

Poruchy autistického spektra v dospělosti

PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D., Mgr. Veronika Šporclová

APLA, Praha

Poruchy autistického spektra patří mezi poruchy mentálního vývoje, které mají závažný dopad na formování osobnosti, vývoj a úroveň některých schopností člověka. Celoživotní deficit sociálně komunikačních dovedností významně ovlivňuje schopnost sociálního fungování člověka, a tudíž i jeho celkovou adaptabilitu na běžné životní situace. Celosvětově byl zaznamenán významný nárůst četnosti této diagnózy. Spíše než za módní diagnózu je autizmus považován za vážný problém vyžadující speciální opatření v oblasti zdravotní, školské i sociální. Autorky v článku popisují projevy autizmu v dospělosti, časté komorbidity a problémy, se kterými se dospělí lidé s poruchou autistického spektra potýkají.

Klíčová slova: autizmus, Aspergerův syndrom, poruchy autistického spektra, dospělost.

Autism spectrum disorders in adulthood

Autism spectrum disorders are among the disorders of mental development that have a major impact on a person's personality formation, development, and level of some skills. A lifetime deficit in social communicative skills significantly affects the capacity of an individual for social functioning and, thus, his general adaptability to everyday life situations. There has been a significant increase in the rate of diagnosing this condition worldwide. Rather than being a fashionable diagnosis, autism is considered to be a serious issue requiring special measures in health, academic, and social domains. Manifestations of autism in adulthood, frequent comorbidities, and problems encountered by adult people with an autism spectrum disorder are described.

Key words: autism, Asperger syndrome, autism spectrum disorders, adulthood.

Psychiatr. praxi 2012; 13(3): 116–119

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou skupinou vývojových poruch, které se projevují od raného věku a významně narušují zejména sociální myšlení, komunikační dovednosti, vnímání a exekutivní funkce. Důsledkem je nestandardní chování, které významným způsobem snižuje adaptační schopnosti člověka a jeho fungování v běžném životě. Pojem spektrum naznačuje fakt, že symptomatika i míra postižení jsou velmi různorodé, od těžkých forem, které vyžadují v dospělosti prakticky celodenní asistenci, po osoby, které fungují samostatně a stávají se rodiči. Existují i jedinci v tzv. šedé zóně, kteří mají symptomatiku hraniční. Genetický komponent hraje významnou roli, i když přesný mechanismus vzniku poruchy není znám. Stále probíhá odborná debata, zda jsou PAS jednou poruchou nebo jde spíše o více poruch, jejichž symptomy se překrývají.

Poruchy autistického spektra spadají pod pervazivní vývojové poruchy, nejjasněji je definován dětský autizmus a Aspergerův syndrom. Atypické varianty PAS se vyskytují velmi často a jsou diagnostikovány jako atypický autizmus, jiná pervazivní vývojová porucha nebo nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha (tato kategorie, PDD-NOS je velmi frekventovaná využívána v USA).

První příznaky ve formě atypického disharmonického vývoje začnou být patrné obvykle mezi 1. a 3. rokem, odlišnosti v chování a dílčí

deficity přetrvávají do dospělosti. Poruchy autistického spektra se velmi často zlepšují vývojem, pozitivní vliv má raná diagnóza a zahájení včasné intervence. Handicap v jádrových deficitních oblastech zůstává přítomný po celý život.

V posledních letech byl zaznamenán dramatický nárůst diagnózy poruch autistického spektra. Výskyt poruch autistického spektra v populaci byl vypočítán na 0,9%¹. Toto vysoké číslo jasně ukazuje autizmus jako velmi naléhavý zdravotní a sociální problém vyžadující pozornost a praktické řešení. Není zcela jednoznačné, že by rostl absolutní počet lidí s touto poruchou. Na zvýšení počtu diagnostikovaných ve světě i v České republice se podílí rozšíření diagnostických kritérií, větší informovanost odborníků i laiků (standardizované diagnostické nástroje jsou k dispozici až od let devadesátých). Mírné absolutní navýšení je možné vzhledem k faktu, že autizmus je čtenější v populaci extrémně nedonošených dětí, roli hraje i zvyšující se věk obou rodičů. Někdy velmi dramatické rozdíly v epidemiologických studiích jsou dané i užitím rozdílných výzkumných metod. Někteří autoři se přiklání k názoru, že existují i další reálné, ale dosud neznámé příčiny nárůstu autizmu a souvisí patrně s vlivy prostředí (1). K fenoménu

