

BOLALARDA DIQQAT YETISHMOVCHILIK SINDROMI VA PSIXOKORREKSIYA QILISH YO’LLARI

Salomova Nargiza Sattorovna

Psixologiya va xorijiy tillar instituti

Psixologiya (Faolyat turlari) yo’nalish magistranti

Annotatsiya: Ushbu maqolada, bolalarda ko’p uchraydigan diqqat yetishmovchilik sindromi va uni davolashda olib boriladigan psixokorreksiya metodlari haqida so’z yuritilgan.

Kalit so’zlar: diqqat yetishmovchiligi, giperaktivlik sindromi, psixokorreksiya metodlari, davolash.

Annotation: This article talks about attention deficit syndrome, which is common in children, and psychocorrection methods used in its treatment.

Key words: attention deficit, hyperactivity syndrome, psychocorrection methods, treatment.

Аннотация: В данной статье рассказывается о синдроме дефицита внимания, часто встречающемся у детей, и методах психокоррекции, применяемых при его лечении.

Ключевые слова: дефицит внимания, синдром гиперактивности, методы психокоррекции, лечение.

Diqqat yetishmasligi va giperaktivlik sindromi (inglizcha: *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD)) bolalik davridan boshlanadigan ruhiy xulq-atvorning buzilishi hisoblanadi. U o’zida diqqatni jamlash, giperaktivlik bilan bog’liq qiyinchiliklar va yomon boshqariladigan impulsivlik kabi alomatlarini namoyon qiladi. XKT-10 da (Xalqaro kasalliklar tasnifi) mazkur sindrom giperkinetik buzilishlar turiga kiritiladi va odatda bolalik davrida boshlanadigan hissiy va xulq-atvor muammolari guruhi sifatida tasniflanadi, XKT-11 esa DYGSni neyrorivojlanish muammosi sifatida tasniflangan. Nevrologik nuqtai nazardan diqqat yetishmasligi va giperaktivlik sindromiga hech qanday davo chorasi topilmagan doimiy va surunkali sindrom sifatida qaraladi. Ba’zi bolalarning aynan 30 % ida, bu sindrom paydo bo’lib „o’sishni“ boshlaydi yoki bolaning ulg’ayish davrida unga moslashadi, deb ishoniladi.

DSM-5 buzilishning 3 ta asosiy va 2 ta qo’shimcha („boshqa aniqlik kiritilgan“ va „aniqlanmagan“) turga ajratadi:

- (ingliz.*attention-deficit/hyperactivity disorder: predominantly inattentive presentation*), diqqat yetishmasligi giperaktivligi buzilishi/diqqat yetishmasligini kuzatish

• Diqqat yetishmasligi/giperaktivlik buzilishi: asosan giperaktiv/impulsiv ko‘rinish

• (ingliz. *attention-deficit/hyperactivity disorder: combined presentation*), diqqat yetishmasligi / giperaktivlik buzilishi: aralash tip — DEHB-C

• (ingliz. *other specified attention-deficit/hyperactivity disorder*), diqqat yetishmasligi / boshqa belgilangan diqqatning yetishmasligi / giperaktivlik buzilishi.

• (ingliz. *unspecified attention-deficit/hyperactivity disorder*), aniqlanmagan e’tiborning yetishmasligi / giperaktivlik buzilishi.

XKT-11 (2018) da DEHB alohida tashxis sifatida qayd etilgan. Kasallikning quyidagi kichik turlari kuzatiladi:

- 6A05.0: Asosan beparvolik ko‘rsatilgan.
- 6A05.1: Asosan giperaktivlik — impulsivlik.
- 6A05.2: Aralash turi.
- 6A05. Y: Boshqa belgilangan turi.
- 6A05. Z: Aniqlanmagan turi.

Amerika Qo‘shma Shtatlari aholisining fikriga ko‘ra, bu sindrom odamlarning 3-5 foizida, shu jumladan bolalarda ham, kattalarda ham uchraydi. DEHB ko‘proq o‘g‘il bolalarda aniqlanadi. O‘g‘il bolalar va qizlar o‘rtasidagi nisbiy tarqalish diagnostika mezonlari, tadqiqot usullari va o‘rganish guruhlarini (shifokorga yuborilgan bolalar; maktab o‘quvchilari; umumiy aholi)ga qarab 3: 1 dan 9: 1 gacha belgilanadi. DEHB tarqalishining taxminlari ham ushbu omillarga bog‘liq.

