

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Tác giả bài viết: TS F. Joseph McLaughlin, Đại học Vanderbilt, Hoa kỳ

Bài viết đã được công bố trong Tuyển tập công trình khoa học Hội thảo quốc gia mang tên “**Can thiệp Rối loạn phát triển dựa trên bằng chứng khoa học**” do Hội Khoa học Tâm Lý-Giáo dục Việt Nam tổ chức ngày 18 - 19 tháng 12 năm 2021 tại thành phố Hà Nội, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, 2021, tr.228-236

Tóm tắt: Thực hành dựa trên bằng chứng để đánh giá rối loạn phổ tự kỷ (ASD) đòi hỏi bốn yếu tố chính: 1) Lịch sử phát triển và hành vi, 2) Các biện pháp nhận thức và phát triển, 3) Các biện pháp hành vi thích ứng và 4) Các biện pháp cụ thể cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK). Bài báo này mô tả các thủ tục và công cụ đánh giá để thu thập dữ liệu thiết yếu nhằm giải quyết từng yếu tố trong số bốn yếu tố thiết yếu này. Việc tích hợp dữ liệu từ bốn yếu tố này để đưa ra quyết định chẩn đoán tự kỷ sẽ được thảo luận. Từ khóa: Đánh giá, Rối loạn phổ tự kỷ.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Đánh giá có hiệu lực về rối loạn phổ tự kỷ (ASD) là điều cần thiết để can thiệp sớm và chăm sóc liên tục thích hợp cho những người có tự kỷ và gia đình của họ. Ngày càng có nhiều bằng chứng về giá trị của can thiệp sớm cho trẻ có RLPTK và nghiên cứu để thiết lập các phương pháp đáng tin cậy và có giá trị chẩn đoán tự kỷ trong thời thơ ấu là liên tục (Heiman et al, 2020; Reichow, Hume, Barton, & Boyd, 2018).

Rối loạn phổ tự kỷ là một dạng khuyết tật phát triển được đặc trưng bởi sự thiếu hụt trong giao tiếp xã hội, một kiểu hành vi hạn chế và lặp đi lặp lại (APA, 2013). RLPTK có mức độ nghiêm trọng tùy thuộc vào mức độ suy giảm khả năng giao tiếp xã hội, mức độ hạn chế và lặp đi lặp lại của hành vi, sự xuất hiện đồng thời của khiếm khuyết trí tuệ và của khiếm khuyết ngôn ngữ. Mức độ nghiêm trọng được ghi nhận về mức độ hỗ trợ cần thiết của cá nhân có RLPTK. Tự kỷ có thể liên quan đến các yếu tố y tế, di truyền hoặc môi trường cụ thể mặc dù hầu hết các trường hợp không có yếu tố gây bệnh có thể xác định được.

Đánh giá RLPTK được thực hiện bởi các nhà tâm lý học, bác sĩ tâm thần và bác sĩ nhi khoa phát triển. Các chuyên gia khác đóng góp vào quá trình đánh giá là các nhà bệnh lý học ngôn ngữ và ngôn ngữ và các nhà trị liệu nghề nghiệp. Sự hợp tác giữa các chuyên gia từ nhiều lĩnh vực có thể hữu ích trong việc hiểu biết toàn diện hơn về hoạt động của một cá nhân.

Một cách tiếp cận toàn diện để đánh giá RLPTK đòi hỏi một lịch sử phát triển và hành vi chi tiết, các biện pháp phù hợp với lứa tuổi về khả năng nhận thức và ngôn ngữ, đo lường hành vi thích ứng và các biện pháp cụ thể về các đặc điểm của RLPTK.

