým slavným osobnostem z minulosti. Známy je například případ Alberta Einsteina. Kromě něj by tuto diagnózu v současnosti získal pravděpodobně také Isaac Newton, Michelangelo Buonarroti, Jonathan Swift nebo Vincent van Gogh.

Hlavní příznaky tohoto syndromu se nazývají tzv. triáda příznaků. Jedná se o neobratnost v sociálních vztazích, problémy v komunikaci a specifické zájmy a rituály. Častá je také smyslová přecitlivělost, motorická neobratnost a problémy s pozorností.

Primární příčina není dosud známa. Léčba se tedy zaměřuje na vnější projevy a příznaky. Využívá se metoda strukturovaného učení, aplikovaná behaviorální analýza, terapie volbou neboli Son-Rise program a mimo jiné také nejrůznější relaxační techniky.

Kromě obtíží v sociálním kontaktu přináší sociální dyslexie také řadu dalších problémů. Selhání v učení sociálním dovednostem vede k izolaci, k pocitu samoty, k frustraci, pocitu odmítnutí a k malému sebevědomí. Jedinci s Aspergerovým syndromem často trpí depresemi, úzkostí nebo sebepodceňováním.

Toto téma bylo zvoleno pro velmi malé povědomí o této diagnóze. Z poruch autistického spektra většinu lidí první napadne dětský autismus. Další z důvodů pro výběr je nedostatek informací v české literatuře o ergoterapii vztahující se k této diagnóze. Velkou motivací pro zpracování tohoto tématu byla také přítomnost této diagnózy v nejbližším okolí autora práce.

Cílem práce je prostudování odborné literatury vztahující se k danému tématu, načerpání a ucelení informací o problematice u diagnózy Aspergerův syndrom a vlivu jeho projevů na soběstačnost dětí i dospělých s AS. Také by autor chtěl zohlednit prostředky a metody využívané v ergoterapii při práci s touto diagnózou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

Poruchy autistického spektra (dále PAS) se objevují už daleko v historii.

Děti, které by dnes pravděpodobně byly diagnostikovány jako autistické, byly v Hippokratově době označovány za „svaté děti“, ve středověku naopak za děti posedlé d'áblem či uhranuté.

Někteří odborníci se domnívají, že i mnohé nalezené děti (tzv. vlčí děti) ... byly primárně autistické.

Na přelomu 19. a 20. století bylo zmíněno více případů, které by svým popisem v dnešní době odpovídaly PAS. Byly nazývány různě – zvláštní případ echolalie (M. Barr), Downův syndrom (L. Down), dementia infantilis (T. Heller; která v dnešní době odpovídá dezintegrační poruše), děti „zapomnětlivé k osobám (Gessel) nebo dětská schizofrenie (L. Benderová).

V roce 1943 nastal klíčový zlom v historii PAS. Americký psychiatr Leo Kanner uveřejnil svůj článek „Autistic Disturbances of Affective Contact“ (Autistická porucha afektivního kontaktu) o pozorování dětí, které v chování vykazovaly množství společných znaků, ale nesplňovaly diagnostická kritéria žádné do té doby známé kategorie psychických onemocnění. Pan Kanner o nich napsal: „...přišly na svět s neschopností navázat citový kontakt, stejně jako jiné děti přicházejí na svět s intelektovým nebo fyzickým deficitem.“ (Thorová, 2006, str. 36) Popisoval je jako extrémně osamělé a uzavřené ve svém vlastním světě. „Více než o lidi se zajímají o věci, Nereagují na volání jménem a nerušeně pokračují ve své činnosti. Vyhýbají se očnímu kontaktu a nikdy se nedívají do obličeje. Konverzace, která probíhá v blízkosti dítěte, je nevyrušuje. Pokud osoba chce na sebe upoutat pozornost, musí zašlápnout nebo sebrat objekt, se kterým si dítě hraje. Objeví se vztek, ale ne na osobu, která to udělala, nýbrž na konkrétní chodidlo nebo ruku. Na osobu se nepodívají, nepromluví.“ (Thorová, 2006, str. 36) Kanner předpokládal, že se tyto děti narodily s dobrým kognitivním potenciálem. Většina dětí má průměrné nebo nadprůměrné IQ, ale v psychomotorických testech dosahují slabých výsledků.

Následující rok (tedy 1944) vyšel nezávisle na Leo Kannerovi článek vídeňského pediatra Hanse Aspergera „Autistische Psychopathen im Kindersalter“ (Autističtí

psychopati v dětství) o syndromu s podobnými projevy. Hans Asperger tento syndrom považoval za poruchu osobnosti. „*U dětí popisoval potíže v sociálním chování, zvláštnosti v komunikaci při bohatě rozvinuté řeči, vysokou míru intelektu, motorickou neobratnost a ulpívavé, omezené zájmy.*“ (Thorová, 2007, str. 7)

V roce 1949 na mezinárodním kongresu speciální pedagogiky v Amsterdamu vystoupil Asperger s referátem „*Obraz a sociální hodnocení autistických psychopatií*“. Přednáška se zabývala odlišnostmi jím objeveného syndromu a Kannerova autismu. Kanner popisoval děti, které měly spíše těžší formu autismu, zatímco Hans Asperger se věnoval dětem s mírnějšími formami poruchy.

Pojem Aspergerův syndrom (dále AS; namísto „*autistické psychopatie*“) poprvé použila v roce 1981 britská lékařka Lorna Wingová. Významně se zasloužila o rozšíření poznatků z psychopatologie PAS. Wingová popisuje u AS tyto klinické symptomy: nedostatek empatie; naivní, nepřiměřenou, jednostrannou interakci; malou nebo žádnou schopnost dosáhnout přátelství; pedantskou, opakující se řeč; chudou neverbální komunikaci; ulpívavý zájem o určité předměty, neobratné pohyby; problematickou motorickou koordinaci a zvláštní držení těla. (Thorová, 2006)

Světová zdravotnická organizace v roce 1992 přijala AS do svého klasifikačního systému ICD-10 pod označením FF84.5. (Preißmann, 2010)

2 PŘÍČINY

Zpočátku – pod vlivem psychoanalytického směru – se věřilo, že hlavní příčina je v nesprávné výchově rodiči. (Čadilová & Žampachová, 2008) Odborníci předpokládali, že rodiče autistů jsou chladní, uzavření lidé, kteří se svému potomkovi dostatečně nevěnují, což mělo dopad nejen na psychiku dítěte, ale také rodičů. Následkem byly rozvrácené rodiny, když si rodiče navzájem kladli za vinu potíže dítěte, a také vytržení dítěte z rodinného prostředí, aby se zabránilo negativním vlivům ze strany rodičů. Děti byly často umístovány do ústavní péče, kde byla jejich výchova a vzdělávání odsunuta na vedlejší kolej.

Teorie, že každé dítě je první tři měsíce svého života autistické, a následně pod vlivem vřelé výchovy „z toho vyroste“, se objevila v padesátých letech.

Teprve v padesátých letech začala odborná veřejnost více zvažovat jiné příčiny.

Kognitivní psychologie se zaměřovala na duševní pochody – myšlení, paměť a pozornost. Ve druhé polovině 20. století se vytvořil také behaviorální proud – základem byla myšlenka, že „*psychické poruchy ... jsou zejména naučenými reakcemi.*“ (Čadilová & Žampachová, 2008, str. 16) V 60. letech behavioristé začali zajímat o subjektivní zkušenosti jedince. Využívaly se metody jako kognitivně-behaviorální intervence a modely strukturovaného učení, ze kterých se později vyvinul program TEACCH.

V roce 1964 byla v knize amerického psychologa Bernarda Rimlanda *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior* autistická porucha definována jako neurobiologická porucha organického původu. B. Rimland odmítal vinu rodičů.

Zkoumalo se také socioekonomické prostředí, ve kterém děti žijí. V sedmdesátých letech studie prokázala, že socioekonomické prostředí nemá na výskyt pervazivních poruch vliv.

K rozvoji neuropsychologie a neuropsychiatrie dochází společně s rozšířením významu a chápání mozkových poruch. Rozlišování psychických a mozkových poruch se s postupujícími znalostmi stírá.

Potvrzení organické příčiny poruch autistického spektra odstartovalo řadu především biologických, lékařských a biochemických výzkumů v oblasti neuroanatomie, neurochemie, genetiky, neuropsychiatrie a neuropsychologie. Variabilita projevů poruch

autistického spektra však výzkum velmi ztěžuje a je příčinou velmi různorodých vědeckých závěrů.

Neurobiologové Ornitz a Ritvo došli k závěru, že se jedná o poruchu percepční integrace. Tento deficit inhibuje porozumění prostředí a má za následek, že se neobjeví ani řeč. Když je chybná percepce, nemůže být vytvořen základ pro další kognitivní vývoj.

Pribramova teorie z roku 1970 říká, že autistické děti vykazují chování charakteristické pro poškození mozku ve frontolimbické korové oblasti. Základem defektu je podle této teorie porucha krátkodobé paměti, a proto autistické dítě nemůže plnit kognitivní úkoly a navazovat vztahy. To, že děti s PAS působí jako hluché, je způsobeno tím, že nejsou schopny sluchový signál podržet v paměti delší dobu, a proto preferují vizuální podněty před sluchovými. Hlavním problémem je neschopnost kódovat, uchovávat a efektivně zpracovávat sluchové signály.

Některé děti dokonce nemusí vykazovat nejmenší znaky neurologického postižení, ale přesto v určitých oblastech mozku mohou existovat malfunkční oblasti. Zasažena mohou být centra řeči nebo limbická asociační oblast, tedy místa, kde porucha ještě není identifikovatelná standartními druhy neurologických vyšetření.

Výzkumy se také zaměřily na souvislosti s neurochemickými procesy v mozku. V osmdesátých letech byly zkoumány vztahy patogeneze PAS k látkám jako je serotonin, dopamin, norepinefrin, peptidy a další látky.

Na přelomu století se odborníci přikláněli k vývojovému neurobiologickému modelu příčiny vzniku PAS. Teorie říká, že z dosud neprokázaných příčin dochází po uzavření neurální trubice u plodu k poškození vyvíjejícího se mozku. Postupný vývoj mozku v průběhu těhotenství je tak kaskádovitě narušen – od založení mozkového kmene, přes dysfunkci cerebelárně-limbických funkcí potřebných ke kódování přijímaných informací a intuitivní interaktivní časné učení. (Komárek, 2004)

Osmdesátá a devadesátá léta dvacátého století vedla ke střetu dvou silných psychických teorií snažících se vysvětlit příčiny PAS. Jedna skupina se přikláněla k teorii mysli, kdy předpokládali, že porucha sociální interakce je důsledkem poruchy myšlení. Druhá skupina vychází z emoční teorie vzniku PAS. Za primární problém považovali neschopnost zapojit se do základní sociální interakce s druhými lidmi.

Postupem času dochází k integraci obou teorií.

S PAS bývala spojována také tzv. střevní teorie. Gastroenterolog Wakefield zkoumal spojitost mezi chronickými gastrointestinálními potížemi a PAS. Podle jeho teorie dojde důsledkem očkování k zánětu tenkého a tlustého střeva, načež se toxiny, které ve střevech vznikají, dostanou do krve a poškodí mozek tak, že vznikne porucha. Tato teorie nikdy nebyla prokázána.

O genetických faktorech podílejících se na vzniku PAS uvažovali již Kanner i Asperger, nicméně až výzkumy probíhající od sedmdesátých let v oblasti genetiky potvrdily spojitost PAS s různými chromozomovými abnormalitami. S největší pravděpodobností jsou PAS poruchou, kterou nezpůsobuje jeden specifický gen, ale genetika velmi ovlivňuje nástup a vážnost poruchy. (Thorová, 2006)

V současnosti se odborníci přiklánějí k několika teoriím.

Genetická podmíněnost se potvrzuje především u jednovaječných dvojčat, kdy je pravděpodobnost autistických projevů 60-90%. (Vágnerová, 2004) Také se mohou objevit mírnější projevy u rodičů nebo v širším příbuzenstvu „*(drobné zvláštnosti v chování, horší sociální dovednosti, řečová a komunikační neobratnost, úzkostné nastavení, plachost, introverze, pedantismus, poruchy aktivity a pozornosti, specifické poruchy učení)*“. (Thorová, 2006, str. 52). Chromozom X je považován za velmi důležitý – porucha postihuje častěji děti mužského pohlaví.

Biologický základ PAS je funkční či morfologická změna mozku (mozkové kůry, limbického systému, mozečku, basálních ganglií a corpus callosum), není však specifikovaná určitá oblast, která je za vznik PAS odpovědná. Mezi jednotlivými částmi mozku se vytváří menší počet asociačních oblastí, než je obvyklé. Odborníci se domnívají, že určité změny mohou vznikat již v embryonálním vývoji – následně se vytváří řada poruch oblastí vyvíjejících se v závislosti na vývojově starších oblastech. Stále však není známa primární příčina změn.

Neurochemické odlišnosti CNS (centrální nervové soustavy) mohou s rozvojem PAS rovněž souviset. U takto postižených dětí byla zjištěna porucha serotoninergního a dopaminergního systému, a dysfunkce systému endogenních opioidů. (Vágnerová, 2004)

3 PROJEVY

Jedinci s AS se navenek jeví jako běžná většinová populace. Společnost je proto vnímá jako běžné jedince. Rozdílů si ostatní většinou všimnou až při bližším kontaktu a odsoudí tyto osoby jako „divné, egoistické, arogantní, netaktní“ apod.

Odborníci stanovili přibližnou škálu funkčnosti osob s Aspergerovým syndromem. Jedinci s mírnějšími projevy a vyšší mírou adaptability spadají do kategorie vysoce funkční, naopak těžší projevy jedince řadí do kategorie nízko funkční. Podrobnější popis těchto kategorií lze najít v knize *Poruchy autistického spektra* (Thorová, 2006, stránky 190-192) nebo *Výjimečné děti* (Thorová, 2007, stránky 17-20).

Nejvýraznější problémy se vyskytují v oblastech sociální interakce a komunikace. Pan Kaufman (2016) ve své knize zdůrazňuje, že „*autismus není porucha chování, ale porucha společenských vztahů*“. Odlišné chování jsou pouze projevy této poruchy.

3.1 Sociální interakce

Během sociálního vývoje se jedinec postupně začleňuje do společnosti – osvojuje si sociální normy, hodnoty a role a učí se je uplatňovat v různých situacích. (Čadilová & Žampachová, 2013) U osob s Aspergerovým syndromem se projevuje tzv. sociální dyslexie. (Thorová, 2007) „*Selhání v učení sociálním dovednostem vede k izolaci, k pocitu samoty, k frustraci, pocitu odmítnutí a k malému sebevědomí.*“ (Patrick, 2011, str. 37)

Děti s AS kontakty s vrstevníky nevyhledávají, jsou spíše samotářské a introvertní, zaměřené na sebe.

V období adolescence zájem o společenské kontakty roste, chtějí navazovat přátelství. Dítě s AS se však musí naučit něco, co ostatní děti chápou přirozeně – sociální a emoční dovednosti. Trpí tzv. sociální slepotou, „*není schopen vcítit se do stavů někoho jiného a představit si určitou situaci očima druhé osoby*“ (Boyd, 2011, str. 28), a proto se stává společensky odmítaný. Je třeba tyto schopnosti rozvíjet, aby byl schopen plnohodnotně se zapojit do společnosti.

Děti s PAS se mohou podle svého sociálního chování zařadit do čtyř kategorií – osamělý typ, pasivní typ, aktivní typ nebo typ formální. (Blíže je tato typologie popsána v příloze 3.)

Upřímnost a přímost jsou součástí chování těchto jedinců. Problém je, že pravidla společenského chování, jsou někdy v rozporu s upřímností. V určitých situacích používáme milosrdné lži, neříkáme to, co si skutečně myslíme (takt) a mluvíme o věcech, které nás ve skutečnosti vůbec nezajímají. Existuje také mnoho komplexních a nepsaných pravidel, závislých na kontextu a situaci, které většina automaticky respektuje, ale člověk s AS je potřebuje nejprve zjednodušit a vysvětlit. Ve chvíli, kdy určité pravidlo pochopí a přijme, vyžaduje jeho neustálé dodržování, čímž se také vyčleňuje z kolektivu.

Je velmi důležité dítěti objasnit pojem šikany. Díky své odlišnosti a určité naivitě se často stávají jejím terčem. Dítě musí vědět, co je to šikana, jaké jsou její druhy, jak se může bránit a kdo ji má řešit. Je také dobré zdůraznit rozdíl mezi šikanou a šikádlením, žertováním. Doslovná Aspergerovská interpretace a nepochopení kontextu vede k zmatenosti a větší úzkosti (někdy až k agresivitě).

