R

مقياس تصنيف الحياة الحقيقية **The Real Life Rating Scale (RLRS)**

هو اختبار يستخدم لتقدير تأثر العلاج على ٤٧ سلوكاً لدى الناس المصابين بالتوحد، بما في ذلك المهارات الحركية، والاجتماعية، والعاطفية، واللغوية، والحسية. ويمكن استخدام مقياس تصنيف الحياة الحقيقية (RLRS) في جميع الأحوال اليومية، بواسطة مقيّم غير مهني.

اللغة الحسية (الاستقبالية) **receptive language**

هو نمط من اللغة يتم تلقيها في شكل إدخال: سماعاً وقراءة. السماع والقراءة عبارة عن مهارات حسية تتضمن تغذية الدماغ بالمعلومات، على أنها ضد الكلام والكتابة التي هي نمط تعبيري للغة. إن أغلب الأفراد يبقون على طاقة مشابهة من التلقي والتعبير، والشفاهة، ووظيفة اللغة المكتوبة، ولكن أولئك الذين يعانون من مشكلات التعلم ربما يكون لديهم عجز محدد في واحد أو أكثر من تلك المناطق.

الأم الجافية **refrigerator mother**

هو مصطلح عامي يستخدم بطريقة ازدرائية ليصف أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. استخدمت العبارة ضمن شروحات نظرية "فرويد" النفسية لسبب التوحد (الطفولي)، مما يعني ضمناً وجود مسافة انفعالية، على أن برودة الأمهات كانت السبب في إصابة أطفالهن بالتوحد. وهذه النظرية لم تعد مقبولة كسبب لحدوث التوحد.

قانون التأهيل لعام ١٩٧٣م، قسم ٥٠٤ **Rehabilitation Act of 1973 (RA), Section 504**

هو جزء رئيس من قانون يشترط على المدارس عدم عزل الأطفال بناء على الإعاقات (بما في ذلك اضطراب التوحد)، وعلى المدارس إعطاء الأطفال مساكن معقولة. وتحت بعض الظروف قد تتضمن "المساكن المعقولة" تزويداً بالمؤمن والخدمات.

وبما أن "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA) يركز على "تعليم عام مجاني ومناسب" للأطفال ذوي الإعاقات، فإن قسم ٥٠٤ من "قانون التأهيل" أعد لغرض حظر التفرقة ضد الأفراد ذوي الإعاقات في البرامج التي تتلقى الدعم المادي من الحكومة الفيدرالية. و"قانون التأهيل لعام ١٩٧٣م" (RA) هو أكثر عمومية في المجال، وتعريفه للإعاقة أكثر توسعاً بعض الشيء مما هو موجود في "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA).

وعلى خلاف "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA) الذي ينطبق في الأساس على التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي للأطفال ذوي الإعاقات، يعد "قانون التأهيل لعام ١٩٧٣م" (RA) منطبقًا أيضاً على مؤسسات تعليم ما فوق الثانوي التي تتلقى الدعم المادي من الحكومة الفيدرالية بأي شكل من الأشكال. أما بالنسبة لكل الذين يندرجون تحت حماية "قانون التأهيل لعام ١٩٧٣م" (RA) يجب على كل فرد أن ينطبق عليه مفهوم "معاق" كما هو معرف في القانون، وإلا فهو غير مؤهل لأن يعامل بما نص عليه القانون، كما يجب أن ينطبق عليه المفهوم ليحظى بحماية القانون من الرفض الوظيفي أو التعليمي "فقط بسبب" أن حالته معاق. بالإضافة إلى ذلك، يشترط القانون على صاحب العمل (المشغل) أو على المؤسسة التعليمية تأمين "مساكن معقولة" لحالات الإعاقات.

الأهلية

تعتمد أهلية قسم ٥٠٤ على وجود حالة جسمية أو عقلية محددة، بحيث تحد من نشاط رئيسي في الحياة بشكل ملحوظ، الأطفال المشخصون باضطراب التوحد مخولون للحماية بموجب قسم ٥٠٤ من القانون، متى كانت الإعاقة فعلياً قد حدت من القدرة على التعلم. الأطفال غير المؤهلين للتعليم الخاص قد يظلون مضمونين في الحصول على الخدمات ذات العلاقة متى انطبقت عليهم معايير الأهلية من قسم ٥٠٤ من القانون.

