

Владимир ТРАЈКОВСКИ

УДК: 613.89-053.2

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА НА АУТИСТИЧНИОТ СИНДРОМ

Вовед

Аутизмот е едно од најтешките развојни нарушувања кое се јавува во најраното детство и го загрозува нормалниот развој на детето и неговата адаптација во социјалната средина.

Американската психијатриска асоцијација (АПА) во 1994 год. го дефинира аутизмот како широк континуум на поврзани когнитивни и невробихејвиорални нарушувања, вклучувајќи три карактеристики: нарушувања во социјализацијата, нарушувања во вербалната и невербалната комуникација и рестриктивни и репетитивни шеми на однесување (1).

Според LornaWing (2) врз основа на бројни проучувања на нормалниот детски развој, како и опсревацјата и следењето на голем број деца со аутизам, тој се дефинира како развојно нарушување во чија основа лежи тријада на нарушувања;

- нарушувања во социјалната интеракција,
- нарушувања на вербалната и невербалната комуникација,
- недостаток на имагинација следен со стереотипија и репетитивни склоности.

Таа укажува дека поновите истражувања покажуваат дека способноста на социјална интеракција, комуникација и имагинација, како и останатите развојни вештини, зависат од функционирањето на мозокот. Оваа тријада може да се јави кај голем број комбинации, така што може да доведе до низа на варијанти кои ја менуваат клиничката слика, па затоа при поставување на дијагнозата мора да се смета на следните факти:

- различна тежина на основното нарушување,
- еволуција на промените во текот на годините, така што извесни црти посилено се изразуваат во одредена возраст,

- благите нарушувања во учењето се јавуваат кај четвртина, а тешките кај половина од пациентите со аутизам,
- здруженост со другите нарушувања, како што се епилепсијата, сензорните хендикепи или физичката инвалидност,
- едукацијата и социјалната средина можат битно да влијаат на однесувањето во целина.

Претпоставка е дека бихејвиоралните нарушувања кај аутизмот се одраз во нарушување на одредени структури (редуцираниот број на неврони, покачениот клеточен дензитет во структурите на лимбичкиот систем, смалено разгранување на дендритите во хипокампус и редуциран број на Пуркинеовите клетки во церебеларните хемисфери) и механизми (биохемиски, невротрансмитерски и електрични), т.е. аутизмот е нарушување на функцијата кој може да биде причинет од различни етиолошки фактори во текот на развојот (3).

Диференцијалната дијагноза вклучува разликување на аутизмот од останатите состојби кои имаат абнормалности во говорот, играта и социјалниот развој. Користејќи ги податоците собрани од различни евалуации, стручњациите мораат да помислат на можно постоење на други коморбидни нарушувања. Во диференцијалната дијагноза на аутизмот треба да се помисли на менталната ретардација која не е асоцирана со аутизам, на специфичните развојни нарушувања и останатите психијатриски нарушувања (4).

Целта на трудот е да ги прикаже другите болести, синдроми и патолошки состојби кои наликуваат на аутистичниот синдром и кои во клиничката симптоматологија се испреплетуваат со него и треба да се разликуваат во поставувањето на дијагнозата на аутистичниот синдром.

Ментална ретардација често претставува главна дијагностичка потешкотија, особено кај тешко ментално ретардираните лица, кои често немаат когнитивни способности за имагинативни вештини и може да имаат стереотипно однесување. Социјабилноста е обично клучна клиничка карактеристика која помага во разликувањето на глобалната ментална ретардација од специфичните дефицити кои го карактеризираат

