

مروری مختصر بر « نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک »

نویسنده: کریستوفر گیلبرگ

مترجم: الهام توکلی طرقي / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی

چکیده:

مفهوم AMP (نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک) حدود ۲۰ سال است که در اسکاندیناوی مورد استفاده بالینی قرار گرفته است. نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» بر اساس وجود همزمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و اختلال ناهماهنگی رشدی در کودکانی که مشکل یادگیری شدید یا فلج مغزی ندارند، تشخیص داده می‌شود. در شدیدترین حالت، این اختلال حدود ۱٫۵ درصد جمعیت عمومی کودکان سنین مدرسه را تشکیل می‌دهد. پسرها عموماً بیشتر علائم این اختلال را نشان می‌دهند و دخترها غالباً تشخیص داده نمی‌شوند. مشکلات و شرایط همبود زیادی از جمله اختلال سلوک، افسردگی / اضطراب و شکست تحصیلی با این نشانگان وجود دارند. همچنین ارتباطی قوی میان اختلالات طیف اوتیسم و نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» شدید وجود دارد. عوامل خانوادگی و شرایط خطرناک پیش از تولد اهمیت زیادی در این اختلال دارند. عوامل خطرناک روانی اجتماعی موجب افزایش خطر نابهنجاری‌های روان‌پزشکی حاد در «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» می‌شوند. در مطالعه‌ای، ضعف روانی اجتماعی در حدود ۶۰ درصد بزرگسالانی که درمان نشده‌اند، مشاهده شد. مداخلات موثر قابل دسترس برای بسیاری از مشکلاتی که در نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» با آنها مواجهیم، وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: نقص توجه، نقص کنترل حرکتی و ادراک

که اغلب توسط پزشکان متخصص کودک و روان‌پزشکان در سطح جهانی از دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۰ به کار گرفته می‌شد، شده است. در DSM_III_R و DSM_IV، «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» موضوع هزاران پژوهش تجربی بوده است. «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» با بسیاری از اختلالات و مشکلات همپوشی دارد. این همپوشی عموماً به اشتباه، همبودی تلقی می‌شود. جایگزینی تدریجی اصطلاح «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» منجر به پالایش مفاد مطالعات علمی در این حوزه شده و متأسفانه همپوشی آن با سایر مشکلات نادیده گرفته شد. به‌ویژه همپوشی اساسی ویژگی‌های دانش‌آموزان با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» با دانش‌آموزان دارای بدعملکردی کنترل حرکتی مورد غفلت واقع شد. وقوع همزمان دائمی مشکلات روان‌پزشکی در کودکان با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» این قضیه را تصدیق کرد اما نرخ بالا و اهمیت بالینی همزیستی مشکلات ناهماهنگی رشدی (و تا حدی سایر مشکلات رشدی

نارسایی توجه، فعالیت بیش از اندازه و نامناسب و تکانشگری از علائم عمده و نگران‌کننده میان کودکان سنین دبستان هستند. مشکلاتی که در DSM_IV تحت عنوان «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»^۱ مطرح شده‌اند از جمله شرایط دائمی میان مراجعان خردسال هستند. «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» شایع‌ترین اختلال عصبی - رشدی و عصب روان‌شناختی میان کودکان است. این اختلال به میزان نسبتاً ثابتی بین ۳-۶ درصد کودکان سوئدی، دانمارکی، امریکایی، استرالیایی، اسپانیایی و برزیلی نشان داده شده است، ولی مطالعات همه‌گیرشناسی در این زمینه در کشورهای اندکی صورت گرفته است.

«اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» امروزه به گونه گسترده‌ای به‌عنوان یک مفهوم تشخیصی، جایگزین مفهوم نه‌چندان دقیق بدعملکردی جزئی مغز^۲ (MBD)

- 1 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
2. Minimal Brain Dysfunction

سازماندهی اطلاعات، نتیجه گیری و گفتگو در حوزه «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» همچنان ضعیف است. در هر حال مفهومی که تحت عنوان اختلال بیش-فعالی (HKD^۳) در ICD_10 مورد بحث قرار گرفته است، در تعداد اندکی از مقالات با این نام مطرح شده است. استفاده از حروف DAMP جهت نامیدن این اختلال ممکن است در کشورهای انگلیسی زبان خصوصاً اگر در ارتباط با کودکان به کار رود، برداشتی منفی ایجاد نماید.

جدول شماره ۱. ملاک‌های تشخیصی « نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک »

الف. داشتن ملاک‌های تشخیصی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» مطابق تعاریف DSM_IV
ب. داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال ناهماهنگی رشدی مطابق تعاریف DSM_IV
پ. شرایطی که به خوبی در مورد افراد با فلج مغزی صدق نمی‌کند.
ت. به ناتوانی‌های یادگیری شدید که هوشبهر باید بالاتر از ۵۰ باشد، مربوط نیست.
ث. سایر مقوله‌های تشخیصی (مثل اختلالات طیف اوتیسم، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و افسردگی) برای تشخیص «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» نباید وجود داشته باشند.

مسئله بسیار اساسی موجود، چگونگی رسیدگی به شکاف‌های میان «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و اختلال ناهماهنگی رشدی^۴ و یک‌جا شدنشان تحت عنوان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» است. با این وجود مفهوم «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در شناسایی گروهی از کودکان با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و نیازهای چندگانه ایشان که دریافت تشخیص

خاص مثل بدعملکردی گفتاری-زبانی) واقعا نادیده گرفته شده است.

