

DĚTSKÝ AUTISMUS NA ROZHRAŇÍ

MUDr. Eva Čápková¹, MUDr. David Neumann²

¹Psychiatrická klinika, ²Dětská klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Dětský autismus je pervazivní vývojová porucha, která poškozujee sociální interakci, komunikaci a okruh zájmů postižených dětí. V české a slovenské literatuře se objevuje stále větší počet sdělení, která se snaží přiblížit problematiku autismu odborné veřejnosti, ukazují možnosti symptomatické farmakoterapie (2) a uvádějí konkrétní zkušenosti v kazuistikách. Vyniká článek Proppera z r. 1999 (5). Péče o děti s dětským autismem je komplexní. Účastní se na ní praktičtí lékaři pro děti a dorost, pedopsychoiatri, psychologové, neurologové, speciální pedagogové a další specialisté.

Klíčová slova: dětský autismus, praktická péče.

CHILD AUTISM ON THE BOUNDARY

Child autism as a pervasive developmental disorder attacks social interaction, communication skills and interests of autistic children. Arising number of papers on national Czech and Slovak board brings near the topics of autistic disorders to the health and pedagogical professionals. These papers present appropriate pharmacotherapy and personal knowledge in case-reports. The recent article by Propper (2) should be mentioned. General paediatricians, child psychiatrists, psychologists, neurologists, special educators and other experts are involved in the complex management of autistic children.

Key words: child autism, management.

Dětský autismus je v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize řazen mezi pervazivní vývojové poruchy. Poruchy v této podskupině jsou charakterizovány těžkým narušením vyvoje všech psychických funkcí dítěte. Dětský autismus vykazuje vysokou prevalenci a závažnost klinických projevů (tabulka 1).

Etiologie, prevalence a komorbidita dětského autismu

Dětský autismus je považován za neurobiologickou poruchu, při jejímž vzniku se významnou měrou uplatňují genetické faktory. Mužské pohlaví trpí poruchou častěji než pohlaví ženské (poměr 4-5:1). Údaje o prevalenci této pervazivní poruchy se různí v závislosti na použitých diagnostických kritériích, za spolehlivý možno pokládat údaj o 4-5 případech na 10000 dětí. Etiologie poruchy je však stále neznámá a její hledání se stává předmětem intenzivního úsilí výzkumníků. Morfologické abnormality centrálního nervového systému jsou nacházeny v limbickém systému, frontální oblasti mozku a mozečku.

Manifestace poruchy je spojována např. s prodělanou zarděnkovou infekcí plodu před narozením, postnatální herpetickou encefalitidou, metabolickými poruchami, syndromem fragilního chromozomu X, tuberózní sklerózou, Itovou hypomelanózou.

Nejčastějším současným onemocněním dětského autismu bývá v 75 % mentální retardace. Epilepsií trpí současně 30 % autistických dětí, z toho téměř všechny s rozumovými schopnostmi v pásmu středně těžké mentální retardace. Časté bývá postižení sluchu (až v 25 %).

Klinický obraz

U dětského autismu je především kvalitativně narušena schopnost sociální interakce. Od útlého dětství chybí empatie, chybí zájem o emoční kontakt s lidmi včetně kontaktu očního, chybí odpověď dítěte na emoční výzvy okolí, dítě se nedokáže přizpůsobit sociálnímu kontextu situace, omezeně je integrováno sociální, emoční a komunikační chování. Dalším závažným příznakem u dětí s autismem je narušená

komunikace – globální selhání ve všech komunikačních modalitách. Vývoj řeči dítěte je opožděný, u části dětí se mluvená řeč nerozvine vůbec, u dalších neslouží ke komunikaci. Mimika i gesta bývají chudá. Děti využívají předmětové komunikace. Většinou nejsou schopny řízené imitace. Hra bývá manipulativní. Třetím typickým rysem autismu je stereotypní chování s restrikcí zájmů a aktivit dítěte – tvrdošijně lpi na neměnném upořádání režimu dne, dodržování neúčelných rituálů, neměnnosti prostředí. Na jakoukoliv změnu v tomto směru pak reaguje úzkostí, neklidem, odporem. V chování dítěte jsou patrné pohybové rituály – chopení po špičkách, točení se do kolečka, třepání prsty. Když se dítě přestává orientovat v situaci, vystupňovaný neklid může vést až k sebepoškození. Častá je pika.

Vyšetření a diagnostika

Diagnostická kritéria, podrobný popis výše uvedených příznaků, rozvádí 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

Včasná diagnostika poruchy umožňuje časné zahájení edukačních programů a event. i další léčbu autistického dítěte.

Pro přesnější hodnocení autistických projevů je třeba použít některé z posuzovacích stupnic.

