

Polska wersja wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)

Polish version of the ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)

Izabela Chojnicka, Rafał Płoski

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

Summary

Childhood autism belongs to pervasive developmental disorders and is characterised by qualitative abnormalities in reciprocal social interactions, communication, and by restricted, repetitive interests and behaviours. Until now there was no standardised tool for a diagnosis of autism in Poland.

The paper presents the Polish version of the Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R), which is the “gold standard” for the diagnosis of autism in Europe, United States and Australia. It describes the translation process and adaptation of the original version into Polish, as well as differences between the two versions.

ADI-R is a complex, standardised, semi-structured investigator-based interview for parent or caregiver of person with autism, linked to ICD-10 and DSM-IV-TR criteria and appropriate for both adults and children, who have the minimum mental age of 24 months.

Moreover ADI-R consists of, beside diagnostic algorithms, the current behaviour algorithms, which enable to assess and compare various levels of functioning during planning and implementation of treatment and therapy.

ADI-R is also a very useful tool in the diagnosis for scientific purposes due to its standardisation.

Słowa kluczowe: zaburzenie autystyczne, diagnoza różnicowa, wywiad psychologiczny

Key words: autistic disorder, diagnosis differential, interview psychological

Wstęp

Autyzm dziecięcy, zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [1], należy do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych (F84). Zarówno w języku potocznym, jak i publikacjach naukowych funkcjonuje pojęcie zaburzeń ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorders*, ASD bądź ASDs). W opracowywanej klasyfikacji DSM-5 połączono cztery całościowe zaburzenia rozwoju: zaburzenie autystyczne, zaburzenie Aspergera, dziecięc-

Badanie nie było sponsorowane.

ce zaburzenie dezintegracyjne i całościowe zaburzenia rozwojowe, niezdiagnozowane inaczej, w jedno zaburzenie – zaburzenie ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorder*). Decyzję tę American Psychiatric Association uzasadnia tym, że objawy tych czterech zaburzeń stanowią raczej kontinuum, od łagodnych do ciężkich, niż prostą zero-jedynkową diagnozę.

Stąd w niniejszej pracy

F84.0 – autyzm dziecięcy

F84.1 – autyzm atypowy

F84.3 – inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne

F84.5 – zespół Aspergera

F84.9 – całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone [1]

będą rozumiane jako zaburzenia ze spektrum autyzmu.

Objawy charakterystyczne dla ASD należą do tak zwanej triady nieprawidłowości, na którą składają się zaburzenia w obrębie: (a) interakcji społecznych, (b) komunikacji, (c) zachowania i zainteresowań – sztywne, stereotypowe wzorce aktywności [2].

Zaburzenia ze spektrum autyzmu stanowią bardzo poważny problem społeczny – 1 na 110 dzieci w Stanach Zjednoczonych ma zdiagnozowane ASD [3]. W Polsce nie jest znana dokładna liczba osób, cierpiących na zaburzenia ze spektrum autyzmu. Przyjmując zachodnie współczynniki, według których 1 na 110 dzieci cierpi na ASD, a 1,68 na 1000 na autyzm dziecięcy [4], uwzględniając liczbę ludności w Polsce [5], można by szacować, że mamy 347 000 osób z ASD oraz 64 000 osób z autyzmem dziecięcym. U niemal 4000 spośród urodzonych każdego roku dzieci rozwiną się objawy ASD. Gdy zestawimy te liczby z kosztami opieki nad osobami z ASD, jakie ponosi państwo, otrzymamy pełny obraz, jak duży problem stanowią zaburzenia ze spektrum autyzmu. Roczny koszt opieki nad pacjentami z ASD w Wielkiej Brytanii wynosi ok. 90 miliardów funtów, z czego 90% przeznaczane jest na pomoc dorosłym pacjentom [6]. Koszt pomocy przypadający na jednego pacjenta z ASD w ciągu jego życia w Stanach Zjednoczonych wynosi ok. 3,2 miliona dolarów [7]. Szacuje się, że koszt ten mógłby zostać zredukowany o 2/3 dzięki wczesnej diagnozie i, co za tym idzie, wczesnej interwencji i terapii [6].

