

نقش متخصصان اطفال در رویکرد با کودکان اتیستیک

دکتر محمود محمدی* دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

کودکان اتیستیک دنیای عجیب و پر رمز و رازی دارند که هنوز بعد از دو قرن از توصیف آن توسط پزشک فرانسوی Jean-Marc Gaspard و ۵۷ سال پس از توضیح و گزارش علمی آن توسط روانپزشک آمریکایی Leo Kanner، نادانسته‌های ما از دنیای این کودکان بسیار بیشتر از دانسته‌های ما می‌باشد. عدم توانایی این کودکان در برقراری ارتباط مؤثر با دنیای خارج نه تنها آنها را از دسترس اطرافیان دور نگاه می‌دارد، بلکه متخصصان هم با دنیای آنها بیگانه‌اند.

معمولاً اولین متخصصانی که با این کودکان برخورد می‌کنند، پزشکان کودکان هستند. شکایتهای متنوع و بعضاً غیراختصاصی مانند سردی، نجوش بودن، عدم توجه به محیط اطراف، علاقه مفرط به اشیاء یا مکانهای خاص، حرکات پشت سرهم و گاه مضر به حال خود، کم شنوایی، بی عاطفه بودن نسبت به برادران و خواهران، پدر و مادر این کودکان را به مرکز توجهات پزشکی می‌کشاند.

نظر به جایگاه متخصصان کودکان در مواجهه با این کودکان، آنها باید نقش اصلی خود را که همانا تشخیص زودرس این کودکان است بدانند و نیز بدانند که چه هنگامی این کودکان را به متخصصان مربوطه ارجاع دهند.

در این مقاله سعی شده است در ابتدا پرسشنامه‌ای عملی و آسان جهت غربالگری (Screening) کودکان مشکوک به ابتلا جهت استفاده در درمانگاهها یا مطبهای کودکان ارائه شود و به دنبال آن رویکرد تشخیصی (آزمایشات لازم) برای پیگیری و ارجاع بیماران مطرح گردد تا پزشکان اطفال با استفاده عملی از آنها این بیماری را سریعتر تشخیص دهند و مبتلایان را هر چه سریعتر جهت درمان به مراکز مربوطه معرفی نمایند.

*مسئول مقاله، آدرس:

تهران، خیابان دکتر قریب،

مرکز طبی کودکان، بخش اعصاب

E-mail: mohamadi@tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: اتیسم، غربالگری، کودک، متخصصین اطفال، کاهش علاقه

مقدمه

اتیسم یا به عبارت دیگر اختلالات نافذ رشد (Pervasive Developmental Disorders "PDD , Autistic Spectrum Disorders) اختلال نادری نیست. آمارهای امروز حتی شیوع یک در ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ را نیز گزارش نموده‌اند [۱،۲]. با این شیوع می‌توان تخمین زد که در مملکت ما حدود ۳۰ تا ۶۰ هزار کودک مبتلا وجود داشته باشد. کمتر بیماری مانند اتیسم می‌تواند گیج و گمراه کننده باشند. بهتر است به جای اینکه بصورت یک بیماری واحد انگاشته شود، بصورت طیفی از اختلالات با تظاهرات مشترک در نظر گرفته شود [۳]. فرم سنتی اتیسم کانر (Kanner) شاید به فرمهای شدیدتر این اختلال اطلاق گردد. برای طیف

اختلالات اتیستیک اصطلاحات مختلف و متعددی در

منابع پزشکی به چشم می‌خورد مانند: Autistic continuum (Wing 1988), Autistic spectrum disorders (Allen 1988), Pervasive Developmental Disorders (PDD) DSM III (1980) [۴،۵].

تعریف و خصوصیات بیماری

ممکن است اتیسم در دوران شیرخوارگی با اختلال در attachment بروز کند ولی بطور رایجتر در نوپایان مذکر (male toddlers) (بین ۱۸ تا ۳۰ ماهگی) جلب نظر می‌کند. شاخص‌ترین علامتی که این کودکان با آن مراجعه می‌کنند فقدان یا تأخیر در رشد کلامی، کاهش علاقه در توجه به دیگران و یا پسرفت مهارتهای کلامی

گفته شده "ما امیدواریم که بچه این مشکل را پشت سر گذاشته در آینده خوب شود".

