

Діагностика розладів спектру аутизму

(на основі книжки Олега Романчука «Розлади спектру аутизму у запитаннях та відповідях»)

Діагностика розладів спектру аутизму є непростим завданням, власне через проблему з діагностикою багато осіб з РСА не отримують вчасної, належної допомоги. З одного боку, можемо зазначити, що, як суспільство загалом, так і батьки й фахівці зокрема, ми є дуже мало освічені щодо проблеми РСА. Тому й велика частина дітей з РСА, попри звернення батьків до фахівців, довгий час могла отримувати допомогу під «рубриками» інших діагнозів: затримки психомовного розвитку, психоорганічного синдрому, дитячої шизофренії та ін., а наслідком цього була не лише втрата цінного часу для ефективних терапевтичних втручань у ранньому дитинстві, але й часто невідповідне медикаментозне лікування. З іншого боку, дитину із синдромом Аспергера, з високофункціональним аутизмом часто трактують неповажно, кажучи «він просто такий є», «переросте» і т.п., відповідно вік встановлення діагнозу може бути дуже пізній. Не рідко батьки самі встановлюють діагноз РСА, знайшовши опис симптомів своєї дитини в Інтернеті чи книжці.

Не менш часто ставлять суперечливі діагнози у доволі однозначних випадках: хтось каже про аутизм, хтось це заперечує, хтось говорить про органічне ураження цнс, мінімальну мозкову дисфункцію, затримку психомовного розвитку тощо. Відповідно батьки спантеличені такими протилежними діагностичними формулюваннями і не можуть зорієнтуватися у виборі потрібних втручань. Причому фахівці часто заперечують діагноз аутизму через брак знань як щодо діагностичних критеріїв РСА, так і щодо розуміння спектральності симптомів цих розладів. Такій діагностичній суперечливості сприяє і той факт, що немає якогось однозначного лабораторного й інструментального обстеження, яке б встановлювало РСА, – діагноз ставлять на основі деталізованого збору анамнезу та спостереження за дитиною, які проводить лікар, а відповідно фактор суб'єктивності важить тут дуже багато.

Іншою проблемою є гіпердіагностика РСА, це роблять, зокрема, самі батьки, які почувши чи прочитавши про можливі симптоми аутизму, самостійно діагностують його у своєї дитини. Таких самих помилок припускаються часом і фахівці, адже відрізнити аутизм від інших подібних розладів є непросто, існує багато спільних симптомів, так само як поодинокі «симптоми» аутизму можуть виявлятися у нормальному розвитку дитини (стереотипні рухи, дотримання ритуалів, ехололії, «неконтактність» та ін.).

Тому перед фахівцем стоїть непросте завдання – діагностувати РСА, диференціювавши його від нормальних варіантів розвитку та інших можливих розладів. І завдання діагностики – це не лише встановлення діагнозу, але й оцінка розвитку дитини, її потенціалу, встановлення конкретної форми РСА, досягнення розуміння дитини в контексті її життя у сім'ї, щоб на основі цього можна було запропонувати комплексну програму допомоги. Відповідно фахівці мають бути компетентними в цьому питанні. А також ретельними, відводячи достатньо часу для діагностичного процесу, бо встановлення діагнозу, який має кардинально вплинути на планування подальших терапевтичних втручань, життя сім'ї, вибір місця освіти, на усе подальше життя дитини, не повинен здійснюватися за 10–20 хвилин консультації. До цього, звичайно, мусить бути залучений не один фахівець, а міні-команда (психіатр, педагог, психолог, логопед), щоб обстеження було справді комплексним, ґрунтовним. Їхнім завданням є на основі опитування, спостереження, взаємодії з дитиною, тестування її вмінь встановити, чи у дитини дійсно є розлад спектру аутизму, чи її симптоми обумовлені іншими причинами, а також з'ясувати, який саме підвид розладу є у дитини. Усі обстеження фахівці повинні проводити у співпраці з батьками. Інколи може виникнути необхідність у додаткових обстеженнях (для прикладу, обстеження слуху чи електроенцефалографія) – втім важливо знати, що ці обстеження важливі радше для виключення інших порушень чи пошуку супутніх розладів, аніж для підтвердження чи виключення діагнозу аутизму. У діагностиці розладів спектру аутизму головну роль відіграє

опитування батьків та безпосереднє спостереження/обстеження дитини – як таких немає жодних інструментальних чи лабораторних методів, щоб встановити чи виключити діагноз аутизму.

Важливо також підкреслити, що діагноз розладу спектру аутизму не є тавром на дитині, спробою почепити на неї етикетку. Добрий діагностичний процес передбачає досягнення цілісного розуміння дитини, її здібностей і обмежень, її сильних сторін та труднощів – наявність у дитини аутизму описує лише одну з її особливостей. Добра діагностика передбачає розуміння індивідуальних особливостей кожної дитини, щоб на основі цього змогти побудувати для кожної дитини індивідуальну програму реабілітації. І власне діагноз повинен служити для того, щоб допомогти дитині, а не перестати бачити її, а дивитися лиш на діагностичну етикетку.

