



ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

doc. MUDr. LIBUŠE ČELEDOVÁ, Ph.D.



TÉMA 14

Dětský autismus

- etiopatogeneze
- klinický obraz
- prognóza

Autismus je závažná psychiatrická porucha projevující se deficitem v oblasti sociální interakce, narušenou komunikací a lpěním na stereotypních rituálech a zájmech. Dnes je již naprosto zřejmé, že tato porucha má biologický základ, a řada pozorování svědčí pro její silnou genetickou determinaci. Důležitost genetických faktorů vyplývá z časté asociace této poruchy se známými dědičnými chorobami nebo různými chromozomálními odchylkami, z vysoké shody výskytu onemocnění u jednovaječných dvojčat, z vyššího rizika pro sourozence autistických pacientů a také z častých výskytů mírnějších symptomů autistického spektra v širším příbuzenstvu. Všechny tyto nálezy svědčí pro to, že rozvoj autistického fenotypu je podmíněn nepříznivou kombinací alel několika genů v souhrě s faktory vnějšího prostředí. Tento model multifaktoriální dědičnosti autismu v současné době slouží jako východisko pro pátrání po predisponujících genech v lidském genomu. Studie většiny z těchto genů dosud neposkytly jasné výsledky, ale účast některých z nich v etiologii autismu je možná.

Koukolík (2016) uvádí, že onemocnění ze spektra autismu (ASD, autistic spectrum disorders, tj. autismus, Aspergerův syndrom, pervazivní neurovývojová porucha jinak nespecifikovaná) charakterizuje porucha sociální interakce, porucha komunikace, omezené a stále se opakující zájmy a aktivity. Tyto tři složky syndromu by měly být oddělitelné a v nějaké míře nezávislé. Rysy autismu lze najít v neurotypické populaci a jejich vzájemná korelace je nízká, podobně jako je nízká v populaci s vysokým skóre ASD. Fenotypická různorodost onemocnění ze skupiny ASD je vysoká stejně jako její genetická heterogenita (různorodost). ASD postihuje častěji mužské pohlaví než ženské (cca 4 : 1). Riziko, že sourozenec pacientů s ASD rovněž onemocní ASD, je v porovnání s kontrolní populací více než dvacetinásobné. Odlišnosti ve schopnosti porozumět sobě a ostatním (mentalizace) jsou považovány za jeden z úhelných kamenů autismu a spektra autistických poruch. Plně rozvinutá mentalizace je pravděpodobně výlučně lidská schopnost patřící do rejstříku sociálních dovedností umožňujících život mezi lidmi a s lidmi. Mentalizace se dá vyjádřit větou „já vím, že ty víš, že on ví...“. Mentalizace umožňuje pochopit, že druzí lidé nejsou roboty nebo věci. U lidí s ASD se zjišťuje porucha metalizace a empatie. Sociální vyloučení však pro neurotypicky se vyvíjející jedince je také bolestná a někdy ohrožu-

jící zkušenost. Děti s ASD mají sice sociální obtíže, ale sociální vyloučení je také zraňuje.

Vývoj diagnózy a pojetí dětského autismu (DA) nebyl jednoduchý. Pojmu „autismus“ poprvé použil Eugen Bleuler v roce 1911 při popisu psychopatologie schizofrenie a označoval jím schizofrenní stažení se z reálného světa a ponoření se do vlastního, nesrozumitelného světa nemocí. Porucha byla popsána americkým psychiatrem ruského původu Leo Kannerem v práci „Autistické poruchy afektivního kontaktu“ v roce 1943. První správné zařazení dětského autismu jako samostatné diagnózy v americkém diagnostickém manuálu DSM-III se uskutečnilo v roce 1980. Oficiálně správně zařazena byla však až v poslední, desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost k 1. lednu 1993.

V Kentucky (USA) měla prevalence specifických poruch učení v 80. letech minulého století epidemický charakter. Autismus se nevyskytoval. V roce 1992 bylo zavedeno hlášení autismu. Hlášeno bylo 53 případů. V roce 2005 bylo již oznámeno 2 062 případů (nárůst 89 %), zatímco počet případů specifických poruch učení ve stejném období klesl o 34,16 % – z 23 302 na 15 341.

