

باغچه خندان

طبابت همنراست،

همنراجهانگی قلب و اندیشه



سرشناسه	ناصری سینکی، مهشید، ۱۳۷۱
عنوان و نام پدیدآور	روان پزشکی کودکان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵ Kaplan & Sadock's synopsis psychiatry, 12th. ed, 2022/ ترجمه و تلخیص و ویرایش بر اساس سیناپس ۲۰۲۲ مهشید ناصری سینکی، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	۳۸۶ ص: مصور، جدول.
شابک	ریال شابک: ۶-۳۷۲-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ ج ۳
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry, 12th. ed, 2022 " اثر رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوئن، با همکاری پدرو روئیز است. چکیده روانپزشکی بالینی.
عنوان دیگر	کودکان -- روان پزشکی Child psychiatry
موضوع	کودکان -- روان شناسی Child psychology
	کودکان -- آزمون ها و تمرین ها. Child psychiatry -- Examinations, questions, etc.
	کودکان -- روان شناسی -- آزمون ها و تمرین ها. Child psychology -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	بولند، رابرت جوزف Boland, Robert Joseph
شناسه افزوده	وردوئن، مارشا ال. Verduin, Marcia L.
شناسه افزوده	روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م.
شناسه افزوده	Ruiz, Pedro
شناسه افزوده	کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، ویرجینیا. ، ۱۹۳۸ - م. چکیده روانپزشکی بالینی
رده بندی کنگره	RJ۴۹۹
رده بندی دیویی	۹۲۸۹/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۹۱۲۴۶۳۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

عنوان کتاب: روان پزشکی کودکان - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر مهشید ناصری سینکی، دکتر فرشاد صادقی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۶-۳۷۲-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
حروفچینی و صفحه آرایی: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	بهاء: ریال
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

روان پزشکی کودکان

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ

تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵

Kaplan & Sadock's_synopsis psychiatry, 12th. ed, 2022

ترجمه و تلخیص

دکتر مهشید ناصری سینکی

رتبه برتر بوردا تخصصی ۱۴۰۱

دکتر فرشاد صادقی

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر صبا رضانیا

رتبه ۱۰ درصد بوردا تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممذود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رفعت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم فود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاکران درگاهت و مقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، هامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آفرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین فود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به فود افتصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم

فهرست مطالب



فصل ۱-۲- کم‌توانی ذهنی	۹
فصل ۲-۲- اختلالات ارتباطی.....	۵۱
فصل ۲-۳- اختلال اوتیسم «اختلال طیف درخودماندگی».....	۷۷
فصل ۲-۴- اختلال ADHD.....	۱۱۱
سؤالات و پاسخنامه ارتقاء و مورد ۱۴۰۴.....	۱۴۹
فصل ۲-۵- اختلالات یادگیری اختصاصی.....	۱۶۷
فصل ۲-۶- اختلالات حرکتی.....	۱۷۵
فصل ۲-۷- اختلال تغذیه و خوردن در شیرخوارگی و کودکی.....	۱۹۳
فصل ۲-۸- اختلال وابسته به عامل تنش‌زا یا آسیب‌زا در کودکان	۲۰۱
فصل ۲-۹- اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و نوجوانان	۲۱۳
فصل ۲-۱۰- اختلال دو قطبی با شروع زودرس	۲۲۷
فصل ۲-۱۱- Disruptive Mood Dysregulation Disorder	۲۳۳
فصل ۲-۱۲- اختلال مقابله جویانه همراه با نافرمانی.....	۲۳۹
فصل ۲-۱۳- اختلالات اضطرابی در نوزادی، کودکی و نوجوانی.....	۲۴۷
فصل ۲-۱۴- سکوت انتخابی	۲۶۱
فصل ۲-۱۵- اختلال وسواس اجباری در کودکان و نوجوانان	۲۶۵
فصل ۲-۱۶- اسکیزوفرنی زودآغاز.....	۲۷۳
فصل ۲-۱۷- سوء مصرف مواد در نوجوانان	۲۸۱
فصل ۱-۳۲- رشد شیرخوار، کودک و نوجوان.....	۲۸۷
سؤالات و پاسخنامه ارتقاء و مورد تا سال ۱۴۰۳.....	۳۲۷

