

UOT 159

<https://doi.org/10.59849/2710-0820.2023.1.272>

KƏMALƏ AĞAYEVA

Bakı Dövlət Universitetinin doktorantı

Azərbaycan

kaghayevawall@gmail.com

DİQQƏT ƏSKİKLİYİ VƏ HİPERAKTİVLİK POZUNTUSU ZAMANI DİAQNOSTİKADA ÇƏTİNLİKLƏR

Açar sözlər: DƏHP simptomları, diaqnoz meyarları, diaqnostik metodlar, icraedici funksiyalar, hiperdiaqnostika

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu yaşa uyğun olmayan diqqətsizlik, hiperaktivlik və impulsivlik səviyyəsi ilə xarakterizə olunan uşaqlığın inkişaf pozuntusudur [15]. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, adətən uşağın valideyni, yaxud müəllimlər bu simptomlardan şikayət etmirlər. Şikayətlər əsasən uşağın davranışına aid olur və bu davranışın əsasında da göstərilən bu problemlər durur. Məsələn, uşaq dərstdə sakit oturmur, müəllimə fikir vermir və sair. Bu cür davranış dərslərin pozulmasına səbəb olur, digər uşaqlara da mane olur və müəllimin şikayəti də əsasən bundan olur. Həmçinin evdə də uşağın dərslərini oxumaması, vaxtını düzgün istifadə edə bilməməsi, kitablarını, oyuncaqlarını və sair səliqəli saxlamaması və sair kimi hallar valideynə çətinlik yaradır. Əsasən şikayətlər də bu səbəbdən olur valideynlər bunun üçün kömək istəyirlər.

Uşaqlar arasında bu problemin rast gəlməsi təxminən 5-10 faiz arasında, böyüklər arasında isə 3-5 faiz arasındadır. Uzun illər qabaq da həkimlər tərəfindən bu pozuntunun əlamətlərinin təsvir edilməsinə baxmayaraq, nə qədər geniş yayılmış olması son dövrlərdə qəbul edilir. Çox vaxt DƏHP öyrənmə çətinlikləri (oxu və ya hesablamada), digər emosional və davranış pozuntuları ilə birgə gedir. Oğlanlar arasında daha geniş yayılmışdır. Lakin bu o demək deyil ki, qızlar arasında bu pozuntu az rast gəlinir. Sadəcə simptomlar fərqli olduğu üçün, yaxud bir sıra digər səbəblərdən qızlar arasında bu diaqnoz daha az qoyulur. Qabaqlar belə hesab olunurdu ki, uşaqlar böyüdükcə bu əlamətlər azalır və yox olur. Hətta bəzən bunu tərbiyənin nəticəsi

hesab edib müalicəyə ehtiyac olmadığını da deyənlər var idi. Lakin hazırda belə qəbul edilir ki, DƏHP keçib getmir, hətta bütün həyat boyu qala bilər. CDC-nin verdiyi məlumata görə DƏHP diaqnozu əsasən ibtidai məktəb yaşlarında qoyulur. Lakin qeyd etdiyimiz kimi böyüklərdə də bu pozuntuya rast gəlinir.

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu (DƏHP) bu pozuntuya psixiatrlar tərəfindən verilmiş sonuncu termindir. Hazırda geniş işlənir və DSM-5-də onun simptomları təsvir edilmişdir. DSM-5-də DƏHP-nin üç əsas və iki əlavə variantı qeyd edilir. Bu gün tibb işçiləri tərəfindən həmin bölgü istifadə edilir [2]:

- DƏHP-nin kombinə olunmuş forması
- Diqqət əskikliyinə üstünlüyü ilə gedən DƏHP forması
- Hiperaktivlik və impulsivliyin üstünlüyü ilə gedən DƏHP forması
- Digər dəqiqləşmiş DƏHP forması
- Dəqiqləşməmiş DƏHP forması

1990-cu illərdən sonra DƏHP diaqnozunun qoyulması daha geniş yayılıb. Burada mütləq halda pozuntunun artmasından söhbət getmir. Eyni zamanda diaqnozun qoyulması daha effektivdir, valideynlər də daha çox məlumatlı olduqları üçün bu problemlə qarşılaşanda həkimə müraciət edirlər.

DƏHP simptomları uşaqların olduğu hər yerdə özünü göstərir. Yəni uşaqda ancaq evdə, yaxud ancaq məktəbdə davranış problemləri, yaxud digər pozuntular olmur. Simptomlar xronik olur, ən az altı ay və daha çox müddətdə özünü göstərir. Eyni zamanda qeyd edilir ki, ən gec 12 yaşına kimi bu simptomlar olmalıdır.

Kimdəsə böyük yaşda birdən bu cür simptomlar özünü göstərsə, bu zaman başqa xəstəlikdən şübhələnmək lazımdır.

