

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 11 ოქტომბრის № 332/თ ბრძანებით

# ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის მართვა სასკოლო ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

# ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის მართვა სხსკოლო ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

## 1. განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

### *განმარტება:*

ADHD წარმოადგენს ჰეტეროგენულ ქცევით სინდრომს, მიმდინარეს ყურადღების კონცენტრირების დეფიციტით, ჰიპერაქტივობითა და იმპულსურობით.

ყურადღების დეფიციტი, ჰიპერაქტივობის სინდრომი (ADHD) წარმოადგენს ნეირო-ბიპვეიალური<sup>1</sup> განვითარების აშლილობას<sup>2</sup>. ADHD იდენტიფიცირებულია, როგორც „ყურადღებობის და ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის მდგრადი მაგალითი, რომელიც უფრო ხშირად მუდავნდება და უფრო მძიმეა, ვიდრე ჩვეულებრივ შეინიშნება ინდივიდებში, რომლებიც იმყოფებიან განვითარების ანალოგიურ დონეზე“<sup>3</sup>.

ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომი და ჰიპერკინეტიკური აშლილობის განმარტება (ICD-10) ეფუძნება იმპულსურობის, ჰიპერაქტივობის და ყურადღების კონცენტრირების დეფიციტის ძალიან მაღალი დონით გამოვლინებას. ამ სიმპტომების კონსტატაცია შესაძლებელია ბავშვის ქცევაზე დაკვირვებით: ნაადრევი და გაუაზრებელ მოქმედებები იმპულსურობაზე მიუთითებს, მოუსვენარი და ხშირად ცვალებადი მოძრაობა ჰიპერაქტივობაზე, ხოლო მოქმედებების არაორგანიზებულობა, ხანგრძლივი და გულდასმითი ძალისხმევის უუნარობა - ყურადღების კონცენტრირების დეფიციტზე.

ADHD განიხილება, როგორც ბავშვობის ასაკისათვის დამახასიათებელი დიაგნოზი, თუმცა სიმპტომები შეიძლება მოზრდილ ასაკშიც გაგრძელდეს<sup>4</sup>. არსებული შეფასებებით ამერიკელ მოზრდილთა 4,7 პროცენტს აღენიშნება ADHD<sup>5</sup>. ADHD-ს დიაგნოზი ორი - ოთხჯერ უფრო ხშირად ისმება ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში<sup>6,7</sup>, თუმცა რიგი მკვლევარების აზრით, ეს განსხვავება შესაძლებელია აიხსნას მასწავლებლების სუბიექტური დამოკიდებულებით (მიკერძოებით)<sup>8</sup>.

### *კლასიფიკაცია*

ADHD წარმოადგენს განვითარების დარღვევას, რომელს დროსაც გარკვეული დამახასიათებელი ნიშნები, როგორცაა ჰიპერაქტიურობა, ყურადღების დეფიციტი იწვევს ჩამორჩენას განვითარებაში<sup>9</sup>. თავის ტვინის შუბლისწინა ქერქის მაგნიტური რეზონანსის გამოსახულებით განვითარების ეს შეფერხება ძირითადად ვლინდება 3-დან 5 წლის

ასაკში<sup>10</sup>. ვარაუდობენ, რომ სწორედ ეს შეფერხებები იწვევს ჯანმრთელობის გაუარესებას<sup>11</sup>. ADHD ასევე კლასიფიცირებულია როგორც ქცევის აშლილობა. თუმცა, ADHD-ის დიაგნოზი, არ გულისხმობს ნევროლოგიურ დაავადებას.

ADHD კლასიფიცირებულია როგორც ქცევის დეზორგანიზაციული აშლილობა, ქცევის აშლილობასა და ანტისოციალურ აშლილობასთან ერთად<sup>12</sup>.

ADHD-ს სამი ქვეტიპი გააჩნია:

1. უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსური;
2. უპირატესად ყურადღების დეფიციტით მიმდინარე;
3. კომბინირებული - ჰიპერაქტიურ-იმპულსური და ყურადღებობა.

### ***ბავშვთა ასაკში არსებული ADHD***

ყურადღების დეფიციტი, ჰიპერაქტივობის სინდრომი (ADHD) წარმოადგენს გავრცელებულ ბავშვთა დაავადებას, რომლის მკურნალობა შესაძლებელია. ADHD-ს შეუძლია ტვინის იმ გარკვეული უბნების დაზიანება, რომლებიც გვაძლევენ პრობლემების გადაწყვეტის, წინასწარი დაგეგმვის, სხვათა ქმედების გაგების და ზრახვების კონტროლის საშუალებას<sup>13</sup>.

### ***მოზრდილთა ADHD.***

დადგენილია, რომ აშშ-ში დაახლოებით 8 მილიონ მოზრდილს აქვს ADHD<sup>14</sup>. ADHD-ს მქონე განუკურნებელ მოზრდილებს ხშირად აქვთ ცხოვრების ქაოტური სტილი, შეიძლება ჩანდნენ არაორგანიზებულად და მიიღონ დანიშნულების გარეშე წამლები ან ალკოჰოლი, რათა გამოვიდნენ მდგომარეობიდან<sup>15</sup>. მათ ხშირად აქვთ ისეთი ასოცირებული ფსიქიატრიული თანმხლები დაავადებები, როგორცაა დეპრესია, შფოთვითი აშლილობა, ბიპოლარული აშლილობა, ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენება ან სწავლის დროს ათვისების სირთულეები<sup>15</sup>. ADHD-ს დიაგნოზის დასმა შეიძლება დაეხმაროს მოზრდილებს დააკვირდნენ, ჩაწვდნენ თავის ქცევას და ხელს უწყობს პაციენტებს გახდნენ უფრო გათვითცნობიერებულნი და ეძებონ გამოსავალი სირთულეების დაძლევის და მკურნალობის სტრატეგიებში<sup>14</sup>. არსებობს გარკვეული უთანხმოება ზოგიერთ ექსპერტს შორის, გვხვდება თუ არა ADHD მოზრდილ ასაკში. 1978 წელს მოზრდილებში მისი არსებობის აღმოჩენის შემდეგ, ის ამჟამადაც არ არის ერთმნიშვნელოვნად დაკავშირებული ბავშვობაში არსებულ ADHD-სთან<sup>15</sup>. იმ წინააღმდეგობებს შორის, რომლებსაც კლინიციისტები აწყდებიან მოზრდილებთან ADHD-ს დიაგნოზის დადგენისას, არის განვითარებასთან შეუსაბამო დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები, თანმხლები

დაავადებები და იმის შესაძლებლობა, რომ მაღალ ინტელექტს ან სიტუაციურ ფაქტორებს შეუძლიათ დახრდილონ ADHD-ს სიმპტომები.

**ბაიბლანში გამოყენებული შემოკლებები**

	ყურადღების დეფიციტი/ ჰიპერაქტიური
<b>ADHD</b>	- სინდრომი.
<b>ICD 10</b>	- დაავადებათა და მათთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის მეათე გადახედვა.
<b>DSM-IV</b>	- ფსიქიური დარღვევების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მეოთხე გამოცემა.
<b>FDA</b>	- წამლების ფედერალური სამმართველო
<b>AACAP</b>	- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის ამერიკის აკადემია.
<b>AAP</b>	- ამერიკის პედიატრიის აკადემია.

**2. ეპიდემიოლოგია**

ADHD (ყურადღების დეფიციტი, ჰიპერაქტიურობის სინდრომი DSM-IV-ის განსაზღვრებით, ჰიპერკინეტიკული აშლილობა ICD-10-ის განსაზღვრებით) ფართოდაა გავრცელებული. გაერთიანებულ სამეფოში 10.438 ბავშვზე (5 წლიდან 15 წლამდე ასაკის) ჩატარებულმა კვლევამ დაადგინა, რომ ბიჭების 3,62% და გოგონების 0,85%-ს აქვს ADHD<sup>16</sup>.

აშშ-ში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით დაფიქსირდა მცირე, თუმცა მნიშვნელოვანი ცვლილებები დაავადების გავრცელების დონეში აფროამერიკელთა (5,65%), ლათინოამერიკელთა (3,06%) და თეთრკანიანთა (4,33%) შორის<sup>17</sup>, თუმცა, ასეთი განსხვავებები შეიძლება აიხსნას სხვადასხვანაირი კულტურული ტოლერანტობით ADHD-ის სიმპტომების მიმართ.

სისტემური მეტარეგრესიული ანალიზის შედეგების მიხედვით<sup>18</sup> ADHD-ს გავრცელების ვარიაბელობის ძირითადი განმპირობებელია გამოყენებული მეთოდოლოგია, კერძოდ, სიმპტომების შეფასების მეთოდებისა და განსაზღვრებების არაიდენტურობა.

## **ADHD მოზრდილებს შორის**

ADHD-ს გავრცელება იკლებს ასაკთან ერთად. ბავშვობაში ADHD-ის დიაგნოზის მქონე ინდივიდებთა მონაცემების ხანგრძლივმა ბოლოდროინდელმა კვლევებმა აჩვენა, რომ 25 წლის ასაკში მხოლოდ 15%-ს უნარჩუნდება სრული ADHD დიაგნოზი, მაგრამ, გაცილებით დიდი ნაწილი (65%) აკმაყოფილებს ან ADHD-ს ანდა ADHD-ს ნაწილობრივ რემისიის კრიტერიუმებს, რაც შემთხვევათა უმრავლესობაში მიუთითებს კლინიკური გაუმჯობესების ფონზე გარკვეული სიმპტომების მდგრადობაზე<sup>19</sup>. თუ მივუსადაგებთ ამ ციფრებს დაავადების გავრცელების დიაპაზონს 4-8%, რომელიც ზოგადად შეინიშნება ბავშვებში, მოსალოდნელია, რომ მოზრდილთა 0,6-1,2%-ში 25 წლის ასაკში შენარჩუნებული იქნება ADHD-ს სრული დიაგნოზი. უფრო დიდია ADHD-ს ნაწილობრივი რემისიის შენარჩუნების პროცენტი (2-4%). ეს შეესაბამება მოზრდილთა პოპულაციაში ჩატარებულ მოსახლეობის კვლევას, რომელიც აფასებს ADHD-ს გავრცელებას მოზრდილებში 3-დან 4%-მდე<sup>20</sup>.

## **პრობნოზი**

ბავშვებს, რომლებსაც დაესვათ ADHD-ს დიაგნოზი, მიუხედავად მკურნალობისა. აქვთ სერიოზული სირთულეები მოზარდობის ასაკში<sup>21</sup>. აშშ-ში, ADHD-ს მქონე ბავშვთა 37% არ ღებულობს საშუალო სკოლის დიპლომს, მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი მათგანი სარგებლობს დამატებითი საგანმანათლებლო მომსახურებით<sup>9</sup>, ADHD-ს მქონე მოსწავლეთა თითქმის ნახევარი ვერ ამთავრებს საშუალო სკოლას<sup>22</sup>. ასევე, აშშ-ში, ADHD-ს მქონე ინდივიდთა 5%-ზე ნაკლები ღებულობს კოლეჯის (უმაღლესი სასწავლო დაწესებულების) დიპლომს, რაც საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია ძირითადი მოსახლეობის 28%-თან შედარებით<sup>23</sup>. ბავშვობაში ADHD-ს მქონე ადამიანები არიან არასასურველი საყოფაცხოვრებო შემთხვევების მაღალი რისკის ქვეშ მაშინ, როცა ხდებიან თინეიჯერები. ამ შემთხვევებს შორისაა ავტოკატასტროფები, ტრავმები, მაღალი სამედიცინო ხარჯები, წამალდამოკიდებულება, ადრეული სექსუალური აქტიურობა და მოზარდ ასაკში ორსულობის უფრო მაღალი რისკი<sup>1</sup>. ADHD-ის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების მქონე ბავშვების წილი მცირდება დაახლოებით 50%-ით დიაგნოზის დასმიდან 3 წლის შემდეგ. ეს ხდება მიუხედავად იმისა, თუ რა მკურნალობა არის გამოყენებული და ასევე ხდება ADHD-ს მქონე არანამკურნალებ ბავშვებშიც<sup>24, 25, 26</sup>. დაავადებულ პირებთან, მათ მომწიფებასთან ერთად, ვითარდება სირთულის დაძლევის მექანიზმები და ხდება მათი ადრინდელი ADHD-ის კომპენსაცია<sup>15</sup>.

### 3. ეტიოპათოგენეზი

#### *ეტიოლოგია*

ADHD-ს დიაგნოზი არ გულისხმობს სამედიცინო ან ნევროლოგიურ მიზეზს. თუმცა, ფსიქოსოციალური არახელსაყრელი ფაქტორების არსებობამ ან რისკ-ფაქტორებმაც არ უნდა გამორიცხოს ADHD-ს დიაგნოზი. ADHD-ს ეტიოლოგია მოიცავს მრავალი გენეტიკური და გარემო ფაქტორის ურთიერთქმედებას. ADHD განიხილება, როგორც სხვადასხვა ქვეტიპების მქონე ჰეტეროგენური აშლილობა, რომელიც ერთობლივად მოქმედი რისკ-ფაქტორების სხვადასხვა კომბინაციის შედეგია.

#### *გენეტიკის ზეგავლენა*

ADHD-ს განვითარებისათვის მნიშვნელოვანია გენეტიკური ფაქტორები. ორმაგი კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ მოსახლეობაში არსებული ADHD-ს სინდრომების ვარიაციის დაახლოებით 75% გამოწვეულია გენეტიკური ფაქტორებით (მემკვიდრეობითობის შეფასება 0,7-დან 0,8-მდე)<sup>27</sup>. ADHD-ში იდენტიფიცირებული არაა არც ერთი დიდი ეფექტის მქონე გენი; უფრო სავარაუდოა, რომ მასთან მცირე ეფექტის მქონე რამოდენიმე დნმ-ის ვარიაციაა ასოცირებული (თითოეული მცირე რაოდენობით ზრდის ADHD-ს მიმართ მგრძობიანობას).

მკვლევარები თვლიან, რომ ADHD-ის შემთხვევათა დიდი უმრავლესობა განპირობებულია სხვადასხვა გენების კომბინაციით, რომელთაგანაც ბევრი დოფამინის გადამტანია. შესაფერის გენებს შორის არიან დოფამინის გადამტანი რეცეპტორი D4, დოფამინ ბეტა-ჰიდროქსილაზა, მონოამინ ოქსილაზა A, კატექოლამინ-მეთილ ტრანსფერაზა, სეროტონინის გადატანის ხელშემწყობი (SLC6A4), 5-ჰიდროქსიტრიპტამინ 2A რეცეპტორი (5-HT2A), 5-ჰიდროქსიტრიპტამინ 1B რეცეპტორი (5-HT1B)<sup>28</sup>, DAT1 გენის 10-ჯერ გამეორებული ალელი<sup>29</sup>, DRD4 გენის 7-ჯერ გამეორებული ალელი და დოფამინ ბეტა ჰიდროქსილაზას გენი (DBH Taq1)<sup>30</sup>.

ზემოთ აღნიშნული ჩამონათვალი მიგვანიშნებს, რომ ADHD არ იმეორებს „გენეტიკური დაავადებების“ ტრადიციულ მოდელს და შესაბამისად, უნდა განხილულ იქნეს, როგორც გენეტიკური და გარემო ფაქტორების კომპლექსური ურთიერთქმედების შედეგი. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ამ გენს შეუძლია თავისი როლი შეასრულოს, დღემდე არ არის დადასტურებული, რომ რომელიმე ცალკეულ გენს ყველაზე დიდი წვლილი შეაქვს ADHD-ს განვითარებაში<sup>31</sup>.

## **გარემო ფაქტორების ზეგავლენა**

დღემდე ჩატარებული ორმაგი კვლევები ასევე გვაჩვენებენ, რომ ჰიპერაქტიური-იმპულსური-უყურადღებო ქცევის ან ADHD-ს სიმპტომების ვარიაციის დაახლოებით 9-დან 20%-მდე შეიძლება მიეწეროს გარემო (არაგენეტიკურ) ფაქტორებს<sup>32,33</sup>.

## **ბიოლოგიური ფაქტორები**

ფაქტორების მთელი დიაპაზონი, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს თავის ტვინის განვითარებაზე პერინატალურ პერიოდში და ადრეულ ბავშვთა ასაკში, ასოცირებულია ADHD-ს რისკის გაზრდასთან, ანუ ყურადღების დეფიციტის აშლილობასთან ჰიპერაქტიურობის გარეშე. ეს ფაქტორები მოიცავს დედის მიერ ორსულობის დროს სიგარეტის მოწევას<sup>34</sup>, ალკოჰოლის მოხმარებას<sup>35</sup> და ჰეროინის მოხმარებას<sup>36</sup>, დაბადებისას ნაყოფის ძალიან მცირე წონას,<sup>37</sup> ნაყოფის ჰიპოქსიას, თავის ტვინის დაზიანებას, ტოქსინების ზემოქმედებას, როგორცაა ტყვია და ცინკი<sup>38</sup>. რისკ-ფაქტორები არ მოქმედებენ იზოლირებულად, არამედ ურთიერთქმედებენ ერთი მეორესთან.

დაკვირვებით დადგინა, რომ ADHD-ის პაციენტებს თავის ტკივილების სიხშირე საშუალოზე უფრო მაღალია<sup>39</sup>, თუმცა, ამჟამინდელი ფაქტები არ მიუთითებენ იმაზე, რომ დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებში თავის ტკივილები შეიძლება იყოს ADHD-ს მიზეზი<sup>40</sup>.