در اسکاندیناوی مفهوم نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»^۱ در دهه ۱۹۷۰ در پی تلاش‌های بسیاری تحت عنوان نشانگان بدعملکردی جزئی مغز مدت‌ها قبل از انتشار DSM_III_R (که در آن «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» برای اولین بار تحت عنوان یک مدل رسمی مطرح شد) گسترش یافت. حدود ۳۰ سال پیش نشانگان بدعملکردی جزئی مغز در اسکاندیناوی به عنوان ترکیبی از بدعملکردی در حوزه‌های توجه، تنظیم فعالیت، کنترل تکانه، کنترل حرکتی، مشکلات یادگیری، دشواری‌های گفتاری و زبانی و نابهنجاری‌های ادراکی به کار برده می‌شد. بنگت هاگبرگ^۲، متخصص مشهور جهانی در زمینه عصب-شناسی کودک، مدعی معرفی نوع جدیدی از این اختلال است. او مطالعات تجربی نشانگان بدعملکردی جزئی مغز را در سال ۱۹۷۴ در مقیاسی عظیم آغاز کرد. این ابتکار منجر به چندین مطالعه دیگر شد که به صورت تدریجی باعث رشد مفهوم «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» و ریشه دوانیدن آن در کوشش‌های بالینی، خصوصاً در دانمارک و سوئد شد.

این مقاله همه مطالعات منتشر شده مربوط به نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» را که مجموعاً حدود ۵۰ کتاب و مقاله می‌شود، جمع‌آوری کرده است. تعداد زیادی از آن‌ها از کار بالینی خود مولف سرچشمه گرفته اند یا با نظارت و سرپرستی مولف و همکارانش انجام پذیرفتند. تعداد اندکی از مطالعات و فصول کتاب‌ها از ایالات متحده، انگلستان، استرالیا و دانمارک آمده‌اند. این مسأله، جای بحث دارد که با وجود چندین هزار مقاله منتشر شده در حوزه «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»،

3. Hyper Kinetic Disorder

4. Developmental Coordination Disorder

1. Deficits in Attention, Motor control, and Perception

2. Bengt Hagberg

«اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» یا اختلال ناهماهنگی رشدی به تنهایی برای نشان کافی نیست، کمک کننده است. آثار متقابلی میان این دو اختلال و کودکان با ترکیبی از مشکلات فراوان تحصیلی و رفتارهای نوع اوتیسم که تأثیرات مضاعفی بر هردو شرایط وارد می‌کند، وجود دارد.

«اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» یا اختلال ناهماهنگی رشدی به تنهایی برای نشان کافی نیست، کمک کننده است. آثار متقابلی میان این دو اختلال و کودکان با ترکیبی از مشکلات فراوان تحصیلی و رفتارهای نوع اوتیسم که تأثیرات مضاعفی بر هردو شرایط وارد می‌کند، وجود دارد.

تعاریف

در نخستین مطالعه طولی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» (که به بدعملکردی جزئی مغز و نقایص ادراکی، حرکتی و توجهی باز می‌گردد)، به عنوان ترکیبی از این موارد تعریف شده بود: (۱) نقص توجه (ADD^۱) با یا بدون آسیب‌های بیش‌فعالی یا تکانشگری (۲) نقص و آسیب در حداقل یکی از این موارد: حرکات درشت، حرکات ظریف، ادراک یا گفتار-زبان در غیاب کم‌توانی ذهنی و فلج مغزی و سایر اختلالات عصب شناختی اساسی. مواردی که نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» شدید تشخیص داده می‌شدند، ترکیبی از موارد ۱ و همه نقایص نام برده شده در ۲ را نشان می‌دادند.

شیوع

«نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در ۱/۲ تا ۲ درصد کودکان ۷ ساله بروز می‌کند. به علاوه ۶-۳ درصد جمعیت عمومی در آن گروه سنی نشانه‌های خفیف این اختلال را نشان می‌دهند. برحسب مطالعه کادسجو و گیلبرگ^۲، «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» تقریباً نیمی از موارد «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» را تشکیل می‌دهد. مشکل شدید «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» آسیب بالینی دائمی است که معمولاً مورد توجه پزشکان، روان-پزشکان و عصب روان‌شناسان کودک یا متخصصان تشخیصی از «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»، «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»، HKD، اختلال سلوک^۳ یا اختلالات طیف اوتیسم) قرار می‌گیرد. در موارد خفیف‌تر معمولاً نیاز به یک ارزیابی یا مداخله تخصصی وجود دارد اما غالباً این مشکل در سنین بعدی با عنوان یک مشکل تغییر شکل یافته دیگر (مثل افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال سلوک یا شکست تحصیلی) شناسایی می‌شود.