التقييم

وعلى الرغم من أن قسم ٥٠٤ يشترط اختبار غير تمييزي، إلا أن هناك القليل جداً من التشريعات تم وضعها على إجراء الاختبار أقل من تلك التي اشترطها "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA)، لا يناقش قسم ٥٠٤ تكرار الاختبار أو الدور الذي يمكن أن يلعبه اختبار التقييمات، ولا يشترط حتى موافقة الوالدين للاختبار. بل يشترط أن يقدم التقييم قبل أن يتلقى الطفل خطة العلاج، وقبل أي تغيير ربما يجرى على الخطة.

خطة قسم ٥٠٤

وإذا كان الطفل مؤهلاً بموجب قسم ٥٠٤، فإنه يجب على مدرسة الحي بلورة "خطة قسم ٥٠٤". علماً بأن التشريعات لا تأمر بالمراجعة المتكررة لخطة ٥٠٤، ولم تحدد حق الوالدين في المشاركة في بلورة الخطة.

وبشكل عام، يقدم قسم ٥٠٤ عمليات أسرع وأكثر مرونة وأقل ازدرائية، لأجل الحصول على الخدمات والمساكن للأطفال ذوي الإعاقات أكثر من تلك التي قدمها "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA). بفضل مرونة المعايير، بعض الأطفال قد يحصلون على حماية، بينما هم غير مؤهلين للحصول على الحماية والخدمات وفقاً لـ "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA)، بالإضافة إلى حاجة الحصول على معلومات قليلة لبلوغ الأهلية وفقاً لـ "خطة قسم ٥٠٤". وبهذا يمكن لـ "خطة قسم ٥٠٤" أن تقدم طريقاً فعَّالاً للحصول على مساعدة محدودة بدون ازدرائية وبدون إجراءات بيروقراطية من تلك التي ارتبطت بـ "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA).

علماً بأن هناك بعض الفوائد التي يمكن أن تجنى من "قانون التعليم للأفراد ذوي الإعاقات" (IDEA) ومنها :

- قائمة عريضة من خيارات الخدمة.
- إجراءات أكثر عمقاً بكثير لمشاركة الوالدين وللحماية ولإجراءات الحماية.
- درجة التشريع أكثر تحديداً بكثير من تلك الموجودة في قسم ٥٠٤.

وإذا كان الطفل يعاني من مشكلات سلوكية من تلك التي يمكن أن تقود إلى احتمالية ضبط النفس المفرط والحرمان المؤقت والإخراج، فإنه يجب على الوالدين أن يكونا واعيين بشكل محدد لنقطة القلة في الحماية الصارمة التي يقدمها قسم ٥٠٤.

التدخل لتنمية العلاقات relationship development intervention (RDI)

هي طريقة جديدة لتدريس الأطفال كيفية تكوين العلاقات في البداية مع والديهم، وفيما بعد مع أصدقائهم. وتركز الطريقة على تدريس تنمية المهارات الاجتماعية والصداقات التي تعد مشكلة جوهرية لأغلب الناس المصابين باضطراب التوحد.

السلوكيات المتكررة repetitive behaviors

هي حركات غريبة ومتكررة، مثل ضرب اليدين بشكل متكرر، أو المشي على الأصابع التي هي أعراض شائعة للتوحد واضطرابات طيف التوحد. وهذه السلوكيات قد تكون واضحة أو خفية.