کم توانی ذهنی

Intellectual Disability

تعریف ← محدودیت چشمگیر در کارکرد هوشی و رفتارهای انطباقی است که قبل از ۱۸ سالگی بروز پیدا می‌کند. کارکرد هوشی شامل استدلال، یادگیری و حل مسئله است و رفتار انضباطی شامل مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و عملی می‌باشد.

✓ اجماع نظر بر آن است که برای تعیین سطح کم توانی ذهنی

- ارزیابی بهره هوشی (IQ) ضروریست ← ^{یعنی} توانایی‌های شناختی
- ارزیابی انطباق اجتماعی هم ← ^{یعنی} کفایت تکالیف روزانه

* در DSM₅ ← سطوح IQ بر اساس کارکرد انطباقی مهم است نه نمرات IQ، زیرا کارکرد انطباقی است که میزان حمایت مورد نیاز را مشخص می‌کند و نمرات IQ در بخش‌های پایین دامنه نمرات اعتبار کمتری دارند.



✓ شدت کم توانی ذهنی ^{مستلزم} ← ارزیابی کارکرد فرد در

- حوزه مفهومی ← مهارت‌های تحصیلی
- حوزه اجتماعی ← روابط فردی
- حوزه عملی ← بهداشت شخصی

است.

در ICD₁₀ همچنان نمره IQ تعیین کننده‌ی شدت است که در ICD بعدی قرار است تجدید نظر شود.

در حال حاضر آموزش عمومی برای اینکه کودکان از جمله کودکان با ناتوانی، طبق قانون اجباری است.



✓ از دیدگاه AAIDD (انجمن کم توانی ذهنی آمریکا) ← کم توانی ذهنی یک تعامل کارکردی بین فرد و محیط است و نه یک توصیف استاتیک از محدودیت‌های فرد با توجه به کارکرد انطباقی فرد به حمایت محیطی نافذ، گسترده، محدود یا متناوب نیاز دارد.

✓ با استفاده از آزمون استاندارد هوشی ← $IQ \geq 70$ و یا دو انحراف معیار کمتر از متوسط در یک آزمون واحد به عنوان بهره هوشی زیر حد متوسط می‌توان در نظر گرفت.

<p>برقراری ارتباط مهارت‌های روزانه</p> <p>زندگی</p> <p>اجتماع‌پذیری</p> <p>مهارت‌های حرکتی (حداکثر تا ۴ سال و یازده ماه)</p>	}	<p>✓ جهت سنجش میزان رفتار انطباقی ← استفاده از مقیاس "Vineland" شامل</p>
<p>کمک‌کننده است.</p>		

✓ تقریباً در ۸۵٪ موارد ← بر اساس DSM₅ ← کم توانی ذهنی "خفیف" دارند ← که شامل این موارد است:

$(IQ=50-70)$ + شدت کارکرد انطباقی در محدوده خفیف

طبق DSM₅ فقط هنگامی تشخیص کم توانی ذهنی را گذاشت که هم نقایص در عملکرد هوشی هم نقایص در کارکرد وجود داشته باشد، پس شدت بر اساس سطح تخریب کارکرد انطباقی تعیین می‌شود.

عوامل ایجاد کننده‌ی کم توانی: عوامل ژنتیکی، محیطی و روانی اجتماعی بر این اختلال مؤثر است.

