

DIQQƏT DEFİSİTİ VƏ HİPERAKTİVLİK SİNDROMUNUN ETİOLOGİYASI VƏ PATOGENEZİ

Turan Şahvələddi,
Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universiteti
E-mail: 91turan@gmail.com

Rəyçilər: *ped.ü. fəls. dok. N.T. Hüseynova*
ped.ü. fəls. dok. S.R. Aslanova

Açar sözlər: *hiperaktivlik, impulsivlik, aktivlik, ontogenez, baş beyin, diqqət defisiti, minimal beyin disfunksiyası*

Ключевые слова: *гиперактивность, импульсивность, активность, онтогенез, головной мозг, дефицит внимания, минимальная мозговая дисфункция*

Key words: *hyperactivity, impulsivity, activity, ontogenesis, head brain, attention deficit, minimal brain dysfunction*

Diqqətin defisiti və hiperaktivlik sindromu – daimi diqqətsizlik, hiperaktivlik və impulsivliyi əks etdirən vəziyyətdir. DDHS uşaqlıq dövründən etibarən başlayır və adətən böyük yaşlarda da davam edir. XIX əsrin ortalarından başlayaraq uşaqlarda hiperaktivlik sindromunun öyrənilməsi həkimləri və pedaqoqları narahat etməyə başlamışdır. Qərribə davranışları olan çoxsaylı uşaqlar haqqında XX əsrin birinci yarısında “Ekonomo” adlandırılmış ensefalit (baş beyini zədələyən infeksiya xəstəlik) epidemiyasından sonra məlumatlar yayılmağa başlamışdır. Bu dövrdən etibarən mütəxəssislər hiperaktivliyi beyin zədələnməsi (minimal beyin disfunksiyası) ilə əlaqələndirməyə başladılar. Qeyd etmək lazımdır ki, “Diqqət defisiti” termini 80-ci illərin əvvəlində daha geniş anlayış olan “minimal beyin disfunksiyası” terminindən ayrılmışdır. Aktiv hərəkətilik, diqqət yayınması, impulsivlik kimi davranış pozulmaları olan məktəb yaşlı uşaqları müşahidə edərək tədqiqatçılar belə bir fikrə gəldilər ki, bu dəyişikliklərin səbəbi qeyri müəyyən etiologiyalı beyin zədələnməsidir. Bu cür dəyişiklik “minimal beyin zədələnməsi” adlandırıldı. Sonradan “minimal beyin zədələnməsi” anlayışına təlim çətinlikləri (yazı, oxu, hesab və nitq pozulmaları) də əlavə edildi. 1980-ci ildə Amerika Psixiatrlar Assosiasiyası tərəfindən əsas təsnifat işləndi. Bu təsnifata əsasən əvvəl “minimal beyin disfunksiyası” kimi təsvir olunan hallara diqqət defisiti və hiperaktivlik sindromu kimi baxılması təklif olunmuşdu. Bu zaman minimal beyin disfunksiyasının klinik simptomu kimi diqqətin pozulması və hiperaktivliyin təzahürü əsas

götürülürdü. Son təsnifata əsasən bu sindromlar ümumi olaraq “diqqət defisiti və hiperaktivlik” adı altında birləşdirilib. Bu sindrom uşaqlarda tez-tez müşahidə olunan psixi xəstəliklərdən biridir. DDHS oğlanlarda qızlara nisbətən daha çox rast gəlinir. Bu sindrom böyük adamlarda da müşahidə olunur. DDHS-nun simptomları hər kəsdə özünü müxtəlif əlamətlərlə göstərə bilər. Lakin onların hər biri üçün aktivliyi bu və ya digər səviyyədə nəzarətdə saxlamaq (hiperaktivlik), özlərini cilovlamaq (impulsivlik), diqqəti toplamaq (diqqət yayınlığı) çətin olur.

DDHS-nun müasir təsnifata əsasən əsas diaqnostik meyarları aşağıdakılardır:

- normal yaş xüsusiyyətlərinə uyğun olmayan və yetərli adaptasiya imkanlarının olmaması ilə şərtlənən diqqətin pozulması, hiperaktivlik və impulsivlik;
- 7 yaşa qədər olan dövrdə simptomların təzahürü və inkişafı;
- uşağın pis adaptasiyasından xəbər verən simptomların minimum 6 ay ərzində özünü biruzə verməsi;
- intellektual səviyyəsi normaya uyğun olsa da, müxtəlif situasiyalara adaptasiya oluna bilməməsi.

