

شرح حال بیماران بر اساس DSM-5-TR

تألیف

دکتر جان و. بارن هیل

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روان پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کردستان

میترا علیزاده

کارشناسی ارشد روان شناسی

دکتر محمد منایی

متخصص روان پزشکی

دکتر فرهاد شاملو

استادیار روان پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی قزوین



فهرست

مقدمه	۹
فصل ۱. اختلالات عصب‌رشدی	۱۱
مقدمه	۱۱
مورد ۱-۱: نظر دیگر در مورد درخودماندگی	۱۴
مورد ۱-۲: حملات قشقرق	۱۹
مورد ۱-۳: مشکلات تحصیلی	۲۳
مورد ۱-۴: مشکلات مدرسه	۲۹
مورد ۱-۵: بی‌قرار و حواس‌پرت	۳۴
فصل ۲. طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی	۳۸
مقدمه	۳۸
مورد ۲-۱: پریشانی هیجانی	۴۱
مورد ۲-۲: به‌طور فزاینده عجیب و غریب	۴۵
مورد ۲-۳: توهم‌هایی با ماهیت معنوی	۴۹
مورد ۲-۴: کنترل ذهن	۵۴
مورد ۲-۵: غمگین و روان‌پریش	۵۷
مورد ۲-۶: روان‌پریشی و کانابیس	۶۱
مورد ۲-۷: آلودگی به کک	۶۵
فصل ۳. اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن	۶۹
مقدمه	۶۹
مورد ۳-۱: پریشانی هیجانی	۷۳
مورد ۳-۲: چرخه‌های افسردگی	۷۸
مورد ۳-۳: اشتغال خاطر با خودکشی	۸۲
مورد ۳-۴: افسردگی‌های دوره‌ای	۸۶
مورد ۳-۵: تحریک‌پذیری و غم	۹۰
مورد ۳-۶: خدا مرا شفا داده است!	۹۴
مورد ۳-۷: سکوت غریب	۹۸
مورد ۳-۸: تغییر پس از زایمان	۱۰۳
مورد ۳-۹: اضطراب و افسردگی	۱۰۷
فصل ۴. اختلالات افسردگی	۱۱۱
مقدمه	۱۱۱
مورد ۴-۱: دلمی و تحریک‌پذیر	۱۱۵
مورد ۴-۲: غمگینی پس از زایمان	۱۱۹
مورد ۴-۳: سوگ و افسردگی	۱۲۳
مورد ۴-۴: فقدان علاقه به زندگی	۱۲۷
مورد ۴-۵: ناامیدی	۱۳۰

مورد ۶-۴: خلق پایین مداوم	۱۳۴
مورد ۷-۴: نوسان خلق	۱۳۸
مورد ۸-۴: استرس، مواد و اندوه	۱۴۱
مورد ۹-۴: سازگاری با بیماری پارکینسون	۱۴۵
مورد ۱۰-۴: نوسان‌های خلقی موقعیتی	۱۵۰
مورد ۱۱-۴: مخمصه	۱۵۵
مورد ۱۲-۴: بی‌خوابی و شکایات جسمانی	۱۶۰
فصل ۵. اختلالات اضطرابی	۱۶۳
مقدمه	۱۶۳
مورد ۱-۵: ترس‌ها و نگرانی‌ها	۱۶۶
مورد ۲-۵: وحشت‌زدگی	۱۷۰
مورد ۳-۵: نوجوان خجالتی	۱۷۴
مورد ۴-۵: ترس از پرواز	۱۷۸
مورد ۵-۵: عصبی بودن دائمی	۱۸۱
مورد ۶-۵: اضطراب و سیروز	۱۸۵
فصل ۶. اختلال وسواس‌پجبری و اختلالات مرتبط	۱۹۰
مقدمه	۱۹۰
مورد ۱-۶: افسردگی	۱۹۲
مورد ۲-۶: میکروب‌ها	۱۹۷
مورد ۳-۶: مشغولیت ذهنی با ظاهر	۲۰۰
مورد ۴-۶: افسردگی و اضطراب	۲۰۵
مورد ۵-۶: کندن مو	۲۰۸
فصل ۷. اختلالات مرتبط با تروما و استرس	۲۱۳
مقدمه	۲۱۳
مورد ۱-۷: رفتارهای خطرناک	۲۱۶
مورد ۲-۷: دو واکنش به تروما	۲۲۰
مورد ۳-۷: تصادف ماشین	۲۲۳
مورد ۴-۷: تحریک‌پذیری سریع	۲۲۶
مورد ۵-۷: تحت فشار	۲۳۰
مورد ۶-۷: سرطان ریه	۲۳۳
مورد ۷-۷: بیش مصرف دارو	۲۳۷
مورد ۸-۷: فرسودگی شغلی	۲۴۱
فصل ۸. اختلالات تجزیه‌ای (گسست)	۲۴۸
مقدمه	۲۴۸
مورد ۱-۸: غمگین و تنها	۲۵۰
مورد ۲-۸: احساس غیرواقعی بودن	۲۵۶
مورد ۳-۸: علائم تجزیه‌ای	۲۶۰
فصل ۹. اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط	۲۶۵

