

Spolupráce pediatra a dětského psychiatra při časně identifikaci poruch autistického spektra

doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.¹, Mgr. Markéta Mohaplová²

¹Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Oddělení klinické psychologie FN Motol, Praha

Identifikace symptomů atypického vývoje dítěte prostřednictvím screeningu a diagnostika poruch autistického spektra se posunuje do stále časnějšího věku. Pediatři se stávají klíčovými osobami pro časnou identifikaci příznaků poruch autistického spektra, pro zajištění diagnostického procesu a nasměrování k výchovným a vzdělávacím intervencím v co možná nejranějším věku dítěte. Zprostředkování kvalitních informací založených na důkazech o problematice poruch autistického spektra široké lékařské obci, zejména dětským lékařům, je aktuálním úkolem odborníků se znalostí diagnostiky a práce s osobami s poruchami autistického spektra. Tento článek je příspěvkem ke zlepšení identifikace časných příznaků, screeningu a časně diagnostiky poruch autistického spektra.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, screening, časná diagnostika, pedopsychologické vyšetření.

Collaboration of pediatrician and child psychiatrist in early identification of autism spectrum disorders

Identification of impaired child's development symptoms through screening and diagnostics of autism spectrum disorders moves to at ever younger ages. Pediatricians become key actors for the early identification of autistic symptoms, for arranging a diagnostic process, and for focusing on educational and pedagogical interventions at the earliest possible age of the child. Providing high-quality evidence-based information on autistic spectrum disorders to a broad medical community, especially pediatricians, is the current task of experts in diagnostics and working with people with autistic spectrum disorders. This paper is a contribution to improving the identification of early symptoms, screening and early diagnostics of autism spectrum disorders.

Key words: autism spectrum disorders, screening, early diagnostics, pediatric psychological assessment.

Úvod

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou v posledních desetiletích v popředí vědeckého i klinického zájmu mnoha odborníků. Díky intenzivnímu výzkumu časných příznaků PAS, nově vyvinutým screeningovým metodám, znepokojení ohledně zvyšující se prevalence PAS, a také dlouhým čekacím dobám u odborníků specializovaných na PAS se nabízí screening jako prostředník k časně identifikaci a správnému nasměrování dětí s podezřením na diagnózu poruchy autistického spektra do speciální péče (1). Mnoho studií v minulých letech doložilo manifestaci příznaků PAS již

v prvních dvou letech života dítěte, například podle studie de Giacomina a Fombonneho z roku 1998 v průměrném věku 19 měsíců (2), podle Chawarské a kol. (3) dokonce průměrně ve 14 měsících věku dítěte. Přesto se stále setkáváme s dlouhou prodlevou mezi věkem dítěte při počátečním znepokojení rodičů, věkem dítěte při první konzultaci u odborníka a věkem, ve kterém je dítěti stanovena diagnóza PAS (4). I při pozitivním výsledku screeningu čekají často rodiče se zahájením diagnostického procesu, i když mají nabídku diagnostiky bez zařazení do čekacího listu. V holandské studii byla za těchto podmínek průměrná doba prodlevy

mezi pozitivním výsledkem screeningu a zahájením diagnostického procesu 7 měsíců (5).

Diagnóza PAS je při absenci biologického markeru postavená na sledování a identifikaci atypických příznaků. Atypičnost je buď v přítomnosti určitého příznaku (např. stereotypní řeč, zájmy) nebo jeho nepřítomnosti či nedostatku (např. komunikativní řeč, sdílená pozornost, neverbální komunikace). PAS jsou heterogenní poruchy z hlediska tíže příznaků (od velmi závažných po mírné), věku manifestace příznaků (patrně již v prvním roce života dítěte, rozvoj následující po regresu, manifestace až v raném školním věku), z vývojového hlediska

(řečové a intelektové schopnosti se mění s věkem, ať už s nebo bez intervence) a přítomností současně se vyskytujících nemocí (genetických, somatických, psychiatrických). Kvůli této heterogenitě je diagnostika PAS obtížná. Existují „prototypy“, klasické případy. Například nemluví dítě, které nereaguje na oslovení a roztáčí okolní předměty nebo dítě plynule mluvící ve stereotypních frázích a zájímající se o jízdní řády. Obě zmíněné autistické děti mají narušené sociální a komunikační schopnosti, ale navenek jsou velmi rozdílné. S nárůstem počtu případů se stává porucha více známou, pro odborníky tak častějším kontaktem s pacienty lépe diagnostikovatelnou (1).

