

DJEČJI AUTIZAM I STOMATOLOŠKA ZAŠTITA

Alenka Rajić i Goran Džingalašević

Stomatološka klinika KBC Zagreb i Centar za autizam — Zagreb

Primljeno: 14. 3. 1989.

Sažetak

Autori iznose problem autistične djece u stomatološkoj ordinaciji. Uz osvrt o autizmu u svjetlu razvoja takvog djeteta, detaljno se osvrću na rad s takvom djecom u području stomatološke preventive i rada u samoj ordinaciji. Slijedi tabelarni prikaz rada tokom jedne školske godine, gdje je suradnja Stomatološke ordinacije za djecu sa smetnjama u razvoju i Centra za autizam donijela rezultate u smanjenju karijesa u ukupnom KEP-u od 3,3 na 1,3 tj. postotak saniranih zuba je povećan za 190% kp mliječnih zubi iznosio je 3,3 zuba po djetetu, bez ikakve sanacije, da bi nakon godinu dana bilo sanirano 2,4 zuba po djetetu. Vidljivo je da se kombiniranim tretmanom stomatološkog tima, pedopsihijatrijskog tima mogu postići dobri rezultati u rehabilitaciji oralnog zdravlja autistične djece.

Glavne riječi: Dječji autizam, stomatološka zaštita.

UVOD

Djeca sa smetnjama u razvoju, koja imaju ozbiljnih psihičkih, fizičkih i intelektualnih problema zaslužuju i moraju imati dobro oralno zdravlje. U protivnom će slučaju pored svojih osnovnih teškoća imati insuficijentnosti ili pak potpunu invalidnost organa za žvakanje. Te se teškoće moraju i mogu spriječiti dobrom profesionalnom skrbi. Ta je činjenica bila od presudnog značaja za pružanje stomatološke zaštite u specijaliziranoj ordinaciji za rad s takvom djecom. Svrha je, ne da se djeca izoliraju, već da im se pruži adekvatna stomatološka skrb. Dobro nam je poznata činjenica, da im se mora omogućiti što tješnji i češći kontakt sa svijetom u koji će se morati uputiti nakon osposobljavanja i socijalizacije ili završenog školovanja. (1)

U stomatološku ordinaciju dolaze djeca koja su kategorizirana prema svom prevladavajućem oštećenju. Većina njih višestruko je oštećena što je zahtijevalo prilagođavanje pristupa i terapija a ujedno i mnogostruko otežavalo rad. Kod ove djece kronološka dob nije mogla biti osnov za rad. U obzir je došlo modificiranje multisenzornih podražaja tj. upotreba onih osjetila koja su djelomično ili pak potpuno intaktna. (2 i 3).

Autistična djeca činila su također jednu grupu djece. Budući da u radu s djecom autističnog ponašanja nije bilo nekih iskustava, a i vrlo oskudnih literaturnih podataka, a komuniciranje sa takvom djecom vrlo otežano, željeli smo nakon informiranja o njihovom oštećenju, kombiniranom terapijom pridobiti djecu za zahvat.

ISPITANICI I METODA RADA

Autistična djeca, radi svojih specifičnih psihičkih deficita te neprijemljenih reakcija na njima nepoznate i nove situacije, u većini slučajeva kod nas nisu obuhvaćena kontinuiranom i stalnom stomatološkom zaštitom. Preventivna zaštita zubi i usne šupljine kao prvi korak sveobuhvatne zaštite, a odnosi se na svakodnevno pranje zuba, isto tako je onemogućena radi dječjeg odbijanja stavljanja u usta njemu stranih predmeta i/ili neadekvatnog tretiranja djeteta pri učenju pranja zuba i održavanja stečene navike. Osim toga, prisutna je kod te djece i loša ishrana te stalno uzimanje slatkiša i kašaste hrane koje uzrokuje brži razvoj karijesa zuba.