Lịch sử hành vi và phát triển. Có được lịch sử hành vi và phát triển là yếu tố quan trọng nhất trong chẩn đoán tự kỷ. Để có được lịch sử đòi hỏi một người cung cấp thông tin hiểu biết rất rõ về người khám và lịch sử của họ. Thông thường, người cung cấp thông tin này là cha mẹ của người kiểm tra. Một lịch sử phát triển và hành vi đầy đủ đòi hỏi kiến thức về các đặc điểm của giai đoạn sơ sinh và trẻ nhỏ cũng như kiến thức về các hành vi hiện tại và các kỹ năng phát triển. Người phỏng vấn nên dành thời gian để hỏi về các mốc phát triển về kỹ năng vận động, ngôn ngữ và các kỹ năng giao tiếp khác, hành vi xã hội và vui chơi từ khi còn nhỏ cho đến nay. Người phỏng vấn nên hỏi về bất kỳ mối quan tâm nào của cha mẹ về sự phát triển hoặc hành vi của đứa trẻ trong quá trình phát triển.

Trong lĩnh vực vận động, ngoài việc thu thập thông tin về việc đạt được các mốc phát triển vận động thô và vận động tinh thông thường, người giám định nên hỏi về các hành vi vận động bất thường, hành vi lặp đi lặp lại, tư thế bất thường, đặc biệt là tư thế liên quan đến bàn tay và bất kỳ hành vi vận động nào khác mà cha mẹ quan tâm/những người chăm sóc có thể có.

Trong lĩnh vực phát triển ngôn ngữ, ngoài việc ghi lại việc đạt được các mốc phát triển ngôn ngữ thông thường, điều quan trọng là phải thu thập thông tin về các hành vi giao tiếp khác như sử dụng cử chỉ, bao gồm chỉ tay và phản ứng đối với giao tiếp do người khác khởi xướng. Cần lưu ý bất kỳ hành vi sử dụng ngôn ngữ bất thường nào, chẳng hạn như nói nhanh hoặc nói lắp trì hoãn cần được lưu ý. Việc sử dụng các từ hoặc cụm từ đặc trưng cũng cần được lưu ý và nhận thức của cha mẹ/người chăm sóc về những gì người khám hiểu được từ lời nói hoặc cử chỉ là rất quan trọng. Việc sử dụng mang tính xã hội của ngôn ngữ - ngôn ngữ hữu dụng - là một khía cạnh đặc biệt quan trọng của quá trình thu thập lịch sử về sự phát triển và hành vi. Làm thế nào để cá nhân sử dụng ngôn ngữ và các hành vi giao tiếp khác để đáp ứng nhu cầu của họ hoặc để truyền đạt những suy nghĩ và cảm xúc của họ?

Lịch sử về các mối quan hệ của người kiểm tra với những người khác là quan trọng. Người khám có khả năng hình thành và duy trì các mối quan hệ xã hội không? Một yếu tố quan trọng của các mối quan hệ xã hội là khả năng hình thành và duy trì các mối quan hệ xã hội với đồng nghiệp. Một số cá nhân có RLPTK có các mối quan hệ chức năng với trẻ nhỏ hơn mình hoặc với người lớn nhưng gặp khó khăn trong việc quan hệ với bạn bè đồng trang lứa theo cách thích hợp. Mức

độ phản ứng của cá nhân đối với các sáng kiến xã hội từ những người khác và mức độ hiệu quả mà cá nhân chủ động để thiết lập mối quan hệ và tương tác với những người khác?

Lịch sử của hành vi chơi của trẻ có thể là bằng chứng đánh giá đặc biệt quan trọng của rối loạn phổ tự kỷ. Liệu trẻ tham gia vào các trò chơi tưởng tượng? Người giám định có tham gia vào trò chơi giàu trí tưởng tượng không? Trẻ có tham gia vào các trò chơi và hoạt động tương hỗ với những người khác không? Trẻ có thể hiểu và tuân theo các quy tắc trong trò chơi và thể thao không? Trẻ có quan tâm quá mức hoặc tham gia quá nhiều vào các hoạt động solo không? Trò chơi có bao gồm phần lớn các thói quen hoặc nghi thức được tuân thủ một cách cứng nhắc không? Cuối cùng, điều cần thiết là cha mẹ/người chăm sóc và người khám bày tỏ bất kỳ mối quan tâm nào khác mà họ có thể có về sự phát triển, hành vi hoặc cảm xúc của người khám. Khi đặc điểm phát triển và hành vi đã được thảo luận chi tiết với một người phỏng vấn ai cũng được tham gia vào, nó trở nên dễ dàng hơn cho các bậc cha mẹ để nói về những lo ngại về con em của họ hoặc sự phát triển và hành vi của thanh thiếu niên.