V současnosti není k dispozici jediná a jednoduchá metoda pro identifikaci všech osob s PAS. Žádná screeningová nebo diagnostická metoda není použitelná pro celé věkové rozpětí (od batolat po dospělé) a rozsah funkčního postižení (od velmi těžkého po mírné postižení). I proto je doba různých autistických osob k diagnóze PAS různě dlouhá. Průměrný věk stanovení diagnózy PAS ve Velké Británii u dětí pod 12 let věku byl 4,6 let (6). V České republice se dobou od prvních rodiči zachycených příznaků až k době diagnostiky PAS ve specializovaném centru zabývali Ošlejšková se spolupracovníky. V retrospektivní studii z roku 2007 zahrnující přes 200 pacientů byl průměrný věk prvních autistických příznaků zachycených rodiči 29,7 měsíců; průměrný věk stanovení diagnózy PAS 81,5 měsíců. Průměrná doba uplynulá mezi prvními příznaky a diagnózou PAS byla 51,3 měsíců. Autoři článku konstatují, že diagnóza PAS byla provedena pozdě a nemohly tak být zahájeny časně edukační a behaviorální intervence (7).

Screeningové nástroje PAS pro děti v raném věku

Ještě pro předchozí generaci bylo zavedení rutinního screeningu na autismus ve dvou letech věku nepředstavitelné. Autismus byl vzácnou poruchou s prevalencí 4–6 na 10 000 osob (8). Diagnóza u dětí mladších 30 měsíců byla stanovena velmi výjimečně. Standardizovanými nástroji byly dotazník pro učitele ABC (Autism Behavior Checklist) a klinická observační škála CARS (Childhood Autism Rating Scale). Oba nástroje byly vyvinuty převážně pro děti s postižením intelektu starší než 4 roky. Málo se vědělo a bylo napsáno o časných příznacích autismu, i když rodiče často zmiňovali u svých dětí s PAS potíže s očním kontaktem, emočním výrazem a netečnost vůči mazlení a fyzickému kontaktu.

Výzkum PAS u dětí v raném věku datujeme do začátku devadesátých let dvacátého století. Baron-Cohen se svými spolupracovníky vytvořili první screeningový test pro děti ve věku 18 měsíců – CHAT (Checklist for Autism in Toddlers). Objevily se první práce využívající analýzu domácích videí před stanovením diagnózy PAS. V následujících dvaceti letech došlo k vytváření či modifikaci dalších screeningových nástrojů, kterých je v současné době k dispozici více než 20, pouze některé z nich však mají ověřenou spolehlivost. Evropě patří prvenství jak ve vývoji screeningového nástroje, tak v provedení první prospektivní screeningové studie. V posledním desetiletí byly na evropské půdě vyvinuty nové screeningové metody (např. ESAT v Nizozemí nebo CESDD v Belgii), modifikovány již existující (CHAT v M-CHAT a M-CHAT-R) a mnohé nástroje byly přeloženy a adaptovány v zemích, pro které nebyly primárně určeny. Například M-CHAT byl přeložen do více než 30 jazyků a je se svolením

autorů volně dostupný (1). Spolupráci na poli screeningu a časně diagnostiky autismu výrazně ovlivnilo zapojení mnoha evropských zemí do projektu COST (European Cooperation in Science and Technology) pod názvem ESSEA (Enhancing the Scientific Study of Early Autism). V tomto projektu spolupracovalo více než 60 výzkumných i klinických pracovníků z 22 zemí Evropské unie a Izraele (včetně odborníků z České republiky) zabývající se problematikou rizikové populace (dětí s nízkou porodní hmotností, mladší sourozenci autistického dítěte), screenigem, diagnostikou a intervencemi u PAS v raném věku. Cílem tohoto i jiných evropských projektů je posílení výzkumných aktivit, poskytnutí prostoru ke spolupráci, shromažďování a sdílení dat, standardizace etických a klinických přístupů ve výzkumných studiích a formulování a prosazování společných opatření na celoevropské úrovni (9).