از خانواده‌هایی که به متخصص دوم ارجاع شده‌اند، ۴۰٪ به تشخیص رسیده‌اند و ۲۵٪ به متخصص سوم یا چهارم ارجاع شده‌اند. تقریباً ۲۵٪ از خانواده‌هایی که به متخصص دوم مراجعه کردند اطمینان داده شده بود که نگران نباشند و یا اینکه به نگرانی آنها بها داده شده ولی اقدام خاصی صورت نگرفته است. بیست درصد والدین توانسته‌اند با فشار یا خارج از مسئولیت‌های بیمه به متخصصان خصوصی مراجعه کنند. بیش از ۳۰٪ والدینی که به متخصصان بعدی ارجاع شده‌اند، گزارش کرده‌اند که هیچگونه کمکی (آموزش، درمان یا ارجاع به گروه‌های حمایتی والدین) به آنها پیشنهاد نشده است. تنها ۱۰٪ از والدین گزارش کرده‌اند که متخصص مربوطه به آنها در زمینه مشکل کودکشان توضیح کافی داده است. در حدود نیمی از خانواده‌ها گفته بودند که منبع اصلی کمک و اطلاعات آنها در مورد مشکل کودکشان "مدرسه و دیگر والدین کودکان مبتلا" بوده‌اند.

محققین از مطالعه خود چنین نتیجه گرفته‌اند که اولاً نگرانیها و دغدغه‌های زود هنگام خانواده‌ها در مورد رشد و نمو کودکان بسیار مهم است و باید به آنها بها داد. خصوصاً پزشکان عمومی و متخصصان کودکان باید به این مسأله توجه کنند و خیلی زود این کودکان را به متخصصان مربوطه ارجاع دهند. ثانیاً از زدن برچسب‌هایی مانند اتیسم یا خصوصیات اتیستیک به صورت زودرس و قبل از تشخیص قطعی بر روی کودک باید جداً بر حذر بود. ثالثاً باینکه تشخیص اتیسم به خودی خود یک گام اساسی و مهم است ولی اگر با حمایتها و کمک‌های عملی همراه نباشد در بهبود پیش‌آگهی و عاقبت این کودکان تأثیر چندانی نخواهد داشت [۸]. رعایت این پیشنهادها در شرایط مملکت ما نیز مفید به نظر می‌رسد.

شناسائی کودکان مبتلا به اتیسم

وجود هرگونه اشکال یا تعویق تکامل زبان زنگ خطر مهمی برای ما و والدین کودک می‌باشد چراکه اختلال در تکامل زبان یکی از علایم مهم و اولیه اتیسم در کودکان است [۹]. از آنجائی که گنجاندن رویکرد تشخیصی برای کودکان اتیستیک در برنامه آموزشی دستیاران رشته

یا اجتماعی می‌باشد [۶]. در تمام کودکانی که در طیف اتیستیک قرار می‌گیرند ۳ خصیصه مشترک وجود دارد [۷]:

الف- اختلال در تعامل اجتماعی متقابل (Reciprocal Social Interaction)

ب- اختلال در مهارتهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی

ج- رفتارهای تکراری کلیشه‌ای (Restricted and repetitive behaviors or interests)

