

Mövzu 1. Sağlamlıq imkanları məhdud uşaqlar

Plan:

1.Sağlamlıq imkanları məhdud olan uşaqlar

2.Sağlamlıq imkanları məhdud olan uşaqlar və dizontogenez

Əsas ədəbiyyat:

Anomal inkişafın psixologiyası

1. Sağlamlıq imkanları məhdud olan uşaqlar -Müasir praktik psixologiyanın vacib məsələlərindən biri anomal uşaq davranışının diaqnostikası və korrekyasiyası, həmçinin çətin uşaqların qeyri-tibbi köməkdir. Əlilliyi olan uşaqların tədqiq zamanı psixoloqun qarşısında duran məqsədlərdən biri də əsas psixi pozuntuların təsnifatıdır.

Məlum olduğu kimi, beyinə istənilən uzunmüddətli patoloji təsir psixi inkişafın pozulmasına gətirib çıxarır. Onun təzahürü etiologiyası, lokalizasiyası, zədənin yayılması, zədənin təsir müddəti, həmçinin uşağın olduğu sosial şəraitdən asılı olaraq, müxtəlif olacaqdır. Bu faktorlar psixi dizontogenezin əsas modallığını müəyyənləşdirir. Bu onunla şərtlənir ki, ilkin görmə, eşitmə, motorika, intellekt emosional tələbat sferası nə dərəcədə zərər çəkir.

Defektologiya dizontogeneziyaya yaxın olaraq “anomal inkişaf” termini qəbul etmişdir. Ümumiyyətlə dizontogenez–ontogenezin müxtəlif formalı pozuntusu olub, həm bətdaxili, həm də erkən yaşlı dövrlərdə beyinin morfoloji strukturlarında hələ tam formalaşmaması vaxtı təsadüf olunan eyintisidir. Beynin irsən keçən və ya qazanılmış müşahidə olunan idrak fəaliyyətinin pozulmasında özünü büruzə verən gerilik uşaqlarda olan “əqli gerilik” dir. Uşaq beyni daim inkişaf edir və bu inkişaf zamanı istənilən patoloji təsir onun sonrakı psixi inkişafına təsir göstərmiş olur. Onun təzahür formaları və səviyyəsi bəzi faktorlardan asılı olaraq dəyişir. Həmin faktorlar əsasən dizontogenezdə eşitmə, görmə, motorika, intellekt və emosional-iradi sferanın ilkin dərəcəli zədəsini yaratmış olur. Yəni, dizontogenez nəticəsində anomal psixi inkişaf təzahür etmiş olur.

Məlum olduğu kimi müxtəlif xəstəliklərin simptomları neqativ və produktiv növlərə ayrılır. Psixiatriyada neqativ növlərə psixi fəaliyyətin aşağı düşməsi aid edilir: intellektual və emosional aktivliyin azalması, təfəkkür, yaddaş proseslərinin zəifləməsi və s. Produktiv simptomlar isə psixi proseslərin patoloji irritasiyası ilə əlaqəlidir. Produktiv pozulmaya müxtəlif nevroitik hallar, qıcolma vəziyyəti, qorxular, hallüsinasiyalar, sayrışan ideyalar və s. aid edilir. Xəstəlik simptomları

və dizontogenez halları arasında “yaş” simptomları deyilən anlayış vardır ki, normal yaş inkişafının patoloji halı kimi qeydə alınır. V.V.Kovalyev uşaq və yeniyetmələrdə fərqli zərərlərə qarşı sinir-psixi reaksiyaların yaş səviyyəsini differasniya edir: Somato-vegetativ (0-3 yaş); Psixomotor (4-10 yaş); Affektiv (7-12 yaş); Emosional-ideator (12-16 yaş).

Somato-vegetativ səviyyə üçün yüksək ümumi və vegetativ yuxu, qida pozulmaları xarakterikdir.

Psixomotor səviyyə fərqli genzlərin hiperdinamik pozulmalarını əks etdirir: psixomotor oyanıqlıq, kəkələmə, tiklər və s.

Affektiv səviyyə üçün qorxu sindrom və simptomları, yüksək affektiv həyəcan xarakterikdir.

Emosional-ideator səviyyə pubertant yaşda meydana çıxır.

Əlilliyi olan uşaqlar öz qarşılarına müstəqil olaraq məqsəd qoya bilmirlər. Qarşılarında olan məqsədi tam olaraq dərk etmirlər, öz fəaliyyətlərini planlaşdırma, fəaliyyəti yerinə yetirmək üsullarını seçə bilmirlər. Onların fəaliyyəti az motivləşmiş olur.

2.Sağlamlıq imkanları məhdud olan uşaqlar və dizontogenez- Dizontogenezin psixoloji parametrləri: Viqotski normal və anomal ontogenezin öyrənilməsində bioloji və sosial-psixoloji inkişaf yolunu əsas hesab edir. V.V.Lebidinski bu nəzəriyyəyə əsaslanaraq dizontogenezi xarakterizə edən 4 əsas patopsixoloji parametr müəyyən etmişdir:

I parametr: bu parametr pozulmanın funksional lokallaşması ilə bağlıdır. Müşahidə edilən qüsurlar ya fərqli xarakter daşıyır qavrayış, davranış və nitq funksiyalarının zədəsinin nəticəsidir, yada ki, ümumi olub, beyinin qabıq və qabıqaltı strukturlarının tənzimləyici funksiyalarının pozulması nəticəsi kimi qeyd edilir.

II parametr: pozulma və ya zədənin vaxtı ilə əlaqədardır. L.S.Viqostki qeyd edir ki, zədə nə qədər tez yaş dövründə alınarsa, inkişafdan qalma bir o qədər dərin olur. Yəni, sinir sistemlərinin aldığı zədə vaxtından asılı çolaraq anomal psixi inkişaf dəyişik xarakter daşıyır. Psixi funksiyalar zərərli təsirə məruz qaldıqda tənəzzülə uğrayır ki, bu da sensitiv dövrdə olur. Eyni zamanda bu vaxt yalnız sensitiv dövrdə olan funksiyalar deyil, həm də möhkəmlənmiş funksiyalar tənəzzül edir.

İlkin və ikincili dərəcəli qüsurların qarşılıqlı təsirini əks etdirir. Qüsurların sistemli qurulması ideyasına əsasən L.S.Viqostki anomal psixi inkişafda 2 qrup simptom ayırır:

1. Xəstəliyin bioloji xarakterindən irəli gələn pozulmalar
2. I qrup simptomların nəticəsində anomal sosial-inkişaf prosesində yaranan simptomlar. Zədə zamanı sensitiv inkişaf mərhələsində olan funksiyalar ikinci

dərəcəli inkişafdən qalmaya məruz qalır.

IV parametr isə funksiyaların qarşılıqlı pozulması ilə əlaqədardır. Normal dizontogenezdə funksiyaların 3 tipini ayırırlar:

1. Funksiyaların müvəqqəti sərbəstliyi;
2. Assosiativ əlaqələr;
3. İerarxik əlaqələr.

Funksiyaların müvəqqəti sərbəstliyi ontogenezin erkən mərhələləri üçün xarakterikdir. L.S.Viqotski qeyd edir ki, 2 yaşa qədər uşaqlarda təfəkkür və nitqin inkişafı ayrı-ayrılıqda sərbəst gedir. Həmçinin o qeyd edir ki, erkən formalaşan nitqin fonetik və məna kəsb edən tərəfləri sərbəst inkişaf edir.

Assosiativ əlaqə də erkən ontogenezdə müşahidə edilir. Bu zaman bir-birindən fərqlənən, müxtəlif modallı hissiyat təəssüratları zaman-məkan yaxınlığı parametrinə əsasən birləşib əlaqədə olurlar.

İerarxik tipdə olan psixi funksiyalar get-gedə mürəkkəbləşən əşyavi fəaliyyət və ünsiyyət zamanı formalaşır. İerarxik tip qarşılıqlı təsir zamanı müəyyən plastiklik müşahidə olunur. Bu tip qarşılıqlı təsirlər uyğun olaraq, müxtəlif funksiyaların formalaşmasında müxtəlif vaxt və məkan parametrlərinə əsasən bir inkişafın digərini qabaqlama prinsipinə əsasən həyata keçirilir.

Anomaliyalı uşaqların emosional sferalarına nəzər salarkən, onların çox aqressiv, tez qıcıqlanan, sərbəstliyi daha üstün tutan davranışa malik olduğunu görmək olar.

Xüsusilə nevrozlu uşaqlarda emosional sferada kəskin dəyişmələr müşahidə olunur. Əhval-ruhiyyənin tez-tez müsbət, yada mənfi tərəfə yönəlməsi, emosiyaların oyanıqlığı üstünlük təşkil edir. Anomaliyalı uşaqlar bu cür inkişafa gətirib çıxaran səbələrə görə müxtəlif tip emosional pozuntular formasında olan davranış nümayiş etdirirlər.

Əlilliyin və sağlamlıq imkanlarının məhdudluğunun müəyyən olunması meyarlarına dair Əsasnamənin təsdiq edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikası Nazirlər kabinetinin əliliyin meyarları aşağıdakı təsbit edilmişdir:

Birinci dərəcə əlillik: xəstəlik, travma və ya anadangəlmə qüsurlar nəticəsində orqanizmin həyat fəaliyyətinin (təhsilə, ünsiyyət, sosial uyğunlaşma, öz davranışına nəzarət etmə, hərəkət etmə, özünə xidmət etmə, əmək fəaliyyəti) elə kəskin məhdudlaşması hallarında təyin edilir ki, həmin xəstənin kənar şəxsin yardım və ya qulluğuna daimi ehtiyacı olsun. Qüsurların və ya funksiya pozuntularının xüsusi vasitələrlə kompensasiya olunduğu hallarda əlil şəxs xüsusi əmək şəraiti yardımı istehsalatda, yaxud evdə müxtəlif növ işlərlə işləyə bilər.

İkinci dərəcə əlillik: xəstəlik, travma və ya anadangəlmə qüsurlar nəticəsində orqanizmin həyat fəaliyyətinin (təhsilə, ünsiyyət, uyğunlaşma, öz davranışına

nəzarətmə, hərəkətmə, özünə xidmətmə, əmək fəaliyyəti) elə kəskin məhdudlaşması və ya əmək fəaliyyətinin mümkün olmaması hallarında təyin edilir ki, həmin xəstənin kənar şəxsin yardım və ya qulluğuna ehtiyacı olmasın.

Üçüncü dərəcəli əlillik: xəstəlik, travma və ya anadangəlmə qüsurlar nəticəsində orqanizmin həyat fəaliyyətinin (ünsiyyət, sosial uyğunlaşma, hərəkət, əmək fəaliyyəti) məhdudlaşması hallarında təyin edilir. Əmək fəaliyyətinin məhdudlaşması məfhumunda görülməyəcək işin həcmi ilə bərabər, ixtisasın enməsi, anatomik qüsurlar nəticəsində professional əməyin çətinləşməsi də nəzərdə tutulur.

N.M.Belkova qeyd edir ki, “Əlil” anlayışına münasibətdə müasir dövrdə formalaşmış aşağıdakı yanaşmaları fərqləndirmək lazımdır:

- 1.) Tibbi yanaşma;
- 2.) Əmək yanaşması-insanın iş əldə etmək və əmək fəaliyyətini həyata keçirmək imkanı;
- 3.) Sosial yanaşma- məhdudlaşmış həyat fəaliyyətinə cəmiyyət tərəfindən dəstək verilməsi.

Sağlam yenidoğulmuş uşaq-doğulduqdan sonra hər hansı bir tibbi müdaxiləyə ehtiyacı olmayan və yaxşı həyat qabiliyyətini saxlayan uşaqdır. Amma uşaq doğulan gündən etibarən onun müşahidə prosesi başlanılır. Bu doğulandan ilk 1 il müddətində hər ay müddətində, 2-ci ildə 3 aydan bir, 6 yaşına kimi isə hər ildə 2 dəfə olmaqla rutin müayinələr aparılmalıdır.

Sağlamlıq imkanı məhdud 18 yaşınadək uşaq – orqanizmin ümumi inkişafının pozulmasına səbəb olan müxtəlif əqli, ruhi, fiziki qüsurlar və xəstəliklər nəticəsində həyat fəaliyyəti məhdudlaşan, sosial yardıma və müdafiəyə ehtiyacı olan uşaqdır. Şəxsin həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması əlilin və sağlamlıq imkanları məhdud uşağın özünəxidmət, hərəkət, səmtlənmək, ünsiyyət, öz davranışına nəzarət, habelə təhsil almaq, əmək fəaliyyəti ilə məşğul olmaq qabiliyyətini və ya imkanlarını tamamilə, yaxud qismən itirilməsində təzahür edir.

Diaqnozun vaxtında müəyyənləşdirilməməsi aşağıda göstərilənlərlə nəticələnə bilər:

- Müalicənin gecikdirilməsi;
- Abilitasiya və reabilitasiya tədbirlərinin ləngidilməsi;
- Fərdin həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması.

Mövzu 2.Uşaq psixopatologiyası

Plan:

- 1. Uşaq psixopatologiyası haqqında ümumi anlayış**
- 2. Norma və patologiya anlayışları**
- 3. Uşaq psixopatologiyası haqqında tarixi yanaşma**

Əsas ədəbiyyat siyahısı:

Child psychopathology-Eric J.Marsh, Russell A.Barkley

1. Uşaq psixopatologiyası haqqında ümumi anlayış:

Uşaq psixopatologiyasında kiçik yaşlı uşaqlarda və yeniyetməlik dövründə özünü göstərən psixi xəstəliklərin öyrənilməsinə üstünlük verilir. Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu., autizm spektr pozuntusu, uşaq psixopatoloji xəstəliklərini misal kimi göstərmək olarki, hansı ki, diaqnozu uşaqılıq dövründən qoyulur. Psixi sağlamlıq üzrə mütəxəssislər hansılar ki, uşaq və yeniyetmələrlə işləyirlər inkişaf psixologiyası, klinik uşaq psixologiyası və ailə sistemi üzrə tədqiqatlar aparmışlar. Uşaq və yeniyetmələrdə psixiatrik xəstəliklərin siyahısını İCD -10-dan (İnternational Statistical and Classification of Diseases and Related Health Problem 10-edition), Dünya Sağlamlıq təşkilatı və DSM 5 və Amerika Psixoloqlar Assosiasiyası uşaq psixopatoloji xəstəliklərinin formalaşmasında müxtəlif faktorların yaranmasını səbəb olur. Çox psixopatoloji xəstəliklərinin formalaşmasına genetik və psixososial faktorlar təsir edir və bəzilərinin hələdə heç bir fiziki əsası yoxdur.

18-ci əsrin sonu 19-cu əsrin əvvəllərində uşaq psixopatologiyasının öyrənilməsinə böyüklərin psixopatologiyasının öyrənilməsindən az fikir verilirdi. 1812-ci ildə ilk amerikalı psixiatr Benjamin Rush müəyyən etmişdir ki, uşaqlar psixiatrik xəstəliklərdən daha az əziyyət çəkirlər, çünki inkişaf etməmiş beyinləri dəliliyə gətirib çıxaran halların qarşısını alır. Ayrıca, uşaqılıq dövründə özünü göstərən xəstəliklər xüsusilə önəmlidir, homo və heretogen olmaqla uşaq və yetkin psixopatologiyasında özünü büruzə verir. Sonrakı axtarışlar zamanı belə müəyyən edilmişdir ki, uşaq psixopatologiyası daha uzun müddət axtarılacaq mövzulardan biridir. Geriyə dönüb yetkinlik dövrünə baxsaq, epidemoloji araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, çox yetkinlik yaşında özünü göstərən psixopatoloji xəstəliklər uşaqılıq dövründən inkişaf etmişdir. Bu kimi aparılan tədqiqatlar uşaq psixopatologiyası haqqında doğruları dahada artırır. Bununla yanaşı həlləilməyən bir sıra məsələlər uşaq psixopatologiyası sahəsində geriləməyə səbəb olmuşdur. Xüsusilə, uşaq psixopatologiyasının mahiyyəti və konsepsiyaları daha böyük debatlarla yol açmışdır. Bu yaxınlara qədər, müxtəlif

sahələrdə yığılmış biliklərin çoxu yetkinlərlə aparılan araşdırmalarda kənarlaşdırıldı. Nümunə kimi, son 10 illiklərdə uşaqlarda depressiv xəstəliklərə diqqət yetirilirdi. Hansı əlamətlər ki, uşaqlarda yetkinlərə nisbətən daha tez-tez görülür, hansı ki, bir çoxu birsıra xəstəliklərin araşdırılması üçün açar rolunu oynayır. Sonra müəyyən olundu ki, depressiyanın formalaşmasında genetik faktorlar əsas rol oynayır.

Uşaq psixopatoloji xəstəliklərinin yaranmasına səbəb kimi genetik və psixososial aspektlər göstərilmişdir. Uşaq psixopatoloji xəstəliklərinin diaqnozunu qoymaq çətinidir.

2. Norma və patologiya anlayışları:

Belə bir yanaşma vardır ki, insanlar iki kateqoriya kimi ayrılmalıdır: sağlam və xəstə insanlar. Sağlam insanlarda tipik əlamətlər yaxşı inkişaf etmiş sinir sistemi, fiziki sağlamlıq, sosial adaptivlik qabiliyyəti, orqanlar yaxşı inkişafı kimi keyfiyyətlər bu anlayış kateqoriyasına aid edilir. Xəstə insanlar kateqoriyasına isə ümumi olaraq, xüsusilə adaptivlik problemi, bunun nəticəsində tam sağalma, qüsurlu inkişaf, yaxud davam edən xəstəlik fonunda tez baş verən ölüm halları. Norma: Norma anlayışı bir mənalı şəkildə patologiya anlayışı ilə əlaqəlidir. Norma orqanizm üçün standartlar çərçivəsində özünü göstərir (fiziki, somatik, psixi, sosial). Patologiya: bədən bioloji funksiyalarının pozulması ilə özünü göstərir. Normal səviyyədə özünü göstərən inkişaf əlamətləri (müxtəlif sferalarda, morfofunksional dəyişiklər gedir (beynində, psixofizioloji sahələrdə, endokrin sistemdə, biomexanizm və davranış proseslərində). Psixoloji xəstəliklər anomal hisslər, davranışlarla şərtlənmişdir. İndiki dövrdə də anormal və normal anlayışları müzakirə mövzusu olmuşdur.