аутизмот. Во склад со нивото на интелигенцијата ментално ретардираните имаат реален однос спрема надворешниот свет. Движењата често се слабо организирани, но секогаш се насочени спрема објектите и стварноста. Чувствата се богати, дури и ако се малку изменети тие се во функција на размена со другите лица преку воспоставување врска со родителите, децата или поблиската околина воопшто. Говорот, ако постои секогаш е во функција на размена со другите, со адекватно користење на заменки и познати зборови. Немаат отпор спрема промените во средината или лицата околу себе. Добро го поднесуваат земањето на играчките и не ги користат стереотипно истите. Ментално ретардираните деца и адолесценти се стремат за исполнетост на животот, но немоќта на интелектот им смета да ја сватат таа исполнетост и да бидат исполнети со очекуваните доживувања. Ментално ретардираните лица стално се доживуваат скратени за поголема љубов, за поголемо внимание, на што постепено се навикнуваат и затоа онака еуфорично се радуваат кога некој ќе им се доближи со потребното внимание и пријателски однос. Живејќи го животот во тој контекст, односно помеѓу радувањето заради средбата со другите и тагата поради чувството на напуштеност, ментално ретардираните живеат во нашиот свет, светот на масовна популација, само што тоа е на еден поскромен начин (5).

Развојниите говорни нарушувања може понекогаш да го имитираат аутизмот. Овие нарушувања се општо субкласифицирани во зависност од природата на говорните проблеми (на пример: рецептивни, експресивни, или моторни нарушувања). Обично децата со говорни нарушувања имаат примарни дефицити во полето на говорот или комуникациите, а социјалните вештини се добро сочувани (6).

Шизофренијата се јавува кон крајот на првата деценија од животот, со хроничен тек и се карактеризира со релапси и ремисии. Обично има историја на претходно нормален развој со пројавност на карактеристични халуцинации и делузии типични за шизофренијата. Шизофренијата ретко започнува пред петтата година од животот. Клиничката слика ја карактеризираат нарушувања во мислењето, емоциите, перцепциите, волјата,

вниманието, итн. Нарушувањата во мислењето се карактеризираат со налудничави, најчесто параноидни идеи на прогонување, потоа се јавува афективно нивелирање, маниризми, гримасирање, амбивалентност и зголемена агресивност. Недостатокот на типичен социјален развој често пати е дел од преморбидната историја. Интелигенцијата воглавно е сочувана, а само кај 20% е снижена. Говорот е развиен, бизарен и нема полна вредност во размената на информации. Кај лицата со аутистичен спектар менталната ретардација се јавува кај 75-80%, а кај шизофренијата процентот е значајно помал и се движи околу 18% (6).

Rett-ов синдром е состојба без позната причина, откриена само кај девојчињата. Започнува меѓу 7-от и 24-от месец од животот со губиток на целисходни движења на раката и на стекнатите фини моторни манипулативни вештини. Главата споро расте, развојот на говорот е нарушен (има губиток, делумен губиток или изостанува појава на говорот). Се јавуваат стереотипни движења со рацете во вид на кршење или во вид на „миење на рацете“, со рацете флектирани пред градите или брадата, стереотипно влажење на рацете со плунка и неможност за правилно цвакање на храната. Присутни се епизоди на хипервентилација, лигавење и протрузија на јазикот. Не е воспоставена контрола на сфинктерите. На лицето е присутна одредена насмевка, но како децата повеќе да гледаат низ луѓето, отколку што насмевката е упатена спрема нив и таа нема интеракциски квалитети. Подоцна интеракција сепак се воспоставува. Мускулите се хипотонични, движењата на телото се лошо координирани и се јавува сколиоза и кифосколиоза. Одењето е на широка основа. Во периодот на адолесценцијата се јавуваат спинални атрофии. Подоцна може да се јави спастицитет на долните екстремитети. Пред осум годишна возраст може да се јават „мали“ епилептични напади. Се јавува и тежок ментален хендикеп. Rett-овиот синдром се разликува од аутизмот по тоа што нема стереотипни преокупации и самоповредувања (7).

Селективен (елективен) муџизам понекогаш може да се помеша со аутизмот. Кај селективниот муџизам децата имаат способност да зборат во одредени ситуации (домашни услови), а во други ситуации тие се неми.

