

תסמונת הקשת האוטיסטית (Autistic Spectrum Disorder - ASD): טכניקת תצפית בקבוצת שווים - שלוש פרשות חולים

תקציר

מחקר זה מציג טכניקת תצפית בקבוצתית לצורך דיוק תהליך האבחון של הפרעת הקשת האוטיסטית (ASD) בקרב ילדים ומתבגרים. ההליך, שמבוצע על ידי נירולוג התפתחותי/פסיכיאטר ילדים/פסיכולוג מומחה, כולל שש פגישות רצופות של 50 דקות המתפרשות על פני שישה שבועות, ומיועד לגילי 6-18 שנים במסגרת קבוצת שווים. שלוש פרשות חולים מדגימות את הטכניקה. על ידי בחינת הקשר החברתי והאינטראקציות בין בני אותו גיל לאורך זמן, הטכניקה מסייעת להמשיג מורכבויות קליניות בתהליך האבחון של ASD, ומציעה הסברים חלופיים להתנהגויות שנצפו במפגשים פרטניים בין המטופל לפסיכולוג ולנרולוג/פסיכיאטר. תיאורים מפורטים של המקרים מדגימים את ערכה של גישה זו. התצפית הקבוצתית מספקת תובנות ייחודיות בנוגע לתקשורת חברתית ולהתנהגויות מצומצמות, ומעניקה תוספת חשובה לפרקטיקות האבחון הקיימות של ASD.

אנו מצטרפים לקריאתם של קוק וחב' במאמרם משנת 2024, העוסק במורכבות אבחון בנות עם אוטיזם. המאמר מדגיש את הצורך בשיפור פרוצדורות האבחון בקרב בנות עם קשיים תקשורתיים, וקורא להימנע מהסתמכות בלעדית על אלגוריתמים אבחוניים כמותיים. במקום זאת, המחברים מציעים לשלב מידע איכותי שנאסף על ידי הקלינאי עם נתונים נוספים שנאספים לאורך תהליך האבחון, ולהצליבם עם הקריטריונים האבחנתיים לאוטיזם. אנו מבקשים להרחיב קריאה זו גם לאבחון אוטיזם בקרב ילדים מעל גיל שש שנים – בנים ובנות כאחד.

חגית נגר שמעוני¹
שחר גינדי²
אפרת זילברשוט פינק'³
מירי בן שבת סרי¹
אלעד לוי¹
דורית הוטרבארי¹
מיכל הדיה כהן¹
יעל לייטנר³

¹ מרכז מראות, המכון להתפתחות הילד, בית חולים לילדים דנה דואק, מרכז רפואי תל אביב על שם סוראסקי, תל אביב
² המכללה האקדמית בית ברל
³ הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות, אוניברסיטת תל אביב

מילות מפתח: תסמונת הקשת האוטיסטית/הפרעת הספקטרום האוטיסטי; תצפית קבוצתית; תחלואה נלווית; מבחנים סטנדרטיים; ילדים ומתבגרים.

keywords: Autism Spectrum Disorder; Group observation procedure; Standardized tests; Differential diagnosis; Children & adolescents.

הקדמה

אוטיזם עשויים לסבול לפחות מהפרעה פסיכיאטרית נלווית אחת, כאשר שכיחות גבוהה נצפית בגילי 6-18 שנים [6-8]. יתרה מכך, מצבים רבים מתאפיינים בתסמינים דומים לאלו של ASD ועל כן נדרשת אבחנה מבדלת [9, 10].

בהמשך למחקרים שהדגישו את החשיבות של תצפית קלינית בגנים ובבתי ספר [11-13], הרחבנו פרדיגמה זו לצורך הסתכלות על התקשורת החברתית בקרב ילדים בוגרים הנמצאים בתהליך אבחון בשאלת הספקטרום האוטיסטי. אנו מציעים הליך של תצפית קבוצתית הכולל שש פגישות בנות 50 דקות כל אחת המתפרשות על פני

בספר האבחנות DSM-5 [1], אוטיזם מוגדר כהפרעת ספקטרום, עם שכיחות המגיעה ל-2% במדינות כמו ארצות הברית [2]. לא נמצאו סמנים ביולוגיים לזיהוי, ולכן לאבחון ילדים ומתבגרים נדרש תהליך מקיף הכולל איסוף מידע על התפתחות, התנהגות והיסטוריה חברתית, אפיון התפקוד הנוכחי ותצפיות ישירות של קלינאים מנוסים באמצעות כלים סטנדרטיים מאומתים [3].