Диференційна діагностика

Розлади спектру аутизму розділяють багато спільного з симптомами інших розладів розвитку, тому дуже важливо відрізнити їх від інших можливих порушень, як і від можливих особливостей нормального розвитку дитини. Це є завданням команди компетентних фахівців, що спеціалізуються у діагностиці аутизмі. Ціна помилкового діагнозу є дуже високою!

Диференційна діагностика при РСА:

- нормальні вікові особливості поведінки
- порушення зору/слуху
- розлад прив'язаності/психосоціальна депривація
- розлади розвитку мови
- розумова відсталість
- гіперактивний розлад із дефіцитом уваги
- селективний мутизм та соціальна фобія
- тіки, синдром Жілля де ля Туретта
- obsесивно-компульсивний розлад
- шизофренія
- та ін.

Діагностичні критерії РСА за DSM-IVTR

А. Щонайменше шість симптомів з розділів (1), (2) і (3), причому щонайменше два з них з розділу (1) і щонайменше по одному з розділів (2) і (3):

(1) Якісні порушення в соціальній взаємодії, які виявляються щонайменше двома ознаками:

- а) нездатність адекватно використовувати невербальне спілкування – погляд очі в очі, вираз обличчя, пози і жести тіла для регулювання соціальної взаємодії;
- б) нездатність до розвитку стосунків з однолітками відповідно до свого рівня розвитку;

с) відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, інтересами чи досягненнями з іншими людьми (напр., не показує, не приносить чи не пробує звернути увагу інших на те, що його цікавить і т.п.);

d) відсутність соціально-емоційної взаємності

(2) Кількісні порушення в комунікації, які виявляються щонайменше однією ознакою:

a) відставання чи повний брак мовлення (яке не супроводжується спробами компенсації завдяки використанню жестів, міміки як альтернативної моделі комунікації);

b) відносна неспроможність в осіб з розвинутою мовою ініціювати чи підтримувати розмову;

с) стереотипне/повторне використання мови або ідіосинкратичне використання слів чи речень.

d) брак різноманітної спонтанної гри-імітації (уявної чи соціальної), відповідної рівню розвитку.

(3) Обмежені, повторні чи стереотипні види поведінки, інтересів чи діяльності, які виявляються щонайменше однією ознакою:

a) активна діяльність, аномальна щодо своєї інтенсивності чи сфокусованості за стереотипними чи обмеженими видами інтересів;

b) явно виражене обов'язкове підтримування специфічного нефункціонального розпорядку та ритуалів;

с) стереотипні та повторні механічні рухи/ моторні манеризми (напр., крутіння долонями/пальцями, складні рухи усім тілом та ін.);

d) надмірна зацікавленість частинами предметів.

В. Затримка чи аномальне функціонування в віці до трьох років у принаймні одній з таких сфер:

(1) соціальна взаємодія,

(2) використання мови у соціальному спілкуванні,

(3) символічна чи уявна гра.

С. Порушення не відповідає критеріям синдрому Ретта чи дезінтегративного дитячого розладу.

Діагностичні критерії синдрому Аспергера за DSM-IVTR

А. Якісні порушення в соціальній взаємодії, які виявляються щонайменше двома ознаками:

1) нездатність адекватно використовувати невербальне спілкування – погляд очі в очі, вираз обличчя, пози і жести тіла для регулювання соціальної взаємодії;

2) нездатність до розвитку стосунків з однолітками відповідно до свого рівня розвитку;

3) брак спонтанного пошуку обміну радістю, чи досягненнями з іншими людьми (напр., не показує, не приносить чи не пробує звернути увагу інших на те, що його цікавить і т.п.);

4) брак соціально-емоційної взаємності

В. Обмежені, повторні чи стереотипні види поведінки, інтересів чи діяльності, які виявляються щонайменше однією ознакою:

1) активна діяльність, аномальна у своїй інтенсивності чи сфокусованості за стереотипними чи обмеженими видами інтересів;

2) явно виражене обов'язкове підтримування специфічного нефункціонального розпорядку та ритуалів;

3) стереотипні та повторні механічні рухи/ моторні манеризми (напр., крутіння долонями/пальцями, складні рухи усім тілом та ін.);

4) надмірна зацікавленість частинами предметів.

C. Розлад спричиняє значні порушення у сфері соціального, заняттєвого чи іншого важливого функціонування.

D. Немає клінічно значного відставання у розвитку мови (напр., вживання поодиноких слів у віці до 2 років, фраз – до 3 років).

E. Немає клінічно значного відставання у когнітивному розвитку чи важливих вікових навиках турботи про себе, адаптивної поведінки (іншої, ніж соціальна взаємодія) та інтересу до довкілля у дитинстві.

F. Не відповідає критеріям іншого специфічного загального розладу розвитку чи шизофренії.