نسبت مردان به زنان

بیشتر مطالعات در مورد «نشانگان نقص توجه، کنترل

«اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»

امروزه به گونه گسترده‌ای به‌عنوان یک مفهوم تشخیصی، جایگزین مفهوم نه‌چندان دقیق بدعملکردی جزئی مغز (MBD) شده است

در گزارش‌های بعدی از سایر جمعیت‌ها نشان داده شد که کودکان با نابهنجاری‌های ادراکی در واقع همیشه نقایص و مشکلاتی در کنترل حرکتی داشتند و به منظور انجام عمل جامع تشخیصی جهانی، «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به عنوان ترکیبی از «اختلال

2. Kadesjo & Gillberg
3. Conduct Disorder

1. Attention Deficit Disorder

است شکل شدید «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و نه نشانگان همبود آن باشد.

به‌طور جالب توجهی، الگوی همپوشی ضعیفی بین زیر گروه‌های AD^2 و HD^3 در کودکان با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» مشاهده شده است چنان که کمتر از نیمی از افراد با ملاک‌های تشخیصی AD (گروه نارسایی توجه)، ملاک‌های HD (گروه بیش‌فعالی تکانشی) را نیز داشته‌اند.

سایر مشکلات همبودی / همپوشی

اطلاعات همبودی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» از چهار مطالعه همه‌گیرشناسی سوئدی‌ها در گستره زمانی اواسط دهه ۱۹۷۰ تا اواسط دهه ۱۹۹۰ ناشی می‌شود. در اولین مطالعه (از گوتنبرگ در دهه ۱۹۷۰)، «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» دارای همپوشی با شماری از دیگر بیماری‌ها نشان داده شد. در سن ۷ سالگی به‌طور تقریبی، ۱ کودک از هر ۳ کودک با ترکیبی از «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و اختلال ناهماهنگی رشدی («نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک») ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی و یک نفر از هر ۱۰ نفر رفتارهای ضد اجتماعی را برای تشخیص اختلال سلوک نشان دادند. این دو نوع مشکل در کودکان دارای مشکلات شدید، خفیف یا متوسط به یک میزان اتفاق می‌افتند. در کودکان با نشانگان شدید «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»، علائم درخودماندگی بسیار رایج است. امروزه تشخیص اختلالات طیف اوتیسم در کمتر از دو سوم موارد روی می‌دهد. چندین مورد در این زیر گروه که متشکل از ۷/۰ درصد جمعیت عمومی ۷ ساله‌های سوئدی در اواسط دهه ۱۹۷۰ بودند - ملاک‌های کامل نشانگان آسپرگر را در

حرکتی و ادراک» نسبت ۵ به ۳ را برای مردان نسبت به زنان گزارش داده‌اند که شبیه نسبتی است که برای سایر اختلالات عصبی-روانی و عصبی-رشدی بیان شده است. ممکن است که دختران دارای «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» (و با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»، اختلال ناهماهنگی رشدی) اغلب تشخیص داده نشده یا تشخیص اشتباه بگیرند (مثل افسردگی یا اختلالات اضطرابی).

همپوشی با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و اختلال ناهماهنگی رشدی

همان‌گونه که قبلاً نیز بیان شد، تقریباً نیمی از موارد «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» ملاک‌های «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» را دارند یعنی آن‌ها دارای اختلال ناهماهنگی رشدی نیز هستند. برعکس، «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» تنها در نیمی از موارد اختلال ناهماهنگی رشدی اتفاق می‌افتد. ذکر این نکته جالب توجه است که شکل شدید یا متوسط اختلال ناهماهنگی رشدی به‌طور مشابهی و با نرخ بالا در هر دو شکل شدید و متوسط «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» اتفاق می‌افتد. برحسب یک مطالعه، این امر با الگوی همپوشی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD^1) بسیار متفاوت است: حدود ۶۰ درصد موارد «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» شدید ملاک‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را دارند اما فقط ۱۰ درصد موارد «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» متوسط این نوع همبودی‌ها را نشان می‌دهند. این امر ممکن است تنها همپوشی اساسی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» با اختلال ناهماهنگی رشدی را نشان دهد و بر این امر دلالت کند که اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای ممکن

2. Attention Deficit
3. Hyperactivity Disorder

1. Oppositional Defiant Disorder

رایجی در «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»، با یا بدون اختلال ناهماهنگی رشدی وجود دارد. چنین به نظر می‌رسد که ارتباط آن با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» بیش از اختلال ناهماهنگی رشدی (با یا بدون «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی») باشد.

سیر «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»

کودکانی که در سنین اولیه مدرسه دارای «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» تشخیص داده شدند در معرض خطر بالای انواع گوناگون مشکلات پایدار در سراسر کودکی و نوجوانی و حتی بزرگسالی قرار دارند. مطابق مطالعه طولی گوتنبرگ حدود ۶۰ درصد افراد با تشخیص «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در ۷ سالگی، عملکرد بسیار ضعیفی در ۲۲ سالگی داشتند. عملکرد ضعیف افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» بیشتر از چهار برابر افراد بدون این نشانگان بود. به علاوه، گروه با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» که نتایج ضعیفی داشتند به طور متوسط دو نشانه یا بیشتر از عملکرد ضعیف داشتند و در مقابل افراد بدون این نشانگان زمانی که عملکرد ضعیفی داشتند، معمولاً فقط یک نشانه داشتند.