وتظهر السلوكيات المتكررة بعض الأحيان في شكل مداومة وانشغال مكثف. على سبيل المثال قد يكون الطفل مهووسًا بتعلم كل شيء عن المكنسة الكهربائية، أو جداول القطارات، أو إضاءات المنازل. وفي الغالب يكون هناك رغبة كبيرة في الأرقام، والرموز، والموضوعات العلمية. يقضي الأطفال المصابون بالتوحد ساعات في صف سياراتهم وقطاراتهم (الألعاب) بطريقة معينة بدلاً من اللعب بها بالطريقة المعهودة. متى أزال شخص ما تلك الصفة ولو بمحض الصدفة، فإن الطفل بشكل تلقائي يفقد توازنه ويصبح غاضباً بشكل شديد، ذلك أن الأطفال

المصابين بالتوحد يحتاجون ويطلبون التناغم أو التناسق في البيئة التي يعيشون فيها. إن أي تغيير طفيف في الروتين مثل وقت الوجبة أو التغيير في الملبس أو الذهاب للمدرسة في وقت مختلف عن المعهود أو سلك طريق مختلف يمكن أن يسبب مضايقة شديدة. يظن الخبراء أن الحاجة للتنظيم والرتابة قد تزيد في الثبات على حالة الإرباك والتشويش.

حالة التوحد المترسبة **residual state autism**

انظر أيضاً "توحد الطفولة" Infantile Sutism، و"الحالة المترسبة" Residual State.

اضطراب ريت (متلازمة ريت) **Rett disorder (Rett syndrome)**

هو اضطراب متدرج ونادر، كابح (يوقف) للنمو، يحدث تقريباً بشكل حصري للبنات، وينتج سلوكًا مشابهًا للتوحد، وصعوبات تعلم، وضعفاً في العضلات، وحركات فرك لليد دون مبرر، وصعوبة في التعبير عن المشاعر، وضعفاً في التواصل البصري (بواسطة العين)، وفقدان الوعي، وبطئاً في نمو الدماغ والجمجمة، وقصراً في متوسط العمر المتوقع، ومشياً غير طبيعي. تصنف هذه الحالة على أنها أحد الاضطرابات الخمسة التي تقع تحت مظلة اضطرابات طيف التوحد (ASD) المرصودة في "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطربات العقلية – الطبعة الرابعة – النسخة المنقحة" (DSM-IV-TR). وقد تم إدراجه كأحد اضطرابات طيف التوحد (ASD) بسبب أن هناك بعض الاحتمالات للتداخل مع التوحد، وخصوصاً في سنوات ما قبل المدرسة. علماً بأن هناك تميزاً للحالة وبداية حدوثها.

وعلى الرغم من أن تحور الجين الموروث الذي يسبب "اضطراب ريت" يحدث أيضاً مع بعض حالات التوحد، بما يشير إلى أن الحالتين بينهما علاقة، إلا أن "اضطراب ريت" يحدث غالباً لدى البنات، في حين أن التوحد يحدث في الغالب الأعم لدى الأولاد الذكور. إن كلتا الحالتين تظهر فقدانًا في النطق وفي التخاطب العاطفي، ولكن "اضطراب ريت" يسبب أيضاً بطئًا في نمو الرأس وفقدان استخدام مهارات اليد وقدراتها (اللاأدائية)، التي ليست جزءاً من التوحد. وتستمتع البنات المصابات باضطراب "ريت" بالعاطفة، وفي الغالب الأعم يفضلن الناس على الأشياء، بينما الأطفال المصابون بالتوحد يفضلون الأشياء على الناس. ولهذه الأسباب فإن الكثير من الخبراء الآن لا يصنفون "اضطراب ريت" على أنه حالة ضمن طيف التوحد.

"اضطراب ريت" الذي يسببه خطأ أو نقص في كروموسوم "إكس" (X) يحدث لحوالي شخص من كل ١٠,٠٠٠ إلى ١٥,٠٠٠ ولادة مؤنثة حية. فيما مضى كانت تصنف الحالة بشكل حصري على أنها للبنات، الخبراء اليوم يعتقدون أن الأولاد يمكن أن يصابوا باضطراب "ريت"، ولكن مع الأولاد تكون الحالة عادة ميته قبل الولادة. والسبب في الفرق بين حدوثها لدى البنات والأولاد يكمن في أن البنات لديهن اثنين من كروموسوم "إكس" (X)، وواحد فقط يكون نشيطًا في أي خلية خاصة. وهذا يعني أن حوالي نصف الخلايا في الجهاز العصبي لدى البنات

سوف يكون لها في واقع الأمر نقص أو خلل في جين "ريت". ولأن الأولاد لديهم كروموسوم واحد فقط من "إكس" (X)، فإن جميع خلاياهم حتماً تستخدم النسخة المختلة أو الناقصة من الجين، الأمر الذي يعتقد الخبراء بأنه يسبب خللاً فادحًا.