Aktivlik normada və ya normadan aşağı olduğu hallarda ancaq diqqət defisitliyindən (DDS) danışılır. Yaş artdıqca hiperaktivlik bir qayda olaraq azalır. DDHS-dan əziyyət çəkən uşaqlarda həm evdə, həm məktəbdə, əsasən də öz yaşlıları ilə ünsiyyətdə problemlər yaranır. DDHS nəzarətsiz qaldıqda sonradan bu problem

nəinki təhsilə və işə mənfi təsir edir, həmçinin sosial və emosional inkişafa zərər verərək, nar-kotiklərə və asosial davranışa meyillilik yaradır. DDHS uşaqlarda fərqli formalarda təzahür edir. Lakin qeyd etməliyik ki, nə qədər fərqlilik olsa da sindromun ortaq əlamətləri olan: diqqətsizlik, hiperaktivlik və impulsivlik hər birində müəyyən dərəcədə də olsa müşahidə olunur.

Diqqətsizlik. Diqqəti dağınıq olan insana hər hansı bir əşyaya fikrini toplamaq çətin olur. Bir tapşırığa bir neçə dəqiqə vaxt sərf etdikdə darıxırlar. Şüurlu və iradi olaraq diqqətlərini toplaya bilmirlər. Hər bir işi axıra saxlayır, öhdəlikləri yerinə yetirmir, bir yerdə oturmur, bir neçə işi eyni zamanda başlayaraq heç birini də sona çatdırmırlar.

Hiperaktivlik. Hiperaktiv insanlar daim hərəkətdə olurlar. Onlar sakit dura bilmirlər, parta arxasında otura bilməyərək sinif otağında gəzişir, əlini və ya ayağını əsəbi halda yelləyir, qələmlə stolun üstünə taqqıldadırlar. Daim həyəcanlı olurlar.

Impulsivlik. Sanki bu insanlar nə isə etməmişdən öncə düşünə bilmirlər. Sual verdikdə ağıllarına gələn ilk sözü düşünmədən deyirlər. Hər hansı bir işin nəticəsini düşünmədən hərəkət edirlər.

DDHS depressiya ilə, narahatçılıqla, davranış pozulmaları ilə müşayiət oluna bilər. Bir sıra somatik xəstəliklər də DDHS-nun simptomları ilə paralel təzahür edə bilər. DDHS nə davranış problemi, nə də yanlış tərbiyənin nəticəsi deyildir. Bu sindrom xüsusi kompleks müayinə nəticəsində təsdiq olunan tibbi diaqnozdur. Hiperaktivlik problemi iradi güclə, avtoritar göstərişlərlə və şifahi inandırmaqlarla həll olunmur. Hiperdinamik sindromlu uşaqda bir sıra xarakterik pozulmalarla yanaşı, digər emosional və koqnitiv pozulmalara da rast gəlinə bilər (məsələn, ağrı hissəsinin zəif olması). Hiperaktiv uşaqda olan neyrofizioloji problemlər müstəqil olaraq aradan qaldırıla bilməz. Bu sindromun aradan qaldırılması üçün yalnız tibbi medikamentoz müalicə yetərli olmur. Vəziyyətin dəyişməsi üçün vacib şərtlərdən biri kompleks yanaşmadır. Kompleks yanaşmanın əsas mahiyyəti uşağın düzgün psixo-pedaqoji müşayiətidir.

Diqqət defisitliyi və hiperaktivlik sindromunun etiologiyasını tam anlayıb, problemə kompleks yanaşmaq üçün təbii ki uşaq baş bey-

ninin inkişaf qanunauyğunluqlarını da bilmək vacibdir.

Məlum olduğu kimi, orqanizmin bioloji inkişafı hər mərhələdə ciddi qanunauyğunluğa tabedir. Hər bir psixi funksiyanın və funksional zəncirin öz inkişaf proqramı var. Beynin müxtəlif zonalarının və strukturlarının yetişməsi qeyri-bərabər, uzunmüddətli və mərhələli prosesdir.