بی‌مهارتی حرکتی با افزایش سن، بسیار کمتر خود را نشان می‌دهد. در سن ۱۰ سالگی بی‌مهارتی حرکتی (که در همه ۷ ساله‌ها بارز بود) در بیش از نیمی از آنان قابل مشاهده نبود. این نسبت در نوجوانان تقریباً ۱ به ۳ بود. اختلال ناهماهنگی رشدی در ۳۵-۳۰ درصد افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» (و نه در افراد بدون «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» و اختلال ناهماهنگی رشدی) در سن ۱۶ و ۲۲ سالگی تشخیص داده می‌شود. بنابراین تاثیر بهبود کنترل مهارت حرکتی در گروه «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» همواره نمایان است. با این حال،

مطالعه جداگانه‌ای در دهه ۱۹۸۰ نشان دادند. مطالعه بعدی از کارلستند به گونه متقاعد کننده‌ای نشان داد که «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به پیش‌بینی خطر بالای مشکلات نوع طیف اتیسم کمک می‌کند. قابل ذکر است که اختلالات طیف اتیسم در دهه ۱۹۷۰ در سوئد رایج‌تر از حدی بود که امروزه از انگلستان و آمریکا گزارش می‌شود که این افزایش امکان شیوع اتیسم، جای بحث فراوان دارد. این گزارش‌ها از انگلیس و خصوصاً آمریکا همه گیرشناسی واقعی در خود ماندگی را نشان می‌دهند. روی هم رفته ۶۵ درصد افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» (خفیف، متوسط تا شدید) بعضی از نابهنجاری‌های روان‌پزشکی حاد را در سن ۷ سالگی دارا بودند.

مشکلات ویژه یادگیری که شامل اختلالات خواندن، نوشتن و ریاضیات است در ۸۰-۶۵ درصد موارد «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در ۱۰ سالگی و سپس ۱۳ سالگی نمایان شد. اختلالات گفتار و زبان نیز در نیمی از افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» آشکار شدند. برحسب تعاریف از نشانگان شدید «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»، همه آن‌ها با این شرایط اختلال گفتار و زبان داشتند و در مقابل در افراد با شدت خفیف تا متوسط، تقریباً ۱ نفر از هر ۴ نفر اختلال مشابه را داشتند.

از هر ۳ نفر، ۲ نفر با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» ملاک‌های اختلالات روان‌پزشکی DSM_III_R (بیش از «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و اختلال ناهماهنگی رشدی) یا اختلال شخصیت را در سن ۱۶ سالگی داشتند. یک نسبت مشابه در ۲۲ ساله‌ها نیز مشاهده شد. در میان اختلالات تشخیص داده شده در ۱۶ ساله‌ها و ۲۲ ساله‌ها اختلالات شخصیت، اختلال سوء مصرف مواد و اختلالات دوقطبی شیوع بیشتری داشتند. اختلالات تیک (مثل نشانگان تورت) به صورت

بیش‌فعالی» بدون همراهی اختلال ناهماهنگی رشدی داشته باشد. ارتباط با عزت نفس پایین ممکن است پیش-بینی‌کننده مهم نتایج ضعیف باشد، اما در حال حاضر، این نتیجه نشان‌دهنده همزمانی چند پیشامد است.

نتایج طولانی‌مدت «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» (در دهه ۳۰ زندگی) ناشناخته است. اگرچه مطالعات گذشته نگر نشان داده‌اند که «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» باقی می‌مانند و می‌توان به صورت قابل اطمینانی حتی بعد از سن ۵۰ سالگی آن را تشخیص داد (راستم^۱ و همکاران).

عوامل خطر زا برای گسترش «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»

عوامل خانوادگی نقش مهمی را در «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» ایفا می‌کنند. از هر ۲ کودکی که دارای همشیر یا والد دارای این مشکل هستند، یک نفر به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تاثیر درجه دشواری نشانه‌ها قرار می‌گیرد. ممکن است برادر نوع ترکیبی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»، مادر نوع نارسایی توجه و پدر، اختلال ناهماهنگی رشدی داشته باشد. برحسب دو مطالعه گوناگون، عوامل خانوادگی در یک سوم موارد به سبب‌شناسی مرتبط بودند.

عوامل خطرزای پیش از تولد نیز در پدیدآیی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» اهمیت بسیاری دارند. وزن پایین هنگام تولد و تولد زودرس همواره رابطه خود را با «اختلال نارسایی توجه / بیش-فعالی» نشان داده‌اند و در «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» نیز دخالت دارند. مصرف الکل مادر در دوران حاملگی با افزایش خطر «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در نوزادان در ارتباط است.

نشانه‌های خام حرکتی در ارزیابی تشخیصی نشان می‌دهد که گرچه مهارت‌های حرکتی با افزایش سن بهتر می‌شوند اما این بهبود نسبت به آزمایش دقیق گروه کنترل معنادار نبود. با این وجود، اختلال ناهماهنگی رشدی در بزرگسالانی که در سنین پایین تر فاقد آن بودند، مشاهده نشد.

نقص توجه تا سنین بزرگسالی در افراد با نشانگان شدید «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» ادامه می‌یابد. اگرچه ملاک کامل برای «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» در سن ۲۲ سالگی از هر ۲ نفر تنها در ۱ نفر مشاهده می‌شد. شاید این امر به این خاطر است که نشانه‌های آشکار بیش‌فعالی و تکانشگری حتی در مواردی که نقایص توجه آن‌ها تا دهه ۲۰ ادامه یافته است، کاهش می‌یابد.