İndiki dövrdə uşaq psixopatologiyası ABŞ-da inkişaf psixopatologiyası adı altında öyrənilir. Axırıncı aparılan araşdırmalarda müəyyən olunmuşdur ki, psixoloji xəstəliklər əsasən nevroloji proseslərlə əlaqəlidir. Bağlamla nəzəriyyəsinin tərəfdarları inanırdılar ki, erkən yaşlarda uşaqlarda adaptivlik keyfiyyətlərinin yaradılması, yaxud da psixi xəstəliklər zamanı yaranan dezadaptivliyi formalaşdırmaq olar. Uşaq psixopatologiyası üzərinə aparılan araşdırmalar və klinik çalışmalar müxtəlif xəstəliklərin etiologiyası, müalicəsi, diaqnostikası, qiymətləndirilməsi üzrədir.

3. Uşaq psixopatologiyası haqqında tarixi yanaşmalar:

Uşaq psixopatologiya sahəsi inkişaf istiqaməti qısa şəkildə araşdırılmış bir istiqamətdir. Ümumi olaraq, uşaq psixopatologiyasının ortaya çıxması tarix boyu filosofların və başqa elm adamlarının uşaqlar üzərində apardığı eksperimentlər nəticəsində ortaya çıxmışdır. Tibbi, sosial, təhsil, din də daxil olmaqla deviant davranışa meyilli uşaqların davranışlarının təhlili istiqamətində bir sıra fikirlər ortaya çıxdı. Qədim Yunan və Roma adətlərində xəstə uşaqların davranışı

haqqında inanırdılar ki, təbii olmayan disbalans uşaqların fiziki yaxud psixi əlilliyi, qabiliyyətsizliyi, iqtisadi çətinliklərə və sosial cəhətdən xəcalətə gətirib çıxarır. Belə olduğu halda bu uşaqlar ya lağa qoyulur, ya tərک edilir yaxud da öldürülürdü. Bu cür neqativ münasibət, orta əsrlərə qədər davam etmişdir (500-1300-cü illər). Hətta Amerikada əvvəllər, bucür hallar daha dəhşətli şəkildə qeydə alınmışdır. Burada yetkin şəxslərin qəddar rəftarına məruz qalmış bucür uşaqların 3/2-si 5 yaşında ölmüşdülər. Hətta 1654-cü ildə Amerikada atalara “üsyankar, itaətsiz” uşaqlarını öldürə bilmək üçün ərizə verilirdi. 1800-cü illərdə Massacuestə əqli geri uşaqları zirzəmilərdə və qəfəslərdə saxlayırdılar. Tarixi qeydlər göstərir ki, 18-ci əsrdən əvvəl uşaqların davranışlarındakı normal olmayan hərəkətləri pis davranış olaraq qəbul etmişlər. Hətta uşaqlarda olan qəribə davranışları olanların şeytan olaraq adlandırılmasına, onlarda pis ruhların mövcud olduğunu deyilməsinə gətirib çıxarmışdı. John Calvin və Martin Luther əqli geri uşaqları (inkişafında gerili olanları da həmçinin) şeytan olaraq adlandırırdılar. Orta əsrlər dövrü də daxil olmaqla uşaqların mövcud hərəkətlərini deviant davranış kimi təqdim edirdilər. Amma bucür davranışların daha düzgün şəkildə öyrənilməsi son dövrlər və yeni dövrlərin psixoloji ədəbiyyatlarında olmuşdur.

Beləliklə XX əsrin əvvəllərinə qədər, uşaqlarda problemlı davranışlarla əlaqəli (onun yaranma səbəbləri, genezisi) etibarlı bir mənbə məlumatlar yox idi, narahat uşaqların davranışlarının səbəblərini müəyyən edən işlərin dayandırılması haqqında, həmçinin bu problemlərlə üzləşən mütəxəssislərin mövcudluğu haqqında.

Rubinşteyn (1948) (Journal of Insanity) 45 cildində bu uşaqlarda heç bir dəlilik əlamətinin olmadığını qeyd etmişdir. 1900-cü il Amerika ədəbiyyatlarında uşaq psixiatriyası üzrə heç bir elmi kəşflər yox idi və bugün yazılan heç bir araşdırma onlara əsaslanmır. 20-ci əsrdə bu sahədə görülən ən önəmli iş qüsurlu uşaqların müalicəsi, təlimləri və onların qayğısına yönəlmişdi. Uşaqların pis vəziyyətinə olan diqqətin artması, zehni (əqli) və davranış pozuntusu olan uşaqlara diqqətin artması 2 əsas səbəb ilə əlaqəli idi. Birincisi, tibb, fiziologiya, nevrologiya kimi elmlərin nailiyyətlərinə əsasən daha humanist şəkildə edilən müalicə prosesləri idi. İkinci istiqamət isə, əsasən filosoflar tərəfindən (John Lokk, Johan Pestalozzi) uşaqların mənəvi olaraq dəstək almaları mövqeyində idi. Bucür fikirlər daha da müxtəlif sahələrdə inkişaf etdi: sağlamlığın vacib inkişafı, təhsil sistemində mənəvi dəstək, bu uşaqların təhsil almasının vacibliyi kimi sahələrdə. Bucür fikirlə uşaq psixopatoloji xəstəliklərinin yaranmasında əsasən bioloji və sosial faktoların rol oynadığını bildirdi. 1989-cu ildə DSM III-də Yager, Camino və başqaları tərəfindən 4-16 yaş (psixiatrik dəyərləndirmədə) önəmli bir fərq olmadığını qeyd etmişlər. Klinik şəkildə aparılmayan tədqiqatlar nəticəsində belə hesab edilmişdir ki, uşaqlarda yaşla əlaqəli bəzi simptomlar azalır. Amma tibbi

araşdırmalar bunun tam əksini isbat etdi. Aparılan bəzi çalışmaları uşağın yaşı, xəstəliyin klinik gedişatı, özünü göstərən problemin sayı ilə əlaqəli olduğunu göstərirdi. 1991-ci ildə göstərildi ki, yalnız müalicəyə yönəldilən uşaqlarda xarici problemlərin daxili problemlərə görə azadlığını yaşla əlaqəlidir. Offort, Boyle və Rasina uşaqların yaşı, cinsiyyəti və problemləri arasında əlaqə olduğunu müəyyən etdi. Yaşla əlaqəli aparılan bu cür tədqiqatlar bir sıra suallar ortaya çıxartdı.

Psixopatologiya aid məlumatlar Z.Freyd tərəfindən daha geniş araşdırılmışdır, amma bu sahədə oğlanlar barəsində qizlara nisbətən daha çox tədqiqatlar aparılmışdır. Uşaq-valideyn stressi psixopatologiyasının etiologiyasında bir hipotezdir. Başqa tədqiqatçılar inanırdılar ki, uşaqların temperament tipləri onlarda psixopatologiyanın yaranmasında əsas və ən geniş faktordur. Yüksək həssaslıqlı bu cür uşaqlar özlərini idarə etmədə aşağı tənzimə və yüksək emosionallıq və nevrotik əlamətlərə malikdirlər. Valideyn boşanması uşaqlara yüksək dərəcədə depresiyaya və başqa psixopatoloji əlamətlərə gətirib çıxarır. Buraya həmçinin tək valideynin uşaqlarına pis rəftarı və uzun müddət davam etməsidə aiddir. Burada bu faktor aparıcı rol oynamış, amma bu faktor travma, temperament və başqa digər neqativ hadisələr kimi (ölüm, fiziki və cinsi istismar və s.), genetik, sosial, qidalanma və başqa digər hallar ilə başlıca əlaqəlidir. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, uşaqlarla edilən pis rəftar da həmçinin ən mühüm risk faktoru kimi onlarda qorxu hissini artırır, onlara daim kiminsə təhdid edəcəyi kimi gəlir, kiminsə emosional vəziyyətinin anlamasına və hisslərini bürüzə verməsinə maneə yaradır. “Temperamentin uşaq psixopatologiyasında rolu” haqqında tapılan məlumatlara görə Vassey və Dadds təklif etdilər ki, psixopatoloji xəstəliklər 4 əsas səbəblərə görə inkişaf prosesi zamanı yarana bilər:

1. Bioloji faktor: genetik, hormonlar, neyrotransmitterlər;
2. Psixoloji faktorlar: özünə-hörmət, koqnitiv problemlər;
3. Sosial faktorlar: ailə tərbiyəsi, öyrənilmiş neqativ eksperimentlər, stress;
4. Uşaqların temperament tipləri.

Psixoloji qiymətləndirmə üçün ailənin tibbi keçmişi, uşağın gündəlik müşahidəsi, müəyyən testlərdən (nevroloji) keçirilməsi lazımdır. Bütün bunlar uşaqlarla keçirilən terapiyalar zamanı, onların həyat stilinin dəyişməsində, sosial əlaqələrinin inkişaf etdirilməsində vacib rol malikdir.

Ümumi olaraq, uşaq psixopatoloji xəstəliklərinə malik uşaqlarda özünü göstərən əlamətlər aşağıdakı kimi qeyd edə bilərik:

- Uşaqlarda özünü göstərən diqqət-hiperaktivlik pozuntusu;
- Yuxu problemi;
- Yüksək həssaslıq;
- Kobud (üsyankar) davranışlar;

Antisosial davranışlar;
Depressiv davranışlar;
Yüksək dərəcədə təşviş-həyəcan;
Aqressivlik;
Gecə nöbətləri;

Tipik inkişaf üçün özünü göstərən davranışlar nümayiş etdirməzlər.

Bu uşaqlarda özünü göstərən aqressiv davranışlar 5 yaşdan əvvəl başlayır. Bu cür hallar onların həmyaşdqları ilə, valideynləri və digər yetkin insanlarla münasibətlərinə neqativ təsir edir.

Uşaqlar birsıra psixopatoloji xəstəliklərdən əziyyət çəkirlər. Bunlara göstərmək olar. Uşaq psixopatologiyası ilə bağlı aparılan tədqiqatlarda ən çox öyrənmə problemləri, aqressivlik, diqqət əskikliyi-hiperaktivlik və emosional sfera ilə əlaqəlidir.

Mövzu 3 Uşaq psixopatoloji xəstəlikləri. Şizofreniya

Plan:

- 1. Uşaq psixopatoloji xəstəlikləri*
- 2. Şizofreniya*

Ədəbiyyat siyahısı:

1. Child psychopathology-Eric J. Mash, Russell A. Barkley
2. Şizofreniyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol

Psixopatologiya zamanı koqnitiv və davranış sferalarında anomaliyalar özünü göstərir. Uşaqlarda özünü göstərən psixopatoloji xəstəliklər aşağıdakılardır:

- Diqqətəskikliyi və hiperaktivlik;
- Autizm;
- Daun;
- Tik;
- Selectiv mutizm;
- Obsessiv-kompulsiv;
- Postravmatik stress;
- Həyəcan-təşviş pozuntuları və s.

Uşaqlıq dövründə özünü göstərən şizofreniya:

Şizofreniya psixiatrik xəstəliklər qrupuna daxildir və bir çox simptomlarla xarakterizə olunur: qəribə xəyallar, uyğunsuz əhval-ruhiyyə, halsünasiya, düşüncə problemləri, katatonik davranışlar və s. ilə özünü büruzə verir.

Nümunə: A kiçik yaşlarında çox utancaq bir qız idi. O, günün çox hissəsini səssiz keçirirdi, çox çətinliklə özünə dost tapırdı, davamlı müxalif reaksiyaları vardı, ara-sıra enurezis halları müşahidə olunurdu. Təqribi 10 yaşına gələndə, A-nın akademik göstəriciləri aşağı düşməyə başladı və eyni zamanda məktəbdə davamlı şəkildə özünü göstərən izolasiyaedici hərəkətlər müşahidə olundu. Onda depressiya halları yaşanırdı, hiss edirdi ki, şeytan onunla əlaqələdi və ondan müəyyən hərəkətlər etməsini istəyir, inanırdı ki, müəlliməsi onu incidir və həmçinin narahatedici şəkildə mikroblar haqqında maraqlanmağa başlayırdı. Bucür davranışlar davamlı olaraq qeyri-nizamsız forma kimi inkişaf etdi, özünü öldürməsi haqqında bəhs edirdi, baxımsız görünməyə başlamışdı, intihara cəhd edərkən bir maşının önünə atlamışdı. Bütün bu hallar onda hər hansı psixiatrik xəstəliyin olmasını göstərirdi və bu periodda da A-nın qəribə hərəkətlər davam edirdi. Daha sonra onda uzun müddətli narahatlıqlar başladı. Başqa vaxtlarında o hər hansı bir yerə nəzər salar və tez-tez sakit vəziyyətdə qalardı. A-da qorxu, halsünasiya, bəzi inancları davam edirdi və depressiv vəziyyətləri intihara cəhdlərlə müşahidə edilirdi. Sosial

həyatında özünü başqalarından izolasiya etməyi davam edirdi və bu hal onun məktəb performansına neqativ təsir edirdi. 17 yaşı olanda A hospitala təkrar müraciət etmişdi və 19 yaşına kimi orda qaldı. Bu müddət ərzində onda psixotik simptomlar daha da daha şiddətli formada özünü göstərdi. Bu müddət ərzində A-da yenə intihara cəhd olmuşdu.

Bu nümunədəki pasientdə özünü göstərən şizofrenik əlamətlər müxtəlifdir. Birinci olaraq, şizofreniya çox nadir hallarda uşaqlarda görülür, əsas başlanğıcı yeniyetməlik və erkən gənclik dönəmində olur. İkincisi, uşaqlıq dövründə özünü göstərən şizofreniya yeniyetməlik və gənclik dönəmlərində özünü göstərən əlamətlərdən daha davamlı və ciddi şəkildə özünü göstərir. Üçüncüsü, uşaqlıq dövrü psixososial inkişafın dönüş nöqtəsi olduğu üçün bu dövrdə özünü göstərən şizofreniya onların akademik və sosial bacarıqlarına mühüm təsir edir. Sonuncu olaraq, bəzən şizofreniyanın əlamətləri onunla yanaşı digər xəstəliklərin də olmasını göstərir.

20-ci əsrdə şizofreniya diaqnozunun qoyulması ondan əvvəlki dövrlərin böyük təsirinin şahidi olmuşdur. 2 əsas kriteriya böyük dəyişikliyə gətirib çıxartmışdı. İlkin olaraq, 1930-cu ildə uşaq psixiatriyası tibbin bir sahəsi olaraq bilinməyə başladı. İlkin olaraq belə hesab edildi ki, bu hallar bu hallar yetkin dövrlərdə özünü göstərən hallarla eynidir və sonradan belə hesab etdilər ki, uşaqlıq dövründə özünü göstərən şizofreniyanın sərhədlərinin müəyyən edilməsi çox çətinidir.

DSM IV görə şizofreniyanın göstəriciləri:

Aşağıda göstərilən simptomlardan ən azı ikisi 1 ay müddətində özünü göstərməlidir:

Xəyallar (yersiz fikirlər);

Halsünasiyalar;

Düzgün qurulmamış nitq;

Kobud şəkildə (dağınıq) və katotonik hərəkətlər;

Neqativ simptomlar;

Sosial sferada özünü göstərən problemlər:

Müddət: bu simptomlar azı 6 ay müddətində narahatlıq edir

Şizoaffektiv pozuntu və ya əhval-ruhiyyənin pozuntusuna aid olmayan pozuntu

Bu xəstəliyin etiopatogenezisində genetik əlaqənin olduğu müəyyən edilmişdir. Ümumi populyasiyalarda şizofreniyanın görülmə faizi 1 % -dir, amma ana-ataları şizofreniya xəstəsi olan uşaqlarda isə bu risk 10% olur. Hər iki valideyninin bu diaqnozu aldığında isə görülməsi 50% olur. Bu xəstəliyin əsas təsir göstərdiyi sahələrdən biri idrak prosesləridir.

Bunlara motorikanın inkişafı, yaddaş, düşüncə, təfəkkür, duyğu, hafizə, qavrayış kimi idrak sferaları aiddir. Şizofreniya diaqnozu almış xəstələrin yaxınlarında eyni zamanda bu halların görüldüyü müəyyən edilmişdir. Hələ antik

dövr mütəffəkkirlərinin əsərlərində şizofreniya ruh xəstəlikləri olaraq bilinəkdə idi. 18 əsr İngiltərədə John Halsam, və George Man şizofreniyanı gənclik yaşlarında özünü göstərən içə qapanma və düşüncə pozuntusu kimi dəyərləndirirdilər. 1860-cı ildə şizofreniyanın Hecker “hebefreni”, 1874-cü ildə isə “katotonu” formasını, 1896-cı ildə həkim Kraepelin tərəfindən xəstəliyin iki tipi “paranoid” və sadə formalarını əlavə etdi. Breuler şizofreniyanın simptomlarını iki yerə bölmüşdür: birincili və ikincili olaraq. Birinci olaraq çətinliklər, assosiasiyalarla bağlı, düşüncə pozuntuları ilə bağlı. İkincili əlamətlər: affektiv pozuntular, autizm və ambivalent olaraq müəyyən etmişdir. Həmçinin ikincili əlamətlərə halsünasiyalar da aiddir. Zamanla xəstəliyin əlamətləri dəyişilir. Ümumdünya səhiyyə təşkilatının araşdırmasına görə, qızlarda oğlanlara nisbətən 3-4 il qabaqca görülür.

Ümumdünya səhiyyə təşkilatının açıqlamasına görə şizofreniya hər 1000 nəfərdən 0,22%-də görülür. Şizofreniyanın formalaşmasında həm genetik və həmçinin prenatal və postnatal inkişaf zamanı qazanılan zədələr nəticəsində də ola bilər. Neyrovizualizasiyanın müasir metodları şizofreniyalı xəstələrdə MSS-də müəyyən struktur və funksional dəyişikliklərin olmasını ehtimal etməyə imkan verir, lakin tədqiqatlar onların şizofreniya üçün spesifik olmasını təsdiq etmir. Həmçinin şizofreniyanı aşkar etmək üçün spesifik laborator testlər mövcud deyil. Şizofreniyanın etiopatogenezinə dofaminergik ötürülmənin pozulması, mütləq səbəb olmasa da, çox mühüm rol oynayır. Dofamin hipotezi beynin müəyyən nahiyələrində (mezolimbik sistem) dofaminin hasil olmasının artmasını və ya dofamin reseptorlarının həssaslığının yüksəlməsini ehtimal edir ki, bu da oyanıqlığın artmasına və pozitiv simptomatikanın meydana çıxmasına gətirib çıxarır. Bununla həmçinin alın nahiyəsində ki, dofaminergik aktivliyin azalması, bunun nəticəsində neqativ əlamətlərin inkişafı mümkündür.