Rané příznaky PAS

Co víme o nejranějších příznacích PAS? Rodiče dětí s PAS bývají jako první znepokojeni narušením vývoje řeči, abnormálním sociálním reagováním nebo jinými medicínskými či nespecifickými potížemi, např. se spánkem nebo s jídlem (3). Přibližně 80 % rodičů dětí s PAS zaznamená abnormality ve vývoji svého dítěte během prvních 24 měsíců věku (10). Děti s PAS obecně vykazují atypický vývoj v kognitivní oblasti a vývoji řeči a jazyka, sociálně komunikační oblasti a senzoricko-motorické oblasti před dosažením druhého roku věku. Tabulka 1 sumarizuje tyto časně příznaky autismu (adaptována podle 11). Studie identifikující časně příznaky autismu využívají retrospektivní hodnocení domácích videozáznamů, prospektivní populační screening, studie vysoce rizikových sourozenců a vyšetření

Tab. 1. Časně příznaky autismu v jednotlivých oblastech (adaptováno podle 11)

Oblast narušení	Nedostatek/opoždění/abnormality
Sociálně komunikační	oční kontakt a sdílená pozornost, afekty a jejich regulace (málo pozitivního, hodně negativního afektu), sociální a reciproční úsměv, sociální zájmy a sdílená radost (bez fyzického kontaktu jako je lechtání), reakce na oslovení jménem, užívání gest (např. ukazování), koordinace různých komunikačních způsobů (např. oční kontakt, výraz tváře, gesta, vokalizace)
Hra	napodobování činnosti s předměty, excesivní manipulace/zkoumání zrakem hraček nebo předmětů, repetitivní činnost s hračkami nebo předměty
Jazyk a kognice	kognitivní vývoj, žvatlání (především sociální reciproční žvatlání), řečové schopnosti a produkce (např. zvláštní první slova nebo neobvykle repetitivní řeč)
Úbytek/ztráta raných slov a/nebo sociálně emočního zapojení	
Senzorická a motorická	sledování zrakem, fixace (např. na světla) a neobvyklé prozkoumávání zrakem, hypo- nebo hyperreaktivita na zvuky nebo jiné formy senzorické stimulace, snížená úroveň aktivity, jemná a hrubá motorika, repetitivní motorické činnosti, držení těla, motorické manýrování
Abnormality v regulačních funkcích souvisejících se spánkem, jídlem a pozorností	

různých biologických faktorů spojených s pre- a perinatálním vývojem a vývojem mozku (12).

Podezření na poruchu autistického spektra u dítěte získává praktický dětský lékař nejčastěji z informací rodičů, kteří jsou vývojem dítěte v jedné nebo více oblastí znepokojeni. Nejčastějšími obavami rodičů spojenými s možnou poruchou autistického spektra jsou abnormality v komunikaci, socializaci a chování (6). Jedná se o schématické rozdělení, oblasti narušení se vzájemně prolínají.

Abnormality v oblasti komunikace:

- neodpovídá na zavolání jménem/oslovením
- nedokáže sdělit, co chce
- má opoždění vývoje řeči
- nesleduje pokyny
- občas se zdá, jako by dítě bylo hluché
- neukazuje nebo nedělá pápu
- dítě používalo několik slov, ale nyní je přestalo používat

Abnormality v oblasti socializace:

- neusmívá se v sociálních interakcích
- dítě vypadá, že dává přednost hrát si samo
- vypadá, že si přemýšlí pro sebe
- je velmi nezávislý
- má chudý oční kontakt
- je ve svém vlastním světě
- ignoruje rodiče
- nemá zájem o ostatní děti

Abnormality v oblasti chování:

- má záchvaty vzteku
- je hyperaktivní, nespolečný nebo v opozici
- neví, jak si hrát s hračkami
- dělá věci stále dokola
- chodí po špičkách
- má k věcem neobvyklý vztah (např. má u sebe stále určitou věc)
- řadí věci za sebe
- je nadměrně citlivý na určité zvuky nebo materiály
- dělá zvláštní pohyby (např. prsty na rukou, rukama)