۱. عوامل ژنتیکی ← سندروم x شکننده / سندروم داون / سندروم پرادر - ویلی

۲. عوامل محیطی و رشدی ←

- مسمومیت تحت بالینی با سرب
- مواجهه پیش از تولد با داروها و الکل
- سموم

<p># کارکردهای انطباقی</p> <ul style="list-style-type: none"> - برقراری ارتباط - مراقبت از خود - مهارت‌های اجتماعی - اوقات فراغت و درک ایمنی 	}	<p>که در کودکان با IQ پایین دچار اختلال می‌شود.</p>
--	---	---



Table 2-1
Intellectual Disability

	DSM-5	ICD-10
Diagnostic name	Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	Mental Retardation
Duration	The symptoms arise during development	Occurs during the developmental period
Symptoms	Deficits in: <ul style="list-style-type: none"> • Reasoning • Abstraction • Judgment • Learning • Adaptive functioning 	Incomplete mental development Affects skills related to intelligence: <ul style="list-style-type: none"> • Cognitive • Language • Motor • Social abilities
Psychosocial consequences of symptoms	Symptoms delay developmental milestones, achieving independence and social functioning	
Severity specifiers	Profound Severe Moderate Mild	Estimated by IQ: Mild: 50–69 Moderate: 35–49 Severe: 20–34 Profound: <20

میزان شدت کم توانی ذهنی: طبق DSM5 شامل mild, moderate, severe, Profound است.

- کارکرد هوشی مرزی یعنی IQ در محدوده ۷۰-۸۰ ≤ هر چند در DSM5 به صورت یک طبقه‌ی تشخیصی وجود ندارد و در قسمت شرایطی که نیاز به توجه بالینی دارند، آورده شد.



ویژگی‌های رشدی کودکان با کم توانی ذهنی

- ۸۵٪ از موارد کم توانی ذهنی \Leftarrow شناسایی تا بعد از کلاس اول یا دوم

- اغلب تا کلاس ششم پیش می‌روند.

- علل اختصاصی معمولاً شناسایی نمی‌شود.

- سطح IQ \Leftarrow [۷۰-۵۰]

- با حمایت مناسب می‌توانند زندگی مستقل داشته و خانواده‌ی خود را اداره کنند.

- حدود ۱۰٪ موارد

- آن‌ها از لحاظ تحصیلی \Leftarrow نهایتاً تا کلاس دوم، سوم درس می‌خوانند.

- کارکرد اجتماعی \Leftarrow به طور متوسط زبان می‌آموزند و در اوایل کودکی به میزان کافی ارتباط

برقرار می‌کنند. معمولاً دچار انزوا به علت مشکل در اجتماع‌پذیری دارند - در بزرگسالی تحت

نظارت کارهای با مهارت کم (نیمه ماهرانه) می‌پردازند.

- IQ = [۳۵-۵۰]

- حدود ۴٪ موارد \Leftarrow در این گروه احتمال شناسایی علت بیشتر از انواع خفیف است.

- توانمندی‌ها \Leftarrow ممکن است در کودکی مهارت‌های ارتباطی را فرا گیرند، بشمارند، کلماتی که

برایشان اهمیت دارد را شناسایی کنند، در بزرگسالی تکالیف مربوط به کار را تحت نظارت انجام

دهند،

- IQ = [۲۰-۳۵] عموماً در سال‌های قبل از مدرسه آشکار می‌شود

- این افراد در بزرگسالی ممکن است بر شرایط زندگی تحت نظارت نظیر خانه‌های گروهی انطباق

حاصل کنند و کار را نیز تحت نظارت رشد حرکتی ضعیف انجام دهند.

- با رویکردهای رفتاری تا حدی توانایی مراقبت از خود را بهبود داده.

- حدود ۱-۲٪ - در اکثر این افراد علت قابل شناسایی است.

- می‌توانند برخی مهارت‌های مراقبت از خود را یاد بگیرند، نیازهای خود را بیان کنند.

- توانایی برقراری ارتباط و مهارت‌های حرکتی به شدت محدودند.

- تا بزرگسالی ممکن است مختصری تکلم را یاد بگیرند.