אבחון ASD בגילי 6-18 שנים הוא מורכב, משום שאוטיזם לרוב מלווה בהפרעות רפואיות אחרות [4, 5]. מחקרים מצביעים על כך ש-55%-94% מהאנשים עם

טבלה 1: מאפייני פרשות החולים והתרשמות לאחר בדיקות פרטניות

גיל בעת ההפניה	מגדר	סיווג לפי מבחן ADOS-2	התרשמות של הרופא קלינית פרטנית	התרשמות קלינית פרטנית של הפסיכולוג
13	זכר	ASD+	ASD -	ASD -
16	זכר	ASD -	ASD -	ASD+
14	זכר	ASD -	ASD+	ASD+

הפעילויות: שיחה, יצירת הצגה או סיפור, משחק לוח, אומנות, בנייה עם לגו או פליימוביל, או פעילות ספורט. עיקר המפגש, כ-30 דקות, הוקדש לפעילות שהמשתתפים בחרו לאחר דיון משותף. ב-5-10 הדקות האחרונות, כל משתתף שיתף בחווייתו מהמפגש. בסיום כל מפגש, שני המנחים העריכו את התנהגויות הילדים בהתאם לקריטריונים האבחוניים של ASD על פי DSM-5. בסיום ששת המפגשים, שני המנחים העריכו מחדש את התנהגויות התקשורת החברתית של כל משתתף על סמך כל המפגשים. מסקנתם הסופית של שני המנחים הובאה לישיבת הצוות הרב-תחומי.

מפרשות המטופלים

בכל אחד מתיאורי המקרים הבאים היו אי-התאמות בין התוצאות הכמותיות של כלי האבחון לבין ההתרשמות הקלינית. ההליך האבחוני הסטנדרטי כלל תהליך קבלה: סקירת מסמכים, ריאיון מפורט עם ההורים, מבחנים סטנדרטיים (ADOS-2) וראיונות עם פסיכולוג מומחה באבחון אוטיזם ורופא (נוירולוג התפתחותי או פסיכיאטר ילדים). השימוש במקורות מידע מגוונים חשוב לצמצום ההטיות בתהליך האבחון.

טבלה 1 מציגה מאפיינים ותוצאות מבחנים של שלושת תיאורי המקרה. כפי שנראה, באחד מהמקרים הציון ב-ADOS-2 היה מעל רף הסווג לאוטיזם, ואילו באחרים לא. נמצא כי כל המתבגרים המתוארים להלן הם בעלי אינטליגנציה ממוצעת.

פרשת חולה 1 - ר'

ר', הבכור מבין שישה ילדים, היה בן 13 ולמד בכיתה ח' בבית ספר רגיל בעת ההפניה לאבחון. הצוות החינוכי והפסיכולוג שלו הפנו אותו להערכת ASD. לא נרשמו אירועים חריגים בהיסטוריה ההתפתחותית המוקדמת שלו. קשיים החלו להופיע בסביבות גיל 3.5 שנים, כאשר נכנס לגן ואחיו הראשון נולד. תוארו קשיים חברתיים משמעותיים בבית הספר. הוא החל להפגין התנהגות מתריסה, אלימה ותוקפנית. התנהגותו החריפה עם הזמן והובילה להרחקה מבית הספר ולתסכול רב. תוארו קשיי התנהגות והתפרצויות קשות בבית. למרות הקשיים, הוא תואר כתלמיד אינטליגנטי עם יכולות למידה עצמאית וכישרון בתחום המחשבים. טיפול פסיכותרפי סייע לנהל את מצבי הרוח שלו ולשפר את התנהגותו בבית ובבית הספר.