Některí autoři v diskusi nad zvyšující se prevalencí DA zmiňují různé možnosti interpretace, například možnost falešně pozitivních diagnóz, rozšiřování koncepce pervazivních (postihujících celou osobnost) vývojových poruch, různá účinnost vyhledávání případů pomocí screeningu, ale také skutečný nárůst počtu případů. Jiní odborníci považují autismus za módní a výhodnou záležitost pro určitou skupinu rodičů.

Dle Koukolíka (2009) se setkáváme s chronickou potíží všech epidemiologických studií založených na standardních hlášeních. Stejně problémy se týkají prevalence schizofrenie, syndromu demence i relevance dat o morbiditě a mortalitě založené na Listech o prohlídce mrtvého vyplňovaných ohledávajícími lékaři, kteří zemřelého pacienta neznali a pitva provedena nebyla, což je v současnosti přibližně 90 % úmrtí. Takže se pohybujeme v říši dobře spočítaných, leč věcně irelevantních dohadů.

Přesto je však zřejmý nárůst ASD od roku 1943, kdy byla nemoc popsána. Dnes má jedno z 88 dětí autismus nebo ASD; ačkoliv „přehnaná“ diagnóza pravděpodobně přispívá k vyššímu počtu případů, nestačí to k vysvětlení enormního nárůstu.

ETIOPATOGENEZE

Podobně jako je tomu u všech epidemií moderní doby, existuje nespočet teorií, které se snaží vysvětlit nárůst případů autismu, včetně toxinů v jídle, vzduchu a vodě, vystavení působení chemických látek a pesticidů v těhotenství. Do seznamu pravděpodobných rizikových faktorů vzniku poruch autistického spektra (PAS/ASD) se dostala i střevní mikrobiota, a to poté, co lékaři zaznamenali, že mnoho dětí s PAS mimo jiné trpí i gastrointestinálními obtížemi, jako je chronický průjem, zácpa, křeče či nadýmání. Vyhodnocováním mikrobioty u dětí zdravých a dětí s PAS/ASD se zabývalo již mnoho vědců. U mikrobioty dětí s PAS byly zjištěny sice významné rozdíly, ale mnoho z těchto studií si protiče. PAS nemá žádný jednoznačný původ v mikrobiotě, zejména





pokud se vezme v úvahu jedinečnost mikrobioty a škála závažnosti podtypů PAS a jejich množství.

Autoři článku uveřejněném v The Lancet roku 1998, dokládajícím vztah vakcinace proti spalničkám, příušnicím a rubeole k autismu, žijí v přetrvávajícím podezření z vědeckého podvodu. Deset ze dvanácti spolupracovníků prvního autora studie prof. Wakefielda stáhlo do roku 2004 z publikace své jméno. General Medical Council Spojeného království Wakefieldovi prokázal hrubé porušení lékařské etiky. Žádná další kontrolovaná studie tento vztah nedoložila. Opačný důkaz pochází z Dánska, kde byla na podkladě podrobného registru v letech 1991–1998 studována dětská populace 440 tisíc očkovaných dětí a 96 tisíc neočkovaných dětí. Nebyl nalezen žádný rozdíl mezi oběma skupinami v incidenci autismu. Ale ani další autoři ve svých analýzách neprokázali souvislost mezi incidencí autismu a očkováním.

Podle studie publikované v časopise Medical Hypotheses v roce 2010 může hrát významnou roli při vzniku autismu lymeská borelióza. Tým několika lékařů vedený Robertem Bransfieldem zaznamenal při analýze těchto dvou na první pohled odlišných onemocnění několik společných rysů z hlediska epidemiologie, symptomů, některých kazuistik a výsledků laboratorních testů. Na druhou stranu se infekce lymeskou boreliózou ve Spojených státech v poslední době velmi rozšířila a v případech autismu je situace podobná. Zároveň existují korelace mezi geografickým výskytem těchto dvou onemocnění. Někteří odborníci jsou toho názoru, že lymeská borelióza může být během těhotenství přenesena na dítě od matky, která o svém onemocnění ani neví.

V objasňování etiologie DA má nepochybně významné místo genetika. Rozvoj autistické symptomatologie je spjat s abnormálním růstem mozku. Autisté se nerodí s větším mozkiem než jejich zdraví vrstevníci, ale naopak. Děti postižené autismem mají menší obvod hlavy při narození než zdravé děti. Mezi 2. a 3. rokem života má však 90 % autistů objem mozku, který výrazně převyšuje normální batolata.