تلاش‌هایی که به منظور یافتن اطلاعات مربوط به عوامل زمینه‌ای عملکرد ضعیف روانی اجتماعی در اوایل بزرگسالی در افراد دارای «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» که درمان نشده بودند، صورت گرفتند، خیلی موفقیت‌آمیز نبودند. افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به صورت خود به خودی-اگر درمان نشوند- مستعد اختلالات روان‌پزشکی، گسترش رفتارهای ضد اجتماعی و مصرف مواد در اوایل بزرگسالی هستند.

اطلاعات مقدماتی از دنبال کردن مطالعه نشانه‌های اختلال ناهماهنگی رشدی در پسرها ممکن است مشکلات زیادی را جمع به سلامت روانی اجتماعی آن‌ها را تصدیق کند. پسرهای دارای مشکلات کنترل حرکتی به-طور محسوسی عزت نفس پایینی دارند. نشانه‌های اختلال ناهماهنگی رشدی در «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» ممکن است نشانه قابل ملاحظه‌ای از شدت اختلال باشد و رابطه‌ای قوی با اختلالات طیف اوتیسم و شکست تحصیلی در مقایسه با موارد «اختلال نارسایی توجه /

دوپامین، گیرنده‌های D2 دوپامینی و ژن گیرنده D4 دوپامین در افراد با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» به درستی عمل نمی‌کنند.

وزن پایین هنگام تولد و تولد زودرس همواره رابطه خود را با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» نشان داده‌اند و در «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» نیز دخالت دارند

با این وجود عملکرد بد ژن‌های دوپامین شاید فقط در مورد کسر کوچکی از جمعیت عمومی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» صدق نماید. مطالعات جدید شواهدی از ارتباط میان «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و نابهنجاری‌هایی در بازوی کوتاه کروموزوم ۱۶ فراهم کرده‌اند. این امکان وجود دارد که اساس عصبی-زیستی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» شامل چندین سیستم الکتریکی دیگر مغز که فرستنده و تعدیل‌کننده‌های عصبی دیگری به غیر از دوپامین را به کار می‌برند (نور آدرنالین، گلوتامات و ...) باشد اما شواهد این زمینه به آرامی در حال ظهورند. مشکلات کنترل حرکتی با بدعملکردی سیستم دوپامین در ارتباط است. روی هم رفته شواهد اندکی در زمینه اساس عصبی زیستی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» وجود دارد.

شواهد عصب روان‌شناختی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»

اگرچه «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» تنها در صورت عدم وجود اختلال یادگیری تشخیص داده می‌شود، این اختلال امروزه به عنوان شرایط خفیف کم توانی ذهنی از لحاظ بالینی پذیرفته و تشخیص داده می‌شود. یکی از مطالعات روی جمعیت «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» (یا «اختلال

کشیدن سیگار توسط مادر در دوران حاملگی تاثیر مشابهی در به‌وجود آمدن «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» یا «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» در کودک دارد. در یکی از مطالعات سوئدی، خطر اختلال گفتاری زبانی حتی از خطر «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» نیز در نوزادان مادران سیگاری بالاتر بود.

ترکیب عوامل خطرزای پیش از تولد و عوامل خانوادگی در زمینه بروز «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» موثر است. اغلب یک والد با نشانگان جزبی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و تاریخچه عوامل خطرزای شناخته شده پیش از تولد جهت افزایش آمادگی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» وجود دارد.

عوامل خطرزای روانی اجتماعی در «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» بسیار نمایانگرند. این عوامل با بسیاری از مشکلات روان‌پزشکی، رفتاری و هیجانی همبندی داشتند. بنابراین مثلاً شرایط رشد غیر ایده‌آل (شامل استفاده از الگوهای ناپیوسته تربیتی والدین) به «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» مربوط نیست، اما به‌طور برجسته‌ای پیش‌بینی‌کننده نابهنجاری‌های روان‌پزشکی در افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» است.

فرضیه‌ها پیرامون سبب شناسی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»

«اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» گاهی با بدعملکردی دوپامینی ارتباط دارد. تأثیرات مثبت بالینی محرک‌های معینی که بر عملکرد سیستم دوپامین اثرگذارند، شناخته شده است و از این عقیده در سبب‌شناسی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» حمایت می‌کند. اخیراً چندین مطالعه ژنتیکی نشان داده‌اند که پروتئین‌های حاصل

باشند، خواه بی‌مهارتی حرکتی یا مشکلات ادراکی. نقایص خاص کارکردهای اجرایی کودک روی نتایج خرده‌آزمون‌های ذکر شده WISC اثر گذار است.

سنجش تشخیصی

همه کودکان با نشانگان شدید «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به ارزیابی تشخیصی در مقاطع مختلف رشدی و به وسیله چندین متخصص در موضوعات مختلف مثل روان‌پزشک کودک، روان‌شناسان بالینی، گفتار درمانگر، فیزیوتراپیست و کار درمانگران به علاوه یک معلم آموزش ویژه نیاز دارند. بسیاری از افراد با نشانگان خفیف «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به ارزیابی نیاز دارند اما بسیاری از آنان ممکن است به طور مناسبی در سرویس‌های اولیه مورد رسیدگی قرار گیرند برای مثال به وسیله مراقبان سلامت در مدارس، پزشکان عمومی یا متخصصان کودک.

