

Polska wersja narzędzia obserwacyjnego do diagnozowania autyzmu ADOS

Polish version of the ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic)

Izabela Chojnicka, Rafał Płoski

Zakład Genetyki Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. Rafał Płoski

Summary

The article presents the Polish version of the Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS), which together with the Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) is cited as the “gold standard” for the diagnosis of autism. The ADOS is a standardised, semi-structured observation protocol appropriate for children and adults of differing age and language levels. It is linked to ICD-10 and DSM-IV-TR criteria. The ADOS consists of four modules, ranging from Module 1 for nonverbal individuals to Module 4 for verbally fluent adults.

The adequate inter-rater reliability for items has been established. The protocol has high discriminant validity and distinguishes children with pervasive developmental disorders from children, who are outside of the spectrum. Although it does not enable to distinguish individuals with pervasive developmental disorder, unspecified from individuals with childhood autism.

The paper presents subsequent steps of the translation process of the original version into Polish, as well as a chosen adaptation strategy of the Polish version.

The ADOS is a very useful tool both for clinical diagnosis and for the scientific purpose diagnosis. In this last case it is extremely important to use a standardised method. Until now, there was no standardised diagnostic tool for autism in Poland.

Słowa kluczowe: zaburzenie autystyczne, diagnoza, obserwacja, psychometria, statystyka, dane numeryczne

Key words: autistic disorder/diagnosis, observation, psychometrics/statistics, numerical data

Wstęp

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację pracy „Polska wersja wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)”, gdzie można zapoznać się ze wstępem poświęconym charakterystyce zaburzeń ze spektrum autyzmu i ich epidemiologii.

Badanie nie było sponsorowane.

Protokół ADOS

ADOS [1], którego wydawcą jest Western Psychological Services, stanowi – razem z wywiadem ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) – tzw. „złoty standard” diagnozowania autyzmu [2]. Jest wystandaryzowanym i częściowo ustrukturyzowanym protokołem obserwacji przydatnym zarówno w diagnozie klinicznej, jak i do diagnozy na potrzeby badań naukowych, tym bardziej, że dotychczas brakowało w Polsce wystandaryzowanego narzędzia do diagnozowania autyzmu [3].

Obserwację przeprowadza przeszkolony specjalista, np. lekarz, psycholog, pedagog, pedagog specjalny, logopeda czy pielęgniarka. W przypadku zastosowania ADOS do celów naukowych szkolenie trwa ok. 2–4 tygodni. Protokół ADOS przeznaczony jest zarówno do diagnozowania dzieci – począwszy od 15 miesiąca wieku umysłowego, jak i dorosłych i uwzględnia obecnie obowiązujące kryteria diagnostyczne ICD-10 [4] oraz DSM-IV-TR [5]. Jego przydatność jest wysoka nie tylko w diagnozie klinicznej, ale również w diagnozie na potrzeby badań naukowych. W krajach zachodnich właściwie nie publikuje się prac związanych z autyzmem, zwłaszcza w obszarze szeroko zakrojonej biologii autyzmu, w których diagnoza uczestników badania nie byłaby zweryfikowana za pomocą narzędzi ADI-R oraz ADOS.

Protokół obserwacji ADOS powstał z połączenia dwóch narzędzi. Pierwszym była wersja Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) z 1989 roku, przeznaczona dla dzieci z umiejętnościami językowymi na poziomie 3 lat, opracowana przez Catherine Lord [6]. Natomiast drugi stanowił protokół obserwacji Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS) przeznaczony dla dzieci niemówiących lub których umiejętności językowe są ograniczone [7]. Obecna wersja ADOS składa się z czterech modułów dostosowanych do poziomu rozwoju i fluencji językowej osoby badanej:

1. Moduł 1 – przeznaczony dla dzieci w okresie przedwerbalnym lub używających pojedynczych słów;
2. Moduł 2 – przeznaczony dla dzieci, które opanowały mowę zdaniową;
3. Moduł 3 – przeznaczony dla dzieci i nastolatków płynnie mówiących;
4. Moduł 4 – przeznaczony dla nastolatków i dorosłych płynnie mówiących.