KLINICKÝ OBRAZ

Pro diagnózu dětského autismu se požaduje nástup příznaků před dovršením třetího roku života. Z výsledků screeningových studií ale vyplývá, že prospektivní identifikace dětí s PAS je spolehlivě možná již ve věku 18 měsíců. V klinické praxi pomáhá časně příznaky autismu odhalit pět varovných příznaků, které byly přijaté na základě konsenzu odborníků: není přítomno žvatlání nebo broukání u dítěte ve věku 12 měsíců, nepoužívání gest (ukazování, mávání) u dítěte ve věku 12 měsíců, dítě neříká jednotlivá slova ve věku 16 měsíců, dítě spontánně neříká dvojslovná spojení (nebo dítě pouze opakuje, co mu někdo říká) ve věku 24 měsíců, došlo ke ztrátě řeči nebo sociálních dovedností v jakémkoliv věku dítěte.

Charakteristická je psychopatologie zejména v oblasti sociálních vztahů, jazyka/řeči a komunikace a abnormálního chování, hry a zájmů. Pokusem o porovnání rodičovských údajů, herní interakce a standardního diagnostického procesu byla práce dánských autorů. Ještě před diagnostickým zhodnocením byly děti posílané k vyšetření s podezřením na autismus pozorovány v semistrukturované herní interakci a byla

pořízena anamnéza s rodiči. Skupina obsahovala i kontroly, u nichž autismus nebyl prokázán. Rodičovské zprávy přinášely jen málo rozlišovacích znaků poruch autistického spektra před 2. rokem života. Tedy nepomohlo, když při křiku dítěte bylo vzato do náručí, bylo těžké najít způsob uklidnění dítěte a uvedení do pohody, dítě mělo specifické stereotypní pohyby prstů a ruky. Profesionální pozorování v semistrukturované herní interakci našlo několik rozlišovacích znaků pro 2leté a 3leté děti: odpověď úsměvem na úsměv, odpověď na jméno, dítě sleduje ukazování, vypadá, že „čte“ obličej, začíná vyzývající verbální a neverbální chování a funkční hra. Abnormality v sociální interakci jsou doplňovány abnormalitami v komunikaci a ve hře, ale i v chování a zájmech.

Mimořádně zajímavým jevem bývají tzv. ostrůvky speciálních schopností, které kontrastují s celkovou nízkou úrovní praktických schopností u autistů. Lze je pozorovat asi u 10 % autistů a jedná se např. o výjimečnou mechanickou paměť se schopností memorovat přesně řady nezajímavých údajů (telefonní čísla z telefonního seznamu, zastávky v jízdním řádu aj.). Takové schopnosti byly s nadsázkou zobrazeny ve filmu *Rain Man* (USA 1988).

Samotné stanovení diagnózy a míry závažnosti ASD pouze pomocí prostého klinického hodnocení je málo přesné. Hraje zde roli, že se jedná o poměrně vzácnou poruchu, se kterou nepřicházejí lékaři a psychologové mimo specializovaná centra často do kontaktu. Detailní vodítka poskytují kritéria MKN-10, a to především ve své verzi pro výzkum.

Pro přesnější hodnocení autistických projevů existuje řada standardizovaných diagnostických nástrojů, které se již staly rutinní částí vyšetřovacího a hodnotícího procesu. Např. metoda vytvořená Thorovou v roce 2003 je určena k aktivnímu vyhledávání dětí s poruchami autistického spektra. Jedná se o rodičovský dotazník vhodný k použití u dětí od 18 měsíců do dosažení 5 let. Jde o první českou standardizovanou metodu k vyšetření autistického spektra u dětí, která je i dostupná online. Pozitivní výsledek může rodiče nasměrovat k vyhledání pomoci. Tyto nástroje samotné tedy netvoří diagnózu, ale doplňují a zpřesňují podklady pro ni, protože za stanovení diagnózy musí nést konečnou odpovědnost lékař – dětský psychiatr. Ostatní odbornosti lékařské i nelékařské na postupu vyšetřování autistických pacientů spolupracují pod jeho koordinací. Dle vyjádření Sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP (2017) je autismus duševní porucha s nutností komplexní péče, na jejímž začátku je správná diagnostika s vyloučením dalších onemocnění a klinicky podobných, ale neautistických obrazů, což probíhá v rámci zdravotní, nikoli poradenské, školské nebo jiné sféry. Správná diagnostika přináší porozumění a pochopení pečovateli, možnost včasného zahájení behaviorálních a pedagogických intervencí a psychologickou i sociální podporu rodině dítěte s PAS.