Историјата и презентацијата се наполно различни од тие кај аутизмот. Имено, децата со аутизам кои што се неми, имаат мутизам кој што не е од селективна природа, односно тие секогаш остануваат неми. Клиничката проценка може лесно да ја исклучи оваа состојба од аутизмот (5).

Стереотипниите движечки нарушувања се карактеризираат со моторни манеризми (стереотипии) и со присуство на ментална ретардација. Дијагнозата на овие нарушувања тешко се разликува ако кај детето се сретнат критериуми за едно од первазивните развојни нарушувања (6).

Сензорниите нарушувања кај децата со вродена или рано пројавна глувост или слепило може да предизвикаат дијагностички потешкотии, заради нивното типично однесување, но внимателната проценка на социјалните, комуникативните и когнитивните вештини ќе помогне во диференцијацијата на овие нарушувања од аутизмот (5).

Дезинтегративни нарушувања во дејствието претставуваат первазивни нарушувања, за кои е карактеристичен нормален развој пред да се манифестира нарушувањето. Пред да се јави болеста присутен е продромален период во вид на нејасни појави: немир, раздразливост и хиперактивност. Следи длабока регресија во областа на играта, на социјалните способности и адаптираното однесување и контролата на сфинктерите, загуба на говорот, понекогаш влошена моторна контрола. Загубен е интересот за околината, се јавуваат стереотипни и повторувачки моторни манеризми, нарушување во социјалните интеракции и во комуникациите. Сето ова наликува на аутизам, а во некои аспекти е слично на дементните состојби. Нема податоци за органско оштетување или органска болест. Прогнозата е лоша, а во некои случаи овие нарушувања се предизвикани од придружна енцефалопатија. Во овие дезинтегративни нарушувања припаѓаат: инфантилната деменција, дезинтегративната психоза, Haller-овиот синдром и симбиотската психоза (7).

Ойссивно комјулсивниите нарушувања се јавуваат кај некои деца со необични интереси и однесувања. Социјалните способности се сочувани, исто како и говорните и комуникативните способности. Ако се поја-

ват социјални или комуникативни дефицити, тие квалитативно се разликуваат од тие кои што се среќаваат кај аутизмот (6).

Реактивниите нарушувања во врзувањето се разликуваат од аутизмот по следните карактеристики. Децата со реактивно нарушување во врзувањето имаат нормални капацитети за социјален реципроцитет и реагирање. Кога ќе се обезбедат добри услови и нега, проблемите се повлекуваат кај децата со реактивно нарушување во врзувањето, за разлика од децата со аутизам. Иако може да постојат оштетувања во говорот, нема нарушувања во комуникациите какви што се среќаваат кај аутизмот. Кај овие деца нема тешки когнитивни дефицити, но ако такви се појават, со ставањето на детето во поволни услови овие дефицити во когнитивната сфера ќе се поправат. Кај децата со реактивно нарушување во врзувањето нема присуство на опсесивни и стереотипни образои на однесување, кои обично ги забележуваме во активностите и во играта кај децата со аутизам (7).

Дезинхибираните нарушувања во врзувањето на возраст од две години покажуваат неселективно врзување за возрастните и нагласено зависно однесување од нив. На возраст од четири години врзувањата како дифузни сеуште постојат, а зависното однесување од возрастните има потреба да се замени со потребата од поголемо внимание. Во подоцната возраст децата може, но не мора да покажуваат селективни врзувања за возрастните, но потребата за поголемо внимание останува. Синдромот на дезинхибираното нарушување во однесувањето најјасно се забележува кај децата кои се подигаат во институции уште од мали, но може да се јави и во други ситуации (постојани промени на старателски семејства, поради што детето нема можност да развие селективни врзувања. Кога синдромот еднаш ќе се зацврсти, тој покажува тенденција да се задржи и покрај промените што се изведуваат во позитивен смисол во средината (7).