DSM-5-də diqqət əskikliyi kateqoriyasına aid olan doqquz əlamət, hiperaktivlik və impulsivlik kateqoriyasına aid olan doqquz əlamət ayrıca qeyd edilmişdir. Diaqnoz qoymaq üçün bu kateqoriyalara aid olan əlamətlərdən ən az altısının olması vacibdir. Bu simptomlar ən azı altı ay müddətində özünü göstərməlidir. Eyni zamanda uşağın yaşı da burada nəzərə alınaraq, əlamətlər uşağın yaşına görə analiz edilməlidir. Bu simptomlar uşağın həyatında (evdə və ya məktəbdə) problem yaratmalıdır. Uşağın yeddi yaşından qabaq bu simptomlardan ən azı bəziləri mövcud olmalıdır. Eyni zamanda simptomlar ən azı iki müxtəlif məkanda özünü göstərməlidir.

DƏHP-nin yaranma səbəbləri haqda araşdırmalar aparılır. Səbəblərin bilinməsi düzgün müdaxilə yollarının işlənilməsinə də kömək edə bilər. Hazırda səbəblər tam bilinmir. Lakin genetik səbəblərin geniş rol oynadığı haqda məlumatlar var. Tədqiqatlar göstərir ki, DƏHP diaqnozlu valideyni, yaxud bacı-qardaşı olanlarda bu pozuntunun olması riski daha yüksəkdir. DƏHP olan uşaqların beyni ilə normal uşaqların beynlərini müqayisə etdikdə bəzi fərqlər görünür, məsələn, beynin bəzi hissələri onlarda daha kiçik, digər hissələri daha böyük olur. Lakin bu fərqlərin nə qədər əhəmiyyətli olduğu haqda dəqiq fikirlər yoxdur. Müasir təsəvvürlərə görə DƏHP patogenezinə beynin neyromediatorlar sisteminin disfunksiyası vacib rol oynayır. Belə ehtimal edilir ki, noradrenalinin çatışmazlığı sayəsində retikulyar formasiyanın aktivləşdirici funksiyası kifayət olmur. Məlumatın düzgün emal edilə bilməməsi nəticəsində müxtəlif görmə, eşitmə və emosional stimullar uşaq üçün həddən artıq olur və onlarda narahatlıq, qıcıq və aqressivlik yaradır. MSS-də diqqəti idarə edən iki sistem var: ön beyin (dofaminergik) və arxa beyin (noradrenergik). Bu iki sistemin işində pozulma olduqda affekt, motivasiya və hərəkətlərin planlaşdırılmasının özünü tənzimləmə pisləşir. Eyni zamanda beyin travmaları, hamiləlik zamanı, yaxud erkən yaşlarda ətraf mühitdə olan zərərli maddələrin təsiri, hamiləlik dövründə spirtli içki və siqaret istifadəsi, vaxtından qabaq doğuş, doğuş zamanı

çəkinin normadan az olması və sair kimi risk faktorlarının olması da qeyd edilir. Bəzi mənbələrdə həddən artıq şəkər qəbulu, televiziya, kompüterdən, telefondan həddən artıq istifadə, səhv tərbiyə, uğursuz ailədə böyümə və sair kimi səbəblər də göstərilir. Lakin bu səbəblərin DƏHP yaranmasında nə dərəcədə rol oynadığı elmi tədqiqatlarla sübut olunmamışdır. Uşaqların böyüdüüyü mühit, ailə tərbiyəsi DƏHP əlamətlərini artırır, yaxud azalda bilər, lakin özlüyündə DƏHP yaratması məlum deyil [12].

DƏHP çox vaxt başqa problemlərlə birgə olur. Belə problemlərə davranış pozuntusu, öyrənmə çətinlikləri, təşviş pozuntusu və depressiya aiddir. Həmçinin belə uşaqlar sosial münasibətlərdə çətinliklər yaşaya, riskli davranışlara aludə ola bilərlər. DƏHP ilə digər bu kimi problemlər birlikdə olduqda bu da uşaqların özləri, valideynlər, təhsil işçiləri və tibb işçilərinə əlavə problemlər yaradır. Buna görə də tibb işçiləri DƏHP diaqnozu qoyulmuş istənilən uşağı digər problemə görə də müayinə etməlidirlər.