Autizam predstavlja ozbiljno oštećenje u razvoju koje se obično javlja tijekom prve tri godine života. Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, infantilni autizam predstavlja sindrom koji je prisutan od rođenja gotovo nepromjenjen tokom prvih 30 mjeseci života. Kod djeteta su prisutne ozbiljne teškoće u razumijevanju govornog jezika a odgovori na slušne i vizuelne podražaje su neadekvatni podražajnoj situaciji.

Govor zaostaje u razvoju, a ako se i razvije onda je eholaličan, javlja se brkanje zamjenica, nezrela gramatička struktura, te nesposobnost korištenja apstraktnih termina. Isto tako, prisutne su i smetnje prilikom korištenja verbalnog a i gestovnog jezika. (4)

U sferi društvenih odnosa, postoje ozbiljni problemi do dobi od pet godina a sastoje se od smetnji u razvoju suočavanja sa drugim osobama, socijalne privrženosti većem krugu ljudi te kooperativnih igara s drugom djecom. Kod djece je primjetno ritualno ponašanje koje se može sastojati od neuobičajenih rutina, otpora prema promjenama bilo koje vrste (promjena prostora, ili promjena osobe s kojom je najviše povezano ili promjena stvari i predmeta, ili je prisutno sve zajedno), sklonostima prema predmetima i stereotipnih oblika igara.

Inteligencija varira od ozbiljno subnormalne, normalne do natprosječne, iskazuju smanjenu sposobnost za apstraktnu i simboličku misao kao i za igre mašte. (5)

Ovako nabrojene opće karakteristike autistične djece nisu obavezno prisutne kod svih, niti su ta obilježja očividna kroz čitav život u ovom obliku. Važno je da se sindrom autizma shvati kao razvojna nesposobnost a značajke autizma se mijenjaju s godinama i tijekom razvoja te pod utjecajem raznoraznih tretmana i farmakoterapije, te individualnog sazrijevanja svakog djeteta za sebe. (6)

U razvoju nije obavezno da se razvojne motoričke, društvene i jezičke vještine razvijaju podjednako ili konzistentno. Neka autistična djeca nikad ne razvijaju govor, druga pak razvijaju ograničen govor, dok neka razvijaju relativno adekvatne jezične vještine. Sposobnost odgovora na podražaje može biti generalizirana kao iznad ili ispod praga podražljivosti s obzirom na vid, dodir, sluh, miris, bol, ravnotežu ili položaj tijela. Autistična djeca izgleda, često dobivaju zadovoljštinu putem svojih osjetila — mirišući nove predmete, prelazeći rukama ili jezikom preko grubih ili glatkih površina predmeta i slično. (7)

Emocionalne reakcije mogu biti neprimjerene situaciji, neka od takve djece mogu ne iskazivati emocije, druga se mogu smijati, plakati ili ih zahvati bijes a da za to nema vidljivih razloga. Mogu biti izuzetno plašljivi ili bez osjećaja za strah u realno opasnim situacijama. Neki čak pokazuju tendenciju bježanja od kuće na velike udaljenosti.

Približno 25% autistične djece je prosječnih ili skoro prosječnih intelektualnih sposobnosti. Mali broj takvih osoba posjeduje izuzetne sposobnosti na izvjesnim područjima kao što je pamćenje i sjećanje (Autistic savant). Drugi imaju normalan razvoj motoričkih vještina, ali spori intelektualni razvoj. Najhendikepiranija grupa, oko 75% takvih osoba ima odgođen ili retardiran razvoj.

U svakom slučaju ta djeca pokazuju otpore pri bilo kakvoj promjeni, reagiraju neprimjerenim reakcijama na promjenu situacije, promjenu osoba iz njegove okoline ili promjenu predmeta (namještaja), ili reagiraju na sve te promjene.