Powodzenie terapii uzależnione jest m.in. od tego, na jakim etapie rozpoczęła się interwencja. Wcześniej postawiona diagnoza oznacza wcześniej rozpoczętą terapię, a biorąc pod uwagę spadającą z wiekiem dziecka plastyczność układu nerwowego skutkuje ona lepszymi efektami i w przyszłości wyższą jakością życia pacjentów.

W krajach zachodnich są w użyciu narzędzia zarówno do badań przesiewowych pod kątem autyzmu, jak i do diagnozowania ASD. Najpowszechniej stosowanymi narzędziami diagnostycznymi w krajach Europy Zachodniej, Stanach Zjednoczonych i Australii – zarówno w badaniach naukowych, jak i w diagnozie klinicznej – stanowiącymi tzw. „złoty standard” diagnozy, są: Autism Diagnostic Interview–Revised (ADI-R) oraz Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) [8].

W Polsce wzrasta świadomość społeczna dotycząca autyzmu oraz dostęp do profesjonalnej opieki, terapii i diagnostyki dla rodzin dotkniętych ASD. Jednak wciąż diagnozowanie osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w porównaniu z kraja-

mi zachodnimi przedstawia się zdecydowanie gorzej. W naszym kraju nie było jak dotąd w użyciu żadnego wystandaryzowanego i poddanego walidacji narzędzia do diagnozowania autyzmu [9]. Obecnie trwają prace prowadzone przez dr Anitę Bryńską (wyniki nie publikowane) nad standaryzacją kwestionariuszy do diagnozowania zespołu Aspergera: wywiadu ASDI (The Asperger Syndrome Diagnostic Interview), australijskiej skali dla zespołu Aspergera oraz testu CAST (The Childhood Asperger Syndrome Test). Z kolei w Zakładzie Psychologii Rehabilitacyjnej Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem prof. Ewy Pisuli przetłumaczono kwestionariusze: Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers), AQ dla młodzieży i dla dorosłych i AQ-child dla dzieci (The Adult Autism Spectrum Quotient, The Adolescent Autism Spectrum Quotient oraz The Autism Spectrum Quotient-Children's Version). Jednak nadal brakuje wystandaryzowanej ścieżki diagnostycznej, którą przechodziłyby dzieci z niepokojącymi objawami, w placówkach, do których trafiają.

W niniejszej pracy chciałabym zaprezentować polską wersję narzędzia ADI-R [10].

Wywiad ADI-R

ADI-R, którego wydawcą jest Western Psychological Services, opracowany został pierwotnie na potrzeby badań naukowych [8]. Jest kompleksowym, wystandaryzowanym i częściowo ustrukturyzowanym wywiadem, który przeprowadza się z rodzicami lub opiekunami osób z ASD. Przy jego tworzeniu uwzględniono obecnie obowiązujące kryteria diagnostyczne ICD-10 [1] i DSM-IV-TR [1]. Oceny w ADI-R dokonuje przeszkolony specjalista – nie wymagany jest dyplom psychologa, wymagane jest natomiast ukończenie szkolenia. ADI-R przeznaczony jest do diagnozowania zarówno dzieci, jak i dorosłych. Badania właściwości psychometrycznych oryginalnej wersji ADI-R obejmowały dzieci od 24. miesiąca wieku umysłowego i ten wiek jest minimalnym, dla którego opracowano progi odsiewowe. Dlatego zaleca się stosowanie ADI-R od 24. miesiąca wieku umysłowego dziecka. Do oceny wieku umysłowego Lord i wsp. [10] polecają zastosowanie Vineland Adaptive Behavior Scales [1].

ADI-R składa się z 93 pozycji zgrupowanych w działy:

1. Wprowadzenie i pytania wstępne – dział składający się z 6 pozycji, dotyczących sytuacji rodzinnej, procesu edukacji i leczenia, diagnozy.
2. Wczesny rozwój – dział składający się z 7 pozycji, dotyczących początku symptomów, kamieni milowych w rozwoju i treningu czystości.
3. Nabywanie i utrata umiejętności, w tym językowych – dział składający się z 20 pozycji.
4. Język i funkcjonowanie komunikacji – dział składający się z 21 pozycji.
5. Rozwój społeczny i zabawa – dział składający się z 17 pozycji.
6. Zachowania i zainteresowania – dział składający się z 13 pozycji.
7. Zachowania ogólne – dział składający się z 14 pozycji.
8. Komentarze końcowe – dział składający się z 3 pozycji dotyczących m.in. wrażeń osoby prowadzącej wywiad.