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu diaqnozunun qoyulması üçün xüsusi psixoloji, yaxud laborator testlər mövcud deyil. Diaqnoz əsasən uşağın valideynləri ilə, yaxud uşağa baxan digər şəxslərlə, müəllimlərlə, həmçinin uşağın özü ilə aparılmış intervyu əsasında qoyulur. Həmçinin əlamətlərin ağırlıq dərəcəsini göstərmək üçün müxtəlif reyting şkalaları dorldurularaq analiz edilir. Bunlardan əlavə uşaqlarda öyrənmə çətinliklərini araşdırmaq üçün müxtəlif testlərdən istifadə edilir: IQ testləri, oxu, hesab vərdişlərinə aid müvəffəqiyyət testləri. Eyni zamanda qeyd olunmalıdır ki, DƏHP diaqnozu qoyulmazdan əvvəl uşaqlarda bu problemlərin başqa səbəbdən olub olmadığını dəqiqləşdirmək üçün görmə və eşitmə testləri aparılmalıdır [1].

DƏHP olan uşaqların psixoloji dəyərləndirilməsinə bir neçə müayinə metodları aiddir [12]. Bu metodlar müxtəlif situasiyalarda uşaqlarda olan çətinliklərin (və güclü tərəflərin) təbiətinə aid bir neçə mənbədən alınmış məlumat əsasında. Psixoloji dəyərləndirmə üçün valideynlərlə və müəllimlə intervyu, uşağın özü ilə intervyu, uşağın davranışına aid valideyn və müəllim reyting cədvəlləri, uşağın adaptasiya funksiyasını dəyərləndirmək üçün reyting cədvəlləri, yaxud sorğudan istifadə edilir.

DƏHP olan uşaqların diaqnostikası zamanı əsas məqsəd psixi pozuntunun olub-olmadığını müəyyənləşdirmək deyil, DƏHP və digər uşaqlar psixi pozuntuları arasında differensial diaqnostika aparmaqdır. Bunun üçün də mütəxəssis digər psixi pozuntuları da yaxşı bilməlidir. Eyni zamanda diaqnostika zamanı uşaqda olan problemin aradan götürülməsi, yaxud korreksiyası üçün lazım olan müdaxilə növləri haqqında ətraflı təsəvvürlər formalaşdırmaq olar. Bu cür müdaxilələrə fərdi konsultasiya, valideynlər üçün davranışın idarə olunması təlimi, ailə terapiyası, sinifdə davranışın modifikasiyası, psixi dərman müalicəsi, formal xüsusi təhsil xidmətləri və sair aid ola bilər. Həmçinin komorbid halların aşkar edilməsi və bu halların proqnoz və ya müalicə zamanı qərar qəbul etməyə necə təsir edəcəyini də psixodiaqnostika zamanı nəzərə almaq lazımdır. Uşaqda psixoloji güclü və zəif tərəfləri tapmaq və bunların müalicə planına necə təsir edəcəyini nəzərə almaq da vacib cəhətlərdən biridir.

DƏHP şübhəsi olan uşaqlar nevroloq, psixiatr, pediatr, klinik psixoloq, neyropsixoloq, məktəb psixoloqu tərəfindən dəyərləndirilə bilərlər. Düzgün diaqnoz qoyulması vaxtında və düzgün müalicə və korreksiya tədbirlərinin aparılmasına kömək edir. Bütün metodlarda metodun həssaslığı və spesifikliyi əsas şərtidir. Həssaslıq dedikdə o başa düşülür ki, metod pozuntu olan hər kəsi aşkar edə bilər. Spesifiklik isə o deməkdir ki, metod pozuntu olmayan insanları düzgün seçə bilər. Yalnız neqativ və yalnız pozitiv diaqnoz qoyulması hər iki halda şəxsin həyatını çətinləşdirə bilər. Əgər nəticə yalnız neqativ olarsa, demək həmin şəxsdə problem var, lakin istifadə olunan metod onu aşkar edə bilməyib. Bu zaman şəxs əslində lazım olan müalicəni almır. Yalnız pozitiv nəticə zamanı isə şəxs lazım olmayan müalicə (dərman və sair) alır, bəzi hallarda isə digərlərinə nisbətən lazım olmayan halda da üstünlük əldə edir.

Əlbəttə bu zaman qızıl standart söhbət, intervyyudur. Əsasən valideynlə, müəllimlə aparılan intervyyu, uşağın özü ilə aparılan intervyyu və imkan daxilində aparılmış müşahidə bizə diaqnoz qoymaq üçün qiymətli məlumatlar verə bilərlər. Əgər valideynlər boşanıbsa, onda hər iki valideynlə söhbət aparmaq lazımdır. Çünki belə