falešné negativity přispívá stigmatizující charakter autizmu a také fakt, že bývá často označován za módní diagnózu. V České republice již řadu let fungují odborníci a pracoviště, která se snaží nepříznivou situaci zvrátit a na poruchy autistického spektra se specializují. Jmenujme například poradenské a diagnostické středisko APLA, Dětskou psychiatrickou kliniku v Motole, Dětské oddělení Psychiatrické kliniky v Plzni, Dětskou neurologii v Motole a Brně².

V populaci lidí dospělých je situace nejméně pozitivní, rodiče jsou již často příliš staří nebo rezignovaní na to, aby aktivně pátrali po příčinách nestandardního vývoje svých dospělých dětí. Dospělí s autizmem tak nejčastěji žijí s diagnózou mentální retardace a poruch chování, pokud nejsou mentálně postiženi (mají vysoce funkční autizmus nebo Aspergerův syndrom), mívají nejčastěji diagnózu schizofrenie či poruchy osobnosti (2). Hare (3) zjistil u 2,4% pacientů tří anglických psychiatrických léčeben poruchu autistického spektra (PAS), z toho 2/3 osob obdržely diagnózu Aspergerova syndromu a pouze 10% mělo Aspergerův syndrom již dříve diagnostikovan. Schizoidní a schizotypální poruchy často splňují kritéria Aspergerova syndromu (4), stěžejní pro diferenciální diagnostiku je anamnéza. Je logické, že v dospělém věku jsou informace z dětství mnohem obtížnější

1. Zdroj: Prevalence of Autism Spectrum Disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006, MMWR, Surveillance Summaries, Vol. 58, No. SS = 10, 2009.

2. Seznam doporučené literatury českých autorů je uveden na konci článku.

přístupné. Řada osob si také vytvořila vzorce kompenzačního chování, které symptomatiku poruchy autistického spektra maskují. V anamnéze typicky nacházíme obtíže v kontaktech s vrstevníky, málo nebo žádné důvěrné přátele a omezené vyhraněné zájmy. Adaptační obtíže způsobené autistickým handicapem mají za následek, že řada nediagnostikovaných lidí s autizmem potřebuje v dospělosti nějaký typ sociální péče. Bez diagnózy, s projevy obtížně definovatelného vážného handicapu podporu většinou nedostanou. I rodina se často brání takového člověka podporovat, protože handicap zaměňuje za volní rozhodnutí („kdyby chtěl, kdyby nebyl líný“ atd.).

Autismus se vyskytuje častěji u chlapců, nejčastěji je uváděn poměr je 3–4 chlapců na 1 dívku. Symptomy autismu u dívek bývají mírnější, dívky jsou sociálně zdatnější, oproti chlapcům jsou méně hyperaktivní, méně často se u dívek setkáváme s agresivním chováním. Výzkumné studie neprokázaly výrazné rozdíly symptomatiky autismu mezi pohlavími v dospělosti (5, 6). Billstedt, et al. (7) uvádí, že ženy s poruchou autistického spektra mají lepší kvalitu sociálních interakcí než muži, nicméně v oblasti reciproční komunikace nebo v sebeobslužných dovednostech nebyly rozdíly mezi pohlavím patrné.

Ačkoliv problémové chování nepatří mezi diagnostická kritéria autismu, s problémovým chováním (sebeпоškozování, verbální či fyzická agrese) se u osob s poruchou autistického spektra setkáváme často (8, 9). Problémové chování je výrazným stresorem pro rodiče a pečující osoby (9) a často bývá problém s umístěním těchto osob do domova pro osoby se zdravotním postižením. Některé studie (6, 10) uvádějí, že se zlepšováním autistických symptomů dochází také k redukci problémového chování během adolescence a dospělosti.