اساس ارزیابی در همه موارد مضمون ابتلا به «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی»، اختلال ناهماهنگی رشدی یا ترکیبی از این دو («نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک») شناسایی را از طریق بررسی تاریخچه کامل رشدی (معمولاً از یکی از والدین) و تمرکز روی علائم بی‌توجهی، بیش‌فعالی، تکانشگری، اختلالات طیف اوتیسم، تیک‌ها، مشکلات سلوک، بدعملکردی کنترل حرکتی، مشکلات زبان و گفتار، شکست تحصیلی و افسردگی افزایش می‌دهد. معاینه فردی کودک شامل مجموعه مختصر رشد عصبی کودک در همه موارد، مورد نیاز است. معاینه حرکتی باید روی جنبه‌های عملکرد مثل ایستادن روی یک پا، لی لی روی یک پا، راه رفتن با کناره‌های پاها و بردن یک دایره از یک کاغذ متمرکز باشد. مشکلات ادراکی ممکن است توسط آزمون‌های خاص ادراکی (مثل آزمون‌های یکپارچگی حسی کالیفرنیا جنوبی) یا از روی خرده‌آزمون‌های

نارسایی توجه / بیش‌فعالی و اختلال ناهماهنگی رشدی) نشان داد که هوشبهر غیر کلامی زیر ۷۰ در تقریباً ۱ نفر از هر ۶ فرد با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» همراه با اختلال ناهماهنگی رشدی مشاهده می‌شد. این نسبت مشابه افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» است.

هوشبهر کلی کودکان با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» (شامل زیر گروه بیش‌فعال همراه با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک») ۸-۵ نمره پایین‌تر از جمعیت عمومی بود. شواهد عصب روان‌شناختی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» شبیه «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» است اگرچه آزمون‌های ادراک حرکتی-دیداری ممکن است میزان بالایی از بدعملکردی را نشان دهند. عملکرد بد کارکردهای اجرایی تقریباً مثل سایر اختلالات عصبی روانی و عصبی رشدی عالم‌گیر است. چنین می‌نماید که یک زیر گروه با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» (تقریباً نیمی از موارد) از طریق دو خرده‌آزمون یا بیشتر از خرده‌آزمون‌های WISC¹ (شامل محاسبات، فراخوانی ارقام، نماد ارقام و اطلاعات) مورد بررسی بودند در حالی که زیر گروه دیگر افسرده بودند. استدلال می‌شود که «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» می‌تواند نتیجه «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» حقیقی (همراه با اختلال ناهماهنگی رشدی) یا نتیجه سوء تعبیر هوشبهر زیر سطح بهنجار باشد. امروزه در جامعه هوشبهر زیر سطح بهنجار برای همه تشخیص‌ها و «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» / «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» غیر قابل قبول است. به‌طور مشخص، یک کودک با هوشبهر زیر سطح بهنجار به مدارس عادی‌سازی شده سپرده می‌شود خواه نقص توجه داشته

1. Wechsler Intelligence Scale for Children

افراد با «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» بدون اختلال ناهماهنگی رشدی نیازمند مداخلات نیستند و بهبود نسبتاً خوبی خواهند یافت. این حقیقت که تعداد اندکی از افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» بدون هیچ کمک خاصی در طولانی مدت بهبود می‌یابند، یکی از دلایل اصلی این موضوع است که چرا اصطلاح «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در حوزه بالینی کمک کننده است.

الف. روانی آموزشی

همه خانواده‌های با کودک مبتلا به «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به مداخلات روانی آموزشی نیاز خواهند داشت. والدین به دادن اطلاعاتی با حضور کودک و به طور جداگانه (زیرا ممکن است آن‌ها اطلاعات حساسی داشته باشند که نخواهند با کودک در میان گذاشته شود) نیاز دارند. والدین و متخصصان اغلب می‌پرسند که چه زمانی وقت صحیح دادن اطلاعات به کودک در مورد شرایطش است؟ پاسخ این است که همیشه به محض اینکه تشخیص قطعی به عمل آمد، کودک اولین فردی است که حق دارد از آن آگاه شود. هر چیزی که نامش از سایر اسامی کمتر وحشتناک باشد، نامی مناسب است. این تفکر که کودکان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» از مشکل خود آگاه نیستند، صحیح نمی‌باشد. برعکس نقایص توجه، بی-مهارتی و مشکلات یادگیری شان بارها و بارها توسط خواهران و برادران، همسالان، والدین و سایر بستگان به آنها یادآوری می‌شود. به راستی مشکل عمده آن است که آنها (و نزدیکان و عزیزانشان) عنوانی برای این مشکلات ندارند، پس بهتر است که یک برچسب تشخیصی برای این مشکلات وجود داشته باشد. انتقال این پیام دارای اهمیت است که نه هیچ یک از کودکان و نه هیچ فرد دیگری در این مورد مقصر نیستند. برداشت

ادراک بینایی WISC و طراحی و کپی کردن تکالیف چندین نمونه شناسایی شوند. جدول ۲ خطوط کلی سنجش و ارزیابی رویه عملکرد در «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲. سنجش تشخیصی و ارزیابی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»