არსებობს ADHD-ს სიმპტომების წარმოშობის გაზრდილი რისკი: ეპილეფსიის დროს, გენეტიკური დაავადებების დროს, როგორცაა 1 ტიპის ნეიროფიბრომატოზი<sup>41</sup> და ისეთი სინდრომები, როგორცაა ანგელმანის, პრადერ-ვილის, სმით მაგენისის, მყიფე X-ქრომოსომის სინდრომი<sup>42</sup>. მეორადი ADHD შეიძლება გამოიწვიოს თავის ტვინის ტრავმულმა დაზიანებამ<sup>43</sup>.

## **დიეტასთან დაკავშირებული ფაქტორები**

ზოგიერთი ბავშვის შემთხვევაში ეჭვობენ, რომ დიეტა თამაშობს როლს ADHD-ს მრავალი ქცევითი და შემეცნებითი სიმპტომების განვითარებაში. ყურადღება გამახვილებულია საკვებ დანამატებზე, სისხლში შაქრის რეგულირებაზე, კვებით ალერგიაზე, ასევე ვიტამინების, მინერალების და ცხიმის მუავის დეფიციტზე **რჩორ! ოკმარკ ნოტ დეფინედ..**

დიეტასთან დაკავშირებული ფაქტორების ზეგავლენამ ADHD-ზე ფართო საჯარო ინტერესი გამოიწვია: საკვები დანამატები, შაქარი, საღებავი ნივთიერებები და „E“ რიცხვები ხშირად განიხილებოდა, როგორც ADHD-ს მიზეზი. ხშირად პროფესიული რჩევის გარეშეც კი, ფართოდ გამოიყენება დიეტები კვებითი დანამატებით.

ეპიდემიოლოგიური კვლევები მიგვანიშნებს დიეტისას გამოყენებულ დანამატებსა და კონსერვანტებს და ჰიპერაქტიურობის დონეს შორის

არსებულ კავშირზე<sup>44</sup>, მონაცემები სარწმუნო არ არის, მაგრამ ADHD-ს მქონე ბავშვების მცირე ნაწილი ამჟღავნებს იდიოსინკრეზიულ რეაქციას ზოგიერთ ნატურალურ საკვებ პროდუქტზე და/ან ხელოვნურ დანამატებზე, და შეიძლება მათთვის დახმარების გაწევა გამოყენებული კონსერვანტებისა და დანამატების გამორიცხვის ხარჯზე.

### ***ფსიქოსოციალური ფაქტორი***

კვლევებით მიღებული არ არის დამაჯერებელი მტკიცებულებები, რომ მხოლოდ სოციალურმა ფაქტორებმა შეიძლება გამოიწვიონ ADHD-ი<sup>9</sup>. რიგი კვლევებით დასტურდება, რომ მომვლელების ურთიერთობას ბავშვებთან შეუძლია ძლიერი მოქმედება მოახდინოს ყურადღების და თვითრეგულირების შესაძლებლობებზე, თუმცა მონაცემები ცალსახა არ არის. **რრორ! ოკეპარკ ნოტ დეფინედ.**<sup>45</sup>.

დარღვეული და შეუსაბამო ურთიერთობები უფრო ჩვეულია ADHD-ს მქონე ასაღვარდული ოჯახებისათვის<sup>46</sup>. შეუსაბამო ოჯახური ურთიერთობები, შეიძლება, იყოს ამავე დროს ADHD-ს მქონე ბავშვთან ცხოვრების შედეგიც. დამკვიდრებული ADHD-ის დროს მკაცრი აღზრდის წესის მომცველი ურთიერთობები წარმოადგენს ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემების განვითარების რისკ-ფაქტორს. მშობლების მიმართ მტრული განწყობილება და კრიტიციზმი შეიძლება შემცირდეს იმ ბავშვებში, რომელთა ADHD-ს სიმპტომები წარმატებულად იქნა განკურნებული სტიმულატორების მეშვეობით<sup>47</sup>. მშობლებს შეიძლება თავადვე ჰქონდეთ დაუდგენელი და არაკონტროლირებული ADHD, რაც არახელსაყრელად იმოქმედებს მათ შესაძლებლობაზე გაუწიონ დახმარება ქცევის აშლილობის მქონე ბავშვს.

### ***ნევროლოგიური თეორიის ნაირსახეობა***

ამ თეორიის მომხრეები ამტკიცებენ, რომ ატიპური ნევროლოგიური განვითარება არის განსხვავება, რომელიც ტოლერანტულად უნდა იქნეს მიღებული და რომელსაც პატივი უნდა ეცეს ისევე, როგორც სხვა ადამიანურ განსხვავებულობას.

### ***დაბალი აქტივაციის თეორია***

დაბალი აქტივაციის თეორიის მიხედვით, ADHD-ს მქონე ადამიანები იყენებენ თვითსტიმულაციას და ცდილობენ იყვნენ გადამეტებულად აქტიურები, რათა აამაღლონ თავისი არანორმალურად დაბალი აქტივაციის მდგომარეობა<sup>48</sup>. ამ თეორიის მიხედვით ისინი, ვისაც ADHD აქვთ, ვერ ახერხებენ თვითშეკავებას და მათი ყურადღება შეიძლება მიპყრობილ იქნას მხოლოდ გარემო სტიმულატორებზე, რაც თავის მხრივ გამოიხატება საბოლოოდ ყურადღების გამახვილების შესაძლებლობის დარღვევაში და ჰიპერაქტიური ქცევის მომატებაში.



გარემოდან მიღებული საკმარისი სტიმულირების გარეშე, ADHD-ს მქონე ბავშვი თვითონ ქმნის ამას ბოდიალის, მოუსვენარი მოძრაობის, ლაპარაკის და ა.შ. ხარჯზე. ეს თეორია ასევე ხსნის, თუ რატომ აქვთ სტიმულატორ მედიკამენტებს ესოდენ მაღალი სამკურნალო ეფექტი და თერაპიული დოზებში შეუძლიათ გამოიმუშაონ დამშვიდების ეფექტი ADHD-ს მქონე ბავშვებში. ეს თეორია მჭიდრო კავშირშია მეცნიერულ მონაცემებთან, რომ ADHD დაკავშირებულია ნეიროქიმიური დოფამინის ანომალიებთან<sup>48</sup>.

### **პათოფიოლოგია**

ADHD-ს პათოფიოლოგია ნათელი არ არის და არსებობს რამოდენიმე ურთიერთგამომრიცხავი თეორია<sup>49</sup>. ADHD-ს მქონე ბავშვების ერთ-ერთმა კვლევამ აჩვენა თავის ტვინის მოცულობის, ზოგადი შემცირება, მაგრამ ის პროპორციულია მარცხენა მხარის შუბლისწინა თავის ტვინის ქერქის მოცულობის დიდი შემცირებისა. ეს აღმოჩენები გვიმტკიცებს, რომ ADHD-ს ძირითადი თავისებურებები (უყურადღებობა, ჰიპერაქტიუობა, იმპულსურობა) შეიძლება გამოხატავდნენ ფრონტალური შუბლის დისფუნქციას, მაგრამ თავის ტვინის სხვა უბნები, განსაკუთრებით ნათხემი, ასევე ჩაბმულია ამაში<sup>50</sup>. ADHD-ს ნეიროვიზუალური კვლევები ყოველთვის არ იძლევიან თანმიმდევრულ შედეგს, და 2008 წლისთვის ისინი გამოიყენებოდა მხოლოდ კვლევისთვის და არა დიაგნოსტიკური მიზნით<sup>51</sup>.

ერთ-ერთ კვლევაში, დაწყებითი სკოლის ასაკის ADHD-ს პაციენტებში, თავის ტვინის ცენტრალური სტრუქტურის განვითარების შეფერხება საშუალოდ სამი წლის განმავლობაში ხდებოდა. შეფერხება ყველაზე მნიშვნელოვნად იყო გამოხატული თავის ტვინის შუბლის ქერქსა და საფეთქლის ნაწილში, რომელიც როგორც ცნობილია, აგებს პასუხს აზროვნების კონტროლსა და ფოკუსირებაზე. საპირისპიროდ, ADHD-ს მქონე პაციენტებში თავის ტვინის ქერქის “მოძრაობის ზონის” უფრო სწრაფი მომწიფება შეინიშნებოდა, ვიდრე ჩვეულებრივად ხდება, რის გამო შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ქცევის კონტროლის უფრო ნელი განვითარება, ასევე, მოტორიკის უფრო სწრაფი განვითარება შეიძლება იწვევდეს მეტ მოუსვენრობას - ჰიპერაქტიუობას, რაც დამახასიათებელია ADHD-სთვის<sup>52</sup>.

იმავე ლაბორატორიაში მანამდე იყო აღმოჩენილი დოფამინ D4 რეცეპტორი გენის „7-ჯერ განმეორებული“ ვარიანტის მონაწილეობა, რომელიც პასუხს აგებს ADHD-ს გენეტიკური რისკების დაახლოებით 30%-ზე, თავის ტვინის ქერქის მარჯვენა ნაწილის უჩვეულო შევიწროვებაზე, თუმცა, ADHD-ს მქონე პაციენტებში აღმოჩენილი გენის სხვა ვარიანტების საპირისპიროდ, ამ ბავშვებში ათი წლის განმავლობაში ეს ნაწილი ნორმალიზდებოდა, რაც ემთხვეოდა კლინიკურ გაუმჯობესებას<sup>53</sup>.

ამასთან ერთად, გამა-ტომოგრაფიული სკანირებით ნაჩვენებია ADHD-ს მქონე ადამიანებში სისხლის შენელებული მიმოქცევა (რაც მიანიშნებს დაბალ ნერვულ აქტივობაზე) <sup>54</sup> და დოფამინის კონცენტრაციის მნიშვნელოვანი მომატება სტრიატუმში, რომელიც პასუხს აგებს წინასწარ დაგეგმვაზე<sup>55,56</sup>.

#### 4. კლინიკური სიმპტომატიკა

##### *სიმპტომები*

ADHD-ისთვის დამახასიათებელია შემდეგი სიმპტომები:

- უყურადღებობა
- ჰიპერაქტივობა
- იმპულსურობა

უყურადღებობა, ჰიპერაქტივობა და იმპულსურობა წარმოადგენენ ADHD-ს დამახასიათებელ ქცევით მანერას. ADHD-ს სიმპტომების იდენტიფიცირება საკმაოდ რთულია იმის გამო, რომ საჭიროა განსაზღვრა, თუ სად მთავრდება უყურადღებობის, ჰიპერაქტივობისა და იმპულსურობის ნორმალური დონე და იწყება კლინიკურად მნიშვნელოვანი დონე, რომელიც საჭიროებს ინტერვენციას.

##### *ADHD-ს ძვებნიკები*

ADHD-ს სამი ქვეტიპი გააჩნია:

1. უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსური;

- სიმპტომთა უმეტესობა (ექვსი ან მეტი DSM-IV კრიტერიუმებიდან) არის ჰიპერაქტიურ-იმპულსური კატეგორიის;
- უყურადღებობის ექვსზე ნაკლები სიმპტომია სახეზე, თუმცა გარკვეულწილად შეიძლება იყოს განხილული უყურადღებობაც.

2. უპირატესად უყურადღებობა;

- სიმპტომთა უმეტესობა (ექვსი ან მეტი DSM-IV კრიტერიუმებიდან) არის უყურადღებობის კატეგორიის;
- არსებობს ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის ექვსზე ნაკლები სიმპტომი, თუმცა გარკვეულწილად შეიძლება იყოს წარმოდგენილი ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობაც.
- ამ ქვეტიპის მქონე ბავშვები ნაკლებად ახერხებენ თავის მოჩვენებას, აქვთ სირთულეები სხვა ბავშვებთან შეგუებისას. ისინი შეიძლება ჩუმად იხდნენ, მაგრამ სულაც არ აქცევენ ყურადღებას იმას, თუ

რას აკეთებენ. შესაბამისად, ასეთ ბავშვებს შეიძლება არც კი მიექცეს ყურადღება, და მშობლებმა და მასწავლებლებმა შეიძლება ვერც კი შეამჩნიონ ADHD-ს სიმპტომები.

3. კომბინირებული ჰიპერაქტიურ-იმპულსური და უყურადღებობა.

- სახეზეა როგორც უყურადღებობის ასევე ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის ექვსი ან მეტი სიმპტომი (DSM-IV კრიტერიუმებიდან);
- ბავშვთა უმრავლესობას ADHD-ს კომბინირებული ტიპი გააჩნია.

ქვემოთ ჩამოთვლილია უყურადღებობისა და ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის დამახასიათებელი სიმპტომები:

1. უპირატესად უყურადღებობის:

- ყურადღების ადვილად გადატანა, დეტალების გამოტოვება, საგნების დაღვიწყება, ხშირი გადართვა ერთი აქტიურობიდან მეორეზე.
- ერთ რამეზე ფოკუსირების (კონცენტრირების) სიძნელეები.
- რაიმე ამოცანის გადაწყვეტისას სულ რაღაც წუთებში მოწყენას, მაშინაც კი, როდესაც ისინი რაღაცას გასართობს აკეთებენ.
- სირთულეებს რაიმე ამოცანის ორგანიზებასა და დასრულებაზე ყურადღების ფოკუსირებისას და რაიმე ახლის სწავლებისას.
- პრობლემებს საშინაო დავალებების შესრულებისას ან ჩაბარებისას, იმ საგნების (მაგალითად, ფანქრები, სათამაშოები, დავალებები) ხშირ დაკარგვას, რომლებიც საჭიროა ამოცანის ან საქმიანობის დასრულებისათვის.
- საუბრის დროს მოსმენის ნაკლებობას (თითქოს არ უსმენენ მოსაუბრეს).
- ოცნებას, ადვილად დაბნევას და ნელ მოძრაობას.
- სირთულეებს ინფორმაციის ისე სწრაფად და აკურატულად დამუშავებისას, როგორც ამას სხვები ახერხებენ.
- სირთულეებს ინსტრუქციების მიდევნებისას.

2. უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსურობის:

- მოუსვენრად მოძრაობას და ტრიალს თავის სკამზე.
- საუბარს გაჩერების გარეშე.
- სწრაფ მოძრაობას აქეთ-იქით, მხედველობის არეში მყოფი ყველას და ყველაფრის შეხებას და თამაშს.

- პრობლემებს აღვილზე ჯდომასთან დაკავშირებით სადილის დროს, სკოლაში ან მოყოლის დროს.
  - მუდმივად მოძრაობაში ყოფნას. სირთულეებს რაიმე ამოცანისა ან საქმიანობის წყნარად კეთებისთვის.
- ამ ქვეტიპში, ზემოხსენებულის გარდა, უპირატესად იმპულსური ხასიათის სიმპტომებს მიაკუთვნებენ:
- არიან ძალიან მოუთმენელნი.
  - წამოროშავენ შეუსაბამო კომენტარებს, ამუღვენებენ თავის ემოციებს ყოველგვარი მორიდების გარეშე და მოქმედებენ მოსალოდნელი შედეგის გათვალისწინების გარეშე.
  - აქვთ სირთულეები სასურველი საგნების მოლოდინისას ან თამაშისას თავისი რიგის ლოდინისას.

ადამიანთა უმეტესობა ამუღვენებს ხოლმე ზოგიერთ ასეთ ქცევას, მაგრამ არა იმ დონეზე, როდესაც ამგვარი ქცევა მნიშვნელოვნად ხელს უშლის ადამიანთა საქმიანობას, ურთიერთობას ან სწავლას. ძირითადი დარღვევები შესაბამისი და ერთნაირია, სხვადასხვა კულტურულ კონტექსტშიც კი.

სიმპტომები შეიძლება არსებობდეს მოზრდილ ასაკშიც ADHD-ს დიაგნოზის მქონე ბავშვთა ნახევარზე მეტში. ამისი დადგენა რთულია, ვინაიდან მოზრდილთათვის არ არსებობს ADHD-ს აღიარებული სადიაგნოზო კრიტერიუმები.

### ***ADHD-ს სიმპტომები და თანმხლები აშლილობები***

ADHD-ს შეიძლება თან ახლდეს სხვა აშლილობებს, როგორცაა შფოთვა ან დეპრესია. ასეთ კომბინაციებს შეუძლიათ ძლიერ გაართულონ დიაგნოზის დასმა და მკურნალობა. აკადემიურმა და კერძო პრაქტიკის კვლევებმა დაადგინეს, რომ ADHD-ს დროს ბავშვებში ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს დეპრესიის შემთხვევები, თანაც იგი გოგონებში უფრო მაღალი სიხარით იზრდება, ვიდრე ბიჭებში, და განსხვავდება გავრცელებაში ADHD-ს ქვეტიპების მიხედვით. როდესაც ხასიათის აშლილობა ართულებს ADHD-ს, უფრო მიზანშეწონილი იქნებოდა თავდაპირველად ხასიათის აშლილობის მკურნალობა, მაგრამ ADHD-ს მქონე ბავშვების მშობლებს ხშირად სურთ, რომ თავიდან ჯერ ADHD იყოს განკურნებული, ვინაიდან მკურნალობის შედეგი უფრო სწრაფია.

