



AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
TƏHSİL NAZİRLİYİ



Layihə Avropa İttifaqı
tərəfindən maliyyələşdirilir



TƏHSİL İNSTİTUTU
Azərbaycan Respublikasının Təhsil İnstitutu

İxtisasın adı: Korreksiyaedici pedaqoq



DİAQNOSTİKA İŞLƏRİNİN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ

Bakı 2020



Bu modul dərs vəsaiti Avropa İttifaqının texniki yardımı  r vəsində Azərbaycan Respublikasının Təhsil Nazirliyini dəstəkləmək  c n “Azərbaycanda Milli Kvalifikasiya  r v sinin İcrasına Dəstək” (EuropeAid/138339/DH/SER/AZ) layihəsi tərəfindən hazırlanmıřdır. Modulda ifadə olunan fikirlər v  məlumatlara görə Avropa İttifaqı, Azərbaycan Respublikasının Təhsil Nazirliyi və Təhsil İnstitutu məsuliyyət dařımır.

Modul dərs vəsaiti müvafiq təhsil proqramları (kurikulumlar)  zr  bilik və bacarıqların verilməsi məqsədilə hazırlanmıřdır və ali təhsil səviyyəsində müvafiq modulların tədrisi  c n tövsiyə edilir. Modul dərs vəsaitinin istifadəsi  d niřsizdir və kommersiya məqsədi ilə satışı qadağandır.

Müəlliflər: Nailə Hüseynova, Lalə İmanova

Modul üzrə məsləhətçi: Mehpar  Əhmədova

  Bakı – 2020

Modulda ifadə olunan fikirlər müəllifə aiddir, istifadə olunmuş fotolar açıq mənbələrdən g t r lm řd r. Antiplagiat v  digər t dqiqtat etikasının tələblərinin təmin olunması modul müəlliflərinin məsuliyyətidir.

MÜNDƏRİCAT

ƏSAS ANLAYIŞLAR	7
GİRİŞ	11
MODULUN SPESİFİKASIYASI	12
TƏLİM NƏTİCƏSİ 1: SAĞLAMLIQ İMKANLARI MƏHDUD OLAN ŞƏXSLƏRİN (SİMŞ-İN) DİAQNOSTİKASINI PLANLAŞDIRMAQ	13
1.1. Şəxsin psixo-fizioloji vəziyyəti ilə bağlı səmərəli fərdi müayinə planı tərtib edir.....	14
Tələbələr üçün fəaliyyətlər.....	52
Qiymətləndirmə.....	61
1.2. Diaqnostika üçün alət və avadanlıqların növünü prosedurlara uyğun müəyyən edir	63
1.2.1. Nitqində pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikasına (pedaqoji-psixoloji) aid materialların müəyyən edilməsi.....	63
1.2.2. Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikası (pedaqoji-psixoloji) üçün resursların müəyyən edilməsi.....	66
1.2.3. Görmə pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikası (pedaqoji-psixoloji) üçün cihaz və alətlərin müəyyən edilməsi.....	72
1.2.4. Dayaq-hərəkət sistemində pozulmaları olan şəxslərin erkən diaqnostikasına (pedaqoji-psixoloji) aid resursların müəyyən edilməsi.....	78
1.2.5. Autistik spektr və davranış pozulmaları olan uşaqların (pedaqoji-psixoloji) diaqnostikası üçün resursların müəyyən edilməsi.....	89
1.2.6. Emosional-iradi və kompleks pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikasına (pedaqoji-psixoloji) aid materialların müəyyən edilməsi.....	94
1.2.7. Psixi inkişafında ləngiməsi olan şəxslərin diaqnostikasına (pedaqoji-psixoloji) aid materialların müəyyən edilməsi.....	95
1.2.8. İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin (pedaqoji-psixoloji) diaqnostikasına uyğun metodikaların seçilməsi.....	98
Tələbələr üçün fəaliyyətlər.....	109
Qiymətləndirmə.....	112
1.3. Verilən vaxt müddətində diaqnostikası üçün lazım alət və avadanlıqların işlək olmasını təmin edir.....	115
Tələbələr üçün fəaliyyətlər.....	117
Qiymətləndirmə.....	118

TƏLİM NƏTİCƏSİ 2: SİMŞ-NİN DİAQNOTİKASI İŞİNİ HƏYATA KEÇİRMƏK.....	119
2.1. Şəxsin nitq aparatının anatomik-fizioloji quruluşunun patologiyalarını müəyyən edir	120
2.1.1. Nitq aparatının anatomik-fizioloji quruluşu və patologiyaları	120
2.1.2. Başqa nitq qüsurları zamanı nitq aparatının anatomik- fizioloji patologiyaları	130
Tələbələr üçün fəaliyyətlər.....	133
Qiymətləndirmə	134
2.2. SİMŞ-nin problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsini müvafiq meyarlar əsasında müəyyən edir	135
2.2.1. Atipik şəxslərin erkən diaqnostikasının metodoloji əsasları.....	135
2.2.2. Nitq pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi.....	151
2.2.3. Eşitmə pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi.....	213
2.2.4. Görmə problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	232
2.2.5. Dayaq-hərəkət problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	252
2.2.6. Autizm spektr pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	262
2.2.7. Davranış pozulmaların forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	277
2.2.8. Kompleks pozulmaların forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	282
2.2.9. Emosional-iradi sferanın pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi.....	285
2.2.10. İntellektual pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi... ..	292
2.2.11. Psixi inkişafın ləngiməsinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi ..	305
Tələbələr üçün fəaliyyətlər.....	321
Qiymətləndirmə	330
CAVANLAR.....	338
ƏDƏBİYYAT SİYAHISI.....	339

ƏSAS ANLAYIŞLAR

Affekt – emosional hisslərdən biri: güclü, həyəcanlı, lakin qısa zaman sürən bir hiss (sevinc, kədər, qorxu, hirs). emosional vəziyyətin bir növü, qısa müddətli güclü hisslərin keçirilməsi.

Afaziya – (yun. “a” – mənfə, “phasis” – nitq) – baş beynin lokal zədələnməsi nəticəsində əvvəlcədən formalaşmış nitqin tam və ya natamam itirilməsidir. afaziyanın 2 forması qeyd olunur: motor və sensor.

Afoniya – səsə tamamilə olmaması. səs bükümlərinin əyilməsi nəticəsində yaranır, bu zaman hava axını ağız boşluğunda itir.

Alaliya – bətin daxili və uşağın ilk yaş dövründə baş beyni qabığının sahələrinin üzvü zədələnməsi nəticəsində nitqin olmaması və ya inkişafsızlığı.

Analizatorlar – ali canlılarda olan həssas refleks (qıcıqlanma) prosesi analiz edən mürəkkəb sinir və əsəb mexanizmi. bütün analizatorlar qəbuledici cihaz adlanan reseptorlardan ibarətdir. analizatorlara bütün hissiyat orqanları aiddir (görmə, eşitmə və s.). daxili və xarici mühitdən gələn qıcıqlandırıcıların qəbulunu və analizini təmin edən mürəkkəb sinir mexanizmləri.

Artikulyasiya – nitqdə səslərin tələffüzü ilə bağlı olaraq hecalar, sözlər əmələ gətirən nitq orqanlarının (dil, dodaq, damaq, səs telləri) fəaliyyəti. artikulyasiyanın pozulması nəticəsində nitqdə müxtəlif qüsurlar yaranır.

ASF – ali sinir funksiyaları.

Atipik inkişaf (anomaliya) – normadan kənar inkişaf.

Atipik uşaqlar – normal fiziki və psixi inkişafdan geri qalan uşaqlar.

Autizm – uşağın reallıqdan ayrılması, reaksiyalara cavab verməməsi, xarici təsirlərə cavabsızlığı və ətraf mühitlə əlaqənin passivliyi deməkdir. qapalıq, daxili həyəcanlara qərq olunma, psixi pozulma əlamətidir.

Bradilaliya – (yunan sözüdür, “bradys” - zəif, “laliya” – nitq deməkdir) patoloji ləng nitq tempidir. nitq tempinin pozulmalarına aiddir: bradifraziya, bradiartriya, bradilogiya. bradilaliya ayrıca nitq tempinin pozulması ola bilər, eyni zamanda bir çox psixi xəstəliklərdə müşahidə olunur: oliqofreniya, distrofik və orqanik zədələnmələrdə baş beynin zədələnməsi və şişlərində daha çox olur. adətən bu xəstəlik fleqmatiklərdə, ləng hərəkət edən şəxslərdə olur.

Brayl əlifbası – 1821-ci ildə luis brayl tərəfindən ciddi görmə problemlili insanların oxuyub-yazması üçün tərtib edilən əlifba. nöqtə-relyef işarə əlifbası. görmə pozulmaları olan şəxslərin təhsilində istifadə edilən əlifba sistemidir.

Dayaq-hərəkət sisteminin pozulmaları – baş beynin üzvü zədələnməsi nəticəsində hərəkət mərkəzləri zədələnməsi. nəticədə sümük-əzələ sisteminin tam və ya natamam pozulması baş verir.

Daktilologiya – daktil nitq, əl əlifbası, daktil işarələr. savadlı kar şəxslərin əl əlifbası vasitəsilə ünsiyyət. hərfləri əvəz etdiyindən daktildə bu və ya digər dilin əlifbasında hərflərin olduğu qədər işarə var.

Differensial diaqnostika – hər hansı bir patoloji vəziyyətin pozulma mexanizminin öyrənilməsi üçün aparılan müqayisə sistemidir. differensial diaqnostika korreksiya işinin düzgün planlaşdırılması üçün zəruri prosesdir.

Dislaliya – (“*dys*” – pozğunluq, nöqsan, “*laliya*” - niq) – normal eşitmə və nitq aparatının innervasiyası ilə şərtlənən nitqin səs tələffüzünün pozulmasıdır. displaliyanın mexaniki və funksional formaları olur.

Disqrafiya – (yun. “*dys*”- pozulma, “*grapho*” - yazıram) – yazı prosesinin natamam spesifik pozulması.

Disleksiya – (“*dys*” – nöqsan, “*leqo*” – oxuyuram) – ali psixi funksiyaların pozulması ilə şərtlənən oxu prosesinin natamam spesifik pozulmasıdır.

Dizartriya – (yun. “*dys*” – pozulma, hissəcik, “*arthon*” – birləşmə) – nitq aparatının innervasiyasının üzvü çatışmazlığı ilə şərtlənən, nitqin tələffüz tərəfinin pozulmasıdır.

Dizontogenez – ontogenezin hər hansı bir mərhələsində, orqanizmin inkişaf pozulmasıdır.

Demensiya – (latınca “*dementia*” – ağızsızlıq, dəlilik) – ağıl zəifliyi, dərkətmə zəifliyi, hafizə və kritikanın enməsi, emosiya gərginliyi.

Ensefalit - (“*enkephalos*” - beyin) – baş beyinin iltihabı – infeksiya xəstəlikdir.

Epilepsiya – sinir-psixi xəstəlik, periodik təkrar olunan tutmalarla ifadə olunur, psixi pozğunluqlarla xarakterikdir, bəzi hallarda əqli fəaliyyətin aşağı enməsi, düşməsi ilə özünü göstərir.

Erkən diaqnostika – uşağın inkişafdan geri qalmasının və ya inkişafdan geri qalmaq riskinin mümkün qədər tez aşkarlanması, uşağa və onun ailəsinə erkən olaraq ixtisaslaşmış, psixoloji-tibbi-pedaqoji, sosial və s. yardımın göstərilməsi.

Ffi – fonetik-fonematik inkişafsızlıq.

İnfantilizm – (lat. “*infantilis*” - uşaq) orqanizmin inkişafında ləngimə (psixi quruluşda və davranışda).

Jest dili – jest dilindən (əl işarələri) istifadə edilən özünəməxsus, mürəkkəb ünsiyyət sistemidir. jest dili eşitmə pozulmaları olan şəxslərin ünsiyyət və təhsil vasitəsidir.

Kompleks pozulmalar – inkişafında bir neçə patoloji vəziyyətlərin toplusu olan pozulmalar (lal-kar, əqli gerilikli nitqi qüsurlu və s.).

Korreksiya pedaqogikası (xüsusi pedaqogika, defektologiya) – pedaqogikanın tərkib hissəsidir, onun bir qoludur, fiziki və psixi inkişafında çatışmazlıqları olan, təhsili adi pedaqoji şəraitdə, ümumpedaqoji metod və vasitələrlə çətinliklə həyata keçirilən və yaxud

mümkün olmayan şəxslərin xüsusi təhsilinin və tərbiyəsinin nəzəri və tətbiqi aspektlərini öyrənən elm.

Kəküləmə – nitq aparatının qıç olması nəticəsində nitqin tempo-ritmik tərəfinin pozulması (loqonevroz).

Loqopediya - (“loqos” – söz, “paideo” – tərbiyə) – nitq pozulmaları olan şəxslərin xüsusi təlim və təhsili problemlərin aradan qaldırılması və qarşısının alınması məsələləri ilə məşğul olan elm sahəsi.

Nitqin ümumi inkişafdan qalması – nitq sisteminin səs və məna tərəflərinin bütün komponentlərinin formalaşmasının pozulması.

Oliqofrenopedaqogika – intellektual pozulmaları, psixi inkişafında ləngiməsi olan şəxslərin təlimi, tərbiyəsi və inkişafı problemlərini tədqiq edən elm sahəsi.

Oliqofreniya – (“oliqos” - az, “phren” - ağıl) ruhi xəstəlik deyil, patoloji hal. özünü normal psixi və fiziki proseslərin pozulması ilə biruzə verir. belə insanlarda real varlığın dəyişmiş formada qavranılması, əhval-ruhiyyənin qeyri-adi hal dəyişməsi və s. əlamətləri müşahidə olunur.

Psixodiaqnostika – praktik psixologiyanın fərdin psixi inkişaf səviyyəsi, xüsusiyyətlərini dəqiq qiymətləndirmək üçün metodologiya və metodlar sistemini nəzəri cəhətdən işləyib hazırlayan xüsusi sahəsi. psixodiaqnostik baxımdan qiymətləndirmə obyektinə psixologiyanın öyrəndiyi bütün fakt və hadisələr-duyğulardan başlamış insanların ünsiyyəti və qarşılıqlı münasibətlərində təzahür edən mürəkkəb sosial-psixi proseslərdə hər bir psixi proses, xassə və funksiyalar daxildir.

Psixi dizontogenez – psixi funksiyaların yetişmə prosesinin tempinin, ritminin və ardıcılığının dəyişməsi ilə şərtlənən psixi inkişafın patologiyası.

Psixi funksiyalar – baş beynin sahələrinin birgə fəaliyyəti sayəsində həyata keçirilən funksional sistem.

Psixi inkişafın ləngiməsi – psixi inkişafda müvəqqəti ləngimənin yaranması.

Rinolaliya – (yun. “rinos” – burun, “lalia” - nitq) nitq aparatının anatomik-fizioloji qüsurları ilə şərtlənən səsin tembrinin və səs tələffüzünün pozulması.

Sağlamlıq imkanları məhdud olan şəxslər – fiziki çatışmazlıqları olan kəslərdir ki, onlara təhsil proqramlarının mənimsədilməsi xüsusi şərait olmadan mümkün deyil.

Sensor pozulmalar – sensor funksiyaların (görmə və eşitmə) pozulmaları. sensor pozulmalar olan uşaqlar öz tipik həmyaşlarından həm fiziki, həm də psixi inkişaf cəhətdən fərqlənirlər.

Surdopedaqogika – müxtəlif eşitmə pozulmaları olan şəxslərin təlimi, tərbiyəsi, inkişafı, korreksiyası və kompensasiyası problemlərini araşdıran elm sahəsi.

Şizofreniya – psixi xəstəlik, şəxsiyyətin kəskin dərin dəyişikliyi ilə xarakterizə olunur.

Taxilaliya - (yunan sözündən “tachus” - tez və “laliu” - nitq) - patoloji sürətləndirilmiş nitq tempi. nitq tempinin pozulmalarına aiddir.

Tiflopedaqogika - görmə pozulmaları olan şəxslərin təlim, təhsil və korreksiyasını öyrənən elm sahəsi.

Uşaq serebral iflici - formalaşmamış beynin xəstəliyi, müxtəlif mənfi amillərin təsiri nəticəsində yaranır.

GİRİŞ

Hörmətli oxucu!

Bu modul təhsilalanlara xüsusi və inklüziv təhsil alan SİMŞ-in diaqnostikasını planlaşdırmaq və müayinəsini keçirtmək üçün baza bilikləri verməlidir.

Diaqnostika üçün SİMŞ-in hər kateqoriyasına uyğun (sağlamlıq imkanlarında olan məhdudiyətlər: nitq, eşitmə, görmə, dayaq-hərəkət sistemi, autistik spektr və davranış pozulmaları, somatik, emosional-iradi və kompleks pozulmalar, intellektual məhdudiyətlər, psixi inkişaf ləngiməsi) psixoloq-pedaqoji xüsusiyyətlərini mənimsənilməlidir.

Bu modul korreksiya pedaqoqu ixtisasına uyğun gələcək müəllimlərin peşəkar səriştələrinin inkişafını təmin etmək məqsədi ilə hazırlanmışdır. Modulda xüsusi təhsilin dövlət standartının tələbləri nəzərə alınaraq çoxkomponentli təhsil mühitinin hazırlanmasında təhsilalanların bacarıqlarını inkişaf etdirmək üçün tələbə fəaliyyəti və müvafiq qiymətləndirmələr verilmişdir. Modulu uğurla bitirən tələbə bir çox bacarıqlar əldə etmiş olacaq.

Modul 2 təlim nəticəsindən ibarətdir. Hər bir təlim nəticəsi üzrə qiymətləndirmə meyarlarının məzmunu açıqlanmış, verilən məzmunun möhkəmləndirilməsi üçün "Tələbələr üçün fəaliyyətlər" və təhsilalanın məzmunu hansı səviyyədə qavradığını qiymətləndirmək üçün "Qiymətləndirmə" bölməsi verilmişdir.

Birinci təlim nəticəsi sağlamlıq imkanları məhdud olan şəxslərin (SİMŞ-nin) diaqnoz nümunəsini planlaşdırmağı əks etdirir.

İkinci təlim nəticəsi SİMŞ-nin diaqnoz nümunəsini necə həyata keçirməsini əks etdirir.

Əziz təhsilalanlar! Unutmayın ki, gələcək fəaliyyətinizin yüksək səviyyədə qurulmasının əsası, sizə təqdim edilən materialların həm nəzəri, həm də praktiki mənimsənilməsindən çox asılıdır.

MODULUN SPESİFİKASIYASI

Modulun adı:	Diaqnostika işlərinin həyata keçirilməsi
Modulun kodu:	SS-2020-27
Modulun ümumi məqsədi:	<i>Bu modulu tamamladıqdan sonra təhsilalan diaqnostika üçün düzgün alət və avadanlıqlarını müəyyən edərək SİMŞ-lərin diaqnoz planını hazırlamağı və həyata keçirməyi bacaracaqdır.</i>
Təlim (öyrənmə) nəticələri	Qiymətləndirmə meyarları
1. Sağlamlıq imkanları məhdud olan şəxslərin (SİMŞ-nin) diaqnoz nümunəsini planlaşdırmaq	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Şəxsin psixo-fizioloji vəziyyəti ilə bağlı səmərəli fərdi müayinə planı tərtib edir; ➤ Diaqnostika üçün alət və avadanlıqları prosedura uyğun müəyyən edir; ➤ Diaqnostika üçün lazım olan alət və avadanlıqların istifadəyə yararlı olmasını təsvir edir.
2. SİMŞ-nin diaqnoz nümunəsini həyata keçirmək	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Şəxsin nitq aparatının anatomik-fizioloji quruluşunun patologiyalarını müəyyən edir; ➤ Pozulmalara uyğun kompleks və sistemli iş aparmaqla SİMŞ-nin problemlərinin aradan qaldırılması işlərini həyata keçirir: (meyarlar – sağlamlıq imkanlarında olan məhdudiyyətlər: nitq, eşitmə, görmə, dayaq-hərəkət sistemi, autistik spektr və davranış pozulmaları, somatik, emosional-iradi və kompleks pozulmalar, intellektual məhdudiyyətlər, psixi inkişaf ləngiməsi).

TƏLİM NƏTİCƏSİ 1

SAĞLAMLIQ İMKANLARI
MƏHDUD OLAN ŞƏXSLƏRİN
(SİMŞ-İN) DİAQNOSTİKASINI
PLANLAŞDIRMAQ

1.1. Şəxsin psixo-fizioloji vəziyyəti ilə bağlı səmərəli fərdi müayinə planı tərtib edir

Müasir zamanda, bütün dünyada inkişafında problemləri olan yeni doğulmuş uşaqların sayının artması inkaredilməz bir faktdır. Bu məsələ Azərbaycan üçün də çox aktualdır və məhz bu fakt psixi inkişafda olan problemlərin erkən aşkarlanmasını günün ən vacib həm nəzəri, həm də praktik məsələsinə çevirir.

SİMŞ-lərin müayinəsində hazırlıq

Diaqnostika kompleks xarakter daşıyır, yəni onun keçirilməsi zamanı pediatriya, psixonevrologiya, tibbi genetika, laborator müayinələr və psixoloji, pedaqoji, loqopedik müayinələrin nəticələri nəzərə alınır. Vacib məsələlərdən biri də mərkəzi sinir mexanizmlərinin pozulması, ilkin və ikincili defektlərin müəyyən edilməsidir.

SİM uşaqların psixoloji-pedaqoji müayinəsinin ilkin mərhələsini həkimlər tərəfindən aparılan müayinə təşkil edir (psixonevroloq, pediatr, oftalmoloq, audioloq və s.). Bu müayinə xəstəliyin anamnezindən (sənədlərin təhlili, valideynlərlə söhbət əsasında), ailə anamnezindən (uşağın ailə üzvləri, irsi xəstəliklər, valideynlərin səhhəti, iş yeri, zərərli vərdisləri, ailənin məişət şəraiti və s. haqqında məlumatlar) və uşağın şəxsi anamnezindən (hamiləlik necə keçib, hansı xəstəliklər keçirilib bu zaman, doğuş necə keçib, doğuş zamanı patologiya olubmu, uşaq necə inkişaf edib, hansı xəstəliklər keçirib və s.) ibarətdir. Bundan başqa uşaq müayinə ərəfəsində kiminlə yaşayıb və tərbiyə olunub, evdə, uşaq müəssisəsində və ya məktəbdə korreksion-pedaqoji kömək alıb, ya yox və s. suallar öz cavabını tapmalıdır.

Tibbi cəhətdən hərtərəfli müayinə olunmuş uşaq korreksiya pedaqoqu tərəfindən də müayinə olunur. Qeyd edək ki, müəllim artıq bir-iki ay birinci sinifdə oxuyan uşaqlarda bu və ya digər təlimlə bağlı çətinlikləri görür və onlarla fəal iş yolları axtarmağa başlayır. Bu zaman korreksiya pedaqoqu və məktəb psixoloqu tərəfindən ilkin müayinə aparılır və müəllimə kömək kimi belə uşaqla işləmək üçün fərdi proqram tərtib olunur. Təkrar müayinə tədris ilinin sonunda keçirilir.

Əgər diaqnozun təşxis edilməsində fikir ayrılığı varsa, onda 8-10 belə uşağdan ibarət diaqnostik qrup yaradılır və onlarla ayrıca dərslər keçirilir. Bu dərslərdə müəllimlər, psixoloq, loqoped və korreksiya pedaqoqları uşaqların dərkətmə fəaliyyəti ilə yanaşı həm də uşaqların psixikasını, emosional-iradi sahəsini və s. xüsusiyyətlərini öyrənir. Belə qruplar 10-12 gün fəaliyyət göstərir. Dərslərdə uşaqlarla maksimal dərəcədə fərdi məşğul olurlar, əmək, yapma və rəsm dərslərindən, ekskursiyalardan istifadə edirlər. Oyun formasında keçirilən dərslərdə müəyyən qədər məlumat verir.

Aşağıda verilən Cədvəl 1.1-də təhsil müəssisəsində sağlamlıq imkanları məhdud uşaqların müayinəsinin məzmunu və metodları öz əksini tapıb:

Məzmunu	Metodlar
I. Uşaq haqqında ümumi məlumatlar. Adı, soyadı, təvəllüdü. Xüsusi təhsil müəssisəsinə qəbul olma tarixi. Qəbul olunanadək hansı təhsil müəssisələrində təlim-tərbiyə alıb, neçə il müddətində.	Sənədlərin öyrənilməsi

Məzmunu	Metodlar
II. İnkişaf tarixi. Valideynlərin səhhətinin vəziyyəti. Hamiləliyin gedişi, doğuşun vaxtın a olub olmaması və gedişi. Uşağın erkən inkişafının xüsusiyyətləri, keçir iyi xəstəliklər və travmalar.	Valideynlərlə söhbət. Sənədlərin öyrənilməsi
III. Ailə: ailənin tərkibi, ailədəki münasibətlər, maddi şərait, valideynlərin peşəsi, ailədə uşağa olan münasibət.	Ailə ilə tanışlıq. Valideynlərlə söhbət
IV. Uşağın fiziki vəziyyəti. Fiziki inkişafın xüsusiyyətləri (hərəkətlərin məhdudluğu, parez və paraliçlər, stereotip hərəkətlər, jestlər, mimika və s.). Fəallığın xüsusiyyətləri (tez yorulur). Təhsil müəssisəsinin rejiminə və qaydalarına riayət edə bilmir və s.).	Müşahidə (oyun və məşğələ zamanı). Tibbi müayinə
V. Dərketmə fəaliyyətinin xüsusiyyətləri:	Tibbi sənədlərin öyrənilməsi. Xüsusi müayinələr
1. Hissiyat orqanlarının vəziyyəti (görmə, eşitmə, dad və qoxu, taktil).	
2. Nitqin xüsusiyyətləri. Rabitəli nitqə malikdirmi, nitqi qüsurları, onların xarakteri. Cümlə qurma, nitqin qrammatik quruluşu, lüğət ehtiyatı. Şifahi və yazılı nitqin başa düşülməsi.	Uşağın nitqini müşahidə etmək, onunla söhbət aparmaq. Loqopedik müayinə. Yazı dəftərlərin yoxlanması
3. Diqqətin xüsusiyyətləri. Diqqəti cəlb etmək asandır ya yox, diqqətin dayanıqlığı, bir fəaliyyət növündən o birinə keçid.	Dərs vaxtı və dərsdankənar müşahidələr
4. Mənimsəmənin və qəbul edilmiş informasiyanın dərk edilməsi. Ətrafda baş verənləri başa düşür ya yox; adi əşyaların təyinatını bilirmi; real əşyalarla həmin əşyaların şəkildəki əksini tapa bilirmi; şəkillərin məzmununu və ən əsas fikrini başa düşürmü; klassifikasiya və ümumiləşdirmə funksiyaları inkişaf edibmi; səbəb və təzahür əlaqələrini tapa bilirmi.	Dərs vaxtı və dərsdankənar müşahidələr. Uşaqla söhbətlər
5. Yaddaşın xüsusiyyətləri. Yaddaşın əsas növü (görmə, eşitmə, motor, qarışıq). Yaddaşın keyfiyyəti, nəyi daha yaxşı yadda saxlayır (rəqəmlər, hərflər və s.). Yadasalmanın xüsusiyyətləri.	Dərs vaxtı və dərsdankənar müşahidələr. Uşaqla fərdi söhbətlər
6. Dərs materialının mənimsəmə xüsusiyyətləri. Ayrı-ayrı fənlərə münasibət. Rəqəmləri və hərfləri tanıyır, onları yazı bilirmi. Əşyaların məkanı xarakteristikalarını bilirmi (həcm, forma, hündürlüyü, uzunluğu). Şeir və hekayəni nəql edə bilirmi. Rəsm, əl əməyi bacarıqları və özünəxidmət vərdislərinin inkişaf səviyyəsi.	Dərs vaxtı, dərsdankənar və ekskursiyalar zamanı müşahidələr. Praktik fəaliyyət prosesində müşahidələr. Praktik fəaliyyətin nəticələri ilə tanışlıq

Məzmunu	Metodlar
7. Maraqları (maraqları var, yoxdur, nəyə daha çoxdu marağı).	Müşahidə, fərdi söhbət
VI. Emosional-iradi sahə. Gün ərzində əhval-ruhiyyəsi və fəallığı. Ətrafda baş verənlərə münasibəti. Davranışı, məktəb qaydalarına riayət etməsi, pis hərəkətlərdən özünü saxlaya bilirmi.	Dərs vaxtı, müxtəlif məşğələlərdə və dərsdankənar vaxtda müşahidələr
VII. Şəxsiyyətin xüsusiyyətləri: davranış qaydalarına riayət etməsi, dərs, əmək və oyun fəaliyyəti zamanı davranışı; mənəvi xüsusiyyətləri (yaxınlarına, doğmalarına, yoldaşlarına münasibəti); zərərli və məhvedici xüsusiyyətlər (aqrressiya, autoaqrressiya, avaraçılığa meyillik və s).	Müxtəlif fəaliyyət növləri zamanı müşahidələr

Cədvəl 1.1. Sağlamlıq imkanları məhdud uşaqların ümumtəhsil müəssisəsi şəraitində öyrənilməsinə dair proqram

Məlumdur ki, əqli və emosional-iradi sahənin inkişafında və uşağın şəxsiyyət kimi formalaşmasında ailənin rolu böyükdür. Davranışında, psixofiziki inkişafında problemləri olan uşaqlar konfliktli ailələrdə çoxluq təşkil edirlər. Buna görə də ümumi müayinənin tərkibində sosial-pedaqoji müayinənin rolu əvəzəndir.

Sosial-pedaqoji müayinə zamanı aşağıdakı göstəricilərə diqqət yetirmək lazımdır: valideynlərin təhsilinin səviyyəsi, ailənin mədəni səviyyəsi, maddi vəziyyəti, valideynlərin münasibətləri, onların psixoloji xüsusiyyətləri, mənzil-məişət şəraiti. Bu məlumatlar əsasında "Ailənin sosial xarakteristikası" cədvəli tərtib olunur (Cədvəl 1.2):

Ailələrin qruplara aid edilməsi	Ailə qruplarının xarakteristikası
1-ci qrup (optimal)	Valideynlər ali təhsillidir. Ailənin mədəni səviyyəsi yüksəkdir. Yüksək maddi təminatlıdırlar. Yaxşı mənzil şəraiti var. Ailədə sağlam psixoloji durum var. Zərərli vərdişlər yoxdur. Səhhətlərinin vəziyyəti optimaldır.
2-ci qrup (yaxşı)	Valideynlər ali və ya orta təhsillidir. Yüksək və ya qənaətbəxş mədəni səviyyə malikdirlər. Yaxşı maddi-məişət şəraitləri var. Ailədə müsbət münasibətlər mövcuddur. Zərərli vərdişlər var (alkoqolizm istisna olunmaqla). Səhhətlərinin vəziyyəti optimaldır.
3-cü qrup (kafi)	Yuxarıda qeyd olunan göstəricilərdən biri kafidir (mədəni səviyyə, məişət şəraiti, ailədə münasibətləri nöqtəyi-nəzərdən). Səhhətin vəziyyəti kafidir.
4-cü (qeyri-kafi)	Yuxarıda qeyd olunan göstəricilərdən ikisi qeyri-kafidir. Mədəni səviyyə aşağıdır. Psixoloji durum qeyri-qənaətbəxşdir. Zərərli vərdişlər var (alkoqolizm daxil olmaqla). Səhhətin vəziyyəti qeyri kafidir.

Cədvəl 1.2. Ailənin sosial xarakteristikası

Psixoloji müayinə minimal əşyası olan ayrıca otaqda, sakit şəraitdə aparılmalıdır. 4 yaşına qədər uşaqları balaca uşaq masası arxasında və ya xalça üstündə, 4-6 yaşlı uşağı isə uşaq masası, daha böyük uşaqları isə adi masa arxasında müayinə edirlər. Masanın üstündə kənar əşya olmamalıdır.

Verilən tapşırıqlar tədricən mürəkkəbləşməlidir. Psixoloq təmkinli, səbrli və pozitiv münasibətli olmalıdır, uşaq səhv edəndə, tapşırıqda nəzərdə tutulan köməyi göstərməlidir.

Müayinənin nəticələri protokolda qeyd olunur. Burada tapşırığa sərf olunan vaxt, buraxılan səhvlər, kömək və onun növləri və s. əks olunmalıdır. Müayinədən sonra uşağın valideynini nəticələrlə tanış etmək, onun suallarına cavab vermək və məsləhətli kömək göstərmək mütləqdir. Əgər uşaq tez yorulur və tapşırıqdan imtina edirsə, onda müayinəni iki mərhələdə keçirmək olar.

Nəticələr müayinəni aparan psixoloq və müəllimlər tərəfindən əvvəlcə nəzərdən keçirilir, müzakirə olunur və uşağın əqli inkişafının səviyyəsi, emosional-iradi sahəsi, nitqi, davranışı, ümumiyyətlə onun inkişaf xüsusiyyətləri və lazımı korreksion tədbirlər haqqında fikirləri psixoloji diaqnoz kimi tərtib edilir. Psixoloji diaqnoz üç hissədən ibarətdir.

1-ci hissədə müayinənin səbəbləri, məqsədi, müayinə zamanı uşağın davranışı qeyd olunur. Burada mütləq tapşırıqın yerinə yetirilməsinin motivasiyası və üsulları, psixoloqla ünsiyyətin xüsusiyyətləri, tərifi və tənqiddə münasibət öz əksini tapmalıdır. Xüsusi dəqqət uşağın göstərilən köməkdən istifadə etməyinə, görülən işin nitqlə müşayiətinə və s. yetirilir.

2-ci hissədə diaqnostik müayinənin nəticələri təhlil edilir.

3-cü hissədə psixi pozulmaların strukturu ilə yanaşı uşağın potensial imkanları, sağlam psixi funksiyaların inkişaf səviyyəsi və s. öz əksini tapır. Burada təhsil müəssisəsinin müəllimlərinə və valideynlərə uşaqla aparılan korreksion iş barədə tövsiyələr verilir.