XBT-10-na görə əlamətləri:

F20. Müddətcə bir aydan az olmayan bu əlamətlərin görülməsi özünü göstərməlidir. Aşağıdakı əlamətlərdən minimum biri:

a) “Əks-səda” fikirlər, fikirlərin əlavə edilməsi və ya ayrılması, ya da aşkar fikirlər;

b) Bədənin və ya ətrafların hərəkətlərinə və ya fikirlərə aydın şəkildə aid olan təsir və ya nüfuz etmə sayıqlaması; sayıqlama qavraması;

c) Xəstənin davranışının cari şərhə və ya onu öz aralarında müzakirə etmək kimi ifadə olunan hallüsinator “səslər” ya da bədənin hər hansı hissəsindən çıxan hallüsinator “səslər”in digər tipləri;

d) Özünü dini və ya siyasi şəxslərlə eyniləşdirmək, fəvqəlinsan bacarıqları barədə fikirlər söyləmək (məsələn, havanı idarə etmək imkanı və ya yad planetlilər ilə ünsiyyət haqqında) kimi mədəni cəhətdən qeyri-adekvat və mahiyyətcə

tamamilə mümkün olmayan digər növ davamlı sayıqlama ideyaları.

Aşağıdakılardan minimum iki əlamət: a) istənilən növ xroniki hallüsinasiyalar, əgər onlar aydın affektiv məzmun olmadan minimum bir ay müddətində hər gün baş verir və sayıqlama ilə müşayiət edilir; b) neologizmlər, nitqin rabitəsiz və ya mənasız olmasına gətirib çıxaran təfəkkür qırıqlığı c) oyanma, donma, mumabənzər plastiklik, neqativizm, mutizm və stupor kimi katatonik əlamətlər; d) ifadə olunmuş apatiya, nitqin kasadlaşması və silinməsi və ya emosional reaksiyaların qeyri-adekvat olması kimi neqativ əlamətlər.

APA 2001 açıqlamasında qeyd etmişdir ki, əgər şizofreniya 13 yaşdan sonra başlarsa, bu erkən yaşda yaranan şizofreniyadır və əgər 13 yaşdan əvvəl başlarsa bu ən erkən yaranan şizofreniyadır. Bütün şizofreniya xəstələrinin 0,1%-1% yalnız uşaqlıq dövründən başlayıb. Bu xəstəliyin əlamətləri bəzən çox gizlin şəkildə özünü göstərir.

Mövzu 4. Fobiyalar və obsessiv-kompulsiv pozuntular

Plan:

- 1. Obsessiv-kompulsiv pozuntular**
- 2. Obsessiv-kompulsiv pozuntuların müalicə üsulları**
- 3. Fobiyalar**

Obsessiv-kompulsiv pozuntu sarışan fikirlərin (obsessiya) və ya sarışan hərəkətlərin (kompulsiya), daha çox isə onların hər ikisinin mövcudluğu ilə xarakterizə olunan, kəskin stress pozuntusuna və dezadaptasiyaya gətirib çıxaran psixi pozuntudur. Obsessiyalar aşağıdakı fikirlər kimi özünü göstərir:

- Ətrafdakı mikroblardan belə güclü narahatçılıq, xəstələnmək və ölmək fikirləri;

- Pis birşeylərin olacağı və yaxud səhv hərəkət edəcəyi barəsində fikirlər;
- Daim hər şeyi düzgün yerinə yetirdiyini bilmək;
- Başqalarını narahat etmək barəsində istəksiz fikirlər;
- Cinsi məzmunlu istəksiz fikirlər.

Obsessiya-güclü təşviş yaradan, daim təkrarlanan arzuolunmaz fikirlər, meyillər və obrazlardır. Onlar ya birdən-birə, ya da hər hansı bir vəziyyət və hadisə ilə əlaqədar olaraq yarana bilər. Obsessiyaların daha çox rast gəlinən növü infeksiya xəstəliklərinə yoluxma və infeksiya yayma qorxusu, ətrafına təsadüfi, ya da düşünülmüş zərər yetirmə qorxusu, kobud səhv etmə qorxusu, mənəvi və dini qadağaları pozma qorxusu, pedofil və homoseksual davranış törətmə qorxusu olur.

Kompulsiya-pasiyent “qeyri-adi, fəvqəltəbii” şəkildə onu qorxudan hadisənin, sarışan fikirlərlərin qarşısını almaq və ya həyəcanı, gərginliyi azaltmaq üçün etməyə ehtiyac hiss etdiyi fiziki və ya psixi hərəkətlərdir (rituallar). Kompulsiyalar aşağıdakı kimi özünü göstərir:

- Aşırı həddə yoxlama;
- Aşırı həddə təmizlik;
- Düz bildikləri həddə qədər hərəkətləri təkrarlamaq;
- Tez-tez nəyisə etiraf etmə və üzr istəmə və s.

Müalicəsi üsulları:

Obsessiv-kompulsiv pozuntunun müəyyən edilməsi üçün Yale-Brown şkalasından istifadə olunur. Aşağıdakı kimi sıralaması vardır:

İlk olaraq obsessiyaların reyting cədvəli verilir, burada 0 ilə 4 bal arasında qiymətləndirilir. Gün ərzində obsessiyaların əhatə etdiyi vaxt, obsessiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması, obsessiyalar nəticəsində distress, obsessiyalara qarşı müqavimət göstərmək bacarığı, onları idarə etmək qabiliyyəti ölçülür.

Kompulsiyaların reyting cədvəlində isə, gün ərzində kompulsiyaların əhatə etdiyi vaxt, kompulsiyalar nəticəsində gündəlik fəaliyyətin pozulması, kompulsiyalar nəticəsində distress, onları idarə etmək qabiliyyəti müəyyən edilir.

Yüngül dərəcəli obsessiv-kompulsiv pozuntuda koqnitiv-bihevioral və dərman terapiyası effektivli nəticə verir. Koqnitiv texnikalar səhv fikirlər, obsessiya və kompulsiya ilə əlaqədar irrasional (məntiqlə uyğun olmayan) baxışların aradan qaldırılmasına yönəldilir. Belə irrasional baxışlara aiddir:

- Hədə, risk və ya zərərin gücləndirilməsi;
- Fikirlərə normadan artıq əhəmiyyət verilməsi;
- Daimi yoxlamanın vacibliyi;
- Qeyri-müəyyənlik qorxusu;
- Perfeksionizm;
- Həddindən artıq məsuliyyət, günah və eyib hissi;
- Həddindən artıq mənəvi tələbat.

Koqnitiv-bihevioral terapiya fərdi şəkildə keçirilən terapiyadır. Davranış kimi məruz qalma və müqavimət göstərmə texnikaları öyrədilir. Bu həm mütəxəssis köməyi ilə və həm də evə verilən tapşırıqlarla yerinə yetirilir. Amma burada mütəxəssis ilə edilmə daha çox mühümdür. İlk olaraq xəstəlik haqqında məlumat vermə, edilən terapiya haqqında məlumat vermə, planın müəyyən edilməsidir.

Etiologiyası:

Obsessiv-kompulsiv pozuntunun uşaqlarda meydana çıxma yaş dövrü 7-12 yaşlarıdır. Oğlanlarda qızlara nisbətən 1,5 dəfə daha çox müşahidə edilir. Tiklərlə meydana çıxma ehtimalı daha çoxdur. Uşaqlarda görülmə faizi 1-4-dir. Əlamətlərin demək olar ki, 70%-i valideynlər tərəfindən müəyyən edilir. Bunun yaranmasında aparılan araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, genetik faktorlar vardır. Monoziqot əkilərdə 67%, diziqot əziklərdə isə 31%-dir. Van Groothest genetik faktorların uşaqlarda obsessiv-kompulsiv pozuntunun yaranmasında 45-65% rol oynadıqlarını qeyd etmişdir. Uşaqlarda ən çox obsessiyalar şəklində özünü göstərir. Bunlar əsasən təmizliklə bağlı obsessiyalardır. İkinci özünü göstərən əsas obsessiya şübhədir. Burada kompulsiya hər şeyi idarə etmək istəyi ilə əlaqəlidir. Üçüncü özünü göstərən obsessiya əsasən cinsi və aqressivliklə bağlıdır. Bu zaman şəxs özünü qınamağa başlayır. Simmetriya formasında özünü göstərən obsessiya 4-cüdür. Kompulsiya kimi yavaşlama özünü göstərir. Hər etdiyi iş çox uzun zaman alır. Uşaqlarda özünü göstərən obsessiyalar əsasən, fərqli söz istifadə etmə, dini, rənglər və saymaq, cinsi olur.

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı 10-da əsasən aşağıdakı əlamətləri vardır:
1. Həm obsessiyalar, həm də kompulsiyalar 2 həftə müddətində mövcud

olur;

2. Obsessiyalar (istəksiz şəkildə beynə gələn fikirlər, təsəvvürlər və s.) və kompulsiyalar (təkrarlanan stereotipik hərəkətlər və yaxud qəti şəkildə tətbiq edilən qaydalar) xüsusiyyətləri aşağıdakılardır:

- Xəstə bunların öz fikirindən yarandığını bilir;
- Təkrarlanan hərəkətlər xəstə üçün narahatedicidir.

Fobiyalar:

Qorxu insanın hər hansı bir şeyə qarşı gücsüzlüyü kimi meydana çıxır. Bu zaman şəxs idarəetməni öz əlində saxlaya bilmir. Qorxular bədən üçün bir siqnal funksiyası daşıyır. Qorxulacaq şeylə tez-tez rastlaşmaq ona qarşı olan qorxu hissini azaldar. Fobiyalar isə daha çətindir, panika yaradır. Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatına görə fobiyanın aşağıdakı növləri vardır:

-Aqrofobiya, Panik-ataklı insanların 40%-də aqrofobiya özünü göstərir. Bu ilk 6 ay müddətində yaranır. Aqrofobiya tək qalmaqdan, hər hansı bir yerə tək getməkdən çox insan olan yerə getməkdən orda olmaqdan qorxmadır.

-Sosial fobiya,

-Spesifik fobiyalar, müəyyən bir əşyaya və ya vəziyyətin olmasına (uçmaq, hündürlük qorxusu, heyvanlardan, qan görməkdən) aid olan qoruxlardır.

Fobiyanın səbəb olduğu fiziki əlamətlər:

- Halsızlıq, başgicəllənmə;
- Şəxs sanki boğulduğunu hiss edir;
- Ürək döyüntülərinin artması;
- Nəfəs darlığı;
- Titrəmək və s.

Psixoloji simptomlar:

- Ölüm qorxusu;
- Nəzarəti itirmə qorxusu və s.

İ.M.Marks (1969) spesifik fobiyanın aşağıdakı xüsusiyyətlərin qeyd etmişdir:

- Şüurlu şəkildə nəzarət edilə bilmir;
- Qorxulan əşyadan və yaxud vəziyyətdən qaçmağa vadar edir;
- Müəyyən bir izahat verilmir.

Uşaqlarda və yeniyetmələrin 5%-də spesifik fobiyalar özünü göstərir. Klinik araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, spesifik fobiyalar digər fobiyalara nisbətən 15% daha çox özünü göstərir. Spesifik fobiyalar 7 yaşında əvvəl yaranır və 10-12 yaşlarında daha geniş şəkildə özünü göstərir.

Uşaqlarda qorxunu müəyyən etməkdən ötrü istifadə olunan test 5 faktorlu 80 maddədən ibarətdir (FSSC-R):

- Səbəbi bilinməyən qorxu;
- Müvəffəqiyyətsizlik qorxusu;
- Balaca heyvanlara və yaralanmalara qarşı olan qorxu;
- Təhlükə və ölüm qorxusu;
- Tibbi qorxular.

DSM V kriteriyaları:

Spesifik fobiyaların DSM V görə bölgüsü:

- Müəyyən bir əşyaya yaxud situasiyaya görə qorxu və yaxud narahatlıq;
- Fobiyası olan əşyalara və yaxud situasiyalara qarşı həmişə narahatlıq hissi;
- Qorxu və narahatlıq spesifik obyektin və situasiyanın yaratdığı real təhlükə və sosiomədəni kontekslə əlaqəli deyildir;

-Fobik situasiya və obyektlərdən fəal şəkildə qaçılır, qorxu və narahatlıq hiss edilir;

-Qorxu və narahatlıq hissi sosial sfera və digər sahələrdə funksional dəyişiklikliyə səbəb olur;

-Qorxu, narahatlıq hissi 6 ay müddətində davam edər;

Sosial fobiyanın DSM V görə bölgüsü:

-Fərdin başqaları tərəfindən müdaxiləyə məruz qaldığı bir və ya birdən çox sosial vəziyyət, məsələn: sosial qarşılıqlı münasibətlər, tanımadıq insanlarla danışmaq, insanların qarşısında çıxış etmək və s.;

- Bu sosial situasiyalar tez-tez qorxu və narahatlıq hissi yaradır;

-Qorxu və narahatlıq hissi sosial vəziyyət və sosio-mədəni kontekstdə olan hədə ilə əlaqəli deyildir;

-Qorxu və narahatlıq hissi ilə yaranmış vəziyyət qarşılanır və bu vəziyyətdən qaçılır;

-Qorxu, narahatlıq, qaçmaq hissi sosial sferalarda (iş və digər vacib sahələrdə) distressə səbəb olur və güclü narahatlıqlara səbəb olur;

- Qorxu, narahatlıq hissi 6 ay və daha çox davam edər;

- Qorxu, narahatlıq hissi heç bir maddənin fizioloji təsirlərinə və digər tibbi şərtlərlə əlaqəli deyildir.

Müalicə prosesi:

Fobiyaların müalicəsi 3 istiqamətdə aparılır: dərman müalicəsi, psixodinamik terapiya, koqnitiv-bihevioral terapiya.

Silverman W.K. və Carmichael D.H. (1999) müalicə prosesində 3 istiqaməti qeyd etmişdirlər:

- Xəstəlik haqqında məlumatlandırma;
- Tədbiq etmə;
- Təkrarlama.

Mövzu 5. Davranış pozuntuları. Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik

Plan:

- 1. Davranış pozuntuları**
- 2. Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik**

Ədəbiyyat siyahısı:

Child Psychology and Psychiatry- David Skuse, Helen Bruce, Linda Dowdney, David Mraze.

Davranış pozuntuları ən azı 6 ay çəkən evdə, məktəbdə, müxtəlif situasiyalarda özünü göstərən davranış sferası ilə əlaqəli pozuntudur. Uşaqlarda davranış pozuntularının yaranmasında əsas risk faktorları aşağıdakılardır:

-Gender aspekti: oğlanlarda qızlara nisbətən daha çox davranış pozuntusu müşahidə olunur.

-Hamiləlik və doğuş zamanı yaranan problemlər: çətin keçən hamiləlik, erkən doğum, aşağı çəki ilə doğulma;

-Öyrənmə çətinlikləri: öyrənmə problemləri əsasən davranış pozuntuları ilə əlaqəlidir.

-Əqli gerilik: əqli gerili olan uşaqlarda davranış pozuntusu 2 dəfə daha çox özünü göstərir.

-Beynin inkişafı: diqqət əskikliyi və hiperaktivliyi olan uşaqlarda beynin müəyyən bölgələrinin aktivliyinin zəif olduğu müəyyən edilmişdir.

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik uşaqlıq dövründən başlayan neyroinkişaf pozuntusudur. Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu DSM IV diaqnostik kateqoriyasıdır. Hiperkinetik diaqnostika Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı üçün hazırlanmışdır. Beynəlxalq Təsnifata görə aşağıdakı kriteriyaları vardır:

Hiperaktivlik:

-Lazım olan yerdə oturmaqda, gözləməkdə çətinlik;

-Oyun oynadıqları vaxt çox səs-küylü olurlar, yalnız bəzi aktivliklərində sakit olurlar.

-Motorikanın aktivliyi yüksəkdir.

Diqqətsizlik:

-Oyun fəaliyyətində və tapşırıqların həllində diqqətlərini cəmləşdirə bilmirlər;

- Çox vaxt başqalarının təlimatlarını yerinə yetirmirlər;

-Zehni fəaliyyət tələb edən işlərdən çəkinirlər;

-Çox asanlıqla fikirləri yayınır;

-Detallara diqqət edə bilmirlər, yaxud etdikləri səhvlərə biganə yaxınlaşırlar;

-Gündəlik işlərini və tapşırıqlarını planlaşdırma bilmirlər.

İmpulsivlik:

-Qrup işlərində və oyunlarda sırasını gözləyə bilmirlər;

- Tez-tez başqalarının işlərinə müdaxilə edirlər;

-Çox tez-tez danışırlar.

Müalicə prosesində medikamentoz müalicənin vacibliyi özünü göstərir. Həkimlər həmçinin müxtəlif terapiyaların keçirilməsində məsləhət bilirlər. Burada əsas müalicə üsulu kimi multimodal müalicə üsuludur. Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik olan uşaqlarda planlı şəkildə görülən işlərdən daha çox inkişaf əldə edilir. Aşağıdakı terapiyaların keçirilməsi məqsəddə uyğundur:

Sosial bacarıqların inkişafı: Bu proqram uşaqların digər insanlarla əlaqələrinin inkişafına köməkdir. Problemlərin öhtəsindən gəlməyi, həll yollarının müəyyənləşdirilməsində effektiv müalicə üsulu hesab edilir.

Davranış terapiyaları: Davranış terapiyaları diqqət əskikliyi və hiperaktivliyi olan məktəbəqədər yaş dövründə uşaqlarda istifadəsi daha yaxşı nəticələr verir. Burada əsasən koqnitiv-bihevioral terapiya, istifadə olunur. Uşaqlarla aparılan bu terapiya zamanı uşaqlar düşüncələrini, fəaliyyətlərini təhlil edib, daha yaxşı başa düşürlər.

Validəymlər üçün təlim proqramları: Bu proqramlar əsasən məktəbəqədər yaşda uşaqları olan valideymlər üçündür. Webster-Stratton proqramı kimi valideyn təlim proqramları əsasən davranış yönümlüdür, uşaqlarla birlikdə qrup işlərində tətbiq olunur. Onların mükafatlandırılması, davranışlarını inkişaf etdirməkdən ötrü həvəsləndirmə kimi vasitələrdən istifadə olunur.

DSM IV təsnifatına əsasən diqqət əskikliyi və hiperaktivliyin kriteriyaları:

Diqqətsizlik:

-Fəaliyyəti diqqətli şəkildə izləyə bilməmək;

-Diqqətlərini etdikləri bir işə, oyuna verə bilmirlər;

-Edəcəkləri işlər üçün vacib olan əşyaları itirirlər;

-Unutqandırlar;

-Diqqətləri çox tez dağılır;

-Səliqəsiz görünürlər;

-Zehni işləri yerinə yetirməkdə çətinlik çəkirlər.