همه افراد:
تاریخچه رشدی دقیق از مراقب اولیه مصاحبه ADHD_R پرسشنامه های مشابه مثل چک لیست رفتاری کودک معاینه عصبی حرکتی مختصر مثل توصیف بوسیله گیلیبرگ یا معاینه طبی حرکتی معاینه مختصر عمومی بدن شامل قد، وزن، محیط سر، بینایی و شنوایی و ناهنجاری‌های جسمانی جزئی چندگانه مثل توصیف به-وسیله والدراپ و هالورسون .
برای افراد با نشانه های شدید: موارد بالا علاوه بر:
نوار مغزی کار یوتایپ تحلیل DNA تصاویر مغزی

مداخلات

در مورد استفاده از داروهای روان گردان، شواهد اندکی پیرامون بهبود نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» / «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» وجود دارد. با این وجود، بر پایه ۳۰ سال تجربه مولف در این زمینه، روشن است که کودکان سنین مدرسه با نشانگان شدید «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» نیازمند ارزیابی جامع، مداخله و گاهی برنامه‌های درمانی بلند مدت توسط گروهی از متخصصان در زمینه‌های مختلف هستند. تجارب بالینی نشان می‌دهند که تعدادی از

پ. مداخلات کنترل حرکتی

تقریباً نیمی از افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به برنامه های خاصی جهت درمان و تسکین مشکلات کنترل حرکتی نیازمندند. در رابطه با معلمان، مهم ترین قسمت مداخلات آگاه کردن معلم آموزش جسمانی از مشکلات کنترل حرکتی کودک است. آموزش جسمانی در گروه کوچکی از کودکان دارای علایق مشترک، اغلب موضوع مهم علاقه به مشارکت را حل می کند. کودکان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» شامل زیر گروه بزرگی از همه افرادی هستند که مشارکت در آموزش جسمانی را رد می کنند. یک فیزیوتراپیست یا یک کار درمانگر ممکن است به ارزیابی دقیق عملکردهای حرکتی ظریف یا درشت و تجویز برنامه آموزشی خاصی نیاز داشته باشند. مشکلات کنترل حرکتی کودکان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در ادبیات بالینی مورد غفلت واقع شده اند. کار روی چیزهایی مثل قدرت ماهیچه (بسیاری از افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» سستی عضلانی دارند)، حالت بدن (اغلب قوز کرده و سخت هستند)، تصویر بدنی (معمولاً از شکل افتاده است) و بدعملکردی حرکتی ظریف (مشکلات گرفتن مداد، مشکلات در بستن بند کفش، خوردن به طور مناسب) ممکن است همیشه موضوع مهمی برای کودکان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» باشد. آموزش این موضوعات ممکن است موجب تصویر بهتری از خود در کودک گردد که به احتمال قوی برای او سودمند خواهد بود.

ت. درمان زبانی گفتاری و برنامه های اختلال خواندن

مشکلات زبانی گفتاری و اختلال خواندن با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به طور نزدیکی در ارتباطند. هیچ یک از افراد با «نشانگان نقص توجه، کنترل

صحیح از داغ «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» و طبیعت عصبی رشدی این شرایط توسط افرادی که با آن درگیرند (مثل خواهران و برادران، معلمان و گاهی سایرین) شاید یکی از مهمترین مداخلات یک دکتر یا روان شناس به حساب آید. بالا بردن سطح اطلاعات خانواده توسط نظرات کارشناسانه در مورد «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک»، «اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی» و اختلال ناهماهنگی رشدی و همبودی هایشان در همه موارد ضروری است. اغلب مردم می پرسند: اگر قصد درمان ندارید، چرا تشخیص می دهید؟ پاسخ ساده این است: مداخلات روانی آموزشی اولین و مهمترین قسمت از نقشه مداخلات است.

ب. نیازهای خاص آموزشی

بیشتر کودکان با نشانگان «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» نیازمند سازگاری هایی در محیط مدرسه شان هستند. این امر تنها می تواند با دادن اطلاعات به معلم پیرامون مشکل کودک انجام شود. ممکن است قرار گرفتن در کلاس های خاص در تمام یا قسمتی از روز در مدرسه ضروری شود. نسبت بالای معلمان به کودکان همیشه شرط لازم فرایند آموزش تحصیلی برای کودکان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» است. ادامه تکلیف بدون علاقه غیر ممکن است. معلم آگاه به کودک زمان استراحت کافی می دهد. بیشتر کودکان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» تکالیف مدرسه را در صورت اختصاص زمان بیشتر به خوبی مدیریت خواهند کرد اما آنها به اوقات استراحت کوتاه و منظمی جهت حفظ تمرکز نیاز دارند. داشتن یک مربی جهت هدایت کودک از طریق فعالیت های روزانه (خصوصاً در مدرسه) اغلب یکی از بهترین روش ها برای حل مشکلات کودکان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» است.

افزایش اند. بنابراین مثلاً یک ماده جدید به نام آتوموکستین^۱ اثرات مثبتی را در درمان «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و علائم آن نشان داده است. نقش اصلی این مداخلات دارویی در حال حاضر نامشخص‌اند اما در چند سال آتی، زمانی که ما درمان دارویی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» و «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» را انتخاب کنیم، درمان‌های گوناگونی را در اختیار خواهیم داشت.