hallarda uşaqlar iki ailədə yaşayırlar çox vaxt, gah atanın, gah ananın yanında olurlar və hər iki halda uşağın darvanışını öyrənmək vacibdir. Çox vaxt DƏHP dedikdə hiperaktiv uşaqlar başa düşülür. Əgər uşaq bir yerdə oturmursa, bütün gün hərəkətdədirsə, impulsivdirsə, dərsləri öz davranışı ilə pozursa, onda o uşağa avtomatik qeyri-mütəxəssislər də hiperaktiv uşaq diaqnozu qoya bilərlər. Lakin bəzən elə hallar olur ki, uşaq dərstdə özünü çox sakit aparır, səs salmır, elə görünür ki, müəllimə sakit qulaq asır. Lakin dərslərində çətinlik yaşayır. Hərəkətli uşaq olmadığına görə heç kəs burda bir problem görmür, mütəxəssisə müraciət etmir. Lakin belə hal uşaqda DƏHP-nin diqqət əskikliyinə üstünlüyü ilə gedən formasından xəbər verə bilərlər. Ona görə də dəqiq araşdırma aparmaq lazımdır. Bütün hallarda söhbət, intervyyu ən lazımlı, ən dəyərli metoddur. Lakin intervyyu ilə yanaşı reyting cədvəllərindən də istifadə edilir. Burada əsas məqsəd daha çox bu reyting cədvəlləri əsasında diaqnoz qoyulması deyil, olan əlamətlərin nə dərəcədə özünü göstərməsini aşkar etməkdir.

Uşağın davranışını öyrənmək üçün reyting cədvəlini əvvəldən valideynə vermək olar ki, uşağı müayinəyə gətirəndə, yaxud bir gün qabaqdan doldurub gətirsin. Orda olan məlumatlara baxıb müayinə zamanı lazımı sualları vermək, uşağın vəziyyəti haqda bir fikir yürütmək olar. DƏHP zamanı istifadə edilən reyting cədvəlləri iki qrupa bölünür: dar əhatəli və geniş əhatəli reyting cədvəlləri. İlk növbədə geniş əhatəli reyting cədvəllərindən istifadə etmək məsləhətdir. Bu cədvəllərin nəticələrinə əsasən uşaqda mövcud ola biləcək hər hansı əsas psixopatologiya aşkarlanırsa bilər. Bu cədvəllər valideyn, yaxud müəllim tərəfindən doldurulur.

Valideynlərlə intervyyu: Çox zaman valideynlə intervyyunun subyektiv olduğu, buna görə də etibarlı olmadığı qeyd edilir. Lakin bu, uşaqların klinik müayinəsinin vacib hissəsidir. Bəzən hətta deyirlər ki, əgər yalnız bir metoddan istifadə etmək seçimi olsaydı, valideyn intervyyusu (xüsusən də ananın intervyyusu) ən yaxşı seçim olardı. Tamamilə düz olub olmasından asılı olmayaraq, valideynlərin verdiyi məlumat uşaqda olan çətinliklər barədə ən vacib məlumat mənbəyidir. Çox vaxt uşaq elə valideynin şikayəti əsasında müayinəyə cəlb olu-

nur və bu da valideynin müalicəyə aid məsləhətlərə nə dərəcədə əməl edəcəyinə təsir edir. Lakin bunu da qeyd etmək vacibdir ki, valideyn intervyusunun etibarlılıq və düzgünlüyü əsasən intervyunun hansı üsulla aparılmasından və verilən suallardan asılıdır. İntervyu zamanı pozuntu ilə əlaqəli simptomlar haqqında spesifik suallar verməklə daha dolğun və ətraflı məlumat toplamaq olar. Valideynləri, yaxud uşağı yönəldən mütəxəssisi narahat edən əsas məsələlər haqqında məlumat toplanılır. Valideynlər ümumi şikayətləri qeyd etdikdən sonra spesifik suallar verməklə problemin detallarını öyrənmək olar. Bu zaman problemləli davranışın spesifik təbiəti, tezliyi, üzə çıxma yaşı və xroniki olub olmaması ilə yanaşı həm də davranışda situasiya və zamandan asılı olan müxtəlif variantlar və onların nəticələri də öyrənilir. Əgər problem xronikdirsə (çox vaxt belə olur), onda valideynin məhz indi müraciət etməsinə səbəbin nə olduğu araşdırılır. Bu da valideynlərin uşaqlardakı problemləri necə görməsi, valideynlərin müalicəyə olan motivasiyası haqqında məlumat verir. Daha sonra valideynlərlə birlikdə uşağın inkişafının motor, dil, intellekt, düşüncə, akademik, emosional və sosial funksiyalar kimi müxtəlif sahələrində mümkün problemlər araşdırılır. Bu məlumat diferensial diaqnostikada çox kömək edir. Bunun üçün də digər oxşar problemlər haqqında da uyğun bilik və məlumata malik olmaq lazımdır. Məsələn, autizm spektri zamanı da valideyn problemin DƏHP olduğunu düşünə bilər. Çünki bu xəstəlik haqda valideynlər daha çox eşidib, bilir və əlamətlər də oxşar olur.