שישה שבועות, עבור גילאי 6-18 שנים. הליך זה מאפשר לצוותים קליניים לצפות בילדים ובמתבגרים בסביבה טבעית למחצה עם בני גילם, ולהעמיק בבירור האבחנה. אנו מציגים שלושה תיאורי מקרה המבוססים על ניסיון בן 11 שנים בביצוע הליך זה במרפאה אמבולטורית במרכז ישראל. השיטה הקבוצתית משמשת במקרים של אי-התאמה בין תוצאות מבחנים סטנדרטיים לבין התרשמות קלינית, כפני שנראה בשלושת פרשות החולים במאמרנו. אבחון ASD מבוסס על קריטריונים התנהגותיים של DSM-5 או כלים אבחוניים כמו CARS-2 [14] או ADOS-2 [15] - האחרון נחשב למדד הזהב. מחקר שבחן את רמת הדיוק של ADOS-2 תוך התמקדות במידת ההסכמה בין מעריכים שונים בתנאים הטבעיים שבהם קלינאים מעריכים ילדים ומתבגרים, הצביע על הסכמה נמוכה ומשתנה מאוד בין המעריכים בשימוש הקליני היומיומי - הבדלים בקידוד ADOS-2 הובילו לתוצאות חיוביות ושליליות שגויות [16]. הסיבות לכך כוללות את מורכבות ההתנהגות והתקשורת החברתית והאופי החצי-מובנה של התצפיות. אך הממצאים מצביעים גם על הצורך לבחון מחדש את "סטנדרט הזהב" ואת "שיטות העבודה המומלצות". הסתמכות יתרה על כלים אלו עלולה להוביל לבעיות מתודולוגיות, ולכן יש ליישם תמיד לצד שיקול דעת קליני [17].

השיפורים האחרונים בכלי האבחון ADOS-2 מועילים במידה מסוימת. עם זאת, במקרים מורכבים שבהם עולים קשיים, הכלי מספק תוצאות מיטיבות פחות [18]. בפרט, השיפורים עלולים להוביל לעלייה במספר האבחנות החיוביות השגויות (עד 29%) בקרב ילדים עם הפרעות פסיכולוגיות אחרות. כמו כן, עניין הזיהוי המדויק של האבחנה עדיין מהווה מקור דאגה [19, 20, 21].

כדי להעריך הבדלים עדינים בהתנהגות חברתית ובתקשורת, נדרשת תצפית קלינית מעמיקה יותר שתשלים את המודולים המובנים. מבחנים סטנדרטיים עשויים להיות מושפעים מהטיות כמו דיסימולציה, למשל ייצוג מוטה של תסמינים מצד הורים/מורים, הטיית אימות וביטחון יתר של הקלינאי. מומלץ להעריך את התפקוד ביחס לקבוצת ייחוס כדי לנטרל השפעות אלו [17], בעיקר משום שהתנהגויות חברתיות בקבוצת השווים לרוב שונות מסביבות קליניות.

הקריטריונים להפניה לתצפית האבחונתית הקבוצתית כללו: (1) אי-הסכמה בין שני מאבחנים (נוירולוג ילדים/פסיכיאטר ופסיכולוג) בנוגע לשאלה אם לילד יש ASD או שיש לשלול אבחנה זו; או (2) חוסר יכולת להגיע לאבחנה חד-משמעית של ASD ומחשבה כי ייתכן יש מורכבות נוספת המצריכה בדיקה מעמיקה יותר. הקבוצות כללו 4-6 ילדים, בנים ובנות, עם פער גילים של שנתיים (למשל, הצעיר בן 8 והמבוגר בן 10). נערכו שישה מפגשים שבועיים בני 50 דקות כל אחד. שני מנחי הקבוצה היו אנשי צוות שלא השתתפו בפגישות האבחון הפרטניות, ובעלי הכשרה בכלים אבחוניים פורמליים לאבחון אוטיזם. כל מפגש נפתח בסבב עדכונים מכל המשתתפים שנמשך 5-10 דקות. בשלב השני, שערך 5 דקות, התבקשו חברי הקבוצה לבחור באחד מששת סוגי