Hozirgi vaqtda fenomenologik psixologik xususiyat tashxis sifatida belgilash uchun asosdir. DEHBning ko‘pgina belgilari vaqti-vaqti bilan paydo bo‘ladi. Mavjud (2007-yil boshi) diagnostika mezonlariga ko‘ra, DEHBni kech maktab yoki maktab yoshidan boshlab tashxislash mumkin, chunki bolaning xatti-harakatlarini aniqlash uchun kamida ikkita sharoitda (masalan, uyda va maktabda) baholash talablariga javob berishi zarurdir. Harakatlarni o‘rganish va ijtimoiy faoliyatda nuqsonlarning mavjudligi DEHB tashxisini qo‘yish uchun zaruriy mezonidir.

Beparvolik

1. Ko‘pincha detallarga e’tibor bera olmaydi: beparvolik tufayli maktab topshiriqlarida, bajarilgan ishlarda va boshqa faoliyatda xatolarga yo‘l qo‘yadi (masalan, detallarni o‘tkazib yuboradi, ishni noto‘g‘ri bajaradi). Odatda topshiriqlarni bajarish yoki o‘yin o‘ynashda diqqatni jamlashda qiynaladi (masalan, ma’ruzalar, suhbatlar yoki uzoq vaqt o‘qish paytida diqqatni jamlashda qiyinchiliklar).

2. Ko‘pincha o‘yin o‘ynayotganda yoki topshiriqni bajarish vaqtida qiyinchilik bilan e’tibor ko‘rsatadi (masalan, chalg‘imasdan ma’ruzalar tinglashi yoki uzoq vaqt kitob o‘qib o‘tira olmaydi).

3. Ko‘rsatmalarga rioya qilmaydi va maktab topshiriqlarini, vazifalarini yoki odatiy ish vazifalarini bajarmaydi (masalan, topshiriqlarni boshlagan taqdirda, osongina chalg‘iydi va tezda diqqatini yo‘qotadi).

4. Ko‘pincha topshiriqlarni va boshqa tadbirlarda qatnashishda qiyinchiliklarga duch keladi (masalan, ketma-ket topshiriqlarni boshqarishda qiynalish; materiallar va shaxsiy narsalarni tartibda saqlashda qiyinchiliklar; tartibsizlik; vaqtni noto‘g‘ri boshqarish; belgilangan muddatlarga rioya qilmaslik).

5. Odatda uzoq davom etadigan aqliy kuch talab qiladigan vazifalarni bajarishdan qochishga intiladi (masalan, maktab va uy vazifalari; katta yoshli o‘smirlar va kattalarda, hisobotlarni tayyorlash, shakllarni to‘ldirish, uzun maqolalarni umumlashtirish).

6. Maktabda va uyda kerakli narsalarni tez-tez yo‘qotadi (masalan, o‘quv qurollari, qalamlar, kitoblar, asboblari, hamyonlar, kalitlar, hujjatlar, ko‘zoynaklar, mobil telefonlar, soyabonlar, qo‘lqoplar, uzuklar).

7. Ko‘pincha osongina chalg‘iydi (katta o‘smirlar va kattalarda bu shunchaki keraksiz fikrlar bo‘lishi mumkin). Kundalik vaziyatlarda unutuluvchanlikni namoyon qiladi (masalan, uy yumushlari va topshiriqlarini bajarishda; katta yoshli o‘smirlar va kattalar qo‘ng‘iroq qilishni, hisob-kitoblarni to‘lashni, uchrashuvga kelishni unutishadi)

Giperaktivlik va impulsivlik

1. Qo‘llar yoki oyoqlarni urib o‘tiradi yoki chayqaltib o‘tiradi.

2. Ko‘pincha ma‘qul bo‘lmagan holatlarda (sinfda, ofisda yoki boshqa ish muhitida, shuningdek, qat‘iyat talab qiladigan boshqa holatlarda) o‘z o‘rnini tark etadi.

3. Qabul qilib bo‘lmaydigan holatlarda yuguradi yoki biror joyga tirmashib osiladi. (Eslatma: o‘smirlarda yoki kattalarda bezovtalik tashqi ko‘rinishda ko‘rinmasligi mumkin.)

4. Odatda jimgina, xotirjam o‘ynay olmaydi yoki bo‘sh vaqtlarida hech narsa qila olmaydi.

5. O‘z navbatini jimgina kuta olmaydi (masalan, restoranlarda, yig‘ilishlarda uzoq vaqt jim o‘tirishning iloji yo‘q yoki noqulay; boshqalar tomonidan notinch, ular bilan aloqa qilish qiyin bo‘lgan odam sifatida qabul qilinishi mumkin)

6. Haddan tashqari ko‘p gapiradi.

7. Savoliga berilgan javoblarni ohirigacha kutmaydi (masalan, odamlarning gaplarini bo‘ladi, suhbatning navbatini kutmaydi).