۲۶۵	.....	مقدمه
۲۶۸	.....	مورد ۹-۱: درد و افسردگی
۲۷۲	.....	مورد ۹-۲: شکایات جسمی
۲۷۶	.....	مورد ۹-۳: بیماری لایم مزمن
۲۸۱	.....	مورد ۹-۴: تشنجه‌ها
۲۸۴	.....	مورد ۹-۵: درد شکم
۲۸۸	.....	مورد ۹-۶: تنگی نفس
۲۹۳	.....	فصل ۱۰. اختلالات تغذیه و خوردن
۲۹۳	.....	مقدمه
۲۹۶	.....	مورد ۱۰-۱: درد شکم
۲۹۹	.....	مورد ۱۰-۲: زیرمنحنی رشد
۳۰۲	.....	مورد ۱۰-۳: سردرد و خستگی
۳۰۷	.....	مورد ۱۰-۴: خارج از کنترل
۳۱۰	.....	مورد ۱۰-۵: افزایش وزن
۳۱۴	.....	فصل ۱۱. اختلال‌های دفعی
۳۱۴	.....	مقدمه
۳۱۵	.....	مورد ۱۱-۱: قشقرق و شکایات جسمی
۳۲۰	.....	فصل ۱۲. اختلالات خواب - بیداری
۳۲۰	.....	مقدمه
۳۲۲	.....	مورد ۱۲-۱: اشکال در تداوم خواب
۳۲۶	.....	مورد ۱۲-۲: مضطرب و خواب‌آلود
۳۳۰	.....	مورد ۱۲-۳: خواب‌آلودگی
۳۳۴	.....	مورد ۱۲-۴: احساس خارش، مورمور شدن و خزیدن روی پوست
۳۳۸	.....	فصل ۱۳. اختلالات کارکرد جنسی (کژکاری‌های جنسی)
۳۳۸	.....	مقدمه
۳۴۰	.....	مورد ۱۳-۱: اختلال کارکرد جنسی
۳۴۴	.....	مورد ۱۳-۲: مشکلات جنسی
۳۴۷	.....	فصل ۱۴. نارضابیتی جنسیتی
۳۴۷	.....	مقدمه
۳۵۰	.....	مورد ۱۴-۱: تغییر جنسیت
۳۵۴	.....	فصل ۱۵. اختلالات کنترل تکانه، رفتارهای ایذایی و سلوک
۳۵۴	.....	مقدمه
۳۵۶	.....	مورد ۱۵-۱: ناآگاه از قوانین
۳۶۰	.....	مورد ۱۵-۲: غیرقابل همزیستی
۳۶۴	.....	فصل ۱۶. اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد
۳۶۴	.....	مقدمه
۳۶۶	.....	مورد ۱۶-۱: الکل