Hiperaktivlik:

-Sakit şəkildə bir yerdə dura bilmirlər;

-Çox danışırlar və yersiz müdaxilə edirlər;

-Onlara verilən sualları cavablandırmaqda tələsirlər;

-Həmişə nə iləsə məşğul olurlar;

-Sakit şəkildə oynamaqda çətinlik çəkirlər;

-Sıra gözləməkdə çətinlik çəkirlər;

Zehni inkişafı: zehni inkişaflarında intellekt göstəriciləri normal və normaldan yuxarı olmasına baxmayaraq, diqqəti konsentrasiyası problemləri öyrənə problemlərinə gətirir. Başladıkları işi axıra çatdıra bilmirlər. Diqqət və məsuliyyət tələb edən işlərdən yayınırlar. Hər hansı tapşırığı yerinə yetirərkən plansız, qarmaqarışıq şəkildə edilir. Bu uşaqlarda yaddaş saxlama prosesində müəyyən problemlər özünü göstərir.

Motorikanın inkişafı: Motorikanın koordinasiyası zəifdir. Bu uşaqlar yazı yazmaqda çətinlik çəkir.

Sosial və emosional inkişaf: Diqqət əskikliyi və hiperaktivliyi sosial normalara uyğunlaşmaqda problem yaradır. Qrup daxili oyunları yerinə yetirməkdə, dostları ilə münasibət qurmaqda çətinlik çəkirlər.

Nitq inkişafı: Nitqlərində müəyyən sözlərin və səslərin düzgün ifadə edilməməsi özünü göstərir.

Etiologiyası:

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik, oğlanlarda qızlara nisbətən 3 dəfə daha çox müşahidə edilir. Bunu yaranma səbəbləri tam olaraq bilinməsədə, burada genetik və psixo-sosial faktorlar fərqləndirilir:

-Genetik və bioloji faktorlar: beyin zədələnmələri, genetik faktorlar, mərkəzi sinir sisteminə funksional dəyişiklər, erkən doğum.

Psixo-sosial faktorlar: bunlar ətraf mühit faktorları, düzgün olmayan tərbiyə prosesidir.

Ananın hamiləlik dövründə stress keçirməsi, alkoqol və siqaret istifadəsi birmənalı səbəb olmasada, ehtimal xarakteri daşıyır. 80% irsi faktor vardır. Əkilər üzərində aparılan araşdırmalar nəticəsində diqqət əskikliyi və hiperaktivliyin irsi faktoru Ən çox dopamin D4 və D5 reseptorları olan gen variyasiyaları ilə əlaqəlidir.

Qızlarda diqqət əskikliyi və hiperaktivlik daha çox diqqətsizlik, zehni işlərin çətinliyi ilə, oğlanlarda isə aqressiv davranışların olması kimi özünü göstərir.

Diaqnozun qoyulması üçün aşağıdakı əlamətlər olmalıdır:

-Əlamətlərin 12 ay müddətində davam etməsi;

-Özünü göstərən əlamətlərin müxtəlif yerlərdə təkrarlanması (evdə, məktəbdə və digər yerlərdə).

-Bu əlamətlərin kiçik yaşlarından özünü göstərməsi.

Mövzu 6. Tik.Turet sindromu

Plan:

1. Tik, tikin növləri
2. Tiklərin etiologiyası
3. Müalicə prosesində istifadə olunan üsullar və terapiyalar

DSM IV görə tikin növləri aşağıdakılardır:

1. Keçici tik pozuntuları;
- 2.) Xroniki motor və vokal tiklər;
- 3.)Turet sindromu (TS).

Keçici tik pozuntusu- tək yada çoxlu motor yaxud vokal tiklər olur. Diaqnoz üçün 4 həftə çəkən, gün içərisində bir neçə dəfə ortaya çıxır. Burada xroniki və TS tiklər olmamalıdır və 18 yaşından əvvəl başlanılmalıdır.

Xroniki motor və vokal tiklər: tək və ya çoxlu motor və vokal tiklərdir. Hər iki növ tik ayrı-ayrı şəkildə olmalıdır. Hər gün bir neçə dəfə ortaya çıxır, yaxud 1 ildən daha artıq müddətə yaranan tiklərdir. Burada 18 yaşından əvvəl başlamalıdır. Amma burada 3 aydan daha az müddətə olan tiklər olmalıdır.

TS-də tez-tez müşahidə edilən, xəstəlik dövründə özünü büruzə verən, çoxlu motor və bir neçə vokal tiklər şəklindədir. Hər gün özünü göstərən tiklər, 1 ildən daha artıq müddətə ortaya çıxan tiklərdir. 3 aydan daha az müddətə ortaya çıxan tiklər olmamalıdır. Burada yaş kriteriyası 18 yaşdan aşağı olmalıdır.

Tiklərin iki növü vardır: motor və vokal tiklər.

Motor tiklər-əsasən bədənin yer dəyişməsi ilə bağlıdır. Nümunə kimi, göz qırpması, çiyin atmaları, qol səyirmələri.

Vokal tiklər: bu tik növü çıxarılan qeyri-ixtiyari səslərlə əlaqəlidir. Nümunə: vokal tik, boğaz qıcıqlanması şəklində olan tiklər, əsnəmələr yaxud müəyyən frazalarda sözlər demək.

Tiklər həmçinin sadə və mürəkkəb növləri də vardır:

Sadə tiklər-bədənin az hissəsinin yerdəyişməsi ilə əlaqəli olan tiklərdir. Nümunə: sadə tiklərə, gözləri qıymaq və iyləmə tikləri aiddir.

Mürəkkəb tiklər: bu tiklər bədənin daha çox hissəsinin hərəkəti ilə özünü göstərir. Nümunə: məsələn həm qolun bükür həm başın silkəliyin və həm də hoppanır.

TS insanlarda tiklərin başlamasından əvvəl bəzi psixi, davranış və inkişaf problemlərinə malik olurlar. Burada tiklər birinci simptomlar kimi çıxış edir, amma bu simptomlar tiklərdən əvvəl meydana gələ və daha narahatedici ola bilərlər. TS diaqnozu almış insanlar arasında, 86%-də aşağıdakı hər hansı bir əlavə

diaqnoz qoyulduğu bilinməkdədir:

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu: Burada əsas problem konsentrasiya, hiperaktivlik və davranışın qeyri-ixtiyari olmasıdır.

Obsessiv-kompulsiv pozuntu (davranış): davranışın təkrarı, istənilmədən təkrar edilən davranışlar.

Davranış və idarəetmə problemləri: aqressiv, əsəbi, sosial əlaqələrdə uyğun olmayan davranışlar.

Həyəcan: həddən artıq narahatlıq və qorxu, həyəcan və utancaqlıq.

Öyrənmə problemləri: yazmaq, riyazi məslələri həll etmək, informasiya prosesində bəzi problemlər.

Sosial funksiyaların və sosial bacarıqların defisiti: sosial qabiliyyətlərin inkişafında problemlər, yaşa uyğun digər şəxslərlə (ailə üzvləri, yaşadlar qrupu və s.) sosial əlaqələrin qurulmasında çətinlik.

Yuxu problemi: yuxuya getmə və ümumi yatma prosesində çətinlik.

Hissi idrak proseslərində problem: gün ərzində toxunma, iyləmə, yerdəyişmə (bədən hissələrinin) daha çox olması.

Turet və digər tikin növlərinin konkret yaranma səbəbləri məlum deyil. Burada ailə üzərində aparılmış tədqiqatlar genetik bir amilin olduğu bilinməkdədir. Ətraf mühit, inkişaf və digər faktorlar da bunu inkişaf etdirən faktorlardır, amma konkret spesifik bir faktorun olduğu müəyyən edilməmişdir. Genetik çalışmalar isə digər faktorların xüsusi rolunu qeyd etmir. Əkizlər üzərində aparılmış tədqiqatlar zamanı müəyyən edilmişdir ki, eyni yumurta əkizlərində bu halın çım ehtimalı 50-77%-dir. Amma bu tip genlərə malik olan şəxslərdə mütləq ki, tiklərin yaranması olmayada bilər. Psixososial və genetik olmayan digər amillər tiki yaratmasada, amma onun şiddətini artırma bilər. Doğuşdan əvvəl və doğuşdan sonra obsessiv kompulsiv xəstəliyin olması riski artırma bilər. Hamiləlik dövründə nikotin, alqokol, narkotik maddələrin qəbulu, güclü stress keçirilməsi risk faktorlarıdır. Erkən doğuşu olmuş, aşağı çəki ilə doğulmuş (əkizlərdə) bu risk faktorları vardır.

Müalicəsi prosesində aşağıdakı üsullardan istifadə olunur:

Tik üçün istifadə olunan ümumi davranış terapiyaları;

Bəzi antibiotiklərin istifadəsi (clodine)

Bununla yanaşı olan xəstəliklərin müalicəsi.

Tiklərin yaranmasında beyinin kordinal və subkodinal şhələrində: talamus, bazal qanqlia, frontal konteksdə yaranmış disfunksiyalarla əlaqəlidir. Neyroanatimik araşdırmalar burada beyində əlaqələrin (kontexdə) uğursuzluq olduğunu müəyyən edir, burada əsas sahələr bazal qanqliya və frontal kontekstdir.

Tiklər əsasən 4-6 yaşlarından başlamaqla, 10-12 yaşlarında daha da şiddətli şəkildə özünü göstərir. Monoziqot əkizlərə 77%, dizozqot əkizlərdə isə 23 %-dir. Tiklər ümumyyətcə aşağıdakı kimidir:

Ani və tez;

Təkrarlanan və streotipik;

Sadə və mürəkkəb (ritmsiz).

Tiklər ümumi şəkildə saniyələrlə ölçülə və qısa müddətə və istəksiz şəkildə davam edən hərəkətlərdir. Tiklərin şiddəti dəyişkəndir. Səs tikləri, uzun çəkən boğaz təmizləmə, söz və hecaların təkrar deyilişi, şəxsin öz sözlərini təkrar etdiyi (palilali) yaxud başqa şəxslərin ona dediklərini təkrar etdiyi (exolali) şəkildə özünü göstərir. Tiklər əsasən gərginlik şəraitində artır, yuxu zamanı yaxud diqqətin daha rahat olan bir yerə yönəldəndə isə azalır. Bəzi tik xəstələri tikləri yaranmasından əvvəl bədənlərinin müxtəlif hissələrində fərqli hisslər keçiridiyini deyirlər. Bunlar əsasən qaşıntı, gərginləşmə hissi kimi. Bunu hissi fenomen adlandırırlar.

Tourette sindromu (Turet sindromu): Tarixə baxdıqda, ilk dəfə tourette sindromu, 1482-ci ildə Sprenger və Kraemer tərəfindən qeydə alınan əsərdə tiklər bir din adamının içindəki cini dualar vasitəsilə çıxartması səbəbilə ölümdən xilas olması kimi vermişlər. 19 əsrdə isə fransız nevropatoloqu Jean Marc İrad tərəfindən bir xəstə müşahidə altına alınmışdır. 7 yaşlı bu pasientdə hərəkət tiklərindən sonra qəribə səs çıxartmağa başlamışdır. Tiklər get-gedə artmağa başlamışdı və kaprolaliya da müşahidə edilirdi. 85 yaşına dək davam etmişdir. Tourette sindromu tez-tez, ani, istəksiz şəkildə baş verən motor və vokal tiklərdir. Simptomların gedişi şiddətli ola bilər və həmçinin bu hal obsessiv-kompulsiv pozuntu, diqqət əksikliyi və hiperaktivliklə bir arada müşahidə oluna bilər. Tourette sindromuna Gilles de la Tourette da deyilərlər. 1885-ci ildə 9 xəstədə uşaqlıq başlanğıcılıq tiklər və nəzarət edilməyən səslər və sözlər çıxarması fransız nevroloqu Gilles de la Tourette tərəfindən müəyyən edilmişdir. Bunlarda exolaliya, kaprolaliyada müşahidə edilmişdir. Pozuntunun dünyada üzərində 5-18 yaşlarda insanlarda göstəricisi 0.4%-dən 0.38% arasında dəyişir. DSM IV TR tam ölçüləri arasında eyni zamanda, yada ümumi xəstəlik gedişində birdən çox motor və vokal tikin bir yerdə olması və bu göstəricinin 1 ildən artıq davam etməsi özünü göstərir. Tourette sindromu əsasən 5-7 yaşları əhatəsində başlayır. Əvvəlcə sadə şəkildə özünü büruzə verir (əvvəl üz, sonra onun daha geniş əhatəsində, baş, boyun, qollar vəs.). Səs tikləri çox vaxt hərəkət tiklərindən 1 neçə il sonra 8-15 yaşları əhatəsində yaranır. Uşaqlarda tikin növləri və şiddəti müxtəlif cür cərəyan etdiyindən Tourette diaqnozu 11 yaşında qoyulur. Simptomlar əsasən 8-12 yaşında daha da şiddətli şəkildə özünü göstərir.

Etiologiyası: Keçici tiklər daha çox özünü göstərir, məktəbli uşaqların 4-24 %-də bu hal müşahidə edilir. Tourette əsasən oğlanlarda qızlara nisbətən 3-4 dəfə daha çox müşahidə edilir.

Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik: 2016-cı ildə 35-90% tourette sindromlu

uşaqlarla aparılan araşdırmalarda diqqət əskikliyi və hiperaktivliyin olduğu müəyyən edilmişdir. Aparılan araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, xroniki tiklər, touretta və obsessiv-kompulsiv pozuntuların genetik təhlilərini nəzərə diqqət əskikliyi və hiperaktivlik pozuntusu özünü göstərir. Diqqət əskikliyi və hiperaktivlik əsasən tiklərdən sonra 3-5 il əvvəl meydana gəlir. Bunun hətta araşdırmalarında tiklərin yaranmasına səbəb olub-olmaması araşdırılmışdır. Bununla birlikdə, bu tip uşaqların sayı çoxda deyildir. Burada ilk növbədə uşaqları valideynləri həkimə göstərməlidirlər.

Tam dəqiq səbəbləri məlum olmasada, neyrobioloji modelə görə, bazal qanqlıya ilə əlaqəli beyində dopamin arasında dibalans şəklində formalaşan iris olan inkişaf pozuntusudur.

Aparılan terapiyalar:

Relaksasiya metodu: tiklər zamanı tez-tez stress, narahatlıq, həyəcan kimi hisslərin yaşanması özünü göstərir. Edilən tədbirlər onun simptomatikasını azaltmağa xidmət edir. Aparılan relaksasiya zamanı dərin nəfəs çalışmaları stressin və həyəcanın azalması üçündür. Bu üsul tiklərin müalicəsində yeffektivli rolə malikdir, amma tək cə müalicə üsulu deyildir. Bergin tərəfindən iki yola tədqiqat aparılmışdır Bunlar həm **relaksasiya treninqi və minimal terapiya** ilə bağlı idi. Minimal terapiya sakit vaxtda təyin edilir (şəxs həmin halda onunla terapiya keçirildiyinin fərqiində olmalıdır).

Vərdişlərin tərsinə çevrilməsi texnikası. Bu texnika bir neçə mərhələdən ibarətdir. Son 10 ilədə onun mərhələlərinin sayı dəyişildi. Son dövrlərdə uşaqlarla daha sadə versiyası edilməkdə davam edir: **anlama texnikası, cavab texnikası, sosial dəstək.**

Anlama mərhələsi bir neçə açar elementlərə malikdir. Birinci mütəxəssis uşaqdan hansı təkrarlan davranışları olduğunu soruşur və bunu daha detallı şəkildə izah etməsini istəyər. Daha sonra mütəxəssis və uşaq diad qrup şəklində uşağın göstərdiyi hərəkətlərin və mütəxəssisin göstərdiyi hərəkətlərin təqlidi oyunu oynayarlar. Uşağın davranışları təbii olaraq həyata keçməz, ona görə stimullaşdırmaq lazımdır. Bu texnika mütəxəssis ilə uşağın 5 modeldən 4-nü tamamlaması ilə bitir. Məsələn uşaq boğazının qıcıqlanması kimi səslər çıxarmazdan əvvəl yaxud başını aşağı və sola hərəkət etdiməzdən əvvəl onun qollarında hissiyat yoxlanıla bilər.

İkinci metodda uşağa hədəf olunan davranışla uyğun olmayan davranış öyrədilir. Məsələn burada saçını çəkmək istəyən bir uşaq xəbərdarlıq siqnalı aldıqdan sonra, əllərini sıxa bilər. Alternativ bir yol kimi, boğazının qıcıqlandığını hiss edən bir uşaq dərindən burundan və ağızdan nəfəs almaya başlaya bilər. Başqa bir yol kimi qollarını qaldırmaq istəyən bir uşaq əllərini yanına gətirə və yaxud qollarını çarpazlaşdırıla bilər. Burada əsas 3 qaydanı gözləmək lazımdır:

- Seçilən cavab yönəldilən cavabın tərsinə olmalıdır;
- 1 dəqiqə boyunca bunu davam etmək lazımdır;
- Sosial cəhətdən çox hiss olunmamalıdır.

Sosial dəstək: burada uşaqları müəyyən fəaliyyətə təşviq edən və kömək edən ailə və yaxın ətrafın dəstəyidir. Bu xüsusilə uşağın etdiyi bir işdə onun təriflənməsi şəklindədir. Burada əsas məqsəd uşağı alçaltmadan onu unutduğu yaxud edə bilmədiyi bir şeyi məsələn, bunu sənə həkim göstərdi, mənə bunu edə bilərsən şəklində deməklə dəstəyini ifadə etməsidir. Bu texnikanın yetkin yaşlı şəxslər üçün deyildə, daha çox uşaqlar üçün daha uyğun olduğu qeyd edilir.

Mövzu 7. Autizm. Daun sindromu və selektiv mutizm

Plan:

- 1. Autizm, autizmin klinik əlamətləri**
- 2. Daun sindromu, növləri və klinik əlamətləri və terapiya metodları**
- 3. Selektiv mutizm, bu zaman istifadə olunan terapiya metodları**

Autizm:

Motorikanın və nitqin pozulması ilə nəticələnən, uşağın sosial münasibətlərinin qurulmasında çətinliklərin yaranmasına səbəb olan psixi inkişaf ləngiməsi-autizm adlanır. Autizm zamanı aşağıdakılar özünü göstərir:

- Əlaqədən qaçma;
- Tənhalıq;
- Davranışın stereotip formalarına cəhd etmə;
- Nitqin qeyri-adi inkişafı;
- Hiss orqanlarına təsir edən sensor reaksiyalarına qeyri-adekvat münasibət.

DSM V görə autizmin əlamətləri:

I Sosial ünsiyyət (kommunikasiya) və qarşılıqlı əlaqə

1. Sosial emosiyalarda qarşılıqlı defisit:

- Anormal sosial yaxınlaşma
- Əvvəl və axıncı söhbətlərin uyğunsuzluğu
- Maraqların, emosiyaların əksətdirilməsi məsuliyyət hissini azalması;
- Sosial qarşılıqlı maraqların başa çatmasında əskiklik

2. Verbal olmayan kommunikativ davranışlarda defisit:

- Verbal və qeyri-verbal kommunikasiya inteqrasiyalarında zəiflik;
- Göz kontaktı və bədən dilində anomallıq;
- Başa düşməkdə çətinlik və qeyri-verbal kommunikasiyadan istifadə;
- Jestlərdən yaxud üz ifadələrində əskiklik.