Bir daha qeyd edək ki, müayinə aşağıdakı prinsiplərə əsaslanır:

- İnkişaf prinsipi, yəni psixi inkişafın pozulmalarının yaranma mexanizminin təhlili (yaş aspektindən);
- Psixi inkişafın pozulmalarının sistemli öyrənilməsi və defektin strukturunda onların iyerarxiyasının müəyyən edilməsi;
- Defektin strukturunun təhlili;
- Etiopatogenetik yanaşma, yəni genetik və mühit faktorlarının qarşılıqlı təsiri və əlaqələrinin nəzərə alınması.

Bundan başqa, hər yaş mərhələsinin daxilində aparıcı inkişaf istiqamətləri qeyd olunmalı və onların xarakteristikası verilməlidir. Hər yaş mərhələsində 3 inkişaf səviyyəsi vardır:

1. Hazırda inkişaf edən, yəni aparıcı inkişaf səviyyəsi;
2. Əvvəl inkişaf etmişlər inkişaf üçün zəmin yaradaraq hazırda möhkəmlənən;
3. Hazırki mərhələdə yaranan və gələcək inkişaf üçün zəmin yaradan.

Diaqnostika yaşa xas olan göstəricilər əsasında aparılır. Əgər onlar inkişaf etməyibsə, onda diaqnostika əvvəlki inkişaf mərhələnin göstəriciləri əsasında aparılır.

Uşağın müayinəsinin təşkilinə və qiymətləndirilməsinə verilən tələblər

Təcrübə göstərir ki, psixi inkişaf pozulmalarının psixodiaqnostikasında istifadə edilən kəmiyyət metodikaları və nəticələrin orta göstəricilərlə müqayisə edilməsi düzgün hesab oluna bilməz. Psixodiaqnostikaya kəmiyyət və keyfiyyətə nöqtəyi-nəzərdən yanaşma vacibdir. Ön planda isə keyfiyyət göstəriciləri olmalıdır. Bu və ya digər psixoloji təzahürün səbəblərini dərinlən öyrənib təhlil etməkdən ötrü psixoloq əvvəlki müşahidələri, öz təəssüratlarını və obyektiv metodikalar əsasında alınan nəticələri müqayisə etməlidir.

Müxtəlif müəlliflərin təklif etdiyi qiymətləndirmə parametrlərinə nəzər salaq.

S.D.Zabramnaya psixodiaqnostikada 4 göstəricini önəmli hesab edir. Bunlar:

1. Müayinəyə uşağın emosional reaksiyası: tanımadığı insanlarla görüşəndə bir qədər həyəcanlanma adi, normal reaksiya hesab olunur; uşağın həddindən artıq şən olması, psixoloqla distansiyayı saxlamaması, ünsiyyətdə qeyri-adekvat olması bir göstərici kimi diqqətdə olmalıdır;
2. Tapşırığın məqsədini və göstərişlərini başa düşməsi: uşaq göstərişlərə axıracan qulaq asır? Göstərişə qulaq asmamış fəaliyyətə başlayır? Hansı göstərişi (verbal və ya qeyri-verbal) daha yaxşı başa düşür?
3. Fəaliyyətin xüsusiyyətləri: uşaqda tapşırığa marağın olub olmamasına, fəaliyyətin məqsədyönlülüynə, işi sona çatdırmağına, adekvat üsullardan istifadə etməsinə və s. nəzər yetirilməlidir; ümumi işgüzarlıq, özünənəzarət və ən əsas göstərilən köməkdən istifadə edə bilməsi nəzərə alınmalıdır;
4. Fəaliyyətin nəticələrinə uşağın verdiyi reaksiya: fəaliyyətini düzgün qiymətləndirməsi, adekvat emosional reaksiya (müvəffəqiyyətə sevinmə, uğursuzluğa kədərlənmə) uşağın vəziyyəti başa düşməsindən xəbər verir.

V.İ.Lubovski və İ.A.Korobeynikova uşaq fəaliyyətinin qiymətləndirməsində 4 kəmiyyət və keyfiyyət göstəricisini qeyd edir:

1. Affektiv sahənin xüsusiyyətləri: ünsiyyət, maraq, fəallıq, tənqid, affektiv komponent;
2. İşgüzarlığın xüsusiyyətləri: diqqət, yorğunluq, bir fəaliyyət növündən o birisinə keçmək qabiliyyəti, fəaliyyətin dinamikası;
3. Fəaliyyətin ümumi xarakteristikası: fəaliyyətdə bələdlik hissəsinin olması, nitqi başa düşməsi, məqsədyönlülük;
4. İntellektual fəaliyyətin xüsusi göstəriciləri: qısa və uzunmüddətli yaddaş, vasitəli yaddasaxlama, təlimin dinamikası, sadə və mürəkkəb ümumiləşdirmə, təhlil.

Bu göstəricilər böyük məktəbəqədər və ona yaxın olan yaş dövrlərində aparılan müayinələrdə intellektual və emosional-iradi sahənin pozulmalarını diferensiasiya etməkdən ötrü əldə edilir.

N.Y.Semaqo və M.M.Semaqo uşaq fəaliyyətinin qiymətləndirməsində yalnız 3 göstəricini nəzərə alırlar:

1. Müayinə zamanı davranışın adekvat olması;
2. Fəaliyyətin nəticələrinə uşağın tənqidlə yanaşması;

3. Təlimlənmə əsas pedaqoji göstərici kimi.

V.İ.Lubovski yazır və sübut edir ki, psixodiaqnostik müayinənin nəticələrinin qiyməti tapşırığın növündən və məzmunundan asılı olmamalıdır. Əsas şərt kimi o, müayinə zamanı pozulmuş inkişafın psixoloji strukturunun bütün əsas komponentlərinin nəzərə alınmasını irəli sürür. Bunlar:

1. İlkin defektlə bağlı müəyyənədiçə pozulmalar – psixomotorika, görmə və eşitmə ilə mənimsəmə, hərəkəti fəallıq və s.;
2. Nitq inkişafının xüsusiyyətləri;
3. Əqli fəaliyyətin inkişaf xüsusiyyətləri;
4. Təlimlənmə – yeni bilikləri mənimsəmək üçün potensial imkanların olması, mənimsənilmiş biliklərdən sonradan istifadə edə bilməsi.

Qeyd edək ki, keyfiyyəti xüsusiyyətlər həmişə kəmiyyət göstəricilərinin cəmidir ki, buna görə də bu və ya digər funksiyanın vəziyyəti onun kəmiyyətcə qiymətləndirilməsini tələb edir.

Görmə, eşitmə və s. pozulmaların tibbi qiymətləndirməsindən fərqli olaraq, psixoloji qiymətləndirmə nisbət xarakteri daşıyır, yəni funksiyanın inkişaf səviyyəsini əks etdirir. Buna uşağın əqli fəaliyyətinin və təlimlənməsinin qiymətləndirilməsini misal gətirə bilərik (V.İ.Lubovskiyə görə). Düzgün qiymətləndirməkdən ötrü təfəkkürün 3 əsas növünü (əyani, əyani-obrazlı, nitqi-məntiqi) xarakterizə edən ilkin məlumatlar əsas götürülür.

İnkişaf pozulması olan uşaqda əqli inkişafın *normal səviyyəsi* – eyni yaşlı tipik inkişaf etmiş uşağın səviyyəsinə yaxınlaşır (nitqi-məntiqi təfəkkürdə bir qədər aşağıdır).

Əqli inkişafın *yüngül və orta* pozulma səviyyəsi - bu zaman yerinə yetirilən tapşırıqlar normaya nisbətən 25-30% təşkil edir.

Əqli inkişafın *ağır* pozulma səviyyəsi – göstərilən köməyə baxmayaraq verilən tapşırıqların əksəriyyəti yerinə yetirilməyib.

Əqli inkişafın *kobud* pozulma səviyyəsi – bu zaman çətinliklər ilkin mərhələdə (təlimatlandırma zamanı) üzə çıxır.

Təlimləndirmənin normal səviyyəsi – bu zaman uşaq əqli tapşırıqların 60-80%-ni yerinə yetirir, qalanlarını isə kömək göstəriləndən sonra həll edir.

Təlimləndirmənin orta səviyyəsi – tapşırıqların 30-50%-nin köməksiz, 60-80%-ni isə kömək göstərəndən sonra həll edir.

Təlimləndirmənin kobud çatışmazlığı – bu zaman psixoloq açıqlanmış formada, hətta həlli göstərməklə, köməklik edir.

Tapşırıqların yerinə yetirilməsinə təsir göstərən vacib amillərdən biri psixoloq tərəfindən göstərilən tənzimlənmiş kömək, onun keyfiyyəti və dərəcəsidir. Köməyin həcmi nə qədər azdırsa, təlimlənmə bir o qədər yüksəkdir.

Tənzimlənmiş kömək “təlim dərsləri” formasında təşkil oluna bilər. Təlimləndirici eksperimentin köməyilə ilkin və ikincili defektləri diferensiasiya etmək mümkündür.

V.İ.Lubovski qeyd edir ki, kəmiyyət prinsipi də konkretləşdirilməlidir, çünki nəinki müxtəlif kateqoriyalı anormal uşaqları bir birindən, hətta anormal uşaqları tipik uşaqlardan

ayırd etmək üçün vahid psixoloji metodikalar yoxdur və yəqin ki, ola da bilməz. Tapşırıqları yerinə yetirmə üsulları tipik və atipik uşaqlar arasında müxtəlifdir və çox vaxt bu müxtəlifliklər müşahidəçilərin gözündən qaçır. Adətən atipik uşaqlar tapşırıqları tipik uşaqlara nisbətən ya zəif, ya da tam yerinə yetirmirlər. Buna görə tam keyfiyyət prinsipindən yanaşma mümkün deyil. Bu isə öz növbəsində aşağıdakıları nəzərdə tutur:

- Diaqnostika zamanı müəyyən qədər müxtəlif metodikalardan istifadəni və bu metodikalarda bir neçə eyni tipli tapşırıqları nəzərdə tutur;
- Diaqnostika nəticələrinə kəmiyyət və keyfiyyət prinsipləri əsasında yanaşmanı tələb edir.

Qeyd edək ki, çox vaxt tipik və atipik uşaqlar arasında keyfiyyət fərqi müəyyən etməkdən ötrü mütləq kəmiyyət göstəricilərindən istifadə etmək lazımdır, yəni kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri qarşılıqlı əlaqədə olmalıdır.

İntellektual problemi olan şəxsin diaqnostik meyarları

Əqli geriliyi olan uşaqların inkişafı həyatının ilk günlərindən tipik uşağın inkişafından kəskin fərqlənir, yəni onlarda başlarını tutmaq, oturmaq, durmaq, yerimək prosesləri normaya nisbətən çox gec baş verir. Bu ləngimə uşağın həyatının təkcə birinci deyil, həm də ikinci ilini də əhatə edə bilər.

Bir qayda olaraq bütün məktəbəqədər yaşlı əqli geriliyi olan uşaqlarda ətrafa marağın azalması və ya heç olmaması, ümumi patoloji inertlik (lakin uşağın narahatlığı, qışqırıcılığı istisna olunmur) müşahidə olunur. Gələcəkdə onlarda beşik üstündən asılmış və ya böyüklərin əllərində olan oyuncaqlara marağ olmur. Bunlar əşyalarla ilk hərəkətlərə, məsələn, tutmağa və bununla sıx əlaqədə olan qavramanın inkişafına da mənfi təsir göstərir.

Nitqin inkişafı üçün vacib olan əşya qavraması, əşya ilə hərəkətləri, böyüklərlə ünsiyyət də vaxtlı-vaxtında inkişaf etmir. Müşahidə olunan artikulyasiya və fonematik eşitmənin inkişafsızlığı əqli geriliyi olan uşaqlarda qığıltı və lepetin vaxtında əmələ gəlməsinə mənfi təsir göstərir. Bu proseslər reflektordur, birbaşa mərkəzi sinir sisteminin vəziyyətindən asılıdır və normada ətraf şəraitdən asılı olmayaraq uşağın ən ilk aylarında əmələ gəlir.

Əqli geriliyi olan uşaqların körpəlik dövründə psixikasında və nitqində normadan kənarlaşmalar çox olur. Buna baxmayaraq həm tipik, həm əqli geriliyi olan uşaqların inkişaf tendensiyaları eynidir. Əqli geriliyi olan uşaqların inkişafında bir çox amillər (idrakin, nitq inkişafının, əşya ilə hərəkətlərin ləngiməsi) ikincili xarakter daşıyır. Əqli geriliyi olan uşaqların həyatı düzgün təşkil olunarsa, onlarla xüsusi təlim-tərbiyə işi aparılırsa, bir çox inkişaf defektlərinin qarşısı alınar və ya korreksiya olunur. Əqli geriliyi olan uşaqların perseptiv hərəkətləri məktəbəqədər yaş dövründə formalaşmağa başlayır. Oyuncaqlara, əşyalara əmələ gələn marağ əsasında onların münasibət və xüsusiyyətləri haqqında adi təsəvvürlər əmələ gəlir. Bu baxımdan əqli geriliyi olan uşaq üçün 5 yaş dönüş dövrüdür (Şəkil 1.1).

Uşaqlar artıq nümunəyə görə seçim edə bilirlər (rəng, forma, böyüklüyünə görə). Məktəbəqədər yaş dövrünün sonunda əqli geriliyi olan uşaqların yalnız yarısının qavrama

səviyyəsi tipik inkişaf etmiş uşaqların məktəbəqədər yaş dövrünün ilkin səviyyəsinə çata bilir.



Şəkil 1.1. Məktəbəqədər yaş dövrü üçün didaktik oyunlar

Hissiyatla qavramanın əsas hissələrindən biri də qavrama prosesilə sıx bağlı olan əyani təfəkkürdür. Əqli cəhətdən geri qalmış uşaqlar üçün əyani – hərəkət təfəkkürü inkişafının ləngiməsi xasdır. Xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, tipik inkişaf edən uşaqlardan fərqli olaraq, əyani – hərəkət təfəkkürünün inkişafında dəyişikliklər xüsusi təlimsiz çox cuzudur. Məktəbəqədər yaş dövrünün sonuna qədər əyani – obrazlı məsələlərin həlli bu uşaqlar üçün imkansızdır.

Elementar söz-məntiqi təfəkkür məktəbəqədər yaşlı əqli gerilyi olan uşaqlarda ləng inkişaf edir və özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir. Əyani və söz-məntiqi təfəkkürlərin münasibətləri də normadan fərqli qurulur.

Kiçik məktəbəqədər yaş dövründə oyun yalnız əşya fəaliyyəti əsasında və onun müəyyən inkişaf mərhələsində əmələ gələ bilər. Lakin əqli gerilyi olan uşaqlarda məktəbəqədər yaş dövrünün əvvəllərində heç vaxt əşya fəaliyyəti yaranmır. Onların əşya ilə hərəkətləri manipulyasiya səviyyəsində qalır (çox vaxt bu qeyri-spesifik manipulyasiyalar). Oyuncaqlara, əşyalara bu uşaqların marağı qısamüddətli olur (onları yalnız oyuncaqların xarici görkəmi maraqlandırır).

5 yaşından sonra əqli gerilyi olan uşaqlarda oyuncaqlarla oyundan daha çox prosesual hərəkətlər yer tutmağa başlayır, lakin əsl oyun əmələ gəlmir. Xüsusi təlim olmadan əqli gerilyi olan uşağın aparıcı fəaliyyət növü oyun deyil, əşya fəaliyyəti olur. Belə uşaqların oyununda stereotiplik, hərəkətlərin formallığı müşahidə olunur, süjet elementləri və ideya

olmur. Uşaqlar əvəzedici əşyalardan istifadə etmir, real əşyaları hərəkətlərin təsviri və ya nitqlə əvəz edə bilmirlər. Əqli cəhətdən geri qalmış uşaqlarda xüsusi təşkil edilmiş təlimsiz oyunda nitq funksiyaları da inkişaf etmir. Bir qayda olaraq, yalnız planlaşdırıcı və qeydedici nitq deyil, həm də birgə nitq də əmələ gəlmir.

Səmərəli fəaliyyət əqli geriliyi olan uşaqlarda xüsusi təlimsiz əmələ gəlmir. Əşyavi şəkil, konstruktiv bacarıqlar yaranmır. Bu kateqoriyalı uşaqların inkişaf xüsusiyyətlərini nəzərə almadan təlim zamanı əşyavi rəsmlər əmələ gələ bilər, amma onlar bir tərəfdən düzgün olmayan forma və proporsiyalı, primitiv, fraqmentar, o biri tərəfdən isə real əşyanı əks etdirməyən, öyrənilmiş ştamp kimi olurlar. Göstərici əlamətlərdən biri də odur ki, hətta şəkil çəkə bilən uşaqlar öz rəsmlərində rənglərdən emosiyaların ifadə və ya təsvir üsulu kimi istifadə etmirlər.

Əmək fəaliyyətinin ilk elementləri (ilk olaraq özünəqulluq vərdişləri) əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda ətrafdakıların tələbi əsasında formalaşmağa başlayır. Bu proses valideyn və tərbiyəçilərdən böyük zəhmət tələb edir. Ona görə də ailədə valideynlər daha asan və tez olsun deyə, uşağı özləri soyundurur, geyindirir, yedizdirirlər. Amma elə ailələr də var ki, uşağın qarşısına müəyyən tələblər qoyub, uğurlar əldə edə bilirlər. Buna görə də əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqlar özünəqulluq vərdişlərinin yiyələnməsinin müxtəlif səviyyələrindədirlər. Bu uşaqların özünəqulluq əlaqəli hərəkətləri inamsız, qeyri-dəqiq, ləng və ya əksinə cəld olur. Onların hərəkətləri kifayət qədər məqsədyönlü olmur. Onların əllərinin hərəkətləri də uzlaşmamış olur. Bəzi hallarda böyük məktəbəqədər yaşlı uşaqlar vərdişə daxil olan bütün hərəkətlərin məntiqini və ardıcılığını başa düşürlər. Məsələn, əl-üzünü yuyarkən quru sabun götürür, onu islatmadan yerinə qoyur və sonra kranı açır. Burada hər hərəkətin xarakteri pozulmuş olur. Başqa bir misal: uşaq qaşığı istifadə edə bilsə də, onu ovucu ilə tutur və yemək götürərkən ağzına çətdirmədən çoxunu yerə tökür və s.

Böyük məktəbəqədər yaşlı əqli geriliyi olan uşaqlar əmək fəaliyyətinin elementlərinin formalaşması baxımından daha mürəkkəb qruplara bölünürlər. Amma bir fakt var ki, uşaqlar onların fərdi xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq, onlara ardıcıl tələblər irəli sürülən zaman, özünəqulluq vərdişlərinə müvəffəqiyyətlə yiyələnirlər. Bu da onu göstərir ki, bu uşaqlarda praktiki fəaliyyət inkişafının potensial imkanları kifayət qədərdir.

Əqli geriliyi olan uşaqlarda tipik inkişaf edən uşaqların şəxsiyyətinin formalaşmasını təmin edən şərtlər yaranmır. Bu şərtlər yalnız böyük məktəbəqədər yaşında yaranmağa başlayır. Və təbii ki, əqli geriliyi olan uşağın şəxsiyyəti həm zamana görə, həm də keyfiyyətcə ləng formalaşır. 3 yaşlı tipik uşaqda "Mən" inkişaf etdiyi halda, həmin yaşda əqli geriliyi olan uşaqda bu cür inkişafa rast gəlinmir. Onun hərəkətləri, davranışı qeyri-ixtiyarı xarakter daşıyır. 4 yaşından sonra əqli geriliyi olan uşaqda ətrafa maraq, əşya ilə elementar hərəkətlər formalaşanda onlarda özünüdərkətmənin, özünün "Mən" xüsusiyyətlərinin ilk əlamətlərini müşahidə etmək olur. Uğursuzluqlarına görə sistemik olaraq həyəcan keçirmək patoloji cəhətlərin formalaşmasına aparır: passivlik, özünəqapanma, aqressivlik və ya əksinə, yaltaqlanma, neqativizm, acıqlıq, qəzəblilik və s. Tipik uşaqdan fərqli olaraq, əqli geriliyi olan uşaqların böyüklərlə və həmyaşlılarla ünsiyyəti başqa cür qurulur.

Ünsiyyət vasitələrinin məhdudluğu, oyun vəziyyətinin başa düşülməməsi əqli geriliyi olan uşaqları həmyaşıdlarının kollektivinə qəbul olunmamasına gətirib çıxardır. Özünü təsdiq etmə arzusu patoloji formalar alır. Bir tərəfdən onlar acıqlı olub özlərini zəiflələ qəddar aparırlar, o biri tərəfdən isə natamamlıq kompleksi onları öz həmyaşıdlarından daha da uzaqlaşdırır. Əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqların davranışında implusiv hərəkətlər, bu dəqiqlik arzular üstünlük təşkil edirlər.

İntellektual problemi olan şəxsin nitqi xüsusiyyətləri

Əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqların nitq inkişafı normal inkişaf edən həmyaşıdlarından kəskin fərqlənir. Onlarda nitq inkişafının ləngimələri körpəlik dövründən başlayır və erkən uşaqlıq dövründə də davam edir. Buna görə də məktəbəqədər yaş dövrü üçün belə uşaqlar nitqi mənimsəməyə hazır olurlar.

Fonematik eşitmə formalaşmamış, əyani fəaliyyət, ətrafa maraq, böyüklərlə ünsiyyət tələbatı kimi nitq inkişafının şərtləri və artikulyasiya aparatı yetərincə inkişaf etməmiş olur.

Bir çox əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqlar nəinki məktəbəqədər yaş dövrünün əvvəlində, hətta 4-5 yaşda da danışmağa başlanırlar. Onların çoxunda bu dövrdə nitq inkişafı hələ yenicə inkişaf etməmiş olur. İlk sözlər 3 yaşdan sonra, fraza isə məktəbəqədər yaş dövrünün sonunda əmələ gəlir.

Nitq inkişafına görə əqli geriliyi olan uşaqlar müxtəlif tərkibli qruplara bölünürlər. Elə uşaqlar var ki, ümumiyyətlə, nitqsizdirlər, elələri də var ki, kifayət qədər nitqləri inkişaf edib. Lakin onların hamısını bir sıra amillər birləşdirir:

1. Müraciət olunmuş nitqin məhdud başa düşülməsi;
2. Nitqin müəyyən şəraitə (vəziyyətə) bağlı olması;
3. Nitqin fəaliyyətdən ayrı olması;

Nitq uşağın əsl intellektual imkanlarını əks etdirmir və uşağa biliklərin ötürülməsinin tam mənbəyi ola bilməz. Bir qayda olaraq, məktəbəqədər yaş dövründə dilin qrammatik quruluşu mənimsənilmir əsasən də nitqin əlaqəliliyi inkişafsız olur. Tez-tez rast gəlinən qüsur isə say və isimlərin uzlaşdırılmamasıdır.

Passiv lüğət fəal lüğət ehtiyatından çox olur. Elə sözlər var ki, uşaq onları şəkil əsasında söyləyir, lakin başqa vəziyyətdə həmin sözlərin mənasını başa düşmür. Bu onu göstərir ki, əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda sözün situativ mənası uzun müddət qorunub saxlanılır. Tipik inkişaf etmiş həmyaşıdlarından fərqli olaraq, bu uşaqlarda sözün semantik yükü az olur.

Xüsusi təlimsiz, əqli geriliyi olan uşaqlarda nitqi tənzimləndirən funksiya inkişaf etmir. Bir çox hallarda exolalik nitq müşahidə olunur. Əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşda olan uşaqların nitqləri o qədər zəif inkişaf edir ki, o öz əsas funksiyalarından biri olan kommunikativlik funksiyasını icra edə bilmir. Təəssüf ki, kommunikativlik funksiyasının inkişafsızlığı ünsiyyətin başqa vasitələri ilə (mimika, jest) kompensasiya olmur. Amimik sifət, jestlərin pis başa düşülməsi, yalnız primitiv standart jestlərin istifadəsi əqli geriliyi olan uşaqlar üçün xarakterikdir. Beləliklə də bu nəticəyə gəlmək olar ki, xüsusi tərbiyə və təlimsiz əqli geriliyi olan uşaqlar məktəbəqədər yaş dövrünə müəyyən nitq pozulmaları ilə

gəlirlər.

Müxtəlif inkişaf pozulmalarının diferensial diaqnostikası

Atipik inkişafın ümumi qanunauyğunluqlarından başqa ayrı-ayrı pozulmalara xas olan xüsusiyyətləri var ki, onlar diferensial-diaqnostik göstəricilər kimi qəbul olunublar. Amma belə göstəricilər ümumi qanunauyğunluqlara nisbətən çox az müəyyən olduğundan, onlar pozulmaların diferensial diaqnostikasını çətinləşdirir. İlkin və ikincili defektlərin cəmləşməsi nəticəsində formalaşan mürəkkəb inkişaf pozulması bir tərəfdən hər uşaq üçün fərvidir, o biri tərəfdən isə bir pozulma növü çərçivəsində oxşar xarakteristikalara malikdir. Diferensial diaqnostikanın əsas məsələsi inkişaf pozulmasının təsnifatı və konkret pozulmanın müəyyən dizontogenez və pedaqoji qrupa aid edilməsindən ibarətdir. Bununla yanaşı diferensial diaqnostika aşağıdakı məsələləri də həll edir:

- Oxşar inkişaf pozulmalarını bir - birindən ayırd etmək;
- Konkret defektin birincili və ya ikincili olmasını müəyyən etmək;
- Dizontogenezin atipik formalarının öyrənilməsi;
- Mürəkkəb və kompleksli pozulmalar zamanı müxtəlif defektlərin rolunun müəyyən edilməsi;
- Dizontogenetik (pozulmuş inkişafın əlamətləri) və ensefalopatik (beyin strukturlarının zədələnməsi) pozulmalar arasında olan əlaqənin müəyyən edilməsi.

Bəzi səbəblərə görə oxşar vəziyyətləri fərqləndirmək çox vacibdir. Birincisi ona görə ki, bu, dizontogenezin və onun çərçivəsində çatışmazlıq əlamətlərinin müəyyən edilməsinin çətinliyidir. D.N.İsayev qeyd edir ki, erkən yaş dövründə (0-3 yaş) uşaqda əqli geriliyi səhsiz müəyyən etmək qeyri-mümkündür. Bunun üçün oxşar vəziyyətləri müqayisə etmək həm həkim üçün, həm də uşaq və onun valideynləri üçün çox vacibdir.

İkincisi, psixi inkişafsızlığın bir sıra əlamətləri bəzi vəziyyətlərlə oxşardır. Bu vəziyyətlər nitq pozulması, hərəkəti, davranış və s. pozulmalardır. Uşaq yaş dövründə əlamətlər o qədər atipik olur ki, bu da defisitar simptomatikanı (psixi funksiyanın inkişafsızlığı və ya çatışmazlığı) produktiv (patoloji yenitörəmələr) simptomatikadan ayırd etməyə imkan vermir. Belə ayırd etmə olmazsa, onda diaqnostikanın əsas sualı, yəni bioloji defektin xarakteri (prosessual və ya rezidual, qalıq) haqqında sual açıq qalır. Diaqnostika düzgün aparılmazsa, onda adekvat reabilitasiya və korreksiya tədbirləri də düzgün seçilməz.

Üçüncüsü, alınan obyektiv məlumatlar əvvəlcə normal uşaq qrupunda aparılan diaqnostikanın nəticələri ilə, sonra isə başqa dizontogenez forması olan uşaqlarda əldə edilmiş nəticələrlə müqayisə edilməlidir. Məhz bu zaman əldə olunan fərqlər xüsusiyyət kimi təsnif oluna bilər.

Diferensial diaqnostikanın əsas prinsiplərindən biri də kompleks müayinə prinsipidir, yəni hər uşaqda eşitmə funksiyası, nitq, hərəkəti funksiya, intellektual və sensor proseslər, davranış yoxlamadan keçməlidir.

İntellekt pozulmalarının diferensial diaqnostikası

Çox vaxt həkim, müəllim və psixoloq qarşısında *olıqofreniyanın psixi inkişafın*

ləngiməsindən ayırd edilməsi məsələsi durur. Psixi inkişafın ləngiməsi zamanı beyinin ayrı-ayrı qabıq və qabıqaltı funksiyalarının pozulması ilə baş verən əqli fəaliyyətin funksional pozulması çox vaxt oliqofreniyaya oxşar vəziyyət yaradır. Başqa bir çətinlik də ondan ibarətdir ki, üzvi serebral (serebroastenik) mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi zamanı yaranan psixi funksiyaların çatışmazlığı (əşya və hadisələr arasında qarşılıqlı əlaqələrin müəyyən edilməsi, analiz, sintez, müqayisə, nitqi-məntiqi təfəkkür) və öz fəaliyyətini qurmaq, planlaşdırmaq, tənzimləmək, nəzarət etmək, məqsədə doğru getmək kimi bacarıqların formalaşmaması bu diaqnostikanı mürəkkəbləşdirir.

Q.Y.Suxareva oliqofreniyanın diaqnostikasında 2 meyarı göstərir:

1. İntellektual defektin keyfiyyət səciyyələndirməsi – ümumiləşdirmə və abstaksiyanın inkişafsızlığı;
2. Fəaliyyətin pozulmasının özünəməxsusluğu – təşəbbüskarlığın olmaması, təqlidə və öyrənilmiş ştamlara meyillik, bir fəaliyyət növündən yenisinə keçə bilməmək.

Oliqofreniya beyin strukturlarının və bütün psixi funksiyaların total inkişafsızlığı və iyerarxik pozulması ilə, yəni əsasən ali psixi funksiyaların – analiz, sintez, abstaksiyanın çatışmazlığı ilə səciyyələnir.

Psixi inkişafın ləngiməsi zamanı isə dərkətmə fəaliyyətinin total deyil, parsial (qismən) və mozaik pozulması qeyd olunur. Bu pozulmalar əsasən ikincili xarakter daşıyır.

Görkəmli nevropatoloq və defektoloq Q.İ.Rossolimo müayinə zamanı uşağın baxışına fikir verməyi tövsiyyə edirdi. Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqların baxışı narahat ola bilir, amma heç vaxtı o, mənasız olmur; fiziki cəhətdən onlar həmyaşlarından az seçilir.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlarda dərkətmə fəaliyyətinin əsas özəyi – intellekt salamat olur, amma bununla yanaşı onlar uzunmüddətli əqli fəaliyyətə hazır olmurlar, sinir sistemi onlarda tez tükənir. Bu səbəbdən belə uşaqlar məsələlərin şərtini yadda saxlamır, onların həllində səhvlərə yol verir, tez yorulur və həvəsdən düşürlər. Bu zaman onlar əqli geriliyi olan uşaqlara bənzəyirlər.

Oliqofreniyanı həm də psixi inkişafın ləngiməsinin başqa forması – harmonik infantilizmlə də ayırd eləmək çox vacibdir. Bu zaman psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlara xas olan aşağıdakı meyarlara nəzər yetirilməlidir:

- İntertliliyin olmaması, ətraf aləmə maraqlı və yeni təəssuratlar almağa açıq olması;
- Məntiq proseslərinin daha yaxşı inkişaf etməsi;
- Oyun fəaliyyətində müstəqillik və təşəbbüskarlıq nümayiş etdirməsi;
- Göstərilən köməkdən səmərəli istifadə etməsi;
- Adekvat emosiyaların olması;
- Somatik cəhətdən sağlam olması.

Psixi inkişafın ləngiməsinin başqa formalarında psixi və fiziki inkişafsızlıq bir sıra patoloji əlamətlərlə müşayiət oluna bilər, məsələn, davranış pozuntuları, endokrin pozulmalar və s.

Oliqofreniyanı şizofreniyadan ayırd etmək məsələsi o vaxtı yaranır ki:

1. Əgər erkən başlanan şizofreniya ümumi psixi inkişafsızlığa gətirib çıxarır;

2. Şizofreniyaya bənzər atipik oliqofreniya zamanı. Qeyd edək ki, oliqofreniyada evolutiv proses, yəni inkişafda sosial irəliləyiş mümkün olduğu zamanda şizofreniyada belə irəliləyiş yoxdur, əksinə psixi defekt daha da inkişaf edir və artır. Nitq şizofreniyası zamanı stereotip təkrarlamalarla, qeyri-adi ifadələrlə, bəzən mutizmlə, erkən yaş dövrünə xas olan ifadələrlə və s. müşayiət olunur. Şizofreniyada həm də hərəkətlərin qeyri-adiliyi, ümumi hərəkəti inkişafsızlıqla yanaşı, ayrı-ayrı hərəkətlərin cəldliyi və dəqiqliyi müşahidə olunur. Şizofreniya adətən ilkin normal inkişaf dövrü ilə xarakterizə olunur. Burada psixiatriyin müayinəsi çox vacibdir.

Bəzən *nitq qüsurlarının oliqofreniya* ilə diferensiasiyası məsələsi də gündəmə gəlir. Burada əsas məsələ hansı qüsurların birincilidir məsələsi həll olunmalıdır. Məsələn, əgər oliqofreniya zamanı beyindəki nitq mərkəzləri prosesə cəlb olunubsa, mütləq nitq funksiyası zərər çəkmiş olur. Və ya ilkin qüsurlar kimi nitq qüsuru yaranıbsa, onda ikincili defekt kimi nitqin olmaması ucbatından uşağın psixi inkişafdan qalması və müxtəlif dərəcəli oliqofreniyanın yaranması ortaya çıxır. Bu zaman diferensial diaqnostika çox çətinləşir. Əqli geriliyi olan uşaq tapşırıqları yerinə yetirə bilmir, göstərilən köməkdən istifadə etmir, bu da yaxın inkişaf zonasının irəliləməməyindən xəbər verir. Nitqin siqnal funksiyası dayanıb. Belə ki, uşaq başqalarının nitqini başa düşür, ətrafdakılarla ünsiyyət yarada bilir, amma lüğət ehtiyatı kasıbdır, tələffüz pozulub. Əgər intellekt ikincili zədələnsə, onda vəziyyət başqa olur. Alaliya zamanı uşaqda ilkin vaq-vuq və ilkin sözlər inkişafdan qalır, nitqin siqnal funksiyası aşağıdır, uşaq ona ünvanlanan nitqi başa düşmür.