مورد ۲-۱۶: محرومیت الكل	۳۶۹
مورد ۳-۱۶: اعتیاد	۳۷۲
مورد ۴-۱۶: درد زانو	۳۷۵
مورد ۵-۱۶: سیر فقرايي	۳۷۹
مورد ۶-۱۶: استرس و سوء مصرف مواد	۳۸۳
مورد ۷-۱۶: قماربازی	۳۸۷
فصل ۱۷. اختلالات عصب شناختي	۳۹۱
مقدمه	۳۹۱
مورد ۱-۱۷: ملال	۳۹۳
مورد ۲-۱۷: سراسیمه و سردرگم	۳۹۷
مورد ۳-۱۷: افسرده و منزوی	۴۰۰
مورد ۴-۱۷: ژولیده و تحلیل رفته	۴۰۴
مورد ۵-۱۷: بدن انعطاف ناپذیر و فراموشکار	۴۰۸
مورد ۶-۱۷: پارانویا و توهمات	۴۱۳
مورد ۷-۱۷: سرکشی ناگهانی	۴۱۸
فصل ۱۸. اختلالات شخصیت	۴۲۴
مقدمه	۴۲۴
مورد ۱-۱۸: تعارضات شخصیتی	۴۲۸
مورد ۲-۱۸: منزوی و متفاوت از دیگران	۴۳۲
مورد ۳-۱۸: نگران و با مشغولیت ذهنی عجیب	۴۳۶
مورد ۴-۱۸: بی انصافی	۴۳۹
مورد ۵-۱۸: شکننده و خشمگین	۴۴۳
مورد ۶-۱۸: تمایل به خودکشی دردناک	۴۴۷
مورد ۷-۱۸: نارضایتی	۴۵۱
مورد ۸-۱۸: کمرویی	۴۵۵
مورد ۹-۱۸: فقدان اعتماد به نفس	۴۵۸
مورد ۱۰-۱۸: کنترل رابطه	۴۶۲
فصل ۱۹. اختلالات پارافیلیک	۴۶۶
مقدمه	۴۶۶
مورد ۱-۱۹: آزارگری جنسی	۴۷۱
مورد ۲-۱۹: مشکلات ارتباطی	۴۷۵
مورد ۳-۱۹: جرائم جنسی	۴۷۸
مورد ۴-۱۹: چند رفتار غیر عادی	۴۸۳
نمایه	۴۸۹

مقدمه

کتاب شرح حال بیماران بر اساس DSM-5-TR به عنوان همراهی برای DSM-5-TR طراحی شده است. هر یک از ۱۰۴ مورد این کتاب با موردی بالینی شروع می‌شود که سپس با بحثی در مورد آن همراه است. این موارد به گونه‌ای سازماندهی شده‌اند که در یکی از ۱۹ فصل اصلی DSM-5-TR جای می‌گیرند. به عبارت دیگر، موردی که شامل اختلال شخصیت مرزی است در فصل اختلالات شخصیتی قرار خواهد گرفت. در مواردی که اختلالات همزمان وجود دارند، مورد در فصلی که اختلال روان‌پزشکی اصلی در نظر گرفته می‌شود قرار خواهد گرفت (گرچه معمولاً هر یک از اختلالات همزمان باید به‌طور جداگانه تحت توجه بالینی قرار گیرند).

هر یک از ۱۳۳ نفر بحث‌کننده از آن‌ها خواسته شده است که به عنوان «متخصص فعال» عمل کنند، و فرآیند فکری که ممکن است در فهم تشخیصی بیمار دخیل باشد را ترسیم کنند. محدودیت حدود ۱۰۰۰ کلمه برای هر مورد و بحث، باعث می‌شود که نه مورد و نه بحث به‌طور کامل و جامع نباشد، اما این اجمالی بودن همانطور که به کتاب اجازه می‌دهد روش‌های کارآمد و مؤثر متخصصان را در تبدیل داده‌های بالینی پیچیده به تشخیص‌های تمایزی برجسته کند. همچنین به خواننده این امکان را می‌دهد که تجربه یادگیری متمرکزی را در یک نشسته به‌دست آورد. در طول کتاب، خواننده تشویق می‌شود که به‌طور فعال به تشخیص‌های اولیه‌ای که هر بحث با آن‌ها خاتمه می‌یابد فکر کند. آیا شما موافق هستید یا مخالف؟ آیا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید؟ چه نوع اختلالات همزمانی ممکن است در نظر گرفته شوند؟ احتمالاً چه چیزی در بیمار در طول ماه‌ها و سال‌های آینده توسعه خواهد یافت؟

کتاب شرح حال بیماران بر اساس DSM-5-TR نسخه به‌روزرسانی‌شده‌ای از کتاب موارد بالینی است که همراه با DSM-5 منتشر شده بود. نویسندگان، موارد و بحث‌ها عمدتاً همانند قبل هستند، با این تفاوت که کتاب برای گنجاندن تغییرات در DSM-5-TR و همچنین گسترش توجه به قومیت، نژاد و سایر عوامل جمعیتی ویرایش شده است.