Screening PAS v raném věku

V odborné literatuře se vede diskuze o tom, jaký je optimální věk pro časný screening. S tím souvisí také otázka stability diagnózy. Mnohé studie zaměřené na časnou diagnózu doporučují provádět screening ve věku 18 měsíců, kdy

se již rozvinulo charakteristické chování (sledování pohledem, ukazování a napodobování), které odlišuje děti s normálním vývojem od dětí s autismem. Napodobivá hra se vyvíjí cca mezi 12.–15. měsícem, zatímco deklarativní ukazování a sledování pohledem můžeme zaznamenat již mezi 9.–14. měsícem věku. Zhruba 10–50 % dětí s autismem se vyvíjí do 15.–24. měsíce běžně. Poté ztratí již dříve nabyté schopnosti, což označujeme jako autistická regrese. Regrese se objevuje průměrně ve 20 měsících věku dítěte, v literatuře je popsáno rozpětí mezi 12. a 81. měsícem věku dítěte. Regrese se nejčastěji týká řeči, sociálních schopností, kognitivních schopností a hry nebo je regrese smíšená. Zdá se, že děti s PAS s regresí a bez regrese se liší ve větším zastoupení dětí s narušením kognitivních schopností a vyšší úrovní autistické symptomatologie ve skupině dětí s regresí (13). Pro děti s regresí se jeví jako optimální věk pro screening 24 měsíců (14). Americká pediatriká akademie a Americká akademie pro neurologii a dětské neurologii doporučují screening na autismus pro všechny děti ve věku 18 a 24 měsíců (15, 16), aby tak byly zavzaty i děti s autistickou regresí.

V České republice byl zahájen celoplošný screening poruch autistického spektra v říjnu 2016 nabytím účinnosti vyhlášky č. 317/2016 Sb. o preventivních prohlídkách. V návaznosti na preventivní prohlídku dětí ve věku 18 měsíců nově zavádí provedení vyšetření za účelem včasné diagnostiky poruch autistického spektra. Cílem včasného zachytu je podle Metodiky provádění a vykazování včasného zachytu PAS v ordinacích PLDD včasné odeslání k odborné diagnostice, včasné zahájení péče – především nácvik sociálních dovedností, evokování a fixace žádoucího chování, dovedností, logopedická péče atp., což umožní co nejširší zařazení handicapovaného dítěte do většinové společnosti. Dětské lékaři mají v Metodice provádění podrobný návod, jak při screeningu PAS postupovat (17).

Rodiče i odborníci většinou správně vyhodnotí, že pozitivita ve screeningovém testu na PAS znamená, že dítě by mohlo mít diagnózu PAS. Často se ale mylně domnívají, že negativní výsledek testu znamená, že dítě zcela určitě diagnózu PAS nemá. Je velmi důležité na tento fakt falešné negativity upozornit. Screeningové dotazníky nejsou dokonalé a nezohledňují celou šíři autistické symptomatologie. Poruchy autistického spektra jsou navíc variabilní ve věku

začátku, proto děti screenované před nástupem příznaků mohou uniknout pozornosti (1).

I když jsou děti pozitivně screenovány v 18 a 24 měsících věku, u mnoha z nich nezačne terapie dříve než po druhých či třetích narozeninách. Jak uvádí ve své práci Pierceová se spolupracovníky (18), optimální doba, ve které by se mělo začít s cílenou terapií, je kolem prvních narozenin. To je věk, kdy je alterován růst mozku a zdá se, že je zde největší potenciál pro možnou změnu. Bohužel doposud není k dispozici validní screeningový dotazník specifický pro autismus, který by bylo možno administrovat ve věku 12 měsíců dítěte. Proto doporučujeme zahrnout otázky cílené na symptomatiku PAS v rámci preventivních prohlídek již ve věku 12 měsíců. Bylo prokázáno, že příznaky ze sociálně komunikační oblasti, jejichž deficit upozorňuje na možnou PAS (frekvence pohledu do obličeje, sociálního úsměvu a vokalizace vůči ostatním) byly srovnatelně zastoupené u dětí s pozdější diagnózou PAS i u dětí s normálním vývojem ve věku 6 měsíců. Po této době významně klesalo jejich zastoupení v pozdější autistické skupině v porovnání se skupinou typicky se vyvíjejících dětí, rozdíl byl patrný ve všech položkách od 12 měsíců věku. Tyto výsledky ukazují, že behaviorální příznaky autismu nejsou přítomny u dětí hned od narození, ale objevují se během vývoje snižováním klíčového sociálně komunikačního chování (19). Do doby, než se objeví široce akceptovatelný a jednoduchý screeningový nástroj na PAS pro nejmenší děti, je pro pediatrii důležité znát ukazatele autistického narušení, které je možno sledovat již v roce věku. Součástí preventivní prohlídky v roce věku by tedy mohly být dotazy, které vychází z několika dobře ověřených screeningových dotazníků M-CHAT, CSBS-DP-ITC a ESAT (tabulka 2 – adaptována podle 20).