Disleksiya və disqrafiyası olan uşaqlar ayrıca bir qrupa aiddir. Bu ilkin qüsurları da əqli geriliklə, eşitmənin pozulması və ya pedaqoji baxımsızlıqla şərtlənən ikincili qüsurdan ayırd etmək vacibdir.

Analizatorların pozulmasını da əqli geriliklə diferensiasiya etmək lazım gəlir. Amma belə uşaqlara eşitmə və ya görmə tələb etməyən məntiqi tapşırıqlar təqdim olunarsa, onların öhdəsindən müvəffəqiyyətlə gəlirlər. Bu zaman da ilkin və ikincili defektləri ayırd etmək, analizatorun zədələnmə vaxtını düzgün müəyyən etmək vacibdir, çünki zədələnmə nə qədər erkən baş veribsə, bir o qədər fəsadları ağır olur.

Görmə və eşitmə defektlərindən fərqli olaraq, əqli geriliyin diaqnostikasında obyektiv meyarlardan, dəqiq ölçmələrdən istifadə etmək mümkün deyil. Buna görə də əqli geriliyi daha çox psixi pozulmalarla diferensiasiya etmək lazımdır. Bunlar aşağıdakılardır:

- Erkən uşaq autizmi;
- Serebral iflic;
- Hiperaktivlik sindromu;
- Epilepsiya;
- Deprivasiya nəticəsində yaranmış vəziyyət;
- Serebroastenik vəziyyətlər və s.

Sensor pozulmaları olan uşaqların diaqnostik xüsusiyyətləri

Eşitməsi problemlı uşaqların müayinə xüsusiyyətləri

Belə uşaqların müayinəsini xüsusiyyəti onların nitqinin olmaması və ya dəqiq olmaması, uşağın başqalarının nitqini başa düşməməsi və bu səbəbdən psixoloqla uşaq arasında ünsiyyətin çətinliyindən ibarətdir.

Erkən məktəbəqədər və kiçik məktəbəqədər yaş dövründə psixoloqun diqqətini nitqin, hərəkəti və dərkətmə sahənin inkişaf xüsusiyyətləri, xüsusən də təfəkkür və nitq arasında olan qarşılıqlı əlaqələrin formalaşması cəlb etməlidir.

Yeniyyətlik yaş dövründə nitqdən asılı olan ən mürəkkəb psixi proseslərin – nitqli yaddaşın, abstrakt təfəkkürün, təxəyyülün çatışmazlığı baş verir və məhz buna görə bunlar ilk növbədə müayinə olunmalıdır. Bu dövrdə hərəkəti sahədə də bəzi çatışmazlıqlar qalır, məsələn, hərəkətlərin ləngliyi, qeyri-dəqiqliyi, hərəkəti vərdislərin zəif mənimsənməsi, dinamik və statik tarazlığın zəif inkişaf etməsi. Bu xüsusiyyətlər peşə seçimində də vacib olduğu üçün müayinə olunmalıdırlar. Bu yaş dövründə sosial və peşə adaptasiyasına böyük təsir göstərən şəxsiyyət xüsusiyyətləri və özünüdərkətmə amili də nəzərdən keçirilməlidir.

Körpəlik və erkən məktəbəqədər yaş dövründə müayinənin əsasını müşahidə təşkil edir. Belə uşaqların müayinəsinə dair tövsiyələr A.A.Venger, Q.L.Vıqodskaya, E.I.Leonqard, Y.İ.İseninin və b. əsərlərində verilmişdir. Psixodiaqnostik tapşırıqlardan istifadə edərkən defektin yaranma vaxtını və strukturunu, eşitmənin dərəcəsini nəzərə almaq lazımdır.

3-4 yaşlı eşitməsi problemlı uşaqların psixoloji-pedaqoji müayinəsi zamanı aşağıdakı xarakteristikalar nəzərə alınmalıdır.

Ünsiyyət və onun nitqə qədərki formalarının (vokalizasiya, mimika, göz və bədən hərəkətləri) inkişafı. Tipik uşaqlarla müqayisədə, kar uşaqlarda vokalizasiyalar gec yaranır, onlar monoton olur, vağ-vuğ dövründə səslərin sayı artmaqdan sonra azalır. Zəif eşidən uşaqlarda da ilk illərdə eyni vəziyyət müşahidə olunur, amma məktəbəqədər yaş dövrü üçün onlar artıq bəzi sözlərdən aqqramatizmlərlə və fonetik çatışmazlıqlarla istifadə edirlər.

Eşitmənin inkişaf səviyyəsi. Audioqramma eşitmənin zəifləmə dərəcəsi və diapazonu haqqında məlumat verir (audioloq tərəfindən keçirilir). Bundan başqa müəyyən etmək lazımdır ki, uşaq eşitmənin qalıqlarından məişətdə necə istifadə edir. Burada əsasətrafdakıların nitqini (səssiz nitq, adi səslı və yüksək səslı nitq) mənimsəməsi və başa düşməsinin yoxlanmasıdır.

Hərəkətlərin inkişaf xüsusiyyətləri. Eşitmənin erkən pozulması çox vaxt hərəkətlərin gec formalaşması ilə müşayiət olunur. Belə uşaq gec başını tutur, gec gəzməyə başlayır, müvazinətini saxlaya bilmir, gəzəndə ayaqlarını yerlə sürüyür və s. Xırda motorikada da problemlər aşkar olunur.

Təqlidmənin xüsusiyyətləri. Eşitməsi problemlı uşaqlar yaxşı tanıdığı əşyalarla ayrı-ayrı hərəkətləri təqlid edir; nümunə əsasında seçimdə onlar çətinlik çəkirlər. Təqlidmə əsasən məktəbəqədər yaş dövründə formalaşır.

Böyüklərin tərifinə və ya tənqidinə reaksiyaları məktəbəqədər yaş dövründə neqativ

olur, onlar öz fəaliyyətlərini düzgün qiymətləndirə bilmirlər.

Özləri haqqında təsəvvürlər. Eşitməsi problemlə uşaqlarda özləri haqqında təsəvvürlər gec formalaşır. Tipik uşaqlarla müqayisədə onlar öz bədən hissələrini gec tanıyır, amma böyüklərin və oyuncaqların üzərində bunu nümayiş etdirə bilər.

Eşitməsi problemlə məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqların müayinəsi həm də mənimsəmənin bütün növlərinin, yaddaşın, əyani-obrazlı və nitqi-məntiqi təfəkkürün, yazının, oxunun, hesabın, təsviri və əmək fəaliyyətinin müayinəsini nəzərdə tutur. Bu zaman C.Raven matrisaları və Veksler testlərindən istifadə edilir. Nitqi olmayan uşaqlarda qeyri-verbal testlərdən, böyük məktəbəqədər yaş dövründə isə yazılı testlərdən istifadə edilir.

Alınan nəticələr aşağıdakı formada sistemləşdirilir (T.Q.Boqdanova):

1. Eşitmənin vəziyyəti: eşitmənin itirilməsi vaxtı və səbəbləri, dərəcəsi, ailədə eşitməsi problemlə üzvlərin olması (Cədvəl 1.3);

Sır	Dərəcələr	Danışığın qavranılma məsafəsi	
		Adi hündürlüklə	Pıçılı ilə
I	Normal	6 – 8 m	3 – 6 m
II	Orta	4 – 6 m	1 – 3 m
III	Zəif	2 – 4 m	1 m
IV	Ağır	2 m	0,5 m

Cədvəl 1.3. Eşitmənin müayinəsini meyarları (qeyri-tibbi müəssisələrdə)

2. Hərəkəti sahənin inkişaf səviyyəsi: mimika, pantomimika, hərəkətlərin kordinasiyası, statik və dinamik tarazlığın saxlanması;
3. Dərketmə sahəsi: mənimsəmənin müxtəlif növləri, inkişaf səviyyəsi, görmə analizi və sintezi;
4. Yaddaşın və yaddasaxlamanın müxtəlif növlərinin inkişaf nisbəti;
5. Uşağın istifadə etdiyi nitq növlərinin inkişafı (şifahi, yazılı, daktil, jest);
6. Dodaqdan oxunun vəziyyəti;
7. Nitqin (səsli və jest) və təfəkkürün inkişaf nisbəti;
8. Aparıcı fəaliyyət növünün (yaşa uyğun) xüsusiyyətləri;
9. Şəxsiyyətin inkişaf səviyyəsi: özünüqiymətləndirmə, onun sabilliyi, adekvatlığı, dəyişməsi və onun səbəbləri.

Eşitməsi problemlə uşağın psixoloji-pedaqoji öyrənilməsi onun təlim-tərbiyəsinin, korreksion tədbirlərin düzgün seçilməsinin əsasını təşkil edir.

Görməsi problemlə uşaqların müayinə xüsusiyyətləri

Görməsi problemlə uşaqlar müxtəlifliyi ilə seçilən böyük bir qrup təşkil edirlər. Bunlar həm də görmə funksiyasının vəziyyəti, yaranma səbəbləri və sosial inkişaf şəraitinə görə fərqlənirlər. Belə uşaqların müayinəsinə verilən ümumi psixoloji tələblər bunlardır: inkişaf tarixi ilə tanışlıq; uşağın davranışının fəaliyyət zamanı (qrupda, məşqələdə, dərscənkənar fəaliyyətdə) müşahidəsi.

Ümumi tələblərdən başqa xüsusi tələblər də irəli sürülür. Bunlar aşağıdakılardır:

- Lazımi dərəcədə işıqlandırma;
- Gözə düşən arasıkəsilməz yükün təsiri məhdud olmalı (kiçik və orta məktəbəqədər yaş dövründə 5-10 dəq., böyük məktəbəqədər və kiçik məktəb yaşında 15-20 dəq);
- Gərgin görmə ilə müşahidə tələb edən fəaliyyət növlərinin başqaları ilə növbələşdirilməsi;
- Əyanilik;
- Xüsusi tələblər.

L.N.Solntseva görməsi problemlili uşağın inkişafında 3 kritik dövrü qeyd edir. Aşağıda dövrlər və onlardan irəli gələn müayinənin istiqamətləri göstərilir.

1. *Özünün normal görünən uşaqdan ayırd edilməsi dövrü.* Öz qüsurlunu başa düşməsi və onun korreksiyaya ehtiyacı olmasının dərk etməsi tədricən özünü tənzimləməyə gətirib çıxarır.

Müayinənin istiqamətləri:

- Uşağın özünü xüsusi ehtiyacı olan uşaq kimi dərk etməsini üzə çıxarmaq: hissiyat orqanları haqda məlumatlı olması, gözlüyün istifadəsi və onun xeyri, ünsiyyət qurmağa həvəsli olması, öz davranışına nəzarət etməsi;
- Sosial adaptasiyada problemlər, cəmiyyətə adaptasiya olunmaq üçün keyfiyyətlərin və vərdişlərin olması: uşaqda biliklərə yiyələnmə prosesi necə gedir, mənimsəmənin polisensor xarakterindən necə istifadə edir, başqalarından informasiyanı necə alır, bu prosesdə fəaldırımı, başqalarına köməklik edirmi, davranış qaydalarının nəzərə alınmasını dərk edirmi;
- Bilik, vərdiş və kollektivdən kənara çıxmağa psixoloji hazırlığın formalaşdırılması, insanlarla və cəmiyyətlə əlaqələrin genişləndirilməsi: cəmiyyət və sosial münasibətlər haqqında uşağın təsəvvürləri, müasir texniki vasitələrdən istifadə edə bilməsi və s.;
- Əmək fəaliyyətində tələb olunan vərdişlərin formalaşdırılması səviyyəsi.

2. *Məktəb təliminə hazırlıq və keçid dövrü.* Bu dövrdə uşaqda dərslər fəaliyyətinə hazır olması, onun əldə etdiyi bilik və vərdişlərdən istifadə edə bilməsi bacarığı, müvafiq motivasiyanın olması müəyyən edilməlidir.

İlkin mərhələdə görməsi problemlili uşaqların dərslər fəaliyyəti bir qədər ləng keçir, çünki uşağın fəaliyyəti görmənin çatışmazlığı, taktil və propriotseptiv hissiyyat əsasında qurulur: Bu məkan təsəvvürlər, aparıcı əlin hərəkətlərinin avtomatlaşdırılması, fəaliyyətin gedişinə və nəticələrinə nəzarətdir. Bu mərhələdə həm də uşağın təcrid olunması dərəcəsini, yeni şəraitdə özünəinamsızlığını və diskomfortu, özünüdərk etmənin defektin dərəcəsindən asılılığını müəyyən edirlər.

Uşağın tam adaptasiyasından sonra diaqnostik testlərdən istifadə etmək olar.

3. *Orta sinif təlimi dövrü.* Uşaqlarda refleksiya, öz fikirləri və baxışları formalaşır, tənqid və özünü tənqid hissi yaranır, başqa insanlarla münasibətlərdə dəyişiklər baş verir.

Bu dövrdə aşağıdakıları müəyyən etmək çox vacibdir:

- Dərs fəaliyyətinin formalaşması və proqram materialının mənimsəməsi səviyyəsi;
- Abstrakt təfəkkürün səviyyəsi;
- Özünütənzimləmə, dərkətmə motivasiyasının formalaşması;
- Münasibətlər və kommunikasiyanın səviyyəsi;
- Sərbəstlik və müstəqilliyin səviyyəsi;
- Özünüqiymətləndirmənin xarakteri və məzmunu;
- Korreksiya məqsədilə biliklərdə olan kəsirliyin müəyyən edilməsi.

Qeyd edək ki, görməsi problemlə uşaqların müayinəsi üçün çox az metodikalar var. Ümumi metodikalar görmə funksiyasının çatışmazlığını nəzərə almaqla adaptasiya olunmalıdır.

Təqdim olunan tapşırıqlar real əşyalardan, həndəsi həcmli və səthi formalardan, müxtəlif rəngli relyefli və səthi konturlu və ya siluetli şəkillərdən ibarətdir.

Müayinə materialına irəli sürülən tələblər:

Kontrastlılıq - 60-100% təşkil etməlidir; mənfi kontrast daha məsləhətlidir, yəni ağ fonda qara şəkillər daha yaxşı qəbul olunurlar:

1. Əşyanın hissələri arasında olan nisbətlər, əşyaların rəngi reallığı əks etdirməlidir;
2. Şəkillərdə yaxın, orta və uzaq plan dəqiq göstərməlidir;
3. Şəkillər tapşırığa aidiyyəti olmayan detallardan azad olunmalıdırlar;
4. Sarı, qırmızı, narıncı və yaşıl rənglərdən istifadə etmək tövsiyə olunur;
5. Zəif görən uşaqlar üçün material ilə göz arasında olan məsafə 30-33 sm, kor uşaqlar üçün isə qalıq görmədən əsli olmalıdır.

Metodikaların adaptasiyasında əsas prinsip görmənin dərəcəsiindən asılı olaraq stimül materialın ekspozisiya vaxtının 2-10 dəfə artırılmasıdır.

Görmə problemi olan uşaqların müayinəsində keyfiyyəti parametrlərə fikir verilir. Belə ki:

- *Hərəkəti vərdişlərə əsaslanan metodikalarda* hərəkətlərin dəqiqliyi və tezliyi deyil, ümumi nəticə nəzərə alınır: tapşırığa ayrılan vaxt uzaldıla bilər;
- *Nitq metodikaları*: ilk öncə uşaqda nitqi materialla real təsəvvürlərin uyğun olması müəyyən edilir; görməsi problemlə uşaqlarda nitqi formalizm müşahidə olunur, yəni tam real təsəvvürlər formalaşmamış olur;
- *Rəsm elementləri olan metodikalar*: müəyyən edilməlidir ki, uşağın çəkdiyi əşyadan təsəvvürü varmı;
- *Görmə analizi və sintezə əsaslanan metodikalar*: əvvəlcə öyrənməliyik, zəif görən və görmənin qalıqları olan uşaqlarda verilən forma və obyektlər haqqında biliklər formalaşdırılıb ya yox;
- *Sərbəst oyunlar metodikaları*: oynadığı oyuncaqları və onlarla hərəkətləri bilir ya yox;

Təqlidə əsaslanan metodikalar: bu metodika görməsi problemlı uşaqlarda təmiz variantda işlədilmir; buna görə də bütün hərəkətlər uşaqlar üzərində göstərilir ki, hərəkəti – əzələ yaddaşında qalsın.

Dayaq–hərəkəti aparatın pozulmaları olan uşaqların müayinəsinin əsasları

Dayaq–hərəkəti aparatın pozulmaları olan uşaqlar arasında çoxluğu serebral iflici olan uşaqlar təşkil edir. Beyin serebral iflici bəzi psixi funksiyaların pozulması ilə müşayiət olunur. Pozulmaların dərəcəsi arasında düz korrelyasiya yoxdur, yəni ağır hərəkət pozulmaları yüngül psixi ləngimə ilə və əksinə, iflicin qalıq əlamətləri ağır əqli geriliklə müşayiət oluna bilər. Məhz bu müxtəliflik psixoloji–pedaqoji diaqnostikanı çətinləşdirir, metodika və testlərin istifadəsini məhdudlaşdırır.

Ən çox çətinliklər *serebral iflicli uşaqlarda əqli geriliyin başqa mənşəli psixi ləngimə və əqli geriliyin səviyyələrini* diferensiasiya edəndə yaranır. Mütəxəssislər qeyd edirlər ki, belə uşaqlarda ali psixi funksiyaların inkişafı üçün əvvəldən zəmin var. Amma hərəkətlərin, nitqin, eşitmənin, görmənin müəyyən dərəcədə pozulması, sosial deprivasiya nəticəsində biliklərin kəsərliliyi əqli geriliyin giperdiaqnostikasına gətirib çıxarıb.

Serebral iflicli uşaqların diferensial diaqnostikasının ümumiləşdirilmiş sistemi yoxdur, bu da nəzərə alınmalı faktorların çoxluğu ilə izah olunur. Buna görə də diaqnostikanın obyektiv və effektiv olması üçün metodikalarla yanaşı uzun müddət müşahidə çox vacibdir. Belə yanaşma psixoloqdan vaxt və peşəkarlıq tələb edir.

Psixoloji–pedaqoji müayinənin məsələləri yaş mərhələsi ilə müəyyən edilir.

Erkən, məktəbəqədər və kiçik məktəbli yaş dövründə dərkətmə fəaliyyətinin formalaşdırılması xüsusi diqqət tələb edir.

Yeniyyət və gənclik dövründə dərkətmə fəaliyyətin pozulmaları arxa plana keçir və dərin neyropsixoloji müayinə zamanı üzə çıxır. Amma məhz onlar əmək təlimi prosesini və əmək vərdislərinin mənimsənməsini çətinləşdirir. Bu yaşda serebral iflicli uşaqlarda əsas yer şəxsiyyəti keyfiyyətlərin, sosial və əmək adaptasiya imkanlarının öyrənilməsinə ayrılır.

Serebral iflicli uşaqlarda aşağıdakı tipik inkişaf xüsusiyyətləri müəyyən edilir:

- Psixomotor funksiyaların, hərəkətlərin və xırda motorikanın pozulması;
- Nitq funksiyasının, ekspressiv və impressiv nitqin pozulması;
- Sensor–perseptiv funksiyaların və məkanda bələdləşmənin pozulması;
- Yaddaşın və diqqətin iradi formalarının pozulması;
- Verbal və qeyri-verbal təfəkkürün, xüsusən də ümumiləşdirmə, abstraksiya, məkanı, praktik riyazi təfəkkürün pozulması;
- Əqli fəaliyyətin inertliyi, ləngliyi;
- Əhval-ruhiyyənin dəyişkən olması;
- Davranış pozulmaları və s.

Mütəxəssislər qeyd edirlər ki, psixoloji reabilitasiya obyektı kimi serebral iflicli uşaqla yanaşı onun valideynləri də mütləq müayinəyə və reabilitasiya prosesinə cəlb olunmalıdırlar, çünki onların da psixoloji dəstəyə ehtiyacları vardır. 3-5 yaşlı uşaqla

valideynin iştirakı olmadan reabilitasiyanın təşkili də çətinidir.

Yuxarıda deyilənləri nəzərə almaqla, qeyd etməliyik ki, serebral iflicli uşaqların dərin psixodiaqnostik müayinəsində aşağıdakılar qiymətləndirilməlidir:

- Psixomotor inkişafı, xüsusən də erkən yaş dövründə;
- İntellektual inkişafı (ayrı-ayrı funksiyaların və ümumilikdə intellektin strukturunun);
- Emosional – iradi sahənin vəziyyəti;
- Davranış və onu tənzimləyən psixoloji mexanizmlərin vəziyyəti;
- Şəxsiyyətin xüsusiyyətləri.

Ailənin və valideynlərin müayinəsi aşağıdakıları müəyyən edir:

- Valideynlərin psixi səhhətinin vəziyyəti, ailədə psixoloji şərait;
- Valideynlərin psixoloji-pedaqoji və tibbi biliklərinin səviyyəsi;
- Ailədə münasibətlərin qurulması vəziyyəti;
- Uşağın inkişaf perspektivlərinə valideynlərin adekvat münasibəti.

Serebral iflicli erkən yaşlı uşaqların psixi inkişafının qiymətləndirməsinə dair tövsiyələr Y.A.Strebeleva, Y.M.Mastyukova, O.V.Bajenovanın əsərlərində öz əksini tapmışdır.

Serebral iflicli uşağın psixi həyatını təhlil edərkən aşağıdakıları nəzərə almaq lazımdır:

- Hərəkəti pozulmaların təsiri;
- Dərketmə fəaliyyətini ləngidən faktorlar;
- İntellektual defektin yaranmasında beyinin zədələnməsi ilə bağlı və ya motorikanın pozulması ilə bağlı olanı ayırd etmək.

İstifadə olunan metodikaların seçimi müayinə olunan uşağın bu və ya digər test tapşırıqlarını yerinə yetirmək bacarığından asılıdır. 3-4 yaşadək müayinə təbii və ya süni yaradılmış stabil şəraitdə keçirilir. Bu yaşda S.D.Zabramnaya, Y.A.Strebeleva və b. tövsiyələrinə görə mənimsəmə, təfəkkürün müxtəlif növlərinin, məkan və zaman anlayışlarının yoxlanması vacibdir. Tapşırıqlar şifahi formada fərdi keçirilir. 5-7 yaşadək uşaqlarda müayinə 20-30 dəqiqə vaxt aparmalıdır.

Məktəbəqədər və kiçik məktəbyaşlı uşaqların müayinəsində mənimsəmənin bütün növləri: qurma, məkan və zaman anlayışları, qrafik bacarıqlar, oxu, yazı, hesab və s. dair tapşırıqlar daxil edilməlidir.

12-14 yaşından artıq anketlərdən istifadə etmək olar.

İ.İ.Mamayçuk və L.M.Şipitsina serebral iflicli uşaqların psixodiaqnostikasına dair aşağıdakı tələbləri irəli sürürlər:

1. Psixodiaqnostika bacardıqca erkən yaşda aparılmalıdır, yəni tibbi diaqnozun təşxis olunmasından dərhal sonra;
2. Psixodiaqnostika seçilən korreksiya proqramını və onun nəticələrinə nəzarəti əsaslandırılmalı və lazım gələrsə uşağı psixoloji köməklə təmin etməlidir;
3. Uşaqların valideynləri də psixodiaqnostikadan keçməlidirlər;

4. Psixodiaqnostikanın nəticələri ilə yalnız psixoloq, defektoloq və valideynlər tanış olmalıdırlar.

Psixi ləngiməsi olan uşaqların müayinəsinin meyarları

Mərkəzi sinir sisteminin ağır xəstəlikləri ilə yanaşı yalnız ayrı-ayrı ağırlıq dərəcəsi ilə ifadə olunan pozulmalar sırasında psixi inkişafın ləngiməsini qeyd etmək vacibdir. Bu pozulma minimal beyin disfunksiyasının nəticəsidir. Bu zaman uşaqlarda artıq ilk yaşlarında psixomotor inkişafda geri qalma, 2-3 yaşlarında isə nitqin inkişafsızlığı müşahidə edilir.

Psixomotor inkişafda geri qalma hipokinetik davranışla özünü büruzə verir. Uşaq bir yerdə qərar tutmur, heç bir başladığı işi axıracan çətdirmir, oyun fəaliyyətinə hazır olmur, bütün fəaliyyəti məqsədsiz olur. Belə uşaqlarda xırda motorika da inkişafdan qaldığı üçün, onlar bəzi özünəxidmət vərdişlərinə yiyələnmə bilmirlər.

Psixi inkişafın ləngiməsində əqli gerilikdən fərqli olaraq psixi funksiyaların qeyri-bərabər inkişafı müəyyən edilir: belə ki, bu zaman məntiqi təfəkkür yaddaşa, diqqətə və əqli işguzarlığa nisbətən daha yaxşı inkişaf etmiş olur, yəni burada intellektual defektin qarşısı alınmışdır.

Bundan başqa, oliqofreniyadan fərqli olaraq, psixi inkişafında ləngimə olan uşaqlarda psixi proseslərin inertliyi qeyd olunmur, yəni onlar köməkdən istifadə edə bilirlər və nəticədə əldə etdiyi vərdiş və bacarıqlardan səmərəli istifadə edirlər.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlarda zəif dərkətmə bacarığı müəyyən edilir. Psixi inkişafda ləngiməsi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda yaddaş və diqqət zəif olur. Bu da bəzi sensor sistemlərin (görmə, eşitmə, taktil) integrativ fəaliyyətinin formalaşmaması ilə izah olunur. Yaxşı məlumdur ki, məhz integrativlik, yəni müxtəlif funksional sistemlərin ahəngdar fəaliyyəti psixi inkişafın özülünü təşkil edir. Buna görə belə uşaqlar qeyri-adi rakursda təqdim edilən əşyaları tanımır, ayrı-ayrı detalları tam bir məna daşıyan şəkildə birləşdirə bilmirlər. Bu səbəbdən elə psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqların ətraf aləm haqda təsəvvürləri də qırıq və kəsəddir.

Beyinin integrativ fəaliyyətinin çatışmazlığı həm də sensomotor pozulmalarda özünü büruzə verir, bu onların çəkdiyi şəkillərdə öz əksini tapır. Belə ki, nümunə əsasında həndəsi fiqurları çəkərək, xətləri, bucaqları və nisbətləri düzgün göstərmirlər. Böyük məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda insan təsvirləri primitiv xarakterlidir, bədən hissələri disproporsionaldır və ya tam qeyd olunmur. Beləliklə, psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlarda perseptiv və hərəkət funksiyaları arasında əlaqələr tam formalaşmayıb. Belə ki, uşaq görmə və taktil ilə mənimsədiyi əşyaların eyni olub-olmadığını qiymətləndirə bilmir; eşitdiyi ritmi əl və barmaq hərəkətləri ilə təsvir edə bilmir.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqların bir xüsusiyyəti də məkani anlayışların inkişafdan qalması, öz bədən hissələrinə bələd olmaması və xırda motorikanın inkişafdan qalmasıdır.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlarda nitqin inkişafdan qalması, artikulyasiyanın pozulması (xırda və diferensiasiya olunmuş artikulyasiya hərəkətləri) və fonetik-fonematik (oxşar fonemlərin seçməməsi) pozulmalar da mövcuddur.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlarda diqqət çox yayınıq olur, xüsusən də, dərslərin sonunda; diqqətin həcmi məhdud olduğundan, onlar təqdim olunan informasiyanın tək cəmi hissəsini qəbul edirlər. Diqqətin belə pozulması uşaqda anlayışların formalaşmasını ləngidir.

Diqqətin daha bir xüsusiyyəti də əşya və ya təzahürün əhəmiyyətli əlamətlərini nəzərə almamaqdır. Bu barədə korreksion tədbirlər görülməzsə, təfəkkür fəaliyyətinin inkişafsızlığı baş verir.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlarda yaddaşın strukturu da özünəməxsusdur. Belə ki, bəzən qeyri-iradi yaddaş çox fəal olur, amma tipik uşaqlarla müqayisədə o zəifdir, bu da dərketmə fəaliyyətinin aşağı olması ilə izah olunur.

İradi yaddaşın zəifliyi isə özünə nəzarətin formalaşmaması ilə və iradi fəaliyyətin tənzimlənməsinin məqsədyönlü olmaması ilə izah olunur.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlar emosional cəhətdən də qeyri-stabil olurlar, yəni onlar uşaq kollektivinə çətinliklə uyğunlaşırlar, fəaliyyətdə tez yorulurlar.

Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqların kateqoriyası müxtəlifliyi ilə seçilir. Belə ki, əsasən emosional-iradi sahədə problemləri olan, şəxsiyyət kimi formalaşması gecikən uşaqlar infantil uşaqlar qrupuna aid edilir və onlara məktəbəqədər və ibtidai məktəb dövründə rast gəlinir. Belə uşaqlar məsuliyyətsiz olurlar, məktəbə heç bir cəhətdən hazır olmurlar.

Psixi inkişafın ləngiməsinin başqa formalarında dərketmə fəaliyyəti pozulmuş olur.

Ən dərin pozulmalar psixi inkişafın ləngiməsinin serebroastenik formalarında müəyyən edilir.

Emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaqların diaqnostik əsasları

Emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaqların öyrənilməsi onlarla kontaktın yaradılmasının çətinliyi ilə izah olunur. Müayinənin təşkili forması kimi uzunmüddətli dinamik diaqnostik müşahidə seçilsə də, hər uşaqda fərdi iş prinsipial məsələdir.

İlkin mərhələdə müayinəni bir mütəxəssis (psixoloq və ya müəllim) aparmalıdır ki, uşaq yeni şəraitə adaptasiya olunsun. O biri mütəxəssislər (loqoped, psixiatr və s.) özlərini uşağa növbələşərək təqdim etməlidirlər, çünki hər bir sərt baxış və ya bir söz uşaqda qoruyucu reaksiyaya səbəb ola bilər və bununla da elə müayinə bitər.

Emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaqların müayinəsi 3 mərhələdə keçirilir:

1. Psixoloji anamnezin toplanması – buraya ailə haqqında məlumatlar daxildir;
2. Emosional-iradi sahənin pozulma səviyyəsinin müəyyən edilməsi;
3. Dərketmə sahənin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

Qeyd edək ki, elə problemlər var ki, onlar həm emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaqlarda, həm autizmdə, həm də bəzi başqa hallarda rast gəlinir.

Birincisi, hər emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaqda erkən yaş dövründə eşitmənin və görmənin pozulması ehtimal olunur. Çünki belə uşaq danışmur, böyüklərin göstərişlərinə məhəl qoymur və s. Amma belə şübhələr əsassız olur, çünki valideynlər qeyd edirlər ki, belə uşaqlar sosial stimullara cavab verməsə də, müəyyən səs və vizual

nümayişlərə, məsələn, xışıltı, musiqi, lampa işığı, kölgələr və s. diqqət yetirib, fikir verirlər, bu da onlarda eşitmə və görmənin olmasından xəbər verir.

Lakin, belə uşaqlarda daha çox təəssuratların qəbulu xüsusiyyətləri diqqəti cəlb etməlidir, çünki çox vaxt sensor stimullara uşağın reaksiyaları anomal və qeyri-adi olur.

Emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaqlarda fiziki və sosial stimullara da reaksiya tam başqadır. Əgər tipik inkişaf etmiş uşaq üçün sosial stimullar əhəmiyyətlidirsə, emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaq belə stimullara məhəl qoymur.

Digər tərəfdən, görmə və eşitmə problemi olan uşaqlarda da davranış pozulmaları, stereotip hərəkətlər ola bilər. Bu hərəkətlər ətraf aləm ilə real əlaqənin olmamasının kompensasiyasıdır və autostimulyasiya funksiyası daşıyır. Emosional-iradi pozulması barəsində o zaman danışıla bilər ki, belə hərəkətlər başqaları ilə emosional əlaqələrin qurulmasında çətinliklər ilə müşayiət olunsun. Amma onu da qeyd etməliyik ki, çox vaxt emosional-iradi sahənin pozulması görmə və eşitmənin pozulması ilə də müşayiət olunur. Emosional-iradi sahənin pozulması və sensor pozulmaların cəmləşməsi korreksion işini çətinləşdirir.

Emosional-iradi sahənin pozulmasının ən geniş yayılmış forması ilkin uşaq autizmidir. Çox vaxt autizmlə əqli geriliyi də ayırd etmək lazım gəlir. Tədqiqatlar göstərir ki, autizmlə uşaqların 2/3 hissəsində oliqofreniyanın müxtəlif dərəcələri müşayiət edilir.

Lakin, nəzərə almaq lazımdır ki, autizmlə uşaqlarda intellektual inkişafın pozulması oliqofren uşaqlarda olduğundan keyfiyyətcə fərqlənir. Bəzən autizmlə uşaq bəzi bilikləri daha cəld qavrayır, qeyri – verbal testlərin nəticələri onlarda verbal testlərdən yüksək olur, halbuki onlar həyata pis adaptasiya olunurlar. Bəzən dərin əqli geriliyi olan və deprivasiyaya məruz qalmış uşaqlarda da autostimulyasiyanın stereotipliyi ilə rastlaşmaq mümkündür, məsələn: yırğalanma. Belə halları autizmdən ayırd etmək üçün belə uşaqla emosional ünsiyyət qurmağın mümkünlüyü yoxlanılmalıdır. Bəzi hallarda autizmi müşayiət edən nitq qüsurlarını nitq inkişafının başqa pozulmalarından fərqləndirmək lazım gəlir. Tez-tez valideynlər autizmlə uşaqların məhz nitqinə fikir verib onlarda qəribə intonasiya, nitq şampları, əvəzliliklərin yer dəyişməsinə, exolalia və s. qeyd edirlər.

Bəzi ağır hallarda uşaq nitqdən tam istifadə etmir. Bu hal müşahidə olunursa, onda motor alaliya (uşaq danışa bilmir) və ya sensor alaliyadan (uşaq nitqi başa düşmür) şübhələnmək lazımdır. Əgər uşağın eşitməsi və əqli inkişafı normaldırsa və o, nitqdən istifadə etmirsə, onda bu hal mutizm adlanır və motor alaliyadan fərqli olaraq, belə uşaqlar bəzən nitqdən istifadə edirlər, tam cümlələrlə danışirlər.