Dítě s AS může být silně náchylné k vzteku (snadno se dostane do afektu po zdánlivě malé provokaci) nebo naopak naprosto flegmatické (nedokáže ho rozzlobit nic). Aspergerovský afekt bývá extrémní, nepředvídatelný, nerozumný, nekontrolovatelný. Dítě se potřebuje naučit situace, které vztek a úzkost vyvolávají, zvládnout jiným způsobem než afektem a agresivitou. (Boyd, 2011)

3.1.1 Hra

Hra je nejpřirozenější aktivita dítěte. (Zelinová, 2007) Je jedním z nejdůležitějších a nejranějších prostředků pro začlenění dětí do kolektivu. (Čadilová & Žampachová, 2013)

Děti s AS upřednostňují společnost výrazně starších, nebo naopak mladších dětí. Kontakty s vrstevníky pro ně nejsou do určitého věku příliš důležité. Vystačí si samy.

Některé volí roli pozorovatele. Je pro ně složité se přizpůsobovat a přijímat názory druhých, proto se raději nezapojují do her ostatních a nepouští ostatní děti k sobě. Zapojí-li se do hry, „*zpravidla se u nich projevuje tendence všechno řídit*“ (Attwood, 2005, str. 35) a kontrolovat. „*Dítě samo sebe nevnímá jako člena skupiny, sleduje hlavně své zájmy a záliby...*“ (Attwood, 2005, str. 36)

3.1.2 Přátelství

Jak bylo již výše zmíněno, s postupujícím věkem se u dítěte vyvíjí postoj k navazování kontaktů a přátelství.

První náznaky přátelství začínají v předškolním věku, kdy si děti začínají hrát kooperativně a půjčovat si hračky.

V dalším stádiu (pět až osm let) si již uvědomují určité povahové rysy vhodné pro přátelství (spolehlivost, ochota pomoci) a také, že přátelství nemůže být jednostranné – je třeba určitá vzájemnost. Dítě s AS se musí naučit, že kamarádovi by měl říkat pozitivní věci, zajímat se o něj a projevit mu ochotu pomoci.

Přátelství období devíti až třinácti let (před začátkem samotného dospívání) je typicky „*mezi jedinci stejného pohlaví, ... je založeno na základě podobnosti, stejných názorech a na citové podpoře...*“ Stále důležitější je také názor okolí. V tomto období vznikají tzv. opravdová přátelství – takoví přátelé „*bývají nerozluční, sdílí svoje nejnítější starosti a radosti.*“ (Attwood, 2005, str. 50) Děti a dospívající s AS potřebují příležitost setkávat se s vrstevníky, kteří mají podobné zájmy a umí podobné věci. Musí se naučit, co znamená někomu se svěřit, naslouchat a rozpoznávat pocity druhých. Pokud se Aspergerovi podaří navázat přátelství a ono skončí, bývají silně poznamenáni. (Attwood, 2005)

Jedinci s AS mají zkreslenou představu o přátelství. Často vyžadují návod, jak přítele získat a jak se k němu chovat. Je nutné jim vysvětlit, jaké chování je přátelské a jaké nikoliv (zneužívání, zesměšňování, šikana), ať už jejich nebo druhých.

Čtvrté stádium spadá do období adolescence. Nejdůležitější v tomto stádiu je důvěra, sdílení nejnítějších pocitů, vzájemnost a ceněné vlastnosti druhého. „*Dospívající s AS se zpravidla nedokážou zcela otevřít, přátelství raději udržují na povrchnější rovině... Platí pro ně přísloví, že „dva je společnost a tři je dav“...*“ (Attwood, 2005, str. 51) Cítí se jistěji a bezpečněji v malém okruhu přátel (nejlépe jednoho), ve větší skupině se příliš neprojevují. Velkým rozdílem od vrstevníků je systém hodnot – u dospívajících s AS se více blíží dospělému, což značně ztěžuje navázání přátelství s vrstevníky. Navázání opravdového dlouhodobého přátelství však není vyloučeno. Potřebují především příležitost a podporu.

V tomto období si jedinci s AS začínají uvědomovat svou jinakost a osamělost (mívají velmi málo nebo žádné přátele, většinu času tráví sami). Často pak upadají do deprese nebo své neúspěchy v sociální oblasti popírají. Jsou velmi citliví na jakékoliv narážky na svou odlišnost. Většinou se snaží napodobovat ostatní „úspěšné“ jedince např. vyprávěním vtipů, ale nedokáží odhadnout správný kontext, což okolí vnímá, a

proto je vyčleňuje ze svého středu. Někteří vyhledají odbornou pomoc nebo nácvikové skupiny.

3.2 Komunikace

„Z poruch autistického spektra mají řeč nejméně narušenou lidé s AS, pasivní zásoba bývá bohatá. Potíže se objevují hlavně v sociálním a praktickém využívání komunikace.“ (Thorová, 2006, str. 98)

3.2.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace zprostředkovává mezilidské postoje. (Bělohávková, 2013) Do této oblasti patří gesta, mimika, haptika, proxemika a posturologie. Jedinci s AS mají velmi výrazné problémy v porozumění neverbálním signálům a také v expresivní složce neverbální komunikace.

Pomocí výrazu obličeje předáváme především emocionální sdělení. Gesty lze komunikovat beze slov, ale mohou mít svůj vlastní odlišný význam v každé kultuře. Postojem těla lze vyjádřit zájem, obavy, nadřazenost, nebo také sebejistotu.

3.2.2 Emoce

„Citová výchova je velmi důležitá oblast rozvoje osobnosti dítěte... Mnohé z toho, co děláme, závisí na našem citovém prožívání. Emocionální myšlení je mnohem rychlejší, než racionální myšlení.“ (Zelinová, 2007, stránky 40-41)

Rozlišit emoce (základní – hněv, smutek, strach, radost, láska, překvapení, odpor, hanba) a prožívání druhé osoby i jeho vlastní je pro dítě s AS obtížné. Někteří neumí jednotlivé emoce správně interpretovat, určit různou míru jednotlivých emocí (radost, nadšení), obtíže se objevují také v jejich vyjadřování a reakcích na emoce druhých. (Thorová, 2007) Řada z nich vnímá emoce „černobíle“ – jsou dobré nebo špatné. (Bělohávková, 2013) Tato „emocionální negramotnost“ může mít v důsledku velmi vážné důsledky – u jedinců s AS se tak tvoří deprese, strach, nervozita, deprivace apod.; stoupá vnitřní napětí a stres, což může vyústit v agresivitu, hádky, destrukci (snaží se získat pozornost). Je potřeba rozvíjet následující dovednosti – sebeuvědomění, sebeovládání, sebemotivace, empatie a angažovanost (umění mezilidských vztahů). (Zelinová, 2007)

Psychické napětí je u dětí s AS vyvoláváno každým sociálním kontaktem. Některé děti reagují úzkostí, některé depresí, jiné vztekem. (Attwood, 2005)

3.2.3 Oční kontakt

Převážná většina osob s PAS má potíže s očním kontaktem. Jedinci s AS s ním neumí správně pracovat. Vzhledem k problémům v porozumění neverbálním signálům nedokáží z očí vyčíst emoce, takže se jim oční kontakt zdá zbytečný. Je potřeba nacvičit, kdy je důležité oční kontakt využívat a také jeho intenzitu.

3.2.4 Verbální komunikace

Mezilidská komunikace patří mezi nejobtížnější dovednosti. Kromě řečových dovedností a sděleného obsahu k ní patří také „*schopnost naslouchat a porozumět druhému člověku, zajímat se o něj...*“ (Bělohávková, 2013, str. 47)

Řeč

U dětí s AS dochází k minimálnímu nebo žádnému opoždění vývoje řeči. V pěti letech již hovoří plynule, mají správnou výslovnost i gramatiku a dobrou slovní zásobu. Velmi (až pedanticky) lpí na dodržování pravidel, takže jejich řeč působí velmi dospěle a formálně. Hlavní problém mívají v pragmatickém užívání řeči (pragmatika je „*soubor pravidel, která řídí sociální využití jazyka*“ (Patrick, 2011, str. 19) neboli jeho využití v kontextu). Další obtíže se mohou vyskytovat v paralingvistických projevech nebo chápání významu.

Pragmatika

Praktické využívání řeči je pro děti s AS největším problémem. Nevědí, jak konverzaci začít, jak udržet její plynulost, jaká jsou společenská pravidla konverzace a jak je důležité naslouchat.

Často se snaží upoutat pozornost nevhodným komentářem nebo nečekanou otázkou z oblíbeného tématu, aniž by čekali na odpověď. Pokud jim to jejich komunikační partner umožní, začnou monolog o svém oblíbeném tématu a nesledují, jestli je ten druhý poslouchá, nebo jestli ho zajímá to, o čem mluví. Neverbální signály a jemné narážky s účelem změny tématu nebo pro ukončení konverzace nevnímají. Je třeba dítěti vysvětlit, jaké způsoby začátku konverzace jsou a jaké nejsou vhodné.

Když je dítě z vývoje konverzace zmatené nebo na některou otázku nezná přesnou odpověď, může se stát, že se odmlčí (přemýšlí, jak správně odpovědět, aby nepůsobil hloupě, a nezná příslušné fráze) nebo změni téma konverzace na pro něj jistější téma. Ke svému oblíbenému tématu směřuje Asperger konverzaci nejčastěji, protože v tématu, které dobře zná, mu nechybí sebedůvěra a je si jistý, že bude umět správně vyjádřit, co chce říct.

Vzácné nejsou ani nečekané poznámky nebo otázky, které s tématem hovoru většinou vůbec nesouvisí, mohou ostatní přivádět do rozpaků nebo být nevhodné. To však není úmysl dítěte. Často se jedná o různé asociace, útržky vzpomínek nebo upřímné komentáře, které ovšem nejsou myšleny ve zlém. Doporučuje se tyto poznámky ignorovat a držet se hlavního tématu.

Některé děti mají tendenci skákat ostatním do řeči, nebo hovořit současně s nimi. Není to nevychovanost, jak se většina společnosti domnívá, ale neznalost komunikačních společenských pravidel, která si potřebují osvojit.

Pro zvládnutí plynulé konverzace potřebují pochopení a trpělivost jejich komunikačního partnera a také nácvik správně vedené konverzace.

Doslovné chápání a přesné vyjadřování

Jak již bylo zmíněno, jedinci s AS chápou vše doslovně. Taktéž to funguje v komunikaci. Jednotlivé pojmy jsou chápány podle přesných definic, a proto může docházet k potížím v porozumění. Největším problémem bývají mnohosmyslná slova, metafory, rčení, ironii, přirovnání, abstraktní nebo nepřesné vyjadřování, které vede u Aspergera ke zmatenosti a úzkosti. Často pak klade velké množství upřesňujících otázek, nebo mění téma, aby se cítil jistěji.

Paralingvistické složky řeči

Paralingvistická komunikace se zabývá doprovodnými rysy verbální komunikace jako je hlasitost projevu, kvalita řeči, výška tónu hlasu, barva hlasu a intonace, emoční zabarvení projevu, plynulost řeči, rychlost řeči, chyby v projevu apod. (Malečková, 2009) Děti s AS se v této oblasti velmi liší. Zatímco některé mluví takřka perfektně, jiné mají řeč spíše monotónní, bez citového zabarvení.

Samomluva

Některé děti s AS uvažují nahlas. Samomluva jim pomáhá snižovat úzkost, rovnat myšlenky nebo procvičit konverzaci.

3.3 Zájmy a rituály

Zájmy dětí i dospělých s AS jsou typické hromaděním předmětů nebo informací. Zájem má pro dítě naprostou prioritu a dominuje také konverzacím s druhými. Nepodléhá tlaku vrstevníků, takže zájem většinou neodpovídá momentálním trendům, což dítě může vyčleňovat z kolektivu. Oblast, které se dítě věnuje, se může měnit po několika týdnech, nebo také přetrvávat po celý život.

„Některé zájmy jsou pouze nefunkční a v praktickém životě nevyužitelné nebo sociálně nepříjemné“, jiné „nepostrádají potenciál tvořivosti, pomáhají rozvíjet specifické dovednosti a v konečném důsledku mohou obohatit široké okolí.“ (Thorová, 2007)

Sbírký mohou být stejné jako sbírky ostatních (známky, motýli, apod.) ale také velmi specifické (žluté propisky, víčka od lentilek atd.). Zájem o sbírání určitých předmětů je nejčastější v mladším věku. Postupně přechází v zájem o určité téma např. doprava, dinosauři, elektronika, věda, statistika, řazení, symetrie, architektura, vnímání detailů apod. Dítě aktivně vyhledává velmi podrobné informace, klade tisíce otázek a vše si pamatuje. O tématu svého zájmu mívá pak až encyklopedické znalosti.

Dítě se dokáže také velmi hluboce vžít do nejrůznějších postav. Pohotově se učí nové informace a dovednosti, proto takový zájem může být velmi přínosný pro budoucí povolání. Dítě se stává elektrikářem, policistou, zedníkem... nebo také různými postavami z historie (Vikingové, indiáni apod.) nebo zvířaty.

Později přichází fascinace skutečnou osobou (někým z jeho okolí nebo slavnou osobností). Rozvíjí se v období dospívání a připomíná typickou zamilovanost dospívajících. Jedinec si objekt zájmu idealizuje – přisuzuje mu myšlenky a činy, které ve skutečnosti nekoná.

Jedinci s AS rádi využívají podrobných znalostí o oblasti svého zájmu k navázání konverzace s ostatními, získání obdivu, především však slouží k odpočinku od každodenního stresu, určité seberealizaci a získání sebevědomí. Také vyvolává pocit štěstí a radosti, čehož Asperger v životě příliš nemívá.

Každodenní rituály přináší určitou předvídatelnost, pravidelnost a řád, což pomáhá snižovat úzkost a stres, který jedinci s AS prožívají v dnešním chaotickém světě. Důležitost rutinních činností se zvyšuje s množstvím stresorů a velikostí změn, které se v jeho životě odehrávají. Když přijde nějaká zásadní změna, může si jedinec s AS vytvořit nový rituál nebo uklidňující činnost, nebo se řídit pověrami. Rigidita, která je těmto jedincům vlastní, jim znemožňuje pružně reagovat na změny a vyvolává velmi silný stres a úzkost, což může vést k přehnaným i agresivním reakcím na sebenepatrnější změnu v denním programu, osobě nebo místě. (Boyd, 2011)

Problémem se může stát rozšiřování a doplňování rituálu. Například předspánkový rituál znamená, že seřadí tři hračky. Jejich počet se však postupně může zvýšit až na několik desítek a řazení navíc podléhá přísným pravidlům symetrie a

uspořádání. (Attwood, 2005) Je třeba rituály korigovat, aby se nerozrostly nad únosnou mez, ale zároveň v nich jedinci nebránit, protože snižují jeho napětí.

V psychologické terminologii je znám pojem „*negativní posílení*. Znamená to, že určitá činnost ho sice zbaví napětí či úzkosti, ale z dlouhodobého hlediska se nejedná o prospěšné jednání.“ (Attwood, 2005, str. 98) Velmi výhodné je pracovat už od dětství s rozvrhem času a diářem a jinými vizuálními pomůckami a připravovat dítě dostatečně dlouho dopředu na každou změnu, aby byla zajištěna alespoň určitá stabilita v jeho životě. Nejdůležitější je tato stabilita především v období dospívání, kdy dítě prochází velmi výraznými psychickými i fyzickými změnami.

3.4 Motorická neobratnost

„*Opoždění motorického vývoje a neobratnost jsou u AS opravdu časté.*“ (Attwood, 2005, str. 102) Potíže se objevují v hrubé i jemné motorice. S postupem věku se některé zmenší, jiné zmizí úplně – některé dovednosti se přirozeně vyvíjejí, i když pomaleji, jiné nejsou ve starším věku potřeba.

Důsledky těchto problémů se odrážejí v psychice a sebevědomí dětí. Nejvýraznější bývají v míčových hrách, kde dítěti chybí koordinace a správné načasování pohybu, a také v gymnastických cvičích a jiných, které vyžadují rovnováhu. Chůze a běh mohou působit těžkopádně, některé děti nevyužívají souhyby paží.

„*Některé děti odmítají z nejrůznějších důvodů své ruce používat*“ (Jacobs & Betts, 2013, str. 45) (nezájem, slabost, přecitlivělost na určitý materiál). Z toho důvodu se schopnost uchopit, držet a manipulovat s předměty nemůže rozvíjet a dítě se opoždí v jejím vývoji.

Problémy v jemné motorické oblasti se projevují především neschopností zavazovat tkaničky, zapínat knoflíky a zipy, jíst příborem, dále také v grafomotorice a jiných činnostech (např. kreativních – stříhání). Úchop tužky nebo pera bývá špatný v důsledku uvolněných kloubů ruky, proto se rukopis většinou v průběhu času nezlepší nebo jen minimálně.