Birinci mərhələdə (bətndaxili dövrdən başlayaraq 2-3 yaşınadək) uşağın somatik (bədən), affektiv və koqnitiv statusunun əsasını təşkil edən yarım kürələrarası neyrofizioloji, neyromhumoral, sensovegetativ və neyrokimyəvi asimmetriyaların təmin edilməsi üçün bazis (beynin ilk funksional bloku) formalaşır. Beynin I funksional bloku tonus və əhval ruhiyyənin tənzimini təmin edir. İnkişafın bu səviyyəsində uşağın gələcək psixi fəaliyyətinin və təliminin əsas neyrobioloji şərti olan psixofizioloji əlamətləri formalaşır. Bu səviyyənin serebral (beyin) sistemi üfqi sensomotor (gözlərin konvergensiyası, oynaqların resiprok əlaqəsi) və şaquli (optooral və oral-manual) əlaqələri təşkil edir. Hələ ana bətinəndə olarkən uşaq özü öz inkişaf yolunu müəyyən edir. Əgər beyin inkişaf səviyyəsinə görə doğum vaxtına hazır deyilsə, doğum travması qaçılmazdır. Doğum prosesi uşaq orqanizminin fəaliyyətindən asılıdır. O doğum yollarının təzyiqindən keçməli, müəyyən sayda çevrilmələr və təzyiqli hərəkətlər etməli, cazibə qüvvəsinə adaptasiya olunmalı və s. Demək, nəinki ana uşağı bətinəndə bəsləyərək dünyaya gətirir, həm də uşaq öz özlüyündə bəslənərək dünyaya gəlir. Müvəffəqiyyətli doğum beyin serebral sisteminin yetərinə inkişafından asılıdır. Bu səbəbdən keysəriyyə üsulu ilə, vaxtından əvvəl və ya gecikmiş doğumdan dünyaya gələn uşaqların dizontogenetik inkişaf ehtimalı yüksəkdir. Bundan başqa *subkortikal səviyyəli* yarım kürələr arası əlaqələr nitqin formalaşmasında iştirak edirlər.

İkinci mərhələ (3 yaşından 7-8 yaşınadək) sensor, qavrayış kanalları (audial, vizual, kinestetik), emosional, motivasiya sahələrinin təmin olunmasında vacib rol oynayan komissural sistemlərin (yarım kürələr arasında əlaqəni təmin edən sinir lifləri) aktivləşməsi ilə xarakterizə olunur. Beynin bu zonası mərkəzi beyin komissurasıdır. O yarım kürələrarası mnestik proseslərin təşkilini təmin edir. Ontogenezin bu hissəsində beynin II funksional blokunun əməliyyat

səviyyəsində yarım kürələr səviyyəsində asimmetriyalar möhkəmlənir. Nitq, fərdi loteral profil, funksional aktivlik üzrə yarım kürələrin dominantlığı formalaşır. Beynin bu səviyyəsinin formalaşmasının pozulması psevdosolaxaylığın yaranmasına səbəb olar. II funksional blokun əsas funksiyası informasiyanın qəbulu, emalı və qorunmasıdır. Bu blok beyin qabığının görmə (ənsə), eşitmə (gicgah) və ümumi hissi (əmgək) zonalarını əhatə edir. Beynin bu zonaları yüksək spesifik modallığa malikdir. Onlar görmə, eşitmə, vestibulyar (ümumi hissi) və kinestetik informasiyanı qəbul edirlər. Dadbilmə və iybilmə reseptorlarının mərkəzi hissələri də bura aiddir. Hər hansı bir əşyanın qavranılması modal fəaliyyətin nəticəsidir. Bu fəaliyyət baş beyin qabığının zonalar sisteminin birgə işinə əsaslanmalıdır. Sol yarım kürənin funksiyalarının inkişafı üçün sağ yarım kürə normal ontogenez keçməlidir. Məsələn, məlumdur ki, fonematik eşitmə sol yarım kürənin funksiyasıdır. Amma səs fərqləndirici funksiyanın bir zənciri olmazdan əvvəl o uşağın ətraf ələmlə qarşılıqlı təsiri nəticəsində sağ yarım kürədə tonal səs fərqləndirici kimi formalaşmalı və avtomatlaşmalıdır. Fonematik eşitmənin ontogenezində bu zəncirin inkişafdan qalması nitq inkişafının kobud pozulmalarına səbəb ola bilər.