8. Tez-tez halaqit qiladi yoki boshqalarning ishlariga aralashib yuradi (masalan, suhbatga, o‘yinlarga yoki mashg‘ulotlarga aralashadi; so‘ramasdan yoki ruxsat olmasdan boshqa odamlarning narsalaridan foydalanishi mumkin; o‘smirlar va kattalar boshqalarning qilayotgan ishlariga aralashishi mumkin).

Diqqat yetishmovchiligini davolash va tuzatishga bo‘lgan yondashuvlar va mavjud usullar turli mamlakatlarda turlicha bo‘lishi mumkin. Ko‘pgina mamlakatlarda davolashning birinchi yo‘nalishi ota-onalarga bolani to‘g‘ri tarbiyalash usullarini o‘rgatishdir. Xulq-atvorni o‘zgartirish, psixoterapiya, pedagogik va neyropsikologik davolash usullari qo‘llaniladi. Dori darmon bilan davolash terapiyasida xulq-atvor va kognitiv funktsiyalarning buzilishini pedagogik usullar bilan bartaraf etish mumkin bo‘lmagan hollarda individual ko‘rsatmalarga muvofiq belgilanadi. Amerika Qo‘shma Shtatlarida bolalar uchun WWK3 protokoli, kattalar uchun esa WWK10 protokoli qo‘llaniladi. Jumladan, bolalarni davolash uchun yuqori (narkogen) potentsialga ega bo‘lgan bahsli dori Ritalin (metilfenidat) dan foydalanishga ruxsat beriladi. DEHBni davolashda metilfenidat, amfetamin va deksamfetamin kabi psixostimulyatorlar birinchi navbatda AQSh va G‘arbiy Evropada yordamchi darmon sifatida qo‘llaniladi. Psixostimulyatorlarning be‘morga ta‘sir qilish mexanizmi yaxshi o‘rganilgan. U eksperimental hayvonlarda ham, bolalarda ham normal spontan xatti-harakatlar reaksiyalarini vaqtincha bostiradi. Xususan, metilfenidat bolalar va ularning tengdoshlari bilan muloqotini, mustaqillik va o‘yin ko‘nikmalarini hosil qiladi, bu sizga maktabda va uyda, o‘g‘il bolalarning xatti-harakatlarini nazorat qilish imkonini beradi. Metilfenidat bilan bunday xatti-harakatlar nazorati o‘z-o‘zini tarbiyalashning rivojlanishini cheklaydi.

Ushbu stimulyatorlarning kamchiliklaridan biri ularni kuniga bir necha marta qabul qilish zarurati borligi (ta‘sir muddati taxminan 4 soat). Hozirda uzoq muddatli ta‘sirga ega (12 soatgacha) metilfenidat va deksamfetamin mavjud. Metilfenidatning uzoq muddatli ta‘sir ko‘rsatadigan shakli (savdo nomi concerta) DEHBni davolashda keng qo‘llaniladi. Deksamfetamin, metamfetamin va vaqt bilan ajralib chiqadigan metilfenidatning DEHBni davolashda samaradorligi to‘liq aniqlanmagan. Ilgari, psixostimulyator pemolin ishlatilgan, ammo gepatotoksisite tufayli foydalanish cheklangan. Atomoksetin (norepinefrinni qaytarib olish inhibitori, adreno- va simpatomimetiklar guruhi) kabi boshqa dorilar guruhlari ham qo‘llaniladi. Antidepressantlar ham samarali: past dozalarda desipramin, bupropion. Klonidinni psixostimulyatorlar bilan birlashtirish mumkin, bu nojo‘ya ta‘silarni yengillashtiradi (uyqusizlik va impulsivlikni yo‘q qiladi) va giperkinez va giperaktivlikka qarshi ta‘sirini oshiradi

Bolalarga psixostimulyatorlarni buyurishda alohida e‘tibor talab etiladi, chunki bir qator tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, yuqori dozalar (masalan, kuniga 60 mg dan ortiq metilfenidat) yoki noto‘g‘ri foydalanish giyohvandlikka olib keladi va o‘smirlarni giyohvandlik ta‘siriga erishish uchun yuqori dozalardan foydalanishga undashi mumkin. AQShda kokainga qaram bo‘lganlar o‘rtasida o‘tkazilgan tadqiqotga ko‘ra, o‘smirlik davrida stimulyatorlardan foydalangan DEHB bilan kasallangan odamlar,

shuningdek, DEHB tashxisi qo‘yilgan, ammo stimulyatorlarni ishlatmaganlarga qaraganda ikki baravar ko‘p.