با تمام معیارهای تشخیصی دقیق و عینی که در مورد تشخیص اتیسم وجود دارد [۷]، واقعیت این است که اولاً نخستین خط تماس با کودکان مبتلا خصوصاً در مملکت ما متخصصان اطفال هستند؛ ثانیاً تعلیم کافی در مورد رویکرد تشخیصی و وظایف کلی متخصص کودکان در قبال اطفال مبتلا در برنامه آموزشی (Curriculum) دوره دستپاری این رشته وجود ندارد. در نتیجه میانگین سن تشخیص این بیماری بالاتر رفته موجب سردرگمی و استیصال والدین مبتلایان می‌گردد. گاهی کودکان متعدد اتیستیک را مشاهده می‌کنیم که تا سنین بالا (۶-۷ سالگی) بیماری آنها تشخیص داده نشده و به والدین آنها علیرغم نگرانیها و سؤالات فراوان، راهنماییهای نادرستی مثل "جای نگرانی وجود ندارد"، "فرزند شما مشکل خاصی ندارد و بعداً خوب خواهد شد" و از این قبیل پاسخها داده شده است. البته این مشکل تنها در کشور ما وجود ندارد بلکه مشکلی جهانی است؛ برای مثال براساس یک تحقیق در کشور انگلستان که بر روی ۱۳۰۰ خانواده انجام شده میانگین سن تشخیص حدود شش سالگی عنوان گردیده است و این در حالیست که اکثر والدین کودکان مبتلا در حدود سن ۱۸ ماهگی متوجه مشکلی در فرزندشان شده‌اند و در سن دو سالگی اکثر اینها یک مراجعه پزشکی داشته‌اند [۸]. این والدین اظهار داشتند در کمتر از ۱۰٪ موارد در مراجعه اول آنها تشخیص صحیح مطرح شده است. حدود ۹۰٪ این کودکان به متخصص دیگری ارجاع شده‌اند (میانگین سنی ۴۰ ماهگی). با این حال در ۲۵٪ این ارجاعات گفته شده "کودک شما مشکل چندانی ندارد و نگران نباشید". در بیش از نیمی از ۱۰٪ باقیمانده گفته شده "اگر نگرانیتان باقی ماند مجدداً مراجعه کنید" و در نیم دیگر








درآورده و بدقت تون و فرکانس آنرا تعیین می‌کرد؛ یا کودک دیگری قادر به نواختن پرلود باخ تنها بعد از یکبار شنیدن آن بود. کودک دیگری اگر تاریخ تولد شما را می‌شنید (روز/ماه/سال) دقیقاً روز تولد را در هفته (چندشنبه) مشخص می‌کرد. مرد ۲۲ ساله مبتلایی می‌توانست محاسباتی نظیر ۸۹۳×۷۶۵ یا ۲۳۴۵×۸۶۲ را قبل از ماشین حساب محاسبه نماید. اینها نمونه‌هایی از دانشوران ابله در منابع پزشکی می‌باشند [۱۰].

بطور کلی استفاده از فهرست‌های واری (Checklists) در مواردی که مهارت و تجربه زیادی در تشخیص وجود ندارد بسیار کمک‌گزار می‌باشد. لازم به ذکر است که استفاده از آزمون ارزشمند دنور (Denver Developmental Screening Test) با تمام ارزشی که در بررسی خام تکامل کودک دارد، در تشخیص زودرس اتیسم چندان کارآیی ندارد. البته آزمون معروف زبانی در کودکان زیر ۳۶ ماه تحت عنوان Early Language Milestones (ELM) Scale آزمون توانمندتری در تشخیص اتیسم می‌باشد. در زمینه تشخیص زودرس اتیسم در کودکان در سالهای اخیر پرسشنامه‌ها، مقیاسهای درجه‌بندی (Rating Scales) و فهرستهای واری متعددی مانند CHAT¹، ADOS-G⁴ و ADI-R³، CARS² ارائه شده است [۹]. ولی اخیراً توسط Siegel آزمون غربالگر به صورت پرسشنامه سه مرحله‌ای طراحی شده است که آزمون مرحله دوم آنرا می‌توان در مطبها و درمانگاههای کودکان مورد استفاده قرار داد [۱۱]. این پرسشنامه ۱۷ سؤال دارد که اگر والدین به بیش از ۴ سؤال پاسخ مثبت بدهند باید کودک را به درمانگاههای تخصصی تر ارجاع نمود. تکمیل این پرسشنامه تنها به ده دقیقه زمان نیاز دارد. پیشنهاد می‌شود متخصصان محترم کودکان از این پرسشنامه جهت غربالگری کودکان مشکوک به اتیسم استفاده نمایند (ضمیمه ۱). در صوت مثبت بودن علائم و یا پرسشنامه فوق باید کودک را به متخصصان مربوطه معرفی نمود.

کودکان یک راه حل کوتاه مدت برای مشکل تشخیصی نیست استفاده از فهرستهای واری غربالگر (Screening Test Checklists) در مطبهای تخصصی کودکان راه حل عملی برای تشخیص زودرس اتیسم به نظر می‌رسد. گذاشتن جدولی مانند جدول ۱ زیر در اتاق انتظار مطبهای متخصصان اطفال بسیار کمک‌گزار می‌باشد [۹].