لقد شرحت الحالة بداية في عام ١٩٥٤م، حينما تنبه طبيب "فينا" في النمسا "أندرياس ريت" (Andreas Rett) لحدوث الاضطراب لأول مرة لدى فتاتين كانتا جالستين في غرفة الانتظار، وتعملان نفس الحركات المتكررة من تلوي اليد. وحينما قارن بين تاريخها الطبي، اكتشف تشابهاً لافتاً للنظر. وبناء على الفحص المستفيض وجد ست فتيات أخريات بين مريضاته لديهن أعراض مشابهة. وبعد تصوير أولئك الفتيات بدأ في السفر داخل أوربا للبحث عن أطفال آخرين من نفس الحالة.

وفي نفس الوقت تقريباً تنبه الطبيب السويدي "بينجت هاجبيرج" (Bengt Hagberg) إلى أن مريضته الصغيرة لها نفس الأعراض. ففي عام ١٩٦٦م نشر الدكتور "ريت" نتائجه في الكثير من المجلات العلمية الطبية الألمانية، تبع ذلك شرح عن المرض باللغة الإنجليزية في عام ١٩٧٧م. وأخيرًا وتحديداً عام ١٩٨٣م ظهر المقال العلمي الأول عن الاضطراب في "حوليات علم الأعصاب" (Annals of Neurology) كتبه الدكتور "هاجبيرج"، الذي كرم الباحث المكتشف من خلال تسمية الحالة بـ "اضطراب ريت".

ويصنف "اضطراب ريت" بأنه اضطراب نمائي، ذلك أنه لا يتسبب في إفساد الدماغ. وفي المقابل يتداخل مع نضج مناطق محددة من الدماغ، من التي تتحكم في العمليات الرئيسية، بما في ذلك اللحاء الصدغي والأمامي والمتحرك، وجذع الدماغ، والدماغ المقدم الأساسي، والعقد القاعدية. وهذه المناطق تعد أيضاً خطيرة بالنسبة للنمو العادي لقشرة الدماغ في المرحلة المتأخرة من مرحلة الطفولة. اضطراب "ريت" يتلف مناطق الدماغ التي تتحكم في كل من الحركة والعاطفة. وهذا من المحتمل حدوثه حينما يكون هناك خلل في خلايا الدماغ الفرعية وكذلك وصلاتها العصبية، وذلك خلال ديناميكية من نمو الدماغ في الأشهر القليلة الأولى من حياة الطفل، وحينما تكون الوصلات العصبية في زيادة إنتاج، فإنها تنخفض فيما بعد للعدد الطبيعي للكبار.

لقد تم اكتشاف المشكلة المحددة من الجين عام ١٩٩٩م والمتمثلة في التغير الأحيائي في جين الوراثة (MECP2) من كروموسوم "إكس" (X). وقد عثر على هذا التغير الأحيائي في ما يبلغ من ٧٥٪ من الحالات الطبيعية والشاذة من اضطراب "ريت". ويشك الخبراء في أن زيادة إنتاج هذه البروتينات من شأنه أن يحفز الجهاز العصبي متلفاً خاصية المرض. ولعل دور جين (MECP2) يكمن في إسكات الجينات الأخرى حينما تنعدم حاجتها إلى النمو. (أغلب الجينات تكون نشيطة لفترة محددة فقط من النمو، وبعد ذلك تتوقف عن العمل إلى الأبد). التغير الأحيائي لجين (MECP2) يعمل على إفشال آلية التوقف، سامحاً لجينات أخرى لأن تبقى نشيطة حينما لم يعد هناك حاجة لها، وسامحاً للبروتينات والأنزيمات لأن تنبني وتصبح سامة بالنسبة للجهاز العصبي.