טבלה 2: מאפייני תיאורי המקרה על פי קריטריוני DSM-5 לפני התצפית הקבוצתית ואחריה

אבחנה סופית לאחר התצפית הקבוצתית על פי DSM-5	קריטריונים DSM-5 לאחר תצפית אבחנתית בקבוצת השווים	קריטריונים DSM-5 – הערכה פרטנית פסיכולוג	קריטריונים DSM-5 – הערכה פרטנית נוירולוג/פסיכיאטר
ASD-	אין עדות לקריטריונים A או B הסבר חלופי להתנהגות שנצפתה: רקע משפחתי מורכב, התנהגות מתנגדת ומתריסה	A1 - ליקויים בתקשורת חברתית והדדיות B3 - תחומי עניין מצומצמים B4 - חוסר ויסות תחושתית	A2 - חריגויות וחוסר בתקשורת הבלתי מילולית B3 - תחומי עניין מצומצמים B4 - חוסר ויסות תחושתית
ASD-	עדות חלקית ל-A3, A2 הסבר חלופי להתנהגות שנצפתה: קשיים רגשיים, והתנהגות אימפולסיבית הנובעת מהפרעת קשב וריכוז, קשיי ויסות חושי ופערים בתפקודיו האקדמיים שאינם מטופלים	A1 - קשיים וחוסר בהדדיות חברתית בדיבור A3 - היעדר עניין בחברים וקושי בהבנה חברתית	A2 - חריגויות וחוסר בתקשורת הבלתי מילולית בהקשרים חברתיים B4 - בעיות תחושתיות (רגישות יתר ותת-רגישות חושית)
ASD+	עדות לכל קריטריוני A B1 - שימוש חזרתי ואידיוסינקרטי בשפה. B3 - תחומי עניין מצומצמים	A3 - חריגות בתקשורת לא מילולית והיעדר עניין בחברים	A3 - קשיים חמורים באינטראקציה חברתית ושמירה על מערכות יחסים במגוון הקשרים B3 - תחומי עניין מצומצמים B4 - חוסר ויסות תחושתית

קשרים חברתיים עם ילדים צעירים ממנו בבית הספר. הוריו ציינו כי התקשה מאוד להשתלב מבחינה אקדמית וחברתית. תוארו קשיי התנהגות והתפרצויות קשות בבית, שם התנהג לרוב בצורה בלתי צפויה, אגרסיבית ואימפולסיבית.

סיבת ההפניה לתצפית הקבוצתית: ג' לא עמד בקריטריונים לסוג ASD לפי מודול 4 של ה-ADOS-2 (טבלה 1). אולם הן הנוירולוג והן הפסיכולוג התרשמו כי הקשיים החברתיים שלו מצריכים בחינה נוספת בשל פערים ברשם הקליני בין שניהם. (טבלה 1).

ממצאי התצפית הקבוצתית עבור ג': ג' היה חבר מרכזי בקבוצה. לעיתים קרובות הוא יזם שיחות והגיב לדברי המשתתפים האחרים. הוא היה ערני ומעורב באינטראקציות החברתיות לאורך כל המפגשים, ולא נרשמו רגעים של התנתקות. אומנם הייתה לו נטייה להשתלט על השיחות והיה קשה לעצור אותו, אך הוא עדיין היה נכון להקשיב ולהגיב לדברי אחרים. ניתן לאפיין את התנהגותו בקבוצה כשתלטנית, ועלולה להפריע ליחסיו עם אחרים. אין זו אסטרטגיה התנהגותית אוטיסטית, אלא כזו האופיינית בקרב ילדים ומתבגרים עם ADHD מהסוג ההיפראקטיבי. יש לציין כי ג' היה היחיד בקבוצה שהגיע מתוך הקהילה הדתית שלו, ועל כן הוא ראה עצמו כנציג קהילתו, הרגיש מחויב להסביר את אורח החיים הייחודיים לה. הוא נהנה מתפקיד זה שאפשר לו לבטא הן את ידיעותיו הן את כישוריו. המסגרת הקבוצתית אפשרה לצוות הקליני להבחין במגבלות התקשורת של ג'. הצורך והרצון שלו לדבר ולהביע את עצמו הפכו אותו לאימפולסיבי ולא ער לרמזים לא מילוליים. עם זאת, תגובותיו ואופן התבטאותו היו מותאמים לנושאים שנידונו. נטייתו להשתלט על השיחות נבעה מהרצון