Točni statistički podaci o broju autistične djece nisu poznati, no istraživanja u V. Britaniji i SAD-u pokazuju da ih ima između 2 i 4 na 1000 rođenja. Mada nijedna antropološka studija o autističnoj djeci ne postoji, potvrđeno je da ih ima u cijelom svijetu. Pretpostavka da je autizam učestaliji kod dječaka, potvrđena je. Otprilike ima 4—5 puta više autističnih dječaka nego djevojčica, za što se ne zna objašnjenje, ali je u skladu s podatkom da dječaci imaju veći postotak smrtnosti i da su osjetljiviji od djevojčica u ranom djetinjstvu. Zanimljiva su najnovija istraživanja na genetskom planu koja pokazuju da je svaki ljudski embrion u početku ženski, a kasnije transformacija priprema hormone koji će rasplodnu žensku stanicu pretvoriti u mušku. To saznanje je dovelo znanstvenike do pomisli da možda te početne transformacije oslabljuju embrione, pa oni postaju neotporniji. Po tome, djevojčice imaju efikasniji imunološki sistem zbog svojih XX kromosoma, nego dječaci sa samo jednim X-om. (8)

Pri izradi programa za odlazak djeteta stručnjaku stomatologu, svi navedeni faktori se pažljivo proučavaju i uzimaju u obzir prije nego li se pristupi samom liječenju zuba. Isto tako, provjerava se medikamentozna terapija i njen utjecaj na ponašanje djeteta u njemu nepoznatim situacijama. Osim navedenog, ako ikako postoji mogućnost kontakt s djetetom treba biti sveden na samo nekoliko unaprijed određenih ljudi koji dijete poznaju.

Iz iskustva je poznato da je kod te grupe djece najčešći zahvat bila ekstrakcija zuba, dok je stupanj sanacije bio ravan nuli, što je i razumljivo. Takvi pacijenti bi se javljali u stomatološkoj ordinaciji samo u hitnim slučajevima kada je ekstrakcija zuba jedini mogući zahvat. Osim toga i stomatolozi nisu bili obučeni da pruže uslugu takvim izuzetnim pacijentima. (1)

Napravljen je plan i program kombiniranog izvođenja terapijskog i stomatološkog tretmana na sanaciji bolesnih i održavanju zdravih zuba. Program je usmjeren na:

1. svakodnevno stvaranje navike pranja zuba
2. jednom tjedno premazivanje zubi aminfluoridom
3. jednom tjedno odlazak u stomatološku ordinaciju.

Posebno važnu ulogu je odigrala cijela ekipa koja je program izvršavala na terapijski način i kroz igru a bez čije pomoći ovaj rad ne bi mogao biti ostvaren.

U tretman je bilo uključeno 27 djece u dobi od 6 do 20 godina. Cijeli postupak je trajao 1 školsku godinu a izvođen je paralelno u dvije ustanove u Zagrebu: Centru za autizam i Stomatološkoj klinici KBC-a ordinacija Nazorova 49.

U prvom dijelu programa djeca su jednom na tjedan bila podvrgnuta premazivanju zuba aminfluoridom koji je poslužio kao preventivna zaštita zuba od karijesa. Terapeut bi na štapić omotan vatom nanio gel i vršio premazivanje zuba uz verbalne poticaje i nagovaranja da dijete otvori usta i drži ih otvorenima što duže vrijeme, sve u svrhu što boljeg prihvaćanja samog postupka ali i radi navike da terapeut vrši i tu ulogu.

U početku tretmana djeca bi pokazivala odbijanje stiskanjem ustiju ili odmicanjem glave u stranu da bi se kasnije u toku postupka smanjivalo njihovo odbijanje i povećavalo njihovo prihvaćanje aktivnosti kao nešto sasvim uobičajeno.

Iz cijele grupe, dvoje djece je iskazivalo još veće odbijanje tako da su izuzeta iz postupka četiri mjeseca i kasnije ponovno uključena s ostalom djecom.

Tretman navike svakodnevnog pranja zuba i smanjivanje straha u nepoznatim situacijama je izvođen po principima modifikacije ponašanja a na osnovu teorija socijalnog učenja. Stvaranje navike pranja zuba izvedeno je metodom korak po korak, dok je za smanjivanje straha u stomatološkoj ambulanti korištena desenzitizacija straha uz obavezna potkrepljivanja koja su ključ modifikacije ponašanja baziranog na efektima nagrade koja je u osnovi individualnog odgovora. U ovom radu korišteno je verbalno-socijalno potkrepljivanje kao što je odobravanje, pahvala, maženje i igranje a na kraju i davanje raznih predmeta iz ambulante kao što su kutije od plastike ili stiropora. (11).