W wywiadzie, obok pytań o objawy typowe dla autyzmu, zawarte są również pytania o niektóre objawy charakterystyczne dla innych całościowych zaburzeń rozwojowych, oraz dotyczące rodziny, wykształcenia, wcześniej postawionych rozpoznań, przebiegu leczenia i terapii. Wywiad zgodnie z zaleceniami powinien być prowadzony przez 1,5–2,5 godziny, w praktyce trwa ok. 1,5–4 godzin.

Standardowo każda pozycja mieści się na arkuszu A₄ podzielonym na pola – (a) tytuł pozycji, (b) pole szczegółowych instrukcji dla diagnosty, (c) pole pytań wywiadu, (d) pole, na którym znajduje się szczegółowy opis, w jakiej sytuacji należy przyznać daną ocenę, oraz (e) pole, na którym wpisuje się przyznaną ocenę. Każda pozycja zawiera ściśle definicje ocenianych zachowań czy umiejętności. Pytania wywiadu, które muszą zostać obligatoryjnie zadane, zostały wytłuszczone.

Wszystkie pozycje dotyczą obecnie obserwowanych zachowań czy posiadanych umiejętności. Ponadto w większości pozycji ocenie podlega także występowanie zachowań w określonych przedziałach wiekowych, najczęściej w okresie największego nasilenia nieprawidłowości między 4 a 5 rokiem życia, ale np. pytania poświęcone zabawie w grupie oceniane są jedynie dla przedziału od 4 do 10 lat, a pytania poświę-

EARLY DEVELOPMENT

Can we now go back to talk about [subject]'s early years?

Onset of Symptoms

- 2. AGE (IN MONTHS) WHEN PARENTS FIRST NOTICED THAT SOMETHING WAS NOT QUITE RIGHT IN LANGUAGE, RELATIONSHIPS, OR BEHAVIOR**

Code age in months, or choose one of the below codes. Try to code an actual age rather than 996, etc.
Note: If parents express age in weeks, code to nearest month.
If an age range is given (e.g., 3-4 months), take **midpoint** and round up to nearest month.
As far as possible, try to code an actual age rather than 996, etc.

First, I'd like to talk about [subject]'s early development.

How old was [subject] when you first wondered if there might be something not quite right with her/his development?

991 – parents not concerned, although child was referred by professional

992 – parents have been worried since birth (e.g., if baby premature or very ill at birth)

996 – can't recall, but before 3 years

997 – can't recall, but 3 years or later

998 – N/A

999 – N/K or not asked

- 3. FIRST SYMPTOMS TO AROUSE PARENTAL CONCERN (no coding needed here)**

What was it that gave you concern at that time?

(ELICIT DETAILS OF SYMPTOMS FIRST CAUSING PARENTAL CONCERN AND NOTE BELOW.)

Rys. 1. Przykładowa strona wersji angielskiej narzędzia ADI-R dostępna na stronie internetowej Western Psychological Services: <http://portal.wpspublish.com>

cone wzajemnym przyjaźniom oceniane są dla dzieci w 5 roku życia lub starszych. Przykładowa strona wersji angielskiej ADI-R została przedstawiona na rysunku 1.

Oceny wystawiane są w skali od 0 do 7 (jednocześnie każda z ocen jest opisana dla każdej pozycji):

- 0 = „Badane zachowanie nie występuje”,
- 1 = „Badanie zachowania występuje i jest do pewnego stopnia nieprawidłowe, ale nie wystarczająco, lub nie występuje wystarczająco często, aby spełnić kryteria oceny 2”
- 2 = „Wyraźnie nieprawidłowe zachowanie”,
- 3 = „Znaczące nasilenie badanego zachowania” (oceny 3 zamieniane są na 2 w algorytmie diagnostycznym),
- 7 = „Wyraźne nieprawidłowości w pewien sposób związane z badanym zachowaniem, ale nie w sposób tu określony” (oceny 7 zamieniane są na 0 w algorytmie diagnostycznym),
- 8 = „Nie dotyczy” (oceny 8 zamieniane są na oceny 0 w algorytmie diagnostycznym),
- 9 = „Dane nie znane lub nie pytano”.