Yarım kürələrarası əməkdaşlığın yaranmasının III mərhələsi transkollazal əlaqələrin yaranmasıdır. Bu mərhələ 12-15 yaşınadək davam edir. Bu yaş dövründə döyənək cism sağ və sol yarım kürələrin arxa şöbələrinin birgə işinə xidmət edir və aşağı komissural səviyyələrə nəzarət edirdi. 12-15 yaş dövründə döyənək cism morfoloji və funksional cəhətdən tam yetişməsi sağ və sol yarım kürələrin alın şöbələrinin tənzimləmə səviyyəsində birgə işini təmin edir (beynin III funksional bloku). Şəxsiyyətin və təlimin koqnitiv xüsusiyyətləri formalaşır, sol yarım kürənin alın şöbəsinin üstünlüyü möhkəmlənir. Bu uşağa öz şəxsi davranış proqramını qurmağa, qarşısına məqsəd qoymağa, özünə nəzarət, özünü təhlil, davranışını, nitqini, emosiyalarını iradi tənzimləməyə imkan verir. III blok fəal, şüurlu psixi fəaliyyəti təşkil edir. İnsan öz fəaliyyətinin plan və proqramını quraraq yerinə yetirilməsinə nəzarət edir, öz davranışını plan və proqramlarına uyğunlaşdıraraq tənzimləyir. III blokun əsas hissələrindən biri məqsəd və proq-

ramların formalaşmasına xidmət edən alın şöbələridir. Alın şöbələri güclü əlaqələrə malikdir ki, bu əlaqələrin vasitəsilə bir tərəfdən I funksional blokdan impuls qəbul edir, digər tərəfdən onun fəaliyyətinə nəzarət edir. Psixi fəaliyyətin bu səviyyəsində yaranmış defisit insanın dezadaptiv davranışında əks olunur.

Mürəkkəb psixi proseslərin sistemli quruluşuna əsaslanaraq şüurlu fəaliyyətin hər bir forması mürəkkəb funksional sistem olub baş beynin hər üç blokunun birgə işinə əsaslanır. Baş beynin ontogenez inkişafı modelinə əsasən psixi proseslərin formalaşması beyin gövdəsi və qabıqaltı törəmələrdən baş beyin qabığına tərəf (aşağıdan yuxarıya), sağ yarım kürədən sola tərəf, beynin arxa şöbələrindən önə tərəf istiqamətdə baş verir. Beynin hipotalamo-diensefal strukturu (gövdə hissəsi) yetişdikdən sonra sağ yarım kürənin, daha sonra isə sol yarım kürənin formalaşması başlayır. Beynin formalaşmasının son mərhələsi sol yarım kürənin alın şöbələrinin yetişməsi ilə bitir. Döyənək cism tam yetişməsi 12-15 yaşında başa çatır. Bu yaş dövründə isə yarım kürələr arası qarşılıqlı fəaliyyət komissurlar vasitəsilə baş verirdi. Alın payının intensiv inkişafı 8 yaşından tez olmayaraq başlayır və 12-15 yaşınadək bitir. Ontogenez prosesində alın payı ilkin olaraq formalaşmağa başlasa da, inkişafını sonuncu olaraq bitirir.

DDHS olan uşaqlarda beyin təşkilinin sağ yarım kürədən sola tərəf formalaşması deviasiyalarla baş verir. Bu zaman inkişaf “sağ alın payına gedir”, bu da hiperaktivlik və impulsivlikdə əks olunur. Diqqətin toplanmasını (konsentrasiyasını) sol yarım kürənin alın payı təmin etdiyi halda, diqqətin paylanmasına sağ yarım kürə cavabdehdir. Bu hissə diqqət mərkəzində olan fiquru deyil, periferiyanı (ətrafdakıları) qavrayır. DDHS olan uşaqlarda məhz bu xüsusiyyət müşahidə olunur.

Beynin “tələb olunmayan” sahələri, yəni vaxtlı-vaxtında sensor informasiya almayan hissələr inkişafdan qalır. Nəzərə almaq lazımdır ki, sosial deprivasiya şəraitində dendrit əlaqələrin inkişafı dayanır.