უყურადღებობა და „ჰიპერაქტიური“ ქცევა სულაც არაა ერთადერთი პრობლემა ADHD-ის მქონე ბავშვებში. მრავალი თანაარსებული დაავადება მოითხოვს მკურნალობის სხვა კურსის ჩატარებას და მათთვის დიაგნოზი ცალ-ცალკე უნდა დაისვას, იმის ნაცვლად, რომ ყველა ერთბაშად

დაჯგუფებული იყოს ADHD-ის დიაგნოზის ქვეშ. ქვემოთ ჩამოთვლილია უხშირესი ასოცირებული დაავადებები:

- **ოპოზიციურ-დევიანტური ქცევითი აშლილობა** - ნეგატიური და მავნე ქცევების გამოვლინება სოციალური ნორმების დარღვევის გარეშე (35%);
- **ქცევითი აშლილობა** (26%), რომელიც ხასიათდება ანტისოციალური ქცევით, როგორცაა ჯიუტობა, აგრესია, გაღიზიანების ხშირი აფეთქებები, ორპირობა, ტყუილების თქმა ან ქურდობა;
- **ყურადღების პირველადი აშლილობა**, რომელიც ხასიათდება სუსტი ყურადღებით და კონცენტრაციით, და ასევე ფხიზლად ყოფნის სირთულეები. ასეთი ბავშვები იხრებიან მოუსვენრად მოძრაობისკენ, ხშირად ამთქნარებენ და იზმორებიან, ცდილობენ ბევრი იმოძრაონ, რათა აქტიურები და ფხიზლები გამოჩნდნენ.
- **ხასიათის აშლილობა** – კომბინირებული ქვეტიპის დიაგნოზის მქონე ბიჭები უფრო სავარაუდოდ განიცდიან ზიანს ხასიათის აშლილობისაგან;
- **ბიპოლარული აშლილობა** - ADHD-ს მქონე ბავშვების არანაკლებ 25% აქვთ ბიპოლარული აშლილობა. ასეთი კომბინაციის მქონე ბავშვებმა შეიძლება გამოამუშავონ მეტი აგრესია და ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემები, ვიდრე იმ ბავშვებმა, რომლებსაც მხოლოდ ADHD-ი აქვთ;
- **შფოთვითი აშლილობა**, რომელიც, როგორც აღმოჩნდა, უფრო გავრცელებულია გოგონებში, რომლებსაც დაესვა ADHD-ს უყურადღებობის ქვეტიპის დიაგნოზი;
- **ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა** - ვარაუდობენ, რომ ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა იზიარებს გენეტიკურ კომპონენტს ADHD-სთან და მის მრავალ მახასიათებელს.

### **ADHD-თან ასოცირებული გავრცელებული პრობლემები:**

ხშირად ADHD-ის პრობლემები ბავშვებში წარმოდგენილია განვითარებასთან დაკავშირებულ სხვა სისუსტესთან, ნაკლთან და/ან ფსიქიკურ პრობლემებთან ერთად. არსებობს საკმაოდ არასპეციფიკური, ზოგადი პრობლემები, რომლებიც ძალიან ხშირია ყურადღების დეფიციტისაგან გამოწვეული ჰიპერაქტიურობის აშლილობის დროს და რომლებიც არასწორადაც კი შეიძლება იყოს გამოყენებული, როგორც დიაგნოზის დასმის საფუძველი (იხ. ცხრილი 1).

ამდგვარ პრობლემებს სჭირდებათ ამოცნობა და ზოგჯერ ჩარევა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ასეთი პრობლემები თავისთავად მაინც არ წარმოადგენენ დიაგნოზის საფუძველს, რადგანაც ისინი შეიძლება

გამოწვეულნი იყვნენ სხვა მრავალი მიზეზით. ამასთანავე, მოზარდებმა, ისევე როგორც ზრდასრულმა ადამიანებმა, შეიძლება გამოამჟღავნონ სხვა ასოცირებული პრობლემები, მაგალითად როგორცაა საკუთარი თავის დაშავება, საგზაო ავარიებისადმი მიდრეკილება, ნივთიერებების ან წამლების არამიზნობრივად მიღება, დანაშაულებრიობა, აფორიაქებული, მშფოთვარე მდგომარეობა და ცუდი აკადემიური მოსწრება და სწავლა. თავისთავად ზემოთ ჩამოთვლილი პრობლემები არ წარმოადგენს დიაგნოზის საფუძველს და შეიძლება გამოწვეული იყოს ADHD-ით ან რომელიმე სხვა მიზეზით.

**ცხრილი 1. ADHD-თან ასოცირებული გავრცელებული პრობლემები.**

ურჩი, არადამყოლი ქცევა.	უნებლიე ტიკები
ცუდი, მშფოთვარე ძილი	განწყობილების უცარი ცვალებადობა
აგრესია	თანატოლებთან შეუგუებლობა, კონფლიქტი
ჭირვეული ხასიათის გამოვლინებები, ისტერიკები	მოუხერხებლობა
წერა- კითხვის სწავლაში პრობლემები და სწავლასთან დაკავშირებული სხვა სირთულეები	ასაკთან შეუფერებელი, ჩამორჩენილი მეტყველება.

**ასაკის მატებით განპირობებული ცვლილებები.**

ADHD-სთან დაკავშირებული პრობლემები სხვადასხვა ასაკში სხვადასხვა ფორმით იჩენს თავს. ცვლილებები ქცევაში აღინიშნება ინდივიდის ჩამოყალიბების, სიმწიფის ეტაპების მიღწევის პარალელურად და იმის მიხედვით, თუ რა მოთხოვნებს აყენებს გარე სამყარო ინდივიდის მიმართ<sup>57</sup>. ჰიპერაქტივობა სკოლამდელი ასაკის ბავშვში შეიძლება ვლინდებოდეს მისი მოქმედებების განუწყვეტელ და მომთხოვნ უკიდურესობებში; სკოლის პერიოდში ასეთი ბავშვი შეიძლება აღმოჩნდეს გადამეტებულად მოძრავი ისეთ სიტუაციაში, სადაც, წესით, სიმშვიდე და მშვიდი მოქმედებაა უფრო მოსალოდნელი, თუმცა ასეთი ქცევა შეიძლება არ აღინიშნებოდეს სისტემატურად, ყოველთვის ერთნაირი აღზნებადობით არ ვლინდებოდეს მსგავს სიტუაციებში. მოზარდობის პერიოდში ჰიპერაქტივობა შეიძლება იყოს გამოხატული არა მთელი სხეულის მოძრაობით, არამედ რაღაც მოუსვენარი საქციელით, ცქმუტვით, წრიალით. უკვე ზრდასრულობის ასაკში კი ეს აშლილობა შეიძლება გამოიხატოს მუდმივი შინაგანი მოუსვენრობის, ფორიაქის მძაფრი შეგრძნებით. ასევე შეიძლება თავად ყურადღების დეფიციტის ზღვარმაც დაიწიოს და ასაკის მატებასთან ერთად კონცენტრაციის უნარის ხანგრძლივობაც გაიზარდოს. თუმცა,

ასეთი კონცენტრაციის უნარი მაინც ჩამორჩება ამ აშლილობისგან თავისუფალი ადამიანების კონცენტრაციის უნარს და მაინც რჩება იმ ზღვარს მიღმა, რომელიც საჭიროა ადამიანის ყოველდღიურობაში გარკვეული წარმატებების მისაღწევად.

## 5. ღააკვადების დიაგნოზი

### კლინიკური მანიფესტაცია

ჩვეულებრივ, ბავშვი ADHD ოჯახის ექიმთან ხვდება მასწავლებლის ან მშობლების მოთხოვნით, მას შემდეგ, რაც უფროსები უძღურნი ხდებიან გააკონტროლონ და მართონ ბავშვის ქცევა. დიაგნოზის დასასმელად აუცილებელია სრულყოფილი ინფორმაციის მოპოვება ბავშვის არასტანდარტული ქცევის შესახებ არა მხოლოდ ოჯახის წევრებისაგან, არამედ სხვა მოზრდილებისგანაც, რომლებიც ახლოს არიან ბავშვთან (C). ინფორმაციის შეკრების შესახებ AAP და AACAP –ს რეკომენდაციები მოცემულია მე-2 ცხრილში<sup>58, 59</sup>. დიაგნოზის დასასმელად ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ აუცილებელია ბავშვზე დაკვირვება და სრული ფიზიკური გამოკვლევა.

**ცხრილი 2** ADHD-ზე საექვო ბავშვის გამოკვლევა (AAP-ისა და AACAP –ის კომბინირებული რეკომენდაციები)<sup>58, 59</sup>.

<p><b>რეკომენდაცია 1</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა უნდა დაიწყოს გამოკვლევა ADHD-ზე 6-დან 12 წლამდე ასაკის იმ ბავშვებთან, რომელთაც აღენიშნებათ ჰიპერაქტიულობა, იმპულსურობა, დაბალი აკადემიური მოსწრება ან ქცევითი პრობლემები.</p> <p>საწყისი შეფასება უნდა მოიცავდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სტანდარტული ანამნეზი და ფიზიკური გამოკვლევა, AACAP-ის რეკომენდაციით ბავშვის განვითარების ისტორიის შეფასება, სმენის, მხედველობის, სწავლის პრობლემის, ფსიქიატრიული დაავადებისა და ADHD-ს ოჯახური ისტორიის გამოკვლევა;</li> <li>• ნევროლოგიური გასინჯვა;</li> <li>• ოჯახის შეფასება – AACAP-ის რეკომენდაციით ოჯახური სტრეს-ფაქტორებისა და ოჯახის მფარველობითი როლის შეფასება;</li> <li>• სკოლის შეფასება (იხ. რეკომენდაცია 4).</li> </ul>
<p><b>რეკომენდაცია 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADHD-ის დიაგნოზის დასასმელად აუცილებელია, რომ სიმპტომატიკა აკმაყოფილებდეს DSM-IV კრიტერიუმებს.</li> </ul>

<p><b>რეკომენდაცია 3</b></p> <p>ADHD-ს შესაფასებლად აუცილებელია პირადად მშოლების ან მომვლელის მიერ ADHD-ს ძირითად სიმპტომების ცალსახად დადასტურება სხვადასხვა გარემოში/ადგილებში, სიმპტომების აღმოცენების ასაკი, სიმპტომების ხანგრძლივობას და ფუნქციური ჩამორჩენის ხარისხის აღწერა.</p>
<p><b>რეკომენდაცია 4</b></p> <p>ADHD-ს შესაფასებლად აუცილებელია სკოლის მასწავლებლის (დამრიგებლის ან აღმზრდელის) მიერ ADHD-ს ძირითად სიმპტომების ცალსახად დადასტურება, სიმპტომების ხანგრძლივობისა და ფუნქციური ჩამორჩენის ხარისხის აღწერა. ექიმმა ყურადღებით უნდა შეისწავლოს ბავშვის სკოლის მასწავლებლის ან სკოლის სხვა პროფესიონალის მიერ მიცემული დახასიათება.</p>
<p><b>რეკომენდაცია 5</b></p> <p>ADHD-ზე საეჭვო ბავშვის გამოკვლევა მოიცავს თანმხლები მდგომარეობების შეფასებას, როგორცაა – სწავლის და მეტყველების პრობლემები, შფოთვა, დეპრესია და ა.შ.</p>
<p><b>რეკომენდაცია 6</b></p> <p>დიაგნოსტიკური ტესტები, მაგალითად, ტყვიის განსაზღვრა, TSH-ის განსაზღვრა, ელექტროენცეფალოგრაფია, რუტინულად რეკომენდებული არ არის, ტარდება მხოლოდ შესაბამისი კლინიკური ჩვენებების არსებობისას.</p>

**სადიაგნოზო კრიტერიუმები**

ADHD-ს დიაგნოზი ისმება DSM-IV დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებთან (ცხრილი 3) შესაბამისობის შემთხვევაში, როდესაც **რრორ! ოკმარკ ნოტ დეფინედ.**

- ბავშვს აღენიშნება უყურადღებობის ან ჰიპერაქტიულობის/ იმპულსურობის მინიმუმ 6 სიმპტომი 9 ჩამოთვლილიდან;
- სიმპტომები არის აშკარად გამოხატული და იწვევენ ჩამორჩენას;
- გრძელდება მინიმუმ 6 თვე;
- დაწყებულია 7 წლის ასაკამდე;
- ვლინდება მინიმუმ 2 სხვადასხვა სოციალურ გარემოში (მაგ. სკოლაში და სახლში, ან მეგობრებთან ურთიერთობისას).



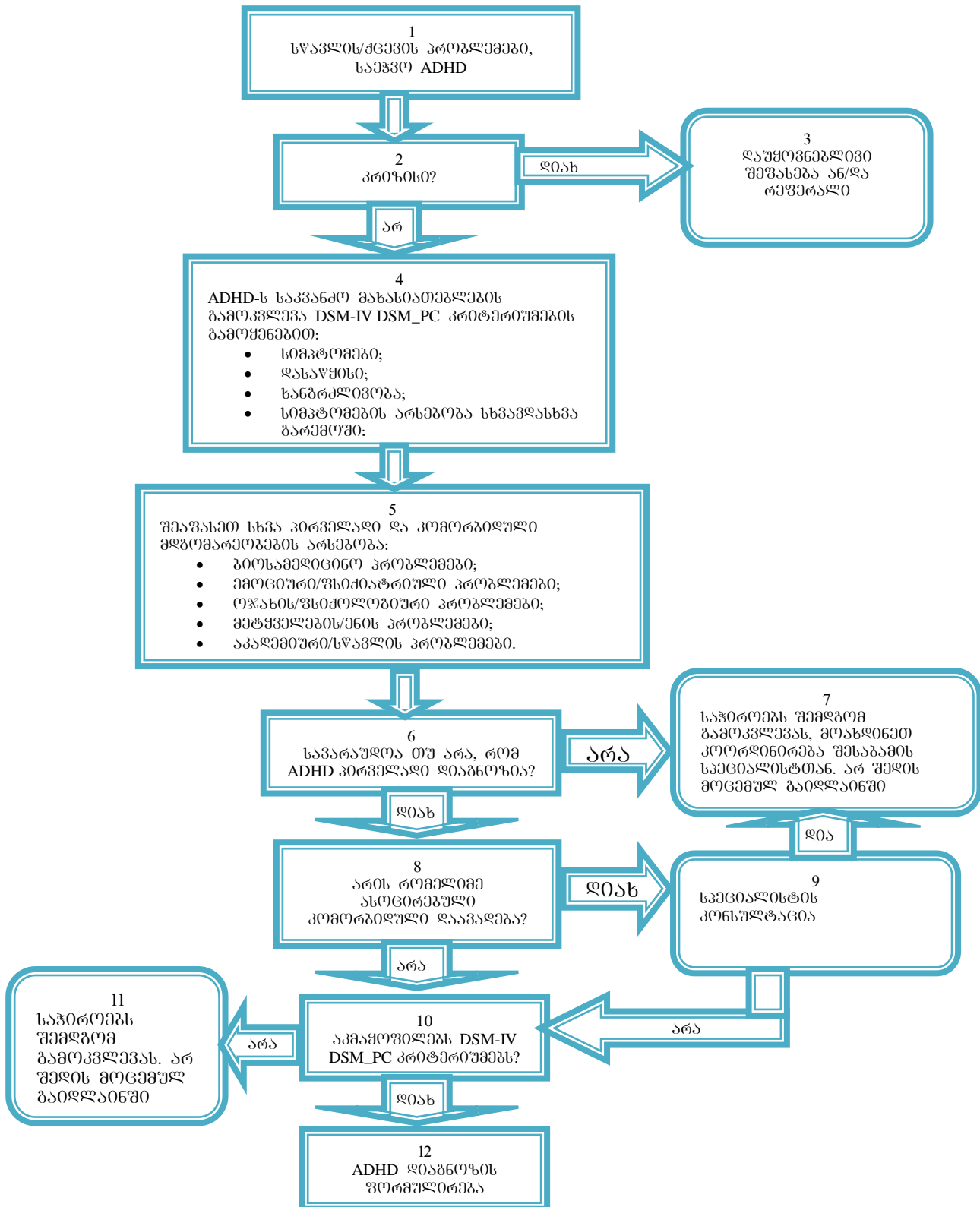
**ცხრილი 3. ADHD-ის სადიაგნოზო კრიტერიუმები DSM-IV:**

<p><b>I</b></p> <p><b>A ან B</b></p> <p>ყურადღებობისა და ჰიპერაქტიულობა/იმპულსურობის სიმპტომები</p>
<p><b>A</b></p> <p>კონცენტრაციის უუნარობა – ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ექვსი ან მეტი სიმპტომი უნდა ვლინდებოდეს სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში იმ ხარისხით, რომ მოცემული ასაკის ბავშვს ხელს უშლიდეს გარემოსთან შეგუებაში.</p>
<p>1. ხშირად ვერ ახერხებს მიაქციოს მკაფიო ყურადღება დეტალებს ან უშვებს დაუდევარ შეცდომებს სკოლის დავალებებში, საქმიანობაში ან სხვა სახის აქტივობებში.</p>
<p>2. სირთულეები სხვადასხვა დავალებების შესრულებისას ან თამაშის დროს ყურადღების გარკვეული დროით დაძაბვისას.</p>
<p>3. ხშირად ჩანს, თითქოს არ უსმენს მასთან პირადად მოსაუბრეს.</p>
<p>4. ხშირად არ მიჰყვება და არ ასრულებს მიცემულ ინსტრუქციებს, ვერ ახერხებს სკოლის დავალებების დამთავრებას, ვერ ართმევს თავს საოჯახო ან სამსახურის მოვალეობებს (ყოველივე ეს გამომდინარეობს წინააღმდეგობრივი ქცევიდან, ან პრობლემები იქმნება ინსტრუქციის გაგებაში და მის შესრულებაში).</p>
<p>5. ხშირად აღინიშნება პრობლემები დავალებების და აქტივობების ორგანიზების საკითხში.</p>
<p>6. ხშირად თავს არიდებს, არ მოსწონს, ან არ სურს შეასრულოს სამუშაო, რომელიც მოითხოვს გონების ძალისხმევას დროის გარკვეული მონაკვეთის განმავლობაში.</p>
<p>7. ხშირად კარგავს ნივთებს, რომლებიც საჭიროა ამა თუ იმ დავალებისათვის ან აქტივობისათვის.</p>
<p>8. ადვილად ეფანტება ყურადღება არაარსებითი მოვლენების, გარე სტიმულის ზემოქმედებით.</p>
<p>9. ხშირად არის გულმაგილწი ყოველდღიური დავალებების შესრულებისას.</p>
<p><b>B</b></p> <p><b>ჰიპერაქტიულობა-იმპულსურობა</b> – ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ექვსი ან მეტი სიმპტომი უნდა ვლინდებოდეს სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში იმ ხარისხით, რომ მოცემული ასაკის ბავშვს ხელს უშლიდეს გარემოსთან შეგუებაში.</p>