Đánh giá nhận thức. Đo khả năng nhận thức từ lâu đã là một yếu tố quan trọng trong việc đánh giá của RLPTK. Trong số nhiều chức năng đánh giá về nhận thức trong việc đánh giá tổng thể của tự kỷ là đánh giá xem các cá nhân có khuyết tật trí tuệ (Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ năm 2013) cùng với tự kỷ và từ đó, đo lường mức độ khuyết tật trí tuệ. Trí tuệ tổng quát là một quan trọng chỉ số tiên lượng kết quả cuộc sống cho những người tự kỷ. Biết về khả năng nhận thức của một cá nhân có tự kỷ cũng rất quan trọng cho giáo dục, dạy nghề, và sự can thiệp của việc lập kế hoạch cho trẻ em, thanh thiếu niên và người lớn. Đánh giá nhận thức của các cá nhân với tự kỷ giúp các chuyên gia và thành viên gia đình có một sự hiểu biết tốt hơn về cách một quá trình thông tin cá nhân và cung cấp thông tin về những điểm mạnh và điểm yếu về nhận thức mà có thể giúp gia đình hiểu khả năng của người đó trong giao tiếp và trong giáo dục.

Mặc dù bản thân việc đánh giá khả năng nhận thức không cung cấp dữ liệu để chẩn đoán tự kỷ, nhưng dữ liệu vẫn quan trọng đối với bức tranh toàn cảnh hơn về người được đánh giá. Không có mẫu khả năng nhận thức cụ thể nào được chẩn đoán là tự kỷ nhưng có xu hướng có nhiều sự thay đổi trong nội bộ cá nhân về khả năng nhận thức ở những người có RLPTK. Sự thay đổi khả năng nhận thức này từ lĩnh vực khả năng này sang lĩnh vực khả năng khác không phải là chẩn đoán của tự kỷ nhưng cung cấp thông tin hữu ích cho cha mẹ, giáo viên và nhà trị liệu để hiểu hơn về người có RLPTK.

Thang đo Wechsler - Thang đo trí tuệ cho trẻ mẫu giáo và sơ cấp của Wechsler, Ấn bản thứ tư (WPPSI-IV; Wechsler, 2012), Thang đo trí tuệ Wechsler cho trẻ em, Ấn bản thứ năm (WISC-V; Wechsler, 2014) và Thang đo trí thông minh người lớn Wechsler, Ấn bản thứ tư (WAIS-IV, Wechsler, 2004) - vẫn là công cụ có giá trị nhất để đo lường khả năng nhận thức từ 2 tuổi rưỡi đến khi trưởng thành. Những sửa đổi chuẩn hóa của thang đo Wechsler để phù hợp với bối cảnh văn hóa của cá nhân là những công cụ đặc biệt có giá trị. Thang đo trí tuệ Wechsler cho trẻ em, Ấn bản lần thứ tư (Wechsler, 2003) đã được dịch, điều chỉnh và tái định chuẩn để sử dụng ở Việt Nam (WISC-IV VN; Dang, Weiss, Pollack, & Nguyen, 2011) và là một công cụ đo lường khả năng nhận thức của trẻ em ở Việt Nam.