Projevy autistického spektra v dospělosti

Z výpovědi 45letého muže s Aspergerovým syndromem:

„Často si uvědomuji, že se chovám jako „magor“, ale nedokážu rozklíčovat reakce okolí. V práci někdo řekne nějakou legraci a já začnu usilovně přemýšlet, jak to ten dotyčný myslel a jsem frustrovaný z toho, že nevím, jak se bránit. Manželčino vtipkování беру doslovně a vážně a okamžitě zahajuji obrannou reakci, často dost nepřiměřenou... Když se kdokoliv tváří špatně, přemýšlím a řeším, co jsem takovému člověku provedl. Prý se často ani špatně netváří, ale je třeba smutný. Optimální pro mě je,

když jsou všichni usměvaví, tomu rozumím. V sociálních situacích se cítím velmi nejistě. Potkávám v jídelně člověka, kterého jsem kdysi pozdravil v kinu a od té doby se zdravíme, nevím ale zdali mám také zdravít, když jde na oběd se svými kolegyněmi, protože nechci působit vyzývavě a sexisticky. Tak se raději na ně ne dívám.“

Fyzické/neurologické obtíže

Starší dospělí s poruchou autistického spektra mají obecně horší fyzický a duševní zdravotní stav (11). Dle výzkumu socioložky Seltzer z USA zdravotní stav těchto osob ovlivňují také služby, které lidé s autizmem čerpají (12). Ve studii 154 dospělých osob s autizmem (průměrný věk 31,5 let) žilo 38 % s rodiči a 62 % mimo domov. Lidé s autizmem žijící s rodiči byli častěji v lepším zdravotním stavu než dospělí žijící v zařízeních sociální péče.

U osob s autizmem byla popsána řada zdravotních problémů, častá je epilepsie. Výskyt záchvatů u autizmu vykazuje bimodální distribuce s vrcholy nástupu v raném dětství a znovu v dospívání (13).

Nejčastější fyzické obtíže často uváděné ve spojení s PAS

- Gastrointestinální obtíže: zácpy, průjemy, nadýmání
- Poruchy spánku
- Migrény
- Chronické bolesti

Vzdělání, zaměstnání

Lidé s autizmem absolvují základní vzdělání ve speciálních nebo praktických školách, jiní jsou integrováni v běžné škole nejčastěji s asistentem pedagoga. Po ukončení základního vzdělání mohou navštěvovat různé typy středních škol (učební obory, průmyslové školy, gymnázia apod.). Některé osoby s PAS vystudují i vysokou školu, není výjimečné, že kvůli obtížím v sociálním chování školu nedokončí. Přejít ze školy do zaměstnání bývá pro lidi s poruchou autistického spektra velkou zátěží. Bez dostatečné podpory rodiny či institucí zabývajících se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením zůstávají lidé s autizmem často nezaměstnaní, bez finančních prostředků, mohou se zadlužovat a v některých případech končí na ulici. Některé osoby s PAS mohou nalézt zaměstnání v rámci sociálně rehabilitačních programů podporovaného zaměstnání.

Kriminalita

Zapojení se do závažné kriminální činnosti je spíše ojedinělé, ale nikoliv nemožné. Černobílě

vyhraněné myšlení, omezené sociální dovednosti a obsesivně-kompulzivní chování a zájmy jsou rizikové faktory.

Nesprávné interpretace chování plynoucího z handicapu upoutávají pozornost policie. Screening v psychiatrické léčebně s vysokou mírou ostrahy Broadmoor Hospital v Anglii odhalil 1,5 % pacientů s jednoznačnou diagnózou Aspergerova syndromu a 2,3 % ze zcela jasných případů s podezřením na Aspergerův syndrom (3, 14). Nejčastěji se dostanou jedinci s Aspergerovým syndromem před soud kvůli tomu, že spáchali trestný čin v souvislosti se svým vyhraněným zájmem, senzorkou hypersenzitivitou nebo rigidními zásadami. Paradoxně jejich tendence dodržovat pravidla, předpisy a nařízení je může dostávat do rozporu se zákonem. Na druhou stranu vzhledem k výraznému deficitu v emoční a sociální oblasti (sociální naivitě, důvěřivosti, nezralosti) jsou lidé s PAS velmi snadno ovlivnitelní a mohou se snadněji stát obětí kriminálního činu nebo být k němu zneužiti. V některých případech vězení supluje sociální síť a slouží jako sociální služba pro méně zdatné jedince, kterým vyhovuje jistota a řád v kriminále.