- IQ > ۲۰

- برخی خصوصیات در این‌ها شایع‌تر است شامل: بیش‌فعالی، تحمل کم ناکافی، حرکات قالبی،

رفتارهای جرح خود، ناپایداری خلق

(A) کم توانی خفیف

(B) کم توانی متوسط

(C) کم توانی شدید

کم توانی ذهنی عمیق



- در افراد < ۵ سال ← قویاً مشکوک به کم توانی ذهنی که ارزیابی آن‌ها دشوار است.
- ممکن است مشکلات جسمانی یا حسی یا روانی همزمان داشته باشند، مثل نابینایی - ناشنوایی ← در نتیجه: نمی‌توان از ابزارهای معمول برای تشخیص آن‌ها استفاده کرد.

←

کم توانی ذهنی نامعین

Intellectual
Developmental Disorder

Table 2-2
Developmental Characteristics of Intellectual Disability

Level of Intellectual Disability	Preschool Age (0-5 yr) Maturation and Development	School Age (6-20 yr) Training and Education	Adult (21 yr and Above) Social and Vocational Adequacy
Profound	Gross disability; minimal capacity for functioning in sensorimotor areas; needs nursing care; constant aid and supervision required	Some motor development present; may respond to minimal or limited training in self-help	Some motor and speech development; may achieve very limited self-care; needs nursing care
Severe	Poor motor development; speech minimal; generally unable to profit from training in self-help; little or no communication skills	Can talk or learn to communicate; can be trained in elemental health habits; profits from systematic habit training; unable to profit from vocational training	May contribute partially to self-maintenance under complete supervision; can develop self-protection skills to a minimal useful level in controlled environment
Moderate	Can talk or learn to communicate; poor social awareness;	Can profit from training in social and occupational skills; unlikely	May achieve self-maintenance in unskilled or semiskilled work under



	fair motor development; profits from training in self-help; can be managed with moderate supervision	to progress beyond second-grade level in academic subjects; may learn to travel alone in familiar places	sheltered conditions; needs supervision and guidance when under mild social or economic stress
Mild	Can develop social and communication skills; minimal retardation in sensorimotor areas; often not distinguished from normal until later age	Can learn academic skills up to approximately sixth-grade level by late teens; can be guided toward social conformity	Can usually achieve social and vocational skills adequate for minimal self-support, but may need guidance and assistance when under unusual social or economic stress

- در کم توانی ذهنی خفیف وقتی این کودکان بزرگ‌تر می‌شوند نقایص شناختی مثل مشکل در تفکر انتزاعی و تفکر خودمحور (Egocentric) باعث تمایزشان از سایرین می‌شود. اعتماد به نفس پایین در روابط اجتماعی‌شان خلل ایجاد می‌کند.
- هر چه شدت ID بیش‌تر، شیوع و شدت رفتارهای جرح خود بیشتر است.

سوال: مهسا خانم دختر ۴ ساله‌ای است که به دنبال زایمان سخت به دنیا آمده است و در ارزیابی تکاملی ویژگی‌های زیر را داراست:

Poor motor development, Minimal speech, Little or no communication skills, Generally unable to profit from training in self.

بر اساس DSM5، intellectual disability وی در کدام طبقه است؟ (شیراز ۹۸)

Moderate (ب)

Mild (الف)

Profound (د)

Sever (ج)

پاسخ: ب



در ID خفیف و متوسط در صورت آگاهی فرد از تفاوت‌های خود با سایرین اعتماد به نفس پایین است.
اپیدمیولوژی:

- شیوع در کشورهای غربی ۱-۳٪ کل جمعیت است.
- بالاترین میزان بروز ← در سنین مدرسه^{اوج} [۱۰-۱۴] سالگی است.



- مردان < زنان ← ۱/۵ برابر

- نوع خفیف تا متوسط تا اواسط کودکی تشخیص داده نمی‌شود.
- علت دشواری در تعیین میزان بروز
- مهارت‌های انطباقی گاه‌گاهاً تا اواخر نوجوانی تخریب نمی‌شود.