Oceny mogą zostać przeliczone w pięciu rodzajach algorytmów:

1. Algorytm diagnostyczny (wiek osoby badanej od 2 lat 0 miesięcy do 3 lat 11 miesięcy), w którym uwzględnianych jest 39 pozycji wywiadu.
2. Algorytm diagnostyczny (wiek osoby badanej od 4 lat 0 miesięcy), w którym uwzględniane są 42 pozycje wywiadu.
3. Algorytm aktualnego zachowania (wiek osoby badanej od 2 lat 0 miesięcy do 3 lat 11 miesięcy), w którym uwzględniane są 34 pozycje wywiadu.
4. Algorytm aktualnego zachowania (wiek osoby badanej od 4 lat 0 miesięcy do 9 lat 11 miesięcy), w którym uwzględnianych jest 36 pozycji wywiadu.
5. Algorytm aktualnego zachowania (wiek osoby badanej od 10 lat 0 miesięcy), w którym uwzględnianych jest 29 pozycji wywiadu.

Oba algorytmy diagnostyczne skoncentrowane są na pełnej historii rozwoju badanej osoby. Są one w pełni zbadane i zwalidowane w wersji angielskojęzycznej.

Wymienione powyżej algorytmy 3, 4 i 5 to algorytmy aktualnego zachowania, w których podstawę oceny stanowią zachowania obserwowane u badanej osoby w ciągu kilku ostatnich miesięcy. Nie przeprowadzono pełnej walidacji algorytmów aktualnego zachowania, ponieważ nie służą do diagnozy, pozwalają natomiast oceniać różne płaszczyzny funkcjonowania i umożliwiają ich porównywanie w czasie planowania oraz przebiegu leczenia i terapii.

Diagnoza autyzmu w klasyfikacji ADI-R zostaje postawiona, jeśli wyniki pokrywają się z odpowiednimi progami odsiewowymi lub je przekraczają w skalach: (a) *komunikacji*, (b) *interakcji społecznych*, (c) *wzorców zachowań i zainteresowań*, oraz (d) – jeśli pierwsze objawy wystąpiły przed ukończeniem przez dziecko 36 miesiąca życia.

Jeśli wyniki osoby badanej znajdują się powyżej punktów odcięcia dla skal a, b, c i d, ma ona najprawdopodobniej całościowe zaburzenia rozwojowe. W takiej sytuacji należy przeanalizować, które z całościowych zaburzeń rozwojowych u niej występują. Na zespół Retta (F84.2 zgodnie z klasyfikacją ICD-10) wskazuje regresja w rozwoju ogólnym, stereotypie typu mycia rąk, utrata celowych ruchów rąk oraz hiperwentylacja. Z kolei regresja umiejętności językowych połączona z regresją w rozwoju ogólnym po okresie minimum 2 lat prawidłowego rozwoju może wskazywać na inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F84.3).

Należy jednocześnie pamiętać, że diagnoza postawiona na podstawie ADI-R nie musi odpowiadać diagnozie klinicznej. Ta ostatnia bazuje na wielu źródłach informacji, w tym na danych pochodzących z obserwacji. Jednocześnie ADI-R jest wystandaryzowanym narzędziem do uzyskania dużej ilości informacji i jego przydatność w badaniach naukowych jest bardzo wysoka. Czytając zachodnie publikacje naukowe, zwłaszcza z dziedziny biologii autyzmu, nie spotyka się prac, w których diagnoza osób badanych nie byłaby postawiona na podstawie ADI-R oraz ADOS-G.

Rzetelność oryginalnej wersji ADI-R sprawdzono metodą test-retest oraz porównując oceny wystawione przez niezależnych diagnostów. Zgodność ocen poszczególnych pozycji wchodzących w skład algorytmu diagnostycznego określana na podstawie współczynnika kappa wyniosła 0,63–0,89 [10].