Uşaq ilə intervyu: Uşağın özü ilə də müəyyən vaxt keçirilməlidir. İntervyunun müddəti uşağın yaşı, intellektual səviyyəsi və dil qabiliyyətindən asılıdır. Məktəbəqədər yaş uşaqlar üçün intervyu sadəcə uşaqla tanış olmaq, uşağın davranışı, inkişaf xüsusiyyətlərinə və ümumi özünü aparmasına baxmaqdan ibarət ola bilər. Daha böyük uşaqlarla isə bu vaxt səmərəli ola bilər. Belə uşaqlarla evdə münasibətlər, əlavə problemləri, məktəbdə həmyaşıdları və sinif yoldaşları tərəfindən necə qəbul edilməsi və sair kimi məsələlər haqda söhbət aparmaq olar. 9-12 yaşa qədər olan uşaqlar adətən öz hərəkətləri haqda düzgün, etibarlı məlumat vermirlər. Onlar çalışırlar başqalarının xoşuna gələcək don

geyindirsinlər hadisələrə. Məsələn, çoxlu dostları olduğunu, məktəbdə heç bir problemlərinin olmadığını deyəcəklər. Xüsusən də xarici simptomlar, davranışla bağlı problemləri gizlətməyə çalışacaqlar. Buna görə də DƏHP diaqnozu heç vaxt uşaqların dedikləri əsasında qoyulmur. Lakin uşaqlarda olan təşviş, depressiya kimi daxili simptomlara gəldikdə uşaqların özlərinin verdiyi məlumatlar daha etibarlı hesab edilə bilər. Ona görə də DƏHP olan uşaqlarda komorbid təşviş və əhval-ruhiyyə pozuntularının diaqnozunun qoyulmasında rol oynaya bilər. Klinikada uşaqların davranışı, diqqəti, aktivliyi və sair məsələlərə diqqət yetirmək faydalı olsa da, uşağın yalnız klinikadakı davranışı əsasında da diaqnoz qoymaq olmaz. Çox vaxt uşaqlar klinikada özlərini yaxşı aparırlar. Gözləmə otağında uşağın valideynlərinin yanında olan davranışı daha reallığa uyğun ola bilər. Bu o demək deyil ki, uşağın buradakı davranışı tamamilə diqqətdən qaçmalıdır. Əgər uşaq özünü çox aqressiv, həddindən artıq cəmiyyətdə davranış qaydalarına uyğunsuz apararsa, bu, uşağın təbii mühitində olan problemlərdən də xəbər verir. Lakin uşaq özünü yaxşı aparırsa, bu o demək deyil ki, uşaq hər yerdə özünü yaxşı aparır.

Müəllimlə intervyu: Ailə ilə ilkin görüşdən sonra uşağın müəllimləri ilə də söhbət uşaqda problemləri daha da aydınlaşdırmaq üçün vacibdir. Müəllimlər uşağın məktəb şəraitində psixoloji uyğunlaşması haqda dəyərli məlumatlar verə bilər. Lakin valideynlərlə olduğu kimi müəllimlərlə söhbət zamanı da əldə edilmiş məlumatlar qeyri-obyektiv ola bilər. Buna görə də cavabların nə cür qəbul edilməsini ehtiyatla etmək lazımdır. DƏHP olan uşaqların çoxunda akademik göstəricilərində, sınıfdə olan davranışında problem olur. Bu problemlərin detallarını əldə etmək lazımdır. Uşaqda öyrənmə çətinliyi olub olmadığını araşdırmaq lazımdır. Varsa, bu sahədə də daha geniş müayinələr aparılmalıdır. DƏHP olan uşaqlarda öyrənmə pozuntusu olmasa da, onların əl yazısı səliqəsiz olur, tapşırıqlara etinasız yanaşırlar, akademik göstəriciləri onların qabiliyyətlərinə nisbətən aşağı olur. Müəllimlərlə bu kimi məsələləri aydınlaşdırmaq lazımdır.

DƏHP diaqnozu qoyulan zaman qarşıya bir sıra çətinliklər çıxır. Bu çətinliklər bir neçə qrupa bölünə bilər [3, 4, 6, 13, 15].

DƏHP diaqnozu qoyulan zaman meyarların subyektivliyi. Yuxarıda da qeyd olunduğu kimi DƏHP diaqnozunu qoymaq üçün hər hansı bir diaqnostik test mövcud deyil. Diaqnoz əsasən valideyn və müəllimlərlə söhbət zamanı onların şikayətlərinə əsasən qoyulur. Onların fikirləri də subyektiv ola bilər. Eyni bir hərəkəti bir valideyn problem kimi görə bildiyi halda digər valideyn uşağın yaşı ilə əlaqədar normal davranış hesab edə bilər. Bu problemin qarşısını almaq üçün diaqnostik apararı mütəxəssis mümkün qədər meyarları yaxşı bilməli və intervü zamanı valideynə suallar verməklə əsas məsələdən yayınmasına imkan verməyərək lazımı məlumatları toplamalıdır.