Hai thang đo có thể được sử dụng cho trẻ em hoặc với các cá nhân về khả năng ngôn ngữ thấp hơn là Thang đo Khả năng học sớm (Mullen, 1995) và Thang đo khả năng khác biệt, Ấn bản thứ hai (DAS-II; Elliott, 2007). Khả năng học sớm là một thước đo về nhận thức và phát triển cho trẻ em từ sơ sinh đến 68 tháng tuổi. Nó tương đối ngắn gọn nhưng đo lường một số lĩnh vực phát triển. Thang DAS-II có thể được sử dụng với trẻ em từ 2 tuổi rưỡi đến 18 tuổi. Thang đo dành cho những năm đầu (dành cho độ tuổi từ 2 tuổi rưỡi đến 9) và độ tuổi học sinh (dành cho độ tuổi từ 5 đến 18) bao gồm các bài kiểm tra phụ có thể hiểu được cả dưới dạng bài kiểm tra riêng lẻ và trong vật liệu tổng hợp. DAS-II có các tài liệu thú vị có xu hướng thu hút trẻ em. Mullen và DAS-II sử dụng hướng dẫn bằng lời nói cho các bài kiểm tra phụ của họ nhưng các bài kiểm tra phụ có thể truy cập được bằng cách trình diễn của giám khảo và trong DAS-II sử dụng rộng rãi các mục mẫu và mục giảng dạy.

Đối với những cá nhân được đánh giá tự kỷ có kỹ năng ngôn ngữ rất hạn chế, các biện pháp phi ngôn ngữ rất hữu ích. Các biện pháp phi ngôn ngữ trình bày các nhiệm vụ cho người kiểm tra mà không sử dụng các chỉ dẫn bằng lời nói. Thước đo phi ngôn ngữ được sử dụng rộng rãi nhất về khả năng nhận thức là ma trận tiến bộ của Raven, hiện đã có trong phiên bản thứ hai (Raven's 2; Raven, Rust, Chan, & Zhou, 2018). Raven's 2 cung cấp một thước đo lý luận phi ngôn ngữ và có sức tải văn hóa tương đối thấp, giúp nó hữu ích trong nhiều bối cảnh văn hóa khác nhau.

Hai công cụ phi ngôn ngữ khác có thể hữu ích trong việc đánh giá trẻ em, thanh thiếu niên hoặc người lớn có khả năng ngôn ngữ hạn chế là Thang đo hiệu suất quốc tế Leiter, Phiên bản thứ ba (Leiter-3; Roid, Miller, Pomplun, & Koch, 2013) và Kiểm tra trí thông minh phi ngôn ngữ phổ quát, Ấn bản thứ hai (UNIT2; Bracken & McCallum, 2016). Leiter-3 cung cấp nhiều thước đo về khả năng nhận

thức phi ngôn ngữ và được thực hiện mà không cần chỉ dẫn bằng lời nói. Các Leiter-3 được định chuẩn từ 3 đến 75. UNIT 2 có thể được sử dụng với độ tuổi từ 5 đến 21. Giống như Leiter-3, UNIT2 được quản lý mà không có ngôn ngữ. UNIT2 có mục đích đo lường khả năng phi ngôn ngữ cũng như khả năng nhận thức bên dưới các kỹ năng ngôn từ như trí nhớ biểu tượng và suy luận tương tự.

Các biện pháp ngôn ngữ cụ thể có thể là một bổ sung hữu ích để hiểu khả năng nhận thức của người kiểm tra. Các biện pháp này thường được thực hiện bởi các nhà nghiên cứu bệnh học về ngôn ngữ, bao gồm các biện pháp như Đánh giá lâm sàng về các nguyên tắc cơ bản về ngôn ngữ, Ấn bản thứ năm (CELF-5; Wiig, Semel, & Secord, 2013). Các biện pháp như vậy rất hữu ích cho cả mục đích chẩn đoán và lập kế hoạch.

Đánh giá về hành vi thích nghi. Việc đo lường các khả năng hành vi trong cuộc sống hàng ngày là quan trọng trong đánh giá tự kỷ cũng như các khuyết tật phát triển khác. Hành vi thích ứng được định nghĩa là kỹ năng ứng xử trong các nhiệm vụ và quá trình của cuộc sống hàng ngày và thường đề cập đến các kỹ năng khái niệm, xã hội và thực hành. Các chi tiết của hành vi thích ứng là đặc trưng cho văn hóa nhưng cấu trúc của hành vi thích ứng là điều cần thiết để đánh giá tự kỷ và các khuyết tật phát triển khác ở bất kỳ nền văn hóa nào.