Sensor alaliyadan mutizmi ayırd etmək çətindir, çünki belə uşaq nitqi instruksiyaları qəbul etmir və başa düşmür. Autizmlə uşağa gəldikdə isə o, sensor alaliyalı uşaqdan fərqli olaraq bəzən başqa bir adama ünvanlanan, nisbətən mürəkkəb informasiyanı adekvat dərk edir və hərəkətlərində nəzərə alır.

Ağır autizmi olan uşağı xarakterizə edən ən əsas xüsusiyyət kommunikasiyanın qlobal pozulmasıdır. Autizmin yüngül hallarında isə yalnız kommunikasiya ilə bağlı nitq çətinlikləri müşahidə oluna bilər. Belə hallarda tələffüzün pozulması, nitqdə aqrammatizmlər, cümlələrin quruluşunda və nitqi instruksiyaların qavramasında çətinliklər aşkar olunur. Bütün bu problemlər uşaqda kommunikasiya yaratmaq istəməsi zamanı baş verir.

Diferensial diaqnostika zamanı davranışın daha ümumi xüsusiyyətlərini də nəzərə almaq lazımdır. Belə ki, autistik uşaq utancaq olacaq, digər şəxslərin baxışlarına və danışıq tonlarına həssas olacaq, tanış olmayan mühitdə özünü itirəcək. Nəhayət, dördüncüsü, uşaq autizmi sindromunu kommunikasiya pozulmalarından da ayırd etmək vacibdir. Belə kommunikasiya pozulmalarının yaranmasına xüsusi həyat şəraiti səbəb olur. Belə hallar uşaq müəyyən səbəblərdən həmyaşıdları və valideynləri ilə (uşaq hospitalizmi) ünsiyyət yaratmaqdan məhrum olunanda yaranır . .

Məlumdur ki, insanlarla emosional əlaqələrin və sosial təcrübənin olmamasına tez-tez uşaq evlərində rast gəlinir. Burada tərbiyə alan uşaqların əksəriyyətində uşaq hospitalizmi adlanan hal və onun nəticəsi olan psixi inkişafın ləngiməsi müəyyən edilir. Onlar dünya ilə əlaqələrin olmamasını kompensasiya etmək üçün stereotip hərəkətlərə əl atırlar. Amma autizmdən fərqli olaraq bu hərəkətlər daha primitiv olur, məsələn: barmaqların sovurulması və ya yırğalanması kimi. Əsas fərqləndirən cəhət isə odur ki, belə uşaq normal ailə şəraitinə düşərsə, o, daha tez adaptasiya olur və emosional cəhətdən inkişaf edir.

Əgər ailədə körpə uşaq varsa, siz özünüz balaca bir müayinə apara bilərsiniz. Qeyd edək ki, həqiqi və ya əsl autizm 2-2,5 yaşda baş verir. Oxşar problemlər 5 yaşdan sonra başlayırsa, ilk növbədə şizofreniya haqqında düşünmək lazımdır. Qəribə davranış 1 yaşadək ortaya çıxırsa, bu zaman anadangəlmə karlıq barəsində düşünmək lazımdır. Bir yaşından sonra yaranan problemlər psixi və nitq inkişafının ləngiməsindən, əqli gerilikdən, nevroz, epilepsiya və digər xəstəliklərdən şübhələnməyə əsas verir. Buna görə də, düzgün diaqnoz yalnız ixtisaslı mütəxəssis tərəfindən təşxis oluna bilər. Amma uşağın hərəkət və davranışında olan qeyri-adekvatlığa ilk növbədə valideynlər diqqət yetirməli və aşağıda qeyd olunan əlamətləri görəndə narahat olmalıdırlar:

- Körpə doğulduğu gündən səslərə reaksiya vermir;
- Uşağı adıyla çağıranda cavab vermir;
- Uşaq istədiyini izah edə bilmir;
- Uşaqda autoaqressiya halları müşahidə olunur (özünə xəsarət yetirmək və s.);
- Nitq inkişafı ləngiyir;
- Böyüklərin heç bir göstərisinə əməl etmir;
- Dövri olaraq eşitmə qabiliyyəti məhdudlaşır;
- Müəyyən oyuncaqla oynamağı bacarmır;
- Vizual kontakt (“göz - gözə”) yaratmır;
- Uşaqda təbəssüm olmur;
- 12 ayadək uşaqda heç bir səslər (vağ-vuğ və ayrı-ayrı hecalar) müşahidə olunmur;
- 12 ayadək işarə jestindən, tutucu və başqa hərəkətlərdən istifadə etmir;
- 16 ayında ayrı-ayrı sözləri demir;
- 2 yaşında iki sözdən ibarət frazalardan istifadə etmir;
- Eyni tipli hərəkətlərə meyillidir;
- Uzun müddət hərəkətsiz bir nöqtəyə baxışını dikib oturur;
- Hər bir yaş dövründə əvvəlki dövrdə əldə etdiyi nitq və sosial vərdişlərin itirilməsi;

- Uşağın psixi inkişafında reqress müşahidə olunur.

Amma bu bütün əlamətlərin siyahısı deyil. Belə deyim var: "Əgər siz bir autizmlə şəxs tanıyırsınızsa, siz yalnız bir autizmlə şəxs tanıyırsınız!". Bu tamamilə düzgündür. Biz bir - birimizdən dünya görüşü, xəsiyyət, maraq və vərdişlərimizlə fərqləniriksə, autizmlə insanlar da bir birindən fərqlənirlər. Bəlkə də onlar bizə nisbətən daha da çox bir- birindən fərqlənirlər.

Hal-hazırda uşaq autizminin müəyyən edilməsi üsulları çoxdur. Aşağıda göstərilən ən sadə və əlçatan test pediatrlar tərəfindən istifadə olunur və valideynlərlə də evdə aparıla bilər.

16-48 aylıq uşaqları müayinə etmək üçün aşağıdakı CHAT-test müayinəni keçirmək olar. Bu müayinə 2 hissədən ibarətdir. A hissəsi valideynlər üçün, B hissəsi isə həkimlər üçün nəzərdə tutulub (Cədvəl 1.4):

A hissə (valideynlər üçün)			
Sıra	Suallar	Hə	Yox
1.	Uşağınız ələ götürülməyi, diz üstündə yırğalanmağı və emosional və fiziki kontaktın növlərini sevir?		
2.	Sizin uşaq başqa uşaqlarla maraqlanır?		
3.	Pilləkənlə çıxmağı xoşlayır?		
4.	"Gizlən-qaç" oynamağı xəşləyir?		
5.	Sizin uşaq "əyləncə üçün" oynaya bilər (yəni misal üçün, bir oyuncaq çaydandan çay süzsün və s)?		
6.	Bir şey istəyənlə əlbəyaxa ilə işarə edir?		
7.	Uşağınız kiçik oyuncaqlardan (oyuncaq avtomobil, kublar) məqsədyönlü oynamaq üçün istifadə edir, yoxsa onları sadəcə əlində oynadır və ya ağızına aparır?		
8.	Uşağınız bir şey göstərmək üçün həmin əşya və ya oyuncağı sizə gətirir?		
B hissə (həkim müşahidələri)			
Sıra	Suallar	Hə	Yox
1.	Müayinə zamanı uşaq sizin gözünüzlə baxırdı?		
2.	Əvvəlcə uşağın diqqətini özünüzlə cəlb edin, sonra isə ona otağın o biri hissəsində yerləşən əşyanı və ya oyuncağı göstərin. Uşağın reaksiyasına diqqət yetirin. Uşaq göstərilən əşyaya baxdı?		
3.	Əvvəlcə uşağın diqqətini özünüzlə cəlb edin, sonra isə ona bir otaqdan verib "Mənə bir fincan çay süz" deyərək xahiş edin. Uşaq xahişinizi yerinə yetirəcək?		
4.	Uşaqdan lampanı göstərməyi xahiş edin. Uşaq lampanı göstərirdi ya yox?		
5.	Uşaq kublardan qala qura bilir?		

Cədvəl 1.4. Autizmin müayinəsinə dair CHAT-test

CHAT-test üzrə nəticələrin hesablanması

Bu testdə 5 əsas hissə var:

- A – 5 (spontan rollu oyunlar);
- A – 7 (barmaqla işarə etmək);
- B – 2 (göstərilən əşyaya diqqət yetirməsi);
- B – 3 (rollu oyunlar);
- B – 4 (barmaqla işarə etmək).

Əgər uşaq testlərdən bu əsas 5 hissəni keçə bilməyibsə və onlara “Yox” cavabı veribsə, onda belə uşaqda autizmin olması ehtimalı çox yüksəkdir. Əgər uşaq A testindən 7 hissəni və B testindən 4 hissəni keçə bilməyibsə, onda autizm olmaq riski vardır. Bu testi bir aydan sonra təkrarlamaq vacibdir. Körpədə belə əlamətlər müşahidə olunarsa, birincisi, onun psixi inkişafını qiymətləndirmək üçün siz pediaatra, sonra isə beynin müxtəlif virus infeksiyalarını, epilepsiyanı, şişləri və s. istisna etmək üçün sahə nevropatoloquna müraciət etməlisiz. Bundan sonra "Autizm" diaqnozunu təsdiqləməkdən ötrü psixiatrik müayinədən keçmək lazımdır.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi uşaq autizmi sindromu uşaqların psixi inkişafının pozulması nəticəsində formalaşır və pozulmanın dərinliyi və dünyaya uyğunlaşma dərəcəsini əks etdirir və müxtəlif variantlarda özünü büruzə verir.

Demək lazımdır ki, valideynləri narahat edən problemlər bir günün içində yaranmır.

Təcrübə göstərir ki, psixi inkişafın pozulmalarının psixodiaqnostikasında istifadə edilən kəmiyyət metodikaları və nəticələrin orta göstəricilərlə müqayisə edilməsi düzgün hesab oluna bilməz. Psixodiaqnostikaya kəmiyyət və keyfiyyət nöqtəyi nəzərdən yanaşma çox vacib və əhəmiyyətlidir. Ön planda isə keyfiyyət göstəriciləri olmalıdır. Bu və ya digər psixoloji təzahürün səbəblərini dərindən öyrənib təhlil etməkdən ötrü psixoloq əvvəlki müşahidələri, öz təəssüratlarını və obyektiv metodikalar əsasında alınan nəticələri müqayisə etməlidir.

Autistik uşaq barəsində lazımı məlumatı ilk növbədə valideynlərdən almaq və uzunmüddətli müşahidələrdən əldə etmək olar. İlk müayinədə bizi maraqlandıran keyfiyyəti xüsusiyyətlərdir, yəni ayrı-ayrı psixi funksiyaların inkişaf səviyyəsi, davranışın affektiv mənası və s. Müayinə zamanı autizmin tipi, stereotipliyin xüsusiyyətləri, autostimulyasiyanın və ətraf aləmlə konstruktiv ünsiyyətin forması müəyyən edilməlidir. Uşağın nitqini qiymətləndirərkən onda mutizm var ya yox, nitqdən nə dərəcədə istifadə edir, nitq vasitəsilə ünsiyyət qura bilirmi, nitqi vəziyyətlə bağlıdır mı və s. kimi bacarıqları lüğət ehtiyatını, şəxsi əvəzlilərdən istifadə etməsini müəyyən etmək lazımdır. Həmçinin nitqin tempinə, ritminə, intonasiyasına, səsin xarakteristikasına, vokalizasiyalara və s. fikir vermək vacibdir. Belə ki, qısa nitqi şamplarla və 1-ci şəxsi əvəzliksiz nitq həm 2-ci, həm də 4-cü qrupa aid autistik uşaqda ola bilər. Amma sözlərin hecalara bölünməsi (skandirovaniye), affektiv intonasiyalı nitq bu uşağın 2-ci qrupa aid olduğunu göstərir. Nitqin və tələffüzün qeyri-dəqiqiyyəti, nitqin sonunda intonasiyanın enməsi isə uşağın 4-cü qrupa aid olduğunu göstərir.

Göz və taktil kontaktın xüsusiyyətləri də böyük əhəmiyyət kəsb edir: uşaq təsadüfən gözə baxdı və ya bu düşünülürdü, ətrafdakıların söhbətlərinə qulaq asır, davranışı nədən dəyişir və s. – bunlar hamısı müşahidə tələb edir.

Emosional kontaktı qiymətləndirərkən yadda saxlamaq lazımdır ki, məhz ən ağır sayılan 1-ci qrupa aid uşaqlar müşahidəçiyə yaxşı təəssurat bağışlayır: onlar erkən yaş dövründə gülürüz olur, hamının qucağına gedirlər və s. Amma bilmək lazımdır ki, onun təbəssümü ünvansızdır, o, sadəcə aldığı zövqə sevinir, onun baxışı sizin baxışınızı qeyd etmir və ondan yan keçir. Bunlar müşahidəçini daha çox narahat etməlidir.

Autistik uşaqların bəzi reaksiyaları da çox spesifikdir. Əgər kimsə onun anasının diqqətini söhbətlə yayındırırsa, onda 2-ci qrupa aid uşaq qışqıraraq anasının əlindən tutub çıxışa dartacaq. 3-cü qrupa aid uşaq anasının yanında dayanıb söhbətə qulaq asacaq, fəal söhbətə qarışacaq, 4-cü qrup uşaq buna səssiz qalacaq.

Artıq ilk müayinədə məlum olur ki, uşaq nə dərəcədə özünəxidmət vərdişlərinə yiyələnib, diskomforta (ağrı, aclıq, yorğunluq və s.) necə reaksiya verir (autostimulyasiya, autoağressiya). Bundan başqa uşağın müstəqil oyunlarının xarakterini də müəyyən etmək çox vacibdir (diqqəti, hansı oyuncaqları xoşlayır, neçə müddət fəaliyyət ilə məşğul olur, oyunları stereotipdirmi və s.). Bu müşahidələr sonradan test vasitəsi ilə yoxlanılır və nəticələrdə əksini tapır.

Diaqnostik prosedur zamanı uşaqla birgə oyun təşkil etməyə, rəsm çəkməyə və ya söhbət etməyə cəhd etmək lazımdır. Sonradan uşağın bunlara reaksiyası həm kəmiyyətcə, həm də keyfiyyətcə qiymətləndirilir. 1-ci qrupa aid olan uşaqlarla birgə fəaliyyəti təşkil etmək qeyri-mümkündür, amma uşağın bu təkliflərə reaksiyası çox vacibdir. Bu, protokolda qeyd olunur. Diaqnostikanın sonunda valideynin məlumatları, müşahidələrin və testlərin nəticələri ümumiləşdirilir, onların əsasında uşağın autizmin hansı qrupuna aid olması müəyyən edilir.

Hər bir klassifikasiya kimi autizmin 4 qrupa bölünməsi autizmin ümumi şəklini göstərir, amma o, iki əsas aspekti nəzərə almağa imkan verir:

1. Autistik uşağın affektiv inkişafı zamanı autostimulyasiya və mənfi təəssürlərdən qorunma mexanizmində hansı dəyişiklər baş verir;
2. Bu zaman məişətdə davranışında, yaxınlarla ünsiyyətdə, sosial vərdişlərin mənimsəməsində, real adaptasiyada hansı dəyişiklər baş verir. Autistik uşağın psixi inkişafının səviyyəsini müəyyən edərkən biz onun fərdi xüsusiyyətləri, konkret həyat təcrübəsi, təəssürləri və s. haqqında məlumat toplayırıq. Bu məlumatlar sonradan korreksion təlim növünün seçimində kömək edəcək.

Loqopedik müayinənin əsasları

Loqopedik müayinənin məqsədi

Loqopedik müayinə hər atipik uşaq üçün vacibdir və uşağın gəldiyi ilk iki həftə müddətində keçirilir.

Bu zaman əsas məqsəd aşağıdakılardan ibarətibir:

- Uşağın tərbiyə aldığı mühit və onun inkişaf etdiyi ailə ilə söhbət (əhatə dairəsi, ailədə və uşaq bağçasında yaşlılar və yaşlıları ilə qarşılıqlı münasibət) və

sənədlərin təhlili;

- Uşağın fərdi psixoloji xüsusiyyətlərini və emosionallığını təyin etmək;
- Dilin hansı dərəcəyə uyğun olduğunu təyin etmək;
- Uşağı müayinə edərkən əvvəlcə onun valideyini ilə söhbət etmək məsləhət görülür;

Bütün qüsurları nəzərə alaraq aşağıdakıları aydınlaşdırmaq lazımdır:

- Uşaq öz nitqindəki qüsuru bilirmi?
- Yoldaşları ilə söhbət edərkən çəkinirmi?
- Ailədə, uşaq bağçasında, yaşadlarının arasında özünü necə hiss edir?
- Valideyinləri dinlədikdən sonra onların şikayətinin nədən ibarət olduğunu açıqlamaq lazımdır;
- Uşağın nitqindəki ayrı-ayrı səslərin qüsurlu tələffüzü, nitqin tempi, ritmi, nitqin qrammatik cəhətdən düzgün qurulmaması və s.. Uşaqlarla söhbətin əsas məqsədi ondan ibarətdir ki, onun dünya görüşünü müəyyən etmək, nitqindəki qüsurların dərəcəsini açıqlamaq mümkün olsun. Söhbət əsasında loqoped müəyyən edir ki, uşaq suallara bir sözlə cavab verir, ya da cümlə ilə cavab verməyə çalışır. Uşağın dediyi cümlə qrammatik cəhətdən nə dərəcədə düzgündür? Əgər uşaq suala bir sözlə cavab verirsə onda ona əlavə suallar vermək lazımdır ki, o suala geniş cümlə ilə cavab verə bilsin.

Rabitəli nitqin müayinə edilməsinə daxildir:

- Şəkil üzrə hekayənin qurulması;
- Şəkillər məcmuəsi üzrə hekayənin qurulması və nəqlətmə.

Şəkil üzrə və şəkillər seriyası üzrə hekayənin qurulması zamanı loqoped giriş müsahibəsi verir. Bu zaman şəklın məzmunu və oradakı çətin sözlərin mənası aydınlaşdırılır. Sonra onun üçün o dərəcədə böyük olmayan plan qurulur. Uşaq bu plana əsasən hekayə tərtib edir. Əgər uşağa şəkillər seriyası üzrə hekayə qurmaq təklif olunursa, bu zaman uşaq əvvəlcə həmin şəkilləri müşahidə edir, sonra onları bir-birinin ardınca ardıcıl düzür (müstəqil izah və göstərmədən sonra loqopedin köməyilə).

Həyat təcrübəsinə əsasən hekayə qurmaq tapşırığı verilərkən giriş müsahibə və bir sıra suallar verilir. Məsələn: "Ad günündə sənə nə bağışladılar?", "Bu nədən düzəldilib?", "O hansı rəngdə və ölçüdədir?", "Sən onunla necə oynayacaqsan?". Rabitəli nitq qabiliyyətinin üzə çıxması üçün nağılların və hekayələrin oxunmasından və söylənməsindən onlara aid suallar vermək lazımdır. Rabitəli nitqin nə dərəcədə olduğunu qiymətləndirəndə onu nəzərə almaq lazımdır ki, 3 yaşına qədər uşağın nitqində sadə geniş cümlələr işlənir. Kifayət qədər erkən dövrlərdə, yəni 3-4 yaşlarında uşaqlar öz nitqlərində tabeli və tabelsiz cümlələr işlədirlər. 5 yaşında olan tipik uşağın ümumi nitqinin 2%-ni mürəkkəb cümlə və s. təşkil edir. 4 yaşından sonra uşaqlar onlara tanış olan nağılların məzmunu və şeirləri həvəslə söyləyə bilirlər. 5 yaşda isə onlar 2 dəfə oxuduqdan sonra mətnin məzmununu danışa bilirlər. 5 yaşlı uşaqlar gördüklərini, eşitdiklərini, hekayənin yaranma səbəbini geniş və ardıcılıqla danışa bilir, şəkil üzərində danışmağı, fantastik nağılların məzmununu

hekayədən ayırmağı bacarırlar.

6 yaşdan sonra uşaqlar özləri nağıl və hekayə yaradaraq söyləyə bilirlər. Qrupa daxil olan uşaqlarda rabitəli nitqin vəziyyəti, lüğət ehtiyatının zəifliyi sadə cümlələrdən daha çox istifadə edilməsi ilə xarakterizə olunur. Belə uşaqlar sadə cümlələr qurub deməkdə və tabeli tabesiz cümlələrdən istifadə etməkdə çətinlik çəkirlər, bəzən isə bacarmırlar.

Uşaqların rabitəli nitqini qiymətləndirərkən loqoped onların nə dərəcədə söz ehtiyatına malik olduqlarını da müəyyən edir. Eyni zamanda loqoped uşağın lüğət ehtiyatının səviyyəsini müəyyən etmək üçün xüsusi üsullardan istifadə edir.

Uşağın sözdüzəldici və sözdəyişdirici şəkilçilərdən istifadə etmə qabiliyyəti müəyyən-ləşdirilir. Leksik mənası yaxın olan sözlər, məsələn: fellər:

Ax-ır, ax-tar, a-xıdır;

düz-lən, düz-ül, düz-mək - yoxlanılır.

Lüğət ehtiyatını yoxlamaq üçün aşağıdakı üsullardan istifadə etmək olar:

- Əşyaların göstərilməsi və onların adının, hissələrinin əlamətlərinin adlarının deyilməsi;
- Loqopedin hərəkətlərinin uşaq tərəfindən icra edilməsi;
- Cümlədə çatışmayan sözləri məzmununa uyğun, lazım olan formada əlavə etmək;
- Sinonim və antonim sözləri seçmək, lüğət ehtiyatının yoxlanılması ətraf mühitə aid mövzuların keçirilməsi nəticəsində əldə olunur (qab-qacaq, geyim, nəqliyyat və s.).

Loqopeddə uşağın söz ehtiyatının nəticə və keyfiyyət xüsusiyyətləri haqqında təsəvvür yaranır. Bu zaman müəyinə olunan uşağın müxtəlif leksik mənalara necə əvəz etdiyini, nitqin qüsurlarını, yersiz sözlərdən istifadə edib-etməməsini yoxlamaq lazımdır.

Leksik inkişafı qiymətləndirərkən onu nəzərə almaq lazımdır ki, nitqin normal inkişafı zamanı uşağın aktiv lüğəti çox tez genişlənir və artıq 4 yaşlı uşaqların söz ehtiyatı 2000 sözə qədər ola bilər. Bu da müxtəlif qrammatik kateqoriyalara görə 2 yerə ayrılır. isim - 50%, fel - 27,4%. Görmə qabiliyyətinə görə uşaqlarda sözdüzəltmə qabiliyyəti tez formalaşır. 4 yaşlı uşaqlar isimlərdən şəkilçinin köməyi ilə sözlər düzəldə bilirlər (ev-evcik və s.). 5-6 yaşlı uşaqlar isə sərbəst sözdüzəltmə qabiliyyətinə malikdirlər. Məsələn: qırmızı, qızartma, qızartı. Normal nitqə malik uşaqlar isimdən sifət düzəltmək tapşırığının öhdəsindən asanlıqla gəlirlər. Ümumi nitqi qüsurlu uşaqların nitqində çox işlənən sözlər istifadə olunur. Lakin bu sözlərin leksik mənasının pozulması, bir sözün başqası ilə əvəz edilməsi müşahidə olunur. Ancaq nitqdə yalnız söz ehtiyatının az olması ümumi nitq qüsurunun göstəricisi ola bilməz. Uşaqların yaşına görə nitqinin geri qalmasına, onların qənaətbəxş olmayan tərbiyəsinə, hətta ikidillilik mühitinin də böyük təsiri ola bilər. (Məsələn, rus dilli ailələrdə azərbaycanca danışmaq və ya ləzgi, talış dilində danışan ailələrdə azərbaycanca danışmaq və s.) Uşağın nitqinin leksik inkişafını ayrılıqda yox, nitq qüsurlarının başqa səbəbləri ilə birlikdə müqayisə etmək lazımdır. Uşaqla söhbət zamanı onun nitqindəki qrammatizmi o saat təyin etmək olmur. Ona görə də loqoped uşağın nitqini qrammatik cəhətdən müəyinə edəndə müxtəlif xüsusi metodlardan istifadə etməlidir.

Nitqdə kateqoriyaların düzgün işlədilməsi təyin olunmalıdır:

- İsim və feilin sayı;
- Tək və cəm halda sözlərin hal şəkilçilərinə görə işlənməsi;
- Sifət və sayların isimlə düzgün işlənməsi (hallanma, tək və cəm);
- Sadə və mürəkkəb sözlülərinin işlədilməsi (na, bi, ma, məsələn: na-dinc, bi-vaxt, na-mərd və s.).

Ümumi nitqin yoxlanılması zamanı bu metodiki təmrinlərdən istifadə olunur:

- Hərəkətin təqlid edilməsi: (ya deyilənə görə, ya da gördüyünə görə) şəkil üzrə sual-cavab əsasında;
- Şəklə baxaraq sərbəst cümlə qurmaq, hərəkəti təqlid etmək.

Nitqin qrammatik əsasını qiymətləndirən zaman nəzərə almaq lazımdır ki, nitqi normal inkişaf edən 3-4 yaşlı uşaqlar əsasən sərbəst halda bağlayıcılardan (və, ilə, la, lə, amma, ancaq, lakin) öz nitqində istifadə edirlər. Normal inkişaf etmiş 5 yaşlı uşaq hallandırmadan düzgün istifadə edir, ismi öz danışıqında hər bir halda işlədir və sifəti dərəcələrə ayırmağı bacarır.

Az işlədilən isimlərin adlıq və yiyəlik halına keçirilməsi zamanı uşaqlar çətinlik çəkir. 5 yaşlı uşaqlar artıq uzlaşmanın bir neçə növü ilə tanış olurlar. Məsələn, onlar adlıq halda olan isimləri sifət və sayla uzlaşdırmağı bacarırlar. Nitqi zəif inkişaf etmiş uşaqlar isə səhvlərə yol verirlər, bu da onların hallanmanı və uzlaşmanı yaxşı bilmədiklərini göstərir.

Təcili halda nitqi müayinə edən zaman leksik, qrammatik cəhətdən bəzi anlayışlar yaranır:

- Yaxın mənalı sözlər (ağac-kötük, rəngləmək (şəkli, divarı));
- Tək və cəm sözlər (uşaqlar gedirlər, havalər istiləşir);
- Əşyaların fəzada vəziyyəti (qələm stolun altındadır, üstündədir, yanında).

Uşaqların səbəb-nəticə əlaqəli tabeli mürəkkəb cümlələri nə dərəcədə başa düşdükleri aydınlaşdırılır (gün batdı, hava qaraldı). Məktəbəqədər böyük yaşlı uşaqlar evə verilmiş tapşırıqları sərbəst halda yerinə yetirirlər.

Loqopedik müayinə zamanı uşaqların artikulyasiya aparatının quruluşu və mütəhərrikiyi bütün incəlikləri ilə yoxlanılmalıdır. Sonra onun səs tələffüzünün vəziyyəti çox diqqətlə müayinə edilməlidir. Bundan əlavə fonematik qavramanın vəziyyəti də yoxlanılmalıdır. Loqopedik müayinə aşağıdakı mərhələlərlə aparılmalıdır:

Artikulyasiya aparatının müayinəsi

Bu mərhələdə loqoped artikulyasiya aparatının bütün üzvlərini: dil, dodaq, diş, çənələri, damaq və dilçəyi yoxlayıb, onların quruluşunda ola biləcək qüsurları üzə çıxarıb qeyd aparır.

Müayinə zamanı artikulyasiya aparatının mütəhərrik və qeyri-mütəhərrik hissələrin quruluşunda aşağıdakı qüsurlar aşkara çıxarılabilir:

- Dişlər əyri, xırda, seyrək, çənə qövsündən kənarında, çox iri, aralarında boşluğun olmaması və ya çox boşluqların olması, alt və ya üst kəsici dişlərin yoxluğu;

- Dodaqlar - ətli qalın, qısa və az hərəkətli;
- Dişləm- açıq ön, açıq yan, dərin, dayaz;
- Çənələr - üst çənənin irəli çıxması, alt çənənin irəli çıxması;
- Damaq - dar, hündür (qotik tipli) və ya əksinə, aşağı, yastı;
- Diş-iri, balaca, çox böyük, qısa pərdəli.

Sonra artikulyasiya aparatının mütəhərriqliyi yoxlanılır. Bu zaman uşağa nitq təlimatına uyğun və ya loqopedin ardınca təqlid etməklə, müxtəlif tapşırıqlar verilir. Məsələn, dodaqlarını dili ilə yalamaq, dili burnuna tərəf aparmaq, sağ və sol qulağa tərəf aparmaq, dili enliləşdirmək, yastılatmaq, sonra dili çıxarıb ucunu yuxarı qaldırmaq, dili növbə ilə sol və sağ ovurda qoymaq, dili bacardığı qədər çölə çıxartmaq, içəri çox dərinə aparmaq, dodaqları irəli uzatmaq, onu boru şəklinə salmaq, yanlara dartıb “gülmək” vəziyyəti almaq, alt çənəni irəli və geri aparmaq və s. (Şəkil 1.2).



Şəkil 1.2. Artikulyasiya aparatı əzələlərinin hərəkəti

Loqoped bu zaman görülən işlərin rəvanlığına, səlis və dəqiqliyinə, bir hərəkətdən digərinə keçmənin asan və ya çətinliyinə xüsusi diqqət yetirir.

Səs tələffüzünün müayinəsi:

Bu zaman bu və ya digər səsə ayrılıqda və nitqdə müstəqil işlətmə bacarığı yoxlanılır. Müayinə aparılarkən səs tələffüzü qüsurları əvəzetmə, qarşıdurma və ya səsə olmaması - ayrılıqda, hecalarda, söz və ifadələrdə aşkara çıxarılır. Bundan əlavə, uşağın müxtəlif heca strukturlu sözləri tələffüz etmə vəziyyəti də yoxlanılır (məsələn, piramida, təəccüblü, kolleksioner və s.) və səslərin əvəz olunması aşkara çıxarılır.

Səslərin sözlərdə tələffüzünün vəziyyətinin müayinəsi üçün xüsusi əşya şəkilləri toplusu vacibdir. Şəkillərdə təsvir olunmuş əşyaların adları müxtəlif səs və heca tərkibinə, görə fərqlənənsözlərdən ibarət olur. Bu sözlərdə tədqiq edilən səslərin (sait və samitlərin) işlənmə yerləri müəyyən olunur.

Uşaqda səs tələffüzü qüsurlu aşkara çıxarmaq üçün işlənen ən sadə üsul budur: tədqiq edilən səsin əvvəldə, ortada, sonda işləndiyi sözlərin əşya şəkilləri uşağa göstərilir. Əgər uşaq səsi sözdə tələffüz edə bilmirsə, loqoped həmin səsi onun ardınca tələffüz etməyi tələb edir. Bundan əlavə həmin səsə olan hecanı açıq və qapalı (sa-as) tələffüz etməsini də tapşırıla bilər.

Adətən belə müayinə uşaqda tələffüz qüsurlu müəyyən etməyə kifayət edir, lakin bəzən uşaq şəkillərdəki əşyanın adını düz tələffüz etsə də müstəqil nitqdə həmin səsi təhrif edir. Buna görə də yoxlanılan səsin frazalı nitqdə tələffüzü mütləq tədqiq edilməlidir. Yaxşı olar ki, bu məqsədlə atalar sözlərindən, yanılmaclardan, təkrarlamalardan istifadə edilsin. Sözlərin heca tərkibinin müayinəsi zamanı loqoped uşağın müxtəlif heca strukturlu sözləri tələffüz etmə bacarığını yoxlayır.

Fonematik qavramanın müayinəsi

Uşaqlarda səs tələffüzünün vəziyyəti yoxlanmasından sonra onun eşitmə ilə səsləri qavraması və fərqləndirməsi mütləq müəyyən edilməlidir. Xüsusilə bu o səslərə aiddir ki, onlar artikulyasiyaya görə oxşar və ya səslənməsinə görə yaxındırlar. Buna görə də bütün korreksiya edən fitli və fısıltılı, cingiltili və kar səslərin fərqləndirilməsini yoxlamaq lazımdır. Loqoped bu məqsədlə uşağa onun ardınca müxtəlif pozisiyalı hecaları təkrar etməyi tapşırıla bilər. Məsələn, sa-şa, , ac-aç, ac-as, sa-za, ra-la, sa-ya. Əgər uşaq bəzi səsləri düzgün tələffüz etməzsə, ona verilmiş heca sırasında (sa, ya, ca şa) hecasını eşidən kimi əl qaldırmaq, ayağa durmaq və s. tələb etmək olar. Sonra isə uşağın səslənməyə görə yaxın, lakin mənasına görə müxtəlif sözləri fərqləndirmək bacarığını yoxlamaq lazımdır. Belə yoxlama müxtəlif üsullardan istifadə edilməklə aparıla bilər. Məsələn, uşağa şəkillər arasında lazımi şəkli tapmaq və ya sözün mənası haqqında danışmaq tapşırıla bilər. ("De görüm saz nədir?": "Bu səs nədir?"). Eləcə də loqopedin ardınca oxşar sözləri təkrar etməyi tələb etmək olar: Lalə-Jalə-halə; tar-dar-qar; qoyun-boyun, xörək-çörək və s. Bu üsul həm uşağın fonematik qavramasını, həm diqqətini, həm də eşitmə yaddaşını inkişaf etdirir.