Pro praktické rozlišení, zda dítě trpí dětským autismem či nikoliv, je používána škála CARS (Childhood Au-

Tabulka 1. Pervazivní vývojové poruchy (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize)

kód	diagnóza
F 84.0	Dětský autismus
F 84.1	Atypický autismus
F 84.2	Rettův syndrom
F 84.3	Jiná dezintegrační porucha v dětství
F 84.4	Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
F 84.5	Aspergerův syndrom

tism Rating Scale), která administrátora škály také orientačně informuje o závažnosti zjištěné poruchy (7). Dále je nezbytné stanovit vývojovou úroveň dítěte, jeho mentální schopnosti i další schopnosti dílčí, a to nejen aktuální, ale i ty potencionální, tzv. „vynořující se“. Pro tyto účely jsou psychology používány multifaktoriální vývojové škály a zjištěné hodnoty jsou vynášeny do grafu (8).

Podle zjištěné úrovně intelektu dítěte hovoříme o vysoce funkčním, středně funkčním a níže funkčním autismu.

Pro účely výzkumné je využívána podrobnější a časově náročnější posuzovací stupnice ADI-R (Autism Diagnostic Interview - Revised).

Posuzovací škála autismu v dětství (CARS) se zakládá na pozorování dítěte. Stanoví tíži odlišnosti od normy. Sleduje 15 položek:

1. Ve vztahu k lidem jsou autistické děti lhostejné k činnostem dospělých, kontakt iniciují jen minimálně nebo vůbec. Kontakt má kvalitativně neosobní charakter.
2. Imitace - napodobování je pro autisty obtížné, pravidelně s časovou prodlevou, vyžaduje pomoc dospělé osoby.
3. Emocionální reakce jsou svým způsobem nebo intenzitou nepřiměřeně podnětu. Náladu lze těžko změnit, a to i při změně prostředí nebo činnosti. Jindy autistické dítě mění náladu rychle bez jakékoliv vnější změny.
4. Motorika autistických dětí je bizarní, děti chodí po špičkách, kroutí prsty, kývají se, strnule se dívají. Někdy tyto pozice přetrvávají i při snaze dítě zaujmout.
5. V užívání hraček a při hře se dostávají do popředí zájmu nepodstatné části hraček a předmětů, drobné otáčivé součástky, výrazné barvy nebo povrchy. Zájem o hračky bývá obecně malý, předměty jsou používány zvláštním způsobem.
6. Adaptace na změny je obtížná, často téměř nemožná. Vynucená změna vyvolává záchvat hněvu, repetitivní pohyby nebo obtížně ztišitelné sebepoškozování.
7. Vizualní reakce jsou nepřiměřené, autistické děti zírají do prázdna, vyhýbají se pohledu z očí do očí, přikládají předměty blízko k očím.
8. Sluchové reakce se mění, chybí odpověď na nové výrazné zvuky, jindy dítě vyděsí každodenní známé zvuky.
9. Čich, chuť a hmat využívají spíše pro vlastní vzrušení, než pro poznání a použití. Očichávání, ochutnávání a ohmatávání vybraných předmětů s typickými vlastnostmi (drsň povrch, kovové předměty) patří k obrazu autismu. Bolestivý podnět může být ignorován. Naopak jen málo nepříjemný podnět může vyvolat silnou reakci.
10. Strach a nervozita autistických dětí neodpovídají situacím. Závažný neklid se objevuje i při běžných situacích, a nebezpečným situacím dítě naopak nevěnuje pozornost. Chová se výrazně odlišně od zdravého vrstevníka.
11. Ve verbálním projevu jsou bizarní prvky, jako echolálie, opožděná echolálie, nesprávné používání zájmen, užití nesprávných a nesmyslných slov nebo zvuků napodobujících řeč intonací a projevem, ale bez významu. Intonace, rytmus a hlasitost nejsou správně volené.
12. V neverbální komunikaci jsou zvláštní gesta bez významu, nevyzrálá neverbální komunikace nahrazuje komu-

nikaci verbální v situacích, kdy by stejně staré nepostižené děti užily slovní vyjádření.

13. Aktivita je většinou extrémně vysoká nebo dominuje pasivita. Autistické děti se vyhýbají fyzicky náročným hrám.
14. Ačkoliv úroveň a konzistence intelektových funkcí je všeobecně snižena, v jedné nebo více oblastech mohou mít autistické děti neobvyklé schopnosti.
15. Celkový dojem uzavírá hodnocení podle škály CARS.

Každá položka škály je administrátorem hodnocena na stupnici od 1 do 4 podle závažnosti postižení. Celkové skóre do 30 bodů vylučuje dětský autismus, 30–36,5 bodů informuje o mírné až středně těžké formě dětského autismu, hodnota od 37 do 60 bodů označuje dítě jako výrazně autistické.

Vyšetření dítěte s dětským autismem poskytují pedopsychiatri, psychologové, neurologové. Do prvního kontaktu s dítětem se však dostávají pediatři, logopedi, speciální pedagogové. Podrobné informace o možnostech diagnostiky i další informace o dětském autismu včetně regionálních kontaktů lze získat na internetové stránce Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA) www.autismus.cz (tabulka 2).

V diferenciaci diagnostice je třeba odlišit psychosociální deprivaci dítěte, poruchy vývoje řeči, postižení sluchu, metabolické vady, mentální retardaci, jinou pervazivní vývojovou poruchu či schizofrenii v dětském věku.