Psychiatrická komorbidita

Špatná prognóza je spojována s dalšími přidruženými poruchami, které se objevují zejména v adolescenci a mladé dospělosti a obvykle vedou k výraznějšímu poklesu v celkové adaptabilitě a fungování v běžném životě (15, 16).

PAS se často pojí s jinými psychiatrickými diagnózami významně frekventovaněji než v běžné populaci. Komorbidita dalšího psychiatrického onemocnění se uvádí mezi 16 % až 35 % (17, 18). Častý je spoluvýskyt syndromu porušené aktivity a pozornosti, poruch chování, depresivty, tikových poruch, bipolární poruchy, úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy, psychotické epizody, katatonie, fobie, sebezraňování, opoziční chování, explozivní stavy. V populaci lidí s PAS se z psychiatrických diagnóz afektivní poruchy vyskytují nejčastěji (64 %), z nich je nejčetnější deprese (28 %). Pravděpodobnost výskytu deprese roste s věkem, vrcholí v adolescenci a mladé dospělosti (19). Na základě výzkumu Lugnegårda, et al. (20) 2/3 mladých lidí s Aspergerovým syndromem zažili depresivní epizodu nejméně jednou ve svém životě a 56 % osob z výzkumného souboru splňovalo kritéria pro alespoň jednu úzkostnou poruchu. V psychiatrické komorbiditě nebyly zaznamenány rozdíly mezi pohlavími.

Některé retrospektivní studie, např. Petty, et al. (21), předpokládaly, že u dospělých s au-

Tabulka 1. Přehled deficitů a abnormních projevů typických pro poruchy autistického spektra v dospělosti