Rinolaliyalı uşaqların müayinə xüsusiyyətləri

Ad, soyad, anamnezdən sonra standart olaraq yoxlamalar gedir. Rinolaliyalı uşaqlarda əsas problem anotomik- fizioloji quruluşda olur.. Burada az məna kəsb edən artikulyasiya aparatının hərəkətliliyidir, yəni qüsurlu varsa, dilin, dodağın hərəkətliliyinə fikir vermirik, tələffüzdə bir-bir səsləri yoxlayırıq. Tələffüzdə sait səslərin və "m, n" səslərinin tələffüzünə baxırıq. Qapalıda "m, n" "b, d" kimi səslənirsə, onları da ayrıca qeyd edirik. Normal müayinə kimi davam edirik. Başqa mütəxəssislərin də rəyi mütləq olmalıdır (otorinolinqoloq, nevropatoloq və cərrah (qulaq – burun – boğaz). Bu müayinə aşağıdakı mərhələlərdən ibarət olur:

1. Lüğət ehtiyatının yoxlanması;
2. Fonetik – fonematik qavramanın yoxlanması;

3. Nitqin qrammatik tərəfdən yoxlanması;
4. Rabitəli nitqin müayinəsi.

Dizartriyalı uşaqların müayinə xüsusiyyətləri:

1. Ad, soyad
2. Təvəllüd
3. Anamnez qeyd olunur

Loqopedin yanına gələndə qədər başqa mütəxəssislərin rəyi olmalıdır. Boğaz, dil, dodaq iflic olub-olmaması müayinə edilməlidir. Müayinə edərkən dizartriyada tək-cə nitqini deyil, qeyri-nitqi əlamətləri də qeyd etməliyik. Qeyri-nitqi əlamət – yerimə, oturma, əl-ayaq hərəkətləri, ümumi motorika hərəkətləri, mimikası, eşitməsi, görməsi. USİ – hərəkət mərkəzləri zədələnir və insana lazım olan hərəkətlər bu və ya digər dərəcədə pozulur. Bu uşaqların bədən hərəkəti pozulmuş olur. Ayaqları birləşdirib düz dayana bilmir. Ayaq hərəkətlərində, yerimələrdə problem var. Əl-qol hərəkətlərində anormallıqlar olur. Xırda motorikada nə qədər xəstəlik dərəcəsi ağırdırsa, hərəkətlərdə də pozulmalar bir o qədər çox olur. Artikulyasiya hərəkətləri pozulur. Gözlərdə ağır formada pozulmalar olur. Gözlər qaçır. Orta-yüngül formada çəpgözlük olur. Lap yüngül formada eynək lazım olur. Bir çox diartiklərdə assiqmatizm olur (göz damaralarında spazm). Eşitmədə orta, orta-ağır formalarda problem olur. Bu uşaqlarda mədə-bağırsağ sisteminin işləməsində problem olur. Çeynəmə, udma problem olur. Normal çeynəmə, normal udmurlar, tez-tez çeyirlər. Mədə çox az hərəkət edir ki, qidanı həzm etsin. Həzm normal getmir. Mədədən qida bağırsaqla düz bağırsağa çıxmalıdır. Bu uşaqlarda ya qəbzlik olur, ya da ishal olur.

Ürək-qan damar sistemində qan-damar dövrəni, ürəyin yığılıb-açılması hərəkət problemləri olur. Qan-damar sistemində problem var və hər hansısa bir əl-ayaq işləmir, həmin ətraflarda inkişaf getmir. Bütün bu problemlər hərəkət mərkəzlərinin dağılması nəticəsində olur. Görmə problemləri bütün uşaqlarda USİ var.

Qeyri-nitqi simptomlara görə dizartriya və USİ diaqnozunu körpənin ilk doğulduğu gündən qoymaq olar. Bunu neonatoloq qoyur. Uşaq doğulan an uşaq mimikayla ağlayır, lakin səs çıxmır. Bu dizartriyanın ilkin əlamətidir. Səs tellərində problem - iflic var. Səssiz ağlayır. Səsin olmaması bulbar dizartriyanın əlamətləridir. Sorma, əmmə, udqunma prosesləri pozulur. Şərtsiz refleks – sorma, udqunma, göz qırpması bu uşaqlarda pozula bilər. Ola bilər ki, uşaq ağlayarkən xırıltılı səs olur, amma normal cingiltili səs çıxmır. Yemək yeyən zaman bu uşaqlarda süd burunlarından axa bilər. Bu o deməkdir ki, yumşaq damaqda problem var. Ağır formalarda bu uşaqlar ilk gündən normal qidalana bilmir, zondla qidalanırlar. Bu uşaqlarda nəfəs problemləri olur. Adətən çox səthi nəfəs alırlar. Bir çox hallarda aritmik tez-tez, sürətli nəfəsalma baş verir. Bu pozulmalar sifətin assimetriyası ilə birlikdə müşahidə olunursa, artıq dizartriya haqqında danışmaq olar.

Uşaq böyüdükcə intonasiyalı ağlama olmur. Qıçılılı – vağ-vuğ dövrü, hecalama dövrü hamısı ləngiyir. Daha sonra 9-0 aylıq uşaqlar 5-6 dişi varsa, dişləmə olmur. Artikulyasiya motorikası pozulmuş olur. Bir yaşa yaxın nitqi simptomatika daha önə çıxır. Tələffüz qüsurları yaranır. Səs yaranma və nəfəsalma problemləri yaşanır. Ən böyük problem bu

uşaqları başqa bənzər nitq qüsurları olan uşaqlardan ayırmaqdır.

Əsas meyarlar:

1. Artikulyasiya hərəkətlərinin həcmnin az olması;
2. Dodaq, dil hərəkətlərinin assimetrik olması;
3. Simkineziyaların mövcudluğu (müşahidəedici hərəkətlər);
4. Artikulyasiya hərəkətinin çox asta olması;
5. Bir artikulyasiya hərəkətindən başqasına keçməkdə çətinlik çəkir;
6. Nitqin prosodik tərəfinin pozulmaları müşahidə olunur (intonasiya, axarlıq, melodiklik, vurğular);
7. Səs tələffüzünün pozulmalarının durğun olması və düzgün qoyulmuş səsin avtomatlaşdırma çətinlikləri, məs: uşaqdan xahiş edirik ki, dili çıxardıb düz saxlasın və hər hansı bir əşyanı sağa-sola apardığımız zaman gözlə izləməli. Dil hərəkət etməməlidir. İkincisi, əlimizi uşağın boğazına qoyub uşağa tapşırıq ki, dili ilə hər hansı bir hərəkət etsin. Sonda diaqnoz həkim və loqoped tərəfindən qoyulmalıdır.

Diaqnoz qoyarkən, mütləq ümumi inkişaf ləngimə qeyd edirik (UNİL). Məsələn, psevdobulbar dizartriya II dərəcə, UNİL I dərəcə.

Bütün nitq qüsurları kimi tələffüz pozulmalarını da yoxlayırıq. Sonra uşaqların nitq inkişafının dərəcəsini yoxlayırıq. Sonra isə nitqi qrammatik, leksik tərəfdən müayinə edirik. Səslərin bir-birindən fərqlənməsini və söz ehtiyatını yoxlayırıq.

Kəkələməsi olan uşaqları müayinə edərkən nəyə fikir vermək lazımdır:

1. Kəkələmə hansı yaş dövründə əmələ gəlib;
2. Bu zaman nitq, lüğət, frazalı nitq, tələffüz nə dərəcədə inkişaf etmişdir;
3. Kəkələmənin ilk əlamətləri: qəflətən və ya tədricən yaranıb, yüngül və ya ağır olub, vaxtaşırı və ya daimi xarakterli olur;
4. Kəkələyən uşaq müalicə olunub ya yox, müalicənin nəticələri;
5. Kəkələyən uşağın ailə tərkibi; ailə üzvlərinin nitqinin xüsusiyyətləri;
6. Kəkələyən uşağa ailədə, bağçada, məktəbdə münasibət;
7. Kəkələyən uşağın xasiyyətinin xüsusiyyətləri: şən, ünsiyyətli, fəal, sabit, utancaq, qapalı, qeyri-sabit və s.;
8. Kəkələmənin forması: tonik, klonik, tono-klonik, klono-tonik;
9. Şifahi nitqin qorxusu;
10. Yanaşı hərəkətlər;
11. Köməkçi hərəkətlər;
12. Geniş nitqdən istifadə edir ya yox.

Afaziyalı xəstələrin APF-nin vəziyyətinin müayinəsi yolları

Afaziyalı xəstələrlə işləməzdən əvvəl onları mütləq müayinədən keçirmək lazımdır. Bunun üçün sizə aşağıdakı iki testi təklif edirəm.

Birinci test, A.R.Luriyanın hazırladığı afaziklərin ali psixi funksiyalarının vəziyyətinin

müayinə sxemidir ki, xəstələrin loqopedlə gələcəkdə işləmək üçün bütün məlumatı verir.

İkinci test isə solaxaylığı müəyyən etmək üçün testdir. Yuxarıda izah etdiyimiz kimi afaziya zamanı nitqin bərpasının müddəti və effektivliyi xəstənin solaxay olub-olmamasından da asılıdır.

Afaziya zamanı ali qabıq funksiyaların müayinəsi zamanı aşağıdakı məqamlara diqqət yetirilir:

1. Nitqi kommunikasiyanın ümumi vəziyyəti;
2. Nitqin başa düşülməsi;
3. Ekspressiv nitq, yəni avtomatlaşmış nitqin, səs, heca, müxtəlif mürəkkəblikdə sözlərin deyilməsinin, hərəkətlərin və əşya şəkillərin adlandırılmasının, oxunmuş mətnin danışılmasının və s. vəziyyəti;
4. Oxu, yazı və hesab;
5. Oral, məkan və dinamik praksis;
6. Akustik və optik qnozis.

Bütün bu müayinələrdən sonra xəstənin nitqinin xarakteristikası yazılır. Nitqin xarakteristikası bu plana uyğun olmalıdır: xəstənin kontaktlıq səviyyəsi, ətraf məkanda oriyentasiyası, onun yorulma səviyyəsi.

Nitqin başa düşülməsi, pozulmasının səviyyəsi fonematik eşitmənin, impressiv aqrammatizmin, ayrı-ayrı sözlərin və mürəkkəb instruksiyaların, frazeoloji ifadələrin başa düşülməsi ilə xarakterizə olunur. Ekspressiv nitqin dağılma səviyyəsi perseverasiyaların olub-olmaması, verbal və literal parafraziylərin xarakteri, səs, söz və cümlələrin təkrar etməsi və şəkil, silsilə şəkillər əsasında cümlə və mətnlər qurmaq mümkünlüyü qeyd olunur.

Riyazi əməllərin ardıcılıq planı optik və akustik qnozisin qorunulması, oral və artikulyator apraksiyanın olması yoxlanılır.

Xəstənin dəqiq və hərtərəfli müayinəsi aparılır (sorğu, testlər, solaxaylığın olub-olmaması).

Neyropsixoloji kompleks müayinənin (həkim, psixoloq, loqoped) analizinə əsaslanaraq afaziyanın forması və bütün funksiyaların dağılma səviyyələri haqqında nəticəyə gəlmək olur.

Disqrafiya diaqnostikası

Qeyd etdiyimiz kimi disqrafiyanın diaqnostikası üçün mütləq loqopedin müayinəsindən keçmək lazımdır. Lakin digər mütəxəssislərlə də məsləhətləşmələr çox vacibdir. Belə ki, bunlar psixoloq, oftalmoloq, nevroloq, qulaq-burun-boğaz və s. həkimlərdir. Onlar görmə və eşitmə orqanlarının qüsurlarını, eləcə də psixi pozulmaları aradan qaldırmağa kömək edəcəklər. Yalnız bundan sonra loqoped bütün simptomatikanı öyrənərək, disqrafiyanın inkişaf etdiyini və onun növünü müəyyən edə bilər.

Loqopedik müayinə zamanı eyni vaxtda uşağın hansı müddətdə müəyyən obyektə diqqətinin cəmlənməsi, bir əşyadan digərinə keçməsi, eyni zamanda bir neçə əşyanı nə dərəcədə diqqət mərkəzində saxlaması qeydə alınır. Bu zaman hansı şəraitdə diqqətin sahə, keçid ayırmaq və davamlılıq kimi dəyərlərinin dəyişməsi dəqiq qeyd olunmalıdır.

Uşaqların müayinəsi fərdi məşğələ, kiçik qruplar şəklində, eləcə də müxtəlif oyunlar və təlim zamanı keçirilir. Çətin məşğələlər zamanı ümumi nitqi zəif inkişaf etmiş uşaqlarda, xüsusilə yaddaşı aşkar etmək lazımdır. Məsələn: müəyyən sıralanmaya uyğun şəkilləri yadda saxlamaq, sıradakı dəyişikliyi hiss etmək, mətni və ya şəri öyrənmək və s.

Loqoped yaddaşın gücünü, yaddaqlamanın dərəcəsini və düzüb-qoşmağın, nağıl etməyin nə dərəcədə asan olduğunu qeyd edir. Müayinənin nəticəsi nitq xəritəsində qeyd olunur. Uşaqların nitqindən nümunələr göstərilir. Loqopedik nəticələr ilk müayinələrin əsasları ilə arqumentləşdirilir.

Nitq xəritələrinin doldurulması 15 sentyabrda yekunlaşdırılır. Eyni zamanda tərbiyəçi hər bir uşağın təlimin müxtəlif sahəsində bacarıq və qabiliyyətlərini, eləcə də uşağın nə dərəcədə bilikləri, riyazi üsulları mənimsəməsini yoxlayır. Proqramın tələbinə və azyaşlı qrup uşaqlarına əsaslanaraq tərbiyəçi uşağı oyun, fiziki inkişaf və təsviri sənət cəhətdən yaşadlarından nə dərəcədə geri qaldığını müəyyən edir. Bundan başqa o, uşaqların fərdi xüsusiyyətlərini aşkarlayıb analiz edir.

Tərbiyəçi birtərəfli deyil, hərtərəfli olaraq uşağın çatışmazlıqlarını tapmalıdır. Tədris ilinin axırında loqoped və tərbiyəçi hər bir uşağın tərcümeyi-halını tərtib edir. Burada aparılan iş nəticəsində əldə olunan uğurlar və aradan qaldırılmamış çatışmazlıqlar göstərilir.

Diaqnostik tədbirlər hər zaman kompleks və mərhələli şəkildə həyata keçirilir. Yazılı işlər təhlil edilir, ümumi və nitq inkişafı, mərkəzi sinir sisteminin, görmə və eşitmə orqanlarının, nitq motorikasının və artikulyasiya aparatının vəziyyəti qiymətləndirilir. Yazılı nitqin təhlili üçün mütəxəssis uşağa çap edilmiş və ya əlyazma mətnini yenidən yazmağı, imla yazmağı, rəsm əsasında hansısa süjeti təsvir etməyi, ucadan oxumağı təklif edə bilər. Alınan məlumatlar əsasında protokol tərtib edilir və həkim rəy verir.

Diaqnostikanın aparılması vaxtının böyük əhəmiyyəti var. Belə ki, erkən yaş mərhələlərində (məktəbəqədər yaş dövründə) məsləhət üçün müraciət edəndə və korreksiya işinə başlayanda qənaətbəxş nəticə əldə etmək olar. Əks təqdirdə disqrafiya yetkinlik yaşına çatdıqda özünü göstərəcək və onun aradan qaldırılması çox problemlili olacaq.

Uşağın psixi funksiyalarının müayinə üsulları

Kütləvi məktəblərin 1-ci siniflərinə, çox vaxt təlimə lazımı hazırlığı olmayan uşaqlar qəbul olunur. Tədris ilinin sonunda bunlar daimi müvəffəqiyyətsizliklə oxuyan uşaqlar qrupun təşkil edir. A.R.Luriya, A.A.Smironov, A.N.Leontyev müvəffəqiyyətsizliklə oxumağın səbəblərini 2 qrupa bölürlər: obyektiv və subyektiv. Obyektiv səbəblərə verilən dərslərin həcmnin çox olması, məktəbəqədər və məktəb tədris proqramlarının məzmunca və məlumatca daha da genişləndirilməsi, uşaq populyasiyasının - səhhətinin ümumi pisləşməsi, yeni mədəniyyətsayağı virtual inkişaf və ünsiyyət formalarının həyata daxil olması aiddir. Bütün bunlar uşağın inkişafının normal, təbii ahəngliyini pozur.

Subyektiv səbəblərə isə uşağın psixoloji xüsusiyyətləri aiddir. Psixoloji xüsusiyyətlərinə görə, A.R.Luriya bu uşaqları üç qrupa bölür:

1. İntellektual zəif uşaqlar - bu uşaqlarda tipik psixi inkişaf endogen faktorların təsiri

altında pozulur;

2. Serebroastenik hallı uşaqlar - bu uşaqlarda belə hallar, əsasən, erkən məktəbəqədər dövrdə alınmış baş beyin travmalarının nəticəsidir;
3. Psixi ləngiməsi olan uşaqlar - bu ləngimə, əsasən, ekzogen faktorların təsiri altında yaranır.

Psixi ləngimənin erkən məktəbəqədər və məktəbəqədər dövrdə müəyyən edilməməsi ucbatından üçüncü qrup daha çoxsaylıdır. Bu uşaqlar məktəbə hazır deyillər, dərslərini pis qavrayır, məktəb qayda-qanunlarına tabe olmur, yazı və oxu vərdişlərini pis mənimsəyirlər, özlərini kiçikyaşlı uşaq kimi aparırlar, oyunlarda daha səmərəlidirlər. Əgər onların çətinlikləri vaxtında müəllim tərəfindən müəyyən edilməyibsə, bu uşaqların taleyi daha acınacaqlı olur. Bu zaman, uşaqlarda ikinci dərəcəli dəyişiklər əmələ gəlir - xarakterin patoloji dəyişməsi, nevroitik simptomlar və bu da psixi ləngimənin dərinləşməsinə gətirib çıxarır. İndi məktəblərin çoxunda məktəb psixoloqu var. O, müəllimlə birlikdə, psixi ləngiməsi olan uşağın çətinliklərini öyrənib təhlil etməlidir və ehtiyac varsa, bu uşağı psixonevroloq, loqoped, pediatr və başqalarının müayinəsindən keçirməlidir. Bundan sonra belə uşaq üçün xüsusi inkişaf və korreksiyaedici iş planı tərtib olunmalıdır.

Psixi funksiyaların müayinəsinin texnologiyası

Ümumiyyətlə, psixoloji müayinə və psixoloji diaqnostika təkcə atipik uşağa yox, həm də tipik uşağa aiddir, çünki, psixoloji diaqnostika üçün mövcud psixoloji problemin mahiyyəti daha vacibdir. Psixoloji müayinənin mənası erkən uşaqlıq dövründə inkişafın pozulmasının vaxtında aşkarı və düzgün diaqnozlaşdırılmasıdır. Buna görə əvvəlcə aparıcı pozulmanı aşkar etmək, sonra da mövcud inkişaf pozulmasının səbəblərini və mexanizmini aydınlaşdırmaq lazımdır. Məhz bu vaxt defektin korreksiya və kompensasiya yollarını tapıb əsaslandırmaq olar. Psixoloji müayinəni neytral söhbətdən başlamaq məsləhətdir, çünki, bu zaman uşağın özü, ailəsi və ümumi təsəvvürlərinin səviyyəsi haqqında ilkin fikir yaranır.

1. Başlanğıc üçün uşaqdan bir şəkil çəkməyi xahiş edirlər. Şəkil testi kimi 2 əsas variant verilir: "Ev, ağac, insan" və "mənim ailəm". Bu testlər şəklın özünün formalaşması səviyyəsini, onun yaş parametrlərinə uyğunluğunu, şəklın spesifik xüsusiyyətlərini (makro və ya mikroqrafiya), həm də ailədaxili və emosional qarşılıqlı əlaqələrin xüsusiyyətini aşkar edir. Şəkilçəkmə prosesini mümkün qədər əvvəldən axıracan müşahidə etmək lazımdır, çünki bu zaman şəklın hansı ardıcılıqda çəkilməsini, hansı detalların üzərində çox dayanacağı və s. görmək olar. Bu diaqnostika üçün vacibdir. İşin sonunda psixoloq hər şəkllə dair uşağa konkret suallar verir. Bu sual-cavab təbii və sərbəst xarakter daşmalıdır. Bu söhbət uşaqla psixoloq arasında normal iş ünsiyyətinin məntiqi davamı olaraq, həm də uşağın nitqinin inkişafı səviyyəsindən xəbər verir.
2. Eşitmə-nitqi yaddasxılamının həcmının və tempinin yoxlanılması. Tapşırıqlara aid instruksiyalar (verbal və qeyri-verbal) nitq vasitəsi ilə verildiyindən aydınlaşdırmaq çox çətin olur - uşaq instruksiyanı başa düşmədiyindən və ya yadında saxlamadığından tapşırığı yerinə yetirə bilmir. Bunun üçün ayrı-ayrı

vasitələrdən iki qrup sözlərin yadda saxlamaq metodikası işlənir. Yaddaşın belə yoxlanılması təhlil üçün lazımı qədər məlumat verir.

3. Anlayışların inkişaf səviyyəsinin yoxlanılması. Yoxlama zamanı “Əşyaların təsnifatı” metodikasından istifadə edilir. Aktual inkişafın səviyyəsini və təfəkkürün xüsusiyyətlərini aşkar etmək üçün “Əşyanın istisna edilməsi” metodikası işlədilir.
4. Məkani analiz və sintezin yoxlanılması. Bunun üçün uşağa ayrı-ayrı kəsilmiş şəkillərdən bütöv şəkil və ya naxış yığmaq təklif edilir. Uşağın bu tapşırığın öhtəsindən nə cür bacarıqla gəlməsi onun gələcəkdə məktəbdə oxu, yazı, hesab və s. mənimsəməsindən xəbər verir. Məkani anlayışların tərkibində linqvistik anlayışların yoxlanılmasını da aparmaq lazımdır. Bunun üçün uşağın mürəkkəb nitq konstruksiyaları başa düşməsinə və onları sərbəst formalaşdırılması qabiliyyəti qiymətləndirilməlidir.
5. Uşağın diqqəti və öz fəaliyyətinin iradi requlyasiyası, praktiki olaraq bütün tədqiqat zamanı yoxlanılır. Məsələn, bu və ya digər tapşırıq verərkən, tədqiqatçı uşağın tapşırığı necə yadda saxladığına və yerinə yetirdiyinə fikir verir.
6. Burada spesifik klassik metodikalar da işlədilir. Məsələn, Ravenin “Proqressiv matrisaları”, E.Krepelina görə say və s. Yoxlama zamanı uşağın hansı əl, ayaq, qulaq və gözün aparıcı olmasını da müəyyən etmək olar. Xırda motorikanın formalaşmasına da xüsusi diqqət yetirilməlidir. Bunun üçün məktəbəqədər yaşlı uşağa düymələrin və ya çəkmələrinin iplərini açıb-bağlamaq, məktəbliyə isə xırda əşyalarla, qələm və karandaşla bağlı tapşırıq vermək lazımdır.
7. Mnestik fəaliyyətin yoxlanması zamanı görmə və taktil yaddaşın xüsusiyyətləri və həcmi öyrənilir.
8. Təfəkkür fəaliyyətinin yoxlanılması zamanı biləvasitə və vasitə ilə ifadə edilmiş yaddaşın həcmi müəyyən edirlər. Bunun üçün A.N.Leontyevin 7-8 yaşlı uşaqlar üçün nəzərdə tutulmuş metodikası işlənir.
9. Əgər müayinə zamanı qavramada (eşitmə, görmə, taktil və s.) çətinliklər ortaya çıxarsa, onda qavrama funksiyaları da ayrıca yoxlanılır.
10. Əyani-aktiv, əyani-obrazlı və məntiqi təfəkkürün xüsusiyyətlərinin yoxlanmasını verbal və qeyri-verbal test materialı ilə növbələmək lazımdır. Bunun üçün Ravenin “Proqressiv matrisaları” sadə analogiyalar, sujetli şəkillər əsasında hekayə nəql etmək və s. işlədilir.
11. Təfəkkür prosesinin gedişini yoxlamaq üçün “Anlayışların müqayisəsi” və “Sərbəst assosiasiyalar” metodikaları işlənir. Uşaqların davranış xüsusiyyətlərini bütün yoxlama zamanı daima müşahidə etmək və nəzərə almaq lazımdır.
12. Nitqin inkişafını loqoped yoxlamalıdır. Amma psixoloq uşağın lüğət ehtiyatını, söylədiklərinin fəallığını, danışiq və dil qaydalarına uyğun olduğunu, nitqin gözə çarpan xüsusiyyətlərini qiymətləndirməlidir.
13. Xüsusi testlər (“Rozensveyqin frustrasion testləri”) və sual-cavab sorğuları vasitəsilə uşaq-valideyn və şəxsiyyətarası əlaqələr tədqiq olunur.

Müayinənin sonunda mütləq uşağın fəaliyyətini müsbət qiymətləndirərək, maraqlanmaq lazımdır: müayinənin hansı məqamları daha çox uşağın ürəyindən oldu və əksinə, hansıları onda mənfi təəssürlərə səbəb oldu. Belə söhbət zamanı uşağın özünə tənqidi yanaşması, fəaliyyətinin motivasiya aspektləri və şəxsiyyətinin xüsusiyyətləri barəsində və s. əlavə məlumat əldə etmək olar.

Müayinəyə 1 saatdan 1 saat 40 dəqiqəyədək vaxt ayrılır. Əgər uşağın psixi fəallığının səviyyəsi və işgüzarlığı aşağıdırsa, onda müayinəni iki seansa keçirmək olar. Müayinə zamanı alınmış məlumatlar hər uşaq üçün ayrıca tərtib olunmuş xüsusi karta yazılır, təhlil olunur və axırda rəy çıxarılır.



Tələbələr üçün fəaliyyətlər

Verilmiş müayinə planlarını analiz edib əlavələr və ya ixtisarlara etmək

I. Nitqi müayinə planının nümunəsi

Ad və soyad _____

Təvəllüd _____

Ünvan: _____

Qrupa daxil olma tarixi _____

Qəbul diaqnozu _____

Valideynlərin şikayəti _____

Loqoped _____

Nevropatoloqun rəyi

Oftalmoloqun rəyi

Otolorinqoloqun rəyi

Cərrahın rəyi

Müayinə

Anamnez _____

İntelektin müayinəsi _____

Say anlayışı _____ması _____

1. Müəyyən say qədər əşyaların düzgün sayılması _____

2. Suallar:

- Quşun neçə ayağı var?
- Pişiyin neçə ayağı var?
- Sənin neçə gözü var?
- Sənin neçə qulağı var?
- Sənin neçə burnun var?

3. Miqdarın təyin olunması.

4. Lazım olduğu qədər götür: 2,4,7

Konstruktiv qavrama

1. Piramida

2. Kəsilmiş şəkillər (2, 3, 4, 6, 8 hissəli)

Əşyaların oxşarlarının analizi

Tapşırıq: qırmızı alma, qırmızı pomidor, qırmızı kök, yaşıl xiyar. Nə artıqdır

Nitqin müayinəsi

1. Artikulyasiya aparatının vəziyyəti:

- A) dodaqlar, dişlər, dil, damağın vəziyyəti
- B) dodağın hərəkəti
- C) dilin hərəkəti: yuxarı, aşağı, fincan, atlar, saat
- D) hecaların tələffüzü: ma-mu - mo bi-ba-bo mi-m-mo kon-ton
- E) sadə sözlərin tələffüzü: ot, at, it, quş, yay, saz, pis
- Ə) çətin sözlərin tələffüzü: sürüşkən, televizor, təyyarə, telefon, aşbaz

1. Səs tələffüzünün vəziyyəti:

Sözün qurulması

- 1. İsmın əzizləmə və kiçiltmə forması: qızcığaz____, evcik____, gəlincik____
- 2. İsimdən sifətin əmələ gəlməsi: güllük____, ağacılıq____, çəmənlik____
- 3. Heyvan balaları: pişik____, it____, inək____, keçi____, qoyun____, at____
- 4. Sənətlər:
Kim nə edir? Aşbaz____, müəllim____, dərzi____, təyyarəçi____

Nitqin qavranılması

Diqqət qavrama

Emosionallıq

Loqopedin nəticəsi

Diaqnoz

İşin planı

II. SİM səmərəli fərdi müayinə planının nümunəvi tərtibi

1. Adı və soyad _____

2. Anadan olduğu gün, ay və il _____

3. Ev ünvanı, telefon _____

4. Valideynlər haqqında məlumat:

Ana: adı, atasının adı, soyadı _____

Təvəllüdü, iş yeri, vəzifəsi _____

Ata: adı, atasının adı, soyadı _____

Təvəllüdü, iş yeri, vəzifəsi _____

5. Müayinə tarixi _____

6. Valideynlərin şikayətləri _____

7. Anamnez:

Hamiləliyin sayca neçənci olması _____

Hamiləlik necə keçmişdir _____

Doğuşun xarakteri _____

Psixomotor inkişaf: _____

Başını saxlamağa başlamışdır _____

Oturmağa başlamışdır _____

Yeriməyə başlamışdır _____

1 yaşına qədər uşağın hansı xəstəlikləri olmuşdur: _____

1-3 yaşına qədər _____

3-6 yaşına qədər _____

8. Ailədə irsi patalogiyaya düçar olmuş xəstələr varmı: nitq qüsuru _____

9. Sensor inkişaf

Psixi proseslər:

10. Duyğular: gormə, eşitmə, dəri, əzələ-hərəkət, ehtizaz, lamisə, müvazinət, iy, dad və üzvi _____

Ümumi motorikanın vəziyyəti:

Kiçik _____

Böyük _____

11. Qavrayış:

məkan, təsəvvür:

aşağı-yuxarı _____

irəli-geri _____

sağ-sol _____

Rənglər _____

Formalar: həndəsi fiqurlar:

Həcm və miqdar: çox-az _____

Bərabər _____

Göstər, harada (şəkil üzrə):

Üstündə, yanında, arxasında

İçində, altında, qabağında

Şəkilləri adlandır:

Əşyaların hərəkətlərini adlandırmaq (şəkillər üzrə):

At _____ Quş _____ Qız _____

Oğlan _____ Maşın _____ İşıq _____

Təyyarə _____ Nənə _____ Balıq _____

12. Diqqət:

Zaman:

İlin fəsilləri _____

Həftənin günləri _____

Sutkanın vaxtları _____

Dünən, bu gün, sabah _____

13. Hafizə: görmə, eşitmə, hərəkət, qarışıq

Yaddaş:

Görmə əsasında _____

Eşitmə əsasında _____

İrəli və geri sayım _____

Qruplaşdırma:

Meyvələr _____

Tərəvəzlər _____

Ev heyvanları _____

Vəhşi heyvanlar _____

Mebel _____

Geyim _____

Qab-qacaq _____

14. Nitq

Şəkilləri adlandır:

Leksika:

Əşya hissələrini adlandırmaq _____

Bədən üzvlərini adlandırmaq _____

Heyvanların balalarının adlarını demək _____

At: İt: İnək:

Qoyun: Toyuq: Keçi:

15. Təfəkkür

Peşələr haqqında məlumat:

Maşını kim sürür? _____

Ərzaq məhsullarını kim satır? _____

Paltar kim tikir? _____

Yeməyi kim hazırlayır? _____

Saçı kim kəsir? _____

Təyyarədə kim uçur? _____

Şəkli kim çəkir? _____

Tək - Cəm

Alma- Maşın- Qələm-

Çiçək- Uşaq- Kitab-

Əks mənə daşıyan sözləri (antonimləri) seçmək:

Böyük – hündür – isti – şirin – az – uzun _____

Hal-vəziyyət bildirən sözlər:

Tısbağa necə gəzir? _____

At necə çapır? _____

Qurbağa necə gedir? _____

16. Təxəyyül:

Məntiqi mövzu _____

Hekayəni dinlə və danış _____

17. Psixoloji inkişafın vəziyyəti haqqında nəticə _____

18. Fərdi iş planı _____

19. Uşağın müşahidəsi

Gündəliyi _____

III. GENİŞ YAYILMIŞ İNKİŞAF POZUNTULARI OLAN ŞƏXSLƏR ÜÇÜN BACARIQLARIN MÜƏYYƏNLƏŞDİRİLMƏSİ

Psixi İnkişafın Ləngiməsi olan uşağın bacarıqlarını bu plana əsasən müəyyənləşdirin

Adı və soyad:

Diaqnoz:

Doğum tarixi:

Erkən pedaqoji bacarıqlar/oxuyub yazma

1. Rəsmdəki əksikləri tapır.
2. Rəsmdəki səhvləri tapır.
3. Səsin gəlidiyi yönü tapır.
4. Gizlənmiş bir obyekt tapır.
5. Danışan insanı səsindən ayırd edir.
6. Əl, göz koordinasiyasını əlaqələndirir.
7. Yazı vəsaitlərindən istifadə edə bilir.
8. Əsas cizgiləri çəkir
9. Səsi oxuyur.
10. Səsi yazır.
11. Hecanı oxuyur.
12. Heca yazır.

13. Sözü oxuyur.
14. Sözü yazır.
15. Sözləri əlaqəli işlədir.
16. Cümləni oxuyur.
17. Cümləni yazır.
18. Cümlələri əlaqəli işlədir.
19. Mətni oxuyur.
20. Mətni yazır.
21. Oxu qaydalarını yerinə yetirir.
22. Yazı qaydalarını yerinə yetirir.
23. Oxuduğu mətinə dair suallara cavab verir.
24. Nöqtələmə işarələrini yerində istifadə edir

Kiçik motor bacarıqları

1. Plastilini yoğurur.
2. Plastilinə formaverir.
3. Muncuğ düzür.
4. Qələmi tutur.
5. Qarışıq rəngləyər.
6. Sərhədlərə uyğun rəngləyir.
7. Qarışıq şəkilləri rəngləyir.
8. Kağızı cırır.
9. Qayçı vasitəsilə kağızı kəsir.
10. Fərqli fiqurları kəsir.
11. Kağızı yapışdırır.
12. Barmağı ilə kağızı basır.
13. Bir fiquru kopyalayır.
14. Nöqtələri birləşdirir.
15. Əksik fiquru çəkərək tamamlayır.
16. Nümunəyə baxaraq şəkil çəkir.
17. Adı deyilən şəkli çəkir.
18. Geometrik şəkillərdən rəsmlər qurur.
19. Kağızı qatlayır.