Děti se činnosti snaží vykonávat v rychlém tempu, přestože zpomalení by kvalitu činnosti jistě zlepšilo. Velmi obtížné je také napodobovat rytmus (hudba) a pohyby druhé osoby. (Attwood, 2005)

3.5 Kognice

Pod pojmem kognice se skrývá mnoho poznávacích duševních pochodů – vnímání, pozornost, myšlení, paměť, představivost apod.

„Přibližně od čtyř let děti chápou, že i druzí lidé mají myšlenky, znalosti, přesvědčení a potřeby, které ovlivňují jejich chování.“ (Attwood, 2005, str. 111) Tato schopnost je známa jako teorie mysli, která je však u jedinců s AS nedostatečná.

„Velmi častý je značně nerovnoměrný profil schopností, dovedností a nestandardního způsobu učení, osvojování si nových dovedností a celkového vývoje rozumových schopností.“ (Thorová, 2007, str. 35)

3.5.1 Vnímání a pozornost

„Vnímání se dotýká práce smyslových orgánů, příjmu informací, ale například i rozvoje všímavosti, která má vliv na pozornost a zvědavost.“ (Zelinová, 2007, str. 22)

Smyslové vnímání

„Náš smyslový systém je primární receptor vnějších podnětů z okolí. Tento primární systém pak v mozku integruje vnější a vnitřní smyslové informace. Mozek poté vytvoří behaviorální reakci založenou na všech přijatých informacích.“ (Jacobs & Betts, 2013, str. 9) Receptory (zrakové, sluchové, taktilní, chuťové, čichové, vestibulární, proprioceptivní – teplo, bolest) některých lidí mohou být hyper- nebo hyposenzitivní, u lidí s AS to není neobvyklé. Objevují se pak u nich neadekvátní (zdánlivě) nebo minimální příp. žádná reakce na podnět (např. na pohlazení, běžně hlasitou řeč), protože tento podnět vnímá příliš silně nebo naopak slabě (např. jako nepříjemný tlak, křik nebo šepot). Obecně by se dalo říci, že nečekané podněty u nich mohou vyvolávat napětí a stres.

Pozornost

Jedinci s AS mívají často potíže s pozorností (někdy doprovázené i hyperaktivitou). Při zvýšené pozornosti se může stát, že se jedinec zabývá všemi podněty – jejich mozek neumí „vybrat“ je to podstatné – proto jej snadno rozptýlí smyslové podněty z okolí nebo i jejich vlastní myšlenky.

S poruchou pozornosti mohou souviset také komunikační problémy. Jedinec se nedostatečně soustředí na svého komunikačního partnera, což může vést k nedorozumění, skákání do řeči apod. Problémy s pozorností se projeví i v běžném životě – nepořádkem na stole, zmeškanými schůzkami a výročími, pozdními příchody apod. (Patrick, 2011)

3.5.2 Myšlení

„Jedinci s AS snáze „vidí“ či popíší zrakově uspořádané řešení problémů, než by výsledek vyjádřili slovně.“ (Attwood, 2005, str. 124) Spolu s dokonalým smyslem pro detail některých jedinců s AS je toto vizuální myšlení skvělým prostředkem pro vytváření úžasných uměleckých děl.

Existují dva základní profily lidí s AS – jedinci, „jejichž verbální myšlení je na mnohem vyšší úrovni než abstraktně vizuální (analyticko-technické) schopnosti“ (Thorová, 2007, str. 35) (skvělé vyjadřovací schopnosti, obsáhlá slovní zásoba, typické argumentování, diskuze, citace) a „lidé s vynikajícím logickým uvažováním“ (Thorová, 2007, str. 35) (programování, vizuální kvízy, matematika, šachy).

Flexibilita myšlení

Rigidita myšlení, špatná adaptace na změny je typická pro jedince s AS. (Attwood, 2005) Využívají stále stejné způsoby řešení problémů a velmi málo se poučí z chyb – nedokáží si zkušenost přenést do jiné situace. Neumějí přiznat vlastní selhání nebo omyl.

3.5.3 Paměť

U osob s AS je velmi častá výborná dlouhodobá paměť, především pro vizuální podněty.

3.5.4 Představivost

Hry neurotypických dětí jsou plné fantazie. Předstírají, že jsou jinou osobou, jiným živým tvorem nebo i věcí, vytvářejí si vlastní fantazijní světy. Děti s AS si hrají podle vlastních přísných pravidel spíše individuálně – vyžadují absolutní kontrolu. Většinou jde o kopírování scénáře, který již někde vidělo, do posledního detailu. Například si hraje s panenkami pohádku O Popelce, ale tón hlasu a způsob vyjadřování přesně kopíruje učitelku, která pohádku předtím vyprávěla ve třídě. (Attwood, 2005)

„Jedinec s AS si dokáže vybudovat velmi bohatý vnitřní život plný fantazie, který pro něj představuje určitý únik a radost.“ (Attwood, 2005, str. 122) Je však důležité odlišit fantazii od reality.

4 DIAGNOSTIKA

PAS bývají na základě projevů diagnostikovány ve věku od 18 měsíců, mírnější formy spíše později (AS nejčastěji ve školním věku). Při diagnostice ve starším věku (školní) je nutné přihlížet k vývojové anamnéze. Některé příznaky mohou s věkem vymizet, některé se mohou začít projevovat až v kolektivu.

Diagnostika těchto poruch probíhá především prostřednictvím screeningových a diagnostických testů a na základě zkušenosti diagnostikujícího odborníka (pediatři, psychiatři, psychologové, učitelé, neurologové, logopedi, pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a speciálně-pedagogických center). Screeningové dotazníky mohou užívat i neoborníci, kteří mají podezření na PAS. Pro odborníky, kteří již zkušenosti s poruchou autistického spektra mají, jsou vhodné posuzovací škály a složitější semistrukturované dotazníky, také existují tréninky pro užívání různých diagnostických metod. V ČR se v současné době využívá v širším měřítku strukturovaná škála CARS.

„Hlavní diagnostickou metodou je objektivní pozorování a standartní systematické vyšetření, které však musí být doplněno o informace o vývoji dítěte a jeho chování v různých prostředích (škola, domov apod.).“ (Thorová, 2006, str. 264)

Mezi screeningové a diagnostické metody patří metoda **ADI-R** (Autism Diagnostic Interview-Revised), která spočívá v semistrukturovaném rozhovoru s klientem a jeho rodiči. Je vhodná především pro děti předškolního věku.

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) je semistrukturované vyšetření, kdy je hodnocena klientova aktivita v rámci předem definovaných aktivit především v oblasti sociální interakce a komunikace.

A. S. A. S. (The Australian Scale for Asperger's syndrome) je screeningová metoda určená pro AS (pro děti mladšího školního věku). Zjišťuje dovednosti dítěte v oblasti sociálních, emočních, komunikačních, kognitivních a pohybových schopností a dovedností, specifických zájmů a dalších charakteristik – například projevy strachu a stresu.

Pro Aspergerův syndrom je určen také **AQ test** (Kvocient autistického spektra). Jedná se spíše o orientační screening při riziku AS v adolescenci a dospělosti.

Pro využívání Škály dětského autistického chování **CARS** (Childhood Autism Rating Scale) je nutné projít školením, jinak může docházet ke zkreslování výsledků.

Screeningová metoda **CHAT** se zaměřuje na diagnostiku autismu v raném dětském věku, nezachytí však mírnější formy autismu nebo AS. Je rozdělena do dvou částí – v jedné odpovídají rodiče na otázky a druhou vyplňuje odborník (většinou pediatr) na základě přímého pozorování dítěte. (Thorová, 2006, str. 270)

Pro orientační vytipování dětí ve věku 1,5 až 5 let, které by mohly trpět PAS, se využívá **DACH** (Dětské autistické chování). Dotazník vyplňují rodiče.

Následuje psychologické vyšetření dítěte – rozhovor s rodiči, pozorování dítěte při volné činnosti a při řízené činnosti. Psycholog se zaměřuje na sociální schování, schopnost napodobovat, řečový projev, neverbální komunikaci, motoriku (koordinaci, hrubou a jemnou motoriku, grafomotoriku), analyticko-logické myšlení a další oblasti chování dítěte. Celková doba vyšetření se pohybuje kolem 4-5 hodin.

Vyšetření v dospělosti je u PAS velmi náročné. Jsou potřeba anamnestické údaje od rodičů, případně zprávy z vyšetření z dětství. Při podezření na PAS mohou dospělí využít AQ test, nebo jednu z forem ADOS.

PAS bývají také chybně zaměňovány za jiné choroby, nebo jiné choroby za PAS (například mentální retardace, schizofrenie, ADHD a další). (Thorová, 2006) Určit hranici mezi autismem bez mentální retardace a Aspergerovým syndromem stejně jako mezi mírnou formou Aspergerova syndromu a chováním, které lze považovat za širší normu, je kvůli ohromné variabilitě syndromů téměř nemožné. (Thorová, 2007)

5 DALŠÍ PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

5.1 Dětský autismus

Dětský autismus je nejznámější z PAS. Symptomy jsou značně variabilní a mění se věkem, musí se však projevit ve všech oblastech diagnostické triády – sociální interakce, komunikace a představitivost. Kromě poruch v těchto základních oblastech mohou lidé s dětským autismem trpět i dalšími přidruženými poruchami.

Osoby s dětským autismem potřebují celoživotní asistenci. Velký vliv na samostatnost jedince má kromě vrozených dispozic také kvalita rané péče a vzdělávacího programu, ve kterém bylo dítě umístěno. Různé problémové chování může být následkem nesprávného přístupu. *„V adolescenci může dojít k akceleraci celkového pozitivního vývoje.“* (Thorová, 2006, str. 182)

5.2 Atypický autismus

Celkový obraz jedince nesplňuje plně kritéria jiné PAS. Pro tuto poruchu nebyl stanoven přesný klinický obraz. Neexistují ani speciální diagnostické škály, tudíž je diagnóza založena spíše na co nejlepším odhadu a subjektivním míněním diagnostika.

Atypický autismus bývá diagnostikován obvykle v těchto případech:

„1. První symptomy autismu byly zaznamenány až po třetím roce života. Tato situace je vzácná, ale vzhledem k heterogenitě příčin vzniku autismu možná.

2. Abnormní vývoj je zaznamenán ve všech třech oblastech diagnostické triády, nicméně způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenaplňuje diagnostická kritéria...

3. Není naplněna diagnostická triáda. Jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena.

4. Autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. Můžeme pozorovat některé symptomy jednoznačně typické pro autismus, nicméně mentální věk je natolik nízký (obvykle méně než 15 měsíců), že míra komunikačního nebo sociálního deficitu nemůže být v ostrém kontrastu s projevy obvyklými pro mentální retardaci.“ (Thorová, 2006, str. 183)

„Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu. „ (Thorová, 2006, str. 184)

5.3 Rettův syndrom

Jedná se o syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které pervazivně ovlivňuje somatické, motorické i psychické funkce. Na vzniku této poruchy se výrazně podílí mutace genu MECP2. Aktuálně je známo přibližně 200 podob mutací tohoto genu, další budou pravděpodobně ještě objeveny.

Symptomy bývají velmi variabilní.

V oblasti sociální interakce je typický velký zájem o sociální kontakty a komunikaci. Zvládají oční kontakt i společenský úsměv. Reagují na pochvalu i kritiku.

Komunikace je značně omezená. Mnohem více rozumí, než jsou schopné vyjádřit (nemohou ukazovat, znakovat, mluvit). Důležité je naučit je vyjádření souhlasu a nesouhlasu pomocí očního kontaktu.

Emočně jsou velmi labilní, s postupujícím věkem se stávají vyrovnanější.

Velké obtíže mají dívky s Rettovým syndromem se schopností udržet pozornost.

V oblasti motoriky patří mezi nejvýraznější symptomy apraxie (různých svalových skupin) a stereotypní pohyby horních končetin. Mohou být schopné samostatné chůze i různých jemně motorických a sebeobslužných aktivit. Při větším postižení je motorika na úrovni dvouměsíčního dítěte.

Motorické postižení neurčuje úroveň intelektu. Pohybuje se v pásmu středně těžké, těžké až hluboké mentální retardace.

„Tento syndrom v klasické podobě postihuje pouze dívky, chlapcům stejná mutace genu způsobí natolik těžkou encefalopatii, že plod nebo novorozenec nepřežije.“ (Thorová, 2006, str. 212) Bylo popsáno *„několik ojedinělých případů netypických variant Rettova syndromu u chlapců, s vážnější manifestací symptomů, časnějším začátkem a v kombinaci s těžkým kognitivním deficitem.“* (Thorová, 2006, str. 212)

Velmi častý je u dívek s Rettovým syndromem výskyt epilepsie.

5.4 Jiná dětská dezintegrační porucha

U dětí, kdy po období normálního vývoje trvajícího přibližně dva až čtyři roky dochází k významnému regresu a nástupu těžké mentální retardace, je diagnostikována dětská dezintegrační porucha. Mezi další symptomy patří *„nástup emoční lability, záchvaty vzteku, spánkové poruchy, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormní reakce na sluchové podněty. Porucha má dopad na kognitivní oblast.“* (Thorová, 2006, str. 194) Po

tomto regresu může dojít k opětovnému zlepšování dovedností, normy již není nikdy dosaženo.

Zásadní rozdíl mezi dětským autismem a dětskou dezintegrační poruchou je v době nástupu prvních symptomů (u dětské dezintegrační poruchy je pozdější), ztráta dovedností je více znatelná. Celkově mívají těžší typ mentální retardace, bývají více sociálně odtažité a celkově spíše nízko funkční. (Thorová, 2006)

„Lidé s dezintegrační poruchou mají ... potíže s komunikací a sociálním chováním celý život, ačkoli ... je tíže postižení velmi variabilní. Způsob terapie a vzdělávání je stejný jako u dětí s autismem.“ (Thorová, 2006, str. 204)

5.5 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Tato kategorie (F84.8) se v Evropě nežívá příliš často. Zařazujeme do ní děti, které mají obtíže v rámci celé triády, nikoli však do té míry, která by odpovídala jiné PAS. *„Některé dílčí schopnosti odpovídají ... normě. Jedná se o hraniční symptomatiku.*

Diagnóza bývá častá u dětí, které mají těžší formu poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázií, nerovnoměrně rozvinuté kognitivní schopnosti, mentální retardaci a malou četnost projevů typických pro autismus. ...“ (Thorová, 2006, str. 204)

Druhou skupinu tvoří děti s výrazně narušenou oblastí představivosti. Je pro ně obtížné rozlišit mezi fantazií a realitou, mají vyhraněný zájem o určité téma. Tyto symptomy mají vliv na kvalitu komunikace a sociální interakce, nevykazují však znaky typické pro autismus.

Způsob terapie a vzdělávání je doporučován stejný jako u dětí s autismem.

5.6 Autistické rysy

Podle PhDr. Kateřiny Thorové Ph.D. *„není jasné, zda autistické rysy jsou synonymem pro symptomy poruch autistického spektra, nebo označením pro projevy dětí, jejichž chování však frekvencí a intenzitou neodpovídá diagnostickým kritériím žádné poruchy autistického spektra. ... Autistické rysy nejsou diagnózou.“* (Thorová, 2006, str. 208) Problém je především z hlediska rodičů těchto dětí. Toto označení nemá oporu v legislativě a rodiče tudíž nemohou využít poradenských, sociálních a vzdělávacích služeb, které nutně potřebují. (Thorová, 2006)

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tato kategorie *„označuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), jejichž hlavní problém tkví v hyperaktivitě a v poruchách pozornosti, ale i ve*

stereotypním chování. Po stimulacích se nezlepšuje (na rozdíl od dětí s normální inteligencí) a může docházet k těžkým dysforickým reakcím (někdy doprovázeným psychomotorickou retardací) po podání psychostimulancií a v dospívání jeví hyperaktivita sklon k nahrazení sníženou aktivitou (což u hyperkinetických dětí s normální inteligencí nebývá). Tento syndrom je často sdružen s řadou vývojových opoždění, ať již specifických nebo globálních. Do jaké míry je tento typ příznaků způsoben nízkým IQ nebo organickou chorobou mozku, není známo.“ (WHO, 2008, str. 249)

6 LÉČBA

Existuje mnoho terapeutických programů a léčebných metod pro lidi s AS. Žádná však nepřináší stoprocentní a zaručené výsledky. „*Celkově platí, že nejlepší výsledky přináší strukturované vzdělávací programy, kombinace různých behaviorálních technik a využívání vizualizovaných informací.*“ (Thorová, 2006, str. 381) Paní Thorová se dále přiklání k názoru, že nejúčinnější terapii může terapeut sestavit jen eklektickým a celostním přístupem – vybrat si vhodné prvky vzhledem k individualitě klienta z dostupných metod a spojit je ve smysluplný celek. (Thorová, 2006)

Níže je podrobněji popsáno několik metod užívaných v České republice.