Korak po korak metoda podrazumijeva usvajanje prethodnog koraka prije učenja slijedećeg i isto tako uključivanje prethodnih radnji u sva-

kcm novom koraku. Učenje pranja zubi se izvodilo individualno u kupaonici i to svakodnevno. Cijeli postupak je razdijeljen na šest koraka: igranje četkicom u prostoriji gdje dijete boravi i u kupaonici, stavljanje četkice pod vodu što se izvodi u kupaonici, stavljanje četkice pod vodu a zatim u usta i trljanje zuba (izvodi se također u kupaonici), stavljanje paste za zube na četkicu i trljanje zuba i na kraju samostalno izvođenje cijele radnje. Za cijelo trajanje postupka dijete se ohrabrilo i verbalno poticalo u ispravnom izvođenju radnji.

Gotovo sva djeca su savladala postupak osim dvoje djece tako da se kod to dvoje djece odustalo od postupka na vrijeme od šest mjeseci.

Istovremeno s izvođenjem rada u ustanovi na premazivanju i stvaranju navike pranja zuba, nekoliko djece išlo bi jedanput na tjedan na »izlet« u stomatološku ordinaciju. »Izlet« bi se sastojao od vožnje kombijem koji su djeca jako voljela, vrijeme provedeno u ordinaciji i vraćanje kombijem u ustanovu. Odlasci su planirani tako, da djeca i po nekoliko puta (2 do 4) odlaze u ambulantu na upoznavanje s ekipom i prostorom, vraćalo se samo s premazanim zubima, i tek onda bi se pristupalo radu na sanaciji karioznih zuba. U ambulanti je bio običaj da ih se dočeka veselim i mirnim glasom te bi se u početku igrali obično na stolici koja služi za stomatološki tretman. Nakon otprilike dvadesetak minuta »igranja« počinjao bi stomatološki tretman koji je u pravilu trajao kratko te ovisio o dječjim reakcijama. Cijelo vrijeme tretmana dijete se verbalno smirivalo i hrabrilo. Za trajanje tretmana dijete se sputavalo a kod djece koja su iskazivala jaki otpor upotrebljen je metalni štitnik za prst.

Nakon nekoliko uzastopnih dolazaka kod djece se primjećivalo smanjivanje straha i sve veće i veće privikavanje na osoblje i ordinaciju tako da je tokom vremena rad postajao sve uspješniji. Isto tako, upotreba metalnog štitnika se smanjivala a to je bilo vidljivo na djeci tako, što bi otvarala usta već na samo viđenje prsta. Na kraju susreta dijete bi dobilo plastičnu kapsulu od amalgama ili kutijicu od stiropora kao nagradu za pozitivna ponašanja pri popravku zuba. Kod reakcija odbijanja i ne suradnje dijete se ignoriralo ne davanjem takve »igračke«.

DISKUSIJA I ZAKLJUČCI

Pregledom je bilo obuhvaćeno 27 djece. Naime, uzeta su u obzir samo ona djeca koja su bila prisutna na oba pregleda.

Kod 18 djece su bili i mlječni zubi. Podatke o mlječnim zubima prikazali smo na tablicama 1. gdje se vidi da je ukupno bilo 253 zuba, od čega je zahvaćeno karijesom njih 61. Pri prvom pregledu niti jedan mlječni zub nije bio saniran. Pri drugom pregledu je sanirano u prosjeku 2,4 zuba (tablica 2) ili pri drugom pregledu se vidi da je sanacijom bilo obuhvaćeno 73% karijesom zahvaćenih zuba (tablica 3).

Tablica 1. Mlječni zubi

Pregled	Broj djece	ukupno zubi	intaktni zubi	k	p	kp
I.	18	253	192	61	0	61
II.	18	253	192	17	44	61

U prosjeku je svako dijete imalo 10,7 mliječnih zuba, a kp je iznosio 3,3 zuba po djetetu. Razlika je pri drugom pregledu jedino bila u stupnju sanacije.