DƏHP və komorbid xəstəliklər. Çox zaman DƏHP digər xəstəliklərlə yanaşı gedir. Bu zaman differensial diaqnostika aparmaq çox vacibdir. Çünki uşağda olan problem üzdə eyni görünə bilər, müxtəlif səbəbdən ola bilər və düzgün diaqnostika effektiv müalicənin əsasında durur. Məsələn üçün deyər bilərik ki, DƏHP zamanı öyrənmə çətinlikləri olur. Bu da əsasən diqqət əskikliyi ilə əlaqədardır. Eyni zamanda bəzi hallarda DƏHP ilə yanaşı uşağda disleksiya, diskalkulya, disqrafiya kimi öyrənmə pozuntuları da yanaşı gədən xəstəlik kimi mövcud ola bilər. Bu zaman düzgün müdaxilənin aparılması üçün differensial diaqnoz aparılmalı, düzgün diaqnoz qoyulmalıdır. Yaxud da DƏHP olan uşaqların davranışında problem olur. Eyni zamanda DƏHP ilə yanaşı davranış pozuntuları da ola bilər. Bütün bu hallarda ətraflı müayinə aparılaraq düzgün diaqnoz təyin edilməlidir [7, 8].

DƏHP diaqnozu qoyulan ailələrə və uşaqlara qarşı stiqma və diskriminasiya: Ümumiyyətlə DƏHP diaqnozunun qoyulması bir növ bu uşaqlara qarşı stiqma yaranmasına, onlara qarşı diskriminasiyaya səbəb olur. Əksər insanlar DƏHP haqqında dərin biliyə malik deyillər. Ona görə də bu cür uşaqları günahlandırır, onların intellektual cəhətdən digər həmyaşıdlarından geri olduğunu fikirləşir, valideynləri düzgün tərbiyə verməməkdə günahlandırır və sair. Ona görə də düzgün psixoloji maarifləndirmə işi aparılmasa bu cür uşaqlar və onların ailələri problemlərlə üzləşə bilərlər. Elə ailələrin özlərində də bəzən düzgün məlumat olmaması səbəbindən uşağı pis hərəkətinə görə danlayır, on-

ların digər uşaqlar kimi ağıllı, tərbiyəli olmadığını vurğulayırlar. Buna görə də uşaqlarının və bütünlüklə ailənin bu cür stiqma və diskriminasiya ilə qarşılaşmaması üçün valideynlər bəzən uşaqlarını mütəxəssisə aparmaqdan çəkinirlər. Bu da problemi olan uşağın düzgün müalicə almamasına və gələcəkdə digər ağırlaşmalara səbəb olur [9, 11].

Hiperdiaqnostika. Son zamanlarda DƏHP diaqnozu qoyulan uşaqların sayı artmaqdadır. Belə demək olar ki, 90-cı illərdən sonra bu diaqnoz artmışdır. Burada bir sıra səbəblər qeyd edilə bilər. Son dövrlərdə məlumatın artması və daha əlçatan olması səbəbindən valideynlər DƏHP haqda daha məlumatlıdırlar. Ona görə də daha çox valideyn problem görəndə mütəxəssisə müraciət edir. Əvvəldə də qeyd olunduğu kimi, DƏHP zamanı valideyn, yaxud məktəb müəllimi uşağda diqqət əskikliyi, hiperaktivlik, yaxud impulsivlik kimi əlamətlərə görə müraciət etmir. Onlar əsasən bu səbəblərdən irəli gələn problemlərə, onların uşaqların özünün həyatında, eyni zamanda sinifdə və ailədə səbəb olduğu problemlər üzündən mütəxəssisə müraciət edirlər. Qabaqlar belə problemlərlə üzləşəndə uşağın özünü, valideyni düzgün tərbiyə verməməkdə qınayırdılarsa, indi artıq bunun arxasında hər hansı bir tibbi problemin durduğunu bilərək, həll yollarını axtarmağa çalışırlar. Lakin bununla yanaşı hiperdiaqnostika problemi də nəzərdən qaçmamalıdır [10]. Bəzən uşağda olan digər problemlər düzgün dəyərləndirilmə aparılmadan DƏHP kimi müəyyən edilir. Bu da uşağda müxtəlif problemlərə səbəb ola bilər:

- Uşağa lazım olmadığı halda dərman təyin edilir. İstənilən dərmanın əlavə təsirləri ola bildiyini nəzərə alsaq, bu da lazımsız yerə uşağı risk qarşısında qoyur.
- DƏHP diaqnozu qoyulan uşaqlar müəyyən stiqma və diskriminasiya ilə üzləşirlər. Belə halda da uşaqlar lüzumsuz yerə səhv diaqnoz ucbatından bu cür neqativ hallar yaşaya bilərlər.
- Eyni zamanda onlarda olan əsas problemin bilinməməsi səbəbindən bu cür uşaqlar düzgün müalicə və korreksiya tədbirlərindən məhrum olurlar.