6.1 Farmakoterapie

Neexistuje lék, který by vyléčil prvotní příčinu AS. Je však velmi přínosné zkombinovat soubor z terapeutických metod s užíváním medikace pro potlačení vedlejších symptomů. (Strunecká, 2016) Problém nastává, pokud je příliš užívána medikace pro zklidnění – žádná terapie pak nemůže být účinná a dochází ke stagnaci nebo regresi schopností jedince. Opačným extrémem je, pokud se psychiatr, rodiče nebo jedinec sám medikaci brání – ze zásady, strachu z vedlejších účinků nebo jiných důvodů.

„*Farmakoterapie je indikována hlavně u těchto syndromů: úzkost, deprese, obsedantně-kompulzivní chování, problémy se spánkem, hyperaktivita, sebezraňování, agresivita, emoční labilita, destruktivní chování.*“ (Thorová, 2006, str. 398)

6.2 Strukturované učení, TEACCH program

Program TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children neboli léčba, výchova a vzdělávání dětí s autismem a jiným komunikačním handicapem) je modelovým programem péče o lidi s autismem v každém věku. Základem této metody jsou strukturalizace, vizualizace, motivace a individuální přístup. „*Důraz je kladen na včasnou a správnou diagnózu a následnou speciálně-pedagogickou péči, která vychází ze specifík poruchy.*“ (Thorová, 2006, str. 385)

V České republice je využívána metodika tohoto programu tzv. strukturované učení. Pomocí této metodiky je možné rozvíjet pracovní chování, komunikační dovednosti, sebeobsluhu (PADL i IADL), sociální chování a také náplň a organizaci volného času.

Řídí se základním pravidlem – vždy se postupuje ve směru zleva doprava a shora dolů. Důležité je propojení školního prostředí s prostředím domácím. Strukturované učení vychází z principů TEACCH programu.

Princip strukturalizace a vizualizace je důležitý pro orientaci v čase a prostoru – dává jedinci s AS určitou jistotu a předvídatelnost okolí, což snižuje jeho napětí. „*Pomocí jednoznačně viditelného uspořádání prostředí, času a jednotlivých činností umožníme jedinci s AS lépe se orientovat v čase a prostoru a pružněji reagovat na změny.*“ (Čadilová & Žampachová, 2008, str. 31) Využívá se struktura prostoru, struktura pracovního místa, struktura času (pomocí denního režimu) a struktura činností (pomocí pracovních a procesuálních schémat) – vizualizací snadněji pochopitelná pro jedince s AS.

„*Motivace se uplatňuje v organizaci chování a stává se důležitým stimulem učení.*“ (Čadilová & Žampachová, 2008, str. 66) Na základě individuality klienta se buduje systém odměn (od materiálních až po sociální) postupně pak žetonový systém odměňování.

Metody užívané u klientů s AS: (Čadilová & Žampachová, 2008)

- přiměřenosti
- postupných kroků
- zpevnování
- modelování
- náповědy a vedení
- vytváření pravidel
- instrukce
- vysvětlování
- demonstrace
- povzbuzování
- ignorace

„Na základě svých specifických omezení potřebují žáci s AS zvláštní podporu při zvládnutí tzv. skrytého kurikula. „*Jedná se o sociální kompetence a často ne zcela jasně stanovená pravidla, která určují vzájemné soužití ve školním prostředí.*“ (Tuckermann, Häubler, & Lausmann, 2014, str. 39)

6.3 Behaviorální přístupy, ABA terapie

Aplikovaná behaviorální analýza

„*ABA (aplikovaná behaviorální analýza) je přísně individuálně sestavená terapie, která je systematická, intenzivní a učí dítě s poruchou autistického spektra modifikovaným vzorcům chování, novým dovednostem ve všech oblastech vývoje způsobem, který je pro tyto děti přijatelný a uchopitelný. Využívá efektivní strategie na posílení a udržení vhodných dovedností a chování, zároveň uplatňuje strategie na eliminaci nebo transformaci chování a projevů nežádoucích. Aplikovatelná je bez věkového omezení, lze její metodikou pracovat od nejútlejšího věku.*“

Mezi časté výhrady individuálního behaviorálního programu patří časová a finanční náročnost. Studie ovšem potvrzují, že i přesto se z dlouhodobého pohledu vyplatí ve srovnání s náklady na celoživotní péči a podporu dětí s PAS.“ (Gandalovičová, 2016)

Paní Thorová ve své knize napsala: Společně s terapií volbou – Son Rise terapií – je ABA nejintenzivnějším intervenčním programem u lidí s PAS. (Thorová, 2006)

6.4 SON-RISE terapie

Son-Rise program neposuzuje dítě s PAS jako „poškozené“, rigidní nebo agresivní. Nevnímá autismus jako celoživotní stav a věří ve vyléčení autismu, nebo alespoň výrazné zlepšení stavu dítěte.

Zásadní myšlenkou je věta „*Děti nám ukážou cestu dovnitř, pak jim my ukážeme cestu ven.*“ (Kaufman, 2016, str. 39)

Mezi základní techniky patří připojování, motivace a postoj terapeuta, respektive rodiče. Tato metoda je velmi časově náročná, proto je velmi důležité zaškolení a zapojení rodiče, rodiny i nejbližšího okolí dítěte do principů programu.

How Do The Son-Rise Program Principles and Techniques Benefit Children With Special Needs? Jak principy a postupy Son-rise programu pomáhají dětem s postižením?

Joining in a child's repetitive and ritualistic behaviors supplies the key to unlocking the mystery of these behaviors and facilitates eye contact, social development and the inclusion of others in play.

Aktivní připojení se k repetitivním rituálům dítěte je klíč k odkrytí tajemství tohoto chování a výrazně zvyšuje oční kontakt, pomáhá sociálnímu rozvoji a začlenění ostatních do jejich hry.

Utilizing a child's own motivation advances learning and builds the foundation for education and skill acquisition.

Využití motivace dítěte zlepšuje schopnost učit se a staví základ pro vzdělání a získávání nových dovedností.

Teaching through interactive play results in effective and meaningful socialization and communication.

Učení pomocí interaktivní hry v důsledku pomáhá efektivní a smysluplné socializaci a komunikaci.

Using energy, excitement and enthusiasm engages the child and inspires a continuous love of learning and interaction.

Energie, nadšení a entusiasmus zaujme dítě a inspiruje jeho lásku k učení a interakci.

Employing a nonjudgmental and optimistic attitude maximizes the child's enjoyment, attention and desire throughout their Son-Rise Program®.

Placing the parent as the child's most important and lasting resource provides a consistent and compelling focus for training, education and inspiration.

Creating a safe, distraction-free work/play area facilitates the optimal environment for learning and growth

Son-Rise program maximalizuje příjemný prožitek dítěte, jeho pozornost a touhu využitím neposuzujícího a optimistického přístupu.

Uznáním rodiče jako nejdůležitější a nejtrvalejší zdroj přináší trvalý a nepřekonatelný zdroj tréninku, vzdělání a inspirace.

Vytvoření bezpečného prostředí bez rozptylovacích faktorů poskytuje optimální prostředí pro učení a růst.

zdroj: (Program, 1998), překlad vlastní

6.5 Skupinové nácviky sociálních dovedností

Sociální dovednosti zahrnují dovednost správně vnímat, správně chápat a správně sdělovat a reagovat. „*Nácvik těchto dovedností využívá metody pro zlepšení mezilidských vztahů v běžných denních činnostech v rodině, v přátelských vztazích, ve škole nebo v zaměstnání.*“ (Bělohávková, 2013, str. 3)

Práce s dětmi s AS postupuje ve třech krocích – nejprve trénink sebepojetí, následně rozvoj chápání časové a příčinné souvislosti a teprve na závěr samotná práce se sociálními situacemi (pomocí funkčního užití komunikace). (Straussová, Knotková, & Mátlová, 2010) Metody mohou být rozmanité – modelování, řetězení, generalizace, učení pozorováním, analogové situace, hraní rolí nebo sociální příběhy – je však důležité nezapomínat na nejpodstatnější ze všech, kterou je přirozené učení.

Samotný nácvik sociálních dovedností může probíhat různými způsoby:

- pomocí videonahrávek (Mr. Bean, Takoví normální mimozemšťané) nebo vlastního přehrávání nežádoucího chování, kdy klienti hledají chyby
- pomocí hraní rolí a modelových situací, případně situací minulých, kdy se klient nezachoval adekvátně
- diskuze o řeči těla
- prezentace ukázek chování klientů v praxi a (pokud možno pozitivní) zhodnocení

- pomocí dramaterapie nebo tvůrčího psaní vytváření příběhů (detailních)
- situace, ve kterých není vhodné říct první myšlenku, protože by tím mohli druhého urazit, ztrapnit, ranit...
- aplikací získaných poznatků v reálných situacích atd. (Attwood, 2005)

6.6 Relaxační techniky

„*Relaxace redukuje úzkost a tenzi,*“ (Thorová, 2006) proto jsou relaxační techniky nezbytné pro jedince s AS. Každý jedinec preferuje jiný způsob relaxace – ať už jde o poslech hudby, masáže, aromaterapie, nejrůznější petterapie, fyzické vybití nebo tzv. „senzorická dieta“. Jde o omezení působících podnětů – oblíbená činnost v klidu bez vyrušování (někteří si potřebují „odpočinout od lidí“).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je přiblížit problematiku diagnózy Aspergerův syndrom a vlivu jeho projevů na soběstačnost dětí i dospělých s AS a také zohlednění prostředků a metod využívaných v ergoterapii při práci s touto diagnózou.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí o diagnóze Aspergerův syndrom, problémech, které z této diagnózy vyplývají, a využívaných terapeutických intervencích.
2. Vyhledání vhodných hodnotících metod pro hodnocení IADL (instrumentálních všedních denních činností) a sociálně-komunikačních funkcí.
3. Vybrání sledovaného souboru a zhodnocení stavu osob vybraných pro kazuistická šetření.
4. Použití nestandardizovaného dotazníku pro zjištění názorů klientů na absolvovanou terapii.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

8 HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

- 1) Častý trénink s prvky strukturovaného učení zvyšuje schopnost klienta samostatně zvládat oblast IADL – vaření.
- 2) Návikem sociálních a komunikačních dovedností lze dosáhnout zvýšení schopnosti klienta adekvátně reagovat v běžných denních situacích.
- 3) Náviky sociálních dovedností u dětí zlepšují psychický stav dítěte.

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro účely výzkumného šetření byly vybrány 2 skupiny klientů s diagnózou Aspergerův syndrom – skupina dětí v terapeutické skupině v ProCitu v Plzni a skupina dospělých v terapeutické skupině v NAUTIS v Praze.

Ve skupině dětí bylo sedm chlapců ve věku 11-14 let. Děti navštěvovaly běžné základní školy, některé spolupracovaly s asistentem pedagoga. Výzkum probíhal kvantitativně pomocí dotazníku a rozhovorů s rodiči. Rozhovory s rodiči proběhly 21. 2. 2017 a pozorování v této skupině proběhlo dvakrát 4. 3. 2017 a 18. 3. 2017.

Skupiny dospělých se účastnilo sedm mužů a dvě ženy ve věku 19-36 let. Výzkum probíhal kvalitativně. Aktivní skupinová spolupráce probíhala od 31. 1. 2017 jednou za 14 dní (celkem čtyřikrát).

V jednom případě (muž, 22 let) probíhala spolupráce intenzivněji – od 13. 1. 2017. Spolupráce byla individuální a probíhala přibližně dvakrát až třikrát týdně po dobu tří měsíců (v termínech: 13., 15., 17., 21., 22., 28., 29. a 31. ledna, 4., 5., 10., 14., 17., 18., 24., 26. a 28. února, 4., 5., 10., 12., 14., 17., 18., 25. března).

10 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

U klienta č. 1 byly využity následující metody testování. Hodnocena byla soběstačnost a kognitivní funkce pomocí standardizovaných testů (FIM, test IADL a Addenbrookský kognitivní test) a také sociálně komunikační dovednosti na základě pozorování při činnosti, rozhovoru s klientem a sebehodnocení klienta.

U dvou dalších kazuistických studií bylo hodnocení ADL a kognice provedeno pouze na základě rozhovoru s klientem a pracovníky NAUTIS Praha. Vstupní vyšetření bylo provedeno v lednu roku 2017 a výstupní v březnu 2017. Spolupráce s klienty probíhala tři měsíce, kdy byly aplikovány různé metody nácviků sociálních dovedností.

V práci je dále obsažen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 1). Tento dotazník je určen pro rodiče dětí s diagnózou Aspergerův syndrom. Obsahuje 7 otázek, které jsou uzavřené a otevřené. Osloveni byli rodiče prostřednictvím diskuzí na internetových stránkách a skupin na sociálních sítích. Dotazník vyplnilo 242 osob v časovém spektru přibližně tří měsíců.

11 KAZUISTICKÉ PŘÍPADOVÉ STUDIE

11.1 Kazuistická studie č. 1

11.1.1 Základní informace:

Pohlaví: muž

Věk: 22 let

Hlavní diagnóza: Aspergerův syndrom

Vedlejší diagnózy: po op. rozštěpu měkkého patra (1998), paréza n. facialis sin.

Anamnéza

Nynější onemocnění

- Od 3/2012 sledován školní psycholožkou pro obtíže v sociální a komunikační oblasti.
- Aspergerův syndrom byl diagnostikován 10/2013.

OA:

- 1998 op. rozštěpu měkkého patra
- od nar. paréza n. facialis sin.
- Prodělal běžné dětské nemoci.
- Aspergerův syndrom byl diagnostikován 10/2013.

RA:

- Matka (52 let) pracuje z domova – zdráva
- Otec (51 let) dochází do zaměstnání – zdrav
- Sestra (22 let) – zdráva
- Bratr (25 let) – podezření na AS – sledován psycholožkou od 9/2015.

SA:

- Svobodný
- Bydlí v rodinném domě, s rodinou, přes týden již 6. rok na internátu v Praze.

PA:

- Navštěvoval školku pro děti s vadou řeči (1998-2002), následně ZŠ pro děti s poruchou zraku (2002-2011).
- Po půl roce studia na nejmenované střední škole v Praze, přestoupil kvůli šikaně do Jedličkova ústavu – na stejný obor – knihařství.
- V současnosti studuje stále v Praze, poslední rok střední školy mediální grafiky a tisku a chystá se pokračovat ve studiu v podobném oboru.

Kompenzační pomůcky:

- Klient používá brýle.

Abusus:

- Nekuřák, abstinent.

FA:

- Antidepresiva od 2014.

11.1.2 Vstupní vyšetření: 13. 1. 2017

Čerpáno z rozhovoru a vlastního vyšetření.

Funkční:

Svalová síla HKK i DKK – orientačně v normě

Rozsahy pohybů HKK i DKK – orientačně v normě

Mobilita bez problémů

JM

Tabulka 1 Hodnocení JM

	PHK – dominantní	LHK
špetka	100%	100%
štipec	75% nepřesný	75% nepřesný
háček	100%	75% zvládl po nastavení prstů do správné polohy
stříška	100%	100%
pěst	100%	100%
opozice	100%	100%
válec	100%	100%
koule	100%	100%
držení tužky	tužka opřena o IP2 kloub 3. prstu, hyperextenze IP kloubu 2. prstu – úchop křečovitý, palec přidržuje tužku v úrovni IP kloubu; držení blízko hrotu	nehodnoceno

Zdroj: *vlastní*

Hodnocení ADL

Funkční index soběstačnosti (FIM): 121/126 bodů

chápaní – občas potřebuje více času, aby rozuměl informaci (6 bodů)

vyjadřování – vyjadřuje komplexní nebo abstraktní myšlenky s mírnými obtížemi – občas musí informaci opakovat, aby mu bylo rozumět (6 bodů)

sociální kontakt – jedná přiměřeně s okolím, někdy potřebuje více času pro orientaci v situaci (6 bodů)

řešení problémů – potřebuje podporu pro řešení problémů ve stresových situacích a při neobvyklých podmínkách (5 bodů)

Hodnocení IADL

Test IADL: 65/80 bodů – částečně závislý v IADL

vaření – zvládne jednoduchá jídla (těstoviny, polévku z pytlíku)
s dohledem, případně pomocí

užívání léků – občas musí být připomenuty

finance – zvládne drobné výdaje, o vedení domácnosti (placení nájmu, účtů
za energie apod.) se nezajímá

Hodnocení kognitivních funkcí

Addenbrookský kognitivní test (ACE-R): 85/100 bodů

Pozornost a orientace: 17/18 bodů (chyba v počtu)

Paměť: 16/26 bodů (retrogradní paměť – chybějící znalosti, vybavení jen
jména a měst, znovupoznání jména, čísla a měst)

Slovní produkce: 14/14 bodů

Jazyk: 26/26 bodů

Zrakově-prostorové schopnosti: 13/16 bodů (hodiny – špatně umístěné
ručičky, špatně spočítané tečky)

Hodnocení psychosociálních funkcí

Klient je pro terapii motivován, aktivně spolupracuje, komunikuje. Je velmi
náchylný k rozptýlení, je nutno opakovaně upoutávat pozornost. Má obtíže adekvátně
reagovat na nečekané situace, řešit složité problémy. Je velmi vztahovačný, každou radu
chápe jako své selhání.