V případě pozitivního výsledku screeningu je nutné zhodnocení stavu dítěte z více zdrojů (observace, anamnestické a současné údaje rodičů či jiných pečovatelských osob). Pozitivita screeningových testů bývá v běžné populaci vyšší než předpokládaná prevalence PAS, výsledky testů tak mohou být falešně pozitivní. V přehledové review zabývající se screeningem a diagnostikou PAS v USA se pohybovala pozitivita screeningových nástrojů, mezi kterými byl nejvýrazněji zastoupen M-CHAT, mezi 3–24 % (21). Podle současných poznatků má test M-CHAT dostatečnou pozitivní prediktivní hodnotu pouze tehdy, pro-

Tab. 2. Návrhy dotazů v rámci roční preventivní prohlídky, které cílí na oblast poruch autistického spektra (adaptováno podle 20)

Časné příznaky ukazující na PAS	Dotazy ve věku 12 měsíců
Oční kontakt	1. Dívá se vám vaše dítě do očí déle než jednu nebo dvě vteřiny? 2. Usmívá nebo směje se dítě, když se na vás dívá?
Odpověď na jméno	Když řeknete jméno dítěte, reaguje podíváním se na vás nebo otočením směrem k vám?
Zájem o ostatní	Zajímá se vaše dítě o jiné děti?
Spontánní ukazování	Upozorňuje dítě někdy na předměty a podává vám je?
Sdílená pozornost	1. Používá vaše dítě někdy ukazováček k tomu, aby ukázalo, že má o něco zájem? 2. Ukážete-li přes místnost na hračku, podívá se na ni dítě?

vádí-li se dvoustupňově a na administraci dotazníku navazuje telefonické interview. Analogicky pozitivní screening dotazníku M-CHAT-R je zapotřebí doplnit dotazníkem M-CHAT-R zacíleným na jednotlivé položky, v nichž rodiče skórovali pozitivně pro PAS, jak je doporučeno v Metodice provádění a vykazování včasného zachytu PAS v ordinacích PLDD (17).

Časná diagnostika PAS

Proces časná diagnostiky by měl vést lékaře se znalostí práce s malými dětmi s PAS. Časná diagnostika je založená na standardizovaném sledování dítěte s předem určenými úkoly a skórováním, informacích od rodičů (současný stav, anamnestické údaje), strukturovaných observačních metodách zahrnujících sociální, komunikační, herní schopnosti a repetitivní zájmy a chování a standardizovaném zhodnocení kognitivních, řečových a adaptivních schopností. Na diagnostice by se měl podílet multidisciplinární tým odborníků, kteří interpretují dílčí výsledky (11). Za stanovení diagnózy by měl nést konečnou odpovědnost dětský psychiatr. Stanovení diagnózy PAS neznamena pouze mechanické naplnění diagnostických kritérií a dosažení potřebného skóre ve standardizovaných diagnostických nástrojích a jejich erudované vyhodnocení, ale i komplexní lékařské a laboratorní vyšetření a vyloučení, případně komorbiditu jiných nemocí či poruch (22).

Dětské psychologické vyšetření při podezření na PAS

Psychologické vyšetření dítěte s pozitivním výsledkem screeningové škály na PAS by vzhledem k předpokladu, že vývoj neprobíhá zcela standardně, mělo být provedeno klinickým psychologem se specializací v dětské psychologii a se zkušeností s diagnostikou dětí do tří let a předškolních dětí. K diferenciálně diagnostické rozvaze by měl přispět specialista se znalostí komplexní klinické problematiky, který by měl