Retest wykonywany był przez innego diagnostę w odstępie 2–5 miesięcy od przeprowadzenia pierwszego wywiadu. Rzetelność mierzona metodą test-retest dla zsumowanych ocen poszczególnych sekcji w obrębie danego obszaru (np. dla 4 sekcji w obrębie nieprawidłowości w interakcjach społecznych) określana na podstawie współczynnika korelacji wewnątrzklasowej wyniosła 0,93–0,97 [11].

Wywiad ADI-R uwzględnia wszystkie kryteria diagnostyczne dla autyzmu dziecięcego w klasyfikacji ICD-10 [1] i zaburzenia autystycznego w klasyfikacji DSM-IV-TR [12], dlatego charakteryzuje się wysoką trafnością teoretyczną.

W przypadku narzędzia do diagnozowania autyzmu bardzo ważna jest trafność diagnostyczna, umożliwiająca odróżnienie osób z ASD od osób z innymi zaburzeniami. W badaniach walidacyjnych porównywano grupy dzieci w wieku przedszkolnym. Jedną grupę stanowiły dzieci z autyzmem, drugą dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego lub niepełnosprawnością intelektualną. Tylko u 1 dziecka z 25 badanych, ze zdiagnozowanym autyzmem, nie potwierdzono diagnozy autyzmu wg klasyfikacji ADI-R (jedynie wynik we *wzorcach zachowań i zainteresowań* znalazł się o 1 punkt poniżej punktu odsiewowego dla autyzmu). Natomiast w grupie dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego lub niepełnosprawnością intelektualną 2 z 25 postawiono diagnozę autyzmu wg klasyfikacji ADI-R. Obydwoje dzieci było niemówiącymi trzylatkami ze stosunkowo niskim wiekiem umysłowym 21 i 26 miesięcy. Daje to wysoką trafność diagnostyczną, która była najwyższa dla skali *interakcji społecznych* – wszystkie 25 dzieci z pierwszej grupy i tylko 2 z grupy drugiej przekroczyło punkt odsiewowy w tej skali. Zgodnie z oczekiwaniami najniższą trafność diagnostyczną otrzymano dla *komunikacji* – wszystkie 25 dzieci z autyzmem przekroczyły punkt odsiewowy, ale aż 9 z zaburzeniami rozwoju językowego lub niepełnosprawnością intelektualną również go przekroczyło. W skali *wzorców zachowań i zainteresowań*

tylko 1 z grupy dzieci z autyzmem nie przekroczyło punktu odsiewowego, natomiast 6 z drugiej grupy – przekroczyło.

Wyniki te oznaczają wysoką trafność diagnostyczną ADI-R nawet u dzieci w wieku przedszkolnym. Jednocześnie wyniki otrzymane na podstawie oryginalnej wersji ADIR mogą nie być w pełni miarodajne dla małych dzieci niemówiących, z niskim wiekiem umysłowym.

W skalach *interakcji społecznych* i *komunikacji* wyniki zarówno dla poszczególnych pozycji, jak i zsumowane umożliwiły wyraźne rozróżnienie obu grup – wynik całkowity w skali *interakcji społecznych* wyniósł średnio u dzieci z autyzmem 19,00 (SD = 3,76), natomiast u dzieci z drugiej grupy 4,20 (SD = 2,88, gdzie SD to odchylenie standardowe) [10]. W skali *komunikacji* wynik całkowity dla dzieci mówiących z autyzmem wyniósł średnio 16,33 (SD = 2,96), dla dzieci niemówiących z autyzmem 11,62 (SD = 1,96), natomiast w drugiej grupie – dla dzieci mówiących 5,57 (SD = 3,06), a dla dzieci niemówiących 5,09 (SD = 4,28). Natomiast w skali *wzorców zachowań i zainteresowań* wyniki były niższe – wynik całkowity dla grupy pierwszej wyniósł średnio 4,92 (SD = 1,80), a dla grupy drugiej 1,96 (SD = 1,64).

Stąd ADI-R w wersji oryginalnej ma dobrą trafność diagnostyczną różnicową.

Polska wersja wywiadu ADI-R

Polska wersja ADI-R może być obecnie stosowana jedynie na potrzeby badań naukowych. Dopiero, gdy narzędzie to zostanie w pełni zwalidowane i wydane w Polsce, możliwe będzie jego używanie w diagnozie klinicznej.