Przy wyborze modułu należy kierować się przede wszystkim oczekiwanym poziomem umiejętności językowych. Jeśli podczas przeprowadzania zadań któregoś z modułów okaże się, że poziom umiejętności językowych jest inny od oczekiwanego, można – a nawet należy – zmienić moduł. Wybór adekwatnego do poziomu rozwoju modułu pozwoli dziecku w pełni zaprezentować posiadane umiejętności.

Czas trwania obserwacji wynosi ok. 30–60 minut. Ocenianie powinno być przeprowadzone natychmiast po badaniu, niezależnie przez dwóch specjalistów. Każde badanie należy filmować, a nagranie przechowywać w dokumentacji.

Należy podkreślić, że ADOS nie jest samodzielnym narzędziem diagnostycznym, a diagnoza całościowych zaburzeń rozwojowych stawiana jest przez lekarza psychiatrę. ADOS pozwala ocenić jedynie obecnie występujące zachowania dziecka oceniane w krótkim czasie. Dlatego wynik badania ADOS nie determinuje tego, czy u dziecka

rzeczywiście można zdiagnozować autyzm lub inne zaburzenia ze spektrum autyzmu. Powinno być ono uzupełnione o szerszą obserwację i wywiad z rodzicem/opiekunem, np. wywiad ADI-R (Autism Diagnostic Interview–Revised) [8].

Moduł 1 składa się z 10 zadań – zabaw ocenianych w 29 pozycjach. Przy każdym z zadań wyszczególnione jest to, co dane zadanie pozwala zaobserwować i na co należy zwrócić uwagę podczas obserwacji. Dalej znajdują się oceniane przez diagnostę pozycje zgrupowane w działy:

- (a) Język i komunikacja – składający się z 8 pozycji,
- (b) Wzajemność interakcji społecznych – składający się z 12 pozycji,
- (c) Zabawa – składający się z 2 pozycji,
- (d) Zachowania stereotypowe i sztywne wzorce zachowań i zainteresowań – składający się z 4 pozycji,
- (e) Inne zachowania odbiegające od normy – 3 pozycje.

Standardowo pozycja składa się z tytułu pozycji, szczegółowego opisu wyjaśniającego, co dana pozycja ocenia, przyznawanych ocen wraz z opisem, w jakiej sytuacji należy przyznać daną ocenę oraz pola, w którym wpisuje się przyznaną ocenę. Jeśli to potrzebne – dana pozycja zawiera definicje ocenianych zachowań czy umiejętności. Ocenie podlegają obecnie obserwowane zachowania czy posiadane umiejętności.

Oceny wystawiane są w skali (każda z ocen jest indywidualnie opisana dla każdej pozycji):

- 0 = „Badane zachowanie nie jest nieprawidłowe, zgodnie z tym, co określono”,
- 1 = „Badane zachowanie jest do pewnego stopnia nieprawidłowe lub w niewielkim stopniu nietypowe”,
- 2 = „Badane zachowanie jest znacząco nieprawidłowe, zgodnie z tym, co określono. Stopień nieprawidłowości różni się dla różnych pozycji”,
- 3 = „Znaczące nasilenie nieprawidłowego zachowania, które przeszkadza w prowadzeniu obserwacji bądź zachowanie jest tak ograniczone, że niemożliwa jest ocena jego jakości” (oceny 3 zamieniane są na oceny 2 w algorytmie diagnostycznym),
- 7 = „Zachowanie jest nieprawidłowe, ale nie w sposób określony przez pozostałe oceny (np. odbiega od normy, ale w inny sposób niż określono)” (oceny 7 zamieniane są na oceny 0 w algorytmie diagnostycznym),
- 8 = „Badane zachowanie nie wystąpiło i/lub wystawienie oceny nie jest możliwe (np. nie jest możliwe ocenienie nieprawidłowości mowy, jeśli dziecko nie mówi)” (oceny 8 zamieniane są na oceny 0 w algorytmie diagnostycznym).