<b>ჰიპერაქტიულობა</b>	
1.	ხშირად მოუსვენრად ამოდრავებს ხელებს, ტერფებს ან ცქმუტავს და წრიალებს სკამზე.
2.	ხშირად დგება ადგილიდან საკლასო ოთახში ან რომელიმე სხვა გარემოში, მაშინ, როდესაც სიტუაციიდან გამომდინარე, ერთ ადგილზე მშვიდად ჯდომა არის საჭირო.
3.	ხშირად უადგილოდ და უმიზნოდ დარბის ან ცოცავს გადამეტებული აქტიუობით (მოზარდებსა და უფროსებში გამოიხატება მოუსვენრობის გრძნობით).
4.	ხშირად ვერ ახერხებს მშვიდად და ჩუმად თამაშს, გართობას ან დასვენებას.
5.	ხშირად ჩართულია აქტიურ მოქმედებებში, ადგილიდან ადგილზე გადადის, თითქოს ძრავა ამოდრავებს.
6.	ხშირად მომეტებულად ბევრს ლაპარაკობს.
<b>იმპულსურობა</b>	
7.	ხშირად წამოისვრის პასუხს კითხვის დაბოლოების დალოდების გარეშე.
8.	ხშირად უჭირს დაელოდოს თავის რიგს.
9.	ხშირად უადგილოდ ერთვება ან აწვევტინებს სხვებს ( მაგ. იჭრება საუბარში ან თამაშში).
<b>II</b>	
ჰიპერაქტიურ- იმპულსური ან ყურადღების კონცენტრაციის ზოგიერთი სიმპტომი, რომელმაც გარკვეული შეფერხება გამოიწვია, ბავშვს აღენიშნებოდა 7 წლის ასაკამდე.	
<b>III</b>	
სიმპტომებისაგან გამოწვეული შეზღუდვები აღინიშნება ორ ან მეტ სხვადასხვა გარემოში (მაგ. სკოლაში, სათამაშო მოედანზე, სახლში და ა.შ.)	
<b>IV</b>	
მნიშვნელოვანი შეზღუდვა/ჩამორჩენა ცალსახად უნდა იყოს გამოხატული სოციალურ, სასკოლო ან სამუშაო გარემოში.	
<b>V</b>	
სიმპტომები არ ვლინდება მხოლოდ განვითარების პროცესში წამოჭრილი აშლილობის, შიზოფრენიის ან სხვა ფსიქიური აშლილობის დროს. ამ სიმპტომების უკეთ ახსნა არ შეიძლება სხვა ფსიქიური აშლილობების გამოვლინებებით (როგორცაა მაგ. განწყობილების აშლილობა, შინაგანი შფოთვა და ფორიაქი, ასოციაციური აშლილობა ან პიროვნული აშლილობა).	

I სურათზე მოცემულია ADHD-ს დიაგნოსტიკის ალგორითმი

სურათი 1 ADHD-ს დიაგნოსტიკური ალგორითმი



ალგორითმის ზოგიერთი პუნქტის განმარტება გრაფების ნომრების მიხედვით

### 1. სწავლის/ქცევის პრობლემები (საეჭვო)

საკვანძო საკითხები:

ბავშვი შესაძლოა ექიმთან მიმართონ სწავლისა და ქცევის პრობლემების გამო, ან კონკრეტულად ADHD-ს არსებობის გამოსაკვლევადა.

ADHD-ს სიმპტომების ინტენსიურობა და მრავალფეროვნება ვარიაბელურია ბავშვის ასაკისა და აკადემიური მოსწრების მიხედვით.

მშობლების მიერ დაფიქსირებული შესაძლო პრობლემები:

- თვითნებობა;
- აგრესია;
- მრისხანების მართვის პრობლემა;
- იმპულსურობა;
- ფიზიკურად სახიფათო აქტივობები;
- დავალების დასრულების პრობლემები;
- არაორგანიზებულობა;
- გაფანტულობა, ყურადღების კონცენტრაციის სიძნელეები;
- ლაბილური ფსიქიკა;
- უგუნურობა;
- სოციალური/ემოციური უმწიფრობა;
- გაუთავებელი, “ჰიპერ” მოძრაობები

მასწავლებლების/სკოლის პერსონალის მიერ დაფიქსირებული შესაძლო პრობლემები:

- ჰიპერაქტიულობა;
- დაულაღავი, შფოთვითი ქცევა;
- უყურადღებობა, დავალების უგულველყოფა, პათოლოგიური ყურადღების გაფანტულობა;
- სოციალური კავშირების პრობლემა;
- დაბალი აკადემიური მოსწრება, სკოლის ხშირი გაცდენა;
- საკლასო ოთახში დამანგრეველი ქცევა;
- ბევრი საუბარი, პასუხების წამოძახება, წამოცდენა;
- ცუდი მოსმენა;
- არასრული დავალებები და დავალებების არქონა;
- უწესრიგო, ქაოსური ქცევა

ბავშვის/მოზარდის მიერ დაფიქსირებული შესაძლო პრობლემები:

- არ უყვარს სკოლა;
- არ შეუძლია ახლო და ხანგრძლივი მეგობრობა;

- კონკრეტული მასწავლებლებისა და საგნების სიძულვილი;
- გადამეტებული კონფლიქტები მშობლებთან;
- დაბალი თვითრწმენა, დაბალი საკუთარი თავის პატივისცემა

ასაკთან და განვითარებასთან ერთად ADHD-ს სიმპტომები განიცდის ცვლილებას, მაგალითად, მოზარდობის პერიოდში კლებულობს მოტორული ჰიპერაქტივობა, სპონტანურად უმჯობესდება ყურადღება და უფრო თვალსაჩინო ხდება ანტისოციალური ქცევა, შესაძლოა პრობლემები კანონთან.

## 2. კრიზისი?

ADHD-ის შეფასების დაწყებამდე უნდა განისაზღვროს, ხომ არ არის კრიზისული სიტუაცია, რომელსაც დაუყოვნებლივი ჩარევა სჭირდება. აღნიშნული შეფასება უნდა ჩატარდეს მომართვის ადგილზე – ოფისში, ტელეფონით, სასწავლო დაწესებულებაში და ა.შ. კრიზისთან ერთად შესაძლებელია ADHD-ც აღინიშნებოდეს, თუმცა ამ შემთხვევაში ADHD-ს მართვა მოგვიანებით უნდა დაიწყოს, კრიზისი საჭიროებს დაუყოვნებლივ რეაგირებას. კრიზისის არსებობის შესაფასებლად უნდა დაისვას შემდეგი შეკითხვები:

- არის სუიციდის საშიშროება?
- არის ძალადობის/ფიზიკური დაზიანების საშიშროება სხვებისათვის?
- არის ბავშვზე ძალადობის საშიშროება?
- არის სკოლიდან გარიცხვის საშიშროება?
- არის დაპატიმრების/კანონთან პრობლემების შექმნის საშიშროება?

## 3. დაუყოვნებელი შეფასება და/ან რეფერალი

აღნიშნული მთლიანადაა დამოკიდებული შეფასების ადგილზე, კონკრეტულ სიტუაციაზე და შესაძლო რესურსებზე. მაგ. ეს შეიძლება იყოს ვიზიტის დაგეგმვა მენტალური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან, ფსიქიატრთან, სოციალური სამსახურის მობილიზება, სასწრაფო დახმარება და ა.შ. პირველადი ჯანდაცვის რგოლში უნდა მოხდეს კრიზისის არსებობის შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში დაუყოვნებლივი რეფერალი მესამეულ დონეზე (**B, C, R**).

## 4. ADHD-ს საკვანძო მახასიათებლების გამოკვლევა DSM-IV კრიტერიუმების გამოყენებით:

- პირველადი სიმპტომების შესაფასებლად აუცილებელია ინფორმაციის რამოდენიმე წყარო: მშობლები/მომვლელი, ბავშვი, სკოლის პერსონალი;
- კრიტერიუმები დაკავშირებულია პრობლემის აღმოცენების ასაკთან, ხანგრძლივობასთან, გავრცელებასთან (სხვადასხვა გარემოში

გამოვლენა, მაგ-სკოლა, სახლი, ამხანაგები) და ჩამორჩენასთან. მათი ერთობლიობით შესაძლოა დაისვას ADHD-ს დიაგნოზი.

**5. სვა პირველადი და კომორბიდული მდგომარეობების არსებობის შეფასება – იხ. თავი 5.2. დიფერენციული დიაგნოზი.**

თუ გამოკვლევის პერიოდში გამოვლინდა ალტერნატიული პირველადი დიაგნოზი, უნდა მოხდეს იდენტიფიცირებული პრობლემის შესაბამისი მართვა (გაიდლაინის გარეთ).

**დიფერენციული დიაგნოზი**

ADHD-ისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები ხშირია სხვა ფსიქიური ჯანმრთელობის პრობლემების დროს. აქედან გამომდინარე, ეჭვის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს როგორც ყურადღების დეფიციტის ან ჰიპერაქტიულობა/იმპულსურობის გამომწვევი სხვა დაავადებების არსებობა, ასევე კომორბიდული აშლილობაც. ეს ორივე ფაქტორი, თავის მხრივ, მხედველობაშია მისაღები.

**ADHD-ის მქონე ბავშვთა დიფერენციული დიაგნოზი და კომორბიდული დაავადებების შეფასება**

ქვემოთჩამოთვლილი ხუთი სფეროს სკრინინგი უზრუნველყოფს მონაცემებს ADHD-ს დიფერენციალური დიაგნოზისათვის.

1. ბიოსამედიცინო პრობლემები;
2. ემოციურ/ფსიქიატრიული პრობლემები
3. ოჯახური/ფსიქოსოციალური პრობლემები;
4. მეტყველების/ენობრივი პრობლემები;
5. აკადემიური მოსწრების / სწავლების პრობლემები

**1. ბიოსამედიცინო პრობლემები.**

***მთავარი საკითხები:***

- აუცილებელია ანამნეზისა და ფიზიკური/ნევროლოგიური/განვითარების შეფასება, რათა იდენტიფიცირებულ ან გამორიცხულ იქნას ADHD-ის არსებობა.
- ანამნეზისა და სამედიცინო შემოწმებაზე დაყრდნობით, შეიძლება განსაზღვრულ იქნას შემდგომი კლინიკური გამოკვლევები ისეთ სფეროში, როგორცაა გენეტიკური (ქრომოსომური), ნევროლოგიური ან ბიოსამედიცინო პრობლემები.

ჯანმრთელობის ისტორია და ფიზიკური/ნევროლოგიური/განვითარების შეფასება აუცილებელია იმისათვის, რათა განსაზღვრულ ან გამორიცხულ იქნას ბიოსამედიცინო არეში ADHD-ს დიფერენციალური დიაგნოზის პრობლემები. სენსორულ სფეროში (ანუ სმენა და მხედველობა) პრობლემებმა შეიძლება გამოიწვიონ სირთულეები საკლასო ოთახში, რაც შეიძლება გამოიხატოს მოუსვენარ ან უყურადღებო ქცევაში. ნევროლოგიური შეფერხების ან ნევროლოგიური „რბილი ნიშნების“ მქონე ბავშვები სწავლების ათვისებასთან დაკავშირებული მოშლილობების და ქცევითი მოშლილობების რისკის ქვეშ იმყოფებიან<sup>60</sup>. (R)

**ზოგადი ჯანმრთელობის ისტორია და სამედიცინო დათვალიერება გულისხმობს:**

- ზრდის პარამეტრები: სიმაღლე, წონა;
- ძირითადი პარამეტრები: სისხლის წნევა, პულსი;
- მხედველობის და სმენის სკრინინგი.

სპეციალური ყურადღება უნდა გამახვილდეს:

- ზოგად ფიზიკურ განვითარებაზე
  - მცირე ფიზიკური ანომალიები შეიძლება იყოს გენეტიკური ანომალიების, დარღვევების (დაბლა განლაგებული ყურები, დიდი ან სათესლე პარკებში ჩამოუსვლელი სათესლე ჯირკვლები, ძლიერ ამოზნექილი სასა და ა. შ.) მანიშნებელი;
- წამალდამოკიდებულების ნიშნები და სიმპტომები;
- ნევროლოგიური გამოკვლევა:
  - დარღვევები (მაგალითად, მოტორული ან მეტყველების დამბლა, რეფლექსების ასიმეტრია, ან ანომალია, ან ტრემორი);
  - ოდნავ შესამჩნევი ნევროლოგიური ნიშნები, მათ შორის სირთულეები მოქმედებების თანმიმდევრობის განსაზღვრასთან, არიტმიასთან, სარკისებურ გამოსახულებასთან, მოტორულ სიჭარბესთან და მოუქნელობასთან დაკავშირებით. „მოუქნელობას“ განეკუთვნება ზუსტი ან ზოგადი (მიახლოებითი) სამოძრაო ამოცანების შესრულების წინასწარი, ნელი, არარეგულარული ან არათანმიმდევრული მოქმედებები;
- განვითარების სტატუსის შეფასება:
  - ბავშვების აქტიურობის, სათანადოდ ურთიერთობის, მითითებების მიღევენების შესაძლებლობასა და თანამშრომლობაზე დაკვირვება გამოკვლევათა კაბინეტში;
- შეფერხებების ან პრობლემების ისტორია:

- სმენითი აღქმა;
- ექსპრესიული მეტყველება;
- მონაცემთა ვიზუალური ან თანმიმდევრული დამუშავება;
- მეხსიერება;
- ნატიფი და უხეში მოტორიკა;
- კოგნიტიური ჩამორჩენის სკრინინგი.

სამედიცინო მუშაკმა შეიძლება გამოსადეგად ჩათვალოს ქვემოთ ჩამოთვლილი. პასუხი (რეაქცია) ასაკზეა დამოკიდებული.

- სთხოვეთ ბავშვს ისაუბროს ბოლოდროინდელ მოვლენაზე – დაბადების დღეზე, სპორტულ შეჯიბრებაზე და ა.შ. (მიაქციეთ ყურადღება, რამდენად თავისუფალი, დალაგებული და ორგანიზებულია მისი მეტყველება);
- ჰკითხეთ მშობლებს, აქვს თუ არა ბავშვს სირთულეები სატელეფონო მესიჯების მიღებისას ან საკლასო ოთახში მიღებული ინსტრუქციების დამახსოვრებისას, ასაკთან შესაბამისობაში (მოკლევადიანი მახსოვრობა);
- დააკვირდით ბავშვს, როდესაც ის იყენებს ფანქარს სიმბოლოების ან სიტყვების გადაწერისას (ვიზუალური პერცეფციულ-მოტორული);
- სთხოვეთ ბავშვს შეასრულოს სამსვლიანი ბრძანება (მოქმედებათა თანმიმდებრობა);
- სთხოვეთ ბავშვს გაიმეოროს ოთხი სიტყვა, დაიმახსოვროს ისინი და კიდევ ერთხელ გაიმეოროს, ისინი 5 ან 10 წუთის შემდეგ (მახსოვრობა, ყურადღება);
- სთხოვეთ ბავშვს გაიმეოროს სამი, შემდეგ ოთხი ციფრი თანმიმდევრობით, შემდეგ გაიმეოროს ჯერ სამი, ხოლო შემდგომ ოთხი ციფრი უკუმიმართულებით (კონცენტრაცია);

ანამნეზსა და სამედიცინო დათვალიერებაზე დაყრდნობით, მომდევნო გამოკვლევა შეიძლება განისაზღვროს ისეთი სფეროებით, როგორცაა:

- გენეტიკური ან ქრომოსომული
  - მყიფე X სინდრომი
  - ტურეტის სინდრომი
  - მენტალური ჩამორჩენა
  - ნეიროფიბრომატოზი
- ნევროლოგიური
  - კრუნჩხვითი აშლილობა
  - ცნსის ინფექცია ინფექცია
  - ქორეოფორმული აშლილობა
  - ცნს-ის ტრავმა
  - ნეიროდეგენერაციული დაავადებები



- ბიოსამედიცინო
  - ტოქსინები (ტყვია, ფეტალური ალკოჰოლური სინდრომი, კოკაინის პრენატალური ზემოქმედება);
  - ალერგია;
  - სმენითი ან ვიზუალური დარღვევა;
  - მეტაბოლური/ენდოკრინული;
  - ანემია;
  - ძილის მოშლილობებმა შეიძლება გამოიწვიონ ისეთი ქცევა, რომელიც შეიძლება მიემსგავსოს მსუბუქი ფორმის ADHD-ს, და ასევე გაამწვავოს საშუალო ან ძლიერი ADHD-ს სიმპტომები. ძილი გულდასმით უნდა იქნას შემოწმებული.<sup>61</sup> (C)

მტკიცებულებების კლასი C, D .

## 2. ემოციური/ფსიქიატრიული პრობლემები

მთავარი მომენტები:

- ADHD-ს მქონე ბავშვებს დეპრესიის, შფოთვითი მოშლილობების, ქცევითი მოშლილობის და წამალთდამოკიდებულების მომატებული რისკი აქვთ;
- კლინიციკტებმა ყველა ADHD-ს მქონე პაციენტთან ინტერვიუს დროს უნდა გამოიკვლიონ ეს თანმხლები დაავადებები;
- აუტისტური სპექტრის მოშლილობის მქონე ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ ADHD-ს სიმპტომების ნიშნები, მაგრამ აუტისტური სპექტრის სიმტომები უნდა ჩაითვალოს ძირითადად.