Oblast deficitu	Konkrétní projevy
Sociální interakce – proces, ve kterém člověk funkčně iniciuje sociální podněty od rodičů, známých i cizích osob, vrstevníků včetně většího kolektivu, a reaguje na ně	Málo trvalých, důvěrných a recipročních vztahů. Obtíže v chápání a dodržování sociálních pravidel, nevhodné necitlivé chování. Obtíže zaujmout perspektivu druhé osoby nebo naopak přílišná rigidita, formálnost, nadměrná zdvořilost. Obsesivní vyčerpávající pitvání sociálních vztahů, stalking. Obtíže v akceptování kritiky, u některých osob výrazná předpojatost vůči názorům druhých lidí hraničící až s paranoitou. Sociální nezralost až sociální slepota. Naivní důvěřivost. Neschopnost přizpůsobit své chování změně sociální situace, chybějící sociální intuice. Obtíže posoudit dopad svého jednání na ostatní. Omezená, rigidní nebo mechanická schopnost empatie i přes schopnost pociťovat soucit. Sociální nezdutost komplikuje vztahy v zaměstnání, manželství, ovlivňuje vztahy v rodině.
Kognitivní schopnosti – schopnosti logického uvažování a zacházení s verbálními pojmy	70–80 % lidí s diagnózou dětského autismu má mentální retardaci. Existují zjištění, že 60–80 % lidí s širší diagnózou poruchy autistického spektra (zahrnující Aspergerův syndrom a mírnější varianty autismu a atypického autismu) ji nemá (32, 33, 34). Savantské schopnosti jsou obecně extrémně vzácné, polovina lidí se savantským syndromem má zároveň autismus (35). Neuropsychologické testování odhaluje obvykle nerovnoměrný vývoj schopností a slabé exekutivní funkce. Zaměřenost na detail, omezená schopnost posoudit, co je důležité a co nikoliv. Velmi konkrétní myšlení, obtíže s abstraktním myšlením, potřeba vizualizace informací. Porozumění dílčím krokům, ale nikoliv cíli.
Komunikace – složka verbální, neverbální a metakomunikační; forma (fonologie, syntax, morfologie, prozodie), obsah (sémantika) a užití (pragmatická rovina) komunikace; porozumění řeči	Řeč zcela chybí nebo je nefunkční (např. echolálie, která je ale nejzřetelnější v dětství). U řeči mohou být narušeny všechny roviny jazyka, u vysocefunkčního autismu je nejzřetelnější sémanticko-pragmatický deficit. Verbální schopnosti jsou slabší ve srovnání s dalšími schopnostmi a dovednostmi. Slovní zásoba a vyjadřování je nadprůměrné, pregnantní, příliš formální. Zvláštní, rigidní, někdy bizarní vyjadřování, neologizmy. Obtíže s metakomunikací (doslovné chápání řečeného – obtíže s porozuměním ironii, nadsázce, metafoře). Potíže s porozuměním pravidlům vzájemné komunikace. Dospělí s autizmem mají často pocit, že rozumí méně než ostatní, že nechápu určitou nadstavbu komunikace, „nečtou mezi řádky“, ačkoliv slovům rozumí. Omezená neverbální komunikace – mimika je strnulejší, rigidní, méně živá a méně frekventovaná, lidé s Aspergerovým syndromem ji nedokážou často plynule synchronizovat s probíhající konverzací. Obtíže ve vyjadřování mimiky sloužící k usnadnění sociální interakce mohou v komunikačním partnerovi vzbuzovat mylný pocit, že osoba se zlobí, je arogantní nebo smutná. Výraz obličeje ale vůbec nemusí korespondovat s prožívanými pocity. Problematické dekódování neverbální komunikace druhých lidí, potíže z výrazu obličeje, gesta nebo postoje těla usuzovat, co si druhí myslí nebo co cítí. Narušená prozodická složka řeči, potíže s modulací hlasitosti, mechanické vyjadřování, zvláštní rytmus, intonace a melodie řeči.
Senzorické integrace – užívání smyslového vnímání	Hypersenzitivita nebo naopak hyposenzitivita na smyslové podněty. Hyperakuzie u 18 % lidí s autizmem (36) oproti 8 % v běžné populaci. Misoфонie – nelibost vůči určitým typům zvuků. Fonofobie – přecitlivělost na zvuky. Obtíže oddělovat podstatné vjemy od nepodstatných, snadná vyrušitelnost okolními podněty, zahlcení podněty s následnou panikou. Fascinace určitými senzorickými vjemy, autostimulační smyslová činnost. Prozopagnozie – potíže s rozeznáváním tváří.
Porucha exekutivních funkcí a obtíže s představivostí	Obliba rutiny: obtíže s cestováním, změnami tras, změnami v denním programu, obtíže s akceptací nových plánů. Rigidní chování při náhlých změnách. Obtíže s přerušením činnosti, přílišná zaměřenost na určitý podnět (hyperfokus). Obtíže v pozornostních funkcích: monotropní pozornost, rychlé změny z jednoho podnětu na druhý. Čas a plánování: úzkost při čekání, změně plánů a přechodech v činnostech. Nutnost zajistit předvídatelnost (vizualizované instrukce). Potíže s využitím nestrukturovaného času. Rituály, kompulze pomáhají redukovat úzkost a pocit zmatku. Pohybové stereotypie: lidem s PAS pomáhají vyrovnat se se zahlcením smyslovými podněty a hypersenzitivitou, umožňují jim myslet.
Emotivita	Přecitlivělost nebo naopak nediferencovaná oploštělá emotivita. Nízká frustrační tolerance, emoční labilita, náladovost, prudké afektivní negativní stavy, sklon k úzkostně depresivnímu prožívání. Impulzivita. Omezená schopnost introspekce. Úzkosti, nervozita.
Motorické dovednosti	Část populace lidí s Aspergerovým syndromem má obtíže i ve vývoji motorických dovedností, což se může v dospělém věku projevit obtížemi v činnostech vyžadujících jemnou motoriku, dyskoordinací v komplexních pohybech a zvláštní neplnolou a nekoordinovanou chůzí. Obtíže v oblasti exekutivních funkcí způsobují obtíže v plánování motorických pohybů, jejich sekvence a přesnosti, což vede k nešikovnosti a nepraktičnosti v manuálních činnostech.

tizmem je vyšší riziko pro rozvoj schizofrenie. Další větší a dlouhodobější studie tento předpoklad nepotvrdily (22). Szatmari (23) ve své studii zkoumal 16 osob s vysocefunkčním autizmem, ze kterých se pouze u jedné osoby plně rozvinula schizofrenie, nicméně 37,5 % uvádělo dílčí schizotypní symptomy – magické myšlení, paranoidní představy, sluchové nebo vizuální halucinace. Seltzer (12) se domnívá, že u lidí s autizmem neexistuje větší riziko rozvoje schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy, nicméně lidé s autizmem vykazují větší množství symptomů méně závažných psychických poruch, jež ovlivňují možnost samostatného fungování.

Pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek se u osob s autizmem zvyšuje s věkem. Ve studii 417 osob s autizmem přibližně 1/3 osob užívala antidepresiva a okolo 13 % užívalo stabilizátory nálady (24). K podobným výsledkům dospěla také studie Seltzer (12). Ze 154 dospělých s autizmem 75,3 % osob užívalo nejméně jeden lék – 38 % užívalo antikonvulzanty, 35 % antidepresiva, 25 % antipsychotika a 18 % anxiolytika.

Zvýšená závislost na drogách a alkoholu je spojená se snahou kompenzovat úzkost a deprese. Zneužívání návykových látek je častější u osob s Aspergerovým syndromem, u kterých je přidružen syndrom narušené aktivity a pozornosti (20).

Prognóza osob s poruchou autistického spektra

U lidí s PAS stanovujeme míru schopnosti přizpůsobit se běžnému životu, tzv. funkčnost. Funkčnost koreluje zejména s tíží sociálně-komunikačního deficitu, s výskytem problémového chování, s mírou stereotypního a ritualizovaného chování, přiměřeností emoční reaktivity. Funkčnost významnou měrou souvisí s prognózou člověka. Lidé s nízkofunkčním Aspergerovým syndromem mají sice intelekt v normě, míra potřebné sociální pomoci je srovnatelná s lidmi s mentálním postižením.

Klíčovým prognostickým faktorem jsou kognitivní schopnosti, stejně ale pouze 16 % osob s rozumovými schopnostmi v pásmu normy dosáhne plné samostatnosti (25–27). Lidé s PAS, u kterých je přidružená mentální retardace, žijí méně samostatně než lidé s autizmem bez mentálního opoždění (5, 28). U osob s přidruženou mentální retardací je také symptomatika autizmu během adolescence a dospělosti výraznější (7), v průběhu času u nich nedochází ke zmírnění autistických symptomů (6, 29).

Závěr

Autizmus má závažný dopad na rozvoj osobnosti a nepříznivě ovlivňuje fungování celé rodiny, zejména pokud diagnóza přichází pozdě (30). Podpora a rozvoj sociálních, komunikačních a kognitivních dovedností od nejranějšího věku dítěte má pozitivní vliv na fungování člověka s autizmem v dospělosti. Podle studie zveřejněné v lednu 2010 Americkou pediatrikou společností (American Academy of Pediatrics) došlo u dětí, kterým byla poskytnuta komplexní raná intervence (Early Start Denver Model), k významnému zlepšení mentálních schopností, adaptivního chování i ke zmírnění symptomatiky autizmu (31). Nicméně i v dospělosti správně stanovená diagnóza může přinést úlevu jedinci s autizmem i celé jeho rodině. Diagnostika bývá ale mnohem obtížnější, protože projevy poruchy v dospělosti mohou být maskovány životními zkušenostmi, účinky léků i kompenzačním chováním. Někteří dospělí s autizmem sice dosáhnou univerzitního vzdělání a jsou v osobním i pracovním životě relativně dobře adaptováni, ale většina osob s autizmem není schopna samostatného života a potřebuje určitou míru dopomoci v řadě základních oblastí fungování.

Doporučená literatura českých autorů:

1. Hrdlička M, Komárek V. (eds.), Dětský autizmus. Praha: Portál 2004.
2. Thorová K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál 2006.
3. Čadilová V, Jůn H, Thorová K, a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a autizmem. Praha: Portál 2007.
4. Jůn H. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál 2010.

Literatura

1. Weintraub K. The prevalence puzzle: Autism counts, Nature 2001; 479: 22–24.
2. Haskins BG, Silvia JA. (2006). Asperger's Disorder and Criminal Behavior: Forensic-Psychiatric Consideration. [online]. {Cit. 2012}. <http://jaapl.org/cgi/content/abstract/34/3/374>.
3. Hare DJ, Gould J, Mills R, et al. (2000). A Preliminary Study of Individuals with Autistic Spectrum Disorders in Three Special Hospitals in England. London: National Autistic Society.
4. Wolff S, Lonsers. The Life Path of Unusual Children. New York: Routledge, 1995.
5. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Adult outcome for children with autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2004; 45: 212–229.
6. Shattuck PT, Seltzer MM, Greenberg JS, et al. Changes in autism symptoms and maladaptive behaviors among adolescents and adults with an autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders 2007; 37: 1735–1747.
7. Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed since childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2007; 48: 1102–1110.
8. Hollander E, Phillips AT, Yeh CC. Targeted treatments for symptom domains in child and adolescent autism. Lancet 2003; 362: 732–734.