2003-yilda nashr etilgan tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, DEHB tashxisi qo‘yilgan bolalarning miya hajmi tashxisi qo‘yilmagan bolalarnikiga qaraganda kichikroq. Miya hajmining kichrayishi kasallikning o‘zini yoki DEHB ni davolash uchun ishlatiladigan dorilar tufayli yuzaga keladimi yo‘qmi, aniq emas.

DEHBda psixostimulyatorlarning afzalliklari 5000 ga yaqin bolalarni qamrab olgan 170 dan ortiq randomizatsiyalangan nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarda tasdiqlangan. Biroq, bu faqat qisqa muddatli davolanishga kiradi. 2010-yilda Avstraliyada DEHB uchun psixostimulyator terapiyasining uzoq muddatli foydali ta‘siri yo‘qligi bo‘yicha tadqiqot nashr etildi. Tadqiqot 20 yil davomida kuzatilgan 2868 ta oilani qamrab oldi.

Odatda, psixostimulyatorlarni qabul qilganda, bolalarning holati sezilarli darajada yaxshilanadi (xulq-atvorda ko‘proq, uzoq muddatda o‘qishdagi yuksalish ko‘rsatkichlarda deyarli yaxshilanish kuzatilmagan) va faqat bir nechta bemorda yaxshilanish kuzatilmaydi. Psixostimulyatorlarni qabul qilishda o‘qishdagi zaif ko‘rsatkichlar, chalg‘uvchanlik va tajovuzkorlikning namoyon bo‘lishi qisman yo‘qoladi va preparat to‘xtatilganda yoki platsebo bilan almashtirilganda yana paydo bo‘ladi.

Xulosa:

Xulosa qilib shuni ta‘kidlash joizki, DEHB eng munozarali va bahsli ruhiy kasalliklardan biridir. DEHB va uni davolash kamida 1970-yillardan beri izlanib kelinmoqda. Ushbu sindromning mavjudligiga ko‘plab shifokorlar, o‘qituvchilar, yuqori lavozimli siyosatchilar, ota-onalar va ommaviy axborot vositalari tomonidan shubha bilan qaraladi. DEHB haqidagi fikrlar doirasi juda keng — bu kasallik mavjudligiga ishonmaydiganlardan tortib, bu holat uchun genetik yoki fiziologik shartlar mavjudligiga ishonadiganlargacha. Ba‘zi tadqiqotchilar hatto iqlim omillarining bolalarda DEHB rivojlanishiga ta‘sirini ta‘kidlaydilar.

DEHB nimadan iboratligi haqida aniqlik yo‘qligi va diagnostika mezonlarining o‘zgarishi chalkashlikka olib keladi. Davolashning axloqiy va huquqiy masalalari ayniqsa terapiyada psixostimulyatorlardan foydalanish, shuningdek, farmatsevtika kompaniyalaridan pul oladigan guruhlar va shaxslar tomonidan DEHB stimulyatorlarini reklama qilish bahs-munozaralarning asosiy yo‘nalishlari sifatida paydo bo‘ldi.

Ota-onalarga bolani to‘g‘ri tarbiyalash usullarini o‘rgatish.

Bolalarni ta‘lim tizimida qo‘llab-quvvatlash uchun xulq-atvor usullariga asoslangan amaliy ishlanmalar, masalan, aralashuv tizimi va kerakli xatti-harakatlarni qo‘llab-quvvatlash, o‘quvchilarning qiyin xatti-harakatlarini funktsional baholash va muammolarni hal qilish uchun o‘quv muhitini qayta loyihalashni ta‘minlaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. „LONI: Laboratory of Neuro Imaging“. 6-sentabr 2008-yilda asl nusxadan arxivlandi. Qaraldi: 25-aprel 2008-yil.
2. NINDS Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Information Page. Arxivlandi 2016-12-02 Wayback Machine saytida. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS/NIH) 9 февраля, 2007. По данным на 2007-08-13.
3. „Dr. Russell A. Barkley Official Site, Authority ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder“. 15-aprel 2008-yilda asl nusxadan arxivlandi. Qaraldi: 25-aprel 2008-yil.
4. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).^(ingl.) Dannie s sayta *Behavenet.com*. Informatsiya sobrana 11-dekabrya 2006 goda.
5. *Всемирная организация здравоохранения F90—F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте // Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). — Ростов-на-Дону: «Феникс», 1999. — С. 334. — ISBN 5-86727-005-8*
6. *World Health Organisation*. „ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder“ (en) (2018). Qaraldi: 2-noyabr 2018-yil.