Uşağın inkişafı həmişə təlimin arxasınca gedir, əksinə deyil. Təlim uşağın həyatının ilk günlərindən başlayır. Beynin inkişafı daha mürəkkəb proseslərin öyrənilməsinə kömək edir. Perseptiv və motor fəaliyyət, dilin mənimsənil-

məsi və öyrənmənin digər növləri neyronlararası əlaqələrin yaranması və güclənməsində öz rolunu oynayır. Neyronlar hələ embrional dövrdə formalaşmağa başlayır və həyatının ilk ilinin yarısında insanın beyni 100-200 mlrd neyrondan ibarət olur. Qliar hüceyrələr uşağın həyatının ikinci ili ərzində böyüməyə davam edir, sonra onların inkişafı ləngiyir.

MSS-nin erkən yaş dövründə inkişafına koqnitiv və hərəkət bacarıqlarla sıx əlaqəli olan miyelinizasiya da daxildir.

Beynin postnatal dövrdə inkişafı təkcə neyronların artması hesabına deyil, həmçinin onlar arasında əlaqələrin inkişafı ilə baş verir. Anadan olarkən uşağın beyni 350 qr. çəkiddə olur, yəni böyük insanın beyninin 25%-i qədər. Beyin dendrit şəbəkəsi və qlial hüceyrələrin 1 dəqiqədə 1 mlq sürətlə artması hesabına, 6 aylıqda 50%, 2.5 yaşda 75%, 5 yaşda 90% -ə çatır.

Bir mərhələdən digərinə keçid ciddi obyektiv neyrobioloji qanunlarla məhdudlaşır. Uşaqdan bu və ya digər tapşırığı tələb edərkən bu qanunlar mütləq nəzərə alınmalıdır. Əgər uşağa təqdim olunan tapşırıq onun beyni üçün aktual olan situasiyadan qabağa qaçar və ya ona zidd olarsa, bu həmin dövrdə aktiv inkişaf edən proseslərin formalaşmasına mənfi təsir edər. Məsələn, uşağa hərf və rəqəmlər erkən (5 yaşa qədərki dövrdə) təlim edilərsə, normal ontogenezin təhrifi baş verir. Erkən təlimə reaksiya sonradan müxtəlif cür emosional-şəxsi deviasiyalarda, uşağın tez-tez xəstələnməsində, allergiyalarda, loqonevrozda, dizatriyada, tiklərdə özünü büruzə verə bilər. Oxu, yazı, hesab təlimi ümumi enerji həcminə görə beynin kortikal şöbələrini vaxtından qabaq yükləyirsə, bu sahələr plastikliyi və bərpa resurslarını itirir. Belə bir uşaq ədəbiyyat, riyaziyyat sahələrində yüksək nailiyyətlər əldə edəcəyi təqdirdə elementar bacarıqların (ayaqqabı bağlarını bağlaya bilmir, düymələnməyi bacarmır, çörək doğraya bilmir və s.) yetərinə formalaşmaması özünü büruzə verir. 7 yaşınadək olan dövrdə sərt beyin əlaqələrinin olmaması nəticəsində beyin sisteminin plastikliyi möhtəşəm avtokorreksiya potensialına malik olur. 9 yaş dövründə neyrobioloji qanunlara müvafiq olaraq beyin öz intensiv inkişafını bitirir. Onun funksional əlaqələri getdikcə daha sərtləşərək azhərəkətli olur. Bu yaş dövründə iradi diqqətin mexanizmlərinin formalaş-

ması bitir. Beynin bütün resursları sol yarımkürənin ön şöbələrinə yönəlir.

Müasir neyropsixoloji tədqiqatlar göstərir ki, 70% uşaqlarda baş beynin qabıqaltı və beyin kökü şöbələrində pozulmalar yaranır. Bu pozulmaların çoxu bətdaxili və ya natal dövrdə formalaşır və sonrakı ontogenezin əsasını qoyur. Belə uşaqların beyni kompensator mexanizmlər hesabına işləyir. Nəzərə almaq lazımdır ki, davranışdakı deviasiyalar məktəbdə deyil, bətdaxili inkişaf zamanı və erkən uşaqlıq dövründə yaranır. Məsələn, uşağın iməklənməsi və ya dəyişkən sxem üzrə iməklənməsi (geriyə, yan-yana və s.) inkişafda pozulmalara işarədir.