ADHD-ს დიაგნოზის დასმა შეიძლება გართულებული იყოს ან სხვა თანარსებული ფსიქიატრიული დაავადების, ან კიდევ, ისეთი ფსიქიატრიული დაავადების არსებობით, რომელსაც ADHD-ს დამახასიათებელი სიმპტომები აქვს. როგორც ცნობილია, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის მქონე ბავშვები იმყოფებიან დეპრესიის, შფოთვითი მოშლილობების, ქცევითი მოშლილობების და წამალთდამოკიდებულების მომატებული რისკის ქვეშ. ამ დაავადებების პრევალირების დიაპაზონი ADHD-ს მქონე ბავშვებში 15-დან 30%-მდეა. კლინიციკტის მოვალეობაა, ჩაატაროს ზემოთჩამოთვლილი ოთხი დაავადების სკრინინგი, როდესაც ამოწმებს ისეთ ბავშვს, როელსაც აღენიშნება ADHD-ს სიმპტომები<sup>62</sup>.

მტკიცებულება C, R.

ქვემოთ განხილულია დეპრესიის, შფოთვითი მოშლილობების, ქცევითი მოშლილობებისა და წამალთდამოკიდებულების შესაძლო არსებობის დამადასტურებელი სიმპტომები.

### **დეპრესია**

- მუდმივი დეპრესიული ან გაღიზიანებული ხასიათი თითქმის ყოველდღე, რაც გრძელდება როგორც მინიმუმ ორი კვირა;
- მნიშვნელოვნად შემცირებული ინტერესი ან სიამოვნება ყველა ან თითქმის ყველა საქმიანობისგან;
- სასკოლო დავალების ან სამუშაოს შესრულების ხარისხის აშკარა დაქვეითება;
- დროდადრო განმეორებითი სუიციდური აზრები რაიმე კონკრეტული გეგმის გარეშე, ან პერიოდულად განმეორებითი ფიქრი სიკვდილზე;
- მდგრადი გაუთავებელი დეპრესიული განწყობა დაკავშირებული თითქმის ყოველდღიურ უძილობასთან ან ჰიპერსომნიასთან (ზედმეტად მომატებული ძილიანობა).

### **იუვენილური მანიაკალურ-ბიპოლარული აშლილობა**

ბოლო დროის გამოცდილება გვაძლევს საშუალებას ვივარაუდოთ გარკვეული თანხვედრა ADHD-სა და იუვენილურ მანიაკალურ-ბიპოლარულ აშლილობას შორის. ქვემოთ მოცემული წარმოადგენს საბავშვო პერიოდის მანიის მახასიათებელ ნიშნებს, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს კლინიცისტს ამ ორი დაავადების დიფერენცირებაში:

- მანიაკალურ-ბიპოლარული აშლილობა ძალზედ იშვიათია, ADHD-სთან შედარებით;
- სიმპტომები მოიცავს აფექტური შეტევების სწრაფად გამოჩენას, გახანგრძლივებულ ძლიერ განრისხების აფეთქებებს, გააფრთხვებულ მძვინვარე აგრესიულობას, გაღიზიანებადობას, ცვალებად ინტერპერსონალურ ურთიერთობას;
- ჩვეულებრივ, თანაარსებობს დეპრესიასთან ერთად.

### **შფოთვითი აშლილობა**

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და შფოთვითი აშლილობა 2 ყველაზე გავრცელებული მდგომარეობაა, რომელიც შესაძლოა ADHD-ს მსგავსი კლინიკით მიმდინარეობდეს. პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა. ფსიქოლოგიური ანამნეზი უნდა გამოვიკვლიოთ ზედმიწევნით და უნდა განვიხილოთ, როგორც მთლიანი შეფასების

ნაწილი. სხვა დიაგნოზები, რომლებიც უფრო სახეზეა საბავშვო ასაკში, მოიცავს სეპარაციული განგაშის აშლილობას და გენერალიზებულ შფოთვით აშლილობას. სკრინინგი, რომელიც შეიძლება გამოსადეგარი იყოს ამ დაავადებების იდენტიფიკაციისას, მოცემულია ქვემოთ.

- განვითარების დონესთან შეუსაბამო და გადამეტებული შფოთვა, რომელიც გამოწვეულია სახლისაგან ან იმ პირებთან დაშორებით, ვისთანაც ბავშვი მიჩვეულია ყოფნას;
- მუდმივი ან გადამეტებული შფოთვა ძალიან ახლობელი ადამიანების დაკარგვის შიშისა და იმ სავარაუდო ზიანის გამო, რომელიც შეიძლება მათ მიადგეთ;
- განმეორებადი ჩივილი ან ფიზიკური სიმპტომები, რომელიც დაკავშირებულია ახლობელ ადამიანებთან უკვე შემდგარ, ან მოსალოდნელ დაშორებასთან;
- ზედმეტი თვითგვემა დაბალი მოსწრების გამო (მაგალითად, სკოლაში მიღებული შეფასება);
- ბავშვისთვის რთული ხდება მისი შფოთვის/შეწუხების გაკონტროლება ან შეჩერება.

### ქცევითი აშლილობა

- ნეგატიური, მტრული და გამომწვევი ქცევის არსებობა, რაც შეიძლება მოიცავდეს მწყობრიდან გამოსვლას, მოზრდილებთან კამათს, მოზრდილების მოთხოვნების დაკმაყოფილებაზე (დამორჩილებაზე) უარის თქმას, განზრახ ადამიანებისთვის თავის მობეზრებას, მუდმივ რისხვას და სხვების მიმართ გამოხატულ უკმაყოფილებას (გალიზიანება);
- ადამიანებსა თუ ცხოველების მიმართ ფიზიკურ აგრესიას;
- ქურდობაში განზრახ მონაწილეობა;
- პოტენციურად სერიოზული შედეგებით დასრულებული წესების დარღვევა (მაგალითად, სახლიდან გაქცევა, სკოლის გაცდენა);
- ქცევის დარღვევა იწვევს კლინიკურად მინშველოვან დარღვევას სოციალურ, აკადემიურ ან შრომით საქმიანობაში.

### წამლდამოკიდებულება (ნარკომანია/ალკოჰოლიზმი)

- ალკოჰოლის ან ნებისმიერი სახის დაუშვებელი წამლების (ნარკოტიკების) გამოყენება ანამნეზში;
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების გამოყენება განწყობის შესაცვლელად ან ცუდი განწყობისგან თავის დასაღწევად;

- პრობლემები სკოლაში, სახლში ან კანონიერ ხელისუფლებასთან, რომელიც დაკავშირებულია პაციენტის მიერ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიღებასთან;
- თანატოლებისაგან მიღებული ინფორმაცია პაციენტის მიერ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებით;
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების გამო საკუთარი თავის დადანაშაულება;
- ქცევა, რომელიც მიგვანიშნებს ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარებაზე (გაზრდილი იზოლაცია ოჯახისა და მეგობრებისაგან, ნარკოტიკული ნივთიერებების მისაღები მოწყობილობების არსებობა).

**ფართოდ გავრცელებული, განვითარებასთან დაკავშირებული მოშლილობები (მაგალითად, აუტისტური აშლილობა, ასპერგერის სინდრომი)**

არც თუ ისე იშვიათად აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებს სახეზე აქვთ ADHD-ს დამახასიათებელი ნიშნები. ამ ბავშვებისთვის ტიპური და პრობლემატურია:

- საზოგადო ურთიერთობის ხარისხობრივი გაუარესება (მაგ. თანაზიარობა, არავერბალური ქესტები, ერთობლივი მონაწილეობა საქმიანობაში, ურთიერთობა თანატოლებთან);
- ხარისხობრივი გაუარესება კომუნიკაციისას (მაგ. მეტყველების შეფერხებები, სასაუბრო მეტყველება, იდიოსინკრაზიული/სტერეოტიპური მეტყველება, სიმბოლური/იმიტაციური თამაში);
- ქცევის შეზღუდული, განმეორებადი მოდელი (მაგალითად, შეშფოთება (წინასწარ შეგონება), რიტუალები, თვით-სტიმულატორული მოტორული მანერისიზმი).

**3. ოჯახური/ფსიქოლოგიური პრობლემები**

**მთავარი მომენტები:**

- ქრონიკულმა ან მწვავე სტრესებმა შეიძლება გამოიწვიონ ცვლილება ბავშვის აკადემიურ მოსწრებაში ან ქცევით ფუნქციონირებაში, როგორცაა ADHD-ს სიმპტომების იმიტაცია ან არსებული სიმპტომების გამწვავება.
- შეაფასეთ ოჯახში არსებული ფსიქიკური დაავადებების ისტორია. ADHD-ს ქვეტიპები იცვლება ოჯახში არსებული ფსიქიკური დაავადების ტიპის მიხედვით.
- შეაფასეთ ოჯახის ფუნქციონირება, მომვლელ პირსა და ბავშვის ურთიერთობის ბუნების, ოჯახის შიგნით სიმპტომების გავლენის და

პრობლემის დაძლევის ოჯახში არსებული რესურსების თვალსაზრისით.

გარდა თანმხლები ფსიქიატრიული ან სწავლების ათვისებასთან დაკავშირებული პრობლემების შეფასებისა, მნიშვნელოვანია იმ ფსიქოლოგიური კონტექსტის გათვალისწინება, რომელშიაც აღმოცენდება ბავშვის სიმპტომები და პრობლემები. ქვემოთ იდენტიფიცირებულია გასათვალისწინებელი ფაქტორები და ზოგიერთი მოსაზრებანი ინტერვიუს დროს დასასმელი კითხვების შესახებ. ოჯახის ფუნქციონირების გულდასმითი შეფასება ხელს შეეგვიწეოს ბავშვთა სიმპტომების როგორც ბუნებისა, ასევე სიმძიმის გათვითცნობიერებაში და აგრეთვე ოჯახის უნარის გაგებაში გამოიყენოს განათლებასთან და მეურნეობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები. თუ სახეზეა მნიშვნელოვანი ოჯახური პათოლოგია, მაშინ აუცილებელია მიმართვა ფსიქიატრთან, ოჯახის ექიმთან ან სოციალურ სამსახურებში.

### ფსიქოლოგიური სტრესორები

არსებობს გარკვეული მტკიცებულებები (ფაქტები) იმისა, რომ ADHD-ს და ერთდროულად მოქმედი დეპრესიული ან შფოთვითი დაავადებების მქონე ბავშვებს ცხოვრებისეული სტრესების და დედის მხრიდან არსებული ფსიქიატრიული სიმპტომების უფრო მაღალი დონე აქვთ<sup>63</sup> (C).

ქრონიკული ან მწვავე სტრესები ბავშვის ფუნქციონირებაში შეიძლება სხვადასხვა გზით გამოემუდგინდეს; ზოგადი სიმპტომები მოიცავს შფოთვას, დისფორიას (უხალისობას) და ქცევით რეაგირებას. ამ სირთულეთაგან ნებისმიერმა შეიძლება გამოიწვიოს აკადემიური მოსწრების ან შინაურ გარემოში ქცევის ცვლილება.

სტრესით აღსავსე ცხოვრებისეული მოვლენები შეიძლება მოიცავდეს:

- დიდ ცხოვრებისეულ გარდაქმნებს და ცვლილებებს (საცხოვრებელი ადგილის ან სკოლის შეცვლა);
- დანაკლისები (საყვარელი ადამიანის გარდაცვალება, მშობლების დაშორება);
- ძალადობა (სექსუალური ან ფიზიკური, ოჯახური ძალადობა);
- ტრავმატიზმი (მაგალითად საგზაო შემთხვევა).

### ოჯახური ისტორია

ADHD-ს ქვეტიპები იცვლება არა მარტო თანმხლები დაავადებების, არამედ ასევე ოჯახის ისტორიაზე დაყრდნობით. ADHD-ს ჰიპერაქტიური იმპულსური ქვეტიპის მქონე ბავშვების ოჯახებში უფრო მეტია ADHD-ს, აგრესიისა და წამალთდამოკიდებულების შემთხვევები, მაშინ როცა ADHD-ს უყურადღებობის ქვეტიპის მქონე ბავშვების ოჯახებში უფრო

მეტია შფოთვითი აშლილობები და სწავლასთან დაკავშირებული პრობლემები<sup>64</sup>.

სანიმუშო კითხვა პრობლემის გამოსავლენად: მკურნალობდა თუ არა ვინმე თქვენს ოჯახში (მშობლები, და-ძმები და სხვა ნათესავები):

- შფოთვითი აშლილობის გამო;
- დეპრესიული აშლილობის გამო (მათ შორის, ბიპოლარული აშლილობა);
- სწავლასთან/ყურადღებასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო;
- განვითარების შეფერხების, გონებრივი ჩამორჩენის ან აუტიზმის გაო;
- წამაღმამოკიდებულების გამო;
- ქცევითი პრობლემების გამო;
- სხვა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო.

### **მზრუნველობის (მეთვალყურეობის) ხარისხი**

განიხილეთ ოჯახის უნარი და რესურსები სირთულეების დაძლევაში, ისევე როგორც მათი რწმენა და კომპეტენცია ბავშვის პრობლემებთან დაკავშირებით. ასევე გამოიკვლიეთ მთლიანობაში ოჯახზე ბავშვის სიმპტომების გავლენა.

გამოჰკითხეთ მომვლელებს ოჯახში არსებული გარემოს შესახებ. კერძოდ, შეაფასეთ ის პრობლემები, რომლებმაც შეიძლება ნეგატიური ზეგავლენა მოახდინონ მშობელთა შესაძლებლობაზე, თანმიმდევრულად და სათანადოდ მართონ ქცევა, უზრუნველყონ ადექვატური მეურვეობა შეაფასონ ბავშვის ფუნქციონირება.

ამ პრობლემებს მიეკუთვნება:

- მშობლების ფსიქიატრიული აშლილობა ან ქიმიური მიდრეკილება/დამოკიდებულება;
- კულტურული განსხვავებები;
- განათლების ან ინფორმაციის ნაკლებობა;
- დაბალი ინტელექტუალური დონე;
- ოჯახური/საზოგადოების მხარდაჭერის არარსებობა;
- ფსიქოლოგიური სტრესორები (იხ. ზემოთ), და
- ბავშვზე შეზღუდული მზრუნველობა.

სანიმუშო კითხვები:

- როგორია თქვენს ოჯახში ჩვეულებრივი ტიპური დღე?
- გრძნობს თუ არა ბავშვი სკოლის და ზოგადად საზოგადოების მხარდაჭერას?
- ვინ უწევს დახმარებას თქვენს შვილს, როდესაც თქვენ ეს გჭირდებათ?
- ხდება თუ არა ალკოჰოლის ან დაუშვებელი წამლების (ნარკოტიკების) მოხმარება თქვენს ოჯახში?
- შეგიძლიათ მომიყვეთ რა გსმენიათ ან გისწავლიათ ADHD-ს შესახებ?
- დისციპლინის რა სახეობა მოქმედებს (ან არ მოქმედებს) თქვენს შვილზე?
- როდის გრძნობთ სიამოვნებას თქვენს ბავშვთან ყოფნისას?

მტკიცებულება C, R კლასისაა.

#### 4. მეტყველების/ლაპარაკის პრობლემები

მთავარი მომენტები:

- თუ სკრინინგი მიანიშნებს პრობლემებზე ბავშვის მეტყველებასა და/ან ლაპარაკთან დაკავშირებით, მათ შორის ექსპრესიულ და რეცეპტულ მეტყველებას, მწყობრ მეტყველებას, პრაგმატულ მეტყველებას, პროსოდიას (ღექსთა შეთხზვას), ან ფონოლოგია/არტიკულაციის პრობლემებს, აუცილებელია გაიგზავნოს მეტყველებისა და საუბრის პათოლოგისთან.
- თუ სახეზეა საუბრის ან მეტყველების პრობლემები, რომლებიც მოგვაგონებს ფსიქოლოგიური განვითარების ზოგად აშლილობას, მაშინ აუცილებელია მიმართვა განვითარების ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებთან, დიაგნოსტიკურ ჯგუფში საუბრის და მეტყველების სპეციალისტის მონაწილეობით.
- ADHD-ს მქონე ბავშვები იმყოფებიან ხმის იოგების “არასწორი გამოყენების“ მომატებული რისკის ქვეშ. თუ აღმოჩნდა, რომ ბავშვს აქვს ქრონიკული (6 თვე და მეტი) “ჭრიალა” ან ხრინწიანი ხმა, მაშინ რეკომენდებულია ოტოლარინგოლოგთან მიმართვა ხმის იოგების პათოლოგიის დადგენის მიზნით, როგორცაა ხმის იოგების გასქელება ან ხმის იოგების კვანძები.
- ADHD-ს მქონე ბავშვებში პერიოდულად განმეორებადი ხმების, ყელის გასუფთავების მცდელობის, ქშინვის, ხველის ან კოპრო-ლალიის (უხამსი სიტყვების იმპულსური წარმოთქმა) არსებობა მიგვანიშნებს ტორეტის თანმხლებ სინდრომზე. ამ დროს

რეკომენდებულია კონსულტაცია ნევროლოგთან, განვითარების და ქცევითი პრობლემების პედიატრთან, ან ბავშვთა ფსიქიატრთან.