إن التغير الأحيائي في جين (MECP2) يحدث في الغالب تقريباً بشكل تلقائي عوضاً عن طريق الوراثة، وهو ما يعني أنه من النادر أن ينتقل المرض من الوالدين إلى الأطفال. وتشكل نسبة الحصول على طفل آخر مصاب باضطراب "ريت" أقل من ١٪، مما يعني أن أكثر من ٩٩٪ من المرات يكون التغير الأحيائي متقطعًا وغير متكرر في العائلة الواحدة.

الأعراض والمسار التشخيصي

وعلى الرغم من أن اضطراب "ريت" نادراً ما يصيب البنات بشكل مهلك، إلا أنه ومع ذلك يظهر غالباً بسلوك مشابه للتوحد في المراحل المبكرة. قد تتضمن الأعراض الأخرى المشي على رؤوس الأصابع، ومشكلات في النمو، ووسع المشية، وصرير الأسنان وصعوبة في المضغ، وبطئًا في النمو، وفقدان الوعي، وإعاقات ذهنية، وصعوبة في التنفس مثل فرط التهوية، وحبس التنفس، وابتلاع الهواء. ومن الصعوبة تحديد مستوى ذكاء (IQ) الطفل المصاب باضطراب "ريت"، بسبب اللاأدائية وقلة مهارات التواصل اللفظي، وفي الوقت الذي تتطلب فيه أغلب طرق الاختبار "نطق" و"استخدام اليدين".

ويعد العمه الحركي (اللاأدائية) مظهراً أساسياً وقاسياً لحالة الإعاقة التي تتداخل مع جميع أنواع الحركة، بما في ذلك نظرات العين والكلام. بعض الأطفال يبدؤون في استخدام كلمات مفردة وكلمات مجمعة قبل أن يفقدوا هذه القدرة.

وهناك أربع مراحل لاضطراب "ريت"، تبدأ في المرحلة المبكرة من الطفولة، متبوعة بسلسلة منظمة من الصعب إلغاؤها. ينمو الطفل بشكل معتاد خلال الأشهر الأولى من حياته.

المرحلة الأولى: (بداية مبكرة) تبدأ بشكل عام بين الأشهر ٦ و ١٨ من عمر الطفل، وفي الغالب يتم إغفالها؛ ذلك بسبب أن الأعراض قد تبدو غير واضحة بشكل ما، وفي البداية قد لا يلاحظ الوالدان والطبيب البطء في النمو. وقد يبدأ الطفل الصغير في إظهار قلة في التواصل بواسطة العين، وقلة في الرغبة بالاستمتاع بالألعاب. وقد يكون هناك تأخر في مهارات الحركة عامة، مثل الجلوس أو الحبو. وقد يحدث فرك اليدين ونقص في نمو الرأس، ولكن ليس بالقدر الذي يدعو إلى لفت انتباه الآخرين لذلك. وهذه المرحلة عادة تستمر لأشهر قليلة، ولكن يمكن أن تبقى لأكثر من سنة.

المرحلة الثانية: (المرحلة سريعة التدمير) وتبدأ عادة بين السنة الأولى والرابعة من العمر، وقد تستمر لفترة أسابيع أو أشهر. وهذه المرحلة قد تبدأ بشكل سريع أو بشكل أكثر بطئاً، وتظهر في شكل فقدان مهارات اليد واللغة المنطوقة. وخصائص حركات اليد تبدأ في البزوغ خلال المرحلة الأولى، وتتضمن غالباً حركات اليدين من فرك أو غسل أو تصفيق أو نقر، بالإضافة إلى تحريك اليدين باتجاه الفم بشكل متكرر. تشبك اليدين أحياناً من خلف الظهر، أو تكون في شكل مقبوض على الجانبين، مع ملامستها وانقباضها وانفكاكها بشكل عشوائي. وتستمر

الحركات ما دام أن الطفل يقظان، ولكنها تزول في حالة النوم. والتنفس ربما يكون غير منتظم كنوبات انقطاع التنفس، وفرط التهوية، علماً بأن التنفس يكون عادة طبيعياً خلال النوم. في هذه المرحلة يبدو على بعض الفتيات أيضاً أعراض مشابهة للتوحد مثل فقدان التفاعل الاجتماعي والتواصل. قد يكون هناك تهيج مفرط ونوم غير منتظم، مع مشية غير منتظمة، ومشكلات عند البدء في الحركة. وعادة يكون البطء في نمو الرأس ملحوظًا خلال هذه المرحلة.