Thang đo chính đầu tiên để đo lường hành vi thích ứng là thang điểm trưởng thành xã hội Vineland (Doll, 1935, 1953, 1965), được phát triển tại một cơ sở dân cư dành cho người khuyết tật trí tuệ ở Vineland, New Jersey, Hoa Kỳ. Thang đo Mức độ trưởng thành xã hội của Vineland đã được sửa đổi thành Thang đo hành vi thích ứng của Vineland (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984) và hiện đang ở phiên bản thứ ba (Vineland-3; Sparrow, Cicchetti, & Saulnier, 2016). Vineland là thang đo hành vi thích ứng được sử dụng rộng rãi nhất (Hill, Saulnier, Cicchetti, Grey, & Carter, 2017). Vineland-3 có hai định dạng khác nhau: (1) một biểu mẫu chi tiết và toàn diện, và (2) một biểu mẫu ngắn hơn nhưng vẫn rất chi tiết được gọi là biểu mẫu miền. Vineland-3 có hai phương thức quản lý khác nhau - phiên bản phỏng vấn và danh sách kiểm tra. Người cung cấp thông tin là người chăm sóc hoặc giáo viên. Cách sử dụng cổ điển nhất của Vineland-3 là một cuộc phỏng vấn với cha mẹ/người chăm sóc yêu cầu cha mẹ mô tả các khía cạnh khác nhau của kỹ năng hành vi của trẻ, thanh thiếu niên hoặc người lớn trong các lĩnh vực giao tiếp, kỹ năng sống hàng ngày và xã hội hóa.

Trong lĩnh vực Giao tiếp, thông tin chi tiết có được về kỹ năng Ngôn ngữ tiếp thu, kỹ năng Ngôn ngữ diễn đạt và kỹ năng Ngôn ngữ viết của cá nhân. Dạng hiểu của Vineland-3 cung cấp các điểm số riêng biệt cho các tên miền phụ này. Trong miền Kỹ năng sống hàng ngày, các hành vi được đo lường trong miền phụ

Cá nhân (ăn uống, mặc quần áo, giặt giũ, vệ sinh và chăm sóc sức khỏe), miền phụ Nội trợ (làm việc nhà, nấu ăn, dọn dẹp, v.v.), miền phụ Numeric (sử dụng số liên quan đến ngày, giờ và tiền bạc), miền phụ Cộng đồng (hành vi bên ngoài gia đình liên quan đến giao thông, an toàn, tiền bạc, tuân theo các quy tắc cộng đồng) và miền phụ Cộng đồng trường học (liên quan đến hành vi phù hợp trong môi trường trường học). Miền xã hội hóa có ba miền phụ: Mối quan hệ giữa các cá nhân, kỹ năng vui chơi và giải trí, và kỹ năng đối phó. Có một miền vận động tùy chọn trên Vineland-3 đo lường các kỹ năng vận động thô và vận động tinh từ sơ sinh đến 9 tuổi. Ngoài ra còn có miền hành vi có hại tùy chọn đo lường các vấn đề nội bộ hóa, các vấn đề bên ngoài và cũng giải quyết mười một mục quan trọng, đại diện cho các hành vi cụ thể cần quan tâm.

Hình thức phỏng vấn của Vineland-3 có giá trị để đánh giá bằng cách tạo ra một cuộc trò chuyện giữa phụ huynh và người được đánh giá rất chi tiết về hành vi hàng ngày, mức độ hỗ trợ mà cá nhân yêu cầu và các vấn đề gặp phải trong cuộc sống hàng ngày liên quan đến các vấn đề với các kỹ năng ứng xử thích ứng. Dạng toàn diện của Vineland-3 có thể được sử dụng từ sơ sinh đến cuối tuổi trưởng thành. Dạng miền của Vineland-3 có thể áp dụng từ 3 tuổi đến cuối tuổi trưởng thành.