کوموربیدیتی:

- هر چه شدت کم توانی ذهنی بیشتر ← خطر ابتلا به سایر اختلالات روانی بیشتر ← نوع اختلال روانی هم تابع شدت کم توانی است.
- تا ۲/۳ موارد مبتلا به سایر اختلالات روانی هستند.
- رفتارهای ایذایی و رفتارهای اختلال سلوک در Mild ID بیشتر هستند.
- کراتیریای اوشیم و رفتارهای تحریکی و خود تخریبی در severe ID بیشتر هستند.
- اختلال بروز بیماری روانی در ID عمیق کمتر است.
- سن و جنس روی کوموربیدیتی‌های اختلالات روانی تأثیر نداشته است.
- نوع اختلالات روانی کوموربید، مشابه سایر افراد غیر کم توان است ← اسکیزوفرنی^{exm} - ADHD - خلقی - سلوک
- ۲-۳٪ موارد دچار علائم اسکیزوفرنی می‌شوند (چند برابر جامعه‌ی عمومی).
- تا ۵۰٪ موارد ← اختلالات خلقی همزمان دارند (هر چند آزمون‌های افسردگی برای آن‌ها بازنگری نشده و ممکن است دقیق نباشد).

- سایر علائم روانی شایع:
- بیش فعالی و نقص توجه
- رفتارهای جرح خود ← کوبیدن سر / گاز گرفتن خود^{exm}
- رفتارهای قالبی تکراری ← بال بال زدن^{exm}
- در انواع خفیف ID، خودانگاره‌ی منفی / عزت نفس پایین - تحمل کم در برابر ناکامی‌ها - وابستگی - عدم انعطاف‌پذیری در حل مسائل



اختلالات عصبی:

- در آن دسته از بیماران با I.D (Intellectual Disability) که اختلالات عصبی مشخصی مثل تشنج دارند، میزان سایر اختلالات روانپزشکی همراه افزایش دارد.
- میزان بروز اختلالات تشنجی در بیماران I.D بالاتر است.
- موارد اختلال در خودماندگی یا اختلالات مشابه دارند.



خصوصیات روانی - اجتماعی:

- در انواع متوسط تا شدید ← خودانگاره منفی و عزت نفس پایین شایع است.
- رفتارهای کناره‌جویی شایع است.

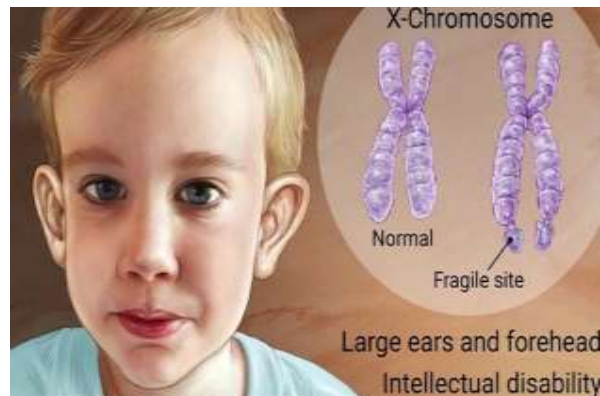
اتیولوژی علل ژنتیکی، رشدی، اکتسابی یا ترکیبی از اینها را دارد.

- شدت کم توانی حاصله بستگی به زمان و طول مدت صدمات وارده یا مواجهه‌ی CNS با صدمات دارد. در $\frac{3}{4}$ موارد ID شدید و در $\frac{1}{2}$ موارد ID خفیف علت مشخص است.

<p>1. x شکننده ← جهش در ژن FMR₁ (شایع‌ترین و نخستین ژن مرتبط با x ⇐ با علت</p> <p>(I.D)</p> <p>2. فنیل کتونوری</p> <p>3. سندروم Down</p>	<p>- شایع‌ترین اختلالات کروموزومی مسبب</p>
---	--

در $\frac{3}{4}$ موارد افراد با IQ بین ۷۰-۸۰ و عملکرد انطباقی متغیر علت نامشخص است.