کتاب شرح حال بر اساس DSM-5 به دوازده زبان ترجمه شده و توسط انواع مختلفی از متخصصان سلامت روان، کارآموزان، دانشجویان و حتی غیرحرفه‌ای‌ها خوانده شده است. امید داریم که خوانندگان این نسخه به‌روز شده را حتی جالب‌تر و مفیدتر بیابند.

فصل ۱

اختلالات عصب‌رشدی

مقدمه

Robert Haskell, M.D.

DSM-5 در رویکردش به بیماری‌های روانی در طول عمر، ابتدا با اختلالات عصب‌رشدی آغاز می‌کند. این اختلالات گروهی از بیماری‌ها هستند که معمولاً اولین بار در دوران شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند. علائم تشخیصی هر یک از این بیماری‌ها به‌طور خاص بارها مورد حذف و سازماندهی مجدد و شفاف‌سازی قرار گرفته و یکی از بحث برانگیزترین تغییرات DSM-5، در تعریف و ملاک‌های تشخیصی درخودماندگی (اوتیسم) است. در DSM-5 اختلالات طیف درخودماندگی بیمارانی را توصیف می‌کند که قبلاً بین اختلالات درخودماندگی، اختلال آسپرگر، اختلال فروپاشنده دوران کودکی، اختلال رت و اختلالات نافذ رشد نامعین تقسیم شده‌اند. این اختلالات را در حال حاضر موارد بالینی جداگانه در نظر نمی‌گیرند. ملاک‌های جدید برای این اختلالات عبارت‌اند از: (۱) وجود نقایص نافذ و پایدار در ارتباطات و تعاملات اجتماعی و (۲) وجود الگوهای تکراری و محدود رفتار، علائق و فعالیت‌ها. بر اساس تعریف فعلی، اختلال طیف اوتیسم (ASD) را می‌توان بر اساس وجود یا عدم وجود نقایص هوشی و یا بیماری‌های طبی مرتبط نیز دسته‌بندی کرد. علاوه‌براین، تعیین سطوح سه‌گانه شدت این اختلال کمک می‌کند تا نیاز بیمار به خدمات اضافی اجتماعی یا شغلی مشخص شود. به‌طور مثال، بیماری که نیازمند «حمایت‌های بسیار اساسی» است ممکن است تنها در حد ۲۰ کلمه، گفتار قابل فهم کلامی داشته باشد و یا از نظر رفتاری فوق‌العاده انعطاف‌ناپذیر باشد. اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (ADHD) همچنان بر اساس دو بُعد علامتی کم‌توجهی و

بیش‌فعالی‌تکانشگری تقسیم می‌شود و البته هسته اصلی تشخیص، وجود حداقل ۶ علامت از هر یک از ابعاد دوگانه و یا هر دوی آنها است. به‌طور مثال، نوع بی‌توجهی می‌تواند با رفتارهایی مثل اشتباه ناشی از بی‌دقتی، ناتوانی در ادامه تکالیف درسی تا آخر و گم کردن کتاب‌ها نمود پیدا کند. ملاک‌های بیش‌فعالی / تکانشگری نیز شامل مواردی مثل بی‌قراری، بی‌حوصلگی و پرحرفی است. تشخیص ADHD بدون ذکر مشخصه‌های ابعادی آن (غالباً بی‌توجه، غالباً بیش‌فعال تکانشگر و یا نوع مرکب) کامل نمی‌شود. قبلاً در DSM-IV ذکر می‌شد که چند تا از این علائم باید قبل از ۷ سالگی وجود داشته باشد، در حالی که، این سن به ۱۲ سالگی تغییر پیدا کرده است؛ تغییر ایجادشده دیگر، آن است که تعداد ملاک‌های علائم در افراد بالغ در بُعد خاصی از ۶ به ۵ کاهش یافته است. دو تغییر فوق‌نشان‌دهنده شواهدی است که «آسان‌تر شدن» ملاک‌های تشخیصی، امکان شناسایی افرادی را فراهم کنند که ناراحتی، تخریب عملکرد و علائمی مشابه با بیمارانی دارند که قبلاً تشخیص ADHD می‌گرفتند و ممکن است، بتوانند از توجه بالینی سود ببرند. همان‌طور که در سراسر DSM-5 تأکید شده است، تشخیص این افراد تنها بر عهده بالینگر است که فقط بیمارانی را شناسایی کرده که معیارهای علائم را برآورده کنند و ناراحتی یا نقص عملکردشان در حد توجه بالینی باشد.