Sadə qavrama bacarıqları

1. Eyni əşyaları cütləşdirir
2. Eyni əşyanı şəklə görə cütləşdirir.

3. Eyni forma və fərqli rəngli əşyalar arasında eyniləşdirmə aparır.
4. Fərqli forma və fərqli rəngli əşyalar arasında eyniləşdirmə aparır.
5. Eyni forma və rəngli şəkillər arasından eyni şəkildə olanları cütləşdirir.
6. Fərqli forma və fərqli rəngdə şəkillər arasından eyni şəkildə olanları müqayisə edir.
7. Eyni əşyanın rəsmini eyni rəsmə görə müqayisə edir.
8. Eyni tay olmayan əşyaları uyğunlaşdırır.
9. Eyni sinifdən uyğun olmayan rəsmləri müqayisə edir.
10. Eyni sinifdən olan əşyaları uyğun olmayan rəsmlərlə müqayisə edir.
11. Olmayan əşyanı adlandırır
12. Ailəsini tanıyır və adlandırır
13. Hadisəni ya da hadisənin rəsmini adlandırır
14. İnsanları fərqləndirir.
15. Adı çəkilən əşyanı göstərir.
16. İnsanları fərqləndirir.

Nitq bacarıqları

1. Danışan insana diqqətini yönəldir.
2. Danışan insana jest və mimikləri ilə dinlədiyini bəlli etdirir.
3. Əşyaları tanıyır.
4. Qalın və incə səsləri ayırır.
5. Hadisələri tanıyır.
6. Hadisələri təsvir edir.
7. Əşyaları qruplara görə tanıyır.
8. Əşyaları xüsusi əlamətlərinə görə tanıyır.
9. Əşyaları istifadəsinə görə fərqləndirir.
10. Baş verənləri olduğu kimi sıralayır.
11. Səsləri fərqləndirir.
12. Verilən suala cavab verir.
13. Hadisəni ya da hadisənin rəsmini adlandırır.
14. Ailəsini tanıyır və adlandırır
15. Qarşılıqlı söhbət zamanı cümlələri düzgün qurur.
16. Söhbətin mövzusu üzrə danışır.
17. Əşyaları adlandırır.
18. Baş verən olayı olduğu ardıcılıqda danışır.
19. Yer bildirən kəlmələrdən istifadə edir.
20. Təklif və çoxluq, insan bildirən, sənət-peşə bildirən anlayışlardan istifadə edər.

21. Cümlə qurma qaydalarından istifadə edir.
22. Sözü yerinə görə istifadə edir.
23. Sual verir.
24. Material və cihazların xarab olmasına görə münasibət bildirir.
25. Keçmiş hadisələri danışır.
26. Əks məna bildirən sözlərdən istifadə edir.
27. Olmayı söyləyir.

Böyük motor bacarıqları

1. Ayaqdaykən yerində dönür.
2. Sərbəst şəkildə yeriyir.
3. Sürətli şəkildə yeriyir.
4. Əlində əşya ilə yeriyir.
5. Məhdud yerlərdə yeriyir.
6. Sərbəst şəkildə qaçır.
7. Sürətli şəkildə qaçır.
8. Əlində əşya ilə qaçır.
9. Məhdud yerlərdə qaçır.
10. Cüt ayaqla hoppanır.
11. Tək ayaqla hoppanır.
12. Maneənin üzərindən tək ayaqla hoppanır.
13. Maneənin üzərindən iki ayaqla hoppanır.
14. Nərdivana dırmanır.
15. Pilləkənlə qalxır.
16. Topu yuvarlayır.
17. Topu atır.
18. Topu tutur.
19. Topu atıb-tutur.
20. Topu ayağı ilə irəliyə aparar.
21. Topa ayaqla vurur.
22. Yerində dönüşlər edir.
23. Fərqli şəkildə hərəkətləri izləyir.
24. Kubun üzərində hoppanır.
25. İpin üzərindən hoppanır.
26. Dairəni belində fırlada bilir.
27. İdman oyun qaydalarına uyğun hərəkətlər edir.

Erkən pedaqoji bacarıqlar/ Riyaziyyat

1. Əşyaları az və çox olmasına görə fərqləndirir.
2. Əşyaları az və çox olmasına görə sıralaya bilir.
3. Əşyaları böyük və kiçik olmasına görə fərqləndirir.
4. Əşyaları böyük və kiçik olmasına görə sıralayır.
5. Əşyaları uzun və qısa olmasına görə fərqləndirir və sıralayır.
6. Əşyaları qalın və nazik olmasına görə fərqləndirir və sıralar
7. Əşyaları içində və çölündə olmasına görə fərqləndirir.
8. Əşyaları üzərində və altında olmasına görə fərqləndirir.
9. Əşyaları uzaqda və yaxında olmasına görə fərqləndirir.
10. Əşyaları önündə və arxasında olmasına görə fərqləndirir.
11. Əşyaları başda, ortada, sonda olmasına görə fərqləndirir.
12. Əşyaları sağında, solunda və arasında olmasına görə fərqləndirir.
13. Əşyaları boş və dolu olmasına görə fərqləndirir.
14. Əşyaları yüksəkdə və alçaqda olmasına görə fərqləndirir.
15. Əşyaları ağır və yüngül olmasına görə fərqləndirir.
16. Əşyaları ağır və yüngül olmasına görə sıralayır.
17. Ritmik sayır.
18. 0-9 arasındakı adi sayları ayırd edir.
19. Rəqəmləri yazar.
20. "0" ədəd sayını fərqləndirir.
21. Əşyaların sayını fərqləndirir.
22. Baxaraq sayı müəyyən edir.
23. Ədədlər arasındakı böyüklük və kiçiklik əlaqələrini fərqləndirir.
24. Tək və cüt sayıları fərqləndirir.
25. Sıra bildirən sayları fərqləndirir.
26. Rum rəqəmlərini fərqləndirir.
27. Onluq dairəsində hesablama əməliyyatlarını aparar.
28. Yüzlük dairəsində hesablama əməliyyatlarını aparar.
29. Minlik dairəsində hesablama əməliyyatlarını aparar.
30. Kalkulyatorla hesablama işləri aparar.
31. Çoxluq və onun xüsusiyyətlərini fərqləndirər.



Qiymətləndirmə

Aşağıdakı qiymətləndirmə meyarına əsasən qiymətləndirəcəksiniz:

“Şəxsin psixo-fizioloji vəziyyəti ilə bağlı səmərəli fərdi müayinə planı tərtib edir”.

Uşağın müayinəsinin təşkilinə və qiymətləndirilməsinə verilən tələblər

- S.D.Zabramnayaya görə psixodiaqnostikada hansı göstəricilər önəmlidir?
- V.İ.Lubovski və İ.A.Korobeynikova uşaq fəaliyyətinin qiymətləndirməsində hansı kəmiyyət və keyfiyyət göstəricisini qeyd edir?

Loqopedik müayinənin əsasları

- Loqopedik müayinənin məqsədi nədir?
- Rinolaliyalı uşaqların müayinə xüsusiyyətləri hansılardır?
- Dizartriyalı uşaqların müayinə xüsusiyyətləri hansılardır?
- Kəkələyən uşaqları müayinə edərkən nələrə fikir vermək lazımdır?
- Afaziyalı xəstələrin APF-nin vəziyyətinin müayinəsi yolları hansılardır?
- Diaqnostik tədbirlərin kompleks və mərhələli şəkildə aparılmasının zəruriliyini sübut edin

Sensor pozulmaları olan şəxslərin diaqnostik xüsusiyyətləri

- Eşitməsi problemlili uşaqların müayinə xüsusiyyətləri hansılardır?
- Görməsi problemlili olan uşaqların müayinə xüsusiyyətləri hansılardır?

Dayaq-hərəkət aparatının pozulmaları olan şəxslərin müayinəsinin əsasları

- Serebral iflicli uşaqlarda hansı tipik inkişaf xüsusiyyətləri müəyyən edilir?
- Serebral iflicli uşağın psixi həyatının təhlilində nələri nəzərə almaq lazımdır?

Emosional-iradi sahənin pozulması olan şəxslərin diaqnostik əsasları

- Emosional-iradi sahənin pozulması olan uşaqların müayinəsi neçə mərhələdə keçirilir?
- Autizmlə əqli geriliyin diferensiasiyasını verin.
- Uşaq hospitalizmi anlayışını açıqlayın.
- Valideynlər uşaqlarında hansı əlamətləri görəndə narahat olmalıdırlar?
- Autistik uşaqların hansı reaksiyaları çox spesifikdir?

Şəxslərin psixi funksiyalarının müayinə üsulları

- Psixoloji-pedaqoji müayinənin məsələləri hansı yaş mərhələsi ilə müəyyən edilir?
- İ.İ.Mamayçuk və L.M.Şipitsina SİM uşaqların psixodiaqnostikasına dair hansı tələbləri irəli sürürlər?

- A.R.Luriyaya görə psixi pozulmaları olan uşaqları psixoloji xüsusiyyətlərinə görə neçə qrupa bölür?
- Psixi funksiyaların müayinəsinin texnologiyasını açıqlayın.

İntellektual problemi olan şəxsin diaqnostik meyarları.

- Əqli geriliyi olan uşaqların körpəlik dövründə psixikasında və nitqində hansı xüsusiyyətlər qeyd olunur?
- Əqli geriliyi olan uşaqların əyani-hərəkət təfəkkürünün inkişafında özünəməxsusluqlar nədən ibarətdir?
- Əqli geriliyi olan uşaqların şəxsiyyətinin formalaşmasını təmin edən şərait hansı səbəbdən əmələ gəlmişdir?

İntellektual problemi olan şəxsin nitqi xüsusiyyətləri

- Əqli geriliyi olan məktəbəqədər yaşlı uşaqların nitq inkişafı nə ilə fərqlənir?

Psixi ləngiməsi olan şəxslərin müayinəsinin meyarları.

- PİL əqli gerilikdən nə ilə fərqlənir?
- PİL olan uşaqlarda nitqi xüsusiyyətləri qeyd edin.
- Ən dərin pozulmalar PİL-in hansı formasında qeyd olunur?
- PİL olan uşaqların müayinəsi zamanı hansı meyarlar nəzərə alınmalıdır?

Müxtəlif inkişaf pozulmalarının diferensial diaqnostikası

- Diferensial diaqnostika hansı məsələləri həll edir?
- Diferensial diaqnostikanın əsas prinsipləri hansılardır?
- Q.Y.Suxareva oliqofreniyanın diaqnostikasında hansı meyarları qeyd edir?
- Oliqofreniyanı şizofreniyadan hansı simptomlar fərqləndirir?
- Əqli geriliyi olan uşaqları analizatorların pozulması olan uşaqlardan hansı simptomlar fərqləndirir?

1.2. Diaqnostika üçün alət və avadanlıqların növünü prosedurlara uyğun müəyyən edir

1.2.1. Nitqində pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikasına (pedaqoji-psixoloji) aid materialların müəyyən edilməsi

Bildiyimiz kimi kiçik yaşlı şəxslər (uşaq) bütün səsləri düzgün tələffüz etməyə qadir deyillər və onlarda beş yaşından gec olmayaraq səs tələffüzü çatışmazlıqları müəyyənləşdirilməlidir. Bu prosesdə vacib olan vaxtında şəxslərin nitqini tədqiq edib qüsurları üzə çıxarmaqdır. Bu məqsədlə 4 yaşından gec olmayaraq uşaqlar loqopedik müayinədən keçirilməlidirlər. Diaqnostika zamanı loqopedik müayinə şəxslərin ən əvvəl artikulyasiya aparatının quruluşu və mütəhərrikiyi bütün incəlikləri ilə yoxlanılmalıdır. Sonra onun səs tələffüzünün vəziyyəti çox diqqətlə müayinə edilməlidir. Bundan əlavə fonematik qavramanın vəziyyəti də yoxlanılmalıdır. Nitqi qüsurlu şəxslərin nitq patologiyalarının diaqnozlaşdırılması üçün müxtəlif metodlardan istifadə olunur. Diaqnostika istiqamətləri aşağıdakı mərhələlərlə aparılır:

1. Artikulyasiya aparatının müayinəsi;
2. Səs tələffüzünün müayinəsi;
3. Fonematik qavramanın müayinəsi.

Artikulyasiya aparatının müayinəsi

Artikulyasiya aparatının müayinəsi vacib olan bir mərhələdir. Gələcək korreksiya işinin düzgün olması bu müayinədən asılıdır. Bu mərhələdə loqoped artikulyasiya aparatının bütün üzvləri - dil, dodaq, diş, çənələr, damaq və dilçək – yoxlanıb, onların quruluşunda ola biləcək qüsurlar üzə çıxarılıb qeydlər aparılmalıdır. Bu da öz növbəsində uşağın tələffüzündə yaranan hər hansı bir qüsurun aradan qaldırılması üçün vacibdir.

Müayinə zamanı artikulyasiya aparatının mütəhərrik və qeyri-mütəhərrik hissələrinin quruluşunda aşağıdakı qüsurlar aşkara çıxarıla bilər:

- Dişlər: əyri, xırda, seyrək, çənə qövsündən kənarında, çox iri, aralarında boşluğun olmaması və ya çox boşluğun olması, alt və ya üst kəsici dişlərin yoxluğu;
- Dodaqlar: ətli qalın, qısa və az hərəkətli;
- Dişləm: açıq ön və yan, dərin və dayaz;
- Çənələr: üst və alt çənənin irəli çıxması;
- Damaq: dar, hündür (qotik tipli) və ya əksinə, aşağı və yastı;
- Dil: iri, balaca, çox böyük, qısa və pərdəli.

Sonra artikulyasiya aparatının mütəhərrikiyi yoxlanılır. Bu zaman nitq təlimatına uyğun müxtəlif tapşırıqlar verilir. Bu tapşırıqlar dil, dodaq və çənə hərəkətlərinin müayinəsi üçün təqdim olunmalıdır. Bütün tapşırıqlar ayna qarşısında düzgün və dəqiq nümayiş edilməlidir. Tapşırıqlar aşağıdakılardan ibarətdir:

- Dodaqlarını dil ilə yalamaq;
- Dili burnuna tərəf aparmaq;
- Dili sağ və sol qulağa tərəf aparmaq;

- Dili enliləşdirmək və yastılatmaq;
- Sonra dili çıxarıb ucunu yuxarı qaldırmaq;
- Dili növbə ilə sol və sağ ovurda qoymaq;
- Dili bacardığı qədər çölə çıxartmaq və içəri çox dərinə aparmaq;
- Dodaqları irəli uzatmaq və onu boru şəklinə salmaq;
- Yanlara dartıb "gülmək" vəziyyəti almaq;
- Alt çənəni irəli və geri aparmaq və s.

Loqoped bu zaman görülən işlərin rəvanlığı, səlis və dəqiqliyi, bir hərəkətdən digərinə keçmənin asan və ya çətinliyinə xüsusi diqqət yetirir. (61)

Səs tələffüzünün müayinəsi

Səs tələffüzünün müayinəsi zamanı bu və ya digər səsin ayrılıqda və nitqdə müstəqil işlətmə bacarığı yoxlanılır. Müayinə aparılarkən səs tələffüzü qüsurları əvəz etmə, qarşıdurma və ya səsin olmaması, ayrılıqda, hecalar, söz və ifadələrdə aşkara çıxarılır. Bundan əlavə, uşağın müxtəlif heca strukturlu sözləri tələffüz etmə vəziyyəti də yoxlanılır (məsələn, piramida, təəccüblü, kolleksioner və s.) və səslərin əvəz olunması aşkara çıxarılır.

Səslərin sözlərdə tələffüzünün vəziyyətinin müayinəsi üçün xüsusi əşya şəkilləri toplusu vacibdir. Şəkillərdə təsvir olunmuş əşyaların adları müxtəlif səs və heca tərkibi, çox mürəkkəb və samitlərin tədqiq edilən səslərlə işlənmə yerlərinə görə sözlərdən ibarət olur.

Səs tələffüzünün vəziyyətinin diaqnostikası zamanı müxtəlif tələffüz şəraitində (təcridolma, açıq və qapalı hecalar, samit səs qrupları, sözlərin əvvəli, sonu və ortası və ifadələrin tərkibində) samit səslərin tələffüzünün pozulma xarakteri müəyyən edildi (əksik olma, digər səslərlə əvəzlənmə, təhrifolma, qüsurlu tələffüz, ağız səslərinin nazalizasiyası (səsi burunda tələffüz etmək) və nazalizasiya (səsi burunda tələffüz etmək) olunmamış burun səsləri).

Səsin sözün əvvəli, ortası və sonunda istifadəsi

Səs tələffüzünün müayinəsi üçün istifadə olunan ən sadə üsullardan biri müayinə edilən səsin, sözün əvvəli, ortası və sonunda tələffüzünün yoxlanılmasıdır. İstifadə olunan sözlərin əşya şəkilləri şəxsə göstərilir. Səs tələffüzünün vəziyyətinin yoxlanılması üçün loqopedin hər hansı bir albomundan şəkillər təqdim edilir. Təlimata uyğun nitqdə "s" səsinin yoxlanılması üçün "s" səsi ilə olan sözlər təqdim olunur, təqdim olunan səsin sözün əvvəli, ortası və sonunda olduğunu qeyd edir və "s" səsinin sözdə yerini müəyyən edir (cədvəl 1.5 və şəkil 1.3). (61)

Sözün əvvəlində	Sözün ortasında	Sözün sonunda
stəkan	kosmonavt	avtobus
sabun	məstan	mis
samovar	kəsmik	gilas
sim	kasa	səs
simuzər	masa	pas
sırğa	misra	palas

Cədvəl 1.5. "S" səsinin yoxlanılması üçün sözlərin nümunələri



Şəkil 1.3. Səslərin sözlərdə möhkəmləndirilməsi üçün şəkillər

Fonematik qavramanın müayinəsi

Şəxslərdə səs tələffüzünün vəziyyətinin yoxlanmasından sonra onların eşitmə ilə səsləri qavraması və fərqləndirməsi mütləq müəyyən edilməlidir. Xüsusilə o səslərə aiddir ki, onlar artikulyasiyaya görə oxşar və səslənməsinə görə yaxındır. Korreksiya edən şəxs fit və fisiltılı (sa-şa, za-ya, sa-za və s.), cingiltili və kar (da-ta, na-ba, qa-ka), (ra-la, ri-li və s.) səslərin fərqləndirilməsini yoxlamalıdır. (61)

Fonematik qavramanın vəziyyətinin diaqnostikası üçün L.S.Volkova, Q.Q.Qolubeva və V.Konovalenkovanın metodikalarından istifadə edilir. Bu metodikaların aparılması və materialların hazırlanması aşağıdakı kimi olmalıdır.

Tapşırıq 1. Hecalarda səslərin qavrayışı və diferensiasiyasının öyrənilməsi.

Şəxsə loqopedin ardınca bir-iki heca sırasını dinləmək və təkrar etmək təklif olunur. Müayinə samit, sait tipli 2-3 hissəli heca materialı əsasında həyata keçirilir və tərkibinə aşağıdakıları təşkil edən hecaların diferensiasiyasını daxil edir:

- Akustik cəhətdən bənzər, lakin artikulyasiya baxımından uzaq olan səslər;
- Həm akustik, həm də artikulyasiya baxımından yaxın səslər;
- Artikulyasiya baxımından yaxın, lakin akustik cəhətdən uzaq olan səslər (Şəkil 1.4).

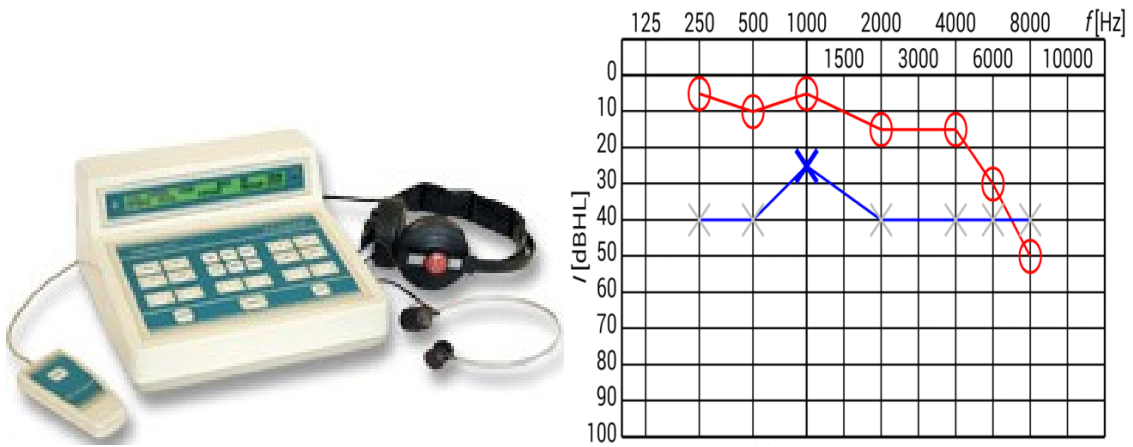
Sa-şa, şo-so-şu, zu-ju, za-ja-zya, zo-jozo
Su-çu, sı-zı-zi, ça-sa-çə, sa-ça-çu, sı-cı-si
Jİ-si-şi, şo-jo-so, çu-şu, ça-şa-çə, şİ-şİ-çİ
Pa-bo-pı, bo-bə-po, ba-po-bı, qa-qə-ka
To-du-tı, do-tu-ta, tu-da-do, fo-vu-fi, fu-fo-va
Ra-la-ro, la-lo-ra, ru-la-ra, ca-ta-tə, cu-tu-ca

Şəkil 1.4. Tapşırıq 1-in aparılması üçün verilən hecalar sırasının nümunəsi

aşağıdakı amillər nəzərə alınmalıdır.

Ünsiyyətin inkişafı (əvvəlcə ünsiyyətin sözqədərki forması - vokalizasiyası, mimikası, təbii jestləri, baxışları və bədəninin hərəkəti).

Eşitmə pozulmaları olan şəxslərdə nitq inkişafı üçün sözlər və nitqin qrammatik cəhətdən formalaşmasında təhrifi və səhvlərin olması xarakterikdir. Bu zaman eşitmə vəziyyəti haqqında audioloji müayinənin (eşitmənin ölçülməsi və eşitmə funksiyalarının dəyərləndirilməsi) göstəriciləri haqqında məlumatların olması çox vacibdir. Audioqram eşitmənin azalma səviyyəsi və onun diapazonu haqqında fikir yürütməyə imkan verir. Bundan əlavə, eşitmə qalığında məişət və ətrafındakı insanlarla ünsiyyətdə istifadə imkanları öyrənilməlidir (Şəkil 1.6).



Şəkil 1.6. Eşitmə səviyyəsinin yoxlanılması üçün audiometr və audioqram nəticəsi

Uşağın oyuncaq, televizor və musiqi alətlərinin və s. səslərə reaksiyasına diqqət yetirilməlidir. Bunun üçün fərqli səslənməsi olan üç musiqi aləti - qarmon, tütək və fişqırıq götürülür, əvvəlcə uşaq üzünü müayinə edənə tərəf oturdulur, növbə ilə alətlər səsləndirilir, sonra isə uşağın arxası müayinə edənə tərəf olmaqla onun həmin üç alətin səslərini necə qavraması yoxlanılır.

Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin ali psixi funksiyalarının yoxlanılma texnologiyaları və üsulları

Eşitmə pozulmaları olan şəxslərdə ali psixi funksiyaların inkişaf etdirilməsi zamanı istifadə edilən əsas texnologiya və üsullar müxtəlifdir.

Təfəkkür

Əqli əməliyyatlar özündə ümumiləşdirmə, təhlil və tərkib proseslərini əks etdirir. Bu proseslərin hər birinin inkişafı üçün müxtəlif metodlardan istifadə olunur. Bunlara "Seğen lövhəsi" və "Süjetli əlavələr" aiddir.

Ümumiləşdirmə

Məqsəd: Əşyanın ümumi əlamətlərini tapmağı öyrətməkdir. Bunun üçün şəxsin önündə bir ümumi əlamətə görə birləşdirilmiş əşyaların (məsələn, alma, banan, armud və ərik təsvirli şəkil seriyası) təsviri olan kartlar düzülür və bütün bu əşyaları bir sözlə adlandırmaq (bu halda "meyvələr") və öz cavabını izah etmək tələb edilir (Şəkil 1.7).

Təhlil və tərkib

Burada isə məqsəd əlamətləri xarakterinə görə birləşdirmək və artıq olanı xaric etmək və ayırmağı öyrətməkdir (“dördüncü artıqdı”) metodikası.

“Dördüncü artıqdı” metodu

Verilmiş katların arasından artıq olanın təsvirini tapmaq və öz seçimini izah etməyi öyrətməkdir (don, şalvar, tufli, palto təsvirli şəkil seriyasında tufli artıqdır, çünki qalanları geyim əşyaları, o isə ayaqqabıya aiddir). Qeyd etmək lazımdır ki, şəxs cavabı tam və geniş olmalıdır. Şəxs bunu tapmalı, öz seçimini düşünərək etməli və onu əsaslandırmağı bacarmalıdır (Şəkil 1.8).



Şəkil 1.7. Ümumiləşdirmə üzrə metodikanın nümunəsi



Şəkil 1.8. “Dördüncü artıqdı” metodika üzrə nümunə

Müərrədləşdirmə

Məqsəd dolayı əlamətləri tapmağı öyrətməkdir. Şəxsin qarşısına heyvan rəsmləri: inək, dovşan, tülkü, ayı və pələng şəkilləri olan blank qoyulur. Sonra onların adlarını eyni hərflə başlayan digər heyvanlarla birləşdirməyi xahiş edirlər: inək vəit; dovşan və dələ; ayı və at; pələng və pişik; tülkü və toyuq. Əgər o bunu edə bilməzsə, onda nümunələr gətirilməklə təkrar təlimatlandırmaq lazımdır (Şəkil 1.9).



Şəkil 1.9. Eyni hərflə başlayan heyvanların tapılması üzrə şəkillərin nümunəsi

Hafizə

Hafizə qısa və uzunmüddətli olmaqla fərqləndirilir. Qısamüddətli yaddaşın məşqi üçün şəxsə iradi qaydada yadda saxlamaq və xatırlamaq üçün bir söz sırası, adətən, şəxsə tanış olan 10 söz təqdim olunur. Uzunmüddətli yaddaş üçün isə bir sıra sözləri bir neçə dəfə

oxuyub 15-40 dəqiqə ərzində yaddasxlamasını xahiş edirlər. Tapşırıqda sözləri sıra ilə deməsi ilə bir qədər çətinləşdirmək olar. Məktəbəqədər yaşlı uşaq 7-8 söz, kiçik məktəbli isə 10 sözü yadda saxlaya bilər.

Eşitmə pozulmaları olan şəxslərdə hafizənin inkişafı üçün ən yaxşı çalışmalardan biri ədəbiyyatın oxunmasıdır. Nitq materialının oxunmasından sonra (şeir, nağıl və hekayə) mütləq onun süjeti və qəhrəmanları haqqında testə uyğun suallara cavab vermək və s. tələb etmək vacibdir. Bundan əlavə kitabdan xoşladığı epizodu çəkmək və qəhrəmanları plastilindən hazırlamağı da tələb etmək olar (Şəkil 1.10).






Şəkil 1.10. Hafizənin diaqnostikası üçün təqdim olunan oxu materiallarının nümunələri

Diqqət

Şəxsin önünə böyük çap hərflərlə yazılmış, çox böyük olmayan mətn qoyulur. Sonra mətndəki bütün "A" hərflərini qırmızı karandaşla dairəyə, "B" hərflərini göy karandaşla kvadrata, "V" hərflərini isə yaşıl karandaşla üçbucağa almaq tələb edilir. Bundan əlavə uşaqdan blankda nizamsız verilmiş hərfləri verib ondan müəyyən hərflərin üzərinə xətt çəkmək (bu zaman vaxtı 3 dəqiqə qeyd etmək lazımdır) və ya dama-dama dəftərdə çəkilmiş naxışı davam etdirmək, yaxud onun yanında həmin naxış kimi rəsm çəkmək və bu fəaliyyət bitdikdən sonra şəkildəki hər bir damanı müxtəlif rəngdə rəngləməyi tələb etmək olar (Şəkil 1.11).

QIŞ.

Bu gün səhərdən lopa-lopa qar yağmağa başladı. Bu günə kimi göydən sərt dənə-dənə qar yağdı və hava soyuq və narahat idi. Bu gün isə quşbaşı qar yağdı. Ağaclar qarın qarşısına öz qol-budaqları ilə çıxmasına baxmayaraq, bir xeyli qar yağdıqdan sonra ağır sürətdə budaqlarını yerə sallayır.

A -  B -  V - 

Şəkil 1.11. Diqqətin müayinəsi üçün təqdim olunan mətn nümunəsi və təlimat

Nitq

Çox təəssüf olsun ki, bugünkü gündə eşitmə pozulmaları olan şəxslər üçün olan xüsusi müəssisələrə jest, mimikanı bilməyən daha çox şagird daxil olur.

Diaqnostika zamanı geniş nitq materiallarından istifadə etmək vacibdir. Nitq üçün ən yaxşı çalışma uşaqla birgə şer, yanılmac, nağıl və hekayələrin oxunmasıdır. Nitq resursları eşitmə pozulması olanların yaşı, eşitmə pozulmasının səviyyəsi və ikincili qüsura əsasən təqdim olunmalıdır.

Qavrayış və təxəyyül

Bu psixi funksiyaların diaqnostikası üçün ən yaxşı üsul bədii ədəbiyyatın oxunması və yaradıcı və estetik fəaliyyət üzrə çalışmalardır. Eşitmə pozulmaları olan şəxslərdə toxuma, rəssamlıq və bu kimi fəaliyyətlərin təbliğ edilməsi zamanı onlarda çox gözəl qavrayış və təxəyyülün inkişafı müəyyənləşdirilə bilər (Şəkil 1.12).



Şəkil 1.12. Təxəyyül və qavrayışın diaqnostikası zamanı istifadə olunan fəaliyyət növləri

Kiçik motorika

Eşitmə qüsuru olan şəxslərin intellektual və psixofiziki inkişafında ən mühüm rolu kiçik motorikanın formalaşdırılması oynayır. Əllərin kiçik motorikası uşağın diqqət, təfəkkür, optik-məkani qavrayış (koordinasiya), təxəyyül, müşahidəçilik, görmə, hərəkət yaddaşı və nitq kimi ali psixi funksiyaları və şüurun xüsusiyyətləri ilə qarşılıqlı fəaliyyətdə olur. Şəxsdə kiçik motorika vərdislərinin inkişafı ona görə vacibdir ki, onun sonrakı bütün həyatı geyinmək, yazmaq, müxtəlif məişət, tədris fəaliyyəti üçün əl və barmaq

hərəkətlərinin çoxsaylı, müxtəlif və dəqiq koordinasiyasını tələb edəcəkdir. Eşitmə qüsurlu şəxslərdə əl barmaqlarının kiçik motorikasının hərəkətliliyinin yoxlanılması üçün müxtəlif oyun və çalışmalardan istifadə edilməlidir.

Barmaq oyunları

Bu kiçik motorika şifahi və yazılı nitqin inkişafı üçün onların qarşılıqlı əlaqə və vahidliyi ən unikal vasitələrdən biridir. Mətnlərin barmaq gimnastikalarından istifadə edilməklə öyrənilməsi məkani təfəkkür, diqqət, təxəyyül və nitqin inkişafını stimullaşdırır, reaksiyanın tez və emosional qabarıqlığını tərbiyə edir (Şəkil 1.13).



Şəkil 1.13. Xırda motorikanın yoxlanılması üçün barmaq oyunlarının nümunələri

Rəngli kağızlardan hazırlanan konstruksiyalar

Rəngli kağız parçalarından konstruksiyaların düzəldilməsi eşitmə qüsurlu şəxslərdə kiçik motorikanın inkişafı üçün yaxşı vasitələrdən biridir. Muncuq, dənli bitki, qum və digər axıcı materiallar, yaxud plastilin, xəmir və gildən istifadə də eşitmə qüsurlu xırda motorikanın yoxlanılmasında istifadə oluna bilər. Bu materiallardan istifadə edərək müxtəlif manipulyasiyalar etməklə həm təfəkkür, həm diqqət, həm də motorikanın müayinə edilməsi mümkündür. Müayinə zamanı əl barmaqlarının hərəkətliliyinə diqqət yetirilməlidir. Bu da öz növbəsində uşaqlarda əl əlifbasının mənimsənilmə prosesində yardımçı ola bilər (Şəkil 1.14).



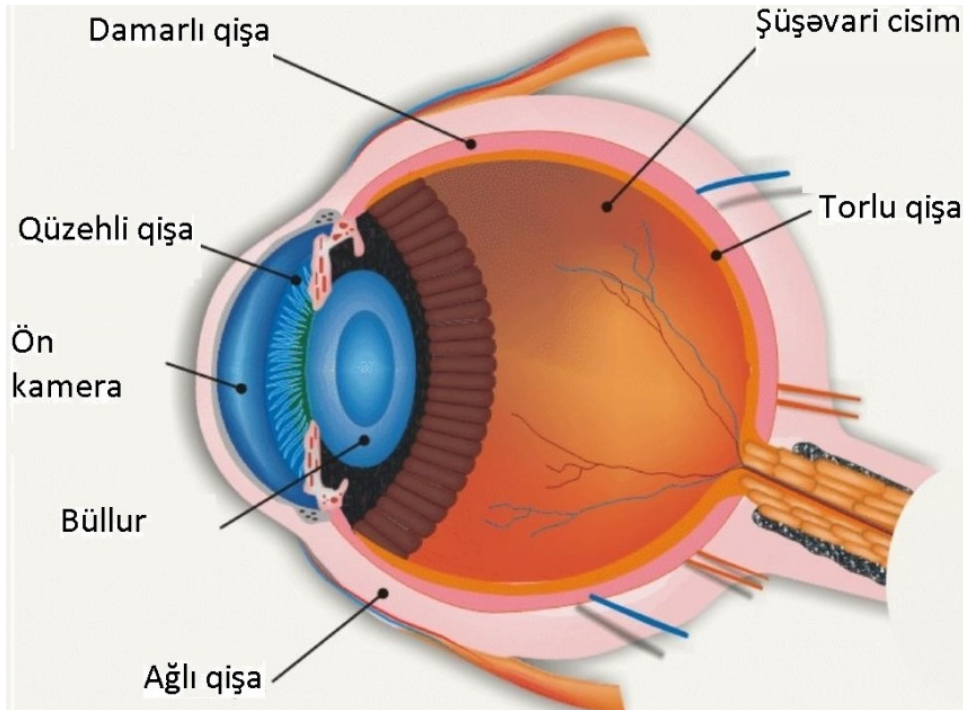
Şəkil 1.14. Əl barmaqlarının müayinəsi üçün çalışmaların nümunəsi

Eşitmə qüsurlu şəxslərin psixi inkişafının erkən diaqnozlaşdırılması təfəkkür, diqqət, hafizə, nitq, motorika və emosional-iradi sahənin inkişafında böyük rol oynayır. Ali psixi

funksiyaların diaqnozlaşdırılmasında kompleks müayinənin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Kompleks müayinə zamanı şəxsin tibbi-psixoloji-pedaqoji cəhətdən öyrənilməsi ilə onun əqli imkanları, təlimə uyurluğu və məktəbəqədər müəssisədə olması haqqında pedaqoji proqnoz verilir. Eşitmə səviyyəsi aşağı olan şəxslərin müayinə prosesində uşağın sosial aspektləri - onun həyat şəraiti, valideynlərin təlim prosesi və korreksiya işində iştirakının imkanları aşkara çıxarılır.