Kod 27 djece s trajnim zubima pronašli smo da je KIO iznosio 63% (tablica 4). Prosječan broj zubi po djetetu je bio 14,5, od čega je intaktno bilo 10,6 a KEP-om zahvaćeno 3,8 zuba po djetetu (tablica 5). Kod drugog pregleda razlika je bila u strukturi KEP-a tako da je pri prvom pregledu K iznosio 3,3 zuba po djetetu ili 86,8% (tablica 6), dok je pri drugom pregledu karijes iznosio u prosjeku 1,4 zuba po djetetu ili za 58% manje nego pri prvom pregledu. Dok je broj plombiranih zubi iznosio 1,9 zuba po djetetu ili bio je veći od prvog pregleda za 190%, odnosno u stupnju sanacije plombe su iznosile 50%.

Tablica 2. Prosjek po djetetu

Pregled	ukupno zubi	intaktni zubi	k	p	kp
I.	14	10,7	3,3	0	3,3
II.	14	10,7	0,9	2,4	3,3

Tablica 3. Stupanj sanacije

Pregled	k %	p %	kp %
I.	100%	0	100%
II.	27	73	100%

Pristup i tretman autističnog djeteta strogo je individualan. Prije početka rada osnovno je upoznati se s djetetom, njegovom osnovnom bolesti, specifičnosti razvojne smetnje, koja će odrediti tretman i terapiju. (11) Stomatolog mora biti suočen s činjenicom da ova djeca imaju psihičkih, emocionalnih i često fizičkih poremećaja, koji interferira s njihovom sposobnošću da surađuju. Spriječena su da funkcioniraju onda kada imaju isto iskustvo, biološke i fiziološke potrebe kao zdravo dijete. Briga za takvo dijete mora biti multidisciplinarna, što proizlazi iz kompleksnosti etiologije. Od važnosti je i informacija o terapiji koju dijete uzima (neuroleptika, cerebralni stimulatori, sedativni hipnotici, antikonvulzivi, multivitaminska terapija itd), a svakako i psihoterapija, koja se u većini slučajeva tretira u konvencionalnim oblicima psihoanalize. (12)

Tablica 4. Trajni zubi

Pregled	Broj djece	bez kariesa	KIO %	ukupno zuba	IN	K	P	E	KEP
I.	27	10	63	391	287	90	0	14	104
II.	27	10	63	391	287	39	51	14	104

Tablica 5. Prosjek po djetetu

Pregled	Broj zuba	Intaktnih zuba	K	P	E	KEP
I.	14,5	10,6	3,3	0	0,5	3,8
II.	14,5	10,6	1,4	1,9	0,5	3,8
	0	0	58%	190%	0	0

Tablica 6. Stupanj sanacije

KEP 100%	K	P	E
I.	86,8	0	13,2
II.	36,8	50,0	13,2

Budući da je kod svakog autističnog djeteta nužna terapija govora, to je neophodno da oralno zdravlje bude zadovoljavajuće. Ortodontski tretman neće biti prioritetan u početnoj fazi, dok se ne uspostavi kooperacija. Antikonvulzivna terapija može izazvati hiperemiju gingive. (13)

Reakcije autistične djece mogu biti nepredvidive, što se mora uzeti u obzir prilikom rada. Loša oralna higijena, nepravilna prehrana, potreba za mekom hranom i slatkišima, također pogoduju pogoršanju oralnog zdravlja. Mišljenja smo da mora postojati dobra suradnja roditelja, nastavnog osoblja i stomatologa. Potrebno je izraditi plan pravilne prehrane i dobre oralne higijene, da bi se prevenirali mnogi problemi. Uspostavljanje suradnje sa djetetom, mukotrpan je i dugotrajan posao sastavljen iz mozaičnih pločica polakog privikavanja.