از طرف دیگر برخی از پزشکان با وجود یک یا دو نشانه غیراختصاصی فوراً برچسب اتیسم را بر روی کودک می‌گذارند که این خود باعث صدمات و تبعات سوء غیر قابل جبران می‌گردد. تکیه بر روی علائم غیراختصاصی مانند "کودک درحین معاینه با من تماس چشمی برقرار نمی‌کرد و به سؤالات من خوب پاسخ نمی‌داد" برای تأیید تشخیص یا تأکید بر روی علائم غیراختصاصی دیگر مانند "کودک درحین معاینه با من تماس چشمی برقرار می‌کرد و به سؤالات من خوب پاسخ می‌داد" برای رد تشخیص اتیسم کافی به نظر نمی‌رسد [۹].

جدول ۱- فهرست غربالگر کودکان مبتلا به اتیسم

در صورت وجود هریک از علائم زیر باید جهت پیگیری بیشتر به پزشک متخصص اطلاع دهید	
	عدم توانایی در صداسازی تا سن شش ماهگی
	عدم توانایی در صداسازی چندسیلابی تا سن ۱۲ ماهگی
	عدم توانایی در گفتن کلمه البته بغیر از تکرار طوطی‌وار تا سن ۱۸ ماهگی
	عدم توانایی در عبارت سازی تا سن ۲۴ ماهگی
	عدم توانایی در جمله‌سازی تا سن ۳۶ ماهگی
	هرگونه از دست دادن مهارت صداسازی، کلمه‌سازی و عبارت‌سازی در هر سنی
	هرگونه از دست دادن مهارت درکی مانند واکنش به اسم صداکردن طفل در هر سنی

این امر در حقیقت بدلیل تنوع تظاهرات طیف اختلالات اتیستیک است. گاهی از اوقات کودکان اتیستیک بسیار باهوش و حتی نابغه به نظر می‌رسند که این امر می‌تواند بسیار گول زنده باشد. در منابع پزشکی از برخی از افراد اتیستیک بعنوان "دانشوران ابله (Idiot Savants)" نامبرده شده است. پسر ۷ ساله‌ای که اشیاء را به ارتعاش

¹ Checklist for Autism in Toddlers

² Childhood Autism Rating Scales

³ Autism Diagnostic Interview – Revised

⁴ Autism Diagnostic Observation Schedule- General

اقدامات تشخیصی

سؤال مطرح این است که چه کارهای تشخیصی یا تستهای پاراکلینیکی برای کودک اتیستیک لازم است؟ درمورد عوامل اتیولوژیک واقعیت این است که نقش عوامل قبل و بعد از تولد (Prenatal و Postnatal) به مراتب بیش از نقش عوامل حوالی تولد (Perinatal) است. این مسأله برخلاف تصورات قبلی و در اثر تحقیقات مکرر به اثبات رسیده است [۹].

هر کودک مشکوک به اختلالات اتیستیک باید از نظر توپروس اسکروزیس (TS) مورد بررسی قرار گیرد. البته در پوستهای تیره دیدن لکه‌های هیپوپیگمانته (Ashleaf spots) راحت‌تر از پوستهای سفید یا روشن است که باید حتماً با لامپ وود (Wood's lamp) مورد معاینه قرار گیرند. همچنین تمام کودکان اتیستیک باید بصورت روتین از نظر شنوایی مورد بررسی قرار گیرند و چون این بچه‌ها اغلب همکاری خوبی ندارند بهتر است از آزمونهایی مثل Brainstem Auditory Evoked Responses (BAER) استفاده نمود [۹].

از تمام کودکانی که دچار پسرقت تکاملی هستند باید یک الکتروآنسفالوگرافی (EEG) در خواب عمیق به عمل آورد. این اقدام بدلیل همراهی اتیسم با اپی‌لپسی در یک سوم موارد و وجود برخی از سندرومهای اپی‌لپتیک که همراه با پسرقت تکاملی هستند، می‌باشد [۹، ۴].

انجام سی‌تی‌اسکن در کودکانی که دچار اختلال اتیستیک هستند بصورت روتین اندیکاسیون ندارد ولی اگر علائم لاترالیزه وجود داشت، حتماً باید تصویربرداری مغز (CT-scan, MRI) را در نظر گرفت [۹].