DSM-5 اصطلاح عقب‌ماندگی ذهنی در DSM-IV را با کم‌توانی هوشی (اختلال رشدی هوش) جایگزین کرده است و در DSM-5-TR ترتیب این دو نام در تشخیص، اختلال رشدی هوش (کم‌توانی هوشی) برای نشان دادن اولویت اصطلاح اول تغییر داده شد. سه معیار اصلی برای این تشخیص بدون تغییر هستند: نقص در عملکرد هوشی، نقص در سازگاری (در زمینه‌هایی مثل ارتباط، کار یا تفریح) و سن شروع پایین. در عین حال، تشخیص کم‌توانی ذهنی دیگر به انجام تست هوش رسمی بستگی ندارد. در عوض DSM-5-TR از بالینگر دعوت می‌کند تا با جمع‌بندی ارزیابی‌ها از شدت از خفیف تا عمیق در سه زمینه مهم مفهومی، اجتماعی و عملی ناتوانی فرد را تعیین کند. به‌طور مثال، فردی با کم‌توانی ذهنی شدید ممکن است درک اندکی از مفاهیمی نظیر زمان و پول داشته باشد، از زبان تنها برای ارتباط و نه برای توضیح دادن استفاده کند و احتمالاً برای انجام اغلب فعالیت‌های روزانه نیاز به حمایت داشته باشد.

اختلالات ارتباطی که نخستین بار در دوران کودکی قابل مشاهده هستند، عبارت‌اند از: اختلال زبان (که قبلاً به اختلالات زبان بیانی و درکی تقسیم می‌شد)، اختلال صوت گفتار که در آن بیمار بدون وجود بیماری توجیه‌کننده طبی مادرزادی و اکتسابی قادر به تولید واحدهای ساختاری آوایی از کلمات نیست، اختلال در فصاحت کلام با شروع در کودکی (لکنت زبان) و تشخیصی جدید تحت عنوان اختلال ارتباط اجتماعی (پراگماتیک) که در آن بیمار اشکالات

پایداری در کاربرد اجتماعی ارتباط کلامی و غیرکلامی دارد. این اختلال احتمالاً می‌تواند جایگاهی تشخیصی برای برخی از افراد باشد که صفاتی از اختلال طیف درخودماندگی را دارند، ولی ملاک‌های کامل برای رسیدن به تشخیص را ندارند.

اختلال یادگیری اختصاصی تشخیص کلی جدید در DSM-5 است که تعدادی از اختلالات را زیر چتر خود می‌گیرد. برای این اختلال مشخصه‌های تشخیصی مثل اختلال در خواندن، بیان نوشتاری و ریاضی مطرح شده است. هدف از طراحی این مشخصه‌ها این است که به معلم یا والدین بیمار کمک شود تا تمرکز بیشتری روی نیازهای تحصیلی کودک داشته باشند.

فصل اختلالات عصب‌رشدی در نهایت با اختلالات حرکتی از جمله اختلالات هماهنگی رشدی، اختلالات حرکتی قلبی و اختلالات تیک به اوج خود می‌رسد. تیک حرکتی غیر موزون با مدت کوتاه و شروع ناگهانی است. تیک‌ها را می‌توان به دو نوع حرکتی و صوتی تقسیم‌بندی کرد. تیک‌های حرکتی مثل بالا انداختن شانه و چشمک‌زدن و تیک‌های صوتی مثل صداهای خرخر و فین کردن و یا بیان خودبه‌خود یک کلمه یا عبارت هستند. اختلال توره پیچیده‌ترین اختلال تیک است که در آن بیمار هر دو نوع تیک‌های حرکتی پیچیده و حداقل یک تیک صوتی را برای مدتی بیش از یک سال نشان می‌دهد و این تیک‌ها با علل طبی یا اثرات فیزیولوژیک ماده‌ای مثل کوکائین قابل توجه نیستند.