Na ostatniej stronie modułu znajduje się algorytm diagnostyczny z punktami odsiewowymi dla autyzmu i dla spektrum autyzmu. Algorytm uwzględnia nieprawidłowości w obrębie dwóch spośród pięciu wyżej wymienionych działów – Języka i komunikacji oraz Wzajemności interakcji społecznych.

W klasyfikacji ADOS diagnoza autyzmu, będąca efektem przekroczenia punktu odsiewowego dla autyzmu, odpowiada czterem zaburzeniom z grupy całościowych zaburzeń rozwojowych zgodnie z klasyfikacją ICD-10: autyzmowi dziecięcemu (F84.0), autyzmowi atypowemu (F84.1), całościowym zaburzeniom rozwojowym nie-

określonym (F84.9) stanowiącym odpowiednik całościowych zaburzeń rozwojowych niezdiagnozowanych inaczej z klasyfikacji DSM-IV-TR (Pervasive Developmental Disorders - Not Otherwise Specified, PDD-NOS) oraz zespołowi Aspergera (F84.5).

W klasyfikacji ADOS diagnoza spektrum autyzmu, będąca efektem przekroczenia punktu odsiewowego dla spektrum autyzmu, odpowiada ogólnie grupie całościowych zaburzeń rozwojowych i może także objąć zespół Aspergera oraz PDD-NOS. Należy w tym miejscu podkreślić, że analizy psychometryczne oryginalnej wersji narzędzia ADOS wykonywane były jedynie dla osób z diagnozą autyzmu, PDD-NOS i dla osób spoza spektrum.

Ze względu na krótki czas trwania obserwacji brak występowania zachowań stereotypowych i powtarzających się nie oznacza tego, że nie występują one u osoby badanej. Stąd w algorytmie nie uwzględnia się jednego z elementów triady nieprawidłowości charakterystycznych dla zaburzeń ze spektrum autyzmu [9] – sztywnych wzorców zachowań i zainteresowań. ADOS nie dostarcza również informacji na temat początków występowania symptomów i wczesnej historii rozwoju. W związku z tym nie może być stosowane jako samodzielne narzędzie do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Pozostałe moduły zbudowane są analogicznie. Różnią się liczbą zadań, liczbą i treścią pozycji oraz pozycjami wchodzącymi w skład algorytmu. Moduły 2 i 3 składają się z 14 zadań ocenianych w 28 pozycjach (gdzie zarówno zadania, jak i pozycje różnią się w obu modułach), a Moduł 4 z 10–15 zadań (część z nich jest opcjonalna) ocenianych w 31 pozycjach.

Rzetelność oryginalnej wersji ADOS mierzono, porównując oceny wystawione przez sędziów kompetentnych [1]. We wszystkich modułach osiągnięto istotnie wysokie współczynniki zgodności ocen sędziów dla poszczególnych pozycji (powyżej 88%, kappa powyżej 0,60) w domenach Język i komunikacja oraz Wzajemność interakcji społecznych oraz zadowolające, ale niższe dla Zachowań stereotypowych i sztywnych wzorców zachowań i zainteresowań.

Mierzono również zgodność obliczonych na podstawie wystawionych przez sędziów ocen wyników końcowych, porównując grupę pacjentów z autyzmem z grupą kontrolną składającą się z osób spoza spektrum autyzmu. Zgodność wyniosła 100% dla Modułu 1 i 3, 91% dla Modułu 2 oraz 90% dla Modułu 4. Przy uwzględnieniu w grupie osób z autyzmem pacjentów z PDD-NOS zgodność obniżyła się do 93% dla Modułu 1, 87% dla Modułu 2, 81% dla Modułu 3, 84% dla Modułu 4.