PROGNÓZA

Príznaky DA bývají nejvýrazněji vyjádřeny v období třetího až pátého roku života. O něco později, v době nástupu školní docházky (pokud připadá v úvahu vzhledem k tíži





postižení), lze u autistických dětí přece jen pozorovat určitou diferenciaci mezi vztahem k rodičům a k ostatním lidem. Nejčastější komorbiditou dětského autismu je mentální retardace a také epilepsie. U méně postižených dětí dochází během školní docházky k získání určitých komunikativních a sociálních dovedností. V adolescenci u některých dětí pozorujeme zhoršení behaviorálních projevů, zatímco u menší části dětí dochází naopak ke zlepšení symptomatiky. I v dospělosti přetrvávají výrazné nesnáze v sociálních situacích, a to dokonce u nejlépe fungujících jedinců. Přibližně dvě třetiny autistů zůstanou i v dospělém věku závažně postiženy a jsou trvale závislé na péči rodiny nebo institucí.

Dotazník DACH – Dětské autistické chování (Thorová, 2003) je k dispozici jako příloha článku na webu ČSSZ (<http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/>)

Autorka článku je přednostka Ústavu sociálního a posudkového lékařství Lékařské fakulty v Plzni.

Zdroje:

- Blaser, M. J. Mizející mikroby. Bratislava: Slovart. 2015
- Bransfield, R. C. et al.: The association between tick-borne infections, Lyme borreliosis and autism spectrum disorders. *Med Hypotheses*. 2008.
- Dudová, I. a kol. Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství. *Pediatric pro praxi*, 2013
- Hrdlička, M. Dudová, I. Dětský autismus jako modelová porucha se sociálním deficitem. *Československá pediatrie*, 2007
- Koukolík, F. K článku Strunecká, A., Blaylock, R. L. Etiopatogeneze autismus z pohledu buněčné a molekulární biologie. *Praktický lékař*, 2008
- Koukolík, F. Sociální mozek, Praha: Karolinum. 2016
- Koukolík, F. Mentalizace. *Praktický lékař*, 2008
- Matýs, J. Reflex dne 30. 3. 2017 pod názvem „Autismus je šlágr“.
- Sedláček Z. a kol. Genetika autismu. *Časopis lékařů českých*, 2002
- Sonnenburg J., Sonnenburg, E. Zdravá střeva. Brno: Jan Melvil Publishing. 2016
- Strunecká, A., Blaylock, R. L. Etiopatogeneze autismus z pohledu buněčné a molekulární biologie. *Praktický lékař*, 2008
- Thorová, K. Proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál. 2015.
- Thorová, K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál. 2006.
- <http://ceskapsychiatrie.cz/index.php/sekce-jednotlive-sekce/sekce-psychofarmakologicka/24-aktualni-zpravy/3296-dostupnost-rivotrilu-3>

Poznámka:

Fenotyp – pozorovatelný vzhled či vlastnost jedince, který je výsledkem jeho dědičných vloh genotypu a působení prostředí.

Genotyp – souhrn všech dědičných vloh jedince uložený v genech.

DACH – Dětské autistické chování (Thorová, 2003)