3. İnkişafda və münasibətləri qorumaqda defisit:

- Çətin dostluq qurmaq;
- Situasiyalara öyrəşməkdə problem və davranışı tənzimləməkdə problem;
- İnsanlarla maraqlı ünsiyyət qurulmasında problem.

II Təkrarlanan və məhdudlaşdırıcı davranışlar:

1. Stereotiplər və yaxud təkrarlanan nitq, hərəkəti (motor) yerdəyişmə və yaxud obyektlərdən istifadə

- Sadə motor stereotipləri;
- Exolaliya;

- Təkrarlanan əşya istifadəsi;

- İdeosinkretik frazalar.

2. Rutinlərə hədsiz (aşırı) bağlılıq, ritual davranış formaları:

- Hərəkəti ritualların dəyişməkdə aşırı müqavimət;

- Bəzi eyni yeməklərdə yaxud digər şeylərdə israr;

- Sualların təkrarı və yaxud bəzi kiçik dəyişikliklər zamanı aşırı distress.

3. Yüksək məhdudlaşdırma, sabitləşmiş maraqlar anomal tezlikli və yaxud fokuslaşma:

- Çətin nailiyyət və (və yaxud) adət olunmamış obyektlərə qayğı;

- Aşırı sərhədlənməl yaxud maraqların qorunması.

4. Hiper yaxud hipo-reaktivlik hissi (sensor)

- Qeyri-adi (ətraf mühitlə əlaqəda qeyri-adi hissi maraqlar;

- Ağrı, zərbə sayıq aydın görünən fərq.

Autizmlə uşaqlarda əsas çətinliklər aşağıdakı sferalarla bağlıdır:

Duyğu-qavrayışla bağlı çətinliklər;

Kommunikasiyadakı gecikilmə;

Sosial düşünmə və interaksiya bacarıqları;

Bütünlükdə özünəinam problemləri.

Daun sindromu:

Daun sindromu genetik bir xəstəlikdir, hansı ki, 46 xromosom əvəzinə 47 xromosom olur. 21 cüt xromosomda 1 xromosom artıqlığı özünü göstərir. Xromosom anomaliyası özünü bədən və idrak sferalarında anomaliyalarda göstərir. Burada ilk növbədə ananın yaşı birinci risk faktorları içərsindədir. İnsanlarda fetus ölümün əksəriyyəti (hamiləliyin 15-ci həftəsində) spontan fetusun itirilməsinin təqribən 50%-i daun sindromu ilə əlaqəlidir. Daun sindromu doğuşdan bəlli olan xromosom anomaliyasıdır. Daun sindromunun əsas klinik özəlliyi idrak sferaları içərisində əsasən intellektual proseslərdə gerilikdə özünü göstərir. Bu intellektual sferada özünü göstərən problemlər koqnitiv və öyrənmə proseslərdinə geriliklə əlaqəlidir. Etiologiyası daun sindromunda xromosom anomaliyasında görülür. Hər bir normal insanda 46 xromosom olur (23 anadan 23 atadan alır). İnsanda 22 avtom (cinsi olmayan), 1 cütü isə cinsi xromosom (XX, XY) vardır. Bu xromosomlar ölçülərinə görə birdən iyirmi ikiyə kimi nömrələnir. İlk mitotik bölünmədə 3 addım vardır: cütləşmə, rekombinasiya və xromosom bölünməsi.

Daun sindromunun 3 əsas növü vardır: trisomniya 21, translokasiya, mozaik. Trisomniya 21 daun sindromlu uşaqların 90-95% təşkil edir. Bu tipdə 21 xromosomda əlavə X yaxud Y xromosomunun olması, yaxud xromosom bölünməsi nəticəsində 2 hüceyrənin bir-birinə bitişik qalması və dölləmənin ilk mərhələsində hüceyrənin 2 birtərəfdən digər tərəfdən də 1 hüceyrə ilə əhatə

olunmasında özünü göstərir. Bunun nəticəsində normadan artıq 47 xromosom olur.

Mozaik daun olanda bütün daunluların 2-5% təşkil edir. Bu tip də çoxu 46 xromosom daşıyarkən, bəziləri 47 xromosomlu ola bilər. Bunun səbəbi hüceyrələrin yalnız bölünməsidir.

Translokasiya daun sindromlu uşaqların 3-5%-ni təşkil edir. Burada 21 xromosomun bir hissəsi ayrılaraq başqa xromosoma yapışmasıdır.

Aparılan araşdırmalara görə daun sindromlu uşaqlarda nitqin inkişafı normal uşaqlara nisbətən daha çox geridə qaldığı müəyyən edilmişdir. Daun sindromlu uşaqlarda ilk cümlələr 1-6 yaş arasında, qısa cümlələr isə 5 yaşlarında istifadə edilir. Digər bir araşdırmada isə qeyd edilir ki, daun sindromlu uşaqlar nəinki sözlərin deyilməsi mövqeyindən geri qalır, həmçinin onlarda sözlərin məzmunu baxımında bu gerilik özünü göstərir. Burada diqqəti çəkən əsas məqam tələffüs prosesinin düzgün olmamasıdır.

Daun sindromlu uşaqların infeksiyon xəstəliklərə daha müqavimətsiz olması, kiçik yaşlarından keçirdikləri qulaq infeksiyası səbəbindən eşitmə prosesində bir sıra çətinliklər yaşayır. Daunlu uşaqlar onlara deyilən sözü tam anlamır və “s, ç, t, d” səslərini ayırt etməkdə çətinlik çəkir. Daha irəli yaşlarda “p, b, m” səslərini tələffüs etməkdə çətinlik yaşayır. Bu uşaqlarda olan hipotonik əzələ sistemi nəinki onların motor proseslərinin inkişafını və həm də dilin inkişafını ləngidir. Daun sindromlu uşaqlarda əsas görmə problemləri katarakt və refraksiya qüsurdur. Bu tip uşaqların 60%-də görmə problemləri özünü göstərir.

Bu uşaq seliakiya müşahidə edilir. Bu zaman insan orqanizmində qlüten zülalına qarşı dözümsüzlük yaranır. Aşırı kilolu və obezite olan daunlu uşaqlarda ən önəmli diqqət edilməsi məsələlərdəndir. Bu hal bu uşaqların 5-7%-də özünü göstərir.

Daun sindromlu uşaqların aşağıdakı xüsusiyyətləri vardır:

Balaca əllər və ayaqlar;

Yaşdılarına görə boyları balaca olur;

Zəif inkişaf etmiş əzələ sistemi;

Ayaqlarda 1-ci və 2-ci barmaqlar arasında məsafə bir qədər böyük olur;

Düz burun körpüsü, balaca ağız;

Displastik, balaca anormal qulaqlar;

Qısa geniş əllər, qısa geniş barmaqlar, ovuc içində simian xətt,

Oynaqlarda hiperfleksibilitə.

Ənsə hissədə dəri artıqlığı;

Moro refleksinin zəifliyi.

Daun sindromlu uşaqlarda nevroloji xəstəliklər: Hipotoni daun sindromlu uşaqların demək olar hamısında özünü göstərir. Bu hal yerişin stabiliyinin azalmasına, fiziki efor üçün enerji artmasına səbəb olur. Aşağı fiziki aktivliyə

malik olduqlarından, sümük sisteminin zəif olması səbəbilə tez-tez qırıq-çıxıq halları ola bilər. Daun sindromlu xəstələrin 5-13%-i krizlər keçirir, 1 yaşında 40%-i kriz keçirir. 45 yaşından böyük daun sindromlu xəstələrdə demansiya və 84%-i nöbət keçirir. 60 kimi onların əksəriyyətində altzeim xəstələrinə uyğun neyropatoloji və funksional dəyişikliklər olur.

Burun-qulaq xəstəlikləri: qulaq pərdəsinin deşilməsi, orta qulaq infeksiyaları səbəbilə eşitmə problemləri yaşayırlar. Daun sindromlu uşaqlarda inkişafında xüsusiyyətlər:

Böyük əzələlərin inkişafı	Daun sindromlu uşaqlarda	Normal inkişafa malik uşaqlarda
Tək başına oturma	6-30 ay	6-12 ay
İməkləmə	8-22 ay	6-12 ay
Ayaq üstə durma	1-3.5 yaş	8-17 ay
Tək gəzmək	1-4 yaş	9-18 ay
Nitq inkişafı		
İlk sözlər	1-4 yaş	1-3 yaş
İlk hecaların deyilməsi	2-7.5 yaş	15-32 ay

Selektiv mutizm:

İlk dəfə 19-cü əsrdə alman həkim Kussual normal şəkildə danışmamaq ifadəsini işlətməmişdir. 1934-cü ildə İsveçrədə uşaq psixiatri Moritz Tramer müəyyən yerlərdə, müəyyən insanlarla danışmamağı seçən uşaqları adlandırmaq üçün “elektektiv mutizm” termini istifadə etmişdir. Sonralar Amerika Psixiatrlar Asosiasiyası (1994) DSM IV də “selective mutizm” aldandırmışdır. DSMIV-ə görə selektiv mutizm danışmağın normal və rahat ola biləcəyi vəziyyətlərdə danışmır, amma başqa situasiyalarda danışır. Selektiv mutizm uşaq qayğılı vəziyyətdə danışmamağı, yəni mute olmağı seçir. Steinhausen və Juzi (1996) SM-li uşaqların normal şəraitdə danışmaqları ola biləcəyi vəziyyətlərdə, tanımadıqları insanlarla danışmadıqlarına diqqət etmişlər. Bu uşaqlar evlərində ana-ata və bacı-qardaşlarla, kənarda dostlarına danışarkən, məktəbə başladıkları zaman müəllimləri ilə danışmırlar, ya da tanımadıqları şəraitə və tanımadıqları yetkinlərlə danışmırlar. Rəsmi olaraq, bu diaqnozun qoyulması üçün uşağın danışmama vəziyyətini ən azı 1 ay çəkməsi və bu mərhələdə xüsusilə uşaqların dərəcə başladıkları ilk vaxtlarda utancaq və çəkingən ola biləcəkləri üçün ilk 1 aydan sonrakı 1 ayda olmalıdır. Danışmama vəziyyəti imiqrasiya olunmuş uşaqlarda olduğu kimi danım tərzə nitqi qura bilməmə və istifadə olunan təzə

haqqında lazimi məlumatla sahib olmamaq ilə əlaqədardır, bu mutizm deyildir. Ünsiyyət pozuntuları geniş şəkildə inkişaf və psixiatrik pozuntulardan danışmamaq (sakitlik, suskunluq) mutizm kimi dəyərləndirilmir.

Bu uşaqlar sözlü danışmaq yerinə, jestlərdən, mimik ifadələrdən, başlarını sallayıb, fısıltı tərzində danışmaq görülməkdədir. Aşırı həddə utancaqlığı, sosial şəraitlərdə aşağı vəziyyətlərdə görülməkdən qorxma, izoloasiya, əsəbilik halları onların əsas xüsusiyyətləridir. Selektiv mutizm zamanı ən çox sosial fobiya, enurezis, enkopresis, obsessiv-kompulsiv pozuntu, özünü göstərir. Depressiya, inkişaf pozuntuları, şiddətə məruz qalma kimi hallarda görülə bilər.

Aparılan araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, bu uşaqlarda yüksək qayğı halları özünü göstərir. Digər bir araşdırma bunun sosial fobiya olmasının əlaqələndirir. Hətta bunu təşviş-həyəcan pozuntusunun bir növü kimi qiymətləndirilməsini istəmişlər. Selektiv mutizmin geniş və əhatəli bir şəkildə qiymətləndirilməsində klassik bir araşdırmada Hayden(1980) 4 tip və bunların səbəblərini müəyyən etmişdir:

Hayden ABŞ-da qərbində və şərqində dəyişik etnik və sosio-ekonomik qruplarda 3 yaşından 14 yaşına qədər 68 uşaq müşahidə aparmışdır.

- Simbiotik mutizm, ən geniş yayılmış növdür. Bu tipdə uşaq dominat, sözlü qabiliyyətləri güclü olur, ana ilə tez-tez simvolik münasibətlər inkişaf etdirən uşaqlardır. Onlar neqativ münasibət göstərirlər, sakitliyi manipulyasiya edirlər.

- Danışma fobiyası olanlar ən çox görüləndir. Uşaqlar danışmaları üzərində nəzarəti saxlamaq üçün bəzi təkrarlayıcı davranışlar nümayiş etdirirlər.

- Müqavimət mutizmdə uşağın müəyyən vəziyyəti, travmalardan sonra yaranan haldır.

- Passiv-aqressiv mutizmdə məqsəd ətrafdakıları manipulyasiya etmək və cəzalandırmaqdır. Bu uşaqlarda tez-tez şiddətli davranışlar, antisosial davranışlar vardır.

Bunun etiologiyası tam olaraq müəyyən edilməmişdir, erkən vaxtlardan aparılan araşdırmalar aşağı hörmət, aşağı emosional münasibət, keçmişdə yaşanılan bir və ya bir neçə travmatik səbəblər SM-in səbəbləri kimi qeyd edilir.

Psixanalitiklər bunu daha çox fiziki və emosional travma nəticəsi kimi qeyd edirlər. Məsələn, oral və anal mərhələləri düzgün keçməyən bir uşaq, ailəsini cəzalandırılması üçün danışmaya bilər. Bəzən buna “travmatik mutizm” adlandırırlar. Davranış yönümlü istiqamətlər isə bunu uzun çəkən neqativ istiqamətli bir öyrənmə olaraq qəbul ediblər. Onlara görə mutizmlili uşaqların ətrafı manipulyasiya etmək üçün ki davranışları öyrəndikləri davranışlardır.

Bu vəziyyət 3-4 yaşlarından əvvəl meydana çıxır. Əsasən məktəbə getdikləri vaxt hiss olunur amma bəzi müəllimləri bunu müəyyən edə bilmirlər.

Bu uşaqlarla aparılan psixanalitik terapiyalar uğurlu nəticələr verməmişdir.

Əsasən burada bihevioral, farmokoloji, qrup və ailə terapiyaları daha yaxşıdır. Son vaxtlar oyun terapiyası daha çox istifadə edilir. Oyun terapiyası zamanı uşaqlara danışmaqları üçün təzyiq göstərilmir, oyuncaqlar vasitəsilə ünsiyyət qurmaq imkanı verilir. Bu daha yaxşı nəticələr verməkdədir.

Mövzu 8. Əqli gerilik və inkişaf ləngiməsi

Plan:

- 1. Əqli gerilik anlayışı və onun növləri*
- 2. İntellektual gerili olan uşaqların əsas xüsusiyyətləri*
- 3. Xəstəliyin etiologiyası*
- 4. XBT 10-na əsasən verilən təsnifat*
- 5. Ləngimiş psixi inkişaf*

Ədəbiyyat siyahısı:

- 1. Psixiatriya- N.V.İsmayılov*
- 2. Anomal inkişafın psixiologiyası- E. İ.Şəfiyeva*

XX əsrdə alman psixiatri Emil Krepelin əqli çatızmazlığın səbəblərini aydınlaşdırdı və anadangəlmə ağıl geriliyini oliqofreniya adlandırdı. Oliqofreniya yunanca “oligo”-az, “frenicus”-ağıl, idrak deməkdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının açıqlamasına görə, əqli gerilik bütün ölkələr üzrə 1-3%-dir. 1992-ci ildə oliqofreniya 3 dərəcəli bölgüsü qəbul olunmuşdur. Amma bu təsnifat sonralar dəyişdirildi. Oliqofreniyanın təsnifatı aşağıdakı kimidir:

Yüngül dərəcəli-Nitq qabiliyyətləri zəif olsada, yaxşı təşkil edilmiş proqramlar nəticəsində mürəkkəb olmayan əmək vərdişlərinə alışma mümkün olur. Adi məktəblərdə çətinliklə oxuyurlar, yardımçı məktəblərdə daha yaxşı təhsil ala bilirlər. Oxumaq, yazmaq, saymaq kimi vərdişlərə yiyələnirlər. Təfəkkürləri əyani-obrazlı xarakter daşıyır.

Orta dərəcəli-Bu adamlar sadə, konkret təfəkkürə malikdir. Söz ehtiyatları kasaddır. Müəyyən əmək vərdişləri öyrədilir. Qavradıqları hadisələr haqqında müəyyən informasiyaya malik olurlar. Onlara öyrədilmiş oxu vərdişləri sahəsində elementar cümləli nitqə sahib olurlar.

Ağır dərəcəli oliqofreniya-Bu nisbətən daha az yayılmış növüdür. Nitq və təfəkkürün inkişafdan qalması ilə xarakterizə olunur. Emosional reaksiyalar ancaq instiktlər ətrafında olur. Özlərinə xidmət edə bilmədiklərindən ötrü pinti və natəmiz görünürlər.

Dərin kəmağıllılıq-Bu uşaqların əqli qabiliyyətləri 2-3 yaşındakı uşaq kimidir. Özünə xidmət vərdişləri demək olar ki yoxdur. Həmişə natəmiz görünürlər. Onlarda qeyri ixtiyari defekasiya və sidikburaxma halları olur. Onlarda təfəkkür prosesi inkişafdan qalır.

Q.Y.Suxareva tərəfindən oliqofreniyanın aşağıdakı təsnifatını vermişdir:

- Ağırlaşmamış forma-Bu zaman sensor, motor və emosional, intellektual, nevroloji sferalarda inkişafdan qalma müşahidə olunur. Bu uşaqlar çalışqan, dərse

çalışqan, dərşə çox güc sərf edən uşaqlardır.

-Ağırlaşmış forma-sinir sisteminin zədələnməsi ilə əlaqəlidir. Burada əsas səbəblər doğuş zamanı yarananan və postnatal inkişafda əlaqəlidir.

- Apatik forma-burada yarananan pozuntular qismən ola bilər.

İntellektual geriliyi olan uşaqların aşağıdakı xüsusiyyətləri vardır:

-Motorika bacarıqlarının inkişafında gerilik (qarşıya qoyulan məqsədə çatma bilməmək, yaxud gec çatmaq)

-Nitqlərini davam etməkdə çətinlik;

-Öz tələbatlarını ödəməkdə çətinlik;

-Plan qurmaq və problemi həll etməkdə çətinlik;

-Davranış və sosial problemlər;

-Sosial qaydalarını anlamaqda və onları davam etdirməkdə çətinlik;

-Yeni situasiyaya uyğunlaşmaqda çətinlik.