také pravidelně hodnotit další vývoj. Opoždění vývoje komunikačních a sociálních schopností ovlivňuje rozvoj na ně navazujících dovedností podmiňujících úspěšné zvládnání vývojových milníků, a to i v případě, že nakonec není potvrzena diagnóza autismu. Neurovývojové deficity různého typu se mohou v omezeném spektru dovedností dvouletého dítěte manifestovat podobnými symptomy a pozitivně tak v hrubém screeningu mohou skórovat děti s řadou jiných opoždění nebo diagnóz, které je ale rovněž výhodnější zachytit v časném věku, dále je sledovat a podporovat nácvik kompenzace (např. poruchy pozornosti, opožděný vývoj řeči, celkově opožděný vývoj s podezřením na mentální retardaci apod.). Bohužel není výjimečné v souvislosti s podezřením na PAS ani první zachycení primárně neurologické, genetické, metabolické poruchy nebo nádoru CNS.

V rámci pedopsychologického vyšetření by měly být zmapovány kognitivní a vývojové dovednosti, jejich celková úroveň a rozložení, tedy profil schopností. Kromě posouzení chování a komunikace prostřednictvím pozorování a hry by tak měla být vždy provedena administrace vývojové škály, u starších dětí od věku 2,5 let jsou k dispozici i testové metody mapující úroveň a rozložení intelektových schopností (například test SON-R 2½–7). Nejčastěji používané vývojové metody jsou Gesellova vývojová škála a vývojové škály Bayleyové, verze BSID II a Bayley III. Kromě kvantitativního výsledku podávajícího informaci o celkové vývojové úrovni nebo závažnosti vývojového opoždění je důležitý také kvalitativní rozbor. U PAS se jedná zejména o disproporce ve verbálních položkách a rozdílné výkony v úkolech z oblasti adaptivity, schopnosti napodobování a sebeobsluhy, které mohou ukázat na omezenou schopnost komunikace a napodobování při zachovalé schopnosti učení se vlastní manipulací s předměty. Pokud nalezneme signifikantně rozdílné úrovně vývoje v jednotlivých oblastech, je součástí

zprávy i zdůvodnění diskrepance a návrh léčebných nebo rehabilitačních opatření. V případě nejasností následuje diferenciálně diagnostická rozvaha s návrhem dalších konkrétních vyšetření. Obzvláště u rizikové populace se jedná o aktuální úroveň vývoje, výsledky jsou průběžné a závislé na řadě faktorů. Přesto není na místě psychologické vyšetření odsouvat s očekáváním, že se vývoj dítěte spontánně upraví.

Závěr

Role dětského lékaře je pro časnou identifikaci PAS klíčová. Na závěr bychom chtěli uvést doporučení zejména pro praktické lékaře pro děti a dorost, jak postupovat při preventivních prohlídkách či při podezření na poruchu autistického spektra kdykoliv během dětského věku:

1. Zahrnout do otázek, které se běžně používají pro ověření normálního psychomotorického vývoje, rutinně otázky cílené na symptomatiku poruch autistického spektra, a to již při preventivní prohlídce ve 12 měsících věku.
2. V rámci celoplošného screeningu použít v 18 měsících věku screeningový test na PAS.
3. Při pozitivním výsledku screeningu nebo znepokojení lékaře či rodiny dítěte provést důkladné vyšetření a zhodnocení, zda jsou skutečně přítomny příznaky ukazující na PAS.
4. Pokud nadále trvá podezření na PAS, odeslat dítě na specializovaná vyšetření a doporučit rodině speciální péči o dítě.

Specializované diagnostické vyšetření dítěte s podezřením na PAS by měl provádět odborník se znalostí a zkušeností v diagnostice PAS, tedy nejčastěji dětský psychiatr, klinický dětský psycholog, případně dětský neurolog. Za stanovení diagnózy by měl nést konečnou odpovědnost lékař – dětský psychiatr. Nasměrování dítěte ke specializované rané intervenční péči ještě před uzavřením diagnostického procesu je podle současných poznatků velmi žádoucí a pro dítě prospěšné.