W badaniach walidacyjnych [1] wzięły udział 233 osoby badane. Dla Modułu 1 porównywano grupy dzieci spoza spektrum (Non-Spectrum, NS, $n = 17$), dzieci z PDD-NOS ($n = 17$), dzieci z autyzmem (Matched Autistic, MAUT, $n = 20$) dobrane pod względem wieku chronologicznego i wieku umysłowego zarówno werbalnego, jak i niewerbalnego do wymienionych wyżej grup oraz nisko funkcjonujące dzieci z autyzmem (Lower Autistic, LAUT, $n = 20$) o niższym niż w pozostałych grupach werbalnym wieku umysłowym.

Dla Modułu 2, 3 i 4 porównywano grupy dzieci z autyzmem (AUT, n odpowiednio = 21, 21, 16), dzieci z PDD-NOS (n odpowiednio = 18, 20, 14) oraz dzieci spoza

spektrum (NS, n odpowiednio = 16, 18, 15) dobrane pod względem wieku chronologicznego oraz niewerbalnego i werbalnego wieku umysłowego.

Dla Modułu 1 w obszarze Języka i komunikacji wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z PDD-NOS, MAUT oraz LAUT oraz grupy dzieci PDD-NOS od LAUT. Dla dzieci z grupy LAUT i MAUT oraz MAUT i PDD-NOS wyniki nie różniły się istotnie.

W obszarze Wzajemności interakcji społecznych Modułu 1 wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z PDD-NOS, MAUT oraz LAUT, a także grupy dzieci z PDD-NOS od MAUT i LAUT. Dla dzieci z grupy LAUT i MAUT wyniki nie różniły się istotnie statystycznie.

W obszarze Zachowań stereotypowych i sztywnych wzorców zachowań i zainteresowań Modułu 1 wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z PDD-NOS, MAUT oraz LAUT. Nie różniły się istotnie wyniki dla dzieci z grup LAUT, MAUT i PDD-NOS.

Dla Modułu 2 zarówno w obszarze Język i komunikacja, jak i w obszarze Wzajemność interakcji społecznych wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z PDD-NOS oraz AUT oraz grupy dzieci PDD-NOS od AUT.

W obszarze Zachowań stereotypowych i sztywnych wzorców zachowań i zainteresowań Modułu 2 wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z AUT. Nie różniły się istotnie wyniki dla dzieci z grup AUT i PDD-NOS oraz PDD-NOS i NS.

Zarówno dla Modułu 3, jak i dla Modułu 4 w obszarze Język i komunikacja wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z PDD-NOS oraz od dzieci z AUT. Nie różniły się istotnie wyniki dla dzieci z grup AUT i PDD-NOS.

W obszarze Wzajemności interakcji społecznych Modułów 3 i 4 wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z PDD-NOS oraz AUT oraz grupy dzieci PDD-NOS od AUT.

W obszarze Zachowań stereotypowych i sztywnych wzorców zachowań i zainteresowań Modułów 3 i 4 wyniki umożliwiły istotne statystycznie rozróżnienie grupy dzieci NS od dzieci z AUT. Nie różniły się istotnie wyniki dla dzieci z grup AUT i PDD-NOS oraz PDD-NOS i NS.

Zatem ADOS w wersji oryginalnej ma dobrą trafność diagnostyczną różnicową przy porównaniu grup dzieci w obrębie spektrum autyzmu z dziećmi spoza spektrum. Nie umożliwia natomiast jednoznacznego rozróżnienia dzieci z autyzmem dziecięcym od dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi nie zdiagnozowanymi inaczej.

ADOS charakteryzuje się ponadto wysoką czułością, jak i wysoką specyficznością. Przy porównaniu grupy dzieci z autyzmem z grupą dzieci spoza spektrum uzyskano 100% czułość i 100% specyficzność w przypadku Modułów 1 i 3, w przypadku Modułu 2 uzyskano 95% czułość i 94% specyficzność, a dla Modułu 4 uzyskano zarówno 93% czułość, jak i 93% specyficzność.