وراثت بیماری

احتمال بروز مجدد اتیسم ایدیوپاتیک در خانواده‌ای که یک کودک مبتلا دارد بطور کلی حدود ۳٪ تا ۷٪ می‌باشد. اگر فرزند مبتلا پسر باشد احتمال ابتلای فرزند بعدی ۴٪ تا ۷٪ است ولی اگر دختر باشد احتمال ابتلای فرزند بعدی به ۷٪ تا ۱۴/۵٪ می‌رسد. بنابراین شانس داشتن یک کودک اتیستیک در خانواده کودک مبتلا ۱۵۰ تا ۲۰۰ برابر خانواده‌های معمولی می‌باشد. لازم به ذکر است احتمالات فوق‌الذکر درمورد اتیسم ایدیوپاتیک است. در مواردی که علت اتیسم مشخص است مانند TS Complex و یا PKU شانس ابتلای فرزند بعدی مطابق با نحوه وراثت بیماری زمینه‌ای مثلاً ۲۵٪ است. با توجه به این خصوصیات وراثتی در اتیسم انجام مشاوره ژنتیک در تمام کودکان مبتلا ضروری است [۱۲].

نتیجه‌گیری

طیف اختلالات اتیستیک در کودکان نادر نیست و هر متخصص کودکان باید نقش خود را که تشخیص زودرس، درخواست اقدامات تشخیصی مناسب و بالاخره ارجاع زودهنگام این بیماران به متخصصان و مراکز مربوطه است، بخوبی ایفا نمایند. استفاده از پرسشنامه‌ای عملی و آسان جهت غربالگری (Screening) کودکان مشکوک به ابتلا جهت استفاده در درمانگاهها یا مطبهای کودکان و به دنبال آن رویکرد تشخیصی (آزمایشات لازم) برای پیگیری و ارجاع بیماران توصیه می‌شود.

How to approach to an autistic child? Pediatrician's view

Mahmod Mohamadi* MD, Assoc Prof Tehran University of Medical Sciences

*Correspondence author,
Address: Children's Medical
Center, Dr Gharib St,
Tehran, IR Iran
E-mail: Mohamadi@tums.ac.ir

Abstract

After about two centuries from the famous monograph written by Jean-Marc Gaspard (French physician) and about six decades after the first descriptions of autism published by Dr. Leo Kanner, autistic children have a yet unexplored, strange world full of mysteries not only for the parents but also for the physicians involved in the management of these children. The mean age of diagnosis of a child with autistic spectrum disorder is as late as six years even in well-developed European countries.

Pediatricians are the first who visit these children and they are also actively involved in their health care. What is the actual role of a pediatrician in a logical and practical approach to the problem? And also how could we promote early diagnosis?

In the following review article, I am going to answer these questions, mainly by introducing a new checklist for early diagnosis as well as a guide for further requesting paraclinical examinations for the children with autistic spectrum disorders.

Key words: Autism, Child, Screening, Pediatrician

REFERENCES

1. Gilberg C, Coleman M. The biology of the autistic syndromes. 2nd Ed. London, Mac Keith Press. 1992.
2. Ritvo ER, et al. The UCLA-University of Utah epidemiologic survey of autism: Prevalence. Am J Psych. 1989;146:194-9.
3. Rapin I. Autism. NEJM. 1997;337:97-104.
4. Allen DA. Autistic spectrum disorders: Clinical presentations in preschool children. J Child Neurol. 1988;3:S48.
5. Wing L. The continuum of autistic disorders. In: Schopler E, Mesibov GM. Diagnosis and assessment in autism. New York, Plenum Press. 1988.
6. Tachman RF, Rapin I. Regression in pervasive developmental disorders: Seizures and epileptiform electroencephalogram correlates. Pediatrics. 1997;99:560-6.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 1994.
8. Howlin P, Moore A. Diagnosis in autism. A survey of over 1200 patients in the UK. Autism. 1997;1:135.
9. Filipek PA. Autistic Spectrum Disorders. In: Swaiman KF, Ashwal S. Pediatric Neurology, Principles and Practice. 3rd Ed, St. Louis, Mosby Publications. 1999.
10. Wallick MM. Pervasive Developmental Disorders: Infantile Autism. In: Coddington RD, Wallick MM. Child Psychiatry: A primer for those who work closely with children. St. Louis, Warren H. Green Inc. 1990.
11. Siegel B. Pervasive Developmental Disorders Screening Test (PDDST), unpublished data from ref.(9).
12. Jorde LB, et al. Complex segregation analysis of autism. Am J Hum Genet 1991;49:932.