סיבת ההפניה לתצפית הקבוצתית: תוצאותיו של ר' במבחנים הסטנדרטיים הצביעו על אבחנת ASD, שכן הוא עבר את הרף הקליני של סוג ASD ב-ADOS-2 (טבלה 1). עם זאת, ההתרשמות הקלינית של צוות האבחון הייתה כי ר' אינו מתאים לאבחנת ASD, ולכן הומלץ על הערכה נוספת במסגרת קבוצתית (טבלה 1). ממצאי התצפית הקבוצתית עבור ר': ר' היה שקט ומופנם, ולעיתים קרובות הפגין חיוך שובבי בזמן תקשורת הדדית. הוא שיתף חוויות אישיות, רגשות ותחביבים, הפגין רגישות והצטרף לשיחות בעדינות רבה, כשהוא מגיב לדברים שנאמרו סביבו. ר' היה מעורב לאורך כל המפגשים, השתתף באופן פעיל אך שקט. הוא התייחס בנעימות לחברי הקבוצה והגיב לתקשורת לא מילולית. הוא הראה יכולת להעמיק קשרים, ואף שימש כ"אח בוגר" לילד צעיר ממנו בקבוצה, כשהוא עוזר לו, מגן עליו ומתנהג ברגישות.

התצפית הקבוצתית לא העלתה דפוסים של התנהגויות סטריאוטיפיות או קשיים בדיבור, בהתנהגות או בתנועה, בתחומי עניין מצומצמים. גם לא היו קשיים בתגובה לגירויים תחושתיים. בהתבסס על ממצאים אלו, היה ניתן לפרש מחדש את התסמינים שנצפו בהערכה הפרטנית הראשונית (קריטריונים A1, A2, A3, B2, B3, B4 לפי DSM-5), ולהסיק שאינם חלים על ר'.

פרשת חולה 2 - ג'

ג', הבכור מבין ארבעה אחים, נבדק בגיל 16. ג' נולד לאחר היריון ולידה ללא סיבוכים. באבחון נוירולוגי בגיל 6, אובחן עם ADHD, קשיי ויסות חושי וקשיי דיבור, אך לא שיתף פעולה עם טיפול תרופתי. הוריו דיווחו על קשיים במזג ובויסות ההתנהגות עוד מינקות. תוארו

(קריטריון A1); עיסוק רב בתחומי עניין מצומצמים מצומצמים (קריטריון B3).

המסגרת הקבוצתית אפשרה לצוות הקליני להבחין בדפוסי הדיבור החריגים ובהתנהגות החברתית של י' בהקשרים מגוונים ובמיוחד עם בני גילו, שם ניכרים הקשיים הבולטים ביותר בקרב מתבגרים עם ASD. בסופו של דבר, המפגשים עם בני גילו עזרו לאשר את קיומם של תסמינים התואמים לאבחנת ASD, תסמינים שייתכן היו פחות ברורים במפגשים פרטניים.

דין

פרשות החולים הללו מדגימות כיצד הערכה במסגרת קבוצתית יכולה לסייע בהפחתת העמימות בתהליך האבחון של ASD. כלים סטנדרטיים כמו ADOS-2 מוגבלים ביכולתם לאבחן ASD באופן מהימן בסביבה קלינית [22], במיוחד במקרים שבהם קיימים מצבים רפואיים נלווים או רקע פסיכו-חברתי מורכב [18]. בשלוש פרשות החולים דווח על קשיי התנהגות והתנהגות מתריסה (ר', ג' ו-י'), ובשניים מהם נקבעה בעבר אבחנה של ADHD (י' ו-ג'). פרשות החולים המוצגות כוללות שני מטופלים עם סיווג שגוי לפי מבחן ADOS-2. אבחנות שגויות עלולות להשפיע על חיי הילדים ומשפחותיהם – הן עלולות לעכב מיצוי זכויות וקבלת שירותים חיוניים והתערבויות מוקדמות במקרים של אבחנות שליליות שגויות, או להוביל להקצאת משאבים לא נכונה וסטיגמה במקרים של אבחנות חיוביות שגויות [9].