		ano	ne
1.	Nezvykle klidné a tiché chování (v období 0-12 měsíců).		
2.	Neutišitelný dlouhotrvající pláč bez zjevné příčiny (v období 0-12 měsíců).		
3.	Výrazné dlouhotrvající problémy se spaním a usínáním (déle než tři měsíce).		
4.	Problémy s jídlem (jí pouze určité druhy potravin, přejídá se či jí velmi málo).		
5.	Výrazná nechuť k výměně plenek, česání vlasů, oblečení, převlékání, čištění zubů, stříhání nehtů a vlasů.		
6.	Špatný oční kontakt nebo vyhýbaní se očnímu kontaktu.		
7.	Dítě se dívá skrz člověka, nekomunikuje pohledem.		
8.	Některé zvuky i běžný hluk dítěti extrémně vadí, stává se nervózní, může si zakrývat uši.		
9.	Dítě je fascinováno určitými zrakovými podněty, jako jsou např. světla, stíny, hrany předmětů či třpytivé věci, a vydrží je dlouze pozorovat.		
10.	Věci pozoruje koutkem oka, pod zvláštním úhlem či si je prohlíží velmi zblízka.		
11.	Zdá se, že dítě cítí velmi málo bolest.		
12.	Nedává rodičům nijak najevo, že se chce pochovat.		
13.	Nemá zájem o mazlení, maximálně ho pasivně snese.		
14.	Dítě dokáže trávit hodně času o samotě, zabaví se vlastní hrou, netouží po společnosti.		
15.	Dítě nevyžaduje pozornost, společnost, společnou hru.		
16.	Nezájem o dětské sociální hříčky typu „kukuč“, „paci, paci“, „vařila myšička“, „berany, berany“ apod.		
17.	Dlouhotrvající fixace na jedinou osobu, ostatní lidi téměř zcela odmítá (alespoň jeden rok).		
18.	Dítě se nezajímá o ostatní děti (v období 30 měsíců a výše).		
19.	Dítě se nezapojuje do společných her s vrstevníky (s hračkami, na schovávanou, apod.)		
20.	Dítě se nezajímá o soutěživé hry, neprojevuje touhu vyhrát (v období od třetího roku).		
21.	Dítě má nějakou výjimečnou schopnost.		
22.	Dítě velmi málo napodobuje dospělé (výrazy tváře, mluvení, činnosti, pohyby).		
23.	Dítě neumí ukazovat prstem na zajímavé předměty v dálce (hlavně v období 9-24 měsíců).		
24.	Dítě neukazuje na předměty, které chce podat.		
25.	Velmi málo používá gesta, jako je pohyb hlavou vyjadřující „ano-ne“, „pa-pa“, „pusinku“, „ty-ty“, „pojd' sem“.		
26.	Více mluví či žvatlá pro sebe než pro druhé.		
27.	Pokud něco chce, používá ruku dospělého jako nástroj nebo jako ukazovátka.		
28.	Dítě má potíže zaměřit svou pozornost na věci, na které se ho snažíme v okolí upozornit, obzvláště pokud jsou vzdálenější.		
29.	Dítě se vyptává pořád dokola na to samé.		
30.	Dítě opakuje často slova nebo věty okamžitě poté, co je slyší.		
31.	Dítě má tendenci odpovídat na otázku výběrem slov nebo celou vaší otázkou. Např. na otázku „nechceš banán?“, odpoví „nechceš?“ nebo „banán“, nebo		