المرحلة الثالثة: (المرحلة المستقرة أو شبه الثابتة) وهي تبدأ عادة بين السنة الثانية والعاشرة ، ويمكن أن تستمر سنوات. العمه الحركي (اللاأدائية)، ومشكلات المشي، وفقدان الوعي، تكون بارزة خلال تلك المرحلة. ولكن قد يكون هناك تحسن في السلوك، مع قلة في التهيج وفي البكاء وفي السلوك المشابه للتوحد. وقد يظهر الأفراد في المرحلة الثالثة رغبة أكثر في أن يكون محاطًا ومحل انتباه، وامتداد الانتباه، كما قد تتحسن مهارات التواصل. إن الكثير من البنات يبقين في هذه المرحلة لأغلب فترة حياتهن.

المرحلة الأخيرة، **المرحلة الرابعة:** تسمى المرحلة الأخيرة للتدهور الحركي التي يمكن أن تستمر لسنوات أو عقود، وتوصف بواسطة مشكلات في المشي. ومن الملامح البارزة الأخرى الضعف في العضلات، والصلابة، والشلل التشنجي، والجنف. فالبنات اللاتي كن قادرات على المشي من قبل قد يتوقفن عن المشي. بشكل عام لا يكون هناك تراجع في الإدراك أو في التواصل أو في مهارات اليدين خلال المرحلة الرابعة. وقد تزيد حركات اليدين المتكررة، أما نظرات العين فعادة تتحسن.

وقد تتضمن مشكلات البنات المصابات باضطراب "ريت" فقدان الوعي الذي يمكن أن يكون شديدًا، على الرغم من ميل البنات إلى أن يكن أقل حدة في المراحل المتأخرة من المراهقة. وقد تحدث أيضاً أنماط من التنفس غير المنتظم، ولكن هذا أيضاً سوف يتحسن مع العمر. الجنف الشديد والخفيف من الملامح البارزة للبنات المصابات باضطراب "ريت".

وفي الماضي كان من الصعب تشخيص حالات الاضطراب قبل سن الرابعة أو الخامسة، ومن ثم كانت الحالة تُشخَّص خطأً على أنها توحد، أو شلل دماغي، أو تأخر نمو غير محدد. ولكن اكتشاف التغير الأحيائي الجيني قاد إلى اختبار الجينات الوراثية في الدم، الذي أمكنه أن يحسن الدقة في التشخيص المبكر.

إن الخطوة الأولى لعمل التشخيص هي اختبار الدم للبحث عن خلل الجينات. هناك أكثر من ١٠٠ تغير أحيائي في جين (MECP2) من التي تسبب اضطراب "ريت"، وتغيرات أحيائية وجدت في ٨٠٪ من البنات اللاتي انطبقت عليهن معايير الاضطراب. أما بالنسبة للباقيات وهن ٢٠٪ من اللاتي لا يبدو أن لديهن تغير أحيائي في جين (MECP2) تظهر مع ذلك عليهن أعراض خاصة بالاضطراب، ويشك الخبراء في أن التغيرات الأحيائية توجد في جزء كبير من جين (MECP2) لم يتم فحصه بعد. وفي الوقت الحاضر، من الممكن أن يكون لدى الشخص اضطراب "ريت" مع اختبار دم سالب. ولأن الباحثين الآن يدركون أن التغير الأحيائي من جين (MECP2) يسبب أيضاً

اضطرابات أخرى، فمن الممكن أن يكون لدى الشخص تغير أحيائي من جين (MECP2) ولكن ليس مصاباً باضطراب "ريت".