DƏHP diaqnozunun qoyulması üçün istifadə edilən DSM-5 meyarlarının bütün yaş qrup-

larında eyni olması: Meyarların subyektivliyi problemi ilə oxşar olsa da, burada fərqli problemdən bəhs edilir. Statistik məlumatlarda qeyd edilir ki, yaş artıqca DƏHP əlamətləri azalır. Böyüklərdə bu problem tamamilə aradan qaldırılırsa bilərə hətta. Lakin burada bir məsələni nəzərdən qaçırmaq olmaz. Bu da istifadə edilən meyarların, əlamətlərin bütün yaş qrupları üçün eyni olmasıdır. Bu da ona gətirə bilər ki, yuxarı yaşlı uşaqlar və böyüklərdə müayinənin nəticəsi yalançı neqativ ola bilər. Yəni meyarlarla baxanda onlarda DƏHP diaqnozu təsdiq olunmur. Lakin əslində onlarda problem var, sadəcə istifadə edilən metod, meyarlar bunu aşkar edə bilmir. Bu da əslində problemi olan şəxsin müalicəsiz qalmasına səbəb olur. Bildiyimiz kimi müalicə olunmamış DƏHP gələcəkdə aqressiv və ya kriminal davranış, depressiya və sair kimi problemlərə səbəb ola bilər. Yuxarı yaşda olan uşaq özünü idarə etməyi öyrənir və hiperaktivlik, impulsivlik əlamətləri göstərmirsə, o zaman DSM-5 meyarları əsasında onda 6-dan az sayda əlamət olduğu üçün DƏHP diaqnozu qoyulmur. Əslində isə uşaq problemdən əziyyət çəkir və müalicəsiz qalır. Yaxud da burada yaş faktorunu göstərmək olar. Əvvəllər meyarlardan biri uşaqların 7 yaşına kimi bu əlamətlərdən bir neçəsini göstərməsi idi. Lakin sonradan bu rəqəm qaldırıldı və indi yaş limiti 12 götürülür. Düzdür, qeyd edilir ki, burada müayinəni aparan mütəxəssis məntiqi düşünməli və məsələn, 13 yaşında ilk dəfə müraciət edən, ilk dəfə əlamətləri görən uşağa da bu diaqnozu qoya bilər. Lakin bu cür yanaşma yenə də subyektivliyə səbəb olur. Ola bilər ki, ümumiyyətlə valideynin məlumatı olmasın, yaxud uşaqda digər komorbid xəstəliklər də olsun və əlamətlərin onun səbəbindən olmasını düşünsün. Yaxud valideynlik üsulu fərqli olsun və bəzi əlamətləri problem kimi deyil, uşaqda müstəqillik kimi gərsün. Daha çox bu hal diqqət əskikliyinə üstünlüyü ilə gedən DƏHP formasında rast gəlinir. Daha çox diqqəti çəkən, problem yaradan əlamətlər kimi hiperaktivlik və impulsivlik görünür və bu halda daha tez problemin araşdırılması üçün müraciət edilir. Lakin diqqət əskikliyini hər kəs problem kimi görmür. Məsələn, əgər uşaq əvvəldən dərslərini yaxşı oxumursa, bunu sadəcə onun intellektinin aşağı olması kimi dəyərləndirir və bunun üçün mütəxəssisə müraciət etməyə

ehtiyac görmürlər. Dr Russel Barkley diaqnostika zamanı bu cür problemlərin qarşısını almaq üçün öz fikirlərini irəli sürür. Bunun üçün o, DƏHP zamanı icra edici funksiyaların roluna diqqəti cəlb edir və diaqnozun qoyulması zamanı uşaqlarda, xüsusən də yeniyetmə və böyüklərdə icra edici funksiyaların komponentlərinə diqqət yetirməyi tövsiyə edir. Dr Barkley qeyd edir ki, bu komponentlərə nəzər saldıqda olan problemlər uşaq böyüdükcə davam edir. DSM-5-də olan meyarlar isə problem olduğu halda da görünməyə bilər [5, 14].