שיטת התצפית הקבוצתית נועדה להתגבר על מספר הטיות מוכרות בהערכות קליניות, כמו הטיית אימות, השפעת הקלינאי וביטחון יתר [17]. פרק הזמן הממושך והמפגשים החוזרים עם בני גילם, מאפשרים למשתתפים להתרגל למסגרת ולהתנהג באופן טבעי יותר. עבור מתבגרים, גורם זה חשוב במיוחד, מאחר שהם נוטים להיות חשדניים כלפי מבוגרים ופתוחים יותר בנוכחות בני גילם. תצפית על התנהגות בקרב בני גילם, עם אפשרות לפיתוח קשרים במסגרת קבוצתית, אפשרה להתגבר על השפעתה של דינמיקה אישית עם מראיין מבוגר על איכות התקשורת, ולראות התנהגויות ותכונות מדווחות בהקשר חברתי טבעי, תוך התחשבות בהסברים חלופיים. התבוננות של שני אנשי מקצוע מנוסים, שעברו הכשרה בכלי אבחון רשמיים של ASD, במשך מספר מפגשים, אפשרה חקירה מעמיקה יותר של התנהגויות חברתיות. לאורך התהליך יכלו המנחים ליזום משחקים או מצבי שיחה כדי לצפות באינטראקציות, ואף ליצור מצבים הדורשים אסרטיביות או פתרון קונפליקטים, על מנת להתרשם מאסטרטגיות התנהגות ותקשורת. תיאורי המקרה מדגימים שבמקרים מורכבים או גבוליים, התצפית הממושכת במסגרת קבוצתית מוסיפה מידע חשוב, ותורמת להעלאת תקפות האבחון, תוך שמירה על סביבה תקפה אקולוגית [22, 23]. אנו טוענים, כי השיטה יכולה להיות שימושית במרכזים ומכוני העוסקים באבחון אוטיזם, וממליצים לשלב אותה במקרים שבהם קיימים ספקות באבחון או במצבים מורכבים, כדי לסייע בקבלת

להיראות ולזכות באישור, תכונה שהוא היה מודע לה ודיבר עליה עם מנחי הקבוצה.

באחד המפגשים התגלה כוחו החברתי של גבע. הוא הבחין בחוסר הנוחות של חבר, לאחר שזה שאל את ג' שאלה שנחשבה לא רגילה. ג' פנה אליו בעדינות, הרגיע אותו והזמין אותו לשאול את השאלה בגלוי. הוא עשה זאת תוך שימוש במחוות מתאימות וביצירת קשר עין, וכך פתר קונפליקט חברתי אפשרי ללא צורך בהתערבות המנחים.

לאורך המפגשים, ג' לא הראה דפוסים של התנהגויות חזרתיות או רגישות חושית יתרה. המסגרת הקבוצתית אפשרה להתרשם מהתקשורת החברתית הפעילה של גבע עם בני גילו ומרגישותו לרגשותיהם. לכן אפשר היה לאשר שלא חלים עליו קריטריונים A1 ו-A2 על פי DSM-5. ASD התנהגותו הסוציו-אמוציונלית נראתה קשורה יותר למורכבות רגשית ומשפחתית מאשר לאבחנה של ASD.

פרשת חולה 3 - י'

י', תלמיד בכיתה ח' בפנימייה, הופנה להערכה קלינית בגיל 14. י' הוא הבכור מבין שלושה אחים, בנם של זוג עולים מרוסיה. הוא נולד לאחר היריון תקין, בינקותו נחשב כבעל מזג קשה ואובחן עם תסמונת קוואסקי ולאחר מכן עם ADHD. תוארו קשיים חברתיים מתמשכים בבית הספר. י' עבר לפנימייה בתקווה שהשהות שם תעזור לו לפתח כישורים חברתיים ותחביבים חדשים. תואר על ידי הוריו "כמנהיג שלילי בבית וכדעתן".

סיבת ההפניה לתצפית הקבוצתית: אף על פי ש-י' לא עמד בסף הסיווג של ASD לפי ה-ADOS-2 (טבלה 1), הקשיים החברתיים שהוריו ומוריו דיווחו עליהם, לצד קשיים בוויסות חושי והעיסוק האינטנסיבי במחשבים, הצביעו על כך שתצפית נוספת במסגרת קבוצתית תספק מידע חיוני (טבלה 1).