Tabulka 2 Vstupní sebehodnocení klientem 1

<i>Shrnutí výsledků</i>	<i>Procenta</i>	<i>Zpracuji na:</i>
Seberegulační dovednosti	67%	rozsahu pozornosti a řešení konfliktů
Pozorovací dovednosti	83%	
Naslouchací dovednosti	75%	
Sociální dovednosti	70%	získání přátel, společenské akce
Konverzační dovednosti	81%	vyjadřování citů
Empatie	83%	
Řečové dovednosti	33%	výslovnost, intonaci, gramatika

Zdroj: tabulka hodnocení (Patrick, 2011), obsah vlastní

Zájmy:

- hra na hudební nástroje
- koncerty
- trasy MHD, vlakových a autobusových linek v různých městech a zemích
- mapy a plánky měst

- výlety a akce s rodinou

11.1.3 Ergoterapeutický plán

Problémové oblasti:

- úchop tužky
- IADL – vaření, užívání léků, finance
- paměť
- sociální oblast

Tabulka 3 Silné a slabé stránky klienta

<i>Silné stránky klienta</i>	<i>Slabé stránky klienta</i>
motivovaný, až nadšený pro spolupráci	nesoustředěnost
aktivní	krátkodobá výdrž při neúspěchu, netrpělivost
podpora ze strany rodiny	nekvalitní úchop tužky

Zdroj: *vlastní*

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- trénink úchopu tužky – uvědomění si správného úchopu
- trénink IADL
- trénink paměti
- nácviky sociální oblasti

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- příprava na samostatné bydlení
- sociální začlenění v podobě zájmových kroužků a skupin

11.1.4 Příklad terapeutické jednotky ze dne 21. 1. 2017

Typ terapie: individuální s prvky strukturovaného učení

Cíl terapie: uvařit jídlo podle receptu (rizoto s kuřecím masem)

Délka terapie: 90 min

Prostředí: domácí prostředí

Náplň terapie: Byl zpracován podrobný postup práce – procesuální schéma (viz příloha 1), podle kterého klient postupoval. Nejprve si připravil pracovní plochu a potřebné pomůcky a potraviny. Odvážil a odměřil si potřebné množství dle receptu, vše nakrájel a připravil pro vaření. Následně jídlo s mírnou pomocí uvařil.

Použité předměty a pomůcky: kuchyňské náčiní a potraviny

Referenční rámec: biomechanický (přístup ADL a stupňovaných aktivit), kognitivní (přístup adaptační), behaviorální

Reakce klienta: Klient spolupracoval velmi dobře. Potřeboval vnější usměrňování pro udržení pozornosti a příležitostně slovní vedení pro dodržení postupu.

Doporučení: Klientovi bylo doporučeno i nadále pokračovat v tréninku vaření mírně složitějších jídel dle receptů.

11.1.5 Příklad terapeutické jednotky 14. 3. 2017

Typ terapie: skupinová (7 klientů)

Cíl terapie: porozumění sociálním pravidlům v dávání a přijímání kritiky

Délka terapie: 90 min

Náplň terapie:

- úvod: přivítání, seznámení s dopředu plánovaným tématem, rozdání materiálů, představení klientů a terapeutů
- rozehrátí: volné proudění myšlenek klientů – co je napadne k tématu
- hlavní část:
 - diskuze o tématech týkajících se kritiky – druhy kritiky (pozitivní, negativní; krátkodobá dlouhodobá; obecná a konkrétní)
 - nácvik vyjádření kritiky
 - krátkodobé – vyjádření pocitu, konkrétně, řešení (např. „Vadí mi, že máš tak nahlas puštěnou hudbu. Mohl bys ji, prosím, ztlumit?“)
 - dlouhodobé – vyjádření pocitu, konkrétně, řešení, rekapitulace, poděkování (např. situace spolubydlící po sobě nechává neumyté nádobí – „Ahoj, mohl bych s tebou na chvíli mluvit? Už delší dobu si všímám, že u nás myji nádobí jen já. Můžeme se domluvit na střídání, jeden týden bych myl já a ten další ty?“ „Promiň, to mě nenapadlo. Určitě souhlasím.“ „Skvěle. Tak jsme domluvení. Tento týden budu mýt já a příští už ty. Díky, že jsme se mohli domluvit.“)
 - nácvik přijímání kritiky – doptání se na konkrétní problém (při obecné kritice)
 - navozování modelových situací a hraní rolí (mírně stupňovaná složitost situací) – s každým klientem v rámci každého tématu

- zpětná vazba a relaxace: vnímání chování klientů terapeutem, dechové cvičení
- závěr: poděkování za účast, téma příštího setkání

Referenční rámec: behaviorální, kognitivně behaviorální

Reakce klienta: Klient považoval téma terapie za velmi přínosné, byl tedy motivován. Zpočátku byl aktivní, až zbrklý, postupně se stáhl a spíše poslouchal ostatní. Většinu modelových situací zvládl s pomocí předepsaného postupu. V jednom případě ke konci terapeutické jednotky došlo ke špatnému pochopení složitější situace – neadekvátní reakci. Cítil se zklamán subjektivním nedostatkem svých schopností adekvátně používat a přijímat kritiku. Velmi citlivě vnímal selhání a vztahoval každou radu během terapie jako výtku pro svou osobu. Pro příští individuální terapii dostal za úkol vymyslet na základě vlastních zkušeností další situace související s kritikou.

Doporučení: Klientovi bylo doporučeno i nadále procvičovat přijímání a dávání kritiky v různých situacích ve spolupráci s rodinou.

Formulář pro sebehodnocení

škála: 1 = velmi obtížné; 2 = obtížné; 3 = průměrné; 4 = dobré; 5 = bez problémů

Tabulka 4 Formulář sebehodnocení klienta 1

	Hodnocení	Poznámky terapeuta
1. Do jaké míry jste se dokázal soustředit na úkoly nebo činnost?	3	Jakékoliv vyrušení snadno rozptýlilo jeho pozornost.
2. Byl jste schopen půjčovat si materiál nebo pomůcky od jiného člena skupiny?	4	
3. Byl jste schopen komunikace s ostatními členy skupiny?	3	Pozdrav na začátku a konci, komunikace obtížná.
4. Byl jste schopen spolupracovat s ostatními členy skupiny?	3	Spolupráce dobrá, interakce s ostatními minimální.
5. Do jaké míry jste byl schopen uznat a případně vzít v úvahu potřeby a problémy ostatních členů skupiny?	4	Vyčkal, než na něj přišla řada, neskákal do řeči.
6. Do jaké míry jste byl schopen uznat a případně vzít v úvahu vlastní potřeby a odlišnosti ve skupině?	3	Spíše se přizpůsobil ostatním.

Můj cíl do příští terapie:

Budu aktivnější ve skupině a budu se lépe soustředit.

Zdroj: hodnocení převzato z (Jelínková, Krivošíková, & Šajtarová, 2009, str. 123)

11.1.6 Závěrečné vyšetření 26. 3. 2017

Čerpáno z rozhovoru a vlastního vyšetření.

Funkční:

JM – zlepšení držení tužky

Tabulka 5 Závěrečné hodnocení JM

	PHK – vstupní 13. 1. 2017	PHK – výstupní 24. 3. 2017
držení tužky	tužka opřena o IP2 kloub 3. prstu, hyperextenze IP kloubu 2. prstu – úchop křečovitý, palec přidržuje tužku v úrovni IP kloubu; držení blízko hrotu	držení tužky dále od hrotu bříšky prstů, méně křečovitý úchop, IP kloub 2. prstu ve velmi mírné flexi, palec stále přidržuje v úrovni IP kloubu

Zdroj: *vlastní*

Hodnocení ADL

Funkční index soběstačnosti (FIM): 122/126 bodů

vyjadřování – vyjadřuje komplexní nebo abstraktní myšlenky s mírnými obtížemi – občas musí informaci opakovat, aby mu bylo rozumět (6 bodů)

sociální kontakt – jedná přiměřeně s okolím, někdy potřebuje více času pro orientaci v situaci (6 bodů)

řešení problémů – potřebuje podporu pro řešení problémů ve stresových situacích a při neobvyklých podmínkách (5 bodů)

Hodnocení IADL

Test IADL: 75/80 bodů – částečně závislý v IADL

finance – zvládne drobné výdaje, o vedení domácnosti (placení nájmu, účtů za energie apod.) se nezajímá

Výrazné zlepšení v oblasti vaření – zvládne uvařit i složitější jídla dle receptu samostatně.

Léky již bere pravidelně.

Hodnocení kognitivních funkcí

Addenbrookský kognitivní test (ACE-R): 85/100 bodů

Pozornost a orientace: 18/18 bodů

Paměť: 22/26 bodů (stále obtíže při vybavování)

Slovní produkce: 14/14 bodů

Jazyk: 26/26 bodů

Zrakově-prostorové schopnosti: 16/16 bodů

Hodnocení psychosociálních funkcí

Klient se zlepšil v soustředění, pozornost je dlouhodobější. Zpomalil tempo činnosti, činnost se stala přesnější a kvalitnější.

Tabulka 6 Závěrečné sebehodnocení klientem 1

<i>Shrnutí výsledků</i>	<i>Procenta 13. 1. 2017</i>	<i>Procenta 26. 3. 2017</i>	zlepšení v:
Seberegulační dovednosti	67%	83%	pozornosti a řešení problémů
Pozorovací dovednosti	83%	91%	všímavosti
Naslouchací dovednosti	75%	75%	beze změny
Sociální dovednosti	70%	75%	společenských akcích
Konverzační dovednosti	81%	93%	žádosti o informaci, vyjádření citů
Empatie	83%	83%	beze změny
Řečové dovednosti	33%	33%	beze změny

Zdroj: tabulka hodnocení (Patrick, 2011), obsah vlastní

11.1.7 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

Zhodnocení průběhu terapie

Klient v průběhu terapie nacvičoval soběstačnost v IADL z hlediska plánovaného samostatného bydlení – vaření a samostatné užívání léků, také správné držení tužky. Skupinové terapie byly zaměřeny na nácvik sociálně komunikačních dovedností a řešení problémů. Dobře se s ním spolupracovalo, ale při terapiích mu chyběla sebedůvěra, velmi často si nevěřil, že úkol zvládne, vyžadoval předvedení terapeutem.

Během téměř tříměsíční terapie jsem pozorovala mírné zlepšení v sociálně komunikačních dovednostech – klient snadněji navazoval komunikaci s ostatními klienty na skupinové terapii, byl méně vztahovačný a lépe soustředěný. Také jeho sebevědomí se lehce zvýšilo. Vaření zvládl velmi rychle v průběhu několika týdnů terapie – nyní podle receptu zvládne samostatně uvařit i složitější jídla. Léky bere pravidelně. Jeho držení tužky se také zlepšilo, není již tak křečovitě.

Návrhy a doporučení

Doporučuji pokračovat v tréninku správného úchopu tužky.

Klient by měl pokračovat v nácvicích sociálně komunikačních dovedností. Dále doporučuji vyhledání zájmové skupiny či kroužku – činnosti, ve které klient vyniká, pro zvýšení sebevědomí a spokojenosti klienta se svými výkony. Ve skupině také bude nadále trénovat sociálně komunikační schopnosti.

11.2 Kazuistická studie č. 2

11.2.1 Základní informace:

Pohlaví: muž

Věk: 36 let

Diagnóza: Aspergerův syndrom

Anamnéza

Nynější onemocnění

- Aspergerův syndrom byl diagnostikován r. 2009.

OA:

- Prodělal běžné dětské nemoci.
- Aspergerův syndrom byl diagnostikován r. 2009.

RA:

- Matka zemřela ve věku 54 let po mozkové mrtvici.
- Otec (65 let) dochází do zaměstnání – zdrav

SA:

- Svobodný
- Bydlí v bytě, sám.

PA:

- Pracuje jako finanční poradce. Dříve úředník v bance.

Kompenzační pomůcky:

- Klient používá brýle.

Abusus:

- Nekuřák, abstinent.

11.2.2 Vstupní vyšetření: 17. 1. 2017

Čerpáno z rozhovoru s klientem.

Funkční:

Svalová síla HKK i DKK – orientačně v normě

Rozsahy pohybů HKK i DKK – orientačně v normě

Mobilita bez problémů

JM bez problémů

Hodnocení ADL

Funkční index soběstačnosti (FIM): 123/126 bodů

sociální kontakt – jedná přiměřeně s okolím, někdy potřebuje více času pro orientaci v situaci (6 bodů)

řešení problémů – potřebuje podporu pro řešení problémů ve stresových situacích a při neobvyklých podmínkách (5 bodů)

Hodnocení IADL

Test IADL: 80/80 bodů – nezávislý v IADL

Hodnocení kognitivních funkcí

Addenbrookský kognitivní test (ACE-R): 100/100 bodů

Hodnocení psychosociálních funkcí

Klient je pro terapii motivován, aktivně spolupracuje, komunikuje. Je pečlivý, důsledný, dobře se soustředí a nenechá se rozptýlit. Jeho řeč je velmi formální, rozvážná a promyšlená. Má obtíže adekvátně reagovat na nečekané situace. Problémy se objevují především, pokud je vyžadována rychlá reakce.

Tabulka 7 Vstupní sebehodnocení klientem 2

<i>Shrnutí výsledků</i>	<i>Procenta</i>	<i>Zpracují na:</i>
Seberegulační dovednosti	83%	řešení konfliktů
Pozorovací dovednosti	75%	všímání si ostatních
Naslouchací dovednosti	50%	naslouchání, porozumění ostatním
Sociální dovednosti	70%	obliba lidí, společenské akce
Konverzační dovednosti	63%	konverzace s cizími lidmi, mluvení o sobě, vyjádření citů
Empatie	50%	vnímání emocí a nálad ostatních
Řečové dovednosti	100%	

Zdroj: tabulka hodnocení (Patrick, 2011), obsah vlastní

Zájmy:

- společenské akce typu výstavy umění, návštěvy divadla
- historie

11.2.3 Ergoterapeutický plán

Problémové oblasti:

- sociálně komunikační oblast – nečekané situace vyžadující rychlé řešení

Tabulka 8 Silné a slabé stránky klienta 2

<i>Silné stránky klienta</i>	<i>Slabé stránky klienta</i>
trpělivý	perfekcionismus
aktivní	dlouhé promyšlení reakcí
soustředěný	sluchová přecitlivělost

Zdroj: vlastní

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- nácviky sociálně komunikačních dovedností

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- sociální začlenění v podobě zájmových kroužků a skupin

11.2.4 Příklad terapeutické jednotky 14. 3. 2017

Typ terapie: skupinová (7 klientů)

Cíl terapie: porozumění sociálním pravidlům v dávání a přijímání kritiky

Délka terapie: 90 min

Náplň terapie:

- úvod: přivítání, seznámení s dopředu plánovaným tématem, rozdání materiálů, představení klientů a terapeutů
- rozehrátí: volné proudění myšlenek klientů – co je napadne k tématu
- hlavní část:
 - diskuze o tématech týkajících se kritiky – druhy kritiky (pozitivní, negativní; krátkodobá dlouhodobá; obecná a konkrétní)
 - nácvik vyjádření kritiky
 - krátkodobé – vyjádření pocitu, konkrétně, řešení (např. „Vadí mi, že máš tak nahlas puštěnou hudbu. Mohl bys ji, prosím, ztlumit?“)
 - dlouhodobé – vyjádření pocitu, konkrétně, řešení, rekapitulace, poděkování (např. situace spolubydlící po sobě nechává neumyté nádobí – „Ahoj, mohl bych s tebou na chvíli mluvit? Už delší dobu si všímám, že u nás myji nádobí jen já. Můžeme se domluvit na střídání, jeden týden bych myl já a ten další ty?“ „Promiň, to mě nenapadlo. Určitě souhlasím.“ „Skvěle. Tak jsme domluvení. Tento týden budu mýt já a příští už ty. Díky, že jsme se mohli domluvit.“)
 - nácvik přijímání kritiky – doptání se na konkrétní problém (při obecné kritice)
 - navozování modelových situací a hraní rolí (mírně stupňovaná složitost situací) – s každým klientem v rámci každého tématu
- zpětná vazba a relaxace: vnímání chování klientů terapeutem, dechové cvičení

- závěr: poděkování za účast, téma příštího setkání

Referenční rámec: behaviorální, kognitivně behaviorální

Reakce klienta: Klient sám navrhl několik situací, které by potřeboval procvičit. V modelové situaci při dostatečné době na promyšlení reakce, vyjádření kritiky zvládl, avšak sám uvedl, že ve skutečnosti by jen „ztuhl“ a zvolil by spíše „útěk“ – opuštění problematické situace.