1.2.3. Görmə pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikası (pedaqoji-psixoloji) üçün cihaz və alətlərin müəyyən edilməsi

Görmə-görmə analizatoru vasitəsi ilə işığın qəbulu və qavranılması, əhatə edilən əşyaların xarakteristikasını ala bilmək qabiliyyətidir. Görmə funksiyaları periferik, mərkəzi və sterioskopik görmənin cəmindən ibarətdir. Bunların vəhdəti ətraf aləmi əks etdirir. Görmə funksiyalarının müayinəsi zamanı əvvəlcə mərkəzi, sonra periferik görmə və işıq hissiyyəti (ala-toran görməsi, rəng duyğusu və binokulyar görmə) müayinə olunur. Nəticədə görmə analizatorunun bütövlükdə tibbi diaqnostikasından sonra psixi proseslərin diaqnostikası aparılır (Şəkil 1.15).



Şəkil 1.15. Görmə analizatoru

Periferik görmə və onun diaqnostik üsulları

Göz mərkəzi görmə ilə yanaşı, eyni zamanda periferik görməyə (gözü hərəkət etdirmədən bir nöqtəyə fiksə olunduğu halda ətraf sahənin görməsi) malikdir. Hər hansı bir əşyanı görmə ilə fiksasiya etdikdə bu predmetin aydın görüntüsü ilə yanaşı, eyni zamanda onunla çox və ya az məsafədə yerləşən digər predmetlər də görünür. Periferik görmə də az dəqiqliyə malikdir. Onun görmə itiliyi mərkəzi görmə itiliyindən azdır.

Görmə analizatorunun diaqnostikası cihazlar vasitəsi ilə aparılır və nəticədə görmə

analizatorunun korreksiyası üçün cihazlar hazırlanır.

Korreksiyaedici linzalara:

- Toplayıcı;
- Səpələyici;
- Silindrik linzalar aiddir.

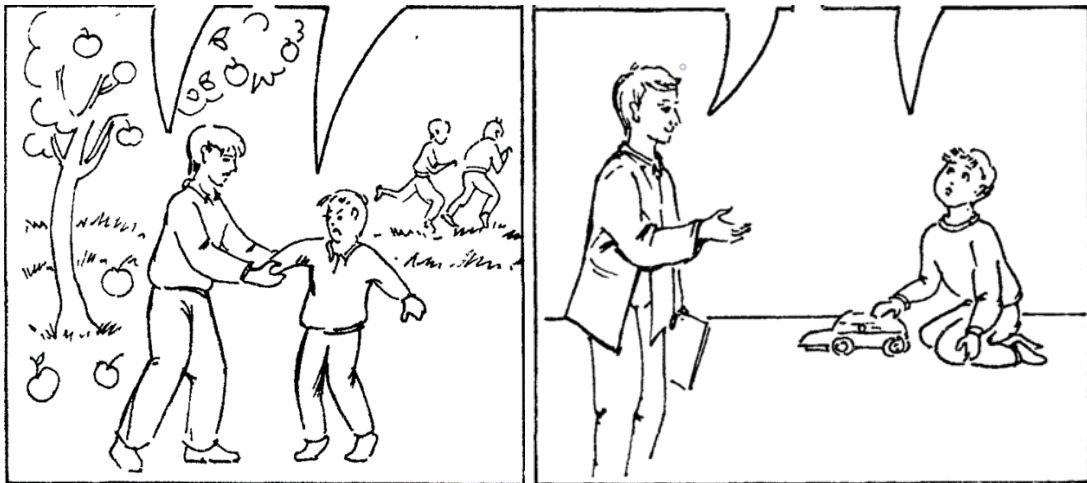
Toplayıcı linzalar. Belə linzalardan paralel şüalar keçərək toplanan şüalara çevrilir və linzanın baş fokusunda toplanır. Onlar müsbət adlanır və müsbət (+) ilə işarə edilir.

Səpələyici linzalar mənfi linzalar adlanır və mənfi (-) ilə işarə edilir. Bu linzalardan keçən paralel şüalar səpələnən şüalara çevrilir. Hal-hazırda eynək korreksiyası üçün yalnız qabarıq-çökək şüşələrdən və mənfi və müsbət menisklərdən (iki sferik səthlə bağlanmış qabarıq linzadır) istifadə olunur. Onlar nəinki linzanın mərkəzi, həmçinin onun yan hissələrindən yaxşı görməyə imkan verir.

Astigmatizmin korreksiyası üçün **toplayıcı və səpələyici** linzalardan istifadə edilir.

Görmə pozulmaları olan şəxslərdə duyğu və qavrayışın diaqnostikası

Görmə qavrayışı və əyani obrazlı təfəkkürün inkişaf səviyyəsini müəyyən etmək məqsədilə tətbiq olunan **metodikalardan** biri olan S.Rozentsveyq testi uşaqlar üçün nəzərdə tutulub. Rozentsveyqin (şəkili frustrasiya) testi şəxsiyyəti öyrənmə testlərindən biri olub, şəxsiyyətin xarakterik əlamətlərindən biri kimi aqressivliyin səviyyəsini aşkara çıxarıb qiymətləndirmək məqsədi daşıyır. Test təlimat nəticəsində aparılır. Müxtəlif situasiyalı şəkillər uşağa təqdim olunur və şəkildə müxtəlif situasiyalara aid verilən suala cavab verilməlidir. Bu testlə iş zamanı şəxslərə kifayət qədər stimullaşdırıcı kömək göstərilə bilər. Şəxs tapşırığı düzgün həll edə bilmədikdə ona ikinci dəfə cəhd göstərmək və yanlışlıq təkrarlandıqda isə üçüncü dəfə cəhd göstərmək təklif olunur. Test tapşırığı şəxs tərəfindən birinci cəhd zamanı düzgün həll edildikdə 1 bal, ikinci cəhd nəticəsində həll edildikdə 0,5 bal, üçüncü cəhdə görə isə 0,25 bal verilir. Bütün balların cəmi yekun olaraq ikinci və üçüncü cəhdlər nəticəsində toplanmış balları cəmləməklə hesablanır (Şəkil 1.16).



Şəkil 1.16. Uşağa təqdim olunan müxtəlif situasiyalı şəkillərin nümunəsi

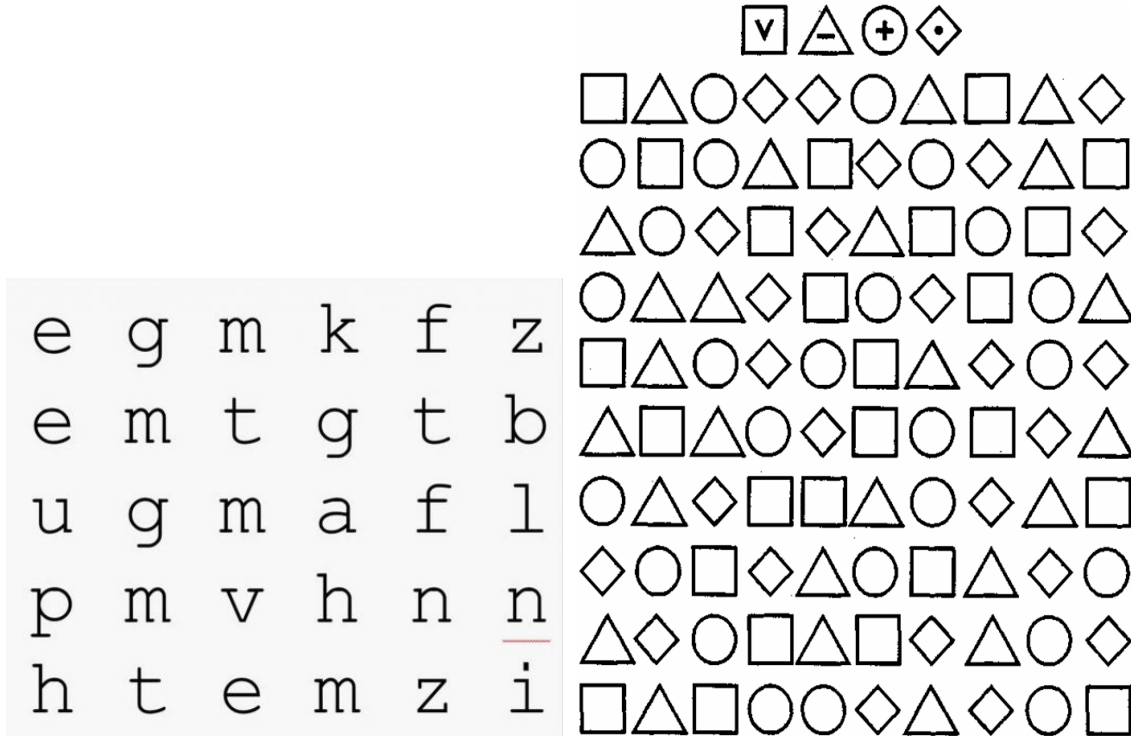
Görmə pozulmaları olan şəxslərdə diqqət çatışmazlıqları və onların diaqnostikası

Diqqət kor və zəif görən şəxslərin psixi fəaliyyətinin bir tərəfi kimi çox az öyrənilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, görmə qüsurlu şəxslərdə hafizənin inkişafı haqqında fikirlər müxtəlifdir. Bəzi tədqiqatçılar görmə qüsurlularının hafizəsinin normal görənlərin hafizəsindən daha üstün olması, digərləri isə fərqlənmədiyini göstərirdilər. Təqdim olunan test həm diqqət, həm də hafizənin müayinəsi üçün nəzərdə tutulub.

Burdon testi

Burdon testi (Burdonun korrektura sınağı) - insanın diqqətinin inkişaf səviyyəsi, xüsusilə onun məhsuldarlığı, paylanması və keçirilməsi kimi xüsusiyyətlərinin səviyyəsini müəyyən etmək üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Təlimat: "Sıralara ardıcıl baxın və bütün dairələrin üstündən xətt çəkin. Hər 60 saniyədən bir neçə fiqura baxmınsınızsa, onda o sayda şaquli istiqamətdə xətt çəkin". Müayinə qarışıq sırada yığılmış hərf, rəqəm və ya fiqurlardan ibarət olan xüsusi blanklar vasitəsi ilə aparılır. Uşaq blankda sıralara diqqət yetirərək təlimatda verilən qeydlər əsasında hərf və ya işarələrin üzərindən xətt çəkir. Nəticə xətt çəkilməyən və boş buraxılan işarələrin sayına görə qiymətləndirilir. Əsas göstərici yerinə yetirilmənin tempi və keyfiyyətidir. Diqqətin konsentrasiyası cədvəldə baxılan sətirin sayı və buraxılan səhvlərin miqdarı əsasında qiymətləndirilir. Düzgün pozulmayan və pozulmalı olan, lakin pozulmayan işarələr səhv qəbul olunur (Şəkil 1.17).



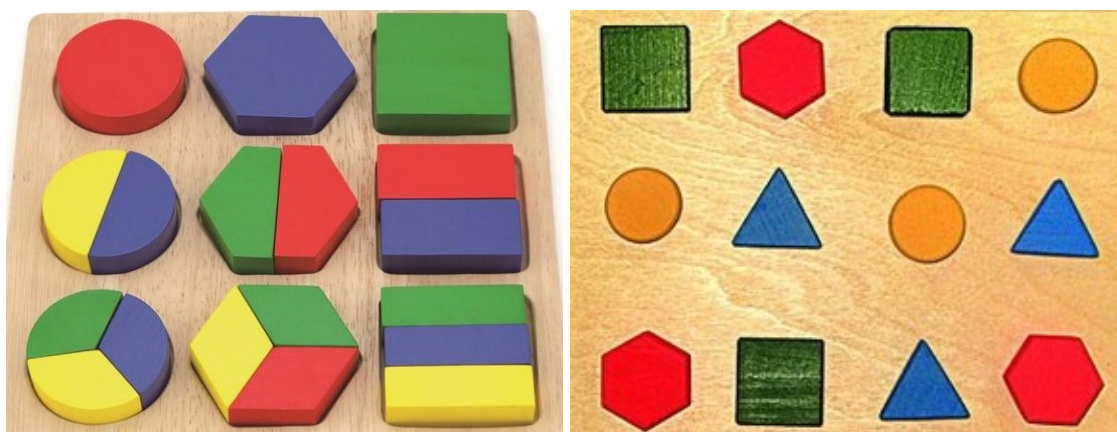
Şəkil 1.17. Burdon testi üçün təqdim olunan nümunə blanklar

Görmə pozulmaları olan şəxslərdə təfəkkürün diaqnostikası

Görmə qüsurlu şəxslərdə əyani və anlayış təfəkkürünün formalaşdırılması və inkişafı

uşaq yaşlarında təfəkkürün ümumi inkişaf qanunlarına uyğun gedir. Belə ki, məktəbəqədər yaş dövründə əyani-əmali təfəkkür, kiçik məktəbli yaşında intensiv olaraq əyani-obrazlı və konkret-anlayışlı təfəkkür, sonralar isə təfəkkür inkişafının ən ali mərhələsi olan mücərrəd təfəkkürə keçirilir. Müayinə zamanı “Segen lövhəsi” və “Süjetli əlavələr” kimi metodikalardan istifadə olunur.

“**Segen lövhəsi**” (V.M.Koqan, İ.Ebbinhauz) metodikasından görmə pozulmaları olan şəxslərin əyani-hərəkəti təfəkkürünün tədqiqində istifadə olunur. Bu metodika haqqında ətraflı məlumat əvvəlki mövzuda verilmişdir. Aşağıda Segen lövhəsinin mürəkkəb və sadə formaları təsvir olunub (Şəkil 1.18).



Şəkil 1.18. Segen lövhəsinin mürəkkəb (solda) və sadə (sağda) forması

Görmə pozulmaları olan şəxslərdə şəxsiyyətin keyfiyyətlərinin diaqnostikası

L.S.Vıqotskinin birincili və ikincili qüsurlar və onların psixi inkişafa təsiri haqqında fikirləri görmənin pozulmaları zamanı şəxsiyyətin formalaşmasında da öz təsdiqini tapmışdır. Ağır görmə pozulmaları şəxsiyyət strukturunun müxtəlif komponentlərinə təsir göstərir. Şəxsiyyətin psixoloji vəziyyətlərinin müayinəsi üçün əlverişli metodika Ayzenkin sorğu vərəqəsidir. Metodika müxtəlif modifikasiyalarla təqdim oluna bilər.

T. V. Matolinin şəxsiyyətin xarakterik xüsusiyyətlərinin ekspress diaqnostikasının metodikası

Bu metodikanın hazırlanması əsasında müxtəlif müəllif təsnifatlarında oxşar ümumi psixoloji tiplərin dəstinin təkrarı faktı durur (Kettel, Leonqard, Ayzenk, Liçko və başqaları). Təklif edilən metodika Ayzenkin sorğu vərəqəsinin (yeniyyətmələr üçün olan variantı) əsasında yaradılmışdır, burada neyrotizm (qəzəb, narahatlıq, utancaqlıq, əsəbilik, emosional qeyri-sabitlik və depressiya da daxil olmaqla mənfi hisləri yaşamağa meyilli bir xarakter əlamətdir) cədvəli və introversiya (psixologiyada ümumi olan təsnifat meyarı və ya şəxsiyyət əlamətlərini ölçən bir göstəricidir) cədvəlinin nəticələrinin nisbətindən asılı olaraq təsnifatı, hər tipin şifahi təsviri və hər tip yeniyyətmələr ilə münasibətlər taktikasının əsas istiqamətinin xüsusiyyətləri verilir. Əsas kimi Ayzenkin testi (yeniyyətmələr üçün olan variantı), cədvəl nəticələrinin dərəcələmələri və korreksiya üzrə hazırlanmış tipoloji xarakteristikalar və tövsiyələrdən istifadə edilmişdir. İş mərhələləri:

1. Ayzenk testinin keçirilməsi;

2. Nəticələrin hesablanması;
3. Tiplər cədvəli üzrə nəticələrin dərəcələnməsi;
4. "Yalan" cədvəli üzrə balı 5-dən çox olan məlumatların seçilməsi.

Təlimat (psixoloq üçün): "Təklif edilən suallara yoxlanaraq və ya düşünmədən "hə" və ya "yox" cavabı verilməlidir. Cavab uyğun olan nömrənin altında sorğu vərəqəsində qeyd edilir)".

Açar

I. Ekstraversiya (E):

"Hə" – 1, 3, 9, 11, 14, 17, 19, 22, 25, 27, 30, 35, 38, 41, 43, 46, 49, 53, 57

"Yox" – 6, 33, 51, 55, 59

II. Neyrotizm (N):

"Hə" - 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18, 21, 23, 26, 29, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 50, 52, 54, 56, 58,

60

Yox 1, 4, 16, 30, 51, 57.

III. Yalan:

"Hə" – 8, 16, 24, 28, 36, 44

"Yox" – 4, 12, 20, 32, 40, 48 12-17

Yaşlı yeniyetmələr üçün normativlər: ekstraversiya (E): 11-14 bal; yalan: 4-5 bal; neyrotizm (N): 10-15 bal.

Görmə pozulmaları olan şəxslərdə nitq inkişafının diaqnostikası

Görmə pozulmaları olan şəxslərdə nitq inkişafı normalda olduğu kimidir, lakin görmənin pozulması və ya onun ağır qüsurları əlaqələrin yenidən qurulması ilə bağlı analizatorların qarşılıqlı fəaliyyətini dəyişdirdiyindən nitq inkişafında bir qədər fərqli əlaqələr sistemi özünü göstərir.

Loqopedik müayinə zamanı şəxslərin ən əvvəl artikulyasiya aparatının quruluşu və mütəhərrikiyi bütün incəlikləri ilə yoxlanılmalıdır. Sonra onun səs tələffüzünün vəziyyəti çox diqqətlə müayinə edilməlidir. Bundan əlavə fonematik qavramanın vəziyyəti də yoxlanılmalıdır. Müayinə zamanı müxtəlif zondlar və şpatellərdən istifadə olunur (Şəkil 1.19).

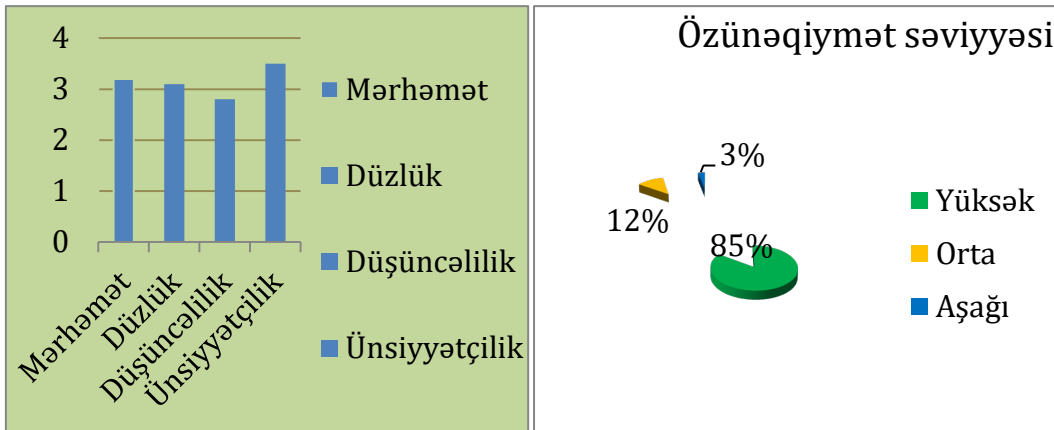


Şəkil 1.19. Loqopedik zondlar

Zəif görən yeniyetmələrin özünüqiymət və sosial əhəmiyyətli insanlara münasibətinin müəyyən edilməsi

T. Dembo S.Rubinşteynin "Şəxsiyyət keyfiyyətləri və özünüqiymətləndirmə səviyyəsinin müəyyənləşdirilməsi" metodikası

T. Dembo S.Rubinşteynin “Şəxsiyyət keyfiyyətləri və özünüqiymətləndirmə səviyyəsinin müəyyənləşdirilməsi” metodikasından istifadə edilməklə tədqiq olunanların şəxsiyyəti və yaxın insanlara (ilk növbədə, ailə üzvlərinə) münasibəti araşdırılaraq referent (uyğun) qrup müəyyənləşdirilir. Metodika sərbəst söhbət formasında keçirilir. Vərəqdə birinci şaquli xətt çəkilir. Eksperimentçi sınıyanlara şkalanın yuxarı hissəsində ən sağlam adamlar, sonunda isə ən xəstə insanlar yerləşdiyini izah edir, sonra isə bu şkalada hansı yerdə ola biləcəyini qeyd etməsini xahiş edir. Birinci xəttin yanında əqli göstərici şkalanın ikinci xətti çəkilir və analoji tapşırıq verilir. Sonra isə üçüncü xarakter, daha sonra isə xoşbəxtlik şkalası çəkilir və eyni ilə tapşırıq təkrar edilir. Bundan sonra təhrikədi eksperimental söhbət aparılır. Sınıyanlara hansı insanları xoşbəxt və hansıları bədbəxt hesab etdikləri və şkalada özünün yerini seçməsinin nə ilə bağlı olmasını şərh etməsi tələb edilir. Bu qayda ilə sonrakı üç şkalada şərh edilir. Sonra sınıyanlardan özlərinin 1,3 şkala tərtib etməsi də istənilə bilər. T. Dembo S. Rubinşteyn metodikasına görə zəif görən yeniyetmələrin özünüqiymət səviyyəsini araşdırmışdır. Araşdırmanın nəticələri 4 parametərə - mərhəmət, düzlük, ünsiyyətçilik və düşüncəliliyə görə təhlil edilmiş və nəticələr aşağıdakı kimi qeyd olunmuşdur (Şəkil1.20).



Şəkil 1.20. Özünüqiymət səviyyəsinin araşdırılması

Solda - görmə qüsurlu yeniyetmələrin özünüqiymət səviyyəsi;

Sağda - özünüqiymət səviyyəsindən asılı olaraq uşaqların qruplara ayrılması.

R. Jilin “Yeniyetmələrin sosial əhəmiyyətli insanlara münasibətinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi” metodikası

R. Jilin metodikası anketlə testin birləşdirilməsidir. Test uşaq və böyüklərin təsvir olunduğu 69 standart şəkil və uşağın onun üçün aktual olan və digər insanlara münasibətini ifadə edən müxtəlif həyat situasiyalarında davranış xüsusiyyətlərini aşkara çıxaran test tapşırıqlarından ibarətdir. Məsələn, şəkildə masa arxasında oturmuş ailə təsvir edilmişdir. Uşağa orda özünə yer seçmək təklif olunur. Test tapşırığında “Masa arxasında sən kimin yanında əyləşmək istərdin?”, “Sən kiminlə dostluq etmək istəyirsən?”, “Həmyaşıdlar və ya böyüklərlə?” kimi suallara cavab vermək tapşırılır.

Aşağıdakı məlumatlar əldə edilir:

1. Uşağın insanlarla: (ana, ata, hər iki valideyn, bacı-qardaş, baba-nənə, dost, müəllim və uşaq üçün nümunə olan digər insanlarla) konkret şəxsiyyət münasibətlərinin

xarakteristikası;

2. Uşağın şəxsi xüsusiyyətləri: maraqları, qrupda dominantlıq, digər uşaqlarla ünsiyyət və tənhalığa can atması və davranışın sosial adekvatlığı.

“Uşaqların yerləşdirilməsi”nə görə tədqiqatçı tapşırıq 12 və 13-ə görə 1 bal, tapşırıq 1 və 2-yə görə isə 0,5 bal alır. Cəmi 3 bal.

“Əşyalar üzrə uşaqların fərqləndirilməsi”nə görə tapşırıq 1, 2, 5, 6, 12, 13-ə görə isə 1 bal verilir. Cəmi 6 bal.

Uşaqların valideynlərinə münasibətdə yerləşdirilməsinə görə tapşırıq 18-ə 2 bal; tapşırıq 6 və 20 üzrə 1; tapşırıq 3 və 12 isə 0,5 balla qiymətləndirilir. Beləliklə də, sınaqdan keçirilənlərin testə görə aldığı balların nəticəsi: $3+6+5=14$ bal, ailə şəklini yerinə yetirdiyinə görə $1+1+0=2$ bal olacaqdır. Nəticələr sxem və diaqramlarda öz əksini tapır.

1.2.4. Dayaq-hərəkət sistemində pozulmaları olan şəxslərin erkən diaqnostikasına (pedaqoji-psixoloji) aid resursların müəyyən edilməsi

Dayaq-hərəkət sisteminin patologiyaları müxtəlif səbəblərdən yarana bilər. Bunlara xəsarətlər, infeksiyalar və degenerativ dəyişikliklər daxildir. Əsasən bu kateqoriyanın kontingentini serebral (doğuşdan əvvəl doğuş vaxtı və ya doğuşdan sonra baş beynin üzvü zədələnməsi nəticəsində ətrafların iflici) iflicli şəxslər təşkil edir. Dayaq-hərəkət sisteminin patologiyaları onların simptomları ilə sıx əlaqədardır. Buna görə də yalnız peşəkar diaqnostika doğru diaqnozun qoyulmasına imkan verəcəkdir. Bu isə, öz növbəsində, müalicənin effektivliyini təyin etməyə imkan verir. Dayaq-hərəkət sisteminin diaqnostikası üç istiqamətdə aparılır:

- Tibbi diaqnostika;
- Pedaqoji-psixoloji diaqnostika;
- Loqopedik müayinə.

Tibbi diaqnostika

Dayaq-hərəkət sistemində pozulması olan şəxslərin diaqnozu kliniki cəhətdən nevroloji vəziyyətin qiymətləndirilməsi və xəstənin laboratoriya və instrumental müayinəsindən ibarətdir.

Əksər hallarda laborator test nəticələri doğru diaqnoz qoymağa imkan verir, bu səbəbdən də dayaq-hərəkət sisteminin laborator müayinə üsulları oxşar patologiyalarda yüksək diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Anketin digər nəticələrinə görə patologiyanın fəaliyyət səviyyəsi və dərman müalicəsindən gələn əks təsirləri qiymətləndirmək mümkündür.

Dayaq-hərəkət sisteminin patologiyasının aşkarlanması üçün əsas instrumental tədqiqat üsulu **radioqrafiya**dır. Onun köməyiylə sümüklər, onların quruluşu, patologiyanın ocaqları, baş verən dəyişikliklər və s. müəyyən edilir.

Dayaq-hərəkət sisteminin instrumental metodlarından biri də **ultrasəs** müayinəsidir. Dayaq-hərəkət sisteminin diaqnozunda bu üsul çox əhəmiyyətlidir. Belə ki, əzələ, oynaq və vətərlərin vəziyyəti yoxlanıldığından və digər tədqiqat üsulları barədə az məlumat

verdiyindən bu üsuldan istifadə olunur.

Exoqrafik müayinənin nəticələri dopleroqrafiya - səs dalğalarından faydalanaraq daxili orqanların görüntülənməsi üsulu ilə genişləndirilə bilər. Bu, vacib olmasa da, məqsədamüvafiqdir.

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və sümük toxuması və yumşaq toxumaların göstəricilərinin əldə edilməsi üçün **kompyuter tomoqrafiyasından** (KT) istifadə edilir. Müayinənin bu üsulu oynaqların incə bölmələrinin yüksək keyfiyyətli kontrastı, hətta kiçik oynaqların aydın görünüşünü verir. Diaqnoz sümüklərin gələcək vəziyyətinin müəyyənləşdirilməsində də köməklik göstərir. Bu metod toxumaların eninə təcrid edilmiş görüntüsünün əldə edilməsi imkanını verir. Adi rentgen diaqnostikası ilə əldə oluna bilməyən eninə səthdə görüntülər patoloji pozulmaları aşkar etmək üçün daha optimaldır.

Maqnit rezonans tomoqrafiyası (*canlıların daxili quruluşuna baxmaq üçün maqnetik dalğa ilə çalşan üsul*) ilə diaqnozlaşdırma (MRT) dayaq-hərəkət aparatının patologiyalarının aşkarlanması üçün geniş istifadə edilən nadir və ən əsas təhlükəsiz müayinə üsuludur. Bu məlumat patologiyaların müalicəsi və aradan qaldırılması üçün əməliyyat metodu seçilərkən son dərəcə vacibdir. Bütün bunlar MRT-ni dayaq-hərəkət aparatı patologiyalarının diaqnostika edilməsi üçün daha optimal metod edir.

Dayaq-hərəkət sistemində müxtəlif pozulmaları olan şəxslərin diferensial diaqnostikası onun formalarından asılı olaraq müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə özünü göstərə bilər. Diferensial diaqnostika zamanı həkim üçün ən vacib şərt şəxsin daha ağır patologiyalarını müəyyən etməkdir. Xüsusi diaqnostik testlərlə keçirilmiş ətraflı tibbi məlumat və bəzi hallarda təkrar baxış digər pozulmaların olmadığını təsdiq edə bilər.

Pedaqoji-psixoloji diaqnostika

Dayaq-hərəkət aparatı pozulmuş şəxslərin psixofiziki xüsusiyyətlərinin psixo-pedaqoji diaqnostikası bir neçə məsələni özündə birləşdirir. Dayaq-hərəkət aparatı pozulmuş şəxslərin diaqnostikası zamanı digər vacib bir məsələ onlarla korreksion işin fərdi proqramını hazırlamaq məqsədi ilə şəxslərin xüsusiyyətlərinin kompleks öyrənilməsidir. Həmçinin dayaq-hərəkət aparatı pozulmuş şəxslərin psixo-pedaqoji diaqnostikasının vəzifəsi uşağın müalicə, korreksion və tərbiyəvi tədbirlərin təsiri altında vəziyyətinin dəyişməsinin qiymətləndirilməsinə imkan verən mərhələli tədqiqatdır.

Ümumi motor funksiyaların diaqnostikası

Ümumi motor funksiyası və artikulyasiya motorikasının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün N.İ.Ozeretskinin hazırladığı və L.I.Belyakova, I.Kumala, N.A.Rıçkova və s. kimi bir çox müayinə edənlər tərəfindən modifikasiya edilmiş testlər toplusundan istifadə edilir. Bu daha çox L.V.Lopatina və Y.F.Arkipovanın işlərində ətraflı işıqlandırılmışdır. Testlər aşağıdakı göstəricilər əsasında müəyyənləşdirilməlidir:

- Hərəkətlərin statik koordinasiyası;
- Hərəkətlərin dinamik koordinasiyası;
- Hərəkətlərin sürəti;

- Hərəkətlərin eyni anda həyata keçirilməsi bacarığı;
- Mürəkkəbləşdirilmiş hərəkət proqramının yerinə yetirilməsi.

Testlərin yerinə yetirilməsinin qiymətləndirilməsi, adətən izahla verilir. Sonra isə aşağıdakı göstəricilər qeyd olunur:

- Testin yerinə yetirilməsində iştirak etməyən əzələlərin gərginliyinin yüksəlməsi;
- Hiperkinezin (qeyri-ixtiyari hərəkətlər) tremor (titrəyiş) və digər növləri;
- Sinkinezlər (hər hansı bir əzələ və ya əzələ qrupunun hərəkətinin müşayiət edilməsi üçün başqa bir əzələ və ya əzələ qrupunun məcburi hərəkəti);
- Yerinə yetirmənin tamamlığı və dəqiqliyi;
- Əl və ayaq hərəkətlərinin uyğunluğu;
- Hərəkət yaddaşı;
- Statik koordinasiyanın (sabit bir nöqtədə müvazinəti qoruya bilmək) keyfiyyəti;
- Dinamik koordinasiyanın (hərəkət vəziyyətində müvazinəti qoruya bilmə) keyfiyyəti.

Hərəkət sferasının müayinəsi yoxlanılan şəxslərin hərəkətlərinin ümumi xarakteristikasının pozuntuları və yasaxlanmasının öyrənilməsi ilə başlanılır. Qiymət meyarı ümumi hərəkətlilik, yerişin dayanıqlılığı-dayanıqsızlığı, hərəkətlərin koordinasiyası, sürət, axıcılıq, bütün diqqətin yayınması və ritmlilik hesab olunur.

Əl pəncəsi vəziyyətinin praksi - müayinə baş beyin qabığının əmgək sahəsi ilə təmin olunan hərəkətlərdə iştirak edən kinestetik hissiyyatın öyrənilməsinə yönəldilmişdir.

Dinamik praksis - hərəkətlərin dinamik təşkili, onların ardıcılığı, bir hərəkətdən (elementdən) digərinə keçməsi bacarığı izlənilir. Bu hərəkətlər baş beyin sol yarımkürəsi qabığının arxa alın hissəsi ilə təmin olunur. Hərəkətlərin dinamik təşkili, həmçinin baş beyin hər iki yarımkürəsinin birgə fəaliyyətini təmin edən dərin sahəsi tərəfindən də təmin edilir.