Ngoài Vineland-3, có ba biện pháp chính khác về hành vi thích ứng cần được lưu ý. Hệ thống Đánh giá Hành vi Thích ứng, Ấn bản lần thứ Ba (ABAS-3; Harrison & Oakland, 2015) sử dụng thang đánh giá thu được từ giáo viên và phụ huynh để đo lường ba lĩnh vực chính của hành vi thích ứng (Khái niệm, Xã hội và Thực tiễn) liên quan đến 11 lĩnh vực kỹ năng (giao tiếp, sử dụng cộng đồng, học tập chức năng, sức khỏe và an toàn, sống tại nhà hoặc trường học, giải trí, vận động, tự chăm sóc, tự định hướng, xã hội và công việc). ABAS-3 được áp dụng từ sơ sinh đến cuối tuổi trưởng thành. Một thước đo khác là Thang đo Hành vi Độc lập - Đã được sửa đổi (SIB-R; Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1996), đo lường 14 lĩnh vực của hành vi thích ứng trong bốn nhóm (Vận động, Kỹ năng sống cá nhân, Tương tác xã hội và Kỹ năng giao tiếp, và Kỹ năng sống cộng đồng) cũng như đo lường các lĩnh vực của các vấn đề về hành vi (Gây tổn thương cho bản thân, Thói quen bất thường hoặc lặp đi lặp lại và Gây tổn thương cho người khác). SIB-R có thể được sử dụng từ 3 tháng tuổi đến cuối tuổi trưởng thành. Một công cụ mới do Hiệp hội Khuyết tật Phát triển và Trí tuệ Hoa Kỳ (AAIDD) phát triển là Thang đo Hành vi Thích ứng Chẩn đoán (DABS; Tassé và cộng sự, 2017), đo lường các Kỹ năng khái niệm, Kỹ năng xã hội và Kỹ năng thực hành của những người từ 4 đến 21 tuổi bằng cách phỏng vấn người chăm sóc.

Các biện pháp dành riêng cho tự kỷ. Điều quan trọng là phải bao gồm các biện pháp được thiết kế đặc biệt để đo các đặc tính tự kỷ. Các biện pháp này bao gồm phỏng vấn có cấu trúc, bảng câu hỏi và thử nghiệm trực tiếp.

Phỏng vấn có cấu trúc chính để đánh giá ASD là phỏng vấn chẩn đoán tự kỷ - đã sửa đổi (ADI-R; Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994). ADI-R có thể được sử dụng từ 18 tháng tuổi đến tuổi trưởng thành. Bao gồm một cuộc phỏng vấn có cấu trúc của cha mẹ/người chăm sóc và khám phá lịch sử và hành vi hiện tại một cách chi tiết. ADI-R bao gồm một loạt các hành vi bao gồm thu nhận ngôn ngữ, hoạt động ngôn ngữ và giao tiếp, phát triển xã hội và vui chơi, các hoạt động và sở thích yêu thích, các hành vi chung và các kỹ năng đặc biệt. ADI-R mang lại điểm số trong ba lĩnh vực: Ngôn ngữ/Giao tiếp, Tương tác xã hội có đi có lại và Hành vi lặp lại/Sở thích.

Công cụ quan trọng nhất dành riêng cho tự kỷ hiện tại là lịch trình quan sát chẩn đoán tự kỷ, Phiên bản thứ hai (ADOS-2; Lord, Rutter, DiLavore, Gotham, & Bishop, 2012; Lord, Luyster, Gotham, & Guthrie, 2012). ADOS-2 là một chuỗi các hoạt động vui chơi và với những người kiểm tra lớn tuổi hơn, các chủ đề phỏng vấn được thiết kế để gọi ra các đặc điểm hành vi của tự kỷ và/hoặc được thiết kế để chứng minh sự vắng mặt của các hành vi giao tiếp. Có năm mô-đun của ADOS-2 được chọn dựa trên độ tuổi và kỹ năng ngôn ngữ điển đạt của người được đánh giá. Độ tuổi cho ADOS-2 là từ 12 tháng đến tuổi trưởng thành. Trắc nghiệm ADOS-2 yêu cầu người đã được đào tạo thực hiện, ghi chép lại một cách chi tiết hành vi của trẻ trong quá trình đánh giá, sau đó mã hóa nhiều loại hành vi giao tiếp xã hội, hành vi hạn chế và lặp đi lặp lại và các hành vi khác được xem xét trong thuật toán đánh giá của ADOS-2.