Ananın ürək və tənəffüs ritminin təsiri ilə embrionda bətdaxili dövrün 5-ci ayına yaxın vestibulyar aparat inkişaf edir. Bətdaxili inkişafın bu dövründə yaranmış patologiya (ananın kompüter arxasında və ya elektrik avadanlıqları ilə işləməsi, neon lampaları ilə işıqlandırma, alkoqol, nikotin və s.) uşağın ritmik modelinin formalaşmasına təsir edir. Daxili ritm hissi olmayan körpələr ritmik yelləmək, laylay oxumaq, əmzikle nəinki sakitləşmələr, hətta daha çox qıçıqlanırlar. Nəzərə almaq lazımdır ki, körpənin qucaqda və ya beşikdə çox yelləndirilməsi vestibulyar aparatın və beyinciğin patologiyasına səbəb olur. Bu da diqqət defisitliyi və hiperaktivlik sindromunun yaranması ilə nəticələnməyə bilər. Ana hamiləlik dövründə alkoqoldan istifadə edərsə, bu dövlün alın payında sinir şəbəkəsinin inkişafına mənfi təsir edir. Nəticədə körpə anadan olandan sonra onda diqqət konsentrasiyasının azalması, davranış pozulmaları (dağıdıcı davranış, aqressiya), qıcıq, şirniyyata patoloji həvəs, hiperaktivlik, depressiya, autizm özünü büruzə verə bilər.

Beynin erkən dövrdə ocaqlı zədələnməsi hallarında beyin mexanizmlərinin yüksək plastikliyi nəticəsində kompensasiya oluna bilər. Belə yenidən qurmalar adətən beynin digər hissələrinin fəaliyyəti hesabına baş verir. Beynin erkən zədələnmələrinə daha həssas beynin diqqət funksional sistemidir. Erkən beyin zədələnməsinin digər bir fəsadı miyelinizasiyanın pozulmasıdır. DDHS-nun yaranmasının əsas səbəblərindən biri miyelinizasiyanın ləngiməsinə görə beynin prefrontal şöbələrini disfunksiyasıdır. Məlumdur ki, psixi fəaliyyətin təşkili, proqramlaşdırma və nəzarət funksiyasını yerinə

yetirən prefrontal sahənin miyelinizasiyası ən gec başa çatır. Oğlan uşaqlarında bu proseslər qızlara nisbətən daha uzun müddət olur.

Genetik mexanizmlər ilk növbədə neyronların, differensiasiyası, miqrasiyası və formalaşması kimi mürəkkəb proqramı təmsil edən MSS-nin erkən inkişaf mərhələlərinə nəzarət edir. Beyin sistemində yeni fizioloji funksiyaların realizasiyasını təmin edən adaptiv yenidənqurmaların həyata keçmə sürəti və plastikliyindən orqanizmin fizioloji tamlığı asılıdır. Bu əsasən prenatal ontogeneza aiddir. Çünki bu dövrdə əsas qoyulan struktur və funksiyalar ana orqanizmi tərəfindən yaradılan mühitə, şəraitə adaptasiyadan asılıdır. Ontogenezdə patoloji amillərin təsiri müddəti ilə sonrakı nevroloji pozulmaların xarakteri arasında müəyyən qarşılıqlı əlaqə mövcuddur. Müəyyən olunmuşdur ki, erkən mərhələlərdə ontogenezin pozulması beynin qabıqaltı strukturlarının zədələnməsinə gətirib çıxarır. Natal və postnatal dövrdə təsir edən amillər əsasən yüksək qabıq funksiyalarının formalaşmasına təsir edir. Bu qanunauyğunluq P.A. Anoxinin sistemogenezi nəzəriyyəsinə əsaslanan beynin ayrılma şübhələrinin heteroxron inkişafı prinsipi ilə izah olunur. Embriogenezin heteroxroniyası prinsipinə əsasən neyronların hüceyrə diferensiasiyası, onlar arasında sinaptik əlaqələrin yaranması və aparıcı yolların miyelinizasiyası aid olduqları funksional sistemlərin yetişməsinə uyğun olaraq MSS-nin müxtəlif şübhələrində müxtəlif vaxtlarda və müxtəlif sürətlə baş verir. Beləcə də, ontogenezin erkən dövrlərində təsir edən qeyri əlverişli amillər uşaq serebral iflicinin və əqli geriliyin yaranmasına səbəb olar. Hamiləliyin daha gec müddətində dölə təsir edən patoloji amillər minimal beyin disfunksiyasının və DDHS-nun yaranması üçün risk amilidir.