Proces tłumaczenia wywiadu ADI-R składał się z kilku etapów. Najpierw dokonane zostało tłumaczenie z języka angielskiego na język polski przez zawodowego tłumacza. Standardowo, w przekładzie narzędzia obcojęzycznego zleca się tłumaczenie dwóm lub trzem niezależnym tłumaczom. Ostateczną wersję danej pozycji wybierają sędziowie kompetentni [13]. O ile jest to wskazane i uzasadnione w przypadku np. kwestionariuszy składających się z listy przymiotników, o tyle w przypadku ADI-R taka strategia byłaby nieekonomiczna i czasochłonna z uwagi na ilość tekstu – ADI-R składa się z ok. 80 stron standardowego maszynopisu (co więcej, równoległe z opracowywaniem polskiej wersji ADI-R, przygotowywana była wersja pomocniczego względem ADI-R narzędzia – protokołu obserwacji ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule Generic) [14], obejmującego ok. 95 stron standardowego maszynopisu).

Ze względu na wysoce specjalistyczną treść, wersja dostarczona przez tłumacza wymagała wielu zmian przeprowadzonych przez autorkę tej pracy. Następnie tekst przekazano do korekty polonistce. Kolejnym krokiem było ślepe tłumaczenie wsteczne polskiej wersji na język angielski (tzw. *blind back translation*), zlecone firmie zajmującej się tłumaczeniami. Przetłumaczony na angielski tekst dano do oceny autorom oryginalnej wersji wywiadu, którzy zgłosili pewne poprawki. Zostały one poddane ocenie w zespole, w którego skład weszli autorzy oryginalnej wersji, profesjonalny tłumacz, który przeprowadził tłumaczenie wsteczne, oraz autorka tej pracy, odpowiadająca za polską wersję narzędzia. Część uwag była rezultatem niepoprawności tłumaczenia

wstecznego, co zostało potwierdzone przez tłumacza. Pozostałe zostały wprowadzone do polskiej wersji narzędzia po uprzedniej konsultacji w opisanym zespole.

Powyższa procedura pozwoliła uzyskać dużą zgodność wersji polskiej z wersją angielską. Wersja polska powstała w procesie translacji, charakteryzującym się dużą wiernością w stosunku do oryginalnego tekstu, z możliwością zastosowania w miejsce nieprzetłumaczalnych zwrotów angielskich polskich odpowiedników [15]. Oznaczało to w przypadku tłumaczenia wywiadu ADI-R stosowanie w miejsce nieprzetłumaczalnych bądź trudno przetłumaczalnych wyrażen ekwiwalentów w języku polskim (np. zabawy z droczeniem się – wersja angielska: „*fingers walking towards someone*”, wersja polska: zabawa „*idzie rak nieborak*”), zastosowania formy opisowej czy przytoczenia przykładów, tłumaczących dane pojęcie.

W polskiej wersji, zgodnie z wytycznymi wydawcy, zachowano równoważność fasadową, związaną z wyglądem narzędzia [15]. W ramach równoważności fasadowej sprawdza się formę graficzną testu, liczbę pytań i kategorii odpowiedzi, jak również ich kolejność, instrukcje i przykłady, oraz sposób obliczania wyników.

Forma graficzna wersji polskiej ADI-R odpowiada formie graficznej wersji oryginalnej. Standardowa strona składa się z tytułu działu, tytułu pozycji, instrukcji dla diagnosty, pytań wywiadu, kategorii ocen i pola, gdzie wpisuje się przyznaną ocenę. Zachowano kolorystykę wersji oryginalnej, rozkład poszczególnych pól na stronie, rozmiar i typ czcionki (szeryfowa bądź bezszeryfowa), format czcionki (czcionka wytłuszczona, pochyła).

Podobnie zachowana została forma gramatyczna zdań (zdania oznajmujące, pytające), liczba pozycji i kategorie odpowiedzi oraz ich kolejność, jak również sposób obliczania wyników.

Drugie kryterium równoważności stanowi wierność tłumaczenia. Analizie poddaje się tu treść pozycji, strukturę gramatyczną pytań, stopień trudności użytych terminów, podobieństwo leksykalne pytań [15].