Ədəbiyyat siyahısı

1. Şəfiyeva E.İ., Anomal inkişafın psixologiyası, Bakı-2012, ADPU nəşriyyatı, 400 s.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – 5th Edition. - Arlington, VA, American Psychiatric Association - 2013.
3. Coghill, D. The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG) / Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S. et al. // European Child Adolescent Psychiatry - 2021.
4. Davidovitch, M. Challenges in defining the rates of ADHD diagnosis and treatment: trends over the last decade / Davidovitch, M., Koren, G., Fund, N. [et al.] // BMC Pediatrics – 2017. 17. – p. 218.
5. Dempster R, Wildman B, Keating A. The role of stigma in parental help-seeking for child behavior problems // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, - 2013, 42 (1) – p. 56–67.
6. Dias T.G., Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD / Dias T.G., Kieling C., Graeff-Martins A.S. [et al.] // Brazilian Journal of Psychiatry, - 2013. 35 - p.40-50.
7. DuPaul G.J., Gormley M.J., Laracy S.D. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment // Journal of Learning Disabilities, - 2013 - 46, - p. 43.
8. Gnanavel S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of

- literature / Gnanavel S., Sharma P., Kaushal P. [et al.] // World Journal of Clinical Cases, - 2019. Sep; 6;7(17). – p. 2420-2426.
9. Hamed A.M., Kauer A.J., Stevens H.E. Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters // Front Psychiatry, - 2015. Nov 26;6. - p. 168.
 10. Kazda L. Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review / Kazda L., Bell K., Thomas R. [et al.] // *JAMA Netw Open*. 2021. 4 (4).
 11. Mueller A.K. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder / Mueller A.K., Fuermaier A.B., Koerts J. [et al.] // Attention Deficit Hyperactivity Disorder, - 2012. Sep; 4(3). - p.101-14.
 12. Russel A.B. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment / Russel A. Barkley. - The Guilford Press, - 2018. - 898 pages
 13. Russel A. Barkley, Improving Clinical Diagnosis Using the Executive Functioning-Self-Regulation Theory of ADHD // The ADHD Report – 2022. 30:1, - p. 1-9
 14. Seidman L.J., Impact of gender and age on executive functioning: do girls and boys with and without attention deficit hyperactivity disorder differ neuro-psychologically in preteen and teenage years? / Seidman L.J., Biederman J., Monuteaux M.C. [et al.] // Development Neuropsychology, - 2005. 27(1). – p. 79-105.
 15. Zysset, A., Diagnosis and management of ADHD: a pediatric perspective on practice and challenges in Switzerland // BMC Pediatrics, - 2023. 23. – p. 103.

Резюме

Камала Агаева

Трудности диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности

В статье рассматриваются трудности диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Критерии диагностики СДВГ субъективны. Поскольку не существует медицинских тестов для диагностики СДВГ, обычно основным источником информации являются интервью с родителями и учителями. Их мнение может быть субъективным. Часто СДВГ сочетается с другими сопутствующими расстройствами. Некоторые симптомы могут возникать из-за различных нарушений, и дифференциальная диагностика является важным шагом на пути к лечению и коррекции. Еще одной проблемой является стигматизация и дискриминация детей с СДВГ и их семей. Иногда семьи избегают вести своих детей к психологу, чтобы избежать этого диагноза и связанных с ним стигматизации и дискриминации. Из-за этого дети не получают необходимой помощи. Гипердиагностика – еще одна проблема с СДВГ. Иногда диагноз СДВГ подтверждается без тщательного обследования. Эти дети получают лекарства без необходимости и не получают надлежащего лечения из-за ошибочного диагноза. Было также указано, что критерии DSM-а используются для диагностики СДВГ. Но эти критерии одинаковы для всех возрастных групп. Автор рассматривает проблемы, связанные с этим, и указывает, что наличие одного и того же набора критериев для всех возрастных групп приводит к гипердиагностике или ошибочному диагнозу.

Ключевые слова: Симптомы СДВГ, критерии диагностики, методы диагностики, исполнительные функции, гипердиагностика

Summary

Kamala Aghayeva

Difficulties in diagnostics of attention deficit and hyperactivity disorder

The article looks into the difficulties of diagnosing attention deficit and hyperactivity disorders. Criteria to diagnose ADHD are subjective. As there are no medical tests to diagnose ADHD, usually interviews with parents, and teachers are the main source of information. Their opinions could be subjective. Often ADHD occurs together with other comorbid disorders. Some symptoms could arise due to different disorders and differential diagnosis is important step towards the treatment and correction. Another problem is stigma and discrimination against children with ADHD and their families. Sometimes families avoid taking their children to a psychologist to avoid this diagnosis and stigma and discrimination coming with it. Because of this, children do not get necessary help. Over diagnosis is another problem with ADHD. At times ADHD diagnoses is confirmed without thorough investigation. These children get medication unnecessarily and don't get proper treatment because of misdiagnosis. It was also pointed out that DSM-a criteria are used to diagnose ADHD. But these criteria are the same for all age groups. The author looks into challenges of this and points that having the same set of criteria for all age groups causes over diagnosis or misdiagnosis.

Keywords: *ADHD symptoms, diagnostic criteria, diagnostic methods, executive functions, over diagnosis*