Невродегенеративните нарушувања, како што е Тау-Sachs-овата болест може во иницијалниот период да се пројави со аутистични карактеристики кои треба да се разликуваат од Rett-овиот синдром и детските дезинтегративни нарушувања. Кај оваа болест има јасен губиток на

моторните и когнитивните вештини, а децата може да развијат слепило и глувост. Тие ретко преживуваат до адолесцентниот период (8).

Asperger-овиоѝ синдром го карактеризира квалитативно оштетување на реципрочните социјални интеракции со присуство на ограничени, стереотипни и повторувачки интересирања и активности. Присутен е од раѓањето, често не е приметлив во раното детство, а присутен е до крајот на животот. За разлика од аутизмот, не постои општа ретардација во говорот или во когнитивниот развој. Пациентите имаат нормални интелектуални способности, но покажуваат исклучителна неспретност. Нарушувањето е осум пати почесто кај машките деца и има тенденција да перзистира и во адолесценцијата. Во текот на раниот возрасен период можна е појава на психотични епизоди. Порано се сметало дека овој синдром е одредена форма на високо функционален аутизам, но денес е утврден како посебен ентитет (4,7).

Невролошкиѝе сосѝојби со ѝенѝско ѝоѝекло се утврдуваат во последните пет години дека може да пројават аутистични елементи или аутистично однесување, од кои најпознати се: de Noonan синдромот, Coffin-Siris синдромот, Möbius синдромот, Williams синдромот, Cornelia de Lange синдромот и Klippel-Trenaunau-Weber синдромот (3).

Аутизмот треба да се разликува и од останатите первазивни развојни нарушувања-неспецифицирани на друг начин, од останатите психијатриски нарушувања како што се: хиперкинетското нарушување, Tourette-овиот синдром, нарушување заради недостаток во вниманието, глувоста и други (5,8).

Во табела 1 е прикажана мапата на диференцијалната дијагноза на аутистичниот синдром и најчестите ентитети во психијатријата на развојниот период кои може да се сретнат во амбулантите и развојните советуваљишта на педијатарот, психијатарот и кај останатите колеги. Направена е со цел да можат стручњаците брзо да се ориентираат и правилно да се насочуваат, заради примена на раната интервенција, што во некои случаи има пресудно значење за понатамошниот тек во развојот на детето (3).

Табела 1. Мапа за диференцијалната дијагноза на аутистичкиот синдром

НАРУШУВАЊЕ	ПОЧЕТОК И ТРАЕЊЕ	СОЦИЈАЛНИ ОДНОСИ	ИНТЕЛЕГЕНЦИЈА	ГОВОР	ОДНЕСУВАЊЕ	ПОСЕБНИ КАРАКТЕРИСТИКИ
Аутизам	Почеток до крај на третата година Нарушувањето трае до крајот на животот	Незаинтересираност за луѓе, осаменост, невклопеност во група или природна средина	Неизедначени резултати на тестовите, подобри постигнувања на невербални задачи	Најчесто неразвиен, ако е развиен служи за изразување на сопствените потреби, конкретен, аграматичен – погрешна употреба на заменки, ехолалија, егоцентричен говор	Необично, инсистирање на чест ритуали, стеротипии, хипо или хипер активност	Неадекватни релации на сензорни стимулации (хиперакузии, особено слушање, отсуство на сензомоторна интеграција.)
Asperger-ов синдром	Присутен од раѓање, често не е приметлив во раното детство, присутен до крајот на животот	Незаинтересираност за социјални активности, формалности во однесувањето	Просечни или надпросечни подобри постигнувања на невербални задачи	Развиен, особен	Потсетува на аутистично, особени занимања за стручна и научна област	Способни за самостоен живот
ПРН неозначени	Почеток до крај на третата година, често добра прогноза при рана интервенција	Послабо изразни карактеристики на аутизам	Неизедначени резултати на тестовите, просечни и испод просечни	Ретко девијантен	Слично на аутистичното, честа хиперактивност	Можно опоравување после рана интервенција
Шизофренија	Почеток до крај на првата деценија од животот, хроничен тек, со пикови и ремисии	Невклопеност во социјалната средина, необичности во однесувањето, бизарни и парцијални интересирања	Воглавно сочувана, помалку од 20% со снижена интелигенција	Развиен, бизарен, нема полна вредност во размената на информации	Парцијална насоченост кон надворешната реалност	Халуцинации, идеоафективни дисоцијации, нарушување на мисловен тек, зарамнет ефект
Ментална ретардација	Присутна најчесто од раѓањето, трае цел живот	Социјализирани во граници на своите можности, емоционално топли, разменуваат чувства	Издначено снижени резултати на тестовите	Развие во сообразност со нивото на заосанување, комуникативен	Воглавно невпечатливо	Нема нарушување на перцепцијата