ממצאי התצפית הקבוצתית עבור י': לאורך המפגשים הקבוצתיים, י' השתתף במידה מסוימת. הוא הקשיב לשאר חברי הקבוצה או דיבר כאשר נדרש לכך, אך עשה זאת במשפטים קצרים תוך התעסקות בטלפון הנייד שלו. חוסר היכולת שלו להבין ולהגיב לתקשורת לא מילולית התבטאה במצבים רבים בשיחות קבוצתיות. הוא השתמש בביטויים אישיים ייחודיים שאיש לא הבין ללא הסבר. הוא הפגין חוסר תגובתיות לרמזים לא מילוליים שהשתמשו בהם חברי הקבוצה. הוא דיבר בקונקרטיזם, בעיקר תיאור אירועים אינפורמטיביים, ולא הביע עניין רב במשתתפים אחרים או ברעיונותיהם. הרושם היה ש-י' לא הושפע באמת מחילופי המילים או הרעיונות שהועלו בפגישות. לאורך המפגשים ניכר היה שעיקר התעניינותו מוגבלת וממוקדת במחשבים ובאנימה.

תצפיות אלו במסגרת הקבוצתית הצביעו על עמידתו של י' בקריטריונים של DSM-5 לאבחון ASD: הוא הציג שפה קונקרטית ושימוש בביטויים ייחודיים הפוגעים ביכולת התקשורת שלו (קריטריון B1); חוסר הבנה של סיטואציות חברתיות וקושי להסתגל למסגרת הקבוצתית (קריטריון A3); היעדר תגובה לרמזים לא מילוליים (קריטריון A2); חסרים בהדדיות הרגשית-חברתית

שנאסף על ידי הקלינאי עם נתונים נוספים שנאספים לאורך תהליך האבחון, ולהצליבם עם הקריטריונים האבחנתיים לאוטיזם. אנו מבקשים להרחיב קריאה זו גם לאבחון אוטיזם בקרב ילדים מעל גיל שש שנים – בנים ובנות כאחד.

מחברת מכותבת: חגית נגר שמעוני
דוא"ל: hagitna@tlvmc.gov.il

החלטות נכונות עבור המשפחות והפרטים המעורבים.

לסיכום

אנו מצטרפים לקריאתם של **קוק וחב' [25]** במאמרם משנת 2024, העוסק במורכבות אבחון בנות עם אוטיזם. המאמר מדגיש את הצורך בשיפור פרוצדורות האבחון בקרב בנות עם קשיים תקשורתיים, וקורא להימנע מהסתמכות בלעדית על אלגוריתמים אבחוניים כמותיים. במקום זאת, המחברים מציעים לשלב מידע איכותני

ביבליוגרפיה

1. American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
2. Colombi C, Fish A & Ghaziuddin M, Utility of the ADOS-2 in children with psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2020;29:989-992.
3. Evers K, Maljaars J, Carrington SJ & al, How well are DSM-5 diagnostic criteria for ASD represented in standardized diagnostic instruments? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2021;30:75-87.
4. Gillberg C & Billstedt E, Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; 102(5):321-330.
5. Mutluer T, Genç HA, Morey AO & al, Population-based psychiatric comorbidity in children and adolescents with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Front Psychiatry*, 2022;13:856208.
6. Hossain MM, Khan N, Sultana A & al, Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*, 2020;287:112922.
7. Gjevik E, Eldevik S, Fjæran-Granum T & Sponheim E, Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 2011;41:761-769.
8. Lopez-Williams, A, Predictors of adolescent and young adult antisocial behavior among children with ADHD [unpublished dissertation]. State University of New York at Buffalo, 2004
9. Defresne P & Mottron L, Clinical situations in which the diagnosis of autism is debatable: An analysis and recommendations. *Can J Psychiatry*, 2022;67(5):331-335.
10. Sesso, G, Cristofani, C, Berloff, S, Cristofani, P, & al, Autism spectrum disorder and disruptive behavior disorders comorbidities delineate clinical phenotypes in attention-deficit hyperactivity disorder: Novel insights from the assessment of psychopathological and neuropsychological profiles. *J Clin Med*. 2020;9(12):3839.
11. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF & Daly K, Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord*, 1980;10(1):91-103.
12. Boyd BA, Conroy MA, Asmus J, McKenney E, Direct Observation of Peer-related Social Interaction: Outcomes for Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Exceptionality*. 2011;19(2):94-108.
13. Gilmore S, Frederick LK, Santillan L, Locke J, The games they play: Observations of children with autism spectrum disorder on the school playground. *Autism*. 2019 Aug;23(6):1343-53.
14. Bauminger-Zviely N, Shefer A, Naturalistic evaluation of preschoolers' spontaneous interactions: The Autism Peer Interaction Observation Scale. *Autism*. 2021 Aug;25(6):1520-35
15. Lord C, Rutter M & DiLavore PC, Autism diagnostic observation schedule—Generic. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 1999.
16. Kamp-Becker I, Albertowski K, Becker J & al., Diagnostic accuracy of the ADOS and ADOS-2 in clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2018;27:1193-1207.