هناك الكثير من أنواع اضطراب "ريت". اضطراب "ريت" الكلاسيكي يشخص مع أولئك الأطفال الذين تنطبق عليهم جميع المعايير التشخيصية المرشدة. اضطراب "ريت" "المؤقت" يشخص لدى الطفل إذا كان هناك بعض الدلائل من الأعراض بين السنة الأولى والثالثة من العمر. ويشخص "اضطراب ريت الشاذ" إذا بدأت الأعراض بشكل مبكر (بعد الولادة مباشرة) أو لاحقاً (بعد ١٨ شهراً من العمر، وفي الأحيان المتأخرة يكون في عمر الثالثة أو الرابعة)، أو يكون الكلام ومهارات اليد غير الطبيعية في شكل أخف أو يوجد لدى الأولاد (نادر جداً).

ومن الحالات الأخرى اضطراب "ريت" المقلد (محاكي) وهو ما يجب استبعاده، بما في ذلك "متلازمة أنجلمان"، و"متلازمة برادر- ويلي"، واضطراب الأيض، وداء الاختزان، واضطراب الميتوكوندريا، ومرض "باتن".

ويتاح اختبار الجين للأخوات أو البنات المصابات باضطراب "ريت" ويتعرف عليه بالتغير الأحيائي (MECP2)؛ لإثبات وجود أعراض الاضطراب المحمولة، التي يعد احتمال وجودها نادراً بشكل كبير.

خيارات العلاج والتوقعات

لا يوجد شفاء من اضطراب "ريت"، ولكن هناك الكثير من خيارات العلاج، بما في ذلك التدريب السلوكي لتدريس التواصل والمهارات الوظيفية الأخرى، وأدوية لفقدان الوعي الذي قد يحدث. بالإضافة إلى ذلك يجب مراقبة الطفل للجنف وحالات القلب غير الطبيعي. يمكن العلاج أحياناً بمساعدة الأطفال على تطوير المهارات التي يحتاجونها للرعاية الذاتية، مثل اللبس والطعام. العلاج النفسي والعلاج المائي قد يطيلان الحركة.

وبعض الأطفال قد يحتاجون إلى بعض الأجهزة الخاصة والمعينة، مثل مقومات الأسنان لمعالجة الجنف، والجبائر لتعديل حركات اليد، والبرامج الغذائية لمساعدة الأطفال للمحافظة على الوزن الكافي. قد يشترط لبعض الحالات أيضاً تعليماً خاصاً أكاديمياً واجتماعياً ومهنياً، وكذلك خدمات مساعدة أخرى.

إن التنبؤ بشدة اضطراب "ريت" لدى أي طفل أمر ليس باليسير، وبصرف النظر عن المشكلات الشديدة التي تسببها الحالة، فإن أغلب البنات المصابات باضطراب "ريت" يعشن على الأقل حتى بلوغ سن الأربعين. أغلب البنات يمكنهن أن يتعلمن استخدام دورة المياه، والكثير يمكنهن أن يتعلمن الأكل بأنفسهن بواسطة اليد أو بواسطة الأدوات المفيدة مع الحصول على بعض المساعدة. بعض البنات يمكنهن أن يتعلمن استخدام الأجهزة المساعدة لأجل التواصل.

ويمكن للبنات والنساء المصابات باضطراب "ريت" الاستمرار في التعلم والاستمتاع مع الأسرة والأصدقاء بشكل جيد، حتى منتصف العمر بل و أكثر من ذلك، كما يمكنهن التعايش مع مجموعة كاملة من العواطف من خلال الأنشطة الاجتماعية والتربوية والترفيهية.

ريسبيريدون (ريسبيردال) **risperidone (Risperdal)**

هو عقار ذهاني وجد أنه فعَّال لعلاج سلوك نوبات الغضب، والعنف، وإيذاء النفس لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد. لكن العلماء يحذرون من أن الآثار الجانبية وقلة وضوح الفوائد لأعراض التوحد الأساسية تشير إلى وجوب أن يعطى "ريسبيريدون" كعلاج للمشكلات السلوكية الخفيفة إلى الشديدة ذات العلاقة بالاضطراب.

وهذه الأدوية تعمل بواسطة منع مستقبلات الدماغ للدوبامين والسيروتونين، واثنين من النواقل في الدماغ، ووجد أنها فعَّالة في علاج الكبار المصابين بالفصام. علماً بأن هناك القليل من الدراسات الضخمة المهتمة بأمن وفاعلية مضادات الذهان لدى الأطفال المصابين بالتوحد.