ADHD-ს მქონე ბავშვების 50%-ს შეიძლება აღმოაჩნდეს მეტყველების პრობლემები. ვერბალური ფუნქციონირების პრობლემები შესაძლოა, ქრონიკული იყოს და განსაკუთრებითაა გავრცელებული ანტისოციალური ქცევის მქონე მოზარდებში. მეტყველების და საუბრის შეფერხების ფართოდ გავრცელებული სირთულეებია:

- მწყობრი მეტყველების დაკარგვასთან დაკავშირებული წარსული და ახლანდელი პრობლემები;
- არაორგანიზებული მეტყველება ისეთი ამოცანების შესრულებისას, რომლებიც მოითხოვს ვერბალურ ახსნას;
- მოჭარბებული (ზედმეტი), ზედაპირული ან სწრაფი მეტყველება;
- პრობლემები ხმის ტემბრის მოდულაციასთან;
- ფრაგმენტარული წინადადებები პაუზებით.

მეტყველების პრობლემები შეიძლება ასევე აღმოცენდეს ADHD-ს მქონე ბავშვებში ან შეიძლება წარმოადგენდეს თანმხლებ დაავადებას. ასეთმა ბავშვებმა შეიძლება მოახდინონ ყურადღებასთან დაკავშირებული პირველხარისხოვანი მნიშვნელობის პრობლემების იმიტირება და ჰქონდეთ პრობლემები მითითებების მიდევნებისას და ვერბალურად წარმოდგენილი მასალის დამახსოვრებისას<sup>65</sup> (C).

ADHD-ს მქონე ბავშვთა უმეტესობა ამჟღავნებს „პრაგმატულ სასაუბრო დისფუნქციას“ სოციალურ სიტუაციებში – კერძოდ, გამორჩეული ვერბალური, არავერბალური და სიტუაციური მინიშნებების ამოცნობის უძლურობა. ამან შეიძლება გამოიწვიოს სოციალურად მიუღებელი არჩევნის გაკეთების ტენდენცია. ADHD-ს მქონე ბავშვების 50%-ზე მეტს სავარაუდოდ აქვთ საკომუნიკაციო/საურთიერთობო პრობლემები, რაც მჟღავნდება როგორც სოციალური უნარების დეფიციტი. კლინიციკტმა უნდა გამოიკითხოს აგრესიული, დესპოტური და მომაბეზრებელი სოციალური ურთიერთობის სტილის, ასევე მეგობრობის ინიცირების და შენარჩუნების სირთულეების და თუნდაც თანატოლების მხრიდან პირდაპირი მიუღებლობის ფაქტების შესახებ.

### **სმენის დარღვევები**

სმენის დარღვევების მქონე ბავშვებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ ADHD, მათი სმენასთან დაკავშირებული პრობლემების გარდა. ამან შეიძლება გაართულოს დიფერენციალური დიაგნოზი და ასეთ შემთხვევაში საჭიროა სპეციალისტების კონსულტაცია.<sup>66</sup>(R). სმენის დარღვევების მქონე ბავშვებს შეიძლება ასევე გამოუმჟღავნდეს უყურადღებობის სიმპტომები, პრობლემები ამოცანის დასრულებასთან დაკავშირებით, ცუდი, აგრესიული ქცევა, დაუმორჩილებლობა (რეჟიმის დარღვევა), საუბრის და მეტყველების



პრობლემები ან ინფორმაციის ხშირი განმეორების საჭიროება. ყველა იმ ბავშვს, რომელიც მოწმდება ADHD-ზე, უნდა ჰქონოდა ჩატარებული სმენის სკრინინგი ბოლო 12 თვის განმავლობაში, თუ სმენის დაქვეითებაზე მაინც ჩნდება ეჭვი, საჭიროა აუდიოგრაფიის ჩატარება.

### **განვითარების პერვერსიული აშლილობა (მაგ. აუტისტური აშლილობა, ასპერგერის სინდრომი)**

პერვერსიული აშლილობის მანიშნებელი ნიშნები საუბრის/მეტყველების თვალსაზრისით მოიცავს:

- გადაჭარბებულ თავისთავთან საუბარს;
- უჩვეულო ინტონაციურ მოდელს ან მონოტონურობას;
- ექოლალს (ექოფრაზიას, სიტყვების გაუაზრებელ განმეორებას);
- ისეთ ქმედებას, თითქოს არ ესმის;
- სოციალურად არასათანადო ქცევას (მაგ. ყვირილს, საუბარში ჩარევას);
- მანამდე შეძენილი ენობრივი უნარების დაკარგვას.

თუ არსებობს საუბრის და მეტყველების პრობლემები, რომლებიც მიგვანიშნებს ფსიქოლოგიური განვითარების აშლილობაზე, აუცილებელია პაციენტის გაგზავნა განვითარების ან ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის პროფესიონალთან, დიაგნოსტიკურ გუნდში საუბრისა და მეტყველების სპეციალისტის ჩართვა.

ADHD-ს მქონე პაციენტებმა, რომლებსაც აქვთ თანმხლები სახმო იოგების ან ტურეტის სინდრომი შეიძლება გამოამჟღავნონ საუბრის ისეთი მოდელი, რომელიც ტიპურია ასეთი პაციენტებისათვის, მათ შორის, პერიოდულად განმეორებადი ხმები, ყელის გასუფთავების მცდელობის, ქშინვა, ხველა და თუნდაც კოპროლალია (უხამსი სიტყვების იმპულსური წარმოთქმა). შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს კონსულტაცია ნევროლოგთან, განვითარების და ქცევითი პრობლემების პედიატრთან ან ბავშთა ფსიქიატრთან.

მტკიცებულება D, R კლასისაა.

### **5. აკადემიური მოსწრების/სწავლასთან დაკავშირებული პრობლემები**

**მთავარი მომენტები:**

- ADHD-ს მქონე ბავშვების დაახლოებით 25-30%-ს ასევე აქვს სპეციფიკური აკადემიური უნარების დეფიციტი ან „სწავლების ათვისებასთან დაკავშირებული აშლილობა“ ისეთ სფეროებში, როგორცაა კითხვა, მართლწერა ან მათემატიკა.

- დაბალი ინტელექტის მქონე ბავშვები შეიძლება ჩანდნენ უყურადღებონი გააზრების ან მასალის სრულად ათვისების ნაკლებობის გამო. ასეთ ბავშვებს უფრო ხშირად აქვთ თანმხლები ADHD, ვიდრე სხვა ბავშვებს.
- თუ ანამნეზი და სკრინინგი მიგვანიშნებს მნიშვნელოვან პრობლემებზე აკადემიური ფუნქციონირებისა, ბავშვმა უნდა გაიაროს ინდივიდუალური კოგნიტიური/ფსიქოგანმანათლებელი შეფასება.

ADHD-ს მქონე ბავშვები არიან აკადემიურად ჩამორჩენის მომატებული რისკის ქვეშ და ხშირად მოიხსენიებიან როგორც დაბალი მოსწრების მქონეები. ისტორია უნდა მოიცავდეს მშობლებისა და მასწავლებლებისგან მიღებულ ინფორმაციას, რათა შეფასებულ იქნას ADHD-ს მქონე ბავშვებში პრობლემური სფეროები, რომლებიც მოიცავს:

- დამოუკიდებელი მუშაობის დროულად დასრულებას;
- ყურადღება დეტალების მიმართ;
- მომზადება გამოცდებისათვის;
- ჩანაწერების გაკეთება საკლასო ოთახში მოსმენილი ლექციების შესახებ;
- საორგანიზაციო უნარები;
- დროის დაგეგმვა;
- საკუთარ თავზე დაკვირვება.

ემპირიულად მიღებული მტკიცებულებები მიგვანიშნებს მდგრად კავშირზე ADHD-სა და სწავლების სირთულეებთან დაკავშირებულ აშლილობას შორის. ADHD-ს მქონე ყოველი სამი-ოთხი ბავშვიდან ერთს აქვს კონკრეტული აკადემიური მოსწრების პრობლემა ან „სწავლების ათვისებასთან დაკავშირებული აშლილობა“, ისეთ ტრადიციულად განსაზღვრულ სფეროებში, როგორცაა კითხვა, მართლწერა ან მათემატიკა. სწავლების სირთულეებთან დაკავშირებული აშლილობა ფორმალურად განისაზღვრება სხვა სტუდენტთა IQ-ს (ინტელექტის კოეფიციენტი) ქულების შედარებით მის ქულებთან.

სწავლების სირთულეები ან აშლილობა ამჟამად განისაზღვრება DSM-IV-ით და მოიცავს:

- პრობლემებს კითხვისას;
- პრობლემებს მათემატიკაში;
- პრობლემებს წერითი გამოსახვისა და
- განვითარებასთან დაკავშირებულ კოორდინაციის აშლილობას.

დაბალი ინტელექტის მქონე ბავშვები შეიძლება ჩანდნენ უყურადღებონი გააზრების პრობლემის გამო და იმ მასალის ათვისებისას, რომელიც

ზედმეტად რთულია მათთვის. თუმცა, ასევე მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ კოგნიტიური დარღვევების მქონე ბავშვებს 3-4 ჯერ უფრო ხშირად აქვთ ADHD, ვიდრე ბავშვებს, რომელთა ინტელექტის მაჩვენებელი ნორმალურ დიაპაზონშია. შესაბამისად, IQ-ს შეფასება და ინდივიდუალური მიღწევების ტესტირება შეიძლება ხშირად იყოს ADHD-ს შეფასების აუცილებელი შემადგენელი ნაწილი. მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ ასეთ ბავშვებს შეიძლება არასწორი დიაგნოზი დაესვას როგორც ყურადღებასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონეებს, მაშინ როცა სინამდვილეში მათი სიმპტომები მეორადია.

მნიშვნელოვანია სასკოლო პრობლემების გადახედვა პაციენტთან, მშობლებთან, მასწავლებლებთან და სკოლის სხვა პროფესიონალებთან ერთად. სწავლების სირთულეები შეიძლება მოიცავდეს მოიცავდეს შემდეგ სიმპტომებს:

- აშკარა აპათიას ან მტრულ განწყობილებას სკოლისადმი;
- თავის დაღწევას ან წარუმატებლობას კონკრეტული საგნების სფეროში;
- ცუდ (აგრესიულ) ან უარყოფით ქცევას გარკვეულ კლასებში;
- კონკრეტული უნარების სფეროში არსებული სირთულეების დოკუმენტირებულ მტკიცებულებებს;

შესაძლო კითხვების მაგალითი, რომლითაც მიმართავენ ბავშვებს და მათ მშობლებს აკადემიური მოსწრების იმ საკითხების შეფასებისათვის, რომლებიც წარმოდგენილია ADHD-ს შეფასების კონტექსტში, შეიძლება მოიცავდეს:

- რომელი საგანია თქვენთვის ყველაზე საყვარელი/ადვილი?
- რომელი საგანია ყველაზე რთული/ნაკლებად საყვარელი?
- როგორ ეგუებით და რა ურთიერთობა გაქვთ მასწავლებლებთან?
- რა მოცულობის საშინაო დავალებას ასრულებთ საშუალოდ საღამოს საათებში? როგორ შეეფერება ეს საშინაო დავალება იმ მოცულობას, რომელსაც ასრულებენ თქვენი თანაკლასელები? რამდენად გეხმარებიან თქვენი მშობლები საშინაო დავალების შესრულებაში?
- რა ნიშნებს დებულობს თითოეული მათგანი კლასში? როგორ შეეფერება ეს წინა წლებში მიღებულ ნიშნებს? ჰქონდათ თუ არა ადრე წარუმატებლობა ან ამჟამად ხომ არ გაქვთ პრობლემები სწავლებისას?
- გიწევენ თუ არა რაიმე სპეციალურ დახმარებას სკოლაში?
- რა ინტერესები გაგაჩნიათ სკოლის ფარგლებს გარეთ?

- აქვს თუ არა თქვენს ვაჟიშვილს/ქალიშვილს რაიმე პრობლემები სწავლების/საორგანიზაციო უნარ- ჩვევებთან დაკავშირებით?
- რაშია თქვენი აზრით თქვენი ვაჟიშვილის/ქალიშვილის სასწავლო სტილის სიძლიერე? სისუსტე?
- როგორ ფიქრობთ, განწყობილია თუ არა თქვენი ბავშვი პოზიტიურად სკოლის მიმართ?
- გეკონტაქტებოდათ თუ არა ოდესმე ვინმე სკოლიდან თქვენი შვილის კონკრეტული აკადემიური მოსწრების ან ქცევის პრობლემებთან დაკავშირებით?
- კმაყოფილი ხართ თქვენი შვილის ნიშნებით?
- როგორ გრძნობთ, ამუღავნებს თქვენი ვაჟიშვილი/ქალიშვილი თავის პოტენციალს?

“განსაკუთრებული ნიჭით დაჯილდოებულმა” სტუდენტებმა კოგნიტიურ სფეროში ცვლილებებით, შეიძლება ასევე გამოამუღავნონ ADHD-ს ისეთი ნიშნები ან სიმპტომები, როგორცაა უყურადღებობა, ცუდი (აგრესიული) ქცევა და საკლასო ოთახში გამართული საქმიანობაში ჩართულობის აშკარა ნაკლებობა. მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ ასეთ ბავშვებს შეიძლება არასწორი დიაგნოზი დაესვას, როგორც ძირითადად ყურადღების დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემების მქონეებს, მაშინ როცა სინამდვილეში მათი სიმპტომები მეორადია. თუმცა “განსაკუთრებული ნიჭით დაჯილდოება” (ნიჭიერება) და ADHD შეიძლება ერთდროულად არსებობდეს.

პროსპექტული კლინიკური დაკვირვებები ADHD-ს მქონე ბავშვებზე მოზრდილ ასაკში მიგვანიშნებს, რომ ეს პოპულაცია იმყოფება ქრონიკული წარუმატებლობისა (მიულწევლობის) და სკოლიდან გარიცხვის მომატებული რისკის ქვეშ.

მტკიცებულებები C კლასისაა.

## 6. მკურნალობა

### ზოგადი რეკომენდაციები

- ADHD-ს მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაინიშნოს მხოლოდ ADHD-ზე სპეციალიზებული ფსიქიატრის, ნევროლოგის ან პედიატრის მიერ;
- პირველი რიგის მკურნალობა ADHD-ის მქონე პაციენტთა უმრავლესობისათვის მასტიმულირებელი მედიკამენტებია (A);
- ჩვეულებრივ, ადეკვატურად მონიტორირებული ფარმაკოთერაპია მეტად ეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ ინტენსიური ქცევითი თერაპია (B).
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვებთან მედიკამენტური თერაპია არ არის რეკომენდებული (D);
- მედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად აუცილებელია ქცევითი, საგანმანათლებლო, ფსიქოლოგიური რჩევები და აქტივობები, მედიკამენტური და კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის კომბინაცია უფრო ეფექტურია, ვიდრე ნებისმიერი მათგანი ცალ-ცალკე (A) <sup>67</sup>;
- მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებამდე უნდა ჩატარდეს ეკგ იმ პაციენტებთან, რომელთაც გასინჯვისას აღმოაჩნდათ რაიმე პათოლოგიური ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, ან აღენიშნებათ ანამნეზში გულის დაავადება, ან აქვთ გულის სერიოზული დაავადების, ან ახალგაზრდა ასაკში უეცარი სიკვდილის ოჯახური ანამნეზი.

### ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ ADHD-ს მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნა, ისევე, როგორც მკურნალობის სქემის შეცვლა ან გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ უნდა მოხდეს სპეციალიზებული ფსიქიატრის, ნევროლოგის ან პედიატრის მიერ.

პირველი რიგის მედიკამენტური თერაპია ADHD-ს შემთხვევაში სტიმულანტებია <sup>68</sup>. ორმაგი ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევის მიხედვით, კლინიკური გაუმჯობესება აღენიშნათ ADHD-ს მქონე პაციენტთა 60-75%-ს სტიმულანტების ჯგუფიდან ხოლო საკონტროლო ჯგუფიდან – 4-30%-ს<sup>69</sup>. არჩევანი თავისუფალია სტიმულანტების 2 ტიპის მედიკამენტებს შორის – ამფეტამინის წარმოებულებსა და მეტილფენიდინის წარმოებულებს შორის და მათი ეფექტურობა თანაბარია<sup>70</sup>. კვლევების მიხედვით, ამ მედიკამენტთა გახანგრძლივებული ფორმები ისევე ეფექტური ADHD-ს სამკურნალოდ ბავშვებში და მოზრდილებში, როგორც ხანმოკლე ფორმები <sup>71</sup>, (B). ატომოქსეტინი,

ნორადრენერგული უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი, მეორე რიგის მედიკამენტი და მისი ეფექტურობა დადასტურებულია რანდომიზებული, პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევებით<sup>72</sup>,<sup>73</sup>. სხვა მედიკამენტების ეფექტურობაზე, როგორცა ბუპროპრიონი, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და ალფა2-აგონისტები, მტკიცებულებები ნაკლებადაა<sup>74</sup>.

მკურნალობა იწყება დაბალი დოზებით და შემდეგ ხდება დოზის ტიტრაცია, როდესაც პირველი რიგის ერთი მედიკამენტი არ არის ეფექტური, ჯერ უნდა იცადოს ასევე პირველი რიგის მეორე მედიკამენტი და უეფექტობის შემთხვევაში მოხდეს გადასვლა მეორე რიგის მედიკამენტზე. შესაძლებელია მედიკამენტის დანიშვნა განსხვავებული რეჟიმებით: მუდმივი მიღება ან უქმეებზე მედიკამენტებისაგან "დასვენება". უქმე დღეებში მედიკამენტებისაგან დასვენების რეჟიმი რეკომენდებულია იმ ბავშვებისათვის, რომელთაც ADHD-ს სიმპტომები უფრო მეტად სასკოლო საქმიანობაში ჩამორჩენის განვითარებას განაპირობებს, ან მკურნალობის გვერდითი ეფექტების შემცირებაა აუცილებელი. გვერდითი ეფექტების შემცირება ასევე შესაძლებელია მედიკამენტის საკვებთან ერთად მიღებით ან დოზის შემცირებით.