Naš rad je išao u tri pravca: preventivni, terapijski i sanacijski. Da bi se postigla sveobuhvatnost, bilo je potrebno istovremeno ostvariti suradnju stručnjaka raznih profila i na timski strogo planiran način postupak izvesti do kraja. Dogovor o radu je vršen pri svakom dolasku, a na odlasku se dogovorilo za slijedeći rad. Svaki korak se prethodno dogovorio i komentirao nakon izvršenja, tako da je zalaganje cijele ekipe bilo maksimalno, što implicira i obavezuje stručnjake, da se ovako kompleksni problem rješava samo timskim radom. Percepcija straha u stvarnim situacijama u obliku smanjivanja otpora pokazalo se kao kontrola terapijskog djelovanja i uspostavljenog kontakta sa djetetom, što je i osnovni deficit autistične djece. (14).

Ovaj postupak bi mogao poslužiti i kod zdrave djece koja pokazuju »otpor« prilikom stomatološkog zahvata.

Stomatološka zaštita ovakove djece mora biti optimalna, ali ona ne može biti punovrijedna bez provedenih odgovarajućih i prema njihovim mogućnostima i sklonostima prilagođenim preventivnim mjerama.

AUTISTIC CHILDREN AND DENTAL CARE

Summary

The problems encountered with autistic children in dental office are presented. Following a review of autism in the light of the development of such a child, the treatment of autistic children within dental prevention and in the office is described in detail. Activities during an academic year are tabularly presented, showing that collaboration between the Dental Office for Retarded Children and Center for Autism resulted in a decreased prevalence of caries in the total KEP from 3.3 to 1.3, i. e. the percentage of successfully treated teeth increased by 190%; the primary dentition had been 3.3 per child without any treatment, whereas after a year 2.4 teeth per child were successfully treated. Thus, a combined treatment, provided by a dental team and a pedopsychiatric team together, can obviously result in good rehabilitation of oral health in autistic children.

Key words: Autism, dental care.

Literatura

1. BARAC-FURTINOVIĆ V, RAIJIĆ A. Komparativna analiza dentalnog i oralnog zdravlja mentalno nedovoljno razvijene i zdrave djece. *Acta stom Croat* 1987; 12:123—127.
2. WEYMAN J. The dental care of handicapped children. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1971; 76.
3. LEEDS J J. Clinical modifications for treatment of handicapped children. *J Dent Child* 1976.
4. ROBINSON M D, MILIUS A. Childhood autism. V. Nowak A.: *Dentistry for the handicapped patient*. Sant louis 1976.
5. LOVAAS O I, FREITAG G, GOLD V J, KASSORLA I. Experimental Studies in Childhood Schizophrenie. I Analyses of Self-Destructive Behavior. *J Experiment Child Psychol* 1976.
6. WHELDALL K. *Social Behavior*. London, 1975.
7. CARR E G, McDOWELL J J. Social control of Self: Injurious Behavior of Organic Etiology, *Behavior Therapy*, 1980.
8. Autism reserch review international. Vol. 2, 1987.
9. Autism reserch review international Vol. 1, No 1. 1987.
10. SAPOSNEK D T, WATSON jr. L S. The Elimination of the Self-Destructive Behavior of a Psychotic Child a Case Study. *Behavior Therapy*, 1974.
11. EVANS P. *Motivation*. London 1975.
12. SWALLOW J N. The dental menagment of autistic children. *Br Dent J* 1969.
13. BRODY H A, GLASSMAN P. Dental services for persons with developmental disabilities curriculum for general practice resident special care in dentistry, 1985.
14. DŽINGALASEVIĆ G. Autistična djeca u stomatološkoj ambulanti (Prikaz tretmana) *Bilten Centra za autizam* 1987; 33.

15. Zdravstveno-odgojni programi djece sa smetnjama u razvoju radom dadilja u drugoj porodici. Zadržna štampa, Zagreb 1979.
16. BORRESON P M. The Elimination of a Self-Injurious Avoidance Response Through a Forced Runing Consequences. Mental Retardation, 1980.
17. EYSENCK H J. Upotreba i zloupotreba Psihologije. Naprijed, Zagreb 1980.
18. HAMILTON J, STEPHANS L, ALLEN P. Controlling Agressive and Destructive Behavior in Severaly Retarded Institutionalized Residents. Am J Ment Defic 1971.