Treść pozycji i struktura gramatyczna pytań odpowiada wersji oryginalnej z różnicami dopuszczalnymi w procesie translacji i opisanymi powyżej. Odnośnie do trudności użytych słów i zdań, w wersji polskiej – podobnie jak w wersji oryginalnej – zastosowano prosty język pytań wywiadu i bardziej skomplikowany język fachowy w instrukcjach przeznaczonych dla diagnosty. Język polski jest językiem bardziej opisowym niż język angielski, co sprawiło, że zdania w języku polskim są często dłuższe od zdań w języku angielskim.

Trzecim kryterium jest równoważność psychometryczna, która zostanie zweryfikowana dopiero w procesie walidacji narzędzia. Podobnie jak kolejne kryterium – wierność rekonstrukcji, mierzona poprzez porównywanie sposobów sprawdzania rzetelności i trafności, podobieństwa grup standaryzacyjnych i normalizacyjnych oraz procedury badań.

Ostatnim kryterium równoważności jest równoważność funkcjonalna, decydująca o tym, czy narzędzie jest przydatne do tych samych celów; w przypadku wywiadu ADI-R – do diagnozowania autyzmu. W przeciwieństwie do np. testów słownikowych czy kwestionariuszy osobowości, diagnozę autyzmu determinują określone kryteria diagnostyczne, zgodne z klasyfikacjami DSM-IV-TR i ICD-10. Czy wersja polska jest jednak równoważna z funkcjonalną wersją oryginalną, zostanie sprawdzone, podobnie jak poprzednie kryteria równoważności, dopiero w procesie walidacji.

Podsumowanie

W pracy przedstawiono narzędzie ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) oraz omówiono procedurę tworzenia jego polskiej wersji. ADI-R, stanowiący tzw. „złoty standard” diagnozowania autyzmu w krajach zachodnich, jest kompleksowym, wystandaryzowanym wywiadem, przeprowadzanym z rodzicami lub opiekunami osób z autyzmem. Ze względu na wystandaryzowany charakter, ADI-R stanowi niezwykle przydatne narzędzie zarówno w diagnostyce klinicznej, jak i w diagnozie przeprowadzanej na potrzeby naukowe.

Polska wersja ADI-R została zaakceptowana przez Western Psychological Services do użytku w badaniach naukowych. Kolejny krok to walidacja ADI-R i wydanie narzędzia w Polsce, co umożliwi jego stosowanie w praktyce klinicznej.

Польская версия анамнеза для диагностики аутизма АДИ-Р

Содержание

Детский аутизм, принадлежащий к группе целостных нарушений развития, характеризуется отклонениями в области трех районов коммуникации, социальных интеграции, также примеров поведений и интересов. Еще недавно в Польше не были доступны никакие стандартизированные пособия, служащие диагностированию аутизма.

В статье представлена польская версия пособия АДИ-Р (Autism Diagnostic Interview – Revised), составляющего т.н. „золотой стандарт” диагностирования аутизма в европейских странах, США и Австралии. Это пособие учитывает обязывающие, в настоящее время, диагностические критерии Классификации болезней ИЦД-10 и ДСМ -IV-TR. АДИ-Р является комплексным, стандартизированным, частично, структурным анамнезом, проводимым с родителями, или же опекунами ребенка с аутизмом. Пособие предназначено до диагностики как детей, так и взрослых, начиная с 24 месяца жизни. Кроме того, АДИ-Р содержит также диагностические алгоритмы и алгоритмы актуального поведения, обуславливающие измерение изменений функционирования человека с аутизмом во время реализованного лечения. Ввиду стандартного характера АДИ-Р является пригодным пособием при диагнозе и при научных исследованиях. В работе представлен процесс объяснения и адаптации оригинальной версии АДИ-Р на польский язык, также и различия между обеими версиями.

Polnische Version von „Autismus Diagnostisches Interview Revidiert” ADI-R

Zusammenfassung

Frühkindlicher Autismus gehört zur Gruppe der komplexen Entwicklungsstörungen und charakterisiert sich durch Einschränkungen in drei Bereichen: Kommunikation und Sprache, soziale Interaktion, Aktivitäten und Interessen. Bisher waren in Polen keine standardisierten Instrumente zur Diagnosestellung von Autismus zugänglich.