Przy porównaniu grupy dzieci z autyzmem i grupy dzieci z PDD-NOS z grupą dzieci spoza spektrum uzyskano 97% czułość i 94% specyficzność w przypadku Modułu

1, 95% czułość i 87% specyficzność dla Modułu 2, 90% czułość i 94% specyficzność dla Modułu 3, oraz 90% czułość i 93% specyficzność w przypadku Modułu 4.

Przy porównaniu grupy dzieci z PDD-NOS z grupą dzieci spoza spektrum dla Modułu 1 uzyskano 100% czułość i specyficzność, Modułu 2 – 89% czułość i 88% specyficzność, Modułu 3 – 80% czułość i 94% specyficzność, a w dla Modułu 4 – 86% czułość i 93% specyficzność.

ADOS uwzględnia kryteria diagnostyczne dla autyzmu dziecięcego klasyfikacji ICD-10 [4] i zaburzenia autystycznego klasyfikacji DSM-IV-TR [1] w obszarze interakcji społecznych i komunikacji. Nie uwzględnia natomiast sztywnych wzorców zachowań i zainteresowań oraz historii rozwoju, stąd charakteryzuje się wysoką trafnością teoretyczną jako narzędzie pomocnicze w procesie diagnozowania pacjentów z autyzmem.

Polska wersja protokołu ADOS

Polska wersja ADOS została dopuszczona przez wydawcę do użytku na potrzeby badań naukowych. Dopiero gdy narzędzie zostanie w pełni zwalidowane i wydane w wersji polskojęzycznej można będzie stosować je również w diagnozie klinicznej.

Proces tłumaczenia ADOS składał się z tych samych etapów, co proces tłumaczonego równoległe wywiadu ADI-R. Jako pierwsze wykonane zostało tłumaczenie z języka angielskiego na język polski przez zawodowego tłumacza. Ze względu na ograniczone środki projektu nie zdecydowano się na zlecenie tłumaczenia kilku niezależnym tłumaczom, co zalecane jest w procesie adaptacji narzędzi psychologicznych [10], ponieważ ADOS składa się z ok. 95 stron, a równoległe tłumaczony wywiad ADI-R z około 80 stron standardowego maszynopisu. Pierwotna, dostarczona przez tłumacza wersja wymagała bardzo wielu zmian ze względu na specjalistyczny język narzędzia i niezbędną fachową wiedzę dotyczącą całościowych zaburzeń rozwojowych. Zmiany zostały wprowadzone przez autorkę tej pracy, a całość poddana poloniście do korekty. Kolejny krok stanowiło ślepe tłumaczenie wsteczne z języka polskiego na język angielski zlecone firmie zajmującej się tłumaczeniami. Tłumaczenie wsteczne zostało przekazane do oceny autorom oryginalnego narzędzia. Na podstawie tłumaczenia wstecznego autorzy zaakceptowali wersję polską – przy jednoczesnym zgłoszeniu pewnych poprawek. Poprawki były oceniane przy współpracy autorów oryginalnej wersji, profesjonalnego tłumacza, który dokonał tłumaczenia wstecznego oraz autorki tej pracy, odpowiadającej za wersję polską narzędzia. Część zgłoszonych uwag była konsekwencją niepoprawności tłumaczenia wstecznego, wynikającej ze specjalistycznej terminologii, co zostało potwierdzone przez tłumacza. Pozostałe uwagi zostały wprowadzone po konsultacji w wymienionym zespole.