9. Lecavalier L. Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. Journal of Autism and Developmental Disorders 2006; 36: 1101–1114.
10. Lounds J, Seltzer MM, Greenberg JS, Shattuck PT. Transition and change in adolescents and young adults with autism: Longitudinal effects on maternal well-being. American Journal on Mental Retardation 2007; 112: 401–417.
11. Stuart-Hamilton I, Morgan H. What happens to people with autism spectrum disorders in middle age and beyond? Report of a preliminary on-line study. Advances In Mental Health & Intellectual Disabilities 2011; 5(2): 22–28.
12. Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L, Greenberg JS. Trajectory of development in adolescence and adults with autism. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 2004; 10: 234–247.
13. Tuchman R, Rapin I. Epilepsy in autism. Neurology 2002; 1: 352–358.
14. Scragg P, Shah A. Prevalence of Asperger's Syndrome in a secure hospital. British Journal of Psychiatry 1994; 165: 679–682.
15. Ballaban-Gil K, Rapin I, Tuchman R, et al. Longitudinal examination of the behavioral, language, and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorder. Pediatric Neurology 1996; 15: 217–223.
16. Billstedt A, Gillberg C, Gillberg C. Autism after adolescence: population-based 13-to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. Journal of Autism and Developmental Disorders 2005; 35: 361–360.
17. Bebbington PE, Marsden L, Brevin CR. The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell needs for care survey. Psychological Medicine 1997; 27: 821–834.
18. Brugha TS, Jenkins R, Taub N, et al. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Psychological Medicine 2001; 31: 1001–1013.
19. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. Journal of Autism and Developmental Disorders 2002; 32: 299–306.
20. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg Ch. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. Research in Developmental Disabilities 2011; 32: 1910–1917.
21. Petty LK, Ornitz EM, Michelman JD, et al. Autistic children who become schizophrenic. Archives of General Psychiatry 1984; 41: 129–135.
22. Howlin P. Autism u dospívajících a dospělých. Praha: Portál, 2005.
23. Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R, et al. A follow-up study of high-functioning autistic children. Journal of Autism Developmental Disorders 1989; 19: 213–225.
24. Aman MG, Lam KSL, Collier-Crespin A. Prevalence and patterns of use of psychoactive medicines among individuals with autism in the Autism Society of Ohio. Journal of Autism Developmental Disorders 2003; 33: 527–534.
25. Howlin P, Mawhood L, Rutter M. Autism and developmental receptive language disorder: A follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2000; 41: 561–578.
26. Engstrom I, Ekstrom L, Emilsson B. Psychosocial functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. Autism 2003; 7: 99–110.
27. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. Journal of Autism and Developmental Disorders 2003; 33(4): 365–382.
28. Gillberg C, Steffenburg S. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population-based study of 46 cases followed through puberty. Journal of Autism and Developmental Disorders 1987; 17: 273–287.

29. McGovern CW, Sigman M. Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(4): 401–408.
30. Bernard J, et al. London: The National Autistic Society 2001.
31. Dawson G, Rogers S, Mason J. Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics* 2010; 125(1): 17–23.
32. Royal College of Psychiatrists, Psychiatric services for adolescents and adults with Asperger syndrome and other autistic-spectrum disorders, Council Report CR136, London, 2006, review: 2010.
33. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA*. 2001; 27, 285(24): 3093–3039.
34. Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 694–702.
35. Treffert DA. Extraordinary people: understanding savant syndrome. In Ballantine Books New York, NY: Ballantine Books 2006.
36. Rosenhall U, Nordin V, Sandstrom M, et al. Autism and hearing loss. *Journal of Autism and Developmental Disorder* 1999; 29(5): 349–357.
37. Baguley DM. Hyperacusis. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2003; 96(12): 582–585.

Článek doručen redakci: 5. 3. 2012

Článek přijat k publikaci: 19. 3. 2012

PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D.

APLA

Dolanská 23, 161 00 Praha

thorova@apla.cz