Doporučení: Klientovi bylo doporučeno vyjadřování kritiky v různých modelových situacích pro zlepšení reakcí ve skutečnosti.

Formulář pro sebehodnocení

škála: 1 = velmi obtížné; 2 = obtížné; 3 = průměrné; 4 = dobré; 5 = bez problémů

Tabulka 9 Formulář pro sebehodnocení klienta 2

	Hodnocení	Poznámky terapeuta
1. Do jaké míry jste se dokázal soustředit na úkoly nebo činnost?	5	
2. Byl jste schopen půjčovat si materiál nebo pomůcky od jiného člena skupiny?	4	
3. Byl jste schopen komunikace s ostatními členy skupiny?	2	Pozdrav na začátku a konci, komunikace obtížná.
4. Byl jste schopen spolupracovat s ostatními členy skupiny?	2	Spolupráce dobrá, interakce s ostatními minimální.
5. Do jaké míry jste byl schopen uznat a případně vzít v úvahu potřeby a problémy ostatních členů skupiny?	4	Vyčkal, než na něj přišla řada, neskákal do řeči.
6. Do jaké míry jste byl schopen uznat a případně vzít v úvahu vlastní potřeby a odlišnosti ve skupině?	4	Sám navrhl situace, které nezvládá.

Zdroj: hodnocení převzato z (Jelínková, Krivošíková, & Šajtarová, 2009, str. 123)

11.2.5 Závěrečné vyšetření 14. 3. 2017

Čerpáno z rozhovoru a vlastního vyšetření.

Hodnocení psychosociálních funkcí

U klienta jsem nepozorovala žádné změny.

Tabulka 10 Závěrečné sebehodnocení klientem 2

<i>Shrnutí výsledků</i>	<i>Procenta 13. 1. 2017</i>	<i>Procenta 26. 3. 2017</i>	zlepšení v:
Seberegulační dovednosti	83%	91%	řešení konfliktů
Pozorovací dovednosti	75%	83%	všímavost
Naslouchací dovednosti	50%	58%	naslouchání
Sociální dovednosti	70%	70%	beze změny
Konverzační dovednosti	63%	69%	vyjádření citů
Empatie	50%	58%	pochopení ostatních
Řečové dovednosti	100%	100%	beze změny

Zdroj: tabulka hodnocení (Patrick, 2011), obsah vlastní

11.2.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

Zhodnocení průběhu terapie

Skupinové terapie byly zaměřeny na nácvik sociálně komunikačních dovedností. Spolupráce byla dobrá.

Během čtyř terapií jsem nepozorovala žádné zlepšení ani zhoršení v sociálně komunikačních dovednostech. Klient subjektivně uvádí, že mu nácviky sociálních dovedností prospívají – dokáže lépe vyjádřit své pocity.

Návrhy a doporučení

Klient by měl pokračovat v nácvicích sociálně komunikačních dovedností. Dále doporučuji vyhledání zájmové skupiny či kroužku – činnosti, která ho bude bavit a ve které bude moci nadále trénovat sociálně komunikační dovednosti.

11.3 Kazuistická studie č. 3

11.3.1 Základní informace:

Pohlaví: žena

Věk: 19 let

Diagnóza: Aspergerův syndrom

Anamnéza

Nynější onemocnění

- Aspergerův syndrom byl diagnostikován r. 2015.

OA:

- Prodělalala běžné dětské nemoci.
- Aspergerův syndrom byl diagnostikován r. 2015.

RA:

- Matka (45 let) pracuje z domova – zdráva
- Otec (57 let) dochází do zaměstnání – zdrav

SA:

- Svobodná
- Bydlí v bytě, s rodinou.

PA:

- práce v kanceláři (více stolů v jedné místnosti – obtížné soustředění)

Kompenzační pomůcky:

- Klientka používá brýle.

Abusus:

- Nekuřačka, abstinentka.

11.3.2 Vstupní vyšetření: 17. 1. 2017

Čerpáno z rozhovoru s klientem.

Funkční:

Svalová síla HKK i DKK – orientačně v normě

Rozsahy pohybů HKK i DKK – orientačně v normě

Mobilita bez problémů

JM bez problémů

Hodnocení ADL

Funkční index soběstačnosti (FIM): 122/126 bodů

vyjadřování – obtíže při vyjadřování emocí a vlastních názorů (6 bodů)

sociální kontakt – jedná přiměřeně s okolím, někdy potřebuje více času pro orientaci v situaci (6 bodů)

řešení problémů – potřebuje podporu pro řešení problémů ve stresových situacích a při neobvyklých podmínkách (5 bodů)

Hodnocení IADL

Test IADL: 75/80 bodů – nezávislý v IADL

finance – zvládne drobné výdaje

Hodnocení kognitivních funkcí

Addenbrookský kognitivní test (ACE-R): 100/100 bodů

Pozornost a orientace: 15/18 bodů (nesoustředěnost – zapamatovány pouze 2 předměty, chyby v počtech)

Paměť: 16/26 bodů (vybavení jen jednoho předmětu, anterográdní paměť, retrográdní paměť – chybějící znalosti, vybavení jen 3 informací)

Slovní produkce: 14/14 bodů

Jazyk: 24/26 bodů (nesoustředěnost – neschopna zopakovat věty)

Zrakově-prostorové schopnosti: 15/16 bodů (chyba v počtu)

Hodnocení psychosociálních funkcí

Klientka je pro terapii motivována, je spíše pasivní. Pokud je na ni upřena pozornost skupiny, je zbrklá, nervózní, zadržává se v řeči. Má obtíže adekvátně reagovat na nečekané situace. Problémy se objevují především, pokud je vyžadována rychlá reakce.

Tabulka 11 Vstupní sebehodnocení klientem 3

<i>Shrnutí výsledků</i>	<i>Procenta</i>	<i>Zpracuji na:</i>
Seberegulační dovednosti	75%	pozornost, řešení konfliktů
Pozorovací dovednosti	50%	všímavost, paměť
Naslouchací dovednosti	67%	naslouchání
Sociální dovednosti	65%	schopnost vyjít s ostatními, společenské akce
Konverzační dovednosti	56%	konverzace s ostatními, mluvení o sobě, vyjádření citů
Empatie	83%	vnímání pocitů ostatních
Řečové dovednosti	58%	intonace, výslovnost

Zdroj: tabulka hodnocení (Patrick, 2011), obsah vlastní

Zájmy:

- zvířata a příroda obecně
- výlety do přírody

11.3.3 Ergoterapeutický plán

Problémové oblasti:

- sociálně komunikační oblast – nečekané situace vyžadující rychlé řešení
- nesoustředěnost klientky

Tabulka 12 Silné a slabé stránky klienta 3

<i>Silné stránky klientky</i>	<i>Slabé stránky klientky</i>
motivace k nácvikům	nervozita při sebemenší pozornosti
snaha	nesoustředěnost

Zdroj: vlastní

Krátkodobý ergoterapeutický plán:

- nácviky sociálně komunikačních dovedností
- ostatní problémové oblasti nebyly vzhledem ke skupinové práci trénovány

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

- sociální začlenění v podobě zájmových kroužků a skupin, lepší začlenění v pracovní skupině

11.3.4 Příklad terapeutické jednotky 14. 3. 2017

Typ terapie: skupinová (7 klientů)

Cíl terapie: porozumění sociálním pravidlům v dávání a přijímání kritiky

Délka terapie: 90 min

Náplň terapie:

- úvod: přivítání, seznámení s dopředu plánovaným tématem, rozdání materiálů, představení klientů a terapeutů
- rozehrátí: volné proudění myšlenek klientů – co je napadne k tématu
- hlavní část:
 - diskuze o tématech týkajících se kritiky – druhy kritiky (pozitivní, negativní; krátkodobá dlouhodobá; obecná a konkrétní)
 - nácvik vyjádření kritiky
 - krátkodobé – vyjádření pocitu, konkrétně, řešení (např. „Vadí mi, že máš tak nahlas puštěnou hudbu. Mohl bys ji, prosím, ztlumit?“)
 - dlouhodobé – vyjádření pocitu, konkrétně, řešení, rekapitulace, poděkování (např. situace spolubydlící po sobě

nechává neumyté nádoby – „Ahoj, mohl bych s tebou na chvíli mluvit? Už delší dobu si všímám, že u nás myji nádoby jen já. Můžeme se domluvit na střídání, jeden týden bych myl já a ten další ty?“ „Promiň, to mě nenapadlo. Určitě souhlasím.“ „Skvěle. Tak jsme domluvení. Tento týden budu mýt já a příští už ty. Díky, že jsme se mohli domluvit.“)

- nácvik přijímání kritiky – doptání se na konkrétní problém (při obecné kritice)
- navozování modelových situací a hraní rolí (mírně stupňovaná složitost situací) – s každým klientem v rámci každého tématu
- zpětná vazba a relaxace: vnímání chování klientů terapeutem, dechové cvičení
- závěr: poděkování za účast, téma příštího setkání

Referenční rámec: behaviorální, kognitivně behaviorální

Reakce klienta: Klientka byla spíše pasivní. Při navození modelové situace potřebovala delší čas pro uklidnění a připravení reakce. Byla znatelná úleva, když se pozornost přesunula na jiného klienta.

Doporučení: Klientce bylo doporučeno vyjadřování kritiky v různých modelových situacích pro zvýšení sebevědomí a jistoty v takových situacích.

Formulář pro sebehodnocení

škála: 1 = velmi obtížné; 2 = obtížné; 3 = průměrné; 4 = dobré; 5 = bez problémů

Tabulka 13 Formulář pro sebehodnocení klienta 3

	Hodnocení	Poznámky terapeuta
1. Do jaké míry jste se dokázal soustředit na úkoly nebo činnost?	3	
2. Byl jste schopen půjčovat si materiál nebo pomůcky od jiného člena skupiny?	4	
3. Byl jste schopen komunikace s ostatními členy skupiny?	2	Pozdrav na začátku a konci, komunikace obtížná.
4. Byl jste schopen spolupracovat s ostatními členy skupiny?	3	Spolupráce dobrá, interakce s ostatními minimální.
5. Do jaké míry jste byl schopen uznat a případně vzít v úvahu potřeby a problémy ostatních členů skupiny?	4	Vyčkala, než na ni přišla řada, neskákala do řeči.
6. Do jaké míry jste byl schopen uznat a případně vzít v úvahu vlastní potřeby a odlišnosti ve skupině?	3	

Zdroj: hodnocení převzato z (Jelínková, Krivošíková, & Šajtarová, 2009, str. 123)

11.3.5 Závěrečné vyšetření 14. 3. 2017

Čerpáno z rozhovoru a vlastního vyšetření.

Hodnocení psychosociálních funkcí

U klientky jsem pozorovala zlepšení při zaměření pozornosti na její osobu. Její reakce byly méně zbrklé, více soustředěné.

Tabulka 14 Závěrečné sebehodnocení klientem 3

<i>Shrnutí výsledků</i>	<i>Procenta 13. 1. 2017</i>	<i>Procenta 26. 3. 2017</i>	<i>zlepšení v:</i>
Seberegulační dovednosti	75%	83%	řešení konfliktů
Pozorovací dovednosti	50%	66%	všímavost
Naslouchací dovednosti	67%	67%	beze změny
Sociální dovednosti	65%	70%	schopnost vyjít s lidmi
Konverzační dovednosti	56%	69%	žádost o informaci, vyjádření citů
Empatie	83%	83%	beze změny
Řečové dovednosti	58%	66%	intonace

Zdroj: tabulka hodnocení (Patrick, 2011), obsah vlastní

11.3.6 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

Zhodnocení průběhu terapie

Skupinové terapie byly zaměřeny na nácvik sociálně komunikačních dovedností. Spolupráce byla dobrá, zpočátku byla znatelná nervozita před cizím člověkem.

Během čtyř terapií jsem pozorovala mírné zlepšení při práci ve skupině – klientka byla méně zbrklá a nesoustředěná. V sociálně komunikačních dovednostech jsem nepozorovala žádné zlepšení ani zhoršení.

Návrhy a doporučení

Klientka by měla pokračovat v nácvicích sociálně komunikačních dovedností. Dále doporučuji vyhledání zájmové skupiny či kroužku – činnosti, která ji bude bavit a ve které bude moci nadále trénovat sociálně komunikační dovednosti.

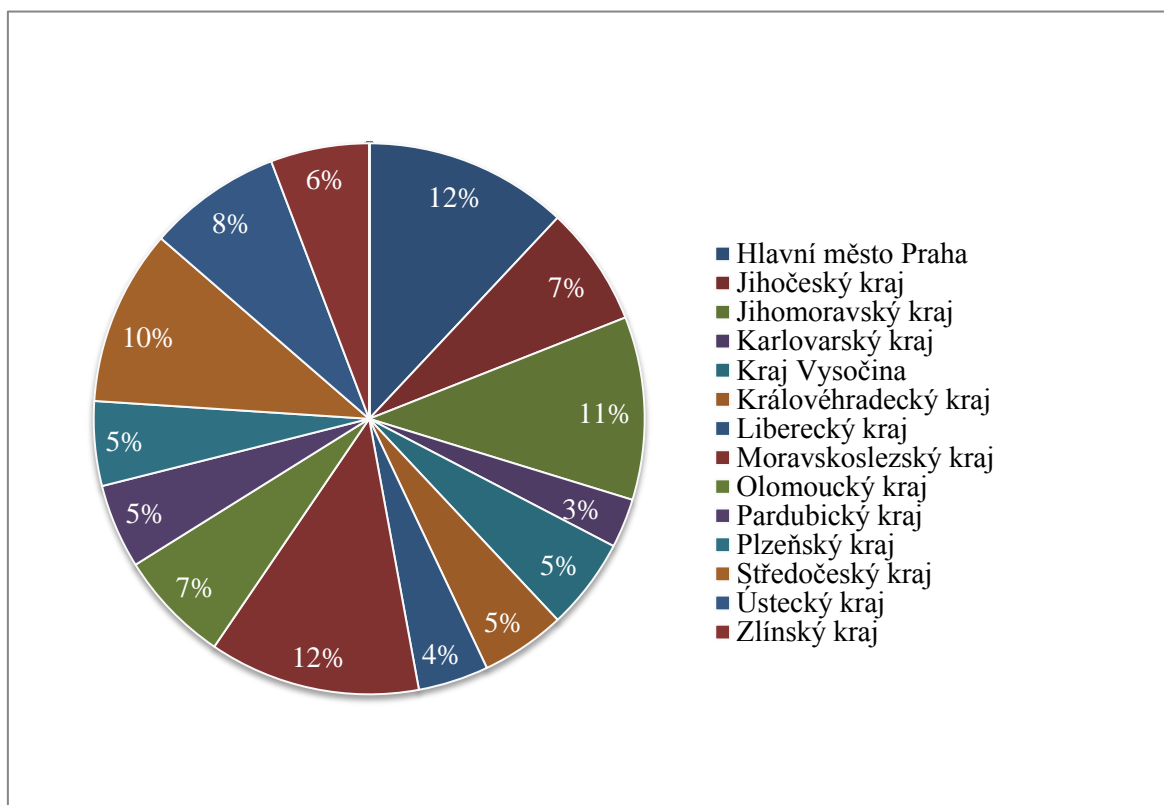
12 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole je zhodnoceno dotazníkové šetření týkající se průzkumu vlivu nácviků sociálních dovedností na psychiku dítěte. Výzkumné šetření se zabývalo otázkami faktografickými pro průzkum věku a rozmístění respondentů a také na účinnost nácviků sociálních dovedností ze subjektivního pohledu rodiče dítěte s Aspergerovým syndromem.

Osloveni byli rodiče dětí s Aspergerovým syndromem prostřednictvím sociálních sítí a internetových diskuzí, několik osobně. Na dotazník odpovědělo 242 respondentů. Dotazník byl tvořen ze čtyř, dvou otevřených otázek a jedné škály.