ضمیمه

پرسشنامه جهت والدین کودکان مبتلا به اختلالات نافذ رشد

نام کودک:

سن به ماه:

تاریخ:

جنس:

دستورالعمل: لطفاً به سؤالات زیر به دقت پاسخ دهید. دقت بفرمایید زمانی پاسخ سؤال مثبت باشد که کودک شما اغلب اوقات صفت یا حالت مورد سؤال را داشته باشد.

آیا شیرخوار شما برای زمانهای کوتاهی می خوابد یا الگوی خواب غیرقابل پیش بینی و کاملاً نامنظم دارد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا شیرخوار شما خیرگی (مات زدگی و نگاه به یک نقطه) دارد، بطوریکه جلب توجه وی دشوار باشد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا شیرخوار شما نسبت به اسباب بازی بی تفاوت بوده یا به یک یا دو شیء خاص توجه زیادی نشان می دهد بطوریکه اغلب اوقات با همان اشیاء بازی کند؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا خلق کودک شما گاهی اوقات، بدون دلیل خاص و بصورت ناگهانی تغییر می کند؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما در یادگیری تکلم بی علاقه نشان می دهد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما از غلغلک دادن و کارهایی شبیه به آن خوشش می آید ولی نسبت به شرکت در بازیهای مثل تاپ تاپ خمیر و کلاغ پر علاقه ای از خود نشان نمی دهد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا شیرخوار شما هنگامیکه او را ترک می کنید گریه می کند ولی هنگامیکه باز می گردید ساکت نشده توجهی از خود نشان نمی دهد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما تنها بخشی از صحبت شما را می فهمد یا اصلاً به نظر نمی رسد صحبت های شما را درک کند؟ (برای مثال شما نمی توانید متوجه شوید که آیا کودک دستور شمارا نفهمیده یا از آن اطاعت نمی کند)

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما به اسباب بازیهایی که بتواند یک عمل تکراری را در آن مرتب انجام دهد (مثل فرفره، تلفن های اسباب بازی که دکمه های آنرا مرتب می فشارد) علاقمند است؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما زیاده از حد مستقل به نظر می‌رسد؛ بطوریکه فقط هنگامی به شما مراجعه می‌کند که قادر نیست نیازش را به تنهایی مرتفع سازد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا در مورد اینکه کودکتان به بچه‌های دیگر علاقه‌ای نشان نمی‌دهد، نگران بوده‌اید؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما بطور غیرمعمول به اشیاء مکانیکی مثل کلیدبرق، لولای در، قفل، پنکه، جارو برقی و یا ساعت دیواری توجه و علاقه نشان می‌دهد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما در اکثر موارد به تماشای تلویزیون بی‌علاقه بوده، ولی درمقابل به برنامه‌هایی که کودکان هم‌سن او بی‌علاقه بوده‌اند توجه نشان می‌دهد؟ (مثل آرم اخبار، تیزرها یا آگهی‌های تبلیغاتی و ...)

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما در بازیهای خود قادر به فرورفتن در قالب اشخاص یا نقشهای خیالی نیست؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا تا به حال به خاطر اینکه کودکتان اشیاء را خیلی نزدیک به چشم گرفته و مدت‌های مدید به آن نگاه می‌کند، به بینایی او مشکوک شده‌اید؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا کودک شما در هنگام بازی زیاد از حد منظم و مرتب به نظر می‌رسد. مثلاً اسباب بازیهای خود را مرتب و براساس نظم خاص و همیشگی بچیند، اشیاء را در جای بخصوص و همیشگی قرار دهد و هنگام به اتمام رسیدن بازی بطور دائم اصرار در کنار گذاشتن اشیاء داشته باشد؟

معمولاً بله	معمولاً خیر

آیا در هنگام هیجان کودک شما دستها و انگشتان خود را مرتب باز و بسته می‌کند (شبیبه به حرکت بال‌زدن)؟

معمولاً بله	معمولاً خیر