Bu insanlar intellektual sferada baş verən problem bütün sferalara öz təsirini göstərir. Əqli gerilik oğlanlarda qızlara nisbətən 2 dəfə daha çox özünü göstərir. Amerika Psixiatriya Assosiasiyası Veksler şkalasına əsasən əqli geriliyin aşağıdakı növlərini müəyyən etmişdir:

-Yüngül dərəcədə əqli gerilik: İQ göstəricisi 55-69

-Orta dərəcədə əqli gerilik: İQ göstəricisi 40-45

- Ağır dərəcədə əqli gerilik: İQ göstəricisi 25-39

- Ən ağır dərəcədə əqli gerilik: İQ göstəricisi 24 və aşağı

Etiologiyası:

Burada aşağıdakı əlamətlər əsasdır:

-Endogen mənşəli faktorlar;

-Ekzogen mənşəli faktorlar;

-Endogen-ekzogen mənşəli faktorlar.

Doğuşdan əvvəlki səbəblər:

-Gen anomaliyaları;

-Ananın keçirdiyi infeksiyon xəstəliklər, uşaqda olan hidrosfealiya və mikrosefaliya;

-Hamiləlik dövründə ananın məruz qaldığı travmalar (fiziki şiddət, kimyəvi maddələrin təsiri və s.)

Doğuş zamanı yarananan səbəblər:

-Doğuş zamanı yarananan ciddi asfikasiya, aşağı çəkili doğulma kimi səbəblər əqli geriliyə yol açma bilər.

Postnatal səbəblər:

-Ciddi kəllə-beyin travmaları buna səbəb ola bilər.

Bu uşaqlarla aparılan müalicə kompleks şəkildə olmalıdır. Burada ilk növbədə pediatrlar, psixiatrları və klinik psixoloqları məşğul olmalıdır.

XBT10-na əsasən əqli geriliyin aşağıdakı növləri vardır:

-Yüngül dərəcəli əqli gerilik: İQ təxminən 50-69-dur. Məktəbdə təhsillə bağlı çətinliklər olur. Bu şəxslər işləmək, normal ictimai münasibətlər yaratmaq və cəmiyyətə fayda verə bilməyi bacarır.

-Orta dərəcəli əqli gerilik: İQ göstəricisi 35-49, uşaqlıqdan nəzərə çarpacaq inkişaf geriliyi olsa da, əksəriyyəti təhsil alaraq adekvat ünsiyyət və dərs vərdişləri və özünə xidmət edəcək səviyyə qazana bilər.

-Ağır dərəcəli əqli gerilik: İQ göstəricisi 20-34-dur. Daimi yardım zəruridir.

-Çox ağır dərəcəli əqli gerilik: İQ 20-dir.

Digər iki kateqoriya isə F78- əqli geriliyin digər formaları və F79-dəqiqləşdirilməmiş əqli gerilikdir.

Bəzən yüngül dərəcəli əqli gerilik zamanı, bu diaqnoz qoyulmasında gecikilmə özünü göstərə bilər, amma iləriki zamanlarda digər sinif dostlarından intellektual imkanlarının aşağı olması, nitqinin yaxşı olmaması problemlərə səbəb olur. Bu uşaqlar ilk başlarda aşağı siniflərdə digər uşaqlardan geriliyi daha çox hiss olunsada, amma düzgün verilmiş təhsil və təlim prosesi nəticəsində akademik göstəricilərini qaldıra bilər. Orta dərəcəli əqli gerilik, çox yaxşı edilmiş təhsil- təlim sistemi ilə oxuma və yazmanı öyrənə bilər. Yüngül dərəcəli əqli geriliyi olan uşaqlara daha çox gələcəkdə onların peşə təhsili ilə bağlı biliklər verilir. Orta dərəcəli əqli geriliyi olan uşaqlara isə özlərinin qayğısına qalmaq, öz ehtiyaclarını təmin edə bilmək üçün qabiliyyətlər artırılır.

Ağır dərəcəli əqli gerilik olanlarda isə, edilən məşğul nəticəsində müəyyən qədər qabiliyyətlər öyrədilsədə, çox yaxşı onlara dəstək göstərilməsi, daim qayğılarında qalınması lazımdır.

Əqli gerili anabətnində birbaşa müəyyən edən testlər yoxdur. Bu zaman edilən testlər genetik anomaliyanı müəyyən etməkdən ötrüdür. Əqli gerilik zamanı idrak proseslərinin inkişafdan geri qalması əsas faktor kimi götürülərək, uşağın köməkçi sinifə və xüsusi məktəblərə getməsi üçün vacibdir. Əqli gerilik zamanı İQ-nu müəyyən etməkdən ötrü Velksler şkalasından və Stanford-Binet testindən istifadə olunur. Onların qabiliyyətləri, intellektual imkanları yaşlılarına görə çox geridədir. Kiçik yaşlardan artıq diaqnozları qoyula bilər.

Ləngimiş psixi inkişafın təsnifatını K.S.Lebedinskaya 1982-ci ildə aşağıdakı kimi müəyyənləşdirmişdir:

1.Konstitusional mənşəli ləng psixi inkişaf- infantil bədən quruluşu, mimika və motorikanın uşaqlara xas plastikliyi, emosional sferada kiçik yaşlı uşaqlar xas olan reaksiyalar müşahidə edilir.

2. Somatogen mənşəli ləng psixi inkişaf-emosional inkişafdan qalma uzun müddətli davam edən xroniki xəstəliklə əlaqəlidir. Psixi və fiziki asteniya, özünə inamsızlıq kimi hallar özünü göstərir.

3. Psixogen mənşəli ləng psixi inkişaf-bu əsasən pis tərbiyə şəraiti ilə əlaqəlidir. Erkən və uzun müddət təsir edən psixo-travmatik faktor uşağın psixi sferasında dəyişikliklərə səbəb olur. Nəticədə patoloji şəxsiyyətin formalaşmasına səbəb olur.

4. Beyinin üzvi mənşəli ləng psixi inkişaf-burada serebral üzvi psixi inkişaf ləngiməsini göstərmək olar. Erkən ontogenezdə mərkəzi sinir sisteminin üzvi zədələnməsi nəticəsində psixi inkişafın ləngiməsi müşahidə olunur. Bu zaman emosional-iradi sferada pozuntulara, dərkətmə fəaliyyətinin aşağı olması özünü göstərir.

N.L.Belapolskayanın tədqiqatları göstərmişdir ki, ləng psixi inkişafa malik uşaqların oynadıqları oyunlar bir-biri ilə bağlı olmayan fərqlərdən ibarətdir. Oyunun bir qədər çətinləşməsi, daha da intellektual xarakter daşması onun bitməsinə səbəb olur. Onlar qaydaları başa düşmədiklərindən oyunu davam etdirə bilmirlər.

Beyinin üzvi mənşəli ləngmiş psixi inkişafını 2 qrupa bölünür:

- Birinci olaraq, üzvi infantilizm üstünlük təşkil edir. Onlarda ensefalopatik pozulmalar kobud deyil, serebroastenik, nevrozabənzər, psixomotor oyanmalarda müşahidə olunur.

-İkinci qrupda olan uşaqlarda isə, yüksək oyanıqlıq, aqressivlik, yüksək seksual maraqlar müşahidə olunur.

Mövzu 9. Yemə pozuntuları. Enurez və enkoprezis

Plan:

- 1. Qidalanma pozuntuları**
- 2. Enkoprez**
- 3. Enurez**

Ədəbiyyat siyahısı:

Child Psychology and Psychiatry- David Skuse, Helen Bruce, Linda Dowdney, David Mraze

Yemə pozuntuları:

Qidalanma davranışı bio-psixo-sosial kontekstdə daha yaxşı başa düşülür. Normal qidalanma sağlam inkişaf sarı fizioloji, psixoloji amillərin düzgün inkişaf etməsinə səbəb olur. Klinik araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, uşaqlarda bir çox yemə və qidalanma pozuntuları vardır. Bunlara aşağıdakılar aiddir:

- Gecikilmiş yaxud olmayan qidalanma bacarıqları;
- Qəbul edilmiş maye və digər qidaları idarəsində problemlər;
- Yeməyə marağın və iştahanın əskikliyi (olmaması);
- Bəzi yeməkləri yeməkdən imtina;
- Özünü rahatlandırmaq, özünü stimullaşdırmaq üçün yeməklə bağlı davranışlardan istifadə etmək və s.

Gecikilmiş yaxud olmayan qidalanma bacarıqlarının səbəbləri müxtəlifdir. İnkişaf pozuntuları (bəzi tibbi amillər) səbəbilə bəzi uşaqlar qidalanma üçün lazım olan refleksləri inkişaf etdirə bilmirlər. Mədə-bağırsağ xəstəlikləri olan uşaqlarda bu hal tez-tez müşahidə olunur, onlar çox vaxt yemək yeməkdən imtina edirlər. Onlarda tez-tez qusma, nazogastrik boru ilə qidalanma bunlara səbəb olur. Bəzi uşaqlarda isə yeyilməyən qidaları yemək özünü göstərir. Bu əsasən əqli gerilikli uşaqlarda müşahidə edilir, amma bəzi normal uşaqlarda ola bilər. Qidalanma prosesinin düzgün dəyərləndirilməsi üçün bir sıra sahələr haqqında məlumatlar əldə edilməlidir:

- İndiki qidalanma şəraiti: kiminsə yardımı ilə, boru və özü sərbəst şəkildə qidalanma;
- Çəki, boy və bədən kütləsi indeksi;
- İnkişaf tarixi-hər hansı qidalanma problemi olubmu, onunla bağlı edilən tibbi və digər müdaxilələr;
- Tibbi keçmiş: udma problemləri, qidalanma tərzi, qəbul edilən dərmanlar, allergiyası və s.

-Ümumi davranışları: evdə, məktəbdə baxçada;

Qidalanma pozuntusu olan uşaqlarda aşağıdakı hallar müşahidə edilir:

-Şiddətli sinir krizləri;

-Fiziki aqressiya;

-Aşırı hərəkətlilik.

Bir qədər böyük yaşlı uşaqların yeməkdən imtina etmələrinin ümumi səbəbləri kimi aşağıdakıları qeyd etmək olar:

-Məktəbdə digər dostlarına nisbətən daha çəkili olmaq;

-Mədə ağrısı, qusma və boğulma qorxusu;

Erkən simptomlar aşağıdakılardır:

- Yeməkdən imtina etmək;

-Qidalanma porsiyalarını azaltmaq;

-Çəki itirilməsi;

-Qəbizlik və həzm problemləri;

-Saçların seyrəlməsi;

-İnkişafın ləngiməsi və s.

DSM V görə əlamətləri:

*Qidalanma pozuntusu (qidaya qarşı həvəsin çox aşağı düşməsi, bəzi qidaların rədd edilməsi və s.) kimi hallara görə aşağıdakı hallardan biri özünü göstərməlidir:

-Çəki itirilməsi;

-Qidalanmada azalma;

-Enteral qidalanma;

-Psixo-sosial funksiyalarda azalma.

*Bu hal başqa psixiatrik xəstəliklər ilə əlaqəli deyildir.

*Bu hal bulemiya və anoreksiya nevrozunu yaratmır.

Müalicə prosesi:

Müalicə prosesində effektivli terapiya üsulu ailələrlə birgə aparılmasıdır. Bu zaman aparılan müalicə 3 istiqamətdə olmalıdır: fiziki, fizioloji və davranış. Ailələr tərəfindən verilən dəstək proqramları bunun daha tez ortadan qalmasına səbəb olar. Ümumi terapiya əsasən 6-12 ay müddəti əhatə edir.

Enkoprezis:

Uşaqlarda kiçik yaşlarında tez-tez görülən problemlərdən biridə enkoprezis vəziyyətidir. Uşaq istəksiz şəkildə yaxud məqsədli şəkildə nəcis ifrazı edər. Bu vəziyyətin xəstəlik olaraq qiymətləndirilməsi üçün, uşağın ən azı 4 yaşında olması lazımdır. Bu halın görülmə sıxlığı isə 3 ay ərzində hər ay 1 dəfə olmalıdır. Bu halın yaranmasına klinik səbəb kimi əsasən qəbizlik halı göstərilir. 7-8 yaşlarında 1.5% özünü göstərir. Oğlanlarda qızlara nisbətən 3 dəfə daha çox özünü büruzə verir.

Kiçik yaşlarından düzgün təlim görməmiş uşaqlarda primer (birincili) enkoprez müşahidə olunur. Ən azı bir il tualet təlimi almış uşaqlarda bu halın olması sekunder (ikincili) enkoprez adlanır.

Birincili enkoprez ən çox enurezli xəstələrdə görüldüyü halda, ikincili enkoprez psixososial faktorların təsirinə məruz qalmış uşaqlarda daha çox olur. Bu psixososial faktorlar içərisində ailə daxili münaqişələr, valideynlərin ayrılması, itkilər, köç, balaca bacı və qardaşın itirilməsi əsas götürülür.

Xroniki enkoprezi olan uşaqlarda xüsusilə nevroloji baxımdan inkişaf geriliyi olan uşaqlarda, sərt tualet təlimi almış uşaqlarda yaranır. Enkoprez çətin problemdir. Uşaqların özlərinə olan inamını və hörmətini aşağı salır. Xroniki olduğu zaman yaxud şiddətli şəkildə davam etdiyi zaman, uşağın yaxın əhatə dairəsindən uzaqlaşmasına səbəb olur. Bu zaman əsas dəstək valideynlər tərəfindən olmalıdır.

Enkoprezin DSM IV görə təsnifatı aşağıdakı kimidir:

- İstəksiz şəkildə qeyri-ixtiyari nəcis ifrazı;
- Son üç ayda hər ayda bir dəfə belə halın baş verməsi;
- Bu davranış qəbizlik üçün istifadə olunan dərmanlar xaricində, digər hər hansı tibbi vəziyyətin fizioloji təsirləri ilə bağlı deyildir.

Bu uşaqlarda aşağıdakı hallar müşahidə edilir:

- Hiperaktivlik və diqqət əskikliyi;
- Dərslərinə lazimi diqqəti verə bilmədiklərindən aşağı akademik göstəricilər;
- Günahkarlıq hissi, depressiya;
- İmpulsivlik və s.

Müalicəsi zamanı, psixoloq və həkim (uroloq) birlikdə hərəkət etməlidirlər. Onlar həm tibbi, həm də psixoloji istiqamətdən xəstəyə və yaxınlarına (valideynlərə) məlumat verməlidirlər. Burada fizioloji səbəblər düzgün müəyyənləşdirilməlidir: Mədə-bağırsaq xəstəlikləri (bağırsaq çatları, qəbizlik, infeksiyalar və s.). Uşağın hər günü üçün plan müəyyənləşdirilir. Bu zaman həftə ərzində baş verən enkoprez halları və həftə ərzində enkoprez olmayan hallar müəyyən edilir. Bu halın az olduğu və heç olmadığı zamanlar uşaqlar mükafatlandırılır. Medikamentoz müalicə zamanı imipramin 25-75mg gün ərzində həkim məsləhəti ilə qəbul edilir.

Enkoprez halı yaş artıqca azalır və 16 yaşından sonra ortaya çıxma ehtimalı daha aşağıdır.

Uşaqlarda enkoprez görüldüyü halda uşaq gastroloquna, uşaq cərrahına, uşaq nevropatoloquna, psixoloqa müraciət edilməlidir.

Enurez:

Uşaqlarda həyatlarının ilk 2 və yaxud 3 yaşlarında gecə yataq islatma normal görülə bilər. 30% uşaq 4 yaşına qədər yataqlarını isladır. 5 yaşında yataq islatma az təsadüf olunan haldır. Bu hal hətta valideynləri frustrasiya halına gətirsədə, uşaqlarda nadirən daha yuxarı yaşlarda da bu hal müşahidə oluna bilər. 1% uşaqlarda bu hal 18 yaşına kimi davam edə bilər. Enurezlin patogenezi qarışıqdır. Aşağıdakı faktorlar əsasən fərqləndirilir:

- İnkişaf ləngiməsi;
- Psixososial faktorlar;
- Yuxu prosesi.

Enurezli uşaqların valideynləri həmişə onların yuxuda çox gec oyandıqlarını qeyd edirlər. Bu uşaqların yuxu sistemi normal uşaqlarından fərqlənmir. Sadəcə əsas fərq yuxudan oyanma prosesinin daha dərin olmasındadır. Belə hesab edilir ki, enurezlin yaranmasında genetik faktorlarda müəyyən rola malikdir. Hətta hər iki valideyni enurezdən əziyyət çəkmiş uşaqlarda 77% bu hal özünü göstərir. Enurezlin yaranmasında 2-3% səbəb kimi somatik sfera ilə əlaqəlidir.

Enurezlin aşağıdakı növləri vardır:

Primeri enurez, ən yaygın enurezlin növlərindəndir. Bu gecə yataq islatmalarını əhatə edir. 4-7 yaşlarında ortaya çıxır və həftə ərzində 2 dəfə gecə yataq islatma ilə müşahidə edilir.

Sekunder enurez, İkincili enurez, uzun müddət çəkən sakitlik dövründən sonra(6 ay və daha çox müddətdə) gecə başlayan yataq islatmalarıdır.

Enurezlin ən çətin növü gecə-gündüz enurezi olanıdır.

Müalicəsi:

Müalicə prosesində ilk növbədə valideynlər bunu uşağın istərək etmədiyini anlamalıdır. Əgər ana uşağın bu halına qarşı ona fiziki şiddət tətbiq edərsə, bu halın daha da artmasına səbəb olacağını ona demək və ailə istiqamətli terapiyalar vermək lazımdır. Bu vəziyyətin uşağın emosional sferasına təsirini nəzərə alaraq, mütləq ki, psixoloq müayinəsi qəbul edilməlidir. Çünki, enurezli uşaqlarda özünə hörmət aşağı olur, bəzi davranış problemləri olur və bunlar onların sosial əlaqələrinə, istər məktəbdə, istər evdə və digər yerlərdə dostları ilə olan münasibətlərinə təsir edir. Mükafatlandırma, motivasiya etmə, davranışın modifikasiyası, ailə terapiyaları tətbiq olunur.

Uşağa görə bir qrafik müəyyənləşdirilir və bu hər gün müalicə prosesi dövrü davam etdirilir. Gecə enurezlərində motivasiya edici terapiyalar ilk öncə valideynlərin və uşaqların bu haqqda məlumatlandırılması ilə əlaqəlidir. Burada əsas məqsəd günah hissini aradan qaldırmaqdır. Uşağa yatmadan ən azı 2 saat əvvəlcədən sulu qidaları qəbul etdirilməsi dayandırılmalıdır. Bu halın baş vermədiyini gecələrə görə mükafatlandırma edilməlidir. Əgər baş verərsə, cəza tətbiq

olunmamalıdır. Bu metod kiçik yaşı uşaqlarda əsasən 8 yaşıdan aşığı olanlarda daha faydalıdır, 15-20% uşaqlarda sağıalma qeydə alınır.