داروها نباید در درمان «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به کار روند مگر این‌که سایر راه‌های مداخله‌ای در ابتدا آغاز شده باشند. در موارد افراطی و خصوصاً اگر متغیر مدرسه و خانه به طور جدی مورد بحث باشد یا اگر پذیرش در بیمارستان مطرح باشد، درمان دارویی حتی در اولین ارزیابی بعد از تشخیص قطعی «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» مناسب خواهد بود. به عبارت دیگر سایر مداخلات برای یک دوره شش‌ماهه یا بیشتر، قبل از انتخاب درمان دارویی به عنوان یک درمان اضافه شونده به سایر درمان‌ها، عاقلانه خواهد بود.

ج. روان‌درمانی

این‌که روان‌درمانی به‌خودی‌خود از سایر درمان‌ها بهتر است، ثابت نشده است و معمولاً اثری برابر با دارودرمانی در «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» دارد. کودکان کوچک‌تر و حتی بسیاری از نوجوانان با «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» بسیار بی‌توجه و تمرکز هستند و درمان توأم افراد خانواده و تحلیل آنها ضروری است. بعضی از افراد دارای «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» در اواخر نوجوانی و بزرگسالی دچار بسیاری از مشکلات هیجانی ثانویه می‌شوند، بنابراین

حرکتی و ادراک» با اختلال زبانی گفتاری یا با اختلالات شدید خواندن برنامه مداخله‌ای خاص که به رفع مشکلات آنها کمک می‌کند را مورد توجه قرار نمی‌دهند. نکته قابل ذکر این است که تأکید روی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» اغلب منجر به شکست در شناسایی و تشخیص مشکلات زبانی و خواندن-نوشتن در کودکان می‌شود.

ث. داروشناسی روانی

هیچ یک از مشکلات دوران کودکی پی‌بندی بهتری از «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» از لحاظ اصول درمان دارویی ندارند. پیرامون اثربخشی داروهای محرک بر نشانه‌های اصلی «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری) و بعضی از مشکلات مربوط (مثل بدعملکردی حرکتی ظریف و اختلالات سلوک) شواهدی وجود دارند. داروهای محرک بیش از ۶۵ سال است که برای درمان «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و مشکلات مربوط به آن در آمریکا به کار رفته است. میلیون‌ها کودک درمان‌های این‌چنینی دریافت کرده‌اند. هیچ پشتیبانی برای این ادعا وجود ندارد که کنترل خوب درمانی منجر به سوء مصرف مواد یا سایر مشکلات بزرگ روانی اجتماعی می‌شود. برعکس، شواهد زیادی وجود دارند که می‌گویند درمان دارویی به کاهش خطر اختلال سوء مصرف مواد بعدی منجر می‌شود و «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» / «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» به خودی خود در صورت عدم درمان پیش‌بینی‌کننده قوی سوء مصرف مواد هستند. مطالعات طولی تأثیرات مثبت داروهای محرک را بعد از یکی دو سال تداوم درمان نشان دادند. امروزه مطالعات علمی پشتیبانی‌کننده دارو درمانی در درمان «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» / «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» رو به

1. Atomoxetine

«اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» افزوده شوند. مفهوم «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به جلب توجه اهمیت بالینی اختلال ناهماهنگی رشدی در «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» کمک می‌کند. مفهوم «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» از طرق مختلف تأثیر زود گذر مهمی در مفهوم نشانگان آسپرگر و اختلالات طیف اوتیسم دارد و به جلب توجه یک زیر گروه مهم که با سطوح عادی هوشبهر همبودی دارد، کمک می‌کند. خانواده‌های افراد با نشانگان آسپرگر به سادگی با مفهوم «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» آشنا هستند تا «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی». شاید دلیل این باشد که کودکان آنها و مشکلات مختلف ایشان در طبقه «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» بهتر از «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» جای می‌گیرند. «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» می‌تواند پیوندی تاریخی میان «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و اختلالات طیف اوتیسم به وجود آورد که این ارتباط بی‌تردید یک موضوع داغ برای مباحث در سال‌های آتی خواهد شد.



روان‌درمانی باید یکی از عناصر ضروری مداخله برای آنها باشد. در بعضی موارد، برای درمانگر ضروری است که از مسائل مربوط به «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» و «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» مطلع باشد.

نتیجه گیری

«نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» زیر گروهی از «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» است که شرایط ملازم اختلال ناهماهنگی رشدی نیز هست. وجود علائم اختلال ناهماهنگی رشدی در «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» پیش‌بینی‌کننده مشکلات بیشتر تحصیلی و نوع اوتیستیک در مقایسه با جمعیت «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» بدون اختلال ناهماهنگی رشدی است. ۱/۵ درصد کودکان سنین دبستان به شرایط سخت این اختلال و درصد اندک دیگری به میزان خفیف یا متوسط آن مبتلا هستند. همه افراد با نشانگان شدید «نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» به ارزیابی و مداخله در سنین اولیه دبستان نیازمندند در حالی که نیاز افراد با میزان متوسط «نشانگان نقص توجه، کنترل حرکتی و ادراک» غیر قابل پیش‌بینی است. «اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی» و مولفه‌هایش نیاز به نوعی مداخله عمومی برحسب شرایط دارند هرچند اختلال ناهماهنگی رشدی و سایر همبودی‌ها باید به برنامه‌های مداخله‌ای

منبع :

Gillberg,C.(2003). Deficits in attention, motor Control, and perception: a brief review.
Downloaded from adc.bmj.com on May 9, 2012 - Published by group.bmj.com