Ngoài ra còn có một số biện pháp bảng hỏi về tự kỷ cũng có thể hữu ích trong việc đánh giá. Thang đánh giá tự kỷ thời thơ ấu, Phiên bản thứ hai (CARS2; Schopler, Van Bourgondien, Wellman, & Love, 2010) là một bảng câu hỏi dành cho người chăm sóc yêu cầu cha mẹ đánh giá các hành vi trong một số hạng mục và cung cấp không gian để nhận xét và quan sát từ những người chăm sóc. Bảng câu hỏi dành cho người chăm sóc CARS2 rất hữu ích để gọi ra lịch sử hành vi chi tiết liên quan đến chẩn đoán tự kỷ. CARS2 cũng có thang đo đánh giá hành vi trong 15 loại trên thang điểm từ 1 đến 4, với điểm số cao hơn cho thấy các triệu chứng nghiêm trọng hơn của tự kỷ. Điểm đáp ứng các ngưỡng được chỉ định là biểu hiện của các triệu chứng từ nhỏ đến không có của tự kỷ, các triệu chứng nhẹ đến trung bình của tự kỷ hoặc các triệu chứng nghiêm trọng của tự kỷ.

Thang đo mức độ đáp ứng xã hội, Ấn bản thứ hai (SRS-2; Constantino & Gruber, 2012) là một bảng câu hỏi với các biểu mẫu báo cáo dành cho phụ huynh

và bản thân, được sử dụng để thu thập dữ liệu về khả năng của một cá nhân trong việc giao tiếp xã hội có đi có lại. SRS-2 được sử dụng cho các cá nhân từ 2 tuổi rưỡi đến tuổi trưởng thành và cung cấp thông tin chi tiết về hành vi xã hội và giao tiếp.

Một biện pháp tương tự là bảng câu hỏi giao tiếp xã hội (SCQ; Rutter, Bailey, & Lord, 2003). Đo lường hành vi giao tiếp xã hội ở những người từ 4 tuổi đến khi trưởng thành. SCQ đã được dịch sang nhiều thứ tiếng, hầu hết là các ngôn ngữ Châu Âu nhưng một số ngôn ngữ Châu Á (không bao gồm tiếng Việt).

Tích hợp và sử dụng dữ liệu đánh giá. Một nhiệm vụ quan trọng của nhà tâm lý học khi đánh giá một người nào đó để chẩn đoán RLPTK là tích hợp dữ liệu từ bốn nguồn này để quyết định xem người đó có tự kỷ hay không. Lý tưởng nhất là tất cả dữ liệu - lịch sử phát triển và hành vi, các thước đo khả năng nhận thức và các thước đo ngôn ngữ, thang đo hành vi thích ứng và các thước đo dành riêng cho tự kỷ - đều hướng về cùng một hướng với các dấu hiệu của tự kỷ hay không. Khi RLPTK được chỉ ra bởi dữ liệu thu được, người đánh giá cũng phải đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng tự kỷ và mức độ hỗ trợ mà cá nhân được đánh giá cần. Tất cả các dữ liệu thu được đều có liên quan đến cả chẩn đoán và xác định mức độ hỗ trợ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-5 (Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, 2013) tập trung vào hai lĩnh vực trong chẩn đoán ASD: 1) giao tiếp xã hội và 2) hành vi hạn chế và lặp đi lặp lại. Tất cả các công cụ được thảo luận ở trên cung cấp dữ liệu liên quan đến quá trình chẩn đoán. Các thước đo khác nhau về mức độ phụ thuộc vào nhận thức và đánh giá của người chăm sóc cũng như mức độ tập trung cụ thể của họ vào tự kỷ. Trọng số cho các phép đo cụ thể khi hai hoặc nhiều phép đo không phù hợp với nhau cần được đánh giá có chú ý đến sự đóng góp của nhận thức của người chăm sóc và liên quan đến các yếu tố quan trọng nhất đối với chẩn đoán tự kỷ.