- شایع‌ترین اختلالات کروموزومی که ID دست کم در حد متوسط ایجاد می‌کنند سندرم داون و سندرم x شکننده هستند.



- برخی از کودکان مبتلا به ثریز: هوش طبیعی یا بالاتر از نرمال دارند.



- همه‌ی اختلالات کروموزوم‌های جنسی با I.D همراه نیستند ← ترنر، کلاین فلتر
- در موارد نقش چند عامل زمینه‌ای اختلالات کروموزومی مثل سن بالای مادر - احتمالاً سن بالای پدر - اشعه‌ی ایکس توافقی وجود دارد.
- تریزومی ۲۱ (سندروم داون) ← مسئول ۳ موارد کم توانی ذهنی قابل انتساب به سیتوزنیک ناهنجار است.



- در سندروم x شکننده ← میزان ADHD بسیار بالاست (تا $\frac{3}{4}$ موارد)، رفتار بین فردی ناپه‌نچار و کارکرد زبانی مختل در حد اوتیسم و اختلال شخصیت دوری‌گزین دارند.

- سندروم پرادرویلی همراهی با ← اختلالات خوردن وسواسی و پرخوری و چاقی دارد.
اجتماع‌پذیری به خصوص در زمینه‌ی مهارت‌های مقابله‌ی جزو نقاط ضعف آن‌ها محسوب می‌شود.
قشقرق و ترکیب‌پذیری در نوجوانی تشدید می‌شود.



Narrow temple distance
and nasal bridge

Almond-shaped eyes
Mild strabismus

Thin upper lip
Downturned mouth

Overweight

سندروم داون

- این کودکان چشمان مورب، چین‌های اپیکانتال و بینی پهن دارند.
- این سندروم نسبت به مداخلات پس از تولدی که به نواقص شناختی می‌پردازند، پاسخ می‌دهند.
- اکثراً مبتلا به I.D خفیف تا متوسط هستند ← فقط تعداد کمی $IQ < 50$ دارند.
- رشد شناختی تا ۶ ماهگی سیر طبیعی دارد و IQ در یک سالگی ۵۰-۳۰٪ نزول می‌کند.
- معمولاً آن‌ها شاد، بشاش، آرام، سر به زیر، به راحتی در خانه تطابق می‌یابند که این‌ها در نوجوانی تغییر می‌کند و خط سایکوز افزایش می‌یابد.

نقاط ضعف ← کاربرد زبان - پایش محیط (بیشتر فوکوس تمرکز بر یک محرک واحد نسبت به تغییرات محیطی)

نقاط قوت ← اجتماع‌پذیری - مهارت‌های اجتماعی مثل همکاری بین فردی و سازگاری با قواعد اجتماعی.

- اختلال طیف درخودماندگی ← کمتر از سایر ناتوانی‌های ذهنی است.