Hiperdinamik sindromlu məktəblilər ən ağır vəziyyətdə diqqətlərini ancaq 15 dəqiqə ərzində saxlaya bilirlər. Bu sindroma psixi inkişaf ləngiməsi ilə şərtlənən, təlimdə çətinlikləri olan məktəblilər arasında rast gəlinir, hətta müstəqil patologiya kimi diaqnozlaşdırılmaya da bilər. Lakin bu uşaqlara psixopedaqoji kömək və yardım, ətrafdakıların düzgün münasibəti və reaksiyası tələb olunur. Defektoloq və psixoloq uşağın valideynlərinə və ətrafdakılara müsbət dəyişikliyin bir neçə gün və ya bir neçə ay ərzində nəzərə çarpmayacağını izah etməlidirlər. Korreksiya,

effektiv kömək sakitlik, uşağa qarşı səbirlik, uşaqla ardıcıl, sistemativ iş aparılmasını tələb edir. Valideynlərə DDHS-nun hər hansı bir təzahüründə həkimə müraciət etmək tövsiyə olunur.

Problemin aktuallığı. Problemin tədqiqinə həsr edilmiş elmi ədəbiyyatların təhlili göstərir ki, DDHS müxtəlif aspektlərdən həm yerli, həm də xarici mütəxəssislər tərəfindən öyrənilmişdir. Bu günə qədər aparılmış tədqiqatlarda müxtəlif üsul və diaqnostika metodlarından istifadə olunduğu üçün statistik olaraq dəqiq bir məlumat əldə edilməmişdir. Lakin buna baxmayaraq təbii ki, müəyyən yuvarlaqlaşdırılmış faizlər işlənib hazırlanmışdır. Məsələn, məktəb yaşlı uşaqlarda DDHS-nun rast gəlmə tezliyi təxminən 3-7% arası hesablanmışdır. DDHS-nun yayılması ilə əlaqəli aparılmış bəzi tədqiqatlarda 5.29% və 3-10% kimi göstəricilər qeydə alındığı halda, etiologiyasının müxtəlifliyinə əsaslanaraq aparılmış hesablamalarda faiz nisbəti 1% ilə 20% arası dəyişməkdədir. DDHS-nun oğlan və qız uşaqlarında rast gəlmə tezliyi cəmiyyətdə aparılan müşahidələrə əsasən 2:1 nisbəti kimi görülsə də kliniki olaraq bu nisbət 3-5:1 və hətta 9:1 kimi yüksək rəqəmlərə çatmaqdadır. DDHS insanlar tərəfindən müasir dövr sindromlarından biri kimi qəbul edilsə də əslində problemin öyrənilməsi o qədər də yeni deyil. Son dövrlərdə yeni doğulan uşaqlar arasında problemin tez-tez təzahür etməsi, bu uşaqların gələcək həyat fəaliyyətinin bir çox sahələrində problemlərlə üzləşməsi mövzunun daha geniş miqyasda və hərtərəfli tədqiq edilməsinə zərurət yaradır. Təbii ki, bu da öz növbəsində mövzunun aktuallaşmasına səbəb olur. DDHS-dan əziyyət çəkən uşaqlarının həm pedaqoji baxımdan təlim çətinlikləri ilə üzləşməsi (yazı, oxu, hesab və.s), həm də psixoloji baxımdan gələcəkdə bir sıra problemlərlə (emosional, sosial adaptasiya, dezadaptasiya, özünün qiymətləndirmə və.s) qarşılaşması mövzunun aktuallığını artırmaqdadır.