Các kết quả chẩn đoán phải được thông báo bằng miệng và bằng văn bản để mang lại lợi ích cho người khám. Cần đặc biệt quan tâm đến các khuyến nghị điều trị và mô tả các hỗ trợ cần thiết cho người được chẩn đoán có RLPTK. Điều quan trọng là phải ghi lại các điểm mạnh của cá nhân có tự kỷ trong bất kỳ điểm mạnh nào của lĩnh vực có thể được tìm thấy. Tích hợp dữ liệu theo cách thừa nhận tư cách của cá nhân được đánh giá và tập trung vào cách đánh giá có thể mang lại lợi ích cho người được đánh giá là cơ bản để cung cấp dịch vụ theo cách có lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th Ed.). Arlington, VA: Author.

Bracken, B. A. & McCallum, R.S. (2016). *Universal Nonverbal Intelligence Test, Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED, Inc.

Bruininks, R.K., Woodcock, R.W., Weatherman, R.F., & Hill, B.K. (1996). *Scales of Independent Behavior – Revised*. Chicago: Riverside Publishing.

Constantino, J.N., & Gruber, C.P. (2012). *Social Responsiveness Scale – Second Edition (SRS-2)*. Torrance, CA: Western Psychological Services.

Dang, H., Weiss, B., Pollack, A., & Nguyen, M.C. (2011). Adaptation of the Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV) for Vietnam. *Psychological Studies*, 56, 387-392. <https://doi.org/10.1007/s12646-011-0099-5>

Doll, E.A. (1935). A genetic scale of social maturity. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 112(1), 155-159.

Doll, E.A. (1953). *The measurement of social competence: A manual for the Vineland Social Maturity Scale*. Washington, DC: Educational Test Bureau.

Doll, E.A. (1965). *Vineland Social Maturity Scale*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.

Elliott, C.D. (2007). *Differential Ability Scales, Second Edition*. San Antonio, TX: Pearson.

Harrison, P.L. & Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System, third edition*. Torrance, CA: Western Psychological Services.

Hill T.L., Saulnier C.A., Cicchetti D., Gray S.A.O., Carter A.S. (2017) *Vineland III*. In: Volkmar F. (eds.) *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8_102229-1

Heiman, S.L., Levey, S.E., Myers, S.M., Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2020). Identification, evaluation, and management of children with Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, 145 (1) e20193447; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>

Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.

Mullen, E.M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.

Raven, J., Rust, J., Chan, F., Zhou, X. (2018). *Raven's 2 Progressive Matrices, Clinical Edition, (Raven's 2)*. Bloomington, MN: Pearson.

Reichow, B., Hume, K., Barton, E.E., & Boyd, B.A. (2018). Early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD009260.pub3.

Roid, G.H., Miller, L.J., Pomplun, M., & Koch, C. (2013). *Leiter International Performance Scale, third edition*. Wood Dale, IL: Stoelting.

Schopler, E., Van Bourgondien, M.E., Wellman, G.J., & Love, S.R. (2010). *Childhood Autism Rating Scale, second edition*. Torrance, CA: Western Psychological Services.

Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V.

(1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service. Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., & Saulnier, C.A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales – third edition*. Bloomington, MN: Psych Corp. Tassé, M.J., Schalock, R.L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S.A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K.F., & Zhang, D. (2017). *Diagnostic Adaptive Behavior Scale user's manual*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale, fourth edition*. San Antonio, TX: Pearson. Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children, fifth edition*. Bloomington, MN: Pearson. Wechsler, D. (2012). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, fourth edition*. Bloomington, MN: Pearson. Wiig, E.H., Semel, E.M., & Secord, W. (2013). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals, fifth edition*. Bloomington, MN: Pearson.