Procedura adaptacji narzędzia oparta na zastosowaniu tłumaczenia wstecznego wymaga zachowania dużej zgodności wersji adaptowanej z wersją oryginalną. Możliwymi do wykorzystania strategiami adaptacji są transkrypcja – cechująca się maksymalną wiernością tłumaczenia lub translacja – dopuszczająca zastąpienie nieprzetłumaczalnych zwrotów polskimi odpowiednikami [11]. W przypadku wersji polskiej protokołu ADOS wymagało to zastosowania nierzadko formy opisowej, jeśli w języku polskim

brakowało odpowiednika terminu angielskiego (np. angielskie słowo „referring” oznacza w protokole wykonanie dwóch kroków inicjowania wspólnej uwagi: spojrzenia na obiekt, a potem na osobę, ale nie ponownie na obiekt) bądź przytoczenia przykładów wyjaśniających dane pojęcie (np. zabawa reprezentacyjna, ang. representational play, czyli zabawa z udawaniem, polegająca na używaniu znanych przedmiotów w celu reprezentowania ich funkcji w normalnym życiu, np. zabawa w gotowanie na miniaturowej kuchence).

W polskiej wersji ADOS została częściowo zachowana równoważność fasadowa związana z wyglądem narzędzia [11]. Forma graficzna odpowiada formie graficznej wersji oryginalnej. Zachowano rozkład poszczególnych pól na stronie, typ czcionki (szeryfowa), format czcionki (czcionka wytłuszczona, pochyla). Nie zachowano natomiast kolorów poszczególnych modułów – wersja polska drukowana jest w wersji czarno-białej. Bez zmian pozostawiono formę gramatyczną zdań (zdania oznajmujące, pytające), liczbę pozycji, kategorie odpowiedzi oraz ich kolejność, jak również sposób obliczania wyników.

Jak wyjaśniono wyżej, zachowano stosunkowo dużą wierność tłumaczenia, charakterystyczną dla procesu translacji. Wersja oryginalna, przeznaczona dla przeszkolonych specjalistów, napisana jest językiem fachowym z nietypowymi dla języka angielskiego zdaniami wielokrotnie złożonymi, co zostało w wersji polskiej zachowane.

Równoważność psychometryczna oraz wierność rekonstrukcji, będące kolejnymi kryteriami równoważności, które powinny zostać zweryfikowane w procesie adaptacji, zostaną sprawdzone dopiero w procesie walidacji narzędzia.

Ostatnie wyróżniane przez Drwala [11] kryterium równoważności stanowi równoważność funkcjonalna, która w przypadku protokołu ADOS oznacza przydatność wersji polskiej w procesie diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, która zostanie zbadana również w procesie walidacji narzędzia.

Польская версия шкалы наблюдения для диагностики аутизма ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic)

Содержание

Настоящая статья представляет польскую версию шкалы наблюдения для диагностики аутизма ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic). ADOS, наряду с опросником ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised), составляет т.н. «золотой стандарт» диагностики аутизма. Является стандартизированным и частично структурированным протоколом наблюдения, предназначенным для диагностики как детей, так и взрослых с учетом обывающих в настоящее время диагностических критериев ICD-10 и DSM-IV-TR. Состоит из четырех модулей, выбор которых зависит от уровня языкового развития и возраста исследуемого лица.

ADOS в оригинальной версии характеризуется высокой диагностической эффективностью, позволяя отличить детей с первазивными расстройствами развития от детей находящихся вне аутистического спектра. Не позволяет однако однозначно отличить детей с детским аутизмом от детей с первазивными расстройствами развития.

В статье представлены последовательные шаги процесса перевода шкалы ADOS на польский язык, избранную стратегию адаптации и различия между оригинальной и польской версией.

Данный инструмент широко используется как в клинической диагностике, так и в научных исследованиях, где чрезвычайно существенной является стандартизация процедур, тем более что до сих пор в Польше не хватало стандартизированного инструмента для диагностики аутизма.

Polnische Fassung der Beobachtungsskala für autistische Störungen – ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic)

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel beschreibt die polnische Fassung des Instruments für die Diagnose des Autismus – Beobachtungsprotokoll ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic). ADOS wird zusammen mit dem Interview ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) als „Goldstandard“ in der Autismusdiagnostik bezeichnet. Das ist ein standardisiertes und teilweise strukturalisiertes Verfahren zur Diagnostik sowohl der Kinder als auch Erwachsener mit der Berücksichtigung der jetzt geltenden diagnostischen Kriterien – ICD-10 und DSM-IV-TR. Es besteht aus vier Untersuchungsstrategien – Modulen, von denen eine gewählt wird, abhängig von der Sprachentwicklung und vom Alter des Untersuchten.