Problemin elmi yeniliyi. Məlumdur ki, diqqət defisiti və hiperaktivlik sindromundan əziyyət çəkən uşaqların sayı günü-gündən artmaqda davam edir. Qarşılaşdığımız sindromun həm pedaqoji, həm də psixoloji aspektdən korreksiya işinin düzgün qurulması üçün problemin etiologiyasını və potogenezi bilmək vacibdir. Ənənəvi olaraq bu sindromu aktiv, hərəkətli, diqqətsiz, impulsiv və s. kimi əlamətlərlə xarakterizə etməklə yanaşı kliniki tərəfdən də yaranma səbəblərini bilmək olduqca zəruridir. Çünki, baş beynin inkişaf mexanizmini, qanunauyğunluqlarını və bu qanunauyğunluqlar arasında hansı proseslərin getdiyini (proseslərin aktivləşdiyini yaxud ləngidiyini) bilmək bizə praktik işimizin daha səmərəli olmasına köməklik edəcək. Diqqət defisiti və hiperaktivlik sindromundan əziyyət çəkən uşaq

və böyüklərlə tibbi, pedaqoji və psixoloji olaraq kompleks yanaşmanın faydasını aparılan korreksion pedaqoji iş zamanı görmüş olacağıq.

Problemin praktik əhəmiyyəti. Məlumdur ki, bəzi patologiyalar və sindromlar bir sıra əlamətlərə görə oxşar xüsusiyyətlərə sahibdirlər. Hər bir sindromun ayrı-ayrılıqda etiologiya və potogenezinin dəqiq öyrənilməsi, məhz praktik iş zamanı korreksiya işinin doğru qurulmasına köməklik edir. Mövzunun praktik əhəmiyyəti ondan ibarətdir ki, DDHS-nun etiologiyası və potogenezinin tibbi və

pedaqoji istiqamətdən ətraflı tədqiqi, praktik iş zamanı bənzər simptomatikaya sahib sindromlardan fərqləndirməyə imkan yaradır. Xüsusiyə DDHS zamanı baş beynin ontogenezinə və orda gedən prosesləri bilmək sindroma daha dərinlən yanaşmaq imkanı verir. DDHS-dan əziyyət çəkən uşaqlarla praktik iş zamanı, gözlə görülən əlamətlərə səthi yanaşılmır, əksinə prosesin bioloji tərəfini bilmək defektoloq və uşaq arasında empatiya baxımdan xüsusi bir əlaqə qurmağa imkan verir. Bu da öz növbəsində praktik işin keyfiyyətini artırır.

ƏDƏBİYYAT

1. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. М.: Речь, 2005.
2. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М.: Сфера, 2002.
3. Г.Монина, Е.Лютова-Робертс, Л.Чутко. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: Монография. М., 2007.
4. А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева. Основы коррекционной педагогики, 2002.
5. Астапов В.М., Микадзе Ю.В. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. Питер, 2008.

Т. Шахвелдли

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

РЕЗЮМЕ

СДВГ не является результатом поведенческих проблем или проступков. Этот синдром- медицинский диагноз, подтвержденный в результате специального комплексного обследования. Проблема гиперактивности не разрешается силой, авторитарным обучением и вербальными убеждениями. У ребенка с гипердинамическим синдромом могут быть некоторые другие эмоциональные и когнитивные нарушения наряду с рядом характерных расстройств (например, чувство слабости). Нейрофизиологические проблемы у гиперактивного ребенка не могут быть решены самостоятельно. Для устранения этого синдрома недостаточно только медицинского лечения. Одним из важнейших условий для изменения ситуации является комплексный подход. Ключевой сущностью комплексного подхода является надлежащее психолого-педагогическое сопровождение ребенка.

T. Shahveledli

ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY SYNDROME

SUMMARY

ADHS is not a result of behavioral problems, nor is it the result of misconduct. This syndrome is a medical diagnosis confirmed as a result of a special complex examination. The problem of hyperactivity is not resolved by force, authoritarian instruction and verbal beliefs. A child with hyperdynamic syndrome may have some other emotional and cognitive impairments along with a number of characteristic disorders (eg feeling weak). Neurophysiological problems in a hyperactive child can not be solved independently. Only medicamentous medical treatment is not enough to remove this syndrome. One of the most important conditions for changing the situation is the complex approach. The key essence of a complex approach is the child's proper psycho-pedagogical accompaniment.

Redaksiyaya daxil olub: 01.02.2018