Mövzu 10. Travmalar nəticəsində yaranan xəstəliklər

Plan:

- 1. Uşaqlarda yaranan kəllə-beyin travmaları**
- 2. Kəllə-beyin travmalarının diaqnostikası**
- 3. Kəllə-beyin travmaları nəticəsində yaranan əlamətlər**

Ədəbiyyat:

1. Psixiatriya-N.V.İsmayılov
2. Baş ağrılarının differensial diaqnostikası-Klinik protokol

Uşaqlarda kəllə-beyin travmaları məişət və ya nəqliyyat qəzaları, hündür yerlərdən düşmə nəticəsində yaranır. Onlarda kəllə sümüyünün sərt qişasının zədələnməsi böyüklərə nisbətən daha çox özünü göstərir. Uşaqlarda düşüncənin tez-tez pozulması hallarına rast gəlinmir. Amma travmadan sonra qusma halları olarsa, bu alınan zədənin daha riskli olduğunu göstərir. Onlarda əvvəlcə düşüncənin keyləşməsi, uşaq süst vəziyyətində olur, hərəkəti narahatlıq, travmadan sonra baş ağrıları özünü göstərir. Kəllə beyin travmalarından sonra ilk 2 həftə ərzində əmələ gələn baş ağrıları baş beyinin ciddi patologiyasının əmələ gəlməsinə işarə ola bilər. İlk növbədə beyindəxili hematomaları, travmatik subaraxnoidal qansızmaları və baş beyinin zədələnməsini istisna etmək lazımdır. Baş ağrılarının vaxt xüsusiyyəti (travma ilə vaxt bağlılığı, başlanğıc dövrün xarakteri):

-Qəfil baş verməsi və ya ləng inkişafı, ağrının davamiyyət müddəti, xəstəliyin gedişinin vaxt dinamikası);

-Təhrik edən amillər (başın vəziyyətinin dəyişməsi, yuxu, öskürmə, başın perkussiyası və s.);

-Yanaşı simptomlar (qusma, huşun pozulması, epileptik tutma, ocaqlı nevroloji simptomların əmələ gəlməsi, hərərət, meningeal sindrom).

Baş ağrıları kəllə-beyin travmasından sonra ilk 14 gün ərzində meydana gəlir və 8 həftə kimi davam edə bilər.

Yüngül kəllə-beyin travması almış uşaqlarda aşağıdakı hallar özünü göstərir:

-Hafizə;

-Planlama;

-Diqqət;

-Problemi həll etmə;

-Oxuma və yazma problemi;

-Yaddaş problemi;

-Münasibət sferasında problemlər;

-Yeni tapırışları öyrənmədə çətinlik və s. hallar özünü göstərir.

Beyindəxili hematomaniyanın olması vəziyyəti daha da çətinləşdirir. Düşüncənin koma vəziyyətində pozulması zamanı isə, bir sıra həyat əhəmiyyətli orqanlarda ciddi funksional dəyişikliklər yaranır.

Diaqnostika zamanı, ilkin olaraq anamnestik məlumatlar toplanmalı, travmanın olmasını göstərən klinik əlamətlər, laborator analizin nəticələri əldə olunmalıdır. Bu işlə neyrocərrahlar, terapevtlər, neyropatoloqlar birgə müşahidə etməlidir. Travmadan sonra çox vaxt travmatik psixoz halları meydana çıxır. Burada beyinin üzvi patologiyası nəticəsində meydana çıxan apatik-abulik, disforiya, halsünator-sayıqlama sindromları üzvi pozuntular getsə də, endogen psixozlar üçün xas olan spesifikliyinə və dinamikasına malik olmur. Travmatik psixozlar zamanı xəstəlik özünü uzun müddətli asteniya, psixopatabənzər, tsiklotimik əlamətlərlə büruzə verir. Asteniya psixozdan əvvəl, həm də psixozun gedişi boyu daimi sindrom kimi davam edir.

Bu zaman Qlasko-koma şkalasından istifadə olunur. Bu zaman neyrogörüntüləmə zədənin hansı hissədə olması və necə olması barədə məlumat verir. Çəkilmiş tomoqrafiya nəticəsində daha tez və geniş məlumat almaq olar. Yaralanmaların dahada irəllədiyini müəyyən etmək üçün kompyüter tamografiyasından istifadə olunur. Maqnit rezonans vasitəsilə əldə edilən məlumatlar daha geniş sahəni əhatə edir. Bundan başqa cihazlardan istifadə olunur: EEG, pnevmo EEG, angiografiya və s.

Kəllə-beyin travmalarının müxtəlif növləri vardır, bunlar beyin maddəsinin zədələnməsinə görə, beyin toxumalarının zədələnməsinə görə növlərə ayrılır. Bunlarda ağırlıq dərəcəsinə görə bölünür:

- Yüngül dərəcəli kəllə-beyin travmaları;
- Orta dərəcəli kəllə-beyin travmaları;
- Ağır dərəcəli kəllə-beyin travmaları.

Kəllə travmalarının ağır dərəcəli olması zamanı, beyin maddəsinə və onun qişasına qan sızmalar müşahidə olunur. Qansızmalar əksər hallarda kəllə sümüyünün çatlaması və sınıması zamanı baş verir. Zədələr zamanı yaranan kontuziyaların lokalizasiyası zamanı aşağıdakılar müşahidə edilir:

-Alın nahiyəsində yaranan əlamətlər: eyforiya, təlxəklik, diqqətin, yaddaşın zəifləməsi, davranışın dəyişməsi (funksional olaraq), əsəbilik, tənqidin enməsi.

-Aşağı gicgah və gicgah-ənsə zədələnməsi zamanı, apraksiya, amnestik afaziya, nitq qabiliyyətinin pozulması, aqrafiya, bədən quruluşunun və xarici mühitdə yerləşən əşyaların ölçüsünün və yerinin yalnız qavranılması-depersonalizasiya, derealizasiya.

-Mərkəzi qırış əlamətləri: müxtəlif parez və ifliclər.

-Böyük yarım kürələrin yuxarı səthinin zədələnməsi əlamətləri: lokal alın-gicgah sindromları ilə yanaşı ağır dərəcəli ağıl zəifliyi

-Ənsə əlamətləri: əşyaların rəngini, ölçüsünü, quruluşunu və s. əlamətləri ilə müşahidə olunan görmə problemləri.

-Beyinciyin zədələnməsi zamanı, müvazinətin, yerişin pozulması kimi əlamətlər özünü göstərir.

- Qabıqaltı bazal və beyin sütünun əlamətləri: kəllə sınıqları zamanı özünü göstərir.

Uşaqlarda kəllə travmalarından sonra düşüncənin itməsi halları 2 yaşdan az olan uşaqlarda 5%, 2 yaşdan yuxarı olan uşaqlarda 13%-dir.

Kəllə-beyin travmalarından sonra yaranan davranış problemləri:

-Əzələ ağrıları;

-Hərəkət kordinasiyası problemləri;

-Krizlər keçirmək;

-İflic və s.

Travma nəticəsində hissiyyat orqanlarında yaranan zədələr, dad, qoxu kimi hissələrin pozulmasına səbəb ola bilər.

Bu zaman yaranan psixoloji problemləri:

-Sosial sferada dəyişikliklər olur (insanlarla ünsiyyət sferasında);

-Emosional sferada dəyişikliklər (əsəbilik, aqressivlik, kobudluq, depressiya, ambivalent hisslər və s. kimi hallar özünü göstərir);

Travmalardan sonra aşağıdakı xəstəliklər yarana bilər:

-Depressiya;

-Fobiyalar;

-Post-travmatik stress pozuntusu;

-Təşviş-həyəcan pozuntusu;

-Şizofreniya;

-Uşaqlarda diqqət əskikliyi və hiperaktivlik;

-Obsessiv-kompulsiv pozuntu və s.

Bu zaman edilən müdaxilələr aşağıdakı şəkildə olmalıdır. Kəllə travmasından sonra uşaqlar maksimal dərədə az hərəkət etdirilməlidir. Onlarda yuxu problemlərini yaranmasını nəzərə alaraq, yataq saatlarında daha sakit bir şərait yaradılmalıdır. Onlarla olan münasibətdə valideynlər sakit şəkildə davam etdirməlidirlər.

Mövzu 11. Psixi proseslərin pozulmasının tədqiqi

Plan:

- 1. Xəstə ilə klinik söhbətin aparılması**
- 2. Emosional sferanın tədqiqi**
- 3. İdrak sferasının tədqiqi**

Ədəbiyyat siyahısı:

Psixiatriya- N.V.İsmayılov

Klinik-psixoloji diaqnosika metodları-E.İ.Şəfiyeva

Tibbi psixologiya və psixoterapiya-N.V.İsmayılov, F.N.İsmayılov

Xəstə ilə klinik söhbətin aparılması:

Xəstə ilə klinik söhbətin aparılması hər yaş dövrünə görə müxtəlifdir. Uşaqlarla aparılan klinik söhbət aşağıdakı şəkildə olmalıdır:

Bu müsahibə onlarda qorxu, narahatlıq halları yaratmasın deyə onlarla səmimi şəkildə söhbətə başlamaq lazımdır. Yaxşı olarkı, burada otaq şəraiti nəzərə alınsın. Uşaqların xoşuna gələ biləcək əşyaları otaqda yerləşdirmək lazımdır. Burada ən yaxşı hallardan biri uşağa şəkil çəkdirməklə, onunla söhbəti davam etdirməkdir. Burada ev, ailə rəsmi kimi metodikalardan istifadə etmək olar. Onlara izah etmək lazımdır ki, onlara kömək etmək istəyirsiniz. Onların qorxduqları bəzi hadisələri elə rəsmlərindən analiz etmək olar. Uşağı mövzu ətrafında müzakirə etməyə həvəsləndirmək lazımdır. Klinik müsahibə zamanı aşağıdakı mərhələlərdən istifadə olunur:

Xəstənin şəxsiyyətinin müəyyən edilməsi;

Onun həyat tarixçəsi;

Hal-hazırkı vəziyyəti

Tibbi anamnezi;

Gündəlik məşğuliyyəti;

Onu narahat edən problemlər;

Hal-hazırkı xəstəliyi

Klinik müsahibə apararkən, bir sıra şərtlərə əməl olunmalıdır. Xəstə üçün komfort və rahat şərait tərtib edilməlidir. Salamlaşma burada əsas mərhələdir. Uşaqlarla çalışmaq lazımdır ki, səmimi şəkildə bu proses olsun. Uşaq pasientlə işləyərkən, yazı yazmaq olmaz. Yaxşı olar ki, ümumi bir cədvəl tərtib olunsun sadəcə orada müəyyən qeydlər edilsin. Əsasən bu yazı prosesini valideynlərlə aparılan söhbət zamanı etmək lazımdır. Bu gələcək seansa qədər müəyyən informasiya axtarmağa kömək edər və həmdə seans gedişatında sualların verilməsinə istiqamət olar. Uşaqlarla aparılan terapiyalar zamanı yaxşı olar ki,

birinci seans valideynlərlə daha çox məlumat əldə edilsin. Uşağı narahat edən məsələ, ona görə alınan müalicə üsulları, əvvəllər qəbul edilən dərman preparatları yaxud indiki anda da davam etdirilən medikamentoz müalicə, edilən psixoloji müdaxilələr, uşaq haqqında valideynlərin müşahidəsi və s. kimi hallar aydınlaşdırılmalıdır. Uşaqlarla aparılan terapiyalar əsasən oyun şəraitində aparılması daha məqsədə uyğundur. Bəzi hallarda konsultasiyanın dayandırılması halları olur. Bəzi hallarda təcili çağırılmalar, yaxud seans gedişatında uşaqla konsultant arasında yaranan uyuşmazlıq kimi hallarda seanslar vaxtından əvvəl dayandırılır. Amma normal gedişatda müalicə prosesi plan uyğun verilən müddət çərçivəsində davam etdirilir. Klinik mü sahibə zamanı bəzən müqavimət özünü göstər bilər. Bu zaman xəstə çox vaxt öz problemi ətrafında danışmaz. Yaxud özündə olan problemi hiss etməyə bilər. Bu zaman mütəxəssis söhbətə başlamalı və bir başa xəstəliklə bağlı olmayan suallarla seansı başlamalıdır.

Terapiya müddəti ərzində seans müddətləri haqqında məlumat verilməlidir. Amma xəstəliyin gedişatına uyğun olaraq dəyişikliklər yarana bilər. İlk seans müddəti çox vaxt 20 dəqiqə olur. Bu mərhələ ilkin tanışlıq və problemi anlama, uşağı mühitə adaptasiya etmək üçündür. Bəzən bu müddət 50 dəqiqə də çəkə bilər. Qalan seanslarda isə 50 yaxud 40 dəqiqə müddətində seans yekunlaşmalıdır.

Klinik psixoloji müayinənin bir sıra vəzifələri vardır:

- Müayinə edilənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi;
- Pozuntuların diffensial diaqnostikası;
- Əlamətlərin təzahürlərinin qiymətləndirilməsi;
- Psixikanın müəyyən sahələrinin və şəxsi keyfiyyətlərin tədqiqi;
- Terapevtik proseslərin nəticələndirilməsi;
- Vəziyyətin dinamik müşahidəsi və müalicənin monitorinqi;
- Psixoterapevtik istiqamət.

Emosional proseslərin tədqiqi:

Emosiyalar insanın ətraf mühitə özünəməxsus formada münasibətidir. Müxtəlif hisslər, emosiyalar insanların predmentlərə, hadisələrə qarşı münasibətini ifadə edir. Hisslər özlüyündə sosial xarakter daşıyır. Emosiya və hisslərin xüsusiyyətləri tələbat, maraqlar, iradə, insanın xarakteri, onunun fəaliyyət motivindən asılı olur.

Sağlamlığı məhdud olan uşaqların şəxsiyyətinin inkişafının ləngiməsində ilk səbəb kimi tələbat və intellektual inkişafın spesifikliyi, həmçinin onun emosional xüsusiyyətləri olur.

Onlarda polyar emosiyalar xarakterikdir: onlar ya sevinir, ya kədərlənir, ya hər şeydən razı olur, yada ki, narazı. Əliliyi olan uşaqların emosiyaları öz dinamikasında xarici aləmin təsirlərinə qarşı qeyri-proporsional olurlar. Onların şəxsiyyət inkişafının ləngiməsi həm də eqosentrik emosiyaların

qiymətləndirilməsini təsir edir. Viqotski qeyd edirdi ki, anomaliyalı uşaqlarda emosiyaların inkişafından danışarkən, intellektual inkişafın ilkin mərhələsində onun affektdən az və ya çox dərəcədə vasitəsiz asıllığı müşahidə olunur. Rubinşetyn qeyd etmişdir ki, uşağın emosional həyatının aşağı formasından yuxarıya keçid ali hissələrin inkişafı affektlər və intellekt arasında münasibətdə dəyişikliklərlə əlaqəlidir.

Affektlər, güclü, coşqun vəziyyətlərdə və nisbətən qısamüddətli hiss şəklində davam edən geclü emosional reaksiyadır. Affektin özlüyündə iki növünü fərqləndirirlər: fizioloji və patoloji affekt. Bunları birbaşa tədqiq etmək üçün metodika yoxdur. Yalnız şəxsin emosional vəziyyətinə və davranışlarına əsasən hansı növü olduğu müəyyən edilir. Fizioloji affekt zamanı iradi prosesin ləngiməsinə, özünə-nəzarətin bir qədər azalmasına baxmayaraq, düşüncənin dərin dəyişikliyi və sonradan amneziya baş vermir. Patoloji affekt zamanı isə düşüncənin alatoranlıq vəziyyəti özünü göstərir, ətrafa bələdlik pozulur, fiziki və psixi yorulma halı yaşanır.

-Emosional-iradi sferanın tədqiqi testləri:

- Situativ gərginliyin qiymətləndirilməsi üçün sorğu (Spilberqer-Hanin metodikası): emosiyaların düzgün qiymətləndirilməsi üçün aparılır.

-Kalin metodikası: qıcıqlandırıcının təsir etdiyi şəraitdə verilən tapşırığı yerinə yetirmək üçün istifadə olunur. Cavablar 3 bənd üzrə hesablanır (tam yerinə yetirdi, qismən yerinə yetirdi, yerinə yetirmədi).

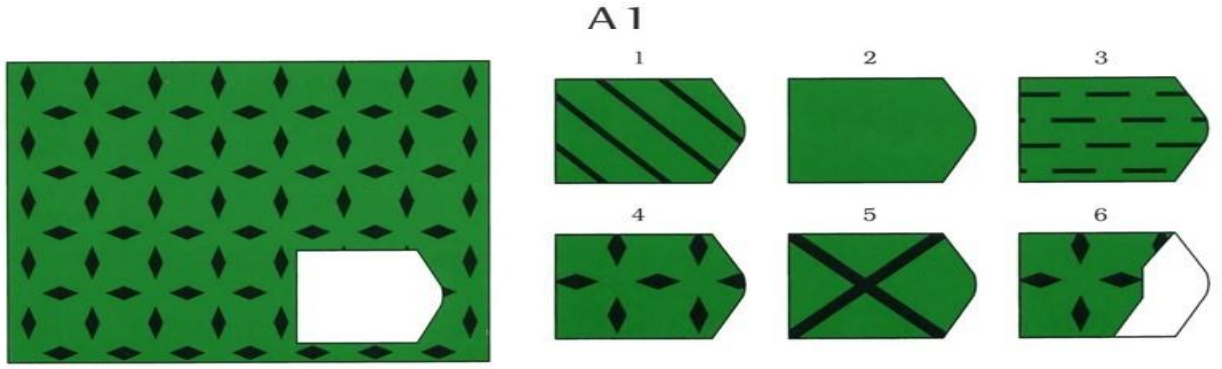
-Münasibətlərin rənglərlə qiymətləndirilməsi: emosional münasibətlərin xarakterinin öyrənilməsi. Hər bir verilən rəng müəyyən emosional vəziyyətlə bağlıdır.

-Hisslərin qiymətləndirilməsi metodikası: burada məqsəd anomaliya uşaqların tipik nisbətən gördükləri situasiyadakı emosional vəziyyəti necə qiymətləndirdiyini müəyyən etməkdir.

İntellektual sferanın tədqiqi:

İntellektual sferanın tədqiqi üçün müxtəlif testlərdən istifadə olunur. Burada əsasən sujetli şəkillər verilərək, oradakı hadisə haqqında məlumatlar öyrənilir. Məsələn: oradakı insanlar nə edir, hadisələrin ardıcılığını deyə bilərsənmi?. İQ –nü müəyyən etməkdən ötrü, uşaqlar üçün olan “Raven” testindən istifadə edə bilər. Metodika zamanı uşağa müxtəlif rəngli şəkillər verilir, oradakı olmayan hissəni tamamlamaq tapşırılır. Metodikanın tətbiqi zamanı uşağa istiqamətləndirici fikirlər demək olmaz.