به شکل غیرقابل اجتنابی، اختلالات عصب‌رشدی با طیف وسیعی از بیماری‌های روان‌پزشکی علائم مشترک دارند و بالینگر باید فهرست دقیقی از تشخیص‌های افتراقی را مرتب کند و به این نکته توجه داشته باشد که در کودکان ۱۲ سال و پایین‌تر با تشخیص‌های افتراقی وسیع‌تری نسبت به بزرگسالان مواجه هستیم. گاهی اوقات اختلالات عصب‌رشدی در بروز سایر اختلالات مشارکت دارد. مثلاً اختلال یادگیری می‌تواند موجب بروز اضطراب شود و یا ADHD درمان‌نشده می‌تواند بیمار را مستعد سوء مصرف مواد کند. نمونه‌هایی که در ادامه معرفی می‌شود، تلاشی برای جدا کردن برخی از این درهم‌تنیدگی‌های تشخیصی و بررسی هم‌ابتلائی‌هایی است که درمان اختلالات عصبی‌رشدی را به یکی از چالش‌برانگیزترین وظایف روان‌پزشکی تبدیل کرده است.

منابع مطالعاتی پیشنهادی

- Brown TE (ed): ADHD Comorbidities. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.
- Hansen RL, Rogers SJ (eds): Autism and Other Neurodevelopmental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
- Tanguay PE: Autism in DSM-5. Am J Psychiatry 168(11):1142-1144, 2011.

مورد ۱-۱

نظر دیگر در مورد درخودماندگی

Catherine Lord, Ph.D.

اشلی دختری ۱۷ ساله‌ای بود که پس از تقریباً یک عمر داشتن تشخیص اوتیسم و کم‌توانی هوشی (ذهنی)، برای بررسی مجدد تشخیصی ارجاع شده بود. اخیراً برای او تشخیص سندرم کلیفس ترا^۱ مطرح شده بود و خانواده وی درخواست بررسی و تثبیت تشخیص‌های قبلی را داشتند. تا به این ترتیب، خطر ژنتیکی بروز این اختلالات در فرزندان خواهر بزرگ‌تر وی ارزیابی شود.

هنگام ارزیابی مجدد، اشلی به مدرسه خاصی می‌رفت که در آن بر آموزش مهارت‌های عملکردی تمرکز داشتند. وی قادر بود لباس‌هایش را خودش بپوشد اما نمی‌توانست به تنهایی دوش بگیرد یا در خانه بماند. وی قادر به رمزگشایی کلمات (مثل خواندن کلمات) و هجی کردن آنها در سطح کلاس دوم بود اما درک وی از کلماتی که می‌خواند اندک بود. هرگونه تغییر در برنامه‌ها و یا افزایش توقع از عملکرد وی، موجب تحریک‌پذیری اش می‌شد. وقتی اشلی ناراحت می‌شد، اغلب یا به خودش (مثل گاز گرفتن مچ دست) و یا به دیگران (مثل گرفتن نیشگون یا کندن موی دیگران) آسیب می‌زد.

در آزمون‌های رسمی انجام‌شده در هنگام ارزیابی مجدد، ضریب هوشی غیرکلامی ۳۹ و ضریب هوش کلامی ۲۳ داشت و نمره کامل ضریب هوش وی ۳۱ بود. نمرات مربوط به قدرت انطباق وی تا حدودی بالاتر بود و نمره کلی وی در این زمینه ۴۲ بود (نمره متوسط برابر با ۱۰۰ بود).

بر اساس شرح حال اشلی اولین بار وقتی که والدین وی متوجه تأخیر قابل توجه در حرکت وی شده بودند، خدماتی را دریافت کرده بود. او در بیست ماهگی توانسته بود راه برود و در پنج سالگی توانسته بود توالی رفتن را فرا بگیرد. وی اولین لغات خود را در شش سالگی به زبان آورد. در سه سالگی برای وی تشخیص تأخیر در رشد و در چهار سالگی تشخیص درخودماندگی (اوتیسم)، چاقی و انسفالوپاتی استاتیک داده شد. بررسی‌های اولیه بدریختی (دیسمورفولوژی) چهره را نشان داد، ولی در آن زمان آزمایش‌های ژنتیکی چیزی را نشان نداده بود.

والدین او می‌گفتند که او صدها کلمه و بسیاری از اصطلاحات ساده را می‌داند. وی برای