17. Kaufman NK, Rethinking 'gold standards' and 'best practices' in the assessment of autism. *Appl Neuropsychol Child*, 2022;11(3):529-540.
18. Frigaux A, Evrard R & Lighezzolo-Alnot J, ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: Interests, limits and openings. *Encephale*, 2019;45(5):441-448.
19. Greene RK, Vasile I, Bradbury KR & al, Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) elevations in a clinical sample of children and adolescents who do not have autism: Phenotypic profiles of false positives. *Clin Neuropsychol*, 2022;36(5):943-959.
20. Hong JS, Singh V, Kalb L & al, Replication study for ADOS-2 cut-offs to assist evaluation of autism spectrum disorder. *Autism Res*, 2022;15(11):2181-2191.
21. Fombonne, E, Camouflage and autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(7):735-8
22. Lebersfeld JB, Swanson M, Clesi, CD & O'Kelley SE, Systematic review and meta-analysis of the clinical utility of the ADOS-2 and the ADI-R in diagnosing autism spectrum disorders in children. *J Autism Dev Disord*, 2021;51(11):4101-4114.
23. Schmuckler MA, What is ecological validity? A dimensional analysis. *Infancy*, 2001;2(4):419-436.
24. Wallace S, Parsons S, Westbury A & al, Sense of presence and atypical social judgments in immersive virtual environments: Responses of adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Autism*, 2010;14(3):199-213.
25. Cook J, Hull L, Mandy W, *Improving diagnostic procedures in autism for girls and women: A narrative review*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2024;20:505-14.

כרוניקה

תאי גזע אנושיים מעכבים הזדקנות בקופים



מבוגרים. הטיפולים הובילו לשיפור מדיד בתפקודים קוגניטיביים מסוימים, ותאי הרבייה הציגו פרופיל הדומה לבעלי חיים צעירים יותר. התוצאות תומכות בפוטנציאל של תאי גזע אלה, ובמיוחד אלה שהונדסו או תוכן האקסוזומים שלהם, לדחות או אף להפחית חלק מתסמיני ההזדקנות (Cell 2025; 10.1016/j.cell.2025.05.021).

איתן ישראלי

אחת הסיבות המרכזיות לירידה בחיזיוניות עם הגיל היא הירידה ביכולת ההתחדשות של תאי גזע.

Lei וחב' בחנו את הפוטנציאל של השתלת תאי אב מזכמיים (MPCs) אנושיים להאט את ההזדקנות. הם השתילו תאי MPC רגילים או תאים שהונדסו לבטא גרסה משופרת של פקטור השעתוק, FOXO3, שנועדה לשפר את עמידותם להזדקנות בקופי מקוק

כרוניקה

פינוי נוזלים מהמוח ומחלת אלצהיימר



גלימפית קלינית, כולל מדידות שונות של זרימת נוזלים פריוסקולריים או השפעותיהם. חסרונן של שיטות דימות מותאמות קלינית להערכת חילופי נוזלים גלימפטיים מהווה מכשול להבנה אם קיימת פגיעה במערכת זו בחולי אלצהיימר, וכן לפיתוח טיפולים שיכולים להשפיע עליה (Science 2025;389: 137. 10.1126/science. (adv8269).

איתן ישראלי

מאז שהתגלתה מערכת הגלימפה, יש עניין רב בתפקידה האפשרי בהתפתחות מחלת אלצהיימר ומחלות ניווניות אחרות. למרות שמערכת זו נחקרה רבות במוחות עכברים ובמודלים של מחלות, רק לאחרונה פותחו טכנולוגיות לבחון אותה במוח האדם. נכון להיום, המחקר הקליני על תפקוד מערכת הגלימפה באלצהיימר עדיין בחיתוליו, ולא הוכח קשר סיבתי ישיר.

Keil וחב' סוקרים את הגישות הקיימות להערכת פעילות