	„nechceš banán“.		
32.	Dítě příliš často mluví o určitých tématech, které ho zajímají (např. vysavače, značky, elektřina, klíče, zvířata, historie).		
33.	Řeč nebo konverzace bývá často vzdálená a nepřiměřená situaci, ve které se dítě nachází. Týká se např. událostí z minula, jedná se o úryvky z televize, z pohádek či písniček. Tento jev se často projevuje ve chvíli, kdy se dítě cítí nejisté a nervózní.		
34.	Dítě mluví často pro sebe.		
35.	Řeč dítěte působí mechanicky a formálně, tzn. že se dítě vyjadřuje nápadně přesně slovy a větami, které používají dospělí.		
36.	Dítě nepoužívá nebo pouze minimálně používá 1. osobu („já“), vyjadřuje se místo toho ve 3. osobě (Honzík půjde, Jana chce).		
37.	Dítě má nápadně často slon odpovídat „nevím“, i když odpověď zná.		
38.	Rádo roztáčí předměty (víčka, hrníčky atd.).		
39.	Fascinace pohybem (např. tekoucí voda, padající předměty, listování knihou, třepání klíči, papíry, hračkami, igelitovými sáčky, otvírání a zavírání dveří).		
40.	Fascinace točícími se předměty, obliba sledování krouživého pohybu (pračka, větrník, větrák apod.).		
41.	Fascinace určitými předměty (vysavače, dlouhé tyčovité předměty, okapy, provázky, vypínače apod.).		
42.	Zájem o přesypání drobných předmětů či pohazování věcmi.		
43.	Nehraje si správně s drobnými hračkami (spíše je pouze rozhazuje a demontuje).		
44.	Nezájem o klasické hračky (stavebnice, auta, panenky).		
45.	Velmi úzké přimknutí k jedné nebo dvěma hračkám.		
46.	Nezájem o hračky znázorňující živé tvory (plyšová zvířata, panenky, figurky lidí).		
47.	Dítě nenapodobuje ve své hře dospělé (hra „jako že“ a „na“).		
48.	V televizi dítě nezajímají různé pohádky (i když může vyžadovat pouštění několika pohádek stále dokola), může dávat přednost pouze reklamám či určitým pořadům (losování Sportky, soutěžní pořady).		
49.	Dítě rádo staví předměty do řad nebo z nich vytváří různé ornamenty nebo je podle určitého klíče třídí.		
50.	Dítě se vyvíjí skoky, nechce dělat věc do té doby, dokud si není jisté, že ji zvládne bezpečně samo.		
51.	Velmi špatně snáší změny v programu (při dešti se nejde na plánovanou vycházku apod.) nebo v prostředí, které ho obklopuje (přesunutí nábytku, změna oblečení).		
52.	Sklony k pedantickému, perfekcionistickému chování (určité věci musí být na svých místech, dveře a zásuvky zavřené apod.).		
53.	Vyžaduje chodit nebo jezdit stejnou cestou.		
54.	Dítě lpí na dodržování určitých rituálů (je nutné dodržování určitého pořadí u některých činnostech, chce, aby se lidé vyjadřovali přesnými výrazy apod.).		
55.	Dítě má snahu neustále s sebou nosit nějakou věc – např. provázek, drobnou hračku nebo její část.		
56.	Dítě má velmi malou nebo žádnou snahu učit se něco nového.		
57.	Dítě velmi málo samo od sebe napodobuje dospělé nebo ostatní děti.		
58.	Dítě často projevuje úzkost nebo nervozitu.		

59.	U dítěte se často střídají nálady, mnohdy bez zjevné příčiny.		
60.	Dítě neprojevuje strach ve většině nebezpečných nebo strašidelných situacích.		
61.	Po většinu dne velmi málo projevuje emoce, většinou se tváří nezúčastněně.		
62.	Často se bez zjištěné příčiny směje nebo pláče.		
63.	Často se vzteká (denně několik záchvatů spojených s křikem).		
64.	Dítě se rádo otáčí kolem své osy nebo běhá v kruhu.		
65.	Dítě dlouhodobě stereotypně třepe rukama či prsty a prohlíží si pohyb.		
66.	Dítě často poskakuje nahoru a dolů, pokud má radost nebo ho něco zaujme.		
67.	Dítě je velmi pohybově obratné (např. ve šplhání po nábytku, v lezení přes překážky apod.).		
68.	Pokud dítě něco potěší nebo rozruší, třepe prsty, rukama nebo dává paže do zvláštních poloh.		
69.	Často kýve celým tělem, přenáší váhu z nohy na nohu, převaluje se z boku na bok nebo se kýve v sedě.		
70.	Dítě samo sebe zraňuje nebo zraňování naznačuje (štípe se, kouše se, tluče hlavou, bouchá samo sebe).		
71.	Dítě je občas agresivní na druhé (kope, škrábe, tahá za vlasy apod.).		
72.	Dítě je výrazně hyperaktivní – živé, neklidné, chvíli neposedí.		
73.	Dítě se nedokáže vzhledem ke svému věku soustředit, je roztěkané, nevydrží delší dobu sedět či pracovat.		
74.	U dítěte je patrný velmi výrazný negativismus (mnoho věcí a činností odmítá, vzteká se, je obtížné dítě přimět ke spolupráci).		

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU DACH

Spočítejte souhlasné odpovědi, převed'te je na procenta (= **děleno 74 x 100**) a srovnajte s tabulkou, která udává průměrný počet kladných odpovědí u jednotlivých diagnóz.

Přesnější výpočet % při nevyplněných odpovědích nebo u nemluvicích dětí – počet položek ano mínus nevím nebo nevyplněných odpovědí (= **děleno 65 x 100**)

Děti, které obdržely diagnózu Porucha autistického spektra (PAS), mají zhruba 50 % souhlasných odpovědí.

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

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

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