12.1 Tabulky a grafy k dotazníkovému šetření

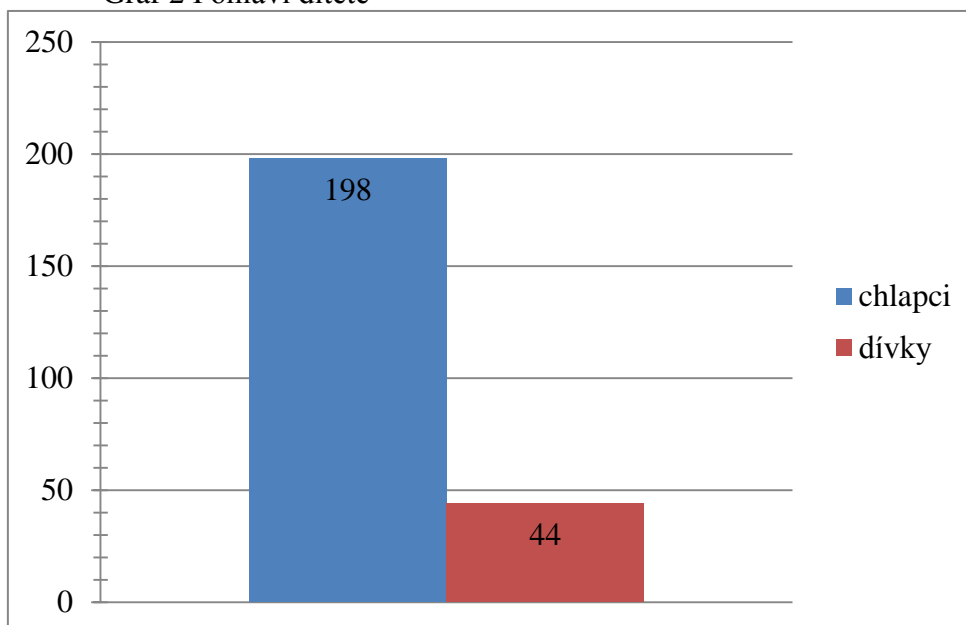
Graf 1 Kraje



Zdroj: vlastní

Závěr: Z průzkumu vyplývá, že největší počet reagujících respondentů byl z Moravskoslezského kraje a Hlavního města Prahy. Nejméně respondentů odpovědělo v Karlovarském kraji.

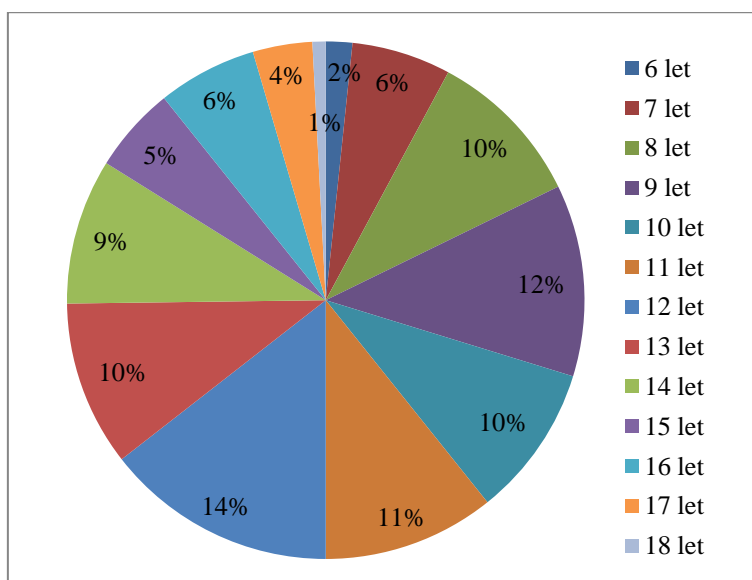
Graf 2 Pohlaví dítěte



Zdroj: vlastní

Závěr: Z průzkumu vyplývá, že více než 80% dětí s Aspergerovým syndromem, jejichž rodiče odpověděli na dotazník, byli chlapci.

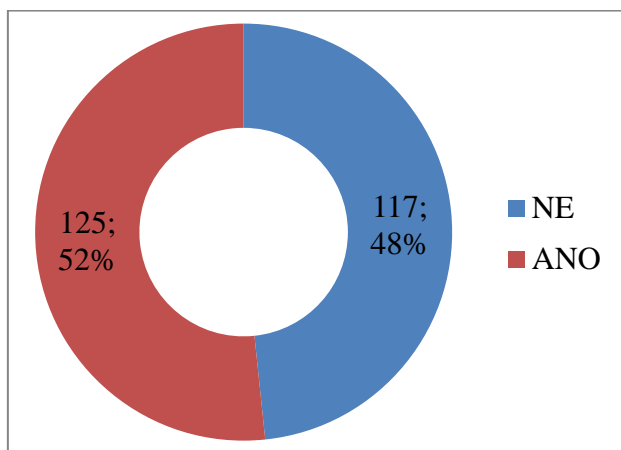
Graf 3 Věk dítěte



Zdroj: vlastní

Závěr: Z průzkumu vyplývá, že většina dětí byla ve věku 8-14 let, nejvíce dvanácti- a devítiletých. Nad 15 let bylo pouze 26 dospívajících.

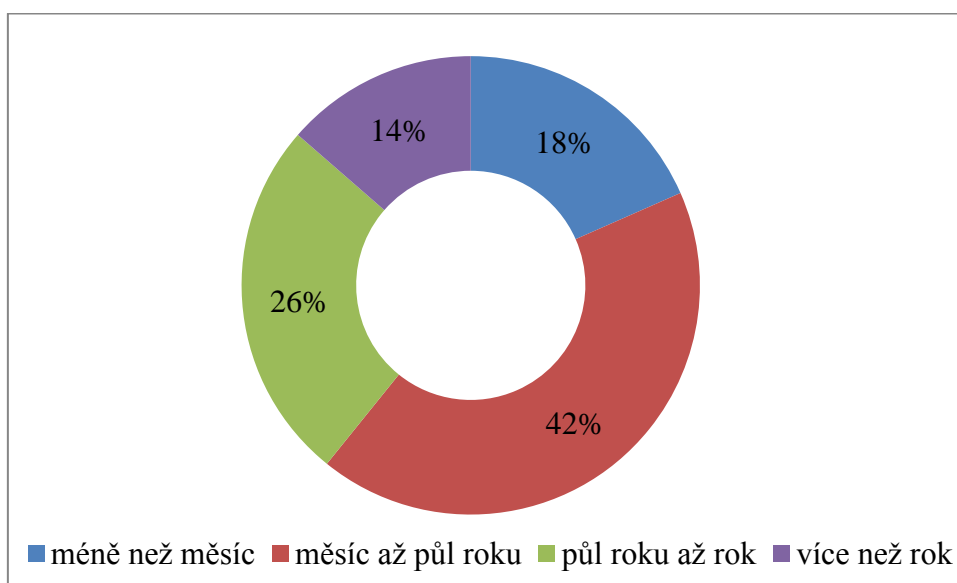
Graf 4 Účast na nácvikách



Zdroj: vlastní

Závěr: Z 242 respondentů 125 odpovědělo, že se jejich dítě účastní nácviků sociálních dovedností, což je mírně přes polovinu.

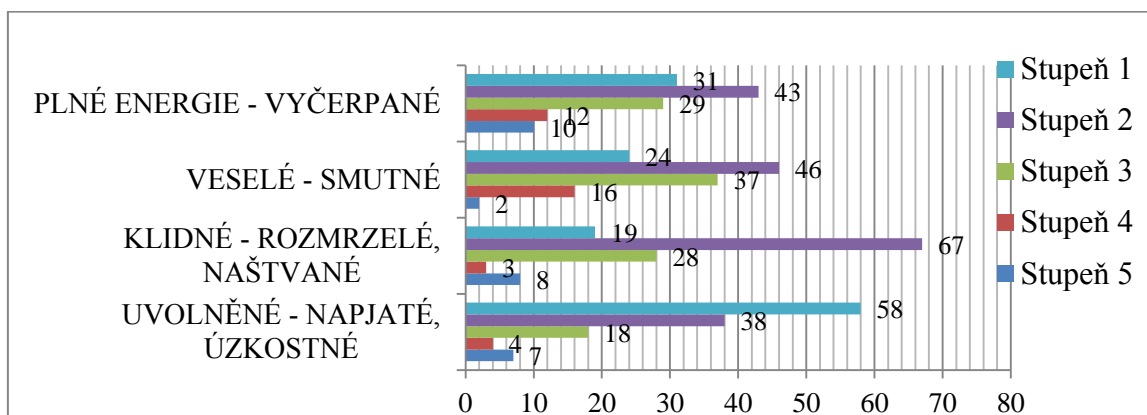
Graf 5 Délka nácviků



Zdroj: vlastní

Závěr: Převážná většina dětí 42% se nácviků sociálních dovedností účastní již více než měsíc a méně než půl roku, 26% půl roku až rok. Nejméně jich dochází na nácviky déle než rok. Poslední část grafu ukazuje děti, které se začaly účastnit teprve nedávno.

Graf 6 Pocity



Zdroj: vlastní

Tabulka 15 Pocity

PLNÝ ENERGIE	1 – 2 – 3 – 4 – 5	VYČERPANÝ
VESELÝ	1 – 2 – 3 – 4 – 5	SMUTNÝ
KLIDNÝ	1 – 2 – 3 – 4 – 5	ROZMRZELÝ, NAŠTVANÝ
UVOLNĚNÝ	1 – 2 – 3 – 4 – 5	NAPJATÝ, ÚZKOSTNÝ

Zdroj: vlastní

Tato otázka obsahuje čtyři podotázky týkající se psychického naladění dítěte po nácvicích sociálních dovedností. Stupeň 1 a 2 byl hodnocen jako plnější energie atd., stupeň 3 jako beze změny; stupeň 4 a 5 jako vyčerpanější atd.

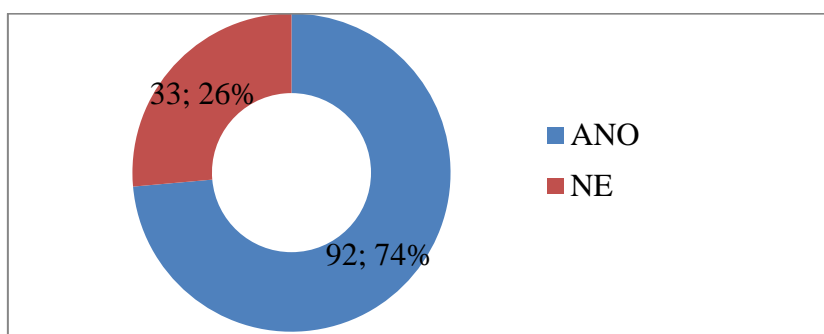
Závěr: Podle průzkumu jsou děti po nácvicích sociálních dovedností převážně uvolněné, spíše klidnější a veselejší, plnější energie.

Více než tři čtvrtiny (76,8%) rodičů se přiklání k názoru, že je dítě uvolněnější, a více než dvěma třetinám (68,8%) připadá jejich dítě klidnější. Téměř dvě třetiny (59,2%) zvolilo možnost plné energie (stupeň 1 nebo 2).

Průměrně jedna čtvrtina rodičů nepozorovala u svých dětí žádné změny.

Téměř 18% připadalo jejich dítě vyčerpanější. 14,4% respondentů odpovědělo, že jejich dítě je po nácvicích sociálních dovedností smutnější. 8,8% respondentů se přiklání k názoru, že dítě působí rozmrzeleji a více naštvané. Stejně části rodičů připadá jejich dítě napjatější, úzkostnější.

Graf 7 Zlepšení díky nácvikům



Zdroj: vlastní

Závěr: Převážná většina respondentů odpověděla, že shledává nácviky sociálních dovedností přínosné pro zlepšení stavu svého dítěte.

DISKUZE

Spojení témat ergoterapie a PAS se v České republice příliš nevyskytuje. Neexistuje žádná ergoterapeutická literatura zabývající se tímto tématem.

Cílem této práce bylo podat ucelený přehled o Aspergerova syndromu a poukázat na možnosti ergoterapeutických intervencí v existujících terapeutických metodách. Tato práce je rozdělena na část teoretickou, ve které je popsána problematika Aspergerova syndromu a jeho projevů a část praktickou, kde autor využil zkušenosti a poznatky z teoretické části pro výzkumná šetření.

Pro tuto práci byl vybrán Addenbrookský kognitivní test, test FIM a IADL. Psychosociální dovednosti byly hodnoceny pouhým pozorováním a sebehodnocením klientů, protože existující testy pro tuto oblast jsou hůře dostupné. Praktická část je zaměřena na tři oblasti – sociální dovednosti, soběstačnost v IADL a psychický stav dětí s AS. Informace byly zjišťovány kvalitativní formou výzkumného šetření a sběr dat byl zaznamenán do kazuistických studií a také kvalitativní formou – dotazníku.

U hypotézy č. 1 autor volil náplň terapie především dle momentálního zájmu klienta. Terapeutické jednotky u hypotézy č. 2 probíhaly podle předem připraveného rozvrhu témat

Hypotézy byly ověřovány ve třech kazuistických studiích klientů s diagnózou Aspergerův syndrom a prostřednictvím dotazníku, který vyplnilo 242 rodičů dětí s touto diagnózou.

Diskuze k hypotéze č. 1

Předpokládám, že častý trénink s prvky strukturovaného učení zvyšuje schopnost klienta samostatně zvládat oblast IADL – vaření.

„Instrumentální ADL vyžadují dovednosti sociální, řešení problémů a komplexní interakci s prostředím a jsou nezbytné pro nezávislý život jedince v komunitě.“
(Krivošíková, 2011, str. 53)

Pro osoby s AS je typická pestrá škála rozsahu pozornosti – v oblasti sociálního kontaktu bývá velmi krátkodobá, ale pokud se jedná o oblast jejich zájmu, jsou schopni hlubokého soustředění po dlouhou dobu (i několik hodin). V jejich případě se jedná spíše o problém motivace než pozornosti. (Attwood, 2005)

Hlavními prvky strukturovaného učení jsou strukturalizace a vizualizace. Tyto techniky pomáhají zprostředkovat informace takovým způsobem, aby je mohla osoba s AS dobře zpracovat a na jejich základě efektivně jednat. (Tuckermann, Häußler, & Lausmann, 2014) V této práci autor využil procesuální schémata přípravy pokrmů.

Tato hypotéza byla ověřována testem IADL, ve kterém byla hodnocena položka vaření. Test IADL byl proveden při vstupním a výstupním vyšetření, zhodnocení nutné adaptace a stupňování (viz příloha 2) bylo prováděno při každé terapii se stejnou náplní.

Zlepšení klienta v IADL je z výsledků patrné – zpočátku zvládl jen s dohledem jednoduchá jídla, nyní zvládne i složitější s využitím receptů.

Je to však výsledek jen jednoho klienta, proto autor nepovažuje toto výzkumné šetření za průkazné. Na základě výsledků byla hypotéza č. 1 potvrzena.

Diskuze k hypotéze č. 2

Předpokládám, že nácvikem sociálních a komunikačních dovedností lze dosáhnout zvýšení schopnosti klienta adekvátně reagovat v běžných denních situacích.

Sociální dovednosti zahrnují dovednost správně vnímat, správně chápat a správně sdělovat a reagovat. „*Nácvik těchto dovedností využívá metody pro zlepšení mezilidských vztahů v běžných denních činnostech v rodině, v přátelských vztazích, ve škole nebo v zaměstnání.*“ (Bělohávková, 2013, str. 3)

Z důvodu špatné dostupnosti testů psychosociálních a komunikačních dovedností, byla tato hypotéza ověřována pouze na základě pozorování autora a sebehodnocení klientem. Tento způsob hodnocení však není objektivní, a proto se autor domnívá, že toto výzkumné šetření nelze považovat za průkazné.

Přesto na základě zjištěných informací lze potvrdit, že během nácviků dochází k určitému zlepšení subjektivního vnímání klienta svých dovedností. Všichni tři klienti se shodují, že jim nácviky sociálních dovedností pomáhají lépe zvládat situace, ve kterých dříve nebyli schopni adekvátně reagovat. Vzhledem k tomuto přínosu je tato hypotéza potvrzena.

Diskuze k hypotéze č. 3

Předpokládám, že nácviky sociálních dovedností u dětí zlepšují psychický stav dítěte.

Pro potvrzení hypotézy č. 2 byl jako výzkumná metoda použit dotazník pro rodiče dětí s AS. Dotazník se týkal psychiky dětí s Aspergerovým syndromem z pohledu rodičů.

Psychické napětí je u dětí s AS vyvoláváno každým sociálním kontaktem. Některé děti reagují úzkostí, některé depresí, jiné vztekem. Pro redukci napětí využívá většina dětí své rituály a zájmy. (Attwood, 2005) Účinné techniky pro redukci stresu jsou především relaxace a pohybová aktivita. Je důležité, aby dítě mělo možnost odpočinku od sociálního kontaktu.

Náplní nácviků sociálních dovedností byly kromě samotného nácviku (pomocí hraní rolí, přehrávání nežádoucího chování s určováním chyb apod.) také pohybové aktivity ze začátku a relaxace na konci každého nácviku.