ატომოქსეტინის დანიშვნა უნდა მოხდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც სტიმულანტები არაეფექტურია, ან მშობლები არიან სტიმულანტების მიღების წინააღმდეგ, ან, როდესაც სავარაუდოა პაციენტის, ან ოჯახის წევრების მიერ მედიკამენტზე დამოკიდებულება.

### ***ქცევითი თერაპია***

სწორად წარმატული კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია მედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად საჭიროების შემთხვევაში საკმაოდ ეფექტურია, მნიშვნელოვანია ოჯახისა და მომვლელის განათლება, მხარდაჭერი ჯგუფების შექმნა, სადაც ADHD-ს დიაგნოზის მქონე ბავშვის მშობლები ერთმანეთს გაუზიარებენ თავიანთ გამოცდილებას, საკმაოდ ეფექტური და გამოცდილი მეთოდია წახალისება, მაგალითად ყველა კარგ საქციელზე ან კარგად შესრულებულ დავალებაზე პრიზის ან ქულის მინიჭება<sup>75</sup>.

ქცევითი თერაპია 3 მიმართულებით უნდა წარმოებდეს:

1. მშობლებზე ფოკუსირებული სტრატეგია,
2. ბავშვზე ფოკუსირებული სტრატეგია
3. სკოლის პერსონალზე ფოკუსირებული სტრატეგია.

### ***მშობლებზე ფოკუსირებული სტრატეგია***

მშობლებს უნიკალური როლი აქვთ ADHD-ს მართვაში, მათ აქვთ შესაძლებლობა იყვნენ თავისი ბავშვის გვერდზე სხვადასხვა გარემოში და არიან მკვეთრად მოტივირებულნი, რათა გააკეთონ მაქსიმუმი თავისი შვილის წარმატებული მომავლისათვის. მათი სურვილია იხილონ შვილის წარმატება არა მარტო სწავლაში, არამედ ყველა გარემოში – სპორტში,

ამხანაგებთან და ა.შ.. მსოლოდ ისინი იმყოფებიან ბავშვის გვერდით ხანგრძლივი დროის მანძილზე და მათი მიზანია, ბავშვი გახდეს საზოგადოების სრულფასოვანი და კარგად ადაპტირებული წევრი.

მშობლები, რომელთაც გავლილი აქვთ სპეციალური ტრეინინგები, ყველაზე უკეთ ახერხებენ მოაგვარონ ქცევითი პრობლემები, რომლებიც აღენიშნებათ ბავშვებს ADHD-თი<sup>76</sup> (R).

რჩევები მშობლებისათვის:

- აღწერეთ ბავშვის პრობლემური ქცევა (წერილობით), მისი სიხშირე და სიმძაფრე, რათა გაადვილდეს მონიტორირება და დინამიკის შეფასება;
- გამოყავით 10-15 წუთი დღეში მსოლოდ ბავშვისათვის, მოუსმინეთ მას, აგრძნობინეთ, რომ იგი თქვენთვის ძალიან მნიშვნელოვანია;
- შეიმუშავეთ მკაცრი გრაფიკი და რუტინული ქცევები, გრაფიკიდან გადახვევა უნდა მოხდეს უკიდურესად იშვიათად;
- დააწესეთ სიმბოლური პრიზი ყოველი კარგი საქციელისათვის, დღის ან კვირის ბოლოს დააჯამეთ პრიზები ბავშვის თანდასწრებით;
- ერთდროულად გაახმოვანეთ მსოლოდ 1 ან 2 მარტივი, მკაფიოდ ჩამოყალიბებული ინსტრუქცია, გაამეორებინეთ ბავშვს ეს ინსტრუქცია, რათა დარწმუნდეთ, რომ მან კარგად გაიგო;
- ოჯახის სხვა წევრებისთვისაც უნდა იყოს ქცევის წესებისა და რუტინების ნუსხა, რომ მათი ქცევა შესაბამისობაში იყოს ბავშვის რეჟიმთან;
- შეამცირეთ არაადეკვატური ქცევა შემდეგი მეთოდებით:
  - გააანალიზეთ ქცევა ბავშვთან ერთად;
  - ლოგიკურად აუხსენით ბავშვს ქცევის არასწორი ბუნება;
  - აიღეთ “ტაიმ-აუტები”, თუ თვლით, რომ ბავშვს ძალიან უჭირს რეჟიმის დაცვა ან ავლენს აგრესიას;
- შეიმუშავეთ ძილის მკაფიო ჩვევა, უზრუნველყავით მშვიდი გარემო ბავშვის საძინებელში;
- გამოყავით მოსახერხებელი, იზოლირებული ოთახი/კუთხე საშინაო დავალების შესასრულებლად;
- მიეცით ბავშვს არჩევნის გაკეთების უფლება, მაგრამ შეთავაზებების ვარიანტები უნდა იყოს შეზღუდული და ბავშვს ჰქონდეს კონტროლის არსებობის გრძნობა;
- კარგად აუხსენით ბავშვს, რომ პრობლემას წარმოადგენს მისი ქცევა და არა თვითონ ბავშვი;

### **ბავშვზე ფოკუსირებული სტრატეგია**

მნიშვნელოვანია ბავშვმა ისწავლოს ქცევისა და ემოციების მართვა, ტრეინინგის უმთავრესი მიზანია, ბავშვი ADHD-თი მიეჩიოს “გაჩერებას და დაფიქრებას” მოქმედებამდე.

### **სკოლაზე ფოკუსირებული სტრატეგია**

სწავლის ჩვევების გაუმჯობესება

- სასწავლო მასალა (დავალება) უნდა დაიყოს სამუშაო და სამართავ ნაწილებად, მომდევნო პუნქტზე გადასვლა უნდა მოხდეს მხოლოდ დავალების წინა ნაწილის დასრულების შემდეგ;
- საკლასო ოთახი უნდა იყოს ორგანიზებული, ქცევის მკაფიო წესებით;
- ბავშვის ოთახში ან სამეცადინო კუთხეში გამოკრული უნდა იყოს დღის განრიგი, საშინაო დავალებების მიცემა უნდა მოხდეს წერილობითი სახით, ბავშვი უნდა იჯდეს მასწავლებელთან ახლოს და მის გვერდით სასურველია იჯდეს პოზიტიური მაგალითი – ბავშვი კარგი ქცევითი ჩვევებით;
- უნდა დაეთმოს დრო სწავლის ჩვევებისა და დროის მართვის სწავლებას;
- სასურველია ხშირი, გეგმიური შესვენებები;
- დაუყოვნებლივი პოზიტიური უკუკავშირი კარგი ქცევის შემთხვევებში;
- მასწავლებელსა და მშობელს შორის ინფორმაციის სისტემატიური გაცვლა, რაც შესაძლებელია სპეციალური ყოველდღიური ბარათების სისტემის შემოღებით;
- მოსწავლესთან თვითშეფასებაზე და თვითკონტროლის ჩვევებზე მუშაობა, კომპენსატორულ/ადაპტაციური სტრატეგიების შემუშავება;

### **დაკვირვება მემორანდუმური თერაპიის გვერდით ეფექტებზე**

ზოგადი რეკომენდაციები

- რუტინული სისხლის ანალიზი ან ეკგ არ არის რეკომენდებული თუ არ აღინიშნება შესაბამისი ჩვენება;
- ღვიძლის დაზიანება ატომოქსეტინის იშვიათი და იდიოსინკრაზიული გვერდითი ეფექტია – ღვიძლის ფუნქციების რუტინული ანალიზი არ არის რეკომენდებული. მშობელი ან მომვლელი უნდა გაფრთხელდეს აღნიშნული გვერდითი მოქმედების შესახებ (ჩვეულებრივ გამოვლინდება მუცლის ტკივილით, აუხსნელი გულისრევითა და ღებინებით, შარდის გამუქებითა და სიყვითლით);



- ქვემოთაღნიშნული მონიტორირება უნდა წარმოებდეს მეთილფენიდატის, ატომოქსეტინისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში, თუ სხვაგვარად არ არის მითითებული.

### **სიმაღლე (უნდა გაკონტროლდეს ბავშვები და მოზარდები)**

- უნდა გაიზომოს ყოველ 6 თვეში, ზრდის მრუდი უნდა შეაფასოს ექიმმა, რომელიც იღებს გადაწყვეტილებას მკურნალობის შესახებ;
- თუ აღინიშნება მნიშვნელოვანი ჩამორჩენა სიმაღლეში, უნდა მოხდეს მედიკამენტური თერაპიის შეწყვეტა არდადეგებზე, რათა მოხდეს ჩამორჩენის ანაზღაურება.

### **წონა (უნდა გაკონტროლდეს ბავშვები, მოზარდები და მოზრდილები)**

- უნდა გაიზომოს მე-3 და მე-6 თვეზე მკურნალობის დაწყებიდან და შემდეგ ყოველ 6 თვეში. ბავშვებისა და მოზარდების შემთხვევაში უნდა შედგეს ზრდის ჩარტი და შეფასდეს მკურნალი ექიმის მიერ;
- თუ მოზრდილებთან წონის კლება ასოცირებულია მედიკამენტურ თერაპიასთან, უნდა გაკონტროლდეს სხეული მასის ინდექსი და გადაწყდეს მედიკამენტური თერაპიის შეწყვეტა წონის პერსისტული კლების შემთხვევაში;
- ბავშვებთან წონის რეგულაციისათვის შემდეგი გზებია მოწოდებული:
  - მედიკამენტის მიღება უნდა მოხდეს ჭამის დროს ან ჭამის შემდეგ ნაცვლად ჭამამდე მიღებისა;
  - პაციენტმა უნდა მიიღოს დამატებითი საკვების ულუფა დილით ადრე ან გვიან საღამოს, როდესაც სტიმულანტის მოქმედება მინიმალურია;
  - საკვები რაციონი უნდა იყოს მაღალკალორიული, სრულფასოვანი.

### **გულის ფუნქციები და არტერიული წნევა (უნდა გაკონტროლდეს ბავშვები, მოზარდები და მოზრდილები)**

- გულის რითმი და არტერიული წნევა უნდა გაკონტროლდეს ყველა დოზის ცვლილებისას და 3 თვეში ერთხელ და დაფიქსირდეს ცენტრალურ ჩარტში,
- ტაქიკარდია მოსვენების დროს, არითმია, და სისტოლური წნევა 2 ჯერ გაზონილი 95 პერცენტულზე მეტი (ან კლინიკურად მნიშვნელობანი მატება) უნდა გახდეს ექიმთან მიმართვისა და დოზის შემცირების სიგნალი.

**რეპროდუქციული სისტემა და სექსუალური ფუნქცია (უნდა გაკონტროლდეს მოზარდები და მოზრდილები, მხოლოდ ატომოქსეტივის მიღების შემთხვევაში)**

- უნდა მოხდეს დისმენორეის, ერექციული და ეაკულაციური დისფუნქციის მონიტორირება;

**გულყრები (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდელები – მეთილფენიდატისა და ატომოქსეტივის მიღების შემთხვევაში)**

- თუ აღინენიშნებათ გამწვავება ბავშვებს, რომელთაც ჰქონდათ ეპილეფსია, ან ფიქსირდება ახლად აღმოცენებული გულყრები, მედიკამენტი უნდა შეწყდეს დაუყოვნებლივ;
- მესამეული დონის სპეციალისტთან შეთანხმებით უნდა იქნეს განხილული დექსამფეტამინის დანიშვნის საკითხი.

**ტიკები (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდილები – მეთილფენიდატისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში)**

- განიხილეთ, არის თუ არა ტიკი სტიმულანტით გამოწვეული, და არის თუ არა ტიკებით გამოწვეული ზიანი მეტად მნიშვნელოვანი, ვიდრე ADHD-ს მკურნალობა;
- თუ ტიკები სტიმულანტებითაა გამოწვეული, განიხილეთ დანიშნული სტიმულანტის ატომოქსეტივით შეცვლა

**ფსიქოტიკური სიმპტომები (ბოდვა, ჰალუცინაცია) (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდელები – მეთილფენიდატისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში)**

- უნდა შეწყდეს მედიკამენტური მკურნალობა, ჩატარდეს სრული ფსიქიატრიული გამოკვლევა;
- განიხილეთ ატომოქსეტივის დანიშვნის საკითხი

**შფოთვის სიმპტომები პანიკის ჩათვლით (ბავშვები, მოზარდები და მოზრდელები – მეთილფენიდატისა და დექსამფეტამინის მიღების შემთხვევაში)**

- როდესაც სიმპტომები გამოწვეულია სტიმულანტებით, განსაკუთრებით მოზრდილებში, რომელთაც აღენიშნებათ თანმხლები შფოთვითი აშლილობა, შემცირებული უნდა იქნეს დოზა და/ან კომბინირებული თერაპია წარმართოს ანტიდეპრესანტთან ერთად, რომელიც გამოიყენება შფოთვითი აშლილობისას;

- შესაძლოა, ეფექტური იყოს ატომოქსეტივზე გადასვლა.

**აუტიცაცია, გაღიზიანებადობა, თვითმკვლელობაზე ფიქრი, თვითდაშავება – (ატომოქსეტივის მიღების შემთხვევაში)**

- მჭიდრო მონიტორირება, განსაკუთრებით მკურნალობის დაწყების პირველ თვეს ან დოზის მომატების შემდეგ;
- ატომოქსეტივის დანიშვნის შემთხვევაში პაციენტი ან მშობელი/მომვლელი უნდა გაფრხილებულ იქნეს, რომ პრეპარატის ერთ-ერთი გვერდითი მოვლენაა სუიციდალური აზრები, თვითდაშავება, რაც განსაკუთრებით ხშირია მკურნალობის პირველი კვირების განმავლობაში. ნებისმიერი გამოვლენისას აუცილებელია ექიმის საქმის კურსში ჩაყენება;

**7. რეაბილიტაცია / მეთვალყურეობა**

**მეთვალყურეობა**

აუცილებელია დაავადებული ბავშვის მონიტორინგი. მშობლებისგან, მასწავლებლებისგან და უშუალოდ ბავშვისგან მიიღება დაწვრილებითი ინფორმაცია სამიზნე შედეგებისა და გვერდითი ეფექტების შესახებ. მონიტორინგის სიხშირე დამოკიდებულია დისფუნქციის დონეზე, გართულებებზე, დანიშნული მკურნალობის ხასიათზე. ბავშვის მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ ექიმთან 3-6 თვეში ერთხელ მოსვლაც საკმარისია.

მიზანდასახული მკურნალობის შედეგად, კლინიკური ნიშნების გამოხატულება ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს. მიუხედავად ამისა, მოზარდების 22-85%-სა და მოზრდილების 4-66%-ში დიაგნოზის მოხსნა ვერ ხერხდება<sup>77,78</sup>

**დასკვნა**

ამრიგად, ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომი წარმოადგენს სასკოლო ასაკის ბავშვებში ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებას, რომელიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სოციალურ ადაპტაციასა და აკადემიურ მოსწრებაზე. მკურნალობის გარეშე სიმპტომები ხშირად მოზრდილობის ასაკშიც გრძელდება. მკურნალობა მოიცავს მედიკამენტურ და ქცევით თერაპიას. ეფექტის მიღებისათვის მიზანშეწონილია სამიზნე შედეგების მოხაზვა და მკურნალობის დაგეგმვაში უშუალოდ ბავშვის ჩართვა. აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის მუდმივი მონიტორირება.

## 8. ეთიკურ-სამართლებრივი საკითხები

ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტივობის სინდრომის მართვა და მკურნალობა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო ეთიკის მთავარი პრინციპების დაცვით უნდა განხორციელდეს. არსებითი მნიშვნელობა პაციენტის უფლებების დაცვის და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მის მონაწილეობას აქვს. ბავშვთა ასაკში დიაგნოსტირებული ADHD-ს შემთხვევაში მშობლებს უნდა მიეწოდოთ სრული ინფორმაცია დაავადების მიმდინარეობის, ქცევითი თერაპიის, მედიკამენტური მკურნალობის ეფექტურობისა და გვერდითი მოვლენების შესახებ და ისინი ინტენსიურად უნდა იყვნენ ჩართულნი მკურნალობის პროცესში. განსაკუთრებით დიდი სიფრთხილით უნდა მოხდეს დიაგნოზის დასმა, რათა არასწორად დასმულმა დიაგნოზმა უარყოფითი გავლენა არ მოახდინოს ბავშვის მომავალზე, მეორეს მხრივ, გასათვალისწინებელია, რომ დროულად დაწყებული მკურნალობა ეხმარება ბავშვს და მოზარდს, მართონ ყოველდღიური ყოფითი ჩვევები.

ასევე, საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ სტიმულანტებით მკურნალობის დროს შესაძლებელია წამლის არამიზნობრივად მიღება პაციენტის, ან ოჯახის წევრების, ან მეგობრების მიერ. ამის გამო მშობლებისა და სკოლის პედაგოგების/ადმინისტრატორების ჩართულობას მკურნალობის მონიტორირების პროცესში დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს.

## 9. პრაქტიკაში აღსაქტაციის და პროტოკოლის შემუშავების რეკომენდაციები

### *კლინიკური პრაქტიკის აუდიტის კრიტერიუმები*

აუდიტის კრიტერიუმები დაფუძნებულია გაიდლაინის რეკომენდაციებზე ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომის მქონე პაციენტებთან მიმართებაში. მოცემული სტანდარტები როგორც წესი ან 100%, ან 0%. თუ ისინი არ არის მიღწევადი მოკლე დროის განმავლობაში, უფრო შესაფერისი სტანდარტი უნდა დადგინდეს, ადგილობრივ კლინიციანებთან დისკუსიების საფუძველზე. თუმცა, მოცემული სტანდარტები საბოლოო მიზნად უნდა დარჩეს.