- مشکلات جسمانی شایع ← نواقص قلبی - تیروئید - گوارشی

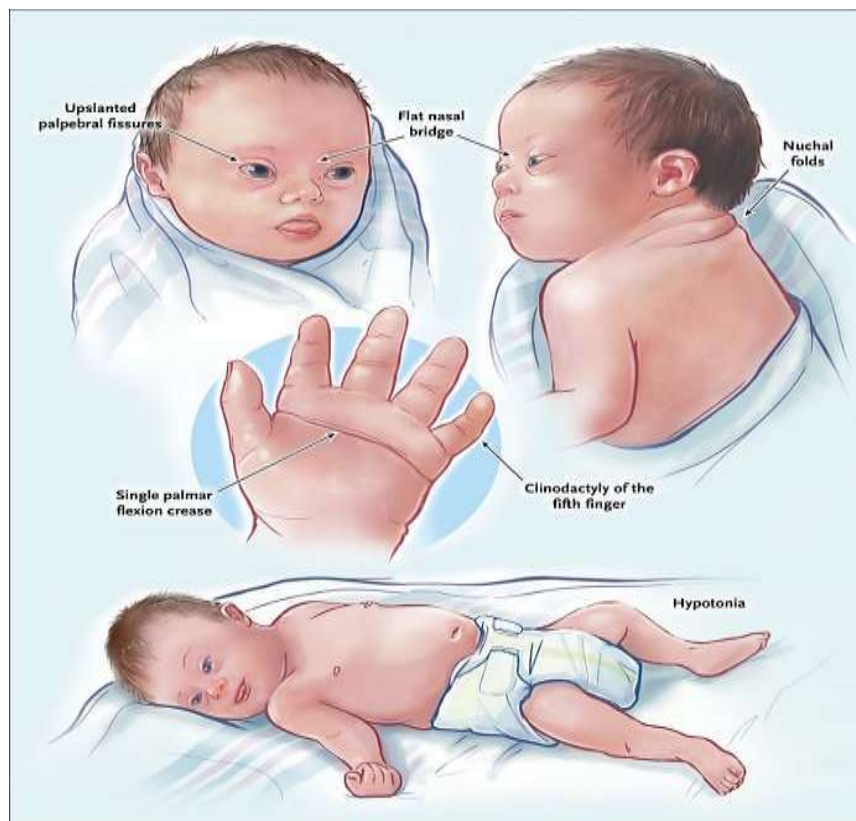


- در دهه‌ی سوم ← پسرفت قابل ملاحظه در زبان، حافظه، مهارت‌های خود مراقبتی و حل مسئله
- کالبدشکافی در سن < ۴۰ سال ← بروز پلاک‌های پیر و کلافه‌های نوروفیبری (که در آلزایمر وجود دارد).
- برای مادر بالای ۳۲ سال خطر به دنیا آوردن این نوزادان ۱٪ است ولی در صورت ترانس لوکیشن خطر $\frac{1}{3}$ می‌شود.
- کلافه‌های نورو فیبریلار در انواعی از بیماری‌های اضمحلالی دیده شده.
- پلاک‌های پیری در آلزایمر و سندرم داون وجود دارند.



- نشانه‌های Down در نوزادان
- هیپوتونی عمومی
- شکاف پلکی مورب
- پوست گردن چین‌دار و زیاد بودن سطح آن
- جمجمه‌ی کوچک
- استخوان گونه‌ی برآمده
- زبان از دهان بیرون افتاده
- دست‌های پهن و کلفت ← تنها با یک چین عرضی
- انگشت‌های کوچک و کوتاه و خمیده به درون
- رفلکس مورو ضعیف شده یا وجود نداشته

- امید به زندگی در حد ۴۰ سال بود ولی در حال حاضر افزایش یافته ولی به اندازه افراد فاقد کم توانی ذهنی نمی‌رسد.



سندروم x شکننده:

- دومین علت کم‌توانی ذهنی را بخود اختصاص می‌دهد.
- جهش در کروموزوم $x \leftarrow xq27.3$ فقط در برخی سلول‌ها دیده می‌شود. \Leftarrow در مردها و زن‌های حامل بدون علامت وجود ندارد.
- شیوع $\frac{1}{1000}$ مرد و $\frac{1}{2000}$ زن است.
- نمای رفتاری \Leftarrow میزان بالای ADHD + اختلالات یادگیری + اختلال اوتیسم در این بیماران دیده می‌شود.
- نقص عملکرد زبانی \Leftarrow تکلم تکراری سریع + اختلال در ترکیب واژه‌ها در ساخت جملات
- نقطه قوت \Leftarrow برقراری ارتباط و اجتماعی شدن
- کارکرد هوشی \Leftarrow از بلوغ کاهش می‌یابد.
- خانم‌ها کمتر از مردهای مبتلا به سندروم x شکننده دچار آسیب می‌شوند اما زن‌ها ممکن است ویژگی‌های جسمی تیبیک و کم‌توانی ذهنی خفیف داشته باشند.
- علائم ظاهری | - سر و گوش بزرگ
- | - قد کوتاه
- | - مفاصل قابل extension شدید
- | - بزرگی بیضه پس از بلوغ