Výsledky dotazníkového šetření tuto hypotézu potvrdili. Většina dotázaných rodičů vnímá zlepšení psychického stavu a vidí také přínos nácviku sociálních dovedností pro budoucí život svého dítěte.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo přiblížit problematiku diagnózy Aspergerův syndrom a vlivu jeho projevů na soběstačnost dětí i dospělých s AS a také zohlednit prostředky a metody využívané v ergoterapii při práci s touto diagnózou.

V rámci praktické části bakalářské práce byly zvoleny tři hypotézy, z nichž všechny byly potvrzeny.

Z bakalářské práce vyplývá, že nácviky sociálních dovedností jsou přínosné pro osoby s AS v každém věku. Pomáhají zvládnout běžné denní situace, ve kterých si dříve nevěděli rady nebo reagovali neadekvátně. Mezi využívané metody patří hraní rolí a modelové situace, nápodoba, nácviky pomocí videonahrávek (např. Mr. Bean) a také diskuze.

U dětí probíhají nácviky sociálních dovedností odlišně – je zde více kladen důraz na pohybové a jiné aktivity pro uvolnění napětí, metody jsou více rozmanité – kromě videotréninku, nápodoby, modelových situací a hraní rolí se děti účastní skupinových her, muzikoterapie, pracují společně s interaktivní tabulí, případně tablety. Posledních pár minut před koncem nácviku je vždy věnováno relaxaci.

U obou nácviků sociálních dovedností (u dětí i dospělých) se autor setkal s prvky strukturovaného učení. U dospělých to bylo prostřednictvím materiálů, které vizualizovaly strukturu času během nácviku, a vizualizace poznámek na tabule pro strukturu úkolu. U dětí byly prvky více vizualizovány. Od počátku nácviku je vizuálně dána jasná struktura pomocí denního režimu s obrázkovými kartičkami na nástěnce pro každého klienta.

Ergoterapeutické metody podporují větší samostatnost klienta v IADL – pomocí prvků strukturovaného učení lze dosáhnout větší soběstačnosti. Autor využíval procesuální schémata a jiné strukturované úkoly pro zlepšení stavu klienta.

Záměrem autora práce bylo shrnutí poznatků o Aspergerův syndrom a vlivu jeho projevů na soběstačnost osob s AS, dále také poukázání na důležitou roli ergoterapeuta v oblasti problematiky AS.

Autor bakalářské práce se ztotožňuje s názorem paní doktorky Thorové: „*Celkově platí, že nejlepší výsledky přináší strukturované vzdělávací programy, kombinace různých behaviorálních technik a využívání vizualizovaných informací.*“ (Thorová, 2006, str. 381) Nejúčinnější terapii může terapeut sestavit jen eklektickým a celostním přístupem – vybrat

si vhodné prvky vzhledem k individualitě klienta z dostupných metod a spojit je ve smysluplný celek. (Thorová, 2006)

Velkým přínosem byla pro autora spolupráce s rodinami klientů s AS, které byly ochotny se podělit se svými zkušenostmi doprovázející onemocnění.

Text bakalářské práce může dále sloužit jako materiál pro neziskové organizace a studijní materiál pro další studenty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- ATTWOOD, T. (2005). *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál.
- BĚLOHLÁVKOVÁ, L. (2013). *Rozvoj sociálních dovedností*. Praha: PASPARTA.
- BOYD, B. (2011). *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, s.r.o.
- ČADILOVÁ, V., & ŽAMPACHOVÁ, Z. (2008). *Strukturované učení*. Praha: Portál, s. r. o.
- ČADILOVÁ, V., & ŽAMPACHOVÁ, Z. (2013). *Rozvoj sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Nakladatelství PASPARTA, o.p.s.
- FINLAY, L. (1993). *Groupwork in Occupational Therapy*. London: Nelson Thornes.
- GANDALOVIČOVÁ, J. (11. leden 2016). *O ABA | ČESKÁ ODBORNÁ SPOLEČNOST APLIKOVANÉ BEHAVIORÁLNÍ ANALÝZY*. Získáno 15. březen 2017, z ČESKÁ ODBORNÁ SPOLEČNOST APLIKOVANÉ BEHAVIORÁLNÍ ANALÝZY: <http://csaba.cz/aba/>
- JACOBS, D. S., & BETTS, D. E. (2013). *Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Portál, s. r. o.
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., & ŠAJTAROVÁ, L. (2009). *Ergoterapie*. Praha: Portál.
- KAUFMAN, R. K. (2016). *Průlom v autismu*. Bratislava: Citadella.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- MALEČKOVÁ, M. (2009). *Komunikační dovednosti*. Získáno 17. prosinec 2016, z Možnosti rozvoje soft skills na Masarykově univerzitě: <http://www.softskills.wz.cz/html/komunikacni.html>
- PATRICK, N. J. (2011). *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál, s. r. o.
- PREIBMANN, C. (2010). *Život s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál.
- PROGRAM, A. T.-R. (1998). *What Makes Our Autism Treatment Program Different?* Získáno 15. březen 2017, z Autism Treatment Center of America: The Son-Rise

Program: http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about_son-rise/what_is_the_son-rise_program.php

STRAUSSOVÁ, R., Knotková, M., & Mátlová, I. (2010). *Obrázkový slovník sociálních situací pro děti s poruchou autistického spektra*. Praha: APLA.

STRUNECKÁ, A. (2016). *Přemůžeme autismus?* Petrovice: ProfiSales s.r.o.

THOROVÁ, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.

THOROVÁ, K. (2007). *Výjimečné děti*. Praha: APLA Praha.

TUCKERMANN, A., HÄUBLER, A., & LAUSMANN, E. (2014). *Strukturované učení v praxi*. Praha: PASPARTA, o. p. s.

VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

WHO. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. (Ú. z. ČR, Překl.) Geneva: WHO.

ZELINOVÁ, M. (2007). *Hry pro rozvoj emocí a komunikace*. Praha: Portál, s. r. o.

SEZNAM ZKRATEK

A. S. A. S. = *The Australian Scale for Asperger's syndrome* (Australská škála AS)

ABA = aplikovaná behaviorální analýza

ACE-R = Addenbrookský kognitivní test

ADHD = *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

ADI-R = *Autism Diagnostic Interview-Revised* (diagnostika autismu)

ADL (PADL, IADL) = běžné denní činnosti (personální, instrumentální)

ADOS = *Autism Diagnostic Observation Schedule* (diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra)

AQ test = Kvocient autistického spektra

AS = Aspergerův syndrom

CARS = *Childhood Autism Rating Scale* (posuzovací škála dětského autismu)

CNS = centrální nervová soustava

DACH = Dětské autistické chování

FIM = funkční index soběstačnosti

HKK, DKK = horní a dolní končetiny

CHAT = *Checklist for Autism in Toddlers* (dotazníkový test pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat)

ICD-10 = *The International Classification of Diseases* (Mezinárodní klasifikace nemocí)

IP (IP2) = interphalangeální kloub (distální)

IQ = inteligenční kvocient

JM = jemná motorika

MHD = městská hromadná doprava

NAUTIS = Národní ústav pro autismus

OA, RA, SA, PA, FA = anamnéza osobní, rodinná, sociální, pracovní, farmaceutická

PAS = poruchy autistického spektra

PHK, LHK = pravá a levá horní končetina

TEACCH = *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children* (Léčba a vzdělávání dětí s autismem a jiným komunikačním handicapem)

WHO = Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodnocení JM.....	41
Tabulka 2 Vstupní sebehodnocení klientem 1	42
Tabulka 3 Silné a slabé stránky klienta	43
Tabulka 4 Formulář sebehodnocení klienta 1	45
Tabulka 5 Závěrečné hodnocení JM.....	46
Tabulka 6 Závěrečné sebehodnocení klientem 1	46
Tabulka 7 Vstupní sebehodnocení klientem 2.....	49
Tabulka 8 Silné a slabé stránky klienta 2	49
Tabulka 9 Formulář pro sebehodnocení klienta 2	51
Tabulka 10 Závěrečné sebehodnocení klientem 2.....	51
Tabulka 11 Vstupní sebehodnocení klientem 3	54
Tabulka 12 Silné a slabé stránky klienta 3	55
Tabulka 13 Formulář pro sebehodnocení klienta 3	56
Tabulka 14 Závěrečné sebehodnocení klientem 3	57
Tabulka 15 Pocity	61

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Kraje	58
Graf 2 Pohlaví dítěte	59
Graf 3 Věk dítěte	59
Graf 4 Účast na nácvikách	60
Graf 5 Délka nácviků	60
Graf 6 Pocity	61
Graf 7 Zlepšení díky nácvikům	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Procesuální schéma přípravy rizota s kuřecím masem	74
Příloha 2 Průběh adaptace a stupňování činnosti	75
Příloha 3 Typologie dětí s PAS dle sociálního kontaktu	76
Příloha 4 Sebehodnocení klienta	77

PŘÍLOHY

Příloha 1 Procesuální schéma přípravy rizota s kuřecím masem

- 1) Připravíme vše potřebné:
pomůcky: vařečka, miska, struhadlo, hrnec s pokličkou, pánev s pokličkou
suroviny: 2 kuřecí prsa, sáček rýže, balíček mražené zeleniny s kukuřicí, kousek másla, sůl, 3dcl horké vody, 80g sýr Eidam
- 2) Do hrnce dáme sáček rýže a tolik vody, aby byl ponořen.
- 3) Přidáme sůl (1 čajová lžička).
- 4) Přivedeme vodu k varu a vaříme 15 minut.
- 5) Nakrájíme maso na kostičky přibližně 2x2 cm.
- 6) Dáme prázdnou pánev na ploténku a rozejdeme ji.
- 7) Na rozpálenou pánev dáme maso
- 8) Mícháme, dokud maso nezbledne. Může se stát, že se kousky přichytí na dno – nevadí to.
- 9) Maso mírně osolíme (1 čajová lžička soli).
- 10) Přidáme do pánve k masu mraženou zeleninu.
- 11) Zavřeme pokličkou a necháme dusit 20 minut.
- 12) Pokud již uplynula doba vaření rýže, zkontrolujeme, jestli je rýže měkká.
- 13) Pokud ano, slijeme vodu, která zbyla.
- 14) Pokud ne, necháme vařit ještě 5 minut a opět zkontrolujeme.
- 15) Po 15 minutách zkontrolujeme, jestli je maso měkké.
- 16) Pokud ne, necháme dusit ještě 5 minut a opět zkontrolujeme.
- 17) Když je hotové maso se zeleninou i rýže, smícháme obojí v hrnci, kde jsme vařili rýži.
- 18) Nastroháme sýr do misky.
- 19) Výborně. Máme hotovo. Můžeme se najíst.

Příloha 2 Průběh adaptace a stupňování činnosti

datum	snížení nároků	zvýšení nároků
15. 2017	1. předvedení jednotlivých kroků	
21. 2017	1. asistence při smažení masa	
4. 2017	2. zvládl celý postup s občasným slovním ujištěním, že pracuje správně	
17. 2017	2.	místo mražené zeleniny využita čerstvá – připraveno potřebné množství
4. 2017	3.	přidáno prostření stolu a následné umytí nádobí – bez problému
17. 2017	3.	příprava jídla jen s občasným nahlédnutím do postupu

Příloha 3 Typologie dětí s PAS dle sociálního kontaktu

Osamělý typ:

- o sociální kontakty s vrstevníky nestojí
- preferují činnosti o samotě
- potřebují výraznou motivační podporu při aktivizaci k činnosti
- nejsou schopny se ve většině případů i s výraznou podporou zapojit do společných aktivit

Pasivní typ:

- kontakty s vrstevníky a s dospělými občas krátkodobě navazují, avšak nerozvíjí je
- ke kontaktu s druhou osobou musí být silně motivovány
- aktivně se neúčastní společných aktivit
- zapojit se do kolektivu je pro ně velký problém, s výraznou podporou to krátkodobě zvládnou
- pokud jsou vyzvány k interakci a rozumí, co se od nich očekává, jsou schopny ji krátkodobě udržet

Aktivní typ:

- nepřiměřeně nebo nevhodně navazují kontakt s vrstevníky a s dospělými, způsob těchto kontaktů je často obtížně akceptovatelný
- jejich chování je pro kolektiv obtížně zvladatelné, rušivé (vykřikují, fyzicky napadají, ruší různými zvuky a svým pohybem ostatní při práci apod.)
- kolektiv vrstevníků je vyčleňuje a odmítá

Formální typ

- sociálním kontaktem se do kolektivu obtížně zařazují
- chování se více podobá dospělým než vrstevníkům, proto lépe navazují kontakt s dospělými
- vrstevnická skupina může takové chování vnímat jako nadřazené, poučující a neodpovídající požadavkům dětského kolektivu

zdroj: (Čadilová & Žampachová, 2013, stránky 13-14)

Příloha 4 Sebehodnocení klienta

Posuzovací škála

Zdroj: (Patrick, 2011, stránky 135-139)

Pokyny

Pozorně čtete prohlášení a pak podtrhnete položku, která nejvíce odpovídá vašemu hodnocení. Čísla hodnocení napište na konci každé řady.

Příklad

Mám rád pizzu.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	4
----------------	------------------------	------------------	--------------------	----------------------------	----------

<i>Seberegulační dovednosti</i>					
Mám dobrý rozsah pozornosti.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Umím řešit konflikty.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Nerozhazuji rukama, držím chodidla u sebe.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
<i>Pozorovací dovednosti</i>					
Všímám si lidí kolem sebe.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Pamatuji si jména jiných lidí.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Všímnu si, když někdo chybí nebo odejde.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
<i>Naslouchací dovednosti</i>					
Jsem dobrý posluchač.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Poznám, když jsou lidé kvůli mně rozmrzelí, i když neřeknou ani slovo.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Rozumím tomu, co říkají jiní lidé.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
<i>Sociální dovednosti</i>					
Mám dobré způsoby.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Mám rád lidi.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Mám přátele.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	

Vycházím s jinými lidmi.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Mám rád večírky.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Konverzační dovednosti					
Umím požádat jiné lidi o informaci.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Rád mluvím s cizími lidmi.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Rád lidem o sobě vyprávím.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Umím vyjádřit své city.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Empatie					
Je mi líto jiných lidí.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Pochopím, co chtějí jiní lidé.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Chce se mi plakat, když jiní trpí.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Řečové dovednosti					
Mluvím zřetelně.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Lidé rozumějí tomu, co říkám.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	
Ve své řeči používám vhodnou hlasitost, rychlost i správnou gramatiku.	silně souhlasím (4)	souhlasím (3)	nesouhlasím (2)	hluboce nesouhlasím (1)	

Vyhodnocení výsledků

Čísla, která jste zapsali u každé položky, převed'te do Osobní posuzovací škály do příslušné kolonky. Pokud jste například v první otázce „Jsem dobrý posluchač.“ zapsali 2, zapište stejné číslo do kolonky „Seberegulační dovednosti“ Pokračujte, dokud není každé číslo zapsáno ve správné kolonce. Sečtete hodnoty v každé kolonce. Když vydělíme součet získaných bodů podle klíče, který je v tabulce výše, vyjdou nám získaná procenta z maximálního možného počtu získaných bodů. Například pokud jste si v kolonce „Seberegulační dovednosti“ zapsali celkem 8 bodů a maximální počet je 12, vydělíte 8:12 a získáme procenta možných bodů, což je v tomto případě 66%.

<i>Vyhodnocení</i>	<i>Součet bodů</i>		<i>Výsledek</i>
Seberegulační dovednosti		součet bodů vydělíme 12	
Pozorovací dovednosti		součet bodů vydělíme 12	
Naslouchací dovednosti		součet bodů vydělíme 12	
Sociální dovednosti		součet bodů vydělíme 20	
Konverzační dovednosti		součet bodů vydělíme 16	
Empatie		součet bodů vydělíme 12	
Řečové dovednosti		součet bodů vydělíme 12	
<i>Shrnutí výsledků</i>	<i>Procenta</i>		
Seberegulační dovednosti			
Pozorovací dovednosti			
Naslouchací dovednosti			
Sociální dovednosti			
Konverzační dovednosti			
Empatie			
Řečové dovednosti			
<i>Klíč k sebehodnocení</i>			
<i>Procenta</i>	<i>Popis</i>		
0-25%	Hluboké omezení – současné dovednosti budou pravděpodobně hluboce negativně ovlivňovat sociální vztahy.		
26-50%	Těžké omezení – současné dovednosti budou pravděpodobně těžce negativně ovlivňovat sociální vztahy.		
51-75%	Střední omezení – současné dovednosti budou pravděpodobně středně negativně ovlivňovat sociální vztahy.		
76-100%	Přijatelné – současné dovednosti budou mít pravděpodobně pozitivní vliv na sociální vztahy.		