**ყურადღების დეფიციტის/ ჰიპერაქტივობის სინდრომის აუდიტის კრიტერიუმები:**

1. პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, ვისაც დაუდგინდა ყურადღების დეფიციტის/ ჰიპერაქტივობის სინდრომი და დაფიქსირდა სამედიცინო ჩანაწერებში (ბარათში) ბოლო 12 თვის განმავლობაში.

2. ახალგაზრდა და მოზრდილთა პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, ვისაც ბავშვთა ასაკიდანვე დაუდგინდათ ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომი და გათვითცნობიერებული აქვთ ინფორმაცია საკუთარი მდგომარეობის შესახებ, ბოლო 12 თვის განმავლობაში.
3. პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აღენიშნებათ ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების სიმპტომები: ყურადღების დეფიციტი, ჰიპერაქტივობა, ან იმპულსურობა.
4. პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ ფსიქოლოგიური, სოციალური სამსახურების დახმარება ბოლო 12 თვის განმავლობაში.

**სამიზნე მოსახლეობა (პაციენტთა ჯგუფები).**

შესაბამის პაციენტთა ჯგუფებს წარმოადგენენ ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომის მქონე ბავშვები, მოზრდილები და ახალგაზრდები.

**მონაცემთა წყაროები**

აუდიტის კრიტერიუმები შეიძლება მოითხოვდეს მონაცემების შეგროვებას სხვადასხვა წყაროდან, მათ შორის საპროგრამო დოკუმენტებიდან და პაციენტთა შესახებ არსებული ჩანაწერებიდან.

**ხელახალი აუდიტი (რე-აუდიტი)**

მიუხედავად იმისა, ემთხვევა თუ არა პაციენტის შესახებ მიღებული შედეგები სტანდარტებს, ხელახალი აუდიტი წარმოადგენს აუდიტის ციკლის მნიშვნელოვან ნაწილს. თუ პირველადი მონაცემების შეგროვება და ანალიზი გვიჩვენებს გაუმჯობესების შესაძლებლობას, მაშინ უნდა შემუშავდეს შემდგომი მოქმედებათა გეგმა. მომსახურებაში ხელახალი აუდიტის ერთჯერად ცვლილებებს უნდა მიეცეს დრო, რათა მათ გავლენა მოახდინონ პროცესზე. გამომდინარე ცვლილებების ბუნებისაგან ამას შეიძლება რამოდენიმე კვირა ან თვე დასჭირდეს. პროცესი უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ აუდიტის შედეგები არ მოვა შესაბამისობაში სტანდარტებთან. სავარაუდო დროის პერიოდია კონსულტაციები 12 თვის განმავლობაში.

**10. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო**

გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინების (იხ. ლიტერატურა) შეჯერების და ადაპტაციის შედეგს.

## 11. ალტერნატიული გაიდლაინი

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

## 12. მტკიცებულების დონე, რეკომენდაციების ხარისხი

კლასი	მტკიცებულება
<b>A</b>	სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა
<b>B</b>	კოჰორტული კვლევა
<b>C</b>	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები
<b>D</b>	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები ჯვარედინი კვლევა შემთხვევათა სერია შემთხვევათა ანალიზი
<b>M</b>	მეტა-ანალიზი სისტემური მიმოხილვა
<b>R</b>	კლინიკური გამოცდილება, ექსპერტთა ანგარიში, ექსპერტთა კონსენსუსი
<b>X</b>	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება

### 13. ბამოყენებული ლიტერატურა

“Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) “ The nice Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in children, Young People and Adults, National Collaborating centre for Mental Health. The British Psychological society & The Royal College of Psychiatrists, 2009.

“Diagnosis And Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School- Age Children and Adolescents.” Seventh Edition March 2007. By institute for Clinical systems Improvement. [www.icsi.Org](http://www.icsi.Org)

“ Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” From Wikipedia, the free encyclopedia. 6, august, 2009.

“Current Strategies in the Diagnosis and Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”; ROBERT RADER, MD, DPh, and LARRY MCCAULEY, EdD, *Saint Anthony Family Medicine Residency, Oklahoma City, Oklahoma*, ERIN C. CALLEN, PharmD, *Southwestern Oklahoma State University College of Pharmacy, Weatherford, Oklahoma*. *Am Fam Physician*. 2009;79(8):657-665.

ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევები. თამარ გაგომიძე. თბილისი, 2007წ.

---

<sup>1</sup> “ *NINDS Attention Deficit- Hyperactivity Disorder Information Page. National Institute of Neurological Disorders and Stroke ( NINDS/ NIH ) February9, 2007. Retrieved on 2007- 08-13.*

<sup>2</sup> *ZwiM, RamchandaniP, JoughinC( October 2000)” evidence and belief in ADHD”. BMJ( Clinical research ed.) 321( 7267). <http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7267/975> .*

<sup>3</sup> *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4<sup>th</sup> ed. text revision). Washington, DC:*

<sup>4</sup> *Stern HP, Sten TP(September 2002) “ When children with attention- deficit- hyperactivity disorder become adults.” South. Med J. 95.*

<sup>5</sup> *Barkley, Russell A. (2007) “ A DHD in Adults: History, Diagnosis and Impairments.” <http://www.continuingcourses.net/active/courses/course034.php>. Ratrieved on July 27. 2009.*

<sup>6</sup> *Dulcan M( October 1997) “ Practic parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention- deficit/ hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.” J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry36.*

<sup>7</sup> *Sing I ( December 2008) “ Beyond polemics: science and athics of ADHD.” Nat. Rav. Neurosci.9*

<sup>8</sup> *Sciutto M. J. Nolfi, C. J. & Bluhm,C. (2004). Effects of Child Gender and Symptom Type on Referrals for ADHD by Elementary School Teachers. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 12.*

<sup>9</sup> “Attention – Deficit / Hyparactivity disorder (ADHD) : Nature, Course, Outcomes, and Comorbity.”Barkley, Russell. Retrieved on 2008.

- 
- <sup>10</sup> “Brain Matures A Few Years Late In ADHD, But Follows Normal Pattern.” *Sciencedaily.com*.2007. Retrieved on 2009.
- <sup>11</sup> “ LONI: Laboratory of Neuro Imaging.” [http:// www. loni. ucla. edu/ Resaerch/ Projects/ ADHD. Shtml# Current Rasearch.](http://www.loni.ucla.edu/Research/Projects/ADHD.Shtml#CurrentResearch) Retrieved on 2008
- <sup>12</sup> Wiener, JerryM, Editor(2003). *Textbook Of Child & Adolescent Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN.
- <sup>13</sup> American Academy of Child Adolescent Psychiatry.” *ADHD-A Guide for Families.*” June 27, 2009.
- <sup>14</sup> Tom, CatherineM, Assistant Professor of Pharmacy Practice Arnold & Marie Schwartz College of Paracy and Health Sciences Long Island University Brooklyn, new York Clinical Pharmacy Manager, Pediatrics Children,s Hospital at Montefiore Bronx, New York(2005). *Recognizing and Treating ADHD in Adolescents and Adults*. *Uspharmacist. Com*.
- <sup>15</sup> . Gentile, Julie, Atiq, Rafay Gillig, Paulette. *Adult ADHD: Diagnosis, Differential Diagnosis and Medication Management.*#.Psychiatrymmc. com.
- <sup>16</sup> Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003) *The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203–1211.
- <sup>17</sup> Cuffe, S. P., Moore, C. G. & McKeown, R. E. (2005) *Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the national health interview survey*. *Journal of Attention Disorders*, 9, 392–401.
- <sup>18</sup> Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B. H., et al. (2007) *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948.
- <sup>19</sup> Faraone, S. V., Biederman, J. & Mick, E. (2006) *The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies*. *Psychological Medicine*, 36, 159–165.
- <sup>20</sup> Faraone, S. V. & Biederman, J. (2005) *What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults*. *Journal of Attention Disorders*, 9, 384–391.
- <sup>21</sup> Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. (March 2009). “ MTA at 8 Years: Prospective Follow- up of Children Treated for Combined – Type ADHD in a Multisite Study.” *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*48.
- <sup>22</sup> [http:// web.archive. org/ web/ 20070621111922/ http: // eric. ed.gov/ ERICDocs/ date/ erIDocs2/ content\\_ storage\\_ 01/ 0000000b/ 80/ 22/ 94/ d6.pdf](http://web.archive.org/web/20070621111922/http://eric.ed.gov/ERICDocs/date/erIDocs2/content_storage_01/0000000b/80/22/94/d6.pdf) PDF(562KB).
- <sup>23</sup> *College Degree Nearly Doubles Annual Earnings, Census Bureau Reports U. S. Census Bureau March 28,2005. Retrieved on 2008.*
- <sup>24</sup> Smucker WD, Hedayat M (September 2001.) “ *Evaluation and treatment of ADHD.*” *Am Fam Physician* 64.
- <sup>25</sup> . “ *What is the evidence for using CNS stimulants to treat ADHD in children ? Therapeutics Initiative.*” [http:// www. ti. Ubc.ca/ letter69](http://www.ti.ubc.ca/letter69).
- <sup>26</sup> Jansan PS, Arnold LE, Swanson JM, et al (August 2007) “ *3 year-up of the NIMH MTA study.*” *J Am Acad Adolesc Psychiatry*46.
- <sup>27</sup> Faraone, S. V. (2005) *The scientific foundation for understanding attentiondeficit/ hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder*. *European Child*



---

and *Adolescent Psychiatry*, 14, 1–10.

<sup>28</sup> Roman T, Rohde LA, Hutz MH. (2004). “Polymorphisms of the dopamine transporter gene: influence on response to methylphenidate in attention deficit- hyperactivity disorder.” *American journal of Pharmacognomics*4

<sup>29</sup> Swanson JM, Flodman P, Kennedy J, et. Al. “Dopamine Genes and ADHD.” *Neurosci Biobehav rev.*2000.Jan 24.

<sup>30</sup> Smith KM, Daly M, Fischer M, et.al. “ Association of dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2003 May15.

<sup>31</sup> M.T. Acosta, M.Arcos- Burgos, M Muenke(2004) .” Attention deficit hyperactivity disorder : Complx phenotype, simple genotype?” *Genetics in Medicine*6.

<sup>32</sup> Levy et. al. 1997. Nigg.2006 Sherman, Silberg et al. 1996.

<sup>33</sup> Sherman DK, Iacono WG, McGue MK (June1997). “ Attention deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity – hyperactivity.” *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*36.

<sup>34</sup> Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., et al. (2003) Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1028–1040.

<sup>35</sup> Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., et al. (2002) Case-control study of attention deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use and drug use during pregnancy. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 378–385.

<sup>36</sup> Ornoy, A., Segal, J., Bar-Hamburger, R., et al. (2001) Developmental outcome of school-age children born to mothers with heroin dependency: importance of environmental factors. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 668–675.

<sup>37</sup> Botting, N., Powls, A., Cooke, R. W. I., et al. (1997) Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birth weight children at 12 years. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 931–941.

<sup>38</sup> Toren, P., Eldar, S., Sela, B. A., et al. (1996) Zinc deficiency in attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 1308–1310.

<sup>39</sup> Keenan HT, Hall GC . Marshall SW(2008) “ Early head injury and attention deficit hyperactivity disorder : retrospective cohoet study; *BMJ* 337.

<sup>40</sup> “ Mental Health: A report of the surgeon general. 1999. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mantalhealth/chapter3/sec4.html>. Retrieved on 2008.

<sup>41</sup> Mautner, V. F., Kluwe, L., Thakker, S. D., et al. (2002) Treatment of ADHD in neurofibromatosis type I. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, 164–170.

<sup>42</sup> Hagerman, R. J. (1999) Psychopharmacological interventions in fragile x syndrome, fetal alcohol syndrome, Prader-Willi syndrome, Angelman syndrome, Smith-Magenis syndrome, and velocardiofacial syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 305–313.

<sup>43</sup> Gerring, J. P., Brady, K. D., Chen, A., et al. (1998) Premorbid prevalence of ADHD and development of secondary ADHD after closed head injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 647–654.

<sup>44</sup> McCann, D., Barrett, A., Cooper, A., et al. (2007) Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a

---

randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 3, 1560–1567.

<sup>45</sup> Adam James (2004) *Clinical psychology publishes critique of ADHD diagnosis and use of medication on Children* published on Psychminded. Co. uk Psychminded Ltd.

<sup>46</sup> Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., et al. (1995) Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: a test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 464–470.

<sup>47</sup> Schachar, R. J., Tannock, R., Cunningham, C., et al. (1997) Behavioral, situational and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 754–763.

<sup>48</sup> "Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a neurologically based disorder." In *crediblehorizons.com*.

<sup>49</sup> "Evaluation and diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children." December 5, 2007.

<sup>50</sup> Krain, Amy; Castellanos, Xavier (2006). "Brain development and ADHD." *Clinical Psychology Review* 26.

<sup>51</sup> MerckMedicus Modules: ADHD – Pathophysiology.

<sup>52</sup> Brain Matures a Few Years Late in ADHD, But Follows Normal Pattern NIMH Press Release, November 12, 2007.

<sup>53</sup> Gene Predicts Better Outcome as Cortex Normalizes in Teens with ADHD NIMH Press Release, August 6, 2007.

<sup>54</sup> Lou HC, Andresen J, Steinberg B, McLaughlin T, Friberg L, "The striatum in putative cerebral network activated by verbal awareness in normals and in ADHD children." *Eur J Neurol*. 1998. Jan: 5.

<sup>55</sup> Dougherty DD, Bonab AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ, (1999). "Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder." *Lancet* 354.

<sup>56</sup> Dresel SH, Kung MP, Ploss K, Meegalla SK, Kung HF, (1998). "Pharmacological effects of Dopaminergic drugs on in vivo binding of TRODAT-1 to the central dopamine transporters in rats." *European journal of nuclear medicine* 25.

<sup>57</sup> Taylor, E. & Sonuga-Barke, E. (2008) *Disorders of attention and activity*. In Rutter's *Child and Adolescent Psychiatry* (5th edn) (eds M. Rutter, E. Taylor, J. S. Stevenson, et al.). London: Blackwell.

<sup>58</sup> *Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder*. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2000;105(5):1158-1170.

<sup>59</sup> Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10 suppl):85S-121S.

<sup>60</sup> Kelly DP, Aylward GP. Attention deficits in school-aged children and adolescents: current issues and practice. *Pediatr Clin North Am* 1992;39:487-512. (Class R)

<sup>61</sup> O'Brien LM, Holbrook CR, Mervis CB, et al. Sleep and neurobehavioral characteristics of 5- to 7-year-old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2003;111:554-63. (Class C)

<sup>62</sup> Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., et al. (1996) A prospective 4-year followup

---

study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 437–446.

<sup>63</sup> Jensen PS, Shervette RE, Xenakis SN, et al. Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. *Am J Psychiatry* 1993;150:1203-1209. (Class C)

<sup>64</sup> Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., et al. (1992) Further evidence for familygenetic

risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728–738.

<sup>65</sup> Cantwell DP, Baker L, Mattison R. prevalence, type and correlate of phsichiatric diagnosis in 200 children with communication disorder. *Dev Behav Pediatr* 1981; 2-131-36

<sup>66</sup> Kelly D, Forney J, Parker-Fisher S, et al. Evaluating and managing attention deficit disorder in children who are deaf or hard of hearing. *Am Ann Deaf* 1993;138:349-57. (Class R)

<sup>67</sup> A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(12):1073-1086.

<sup>68</sup> Rappley MD. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 2005;352(2):165-173.

<sup>69</sup> Greenhill LL (2002), Stimulant medication treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder. In: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: State Of Science. Best Practices*, Jensen PS, Cooper JR, eds. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp9-1Y9-27

<sup>70</sup> Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1998;279(14):1100-1107.

<sup>71</sup> Spencer TJ, Abikoff HB, Connor DF et al. (2006), Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release Adderall XR in the management of oppositional defiant disorder with or without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children and adolescents: a 4-week, multicenter, randomized, double-blind, parallelgroup, placebo-controlled, forced-dose-escalation study. *Clin Ther* 28:402Y418

<sup>72</sup> Biederman J, Heiligenstein JH, Faries DE, et al., for the Atomoxetine ADHD Study Group. Efficacy of atomoxetine versus placebo in schoolage girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2002;110(6):e75.

<sup>73</sup> Michelson D, Allen AJ, Busner J, et al. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(11):1896-1901.

<sup>74</sup> Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK, et al., for the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(2 suppl):26S-49S.

---

<sup>75</sup> Reiff MI, Tippins S. ADHD: A Complete and Authoritative Guide. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics; 2004.

<sup>76</sup> Shelton TL, Barkley RA. The role of parent training groups in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1992;1:519-36. (Class R)

<sup>77</sup> Balint S, Czobor P., Meszaros A, Simon V, Bitter I(2008). [Neuropsychological impairments in adult attention deficit hyperactivity disorder: a literature review] (in Hungarian). *Psychiatr Hung* 23.

<sup>78</sup> Nair J, Ehimare U, Beitman BD, Nair SS, Lavin A(2006) “Clinical review: evidence-based diagnosis and treatment of ADHD in children”. *Mo Med* 103.

#### 14. ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

**ავტორები:** ნინო კიკნაძე (ოჯახის ექიმი), ეკა ფალავა (ოჯახის ექიმი), ქეთევან ნემსაძე (პედიატრი), გია მელიქიშვილი (ბავშვთა ნევროლოგი), გურამ კიკნაძე (რედაქტორი), გივი ჯავაშვილი (რედაქტორი).

**ექსპერტები:**

- საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი;
- საქართველოს პედიატრიის აკადემია;
- ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- თამარ ძაგნიძე – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.