Terapie

Péče o děti s dětským autismem je komplexní a vyžaduje spolupráci řady specialistů - pediatra, speciálního pedagoga, psychologa, pedopsychiatra, neurologa, foniatra, logopeda.

Základem komplexní péče o děti s dětským autismem je specifický výchovný, edukační a psychotherapeutický přístup. Využití edukačních programů založených na vizualizaci instrukcí umožňuje autistickému dítěti lépe porozumět sociálním situacím, učit se sociálním dovednostem a tak zlepšit sociální adaptaci ve světě. Používají se programy PORTAGE a TEACCH (8).

Při ovlivnění nežádoucích projevů v chování autistických dětí (neklidu, ale hlavně sebepoškozování) se z psychotherapeutických přístupů s úspěchem využívá kognitivně behaviorální terapie a speciálních behaviorálních programů (6).

Intervenci psychofarmaky u dětského autismu lze využít podle pravidla syndromologického ovlivňování (3). Při

Tabulka 2. Vyšetření při podezření na dětský autismus

Psychologické a pedopsychiatrické vyšetření	kognitivní funkce, IQ a sociální kvocient, hodnotící škály pro autismus
Neurologické vyšetření	elektroencefalografie (EEG), počítačová tomografie (CT), nukleární magnetická rezonance (NMR) mozku, oční pozadí, audiometrie, akustické evokované potenciály
Pediatrické vyšetření	vyloučení metabolické vady, virové infekce, (chromozomální vyšetření)

hyperkinetickém syndromu s projevy impulzivitu se podávají stimulanty, atypická neuroleptika (hlavně risperidon), při agresivních projevech atypická neuroleptika (risperidon) (9), při sebepoškozování je možné aplikovat antidepresiva s výrazným serotoninergním účinkem ze skupiny SSRI či výše zmíněná atypická neuroleptika.

Rodiče dětí s autismem očekávají od profesionálů nejen jejich odbornou pomoc v rámci příslušného oboru, ale i psychickou, sociální a obecně lidskou podporu.

Závěr

Autismus na rozhraní? Dětský autismus není již jen zájmem pedopsychiatrů, ale stává se „horkým tématem“ také ve vývojové pediatrii. V souvislosti s tím je častěji diagnostikován, objevují se nové asociace. Například 7 % dětí s Downovým syndromem má autistické rysy, děti s autistickou poruchou mají vyšší prevalenci gastrointestinálních (zvláště funkčních) onemocnění (1).

Literatura

1. Accardo, P., Bostwick, H. (1999): Zebras in the living room: the changing faces of autism. *J Pediatr.* 135: 533-535.
2. Drtilková, I. (1999): Předběžné zkušenosti s risperidonom u dětí s pervazivními vývojovými poruchami. *Čes Slov Psychiat. Suppl.* 18-21.
3. Hrdlička, M. (2000): Dětský autismus (F84.0) Dětská a adolescentní psychiatrie, In: Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. Praha, Portál s.r.o. 133-144.
4. Neumann, D. (1998): Praktický přístup k rodinám pacientů s dětským autismem. *Čes Slov Pediat.* 53: 536-542.
5. Propper, L., Hrdlička, M. (1999): Vysoce funkční autismus a Aspergerův syndrom: problematika koncepce a diferenciální diagnostiky. *Prakt Lék* 79: 610-614.

Autismus je také na rozhraní věda/praktická péče. Jako onemocnění s atypickým vzorcem vývoje a řadou asociací vyžaduje soustředěný výzkum. Praktická každodenní pomoc je ale nenahraditelná (4).

Rozhraním je také věk diagnostiky. Diagnóza stanovená před 3 rokem života je spojená s lepší prognózou, stejně jako hodnota IQ a verbální komunikační schopnosti.

Původní domněnka o příčině dětského autismu v chladném sociálním prostředí byla vyvrácena. Ale sociální kontext autismu je nepochybně „dalším rozhraním“. Autismus je sociální diagnózou, ne v etiologickém smyslu, ale v ovlivnění života rodiny a její časté sociální izolace okolím pro postižené, většinou hyperaktivní dítě.

Autismus je na rozhraní lékařské a pedagogicko-psychologické péče. Spolupráce lékařů se speciálními pedagogy optimalizuje výsledky společného snažení o zlepšení prognózy i osudu autistických dětí a jejich rodin.

6. Schopler, E., Mesibov, GB. (1997): Autistické chování, Praha, Portál, s.r.o.
7. Schopler, E., Reichler, RJ., DeVellis, RF., Daly, K. (1980): Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord.* 10: 91-103.
8. Schopler, E., Reichler, RJ., Lansingová, M. (1998): Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami, Praha, Portál, s.r.o.
9. Zuddas, A., Di Martino, A., Muglia, P., Cianchetti, C. (2000): Long-term risperidone for pervasive developmental disorder: efficacy, tolerability, and discontinuation. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 10: 79-90.