LITERATURA

1. Miller JS, Pandey J, Berry LN. Pediatric screening of autism spectrum disorders. In: Patel VB, Preedy VR, Martin CR (eds.). *Comprehensive Guide to Autism*. New York: Springer Science + Business Media, 2014: 2922 s.
2. De Giacomo A, Fombonne E. Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 7(3): 131–136.
3. Chawarska K, Paul R, Klin A, et al. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37(1): 62–72.
4. García-Primo P, Hellendoorn A, Charman T, et al. Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23: 1005–1021.
5. Dietz C, Swinkels S, van Daalen E, et al. Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14–15 months. II: population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. *J Autism Dev Disord*. 2006; 36: 713–722.
6. Charman T, Baird G. Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002; 43(3): 289–305.
7. Oslejskova H, Kontrova I, Foralova R, et al. The course of diagnosis in autistic patients: the delay between recognition of the first symptoms by parents and correct diagnosis. *Neuro Endocrinol Lett*. 2007; 28(6): 895–900.
8. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res*. 2012; 5: 160–179.
9. Bölte S, Marschik PB, Falck-Ytter T, et al. Infants at risk for autism: a European perspective on current status, challenges and opportunities. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22: 341–348.
10. Landa RJ. Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Nat Clin Pract Neuro*. 2008; 4(3): 138–147.
11. Zwaigenbaum L, Bryson S, Lord C, et al. Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insight from studies of high-risk infants. *Pediatrics*. 2009; 123(5): 1383–1391.
12. Yirmiya N, Charman T. The prodrome of autism: early behavioral and biological signs, regression, peri- and post-natal development and genetics. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51(4): 432–458.
13. Barger S, Campbell JM. Developmental regression in autism spectrum disorders: implications for clinical outcomes. In: Patel VB, Preedy VR, Martin CR (eds.). *Comprehensive Guide to Autism*. New York: Springer Science + Business Media, 2014: 2922 s.
14. Sunita, Bilszta JL. Early identification of autism: A comparison of the Checklist for Autism in Toddlers and the Modified Checklist for Autism in Toddlers. *J Paediatr Child Health*. 2013; 49: 438–444.
15. Filipek P, Accardo P, Ashwal S, et al. Practice Parameter: Screening and diagnosis of autism – Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000; 55(4): 468–479.
16. Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007; 120: 1183–1207.
17. Metodika provádění a vykazování včasného záchytu PAS v ordinacích PLDD [online]. Dostupné z: <http://www.detskylekar.cz>.
18. Pierce K, Carter C, Weinfeld M, et al. Detecting, Studying, and Treating Autism Early: The One-Year Well-Baby Check-Up Approach. *J Pediatr*. 2011; 159(3): 458–465.
19. Ozonoff S, Iosif AM, Baguio F, et al. A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49: 256–266.
20. Cangialose A, Jackson Allen PL. Screening for autism spectrum disorders in infants before 18 months of age. *Pediatr Nurs*. 2014; 40(1): 33–37.
21. Daniels AM, Halladay AK, Shih A, et al. Approaches to enhancing the early detection of autism spectrum disorders: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53(2): 141–152.
22. Hrdlička M, Komárek V, et al. Dětský autismus: přehled současných poznatků. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál, 2014: 212 s.

KNIŽNÍ NOVINKA

DELFO, MARTINE F.

POVĚZ MI...

Překlad: Pellar, Ruben



Zkušená dětská psychologka popisuje možnosti, jak zjistit, co si děti opravdu myslí a co prožívají, aniž bychom jimi manipulovali. Jak se máme dětí ptát? Jak s nimi hovořit o jejich smutku, úzkostech, fantaziích či sexualitě? Techniky a postupy, které můžeme využít, se liší podle věku, a autorka je ve své knize podrobně popisuje. Publikace je určena pro terapeuty, sociální pracovníky, učitele, právníky, policisty, studenty těchto oborů, výzkumníky i rodiče, kteří chtějí dětem lépe porozumět. Publikace, která bývá v originále i překladech opakovaně dotiskována a aktualizována, je lehce srozumitelná a oživená příklady, přehledy základních myšlenek a cvičeními.

Dr. Martine Delfos je holandská psychologka a terapeutka, která již od roku 1975 pracuje s dětmi, mladistvými a mladými dospělými. Přednáší na několika univerzitách po celém světě a podílí se na vzdělávání psychologů, lékařů a sociálních pracovníků. Její knihy na téma vývojové psychologie byly přeloženy do několika jazyků.

brož., 200 s., 379 Kč

Portál, s.r.o., Klappova 2, 182 00 Praha 8, tel.: 283 028 111, fax: 283 028 112, www.portal.cz, e-mail: naklad@portal.cz