Nümunə:



İQ müəyyən etmək üçün digər test Veksler metodikasıdır. 11 bəndən ibarət test sahəsində, ümumi bilik, düşüncə, söz ehtiyatı və s. kimi sferalar müəyyən edilir.

Qavrayış prosesinin tədqiqi:

Qavrayış zamanı konkret bir hissiyat üzvü deyil, bütün hissiyat üzvləri kompleks şəkildə fəaliyyət göstərir. Bu zaman cisim və hadisələrin bütün keyfiyyətlərinin inikası baş verir. Qavrayış pozuntuları aşağıdakılar aiddir:

Makropsiya-ətrafdakı cisimlərin ölçüsünü, real olanda daha böyük qavranılmasıdır.

Mikropsiya-əşyaların ölçüsünü real olandan daha kiçik qavranılmasıdır.

Dismeqalopsiya-əşyalar həcmcə deyil, formacada dəyişilmiş qavranılırlar.

İlluziyalar-real olan obyektə əlaqəli qavrayış pozuntusudur.

Halsünasiyalar-real olmayan obyektə əlaqəli qavrayış pozuntusudur.

Yalançı qavramalar müxtəlif olur: görmə, eşitmə, dad, qoxu ilə əlaqəlidir.

Təfəkkürün tədqiqi üsulları:

Təfəkkür prosesini tədqiqi üçün müxtəlif metodikalardan istifadə edilir. Əşyaların təsnifatı metodikası: ümumiləşdirmə və mücərrədləşdirmə proseslərinin tədqiqi üçün istifadə olunan metodikadır. Bu zaman tədqiq olunanın dediyi sözlərin ardıcılığı, məntiqiliyi, hərəkətlərinin istiqaməti, düşünülmüş olması və s. müşahidə edilir.

-Artıq əşyanın müəyyən edilməsi metodikası: Buna 4-cü artıqdır metodikası da deyirlər. Təhlil-tərkib, ümumiləşdirmə, müqayisə bacarıqlarının müəyyən edir. Material kimi 4 ədəd şəkilli bir kart verilir. Onlardan 3-ü müəyyən əlamətlərə görə oxşardır, digəri isə yox. Uşaqdan onu tapması istənilir. Bu zaman uşaqdan nəyə görə onların 3-nü bir qruplaşdırdığını, digərini artıq götürdüyünü soruşulmalıdır.

-Analogiyaların müəyyən edilməsi

Təfəkkür prosesinin 2 növ pozuntusu özünü göstərir: kəmiyyət və keyfiyyət. Kəmiyyət pozuntularına aşağıdakılar aiddir:

Təfəkkürün sürətlənməsi-fikirlərin axını, sürətli şəkildə bir-birini əvəz etməsi şəklində özünü göstərir.

Təfəkkürün ləngiməsi- bu zaman xəstələr çətinliklə danışır, fikirləri sanki tormozlanmış olur. Bəzən isə qeyd edirlərki, heç nə fikirlərinə gətirə bilmirlər.

Təfəkkürün patoloji müfəssərliyi- nitqin ləngiməsi, eyni zamanda uzunçuluğu ilə seçilir. Xəstələr söhbət zamanı sanki 3-cü şəxsin dili ilə danışirlar.

Təfəkkürün perseverasiyası-bu zaman xəstə verdiyi cavabları təkrar edir. Bəzən eyni söhbətləri təkrar edir.

Təfəkkürün steriotipliyi-eyni sözlərin və fikirlərin təkrar olunması kimi özünü göstərir.

Məntiqsiz təfəkkür- fikirlərin məntiqsizliyi, əlaqəsizliyi şəklində özünü göstərir.

Rezonyorluq- boş mühakimələr, mənasız sözlərdən ibarət nitqi ilə fərqlənir.

Autistik tip təfəkkür- şəxs sanki real aləmdən uzaqlaşır. Obyektiv təcrübəyə əsaslanmayan, dialektiv izaha tabe olmayan təfəkkür formasıdır.

Neologizm- bu zaman şəxslərdə xəstəliklə əlaqəli sözlər meydana çıxır. Hər hansı bir sözlə mövcud vəziyyətləri izah etmək istəyirlər.

Təfəkkürün ambivalentliyi- xəstə eyni vaxtda bir-birinə zidd fikirlərə malik olur.

Simvolik təfəkkür- normal mühakimələri simvolik fikirlərlə əlaqələndirir.

Təfəkkürün kəmiyyətə pozulması:

Sayıqlama ideyaları-psixi xəstəliklə əlaqəli yaranan, şəxs tərəfindən tənqidi münasibət bəslənilməyən əqli nəticələr formasında özünü göstərir

Sarışan ideyalar- şəxsin ideyasından asılı olmayaraq, şəxs tərəfindən tənqidi münasibət bəslənilən ideyalar, fikirlər və meyillər formasında təzahür edir.

Yüksək qiymətli ideyalar- real varlığa əsasən meydana gələn, yüksək emosional gərginliyə malik, düşüncədə üstün yer tutan mühakimələrdir.

Diqqətin tədqiqi:

Diqqət prosesinin pozuntularının aşağıdakılardır:

-Diqqətin davamsızlığı;

-Diqqətin ləngiməsi;

-Diqqətin durğunluğu;

-Diqqətin zəifləməsi;

-Patoloji diqqət;

-Diqqətin daralması;

İxtiyari diqqətin tədqiqi zamanı aşağıdakı göstəriciləri vardır:

-Klinik müşahidələrin nəticələri;

-Korrektor sınağın nəticələri;

- Krepelin sınağının nəticələri;
- Görmə diqqətinə aid sınağın nəticələri.

Korreksor sınaq testi: qeyri-ixtiyari formada yazılmış hərflərdən ibarət bir vərəqdır. Hər sətir üzrə “K” və “R” hərflərini müəyyən etmək tələb olunur. Bu test 10, 5, 3 dəqiqə müddətində tamamlanır.

Krepelin metodikası: alt-alta yazılmış rəqəmləri toplamalı, ilk onluğa düşəni yazmalıdır. Bu zaman onun iş sürəti, diqqətinin yayınması, 15 saniyə ərzində neçə tapşırıq etdiyinə fikir verilməli, diqqətin və işin tempi müəyyən edilməlidir. Bu proses eksperimentatorun stop deməsi ilə bitir.

Hafizənin tədqiqi:

Hafizə prosesinin tədqiqi zamanı aşağıdakı metodikalardan istifadə edilir:

Seriya sözlərin təkrar edilməsi- bu zaman şəxsə müəyyən sözlər verilir və onların təkrar edilməsi istənilir. Hər söz seriyasından sonra müəyyən vaxt verilir.

Görmə hafizəsinin tədqiqi üçün. 30saniyə ərzində xəstəyə şəkil göstərilir və sonra üstü örtülür, sonra xəstə yadda saxladıqlarının şəklin çəkir.

Tanıma proseslərinin tədqiqi: bu zaman xəstəyə müəyyən şəkillər təqdim olunur. Sonra başqa şəkil seriyası verilir və içərisində əvvəlki şəkilləri tapması istənilir.

Nitq prosesinin tədqiqi:

Nitq prosesinin tədqiqi üçün aşağıdakı üsullardan istifadə edilir:

Uşaqlara müxtəlif seriyalı şəkillər təqdim olunur. Sonra onlara burdakı proseslər barəsində suallar verilir.

Nitqin tədqiqi zamanı əşyaların adlandırılması üsulundan istifadə olunur. Bu zaman verilmiş sözlərin anlaması, sözlərin mənəsinin anlaması, məntiqi-grammatik ifadələrin anlaması və s. kimi sferalarla əlaqəli suallar verilir.

Mövzu 12. Sağlamlıq imkanları məhdud uşaqlarla keçirilən terapiyalar.
Psixoreabilitasiya və psixoprofilaktika tədbirləri

Plan:

- 1. Sağlamlıq imkanları məhdud olan uşaqlarla aparılan psixokorreksiya işləri**
- 2. Psixoterapiyalar**

Ədəbiyyat siyahısı:

Tibbi psixologiya və psixoterapiya-N.V.İsmayılov, F.N.İsmayılov

Uşaqların sosial şəxsiyyət kimi hazırlanması, erkən affektin inkişafın mürəkkəb proseslərinin təbiiliyindən asılıdır. Affektiv dezadaptasiyanın psixoloji korreksiyası üçün 2 istiqamət vardır:

-Ali şəxsi formalaşmanın yerinə yetirilməsi kimi və aşağı affektiv proseslərə təsir edən proses kimi;

-Uşaqlarda emosional pozuntuların korreksiyası şəraitində uşağın affektiv bazal sferasının xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

Bu zaman əsas metod kimi relaksasiya metodundan istifadə olunur. Bunun üçün autotreninqlər, davranış requlyasiyasından istifadə olunur. Uşağın psixi inkişafının pozulmalarının psixoloji korreksiyası onlarla emosional kontaktın yaradılmasından başlamalıdır. Bu sahədə aparılan praktik işlər iki istiqamətdə olmalıdır:

1. Uşağın öz yaxınları ilə emosional kontaktın inkişafı üçün adekvat olan affektiv mühit və münasibətin yaradılması;

2. Uşağın ünsiyyətinin daxili affektiv mexanizminin istiqamətlənmiş olması.

Sağlamlıq imkanları məhdud olan uşaqlar bəzən intellektin köməyi ilə öz hisslərini müvafiq konkret situasiyada korreksiya etmirlər. Amma belə bir fakt vardır ki, zəif iradəli uşaqlar öz əhatəsində tələbkar, qətiyyətli, öz sözünə sadıq insanlar görürsə, özü tədricən eyni xarakter əlamətlərini mənimsəyir. Burada uşağın əhatəsində olan insanların onlara qarşı olan davranışlarında müəyyən pozitiv keyfiyyətləri əks etdirməsi əsasdır. Zəif iradənin korreksiyası, iradənin inkişafı və möhkəmlənməsi ilk növbədə fiziki tərbiyədən başlamalıdır. Burada iradi oyunların keçirilməsi xüsusi əhəmiyyətlidir.

Bəzən bu uşaqların ailələri tərəfindən rədd edilməsi halları özünü göstərir. Bu aşağıdakı səbəblərlə əlaqəlidir:

-Ailədaxili sevgi əskikliyi;

-Ailə üzvlərinin kobud və aqressiv davranmaları;

-Uşaqların qayğısına qalmamaq və onlarla maraqlanmamaq və s.

Sağlamlıq imkanları məhdud övladları olan valideynlərin sosial dəstək proqramlarına qatılması mühümdür, çünki bu proqramlar sahəsində onlar həm övladları ilə necə rəftar edəcəklərini, onların keçirdiyi hissləri, nələr istədiklərini, onların xəstəlikləri barəsində daha geniş məlumatlar əldə edirlər. Valideynlərin qrup terapiyalarına gəlməsi, gündəlik qarşılaşdıqları problemlə necə rəftar etməsi baxımından əhəmiyyətlidir. Burada xəstəlik barəsində müxtəlif yanaşmalar əldə edirlər və bunlar onların övladları ilə olan ünsiyyətləri baxımından əlverişli olur.

Oyun terapiyası:

Uşaqlarla aparılan terapiyalarının içərisində oyun terapiyası mühüm yer tutur. Uşaqlar oyun zamanı onu necə başlaması, necə bitməsi haqqında özlərinə hesabat vermirlər. Oyun terapiyaları fərd mərkəzli, psixoanalitik istiqamətli olur.

Fərd mərkəzli oyun terapiyalarında ilk seans gedişatında müxətəssisin daha aktiv rola malik olur. Lakin sonrakı, seanslarda uşaq ön plana keçir. Uşaqlar məhdudlaşdırılmayan, onların istəklərinə uyğun bir terapiyaya daxil olurlar. Burada əsas məqsəd uşaqlarda pozitiv yöndə dəyişikliyin əldə edilməsidir.

Psixoanalitik istiqamətli oyun terapiyalarında isə seans gedişatında uşağın arzu və istəklərini ifadə etməsi əsas götürülür. Uşaqlar oynaya oynaya, yaxud şəkil çəkərək, öz hisslərini ifadə edirlər. Gerçək həyatda baş verən hadisələri onlar bu yolla ifadə edirlər. Vundt qeyd etmişdir ki, oyun uşaqların zövq alması üçün əsasdır. Oyun onların sevərək etdikləri işdir və onların həyatının bir hissəsidir.

Z.Freyd oyunu şüuraltı mexanizmləri ilə əlaqələndirmişdir. Oyunlar vasitəsilə basdırılmış hisslər real həyatda öz əksini tapır.

Viqostki qeyd etmişdir ki, oyun uşaqlar üçün yeni şeylərin kəşfidir. Uşaqlar real həyatla bağlı xatirələrini oyunda əks etdirirlər.

Hər bir insanın fiziki, zehni və yaxud müəyyən problemlərə malik ola bilər.

Musiqi terapiyası:

Musiqi terapiyası hələ qədim zamanlardan bəri istifadə olunur. Antik yunanlardan sonra, misirdə və sonrada avropada çox məşurlaşmışdır. Davranış musiqi terapiyası Madsen tərəfindən musiqi terapiyanın insanların davranışlarına təsir etdiyi müəyyənləşdirmişdir. Bu terapiyanın əsas məqsədi musiqi vasitəsilə insanın davranışlarına nəzarət etməsi, bu hərəkətlərini analiz etməsi və musiqi vasitəsilə daha yaxşı həll yolu tapmasıdır. Musiqi terapiyasında əsas vasitə müxtəlif musiqi alətləridir. 1970-ci ildə musiqiçi və psixoterapevt H.Bonny tərəfindən inkişaf etdirilmiş musiqi terapiyasında, əsasən klassik musiqinin istifadə edilmişdir və bu terapiya üsulunda basdırılmış fikirlərin ortaya çıxarılmasına nail olmuşdur. Terapiya şəxsin uzanlı vəziyyətdə gözləri bağlı hər hansı bir rəsmi

təsəvvür edərək, öz fikirlərini və problemlərini izah etməsi ilə başlayır. Əsasən qərb ölkələrində geniş yayılan bu metod, 25-30 dəqiqə davam edir. Bu zaman psixoterapevt şəxsə suallar verməklə ya həlledici məqamlara gəlir yada bütün proses haqqında daha geniş məlumat toplayır. Şəxsi narahat edən fikirlərin, hisslərin ortaya çıxarmaq olur. Sonra seans gedişatında verilmiş texnikalarla bunu aradan qaldırmağa kömək olurlar.

Qrup terapiyası:

Qrup terapiyalarının əsas tələbləri aşağıdakılardır:

1. Hər bir qrup üzvünün həmin qrupa daxil olduğunu dərk etməsi;
2. Qrup üzvləri arasında müvafiq emosional-psixoloji əlaqənin olması;
3. Qrup üzvlərinin əksəriyyətinin qəbul etdiyi norma və tələblərə hər kəsin riayət etməsi.

Qruplar iki yerə bölünür: böyük və kiçik qruplar. Burada əsas məqsəd sayə görə bölgüdür. Böyük qruplarda əsasən 12-30 nəfərdək, kiçik qruplarda 3-10 nəfərdək. Terapiya müddəti həftədə 1 yaxud 2 dəfə olmalı və 1 saat müddətində davam etməlidir. Pasientlərin bu terapiyaya seçilməsi zamanı psixoterapevt hər xəstənin anamnezini təhlil etməlidir. Əvvəlcə fərdi konsultasiyalar almış insanların sonradan qrup terapiyasına daxil olması daha məsləhətdir. Çünki, bəzən onlar qrup içərisində öz problemlərini ifadə edə bilmirlər, qrup daxili uyuşmazlıq halları yaranır. Uşaqlarda bu zaman tez-tez narahatlıq baş verir, otağı vaxtından əvvəl tərk etmək istəyirlər. Terapiya gətirilmiş uşaqların xəstəlikləri və yaş həddləri əvvəlcədən müəyyən edilməlidir. Burada uşaqlara yönəldici suallar əvvəl verilir, terapiyanın gedişatında onların etdikləri işlərlə yaxud dedikləri fikirlərə uyğun suallar verilir. Burada uşaqlarla müəyyən oyunların keçirilməsi, onlara tapşırıqların verilməsi onlar üçün terapiyanı daha maraqlı edir.

Koqnitiv-bihevioral terapiya:

Koqnitiv-bihevioral terapiya konkret məqsədlərə nail olmaq üçün qısa müddətli terapiya üsullarından biridir. Müalicə prosesində aşağıdakılara əməl edilməlidir:

1. Xəstəliyin əmələgəlmə mexanizminə;
2. Xəstəlik əlamətlərinin şəxsin psixoloji vəziyyəti ilə əlaqəsinə;
3. Əldə edilən məlumatlara əsasən terapiyanın texnikaları müəyyən edilir.

Terapiya müddəti 60 dəqiqə müddətindədir. İlk seans zamanı bu müddət bir qədər qısa ola bilər. Xəstəyə problemlə əlaqəli müəyyən suallar verilir. Bu terapiya qorxular, depressiya, davranış pozuntuları və s. zamanı isitfadə olunur. Xəstənin özünün fəallığı, optimist əhval-ruhiyyəsi müalicə prosesinə müsbət təsir göstərir. Uşaqlarla keçirilən koqnitiv-bihevioral terapiya əsasən uşaqlarda aqressivlik, depressiya kimi hisslərin mövcudluğu olduğu zaman keçirilməsi

məsləhət bilinir. Terapiyanın müddəti yetkinlərlə aparılan terapiyanın müddəti ilə eynidir. Burada əsas məqsəd aktiv şəkildə terapiyanın aparılmasıdır və uşağa ev tapşırıqlarının verilməsi lazımdır. Çünki uşaqlarda olan bəzi problemlər həll edilməsi üçün təkə, seans zamanı mütəxəssis tərəfindən verilən dəstək tək deyildə, evdə müəyyən proqram əsasında edilən tapşırıqlarda bunun həllində mühüm rolu vardır. Uşaqlar terapiyaya əsasən öz istəkləri ilə gəlmirlər, ona görə də ilk seans vaxtı valideynlədə danışıqların aparılması gərəklidir.

Autogen məşqlər:

Autogen məşqlər sağlamlığın, əhval-ruhiyyənin psixoloji özünütənzimləmə üsuludur. Autogen məşqlər 3 vəziyyətdə həyata keçirilir:

Oturaq vəziyyət

Yarımoturaq vəziyyət

Uzanmış vəziyyətdə

Autogen məşqlər gün ərzində 3 dəfə keçirilə bilər. Uşaqlarla aparılan autogen məşqlər müxtəlif texnikalardan ibarətdir. Burada onlarla oyunlar şəklində nəfəs terapiyalarının keçirilməsi daha məsləhətdir.