Der Artikel beschreibt die polnische Version des Instruments ADI-R (Autismus Diagnostisches Interview Revidiert), das den sogenannten „goldenen Standard“ zum Diagnostizieren von Autismus in den europäischen Ländern, USA und Australien bildet. Es berücksichtigt die zur Zeit geltenden diagnostischen Kriterien ICD-10 und DSM-IV-TR.

ADI-R bildet ein komplexes, standardisiertes und teilweise strukturiertes Interview, das mit den Eltern oder dem Betreuer der Person mit Autismus durchgeführt wird. Es hilft bei der Diagnostik von Autismus sowohl bei Erwachsenen als bei Kindern, angefangen vom 24. Lebensjahr. Außerdem ist ADI-R außer den diagnostischen Algorithmen, in Algorithmen der aktuellen Aktivitäten ausgestattet, die eine standardisierte Messung der Veränderungen der Funktionsfähigkeiten der Person mit Autismus während der Behandlung und Therapie ermöglichen. Wegen des standardisierten

Charakters bildet ADI-R ein besonders nützliches Instrument zur Diagnosestellung für die Bedürfnisse der Wissenschaft.

In der Arbeit wurde auch das Verfahren geschildert, in welcher die Übersetzung und die Adaptation der originellen Version von ADI-R ins Polnische stattfand, und auch die Unterschiede zwischen den beiden Versionen beschrieben.

La version polonaise de ADI-R (Autisme Diagnostic Interview-Revised)

Résumé

L'autisme infantile qui fait partie du groupe des troubles du développement se caractérise par les anomalies de : communication, interactions sociales, comportements répétitifs et intérêts restreints. Jusqu'à aujourd'hui en Pologne il n'existe pas d'outil standardisé pour le diagnostic d'autisme.

L'article présente la version polonaise d'ADI-R (Autisme Diagnostic Interview-Revised) qui constitue « l'étalon-or » du diagnostic de l'autisme dans les pays d'Europe, des Etats-Unis et d'Australie en basant sur les critères diagnostiques d'ICD-10 et de DSM-IV-TR.

ADI-R est une interview complexe, standardisée et partiellement structurée, destinée aux parents ou aux personnes aidant les patients avec l'autisme. Il sert à diagnostiquer les adultes et les enfants à partir de 24 mois de l'âge.

Cet outil contient les algorithmes diagnostiques et les algorithmes du comportement actuel qui rendent possible l'évaluation standardisée du fonctionnement de la personne avec l'autisme durant la thérapie. A cause de sa standardisation ADI-R est l'outil très utile pour le diagnostic et pour les recherches.

Ce travail présente sa version polonaise et les différences entre l'original et la traduction.

Piśmiennictwo

1. *International classification of diseases: Diagnostic criteria for research (10th edition)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
2. Pisula E. *Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2010, s. 10–11.
3. *Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of the autism spectrum disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States*. *Surveill. Summ.* 2007; 56 (SS-1): 12–28.
4. Chakrabarti S, Fombonne E. *Pervasive developmental disorders in preschool children*. *J. Am. Med. Assoc.* 2001; 285: 3093–3099.
5. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik demograficzny*. Warszawa: GUS; 2009.
6. Järbrink K, Knapp M. *The economic impact of autism in Britain*. *Autism* 2001; 5: 7–22.
7. Ganz ML. *The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism*. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007; 161: 343–349.
8. Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2005, s. 753.
9. Pisula E. *Male dziecko z autyzmem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005, s. 80–81.
10. 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 Develop. Disord.* 1994; 24: 659–685.
11. Lord C, Storoschuk S, Rutter M, Pickles A. *Using the ADI-R to diagnose autism in preschool children*. *Infant Mental Health* 1993; 14: 234–252.

12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition text revision)*. Washington D.C., USA: American Psychiatric Association; 2000.
13. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999, s. 581–585.
14. 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 communication deficits associated with the spectrum of autism*. J. Autism Develop. Disord. 2000; 30: 205–223.
15. Drwal RŁ. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995, s. 12–26.

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

Otrzymano: 4.05.2011
Zrecenzowano: 12.07.2011
Otrzymano po poprawie: 6.03.2012
Przyjęto do druku: 15.03.2012
Adiustacja: L. Sz.