ADOS gilt in der originellen Fassung als diagnostisch gut validiert, die Skala unterscheidet die Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen von den Kindern ohne Autismus - Spektrum. Es ist aber nicht möglich, die Kinder mit dem frühkindlichen Autismus von den Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, die anders nicht diagnostiziert wurden, eindeutig zu unterscheiden.

Im Artikel wurden die folgenden Schritte der Übersetzung des Verfahrens ADOS ins Polnische dargestellt. Es wurden auch die gewählte Strategie der Anpassung und Unterschiede zwischen der Originalfassung und der polnischen Fassung besprochen.

Der Einsatzbereich des Verfahrens ist sowohl in der klinischen Diagnose als auch für die Bedürfnisse der wissenschaftlichen Studien sehr groß. Die Standardisierung des Verfahrens ist von besonderer Bedeutung, auch deshalb, weil es in Polen bisher kein standardisiertes Verfahren zur Diagnostik von Autismus gab.

La version polonaise d'ADOS-G) the (Autism Diagnostic Observation Schedule - Generic)

Résumé

Cet article présente la version polonaise d'ADOS-G (the Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic). ADOS avec ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) sont considérés comme « gold standard » pour diagnostiquer l'autisme. ADOS-G est un protocole d'observation, standardisé, semi-structuré, destiné pour diagnostiquer les enfants et les adultes en basant sur les critères diagnostiques d'ICD-10 et de DSM-TR. Il se compose de quatre modules dont le choix dépend du niveau du développement verbal de la personne examinée et de son âge.

La version originale d'ADOS se caractérise d'une grande fiabilité diagnostique, en bien discernant les enfants avec les troubles du développement des ceux qui sont hors ce spectrum. Pourtant elle ne discerne pas définitivement des enfants avec l'autisme enfantin des troubles non diagnostiqués autrement.

Ce travail présente encore les étapes successives de la traduction d'ADOS en polonais, la stratégie de son adaptation ainsi que les différences de la version polonaise et de l'original.

ADOS est très utile pour le diagnostic clinique et pour les recherches scientifiques qui exigent des méthodes standardisées. En Pologne on nous a manqué d'outil standardisé pour diagnostiquer l'autisme.

Piśmiennictwo

1. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH, Leventhal BL, DiLavore PC, Pickles A, Rutter M. *The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: a standard measure of social and com-*

- munication deficits associated with the spectrum of autism*. J. Autism Dev. Disord. 2000; 30: 205–223.
2. Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2005.
 3. Pisula E. *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
 4. *International classification of diseases: Diagnostic criteria for research (10th Edition)*. Geneva, Switzerland: WHO; 1992.
 5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
 6. Lord C, Rutter M, Goode S, Heemsbergen J, Jordan H, Mawhood J, Schopler E. *Autism Diagnostic Observation Schedule: a standardized observation of communicative and social behavior*. J. Autism Dev. Disord. 1989; 19: 185–212.
 7. DiLavore PC, Lord C, Rutter M. *The Pre-linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule*. J. Autism Dev. Disord. 1995; 25: 355–379.
 8. Lord C, Rutter M, LeCouteur A. *Autism Diagnostic Interview Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders*. J. Autism Dev. Disord. 1994; 24: 659–685.
 9. Pisula E. *Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2010.
 10. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
 11. Drwal RL. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995.

Adres: Izabela Chojnicka
Zakład Genetyki Medycznej WUM
02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 3c

Otrzymano: 4.05.2011
Zrecenzowano: 29.07.2012
Otrzymano po poprawie: 1.08.2012
Przyjęto do druku: 13.08.2012
Adiustacja: A. K.