ЗАКЛУЧОК

Авторот работејќи интензивно на проблемот на аутизмот во последните три години согледа доста проблеми во здравствените и социјалните институции, каде што колегите вработени таму мошне тешко го препознаваа аутизмот и уште потешко го разликуваа од другите слични ентитети. Токму затоа, произлезе и потребата од пишување на ваков труд наменет за дефектолозите, психолозите, социјалните работници и лекарите од општа практика, за да може полесно да се издиференцира самото аутистично нарушување од другите клинички ентитети. При дијагностицирањето и диференцијалната дијагноза мора секогаш да се утврди тријадата на нарушување, бидејќи таа е најсеопфатното развојно нарушување кај децата. Секој таков поединечен случај мора да се третира со психомоторна реедукација, когнитивна бихејвиорална терапија, логопедски третман, медикаментозна терапија и разни други психотерапевтски методи. Од теоретски и практичен аспект прашањето на диференцијалната дијагноза на аутистичниот синдром е круцијално, бидејќи тоа ги отвора вратите на раната дијагностика на етиолошки познатите синдроми, нивната превенција, адекватниот тераписки пристап, а во некои случаи и излекувањето.

(Рецензент: *Проф. д-р* Драгослав Копачев)

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), Washington, DC, 1994.
2. Wing L. The autistic spectrum, a guide parents and profesionales. Constable, London, 1996.
3. Selakovic M. Diferencijalna dijagnoza autisticnog sindroma. United Methodis Committee of Relief, Beograd, 2002.
4. Simonoff E, Rutter M. Autism and other behavioral disorders. In: Rimon DL, Connor JM, Pyeritz RE (eds.). Emery and Rimon's Principles and Practise of Medical Genetics. Third Edition. Churchil Livingstone, 1996; Ch 82: 1791-1796.
5. Pomeroy JC. Infantile Autism and Childhood Psychosis. In: Garfinkel BD, Charlson GA, Wellen EB. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. W.B. Saunders Company, 1990:Ch 16: 271-289.
6. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders 1999; 29 (6): 437-472.
7. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Health Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
8. Mauk JE, Reber M, Batshaw ML. Autism. In: Batshaw ME. Children with disabilities. Brookes Paul H Publishing Company, 1997; Ch 21: 425-443.

SUMMARY

Vladimir TRAJKOVSKI

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF AUTISTIC SYNDROME

Because the diagnosis of autism rests on the specific qualitatively distinct abnormalities in reciprocal social interaction, communication, and patterns of behavior, a systematic parental account, and a systematic observation of the individual, focusing on the diagnostically distinctive features is crucial. Most misdiagnoses of autism stem from reliance on a general pattern of impairment in social functioning and communication. An important first step, however, is to have an accurate assessment of current intellectual level and language skills, because it is necessary to determine whether the child's behavior is appropriate for their overall level of functioning. Differential diagnosis comprises the discrimination of autism from other conditions that lead to abnormalities in language, play, and social development. The aim of article is to shown other developmental diseases, syndromes and pathological conditions which is similar with autistic disorder.

Key words: autistic syndrome, differential diagnosis