Məkan praksi - bunun müayinəsi əşyalarla hərəkətlərin məkan və somato-məkan təşkilinin saxlanması və bu hərəkətlərin məkanda yerinə yetirilməsi haqqında mülahizə etməyə imkan verir.

Tapşırıq 1. Şəxslərin sağ, sol əlini; sağ, sol tərəfi göstərməsi istənilir.

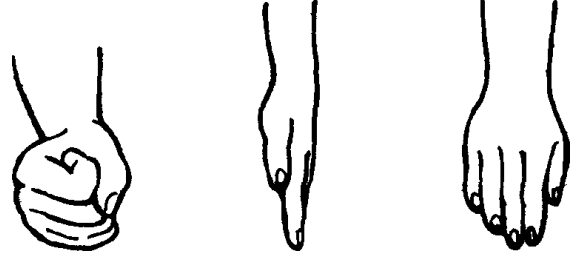
- “Sağ əlinlə sağ qulağını göstər”;
- “Sağ gözünü göstər”;
- “Sağ qulağını göstər”;
- “Sol gözünü göstər”;
- “Sol əlinlə sol qulağını göstər”;
- “Sol gözünü göstər”.

Tapşırıq 2. Təlimatlar qeyri-ardıcıl verilir. Loqoped yuxarı, aşağı, ön, arxa, sağ və solda olan əşyaları göstərir.

Konstruktiv praksis - məkan qavrayışı və optik-məkan fəaliyyətinin

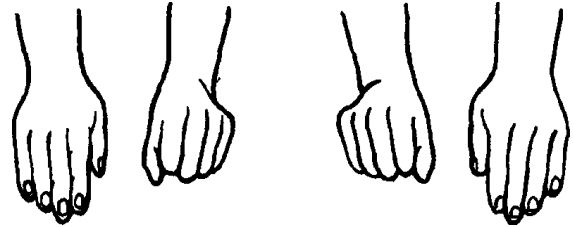
formalaşdırılmasının izlənməsinə yönəldilmişdir. **Simvolik praksis** - hərəkətlər və ritual hərəkətlərin qeyri-ixtiyari semantik səviyyəsi tədqiq edilir. Həmçinin hərəkət analizatorunun qabıqaltı səviyyəsi araşdırılır.

Dinamik praksisin müayinəsi: Əl pəncəsinin 3 vəziyyətdə əvəzlənməsi. Tədqiq olunana öz əlində sıra ilə bu vəziyyətləri etməsi təklif olunur: yumruq, əl pəncəsini düz saxlamaq və əl pəncəsi sümüyü və ovucun içi ilə stola vurmaq. Tapşırıq sağ və sol əllə yerinə yetirilir (Şəkil 1.21).



Şəkil 1.21. Dinamik praksisin yerinə yetirilməsi

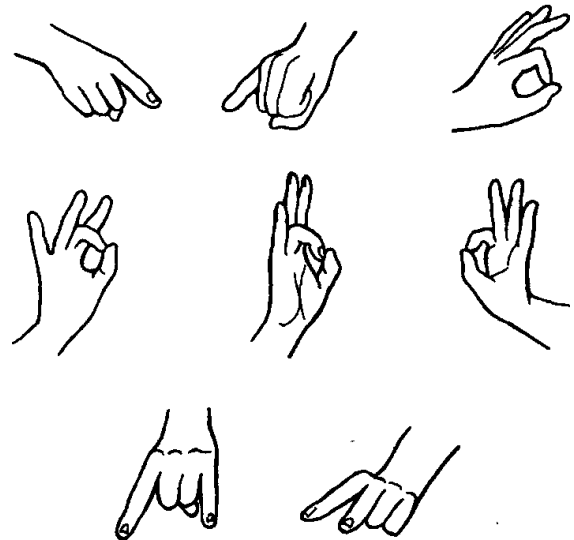
Qarşılıqlı koordinasiyanın müayinəsi. Tədqiq olunana əllərini qarşısına qoyması, birini yumruq sıxması, digərini isə düz saxlaması təklif olunur. Sonra o, eyni anda hər iki əlinin vəziyyətini dəyişməli, birini düzəltməli və digərini yumruq sıxmalıdır (Şəkil 1.22).



Şəkil 1.22. Qarşılıqlı koordinasiyanın müayinəsi

Əl vəziyyətlərinin praksisinin müayinəsi aşağıdakı şəkildə aparılır. Tədqiq olunan şəxs görüntü nəzarəti olmadan əks əlin aşağıda verilən əl barmaqlarının aldığı vəziyyəti yadda saxlamaqla əlin hər vəziyyətini yerinə yetirməlidir:

- Barmaqların vəziyyəti yadda saxlanılır və sağ əldə təqlid edilir: 2 və 3-cü barmaqlar uzadılır və digərləri yumulur, 1 və 2-ci barmaqlar üzük kimi birləşdirilir, 3, 4 və 5-ci barmaqlar isə uzadılır, 1, 3 və 4-cü barmaqlar üzük kimi birləşdirilir və 2 və 5-ci barmaqlar uzadılır;
- Barmaqların vəziyyəti yadda saxlanılır və sol əldə təqlid edilir: 1 və 2-ci barmaqlar üzük kimi birləşdirilir və qalanları uzadılır, 2 və 5-ci barmaqlar uzadılır və digərləri yumulur, 3, 4 və 5-ci barmaqlar uzadılır, 2 və 3-cü barmaqlar uzadılır, 1 və 4-cü barmaqlar üzük kimi birləşdirilir;



Şəkil 1.23. Əl vəziyyətlərinin praksisinin müayinəsi

- Barmaq vəziyyətlərinin sağ əldən sol ələ köçürülməsi həyata keçirilir;
- Barmaq vəziyyətlərinin sağ əldən sol ələ köçürülməsi (Şəkil 1.23).

Eksperimenti aparan şəxs tədqiq olunanın barmaqlarını tapşırılan vəziyyətə salır, sonra isə əvvəlki halına gətirir və eyni əlində olan barmaqlarının həmin vəziyyətinin təkrarlanmasını xahiş edir.

Tapşırıqların qiymətləndirilmə səviyyəsi:

4 bal - bütün tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir;

3 bal - bütün tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir, amma ləng tempdə;

2 bal - tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir və sinkineziya (hər hansı bir əzələ və ya əzələ qrupunun hərəkətinin müşayiət edilməsi üçün başqa bir əzələ və ya əzələ qrupunun məcburi hərəkəti) müşahidə olunur;

1 bal - tapşırıqlar tədqiqatçının köməyiylə yerinə yetirilir;

0 bal - tapşırıqlar yerinə yetirilmir.

Görmə qavramasının müayinəsi

Əşya qnozisi (dərk etmə) müəyyənləşdirilir. Şəxsə ətrafı və ya şəkillərə baxmaq və gördüyü əşyaları adlandırmaq təklif olunur. Rəng qnozisi tətbiq edilir. Şəxs əsas rəngləri sayır (qırmızı, yaşıl, sarı, göy, qara və ağ). Loqoped sıra ilə rəngli kvadratları uşağın önünə qoyur.

Digər üsul: Verilmiş rəngli sahəyə uyğun olan kvadratları seçməkdir. Şəxsin qarşısında qırmızı rəngli kvadrat, karton vərəq və müxtəlif rənglərdə əşya şəkilləri olur, məsələn: qırmızı pomidor, çiyələk, çuğundur, yaşıl xiyar, sarı cücə və ağ qar dənəciyi. Şəxs qırmızı rəngdə olan şəkilləri seçməli və qırmızı kvadratın üstünə yığmalıdır.

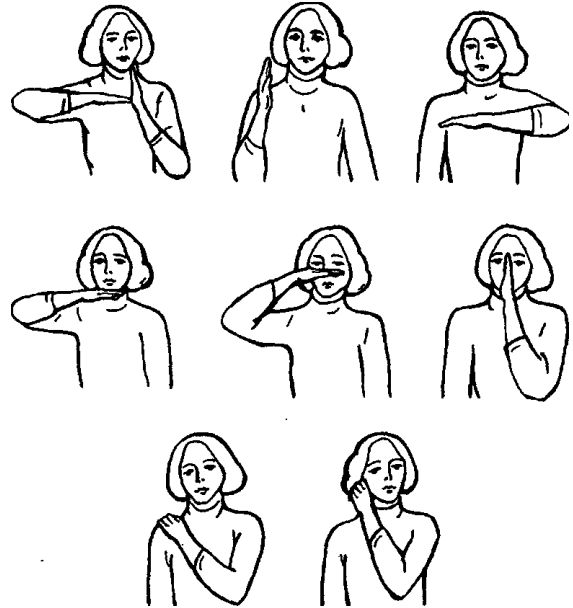
Məkan praksisinin müayinəsi özündə Xed tapşırıqlarını birləşdirir:

A) birəlli:

- Çənəaltına barmaqlarla toxunmaq;
- Boğazdan çənəaltına doğru əllə hərəkət etmək.

B) ikiəlli:

- Əllərin arxası bir-birinin üstünə qoyulur;
- Vertikal vəziyyətdə olan əlin ovucun adı gərəli perpendikulyar qoymaq və növbə ilə əlləri bir-biri ilə əvəzləmək (Şəkil 1.24).



Şəkil 1.24. Xed tapşırığı

Konstruktiv praksisin müayinəsi

Məkan qnozisi və məkan qavrayışı müayinə testlərinin köməyiylə həyata keçirilir:

- Fiqurların eyni məkan mövqeyində bənzədilərək əks etdirilməsi;

- Məkana görə uyğunlaşdırılmış həndəsi fiqurların bənzədilərək əks etdirilməsi.

Şəxsdən üfqi, elecə də şaquli kəsilmiş 2-4 hissədən ibarət şəkillərin birləşdirilməsi istənilir. Əgər tapşırığı düzgün yerinə yetirərsə, diaqonal kəsilmiş şəkillərin də birləşdirilməsi istənilir.

“Kəsik şəkillər” (S.Zabramnaya)

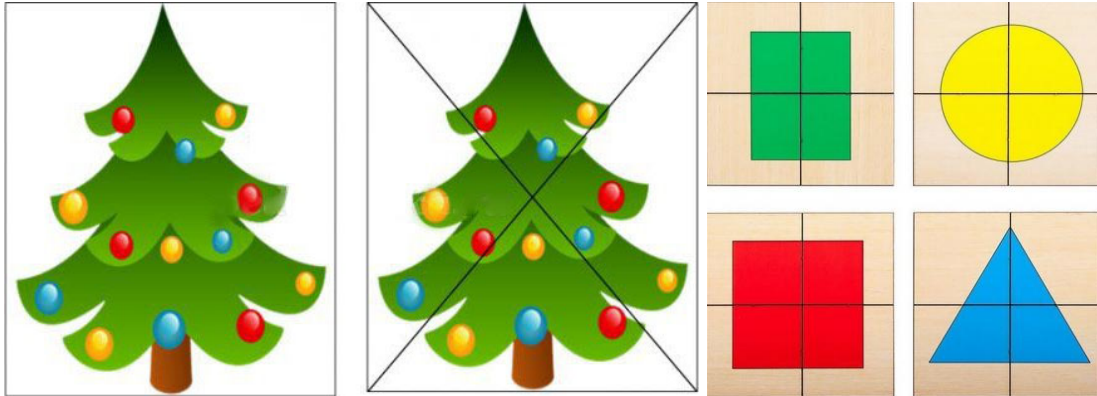
Məqsəd:

Əşyavi şəkillərin ümumiləşdirilməsi prosesində qavrayışın inkişaf səviyyəsinin müəyyənəndirilməsi. Vəsait: kəsilmiş əşya şəkilləri.

Metodikanın aparılması: Kəsilmiş şəkil təqdim olunur və şəklın bir formada yığılması təklif edilir. Təlimata uyğun uşağa kəsilmiş şəklın birləşdirilməsi böyüklər tərəfindən göstərilir və sonra şəxsə həmin prosesin müstəqil həll edilməsi xahiş edilir.

Qiymətləndirmə aşağıdakı kimi aparılır:

- 1 bal – tapşırığı anlamır və təlim zamanı qeyri-adekvat hərəkət edir;
- 2 bal – tapşırığı qəbul edir, lakin şərtləri başa düşmür və təlimatdan sonra müstəqil yerinə yetirə bilmir;
- 3 bal – tapşırığın məqsədini başa düşür və yerinə yetirməyə cəhd edir;
- 4 bal – tapşırığı başa düşür və müstəqil yerinə yetirə bilir (Şəkil 1.25).



Şəkil 1.25. “Kəsik şəkillər” metodikası

Dayaq-hərəkət aparatı pozulmaları olan şəxslərin psixo-pedaqoji diaqnostikası ilə məşğul olan mütəxəssislərə kömək üçün müəlliflər tərəfindən hazırlanmış müxtəlif yaş dövrlərinə uyğun sxemlər müayinədə düzgün material seçməyə və psixi funksiyaların bəzi normativ göstəricilərini saxlamağa kömək edir.

Loqopedik müayinə

Serebral iflicli şəxslərin müayinəsinin davamı nitq aparatı, onun quruluşu, funksiyası və nitqinin daha dəqiq və ənənəvi araşdırılması ilə bağlıdır. Serebral iflicli şəxslərdə nitq inkişafının müayinəsi zamanı əsas məqsəd diaqnostikanın doğru təşkili formasının verilməsidir, həmçinin diaqnostik məlumatlar əsasında nitq qüsurunun formasını müəyyən etməkdir. Serebral iflic zamanı geniş yayılan nitq qüsuru dizartriya (nitqin tələffüzünün pozulması).

Loqopedik müayinə xəstəlik anamnezinin öyrənilməsi ilə başlanır. Anamnestik

məlumatların analizi şəxsin doğum haqqında olan məlumatları və valideyn və qohumlarından yığılan məlumatların köməyi ilə həyata keçirilir.

Fonetik-fonematik qavramanın müayinəsi

Fonetik-fonematik qavramanın müayinəsi üçün R.İ.Lalayeva, L.V.Lopatina, N.V.Serebryakova, Y.F.Arhipova və başqalarının metodikalarından istifadə olunur. Metodikaların ümumi olaraq əsas məqsədi fonematik qavrayış, analiz, sintez və təsəvvürün aşkarlanmasıdır. Fonetik-fonematik qavramanın diaqnostik müayinə formaları aşağıdakılardır:

- Qeyri-nitq səslərinin tanınması və fərqləndirilməsi;
- Səslər, səs tərkibinə görə oxşar olan hecalar və sözlərin tanınması və fərqləndirilməsi;
- Hecalar və fonemlərin diferensiasiyası;
- Fonematik analiz və sintez.

Fonetik-fonematik qavramanın müayinəsi üçün aşağıdakı tapşırıqlardan istifadə olunur:

Sadə fonematik analiz

Sözün fonunda səsin seçilməsi. Şəxsin düzgün və ya qeyri-düzgün tələffüz etdiyi səslər əsasında bütün növ təhlilin vəziyyətinin yoxlanılması məqsədəuyğundur.

Təlimat: Bir neçə söz sırası təqdim edilir və sözlərdə olan müəyyən səsin eşidilib-eşidilməməsi haqqında loqoped məlumat alır: "Sözdə "s" səsinə eşidirsən, ya yox? Daha sonra sözün fonunda bir qayda olaraq dizartriyalı uşaqların tələffüzündə pozğunluq və artikulyasiya və eşitmə qavrayışına görə mürəkkəb səsi ayırd etmək bacarığı yoxlanılır.

Söz sırası (Cədvəl 1.6):

TOP	MAY	TÜK	XAL	OCAQ	ULDUZ
(P)	(M)	(K)	(A)	(O)	(U)

Cədvəl 1.6. Sadə fonematik təhlil üçün söz sırasının nümunəsi

Səslərin fərqləndirilməsinin müayinəsi (fonematik eşitmə)

Loqopedin ardınca oppozisiyalı (əks) səslə heca və ya sözləri təkrarlamaq:

Təkrarlanan hecalarda dəyişdirilən səslərin eşidilməsi vasitəsi ilə fərqləndirilməsi tapşırığın əsas məqsədi kimi qeyd olunur. Bu çalışmanın yerinə yetirilməsi nəticəsində şəxsdə fonematik eşitmənin səviyyəsi müəyyən edilir. Təlimata görə şəxsdən hecaları diqqətlə dinləmək və hecada dəyişilən səsin hansı olduğunu qeyd etməsi tələb edilməlidir (Cədvəl 1.7).

Ta-da	ta-da-ta	tar-dan
Da-ta	da-ta-da	gül-kül
Ka-qa	ka-qa-ka	sel-bel
Dələ-tələqarış-qayışsar-şor		

Cədvəl 1.7. Səslərin fərqləndirilməsinin müayinəsi üçün hecalar nümunəsi

Fonematik sintez

Çalışma 1. Səs-heca quruluşunu saxlayan 3-5 səsdən ibarət sözlər verilir. Loqoped sözləri qısa fasilələrlə tələffüz edir. Təlimat: “Səslərə qulaq asın, onlar bir-birindən qaçiblar (və ya “küsüblər”) və onları bir-birinin yanına qoyun (və ya “dostlaşdırın”) ki, söz alınsın” (Cədvəl 1.8):

(Ç)(A)(Y) ÇAY	(D)(A)(Ş) DAŞ	(V)(E)(D)(R)(Ə) VEDRƏ
------------------	------------------	--------------------------

Cədvəl 1.8. Fonematik sintez üçün nümunə

Çalışma 1. Daha sonra səs-heca quruluşunda çatışmazlıq olan sözlərdə fonematik sintez yoxlanılır. Təlimat: “Heç bir şeyə oxşamayan sözə qulaq asın, çünki burada səslərin yeri dəyişilib. Siz onları düzgün sıralayın və bu zaman sizə tanış olan söz alınacaq” (Cədvəl 1.9):

(Ş, A, B) BAŞ	(Y, Ş, A, L, I) YAŞIL	(Ç, P, O, T) POÇT
------------------	--------------------------	----------------------

Cədvəl 1.9. Fonematik sintez üçün hərf qarışığı nümunəsi

Fonematik təsəvvür

Müəyyən səslərdən ibarət sözlərin seçilməsi tələb olunur. Bu zaman loqoped qüsurlu tələffüz edilən səslərin sıralanmasını izləməlidir. Təlimat: (M), (B), (V), (N), (T), (D), (K), (Q), (A) səsi olan söz deyın. Sonra: (S) (Z), (Ş), (J), (Ç), (L), (R) səsi ilə söz deyın.

Tədqiqat zamanı analiz və fonematik təsəvvürün birlikdə olduğu tapşırıqın verilməsi tövsiyə edilmir. Misal olaraq: (S) səsinin əvvəlində olan sözləri seçin. Belə tapşırıqlar hər növ sadə və mürəkkəb fonematik analizi öyrəndikdən sonra korreksiya işlərində istifadə olunur.

Şəxsin qarşısına tərkibində oppozisiyalı səslər olan əşya rəsmləri qoyulur.

Məsələn: (S)- (Z) (Süd, Zər, Qoz, Masa, Xizək, Süfrə, Kasa və Xoruz). Şəxsdən bu şəkillərin iki qrupda - birində tərkibində (S), digərində isə (Z) səsi olan şəkillərin toplanması istənilir. Qiymətləndirmə səviyyələri:

- 4 bal - bütün tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir;
- 3 bal - bütün tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir, amma ləng tempdə;
- 2 bal - tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir və sinkineziya (hər hansı bir əzələ və ya əzələ qrupunun hərəkətinin müşayiət edilməsi üçün başqa bir əzələ və ya əzələ qrupunun məcburi hərəkəti) müşahidə olunur;
- 1 bal - tapşırıqlar tədqiqatçının köməyiylə yerinə yetirilir;
- 0 bal - tapşırıqlar yerinə yetirilmir.

Nitqin leksik-qrammatik quruluşunun müayinəsi

Nitqin leksik-qrammatik quruluşunun müayinəsi üçün leksik material toplandıqı zaman aşağıdakı tələblər nəzərə alınır:

- Verilən səs və leksik materialın dolğunluğu;
- Leksik materialın müxtəlifliyi;
- Mürəkkəb heca quruluşu və səs tərkibi olan sözlərin daxil edilməsi.

Leksik materialların əks etdirilərək müstəqil oxunması üçün əşya və süjetli şəkillər, hecalar, sözlər, söz birləşmələri və cümlələr üzərində iş aparılarkən səsələrin iştirak etdiyi qısa qafiyələrdən istifadə olunur. Nitqin leksik-qrammatik quruluşunun müayinəsi üçün tapşırıqlar:

Tapşırıq 1. Sözü heca quruluşunun kobud olmayan pozulmalarının müəyyənəşdirilməsi. Bu cümlələrin uşaq tərəfindən təkrarlanması tələb olunur:

- “İsmayıl acı dərman içir”;
- “Yol ayrıcında polis dayanıb”;
- “Kosmonavt kosmik gəmini idarə edir”;
- “Yazın əvvəlində köçəri quşlar geri qayıdır”.

Tapşırıq 2. Lüğət ehtiyatının vəziyyətinin müəyyənəşdirilməsi

Loqoped lüğət ehtiyatının şəxsin yaşı ilə uyğun olub-olmamasını öyrənir və onun əks mənalı sözlər bilib-bilməməsini araşdırır. Təqdim etmək üçün sözlər:

- Geniş-_____;
- Böyük-_____;
- İsti-_____;
- Yumşaq-_____;
- Hündür-_____;
- Şirin-_____.

Nitqin qrammatik quruluşunun tədqiqi

Tapşırıq 1. Hallanmaya görə dəyişməsi

Təlimat: Təqdim olunan mətndə “**top**” sözünün halına görə dəyişməsini şəxsə təqdim etmək lazımdır (Cədvəl 1.10).

Mənim əlimdə top var. Bu ___ rəngi qırmızıdır (topun). Mən əlimi ___ tərəf uzadıram (topa). Mən ___ atıram (topu). ___ maraqlı bəzəklər var (topda). O, ___ uzaqlaşdı (topdan).

Cədvəl 1.10. Tapşırıq 1 üçün təqdim olunan mətn nümunəsi

Tapşırıq 2. Şəkillər üzrə cümlə qurmaq

Təlimat: Şəxsə ayrı-ayrı şəkillər verilir və ondan o şəkillər üzrə cümlə qurmaq xahiş edilir. Şəkildə oturmaş balaca oğlan, onun yanında isə sınımış oyuncaq maşın təsvir olunub. Qurulan mətnin təxmini məzmunu (Cədvəl 1.11).

“Oğlan oyuncaq avtomobillə oynayırdı. Avtomobil sındı və onun təkəri çıxdı. Oğlan məyus oldu, çünki bu onun sevimli oyuncağı idi. İndi onu düzəltmək lazımdır”.

Cədvəl 1.11. Şəkillər üzrə cümlə qurmaq tapşırığının mətn nümunəsi

Qiymətləndirmə meyarları:

- Müstəqil olaraq cümlə qura bilmir;
- Sadəcə şəkildəki əşyaları sadalayır (balaca oğlan və avtomobil);

- Çox qısa cümlələr qurur;
- Qrammatik xarakterli səhvlər buraxır.

Tapşırıq 3. Süjetli şəkillər üzrə hekayə qurmaq

Şəxsdən fəaliyyətdə olan bir neçə şəxsin təsvir olunduğu şəklə diqqətlə baxması və orada nə təsvir olunduğunu danışması tələb olunur.

Qiymətləndirmə parametri:

- Hekayəni müstəqil qurdu;
- Hekayədə mənaca dəqiq sözlərdən istifadə olundu (zəngin söz ehtiyatı);
- 4 və daha çox sözdən ibarət cümlədən istifadə etdi;
- Bütün səsləri və sözləri düzgün tələffüz etdi;
- Nitq normal tempdə, axıcı və ifadəli idi.

Tapşırıqların qiymətləndirmə səviyyəsi:

- 4 bal - bütün tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir;
- 3 bal - bütün tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir, amma ləng tempdə;
- 2 bal - tapşırıqlar düzgün yerinə yetirilir və sinkineziya müşahidə olunur;
- 1 bal - tapşırıqlar tədqiqatçının köməyi ilə yerinə yetirilir;
- 0 bal - tapşırıqlar yerinə yetirilmir.

Nitqin prosodik sahələrinin müayinəsi

Nitqin prosodik (dilın vurğusu, tonu, fasilə və digər xüsusiyyətləri) sahələrinin müayinəsi aşağıdakı tapşırıqlarla aparılır:

- Hər hansı bir şeiri əzbər demək;
- Məzmunu tanış olan kiçik mətni ifadəli oxumaq.

Sonra aşağıdakı meyarlar qeyd olunur və analiz edilir:

- **Səs:** güc, yüksəklik, tembr, burun çalarlılığı, sərt və yumşaq keçidlərin olması;
- **Temp:** səsin sürətli, yavaş, tezləşdirilmiş və ləng olması;
- **Nitqin melodik-intonasiya sahəsi:** nəqli, nida intonasiyası və sual intonasiyası;
- **Nitqin anlaşılması:** qeyri-dəqiq tələffüz olunan səslər, qeyri-dəqiq tələffüz olunan hecalar və sözlərdə qeyri-dəqiq vurğu;
 - Ritm qavrayışının müayinəsi;
 - Ritm canlandırılmasının müayinəsi;
 - eşitmə vəziyyətinin müayinəsi.
- **Nitq tənəffüzünün formalaşma səviyyəsi və onun xüsusiyyətlərinin təhlili.** Bunun üçün tənəffüsün bəzi keyfiyyətləri müvafiq tapşırıqlarla yoxlanılır: qırıq-qırıq, zəif və sürətli nəfəs vermə, yuxarı tənəffüs, nəfəs verərkən ancaq ayrı-ayrı sözlər, iki sözdən ibarət cümlələr və çox sözlü cümlələrin tələffüz edilməsi.

Uşaqdan şeir danışması, süjetli şəkillər seriyasına görə hekayə qurması və loqopedlə

söhbət tələb olunur. Tapşırığın yerinə yetirilməsi zamanı aşağıdakılara diqqət yetirilməlidir:

- Səsin xarakterik xüsusiyyətləri: normal, yüksək, sakit və cümlənin sonuna doğru sönük. Yüksəkliyinə görə azalma normal (sinədən), yüksək, alçaq, tembrə görə monoton-burunçalarlı, xırıltılı, kobud, küt, qirtlaq-kəskin və ciyiltili;
- Tənəffüs tipi və davamlılığı (nitq zamanı əli şəxsin diafraqma sahəsinə qoymaq).

Tapşırığın yerinə yetirilməsi zamanı aşağıdakılara diqqət yetirilməlidir:

- Sinə, diafraqmal, diafraqmal-sinə, yuxarı-körpücük sümüyü (səthi), qısa nəfəsalma və davamsız nəfəsvermə;
- Nitqin ifadəliliyi: diksiya (nitqin tələffüz tərzii) dəqiq, sürtülmüş, aydın olmayan, temp-normal, sürətli, ləng; ritm-normal, aritmiya (cümlədəki sözlər müxtəlif ritmlə tələffüz olunur, gah tez, gah yavaş).

Səs tələffüzünün müayinəsi

Səs tələffüzünün vəziyyətinin müayinəsi loqopediyada təqdim olunan ənənəvi metodlarla aparılır. Bizim üstünlük verəcəyimiz metodika isə Q.A.Volkovanın şəxslərdə səs tələffüzünün vəziyyətinin müayinəsinin diaqnostikası metodikasındır. Metodika vasitəsilə:

- Pozulmuş səslər;
- Müxtəlif fonetik şərtlərdə (ayrı-ayrılıqda tələffüz zamanı, hecalarda, səslərdə (sözün əvvəli, ortası və sonunda));
- Sərbəst nitqdə səsin tələffüzünün pozulma xarakteri (səsin təhrifi, səsin olmaması, əvəzlənməsi və qarışdırılması) müəyyən olunur.

Q.A. Volkovanın səs tələffüzünün vəziyyətinin təyini üçün hazırladığı tapşırıqlar aşağıdakı formada:

Tapşırıq 1. Şəxsə şəkillər göstərilir və onlardan adlarının deyilməsi xahiş edilir. Sözlərdə səslər müxtəlif mövqələrdə olur: sözün əvvəli, ortası və sonunda. Sonra uşaqdan bu sözlərlə qısa cümlələr qurması tələb olunur:

- “S” – səs, dərs və insan;
- “Z” – qız, zoğal və üzük;
- “Ş” – daş, pişik və şəkil;
- “L” – yol, aslan və ləpə;
- “R” – şar, radio və qara.

Tapşırıq 2. Sözün heca quruluşunun müayinəsi

Şəxslərin müxtəlif heca quruluşlu sözləri necə tələffüz etdiyini yoxlamaq lazımdır - sözün əvvəli, ortası və sonunda bir neçə samit olduqda çoxhecalı sözlər və oxşar səslərdən ibarət sözlər: nərdivan, dərnək, dırnaq, tramvay, mavi, təyyarə, səbət, sürət, sənəd, akvarium, karnaval, milyon, medalyon, stəkan və istək.

Qiymətləndirmə parametri:

- Yalnız ayrı-ayrı hecaları tələffüz edir;
- Hecaların yerini dəyişir;

- Digər hecaların əvəzinə eyni bir hecanı dəfələrlə təkrarlayır;
- Sözü qısaldır, bir neçə hecanı buraxır və ya sözü sonuna qədər demir;
- Sözdə yanaşı gələn samitləri buraxır;
- Sözü hər dəfə bir cür tələffüz edir.

Tapşırıq 3. Səsin sözdəki yerinin müəyyənləşdirilməsi

Təlimat: Səhər sözündə (S) səsinə əvvəldə, yoxsa sonda eşidirsiz? Təlimatda əvvəl və axır sözlərini mütləq qeyd etmək vacibdir. Belə ki, şəxs səsin sözdəki yerini düzgün müəyyənləşdirsə də, bu sözləri unuda bilər. Bu təlimatın köməyi ilə uşağın samitlər üzrə bu cür analizi necə mənimsədiyi yoxlanılır və yalnız bundan sonra təlimatı dəyişmək olar: Kosa sözündə (S)səsinə harada eşidirsiz? Külək sözündə (L) səsi, kağız sözündə (Z) səsi, daraq sözündə (R) səsi, gülüş sözündə (G) səsi, jurnal sözündə (J) səsi və daban sözündə (B) səsinə. Elə sözlər seçmək lazımdır ki, onun tərkibində yoxlanılan səsdən artikulyasiya baxımından daha çətin səs olmasın.

Tapşırıq 4. Sözdə səslərin sırasının müəyyənləşdirilməsi

Təlimat: Sabun sözünün əvvəlində hansı səsi eşidirsiz? (S) səsinə sonra hansı səsi eşidirsiz? Sabun (A) səsinə sonra hansı səsi eşidirsiz? (B) səsinə sonra hansı səsi eşidirsiz? (U) səsinə sonra hansı səsi eşidirsiz? Bu tapşırıq loqopedin köməyi ilə yerinə yetirildikdən sonra (qeyd olunan səsin intonasiyalı tələffüzü) şəxsdən bu və digər sözlərdəki səs sırasını özünün deməsi tələb olunur. Əvvəlcə uyğun olaraq (qovun və odun), daha sonra isə quruluşca daha fərqli olan sözlər (meşə, dərə və qapı) verilir.

Dayaq-hərəkət aparatının pozulması olan şəxslərin ümumi psixo-pedaqoji və loqopedik diaqnostikası üçün hazırlanan avadanlıqlar (resurslar) serebral iflicli şəxslərin yaş xüsusiyyətləri, beyin iflicinin zədələnməsi səviyyəsi, intellektin pozulması və ümumi motorikanın inkişaf səviyyəsinə görə təqdim olunmalıdır.

1.2.5. Autistik spektr və davranış pozulmaları olan uşaqların (pedaqoji-psixoloji) diaqnostikası üçün resursların müəyyən edilməsi

Autistik spektr (şəxslərdə emosional-iradi sferanın pozulması, ünsiyyətdən yayınma, cəmiyyətdən təcrid olunmaya meyillik) və davranış pozulmalarının müayinə metodlarından bu şəxslərin diaqnostikasında istifadə olunur. Diaqnostik müayinə metodlarına daxil edilir:

- Psixiatrik müayinə prosesi;
- Klinik müayinə metodları;
- Eksperimental müayinə metodları;
- Patopsixoloji müayinə metodları;
- Neyropsixoloji müayinə metodları;
- Pedaqoji-psixoloji müayinə metodları;
- Emosional-iradi sferanın müayinə metodları;
- Cihazlarla müayinə.

Autizmin diaqnostikası üçün aparılan testlər - testlərin istifadə məqsədi şəxslərdə autizmi aşkara çıxarmaqdan ibarətdir. Test nəticələri diaqnoz verilməsi üçün əsas deyil, amma mütəxəssislərə müraciət etmək üçün vacibdir. Şəxsin inkişaf xüsusiyyətləri qiymətləndirilərək onların yaşına uyğun testlərdən istifadə olunması tövsiyə edilir:

- Autizmə meyillilik testi (ümumi uşaq davranışının inkişaf göstəricilərinin qiymətləndirilməsi) – doğulduğu andan 16 aya qədər;
- M-CHAT testi (autizm erkən diaqnoz müayinəsi testi) – 16 aydan 30 aya qədər uşaqlar üçün tövsiyə olunub;
- Autizm şkalası CARS (uşaqlarda autizmin reyting şkalası) - 2 ildən 6 ilədək;
- ASSQ skrintesti (Autism Spectrum Screening Questionnaire) - 6 yaşdan 16 yaşadək şəxslər üçün nəzərdə tutulub.

Psixoloji müayinə əsasında çıxarılan nəticə hökmən komissiya və digər mütəxəssislərin rəyi ilə əlaqələndirilməlidir.

Diaqnostik müayinə özündə ehtiva edir:

- 1. Psixiatrik müayinəni** - öz növbəsində obyektiv anamnezdən ibarətdir. Bu obyektiv anamnez şəxsin valideynləri və yaxınlarından məlumat alınaraq nəticələndirilir. Valideynlər uşağın gündəlik həyat tərzini, davranışını və xarakterini kifayət qədər yaxşı bilmiş olurlar. Eyni zamanda tibbi sənədlərdə təhlil aparılır. Daha sonra isə xüsusi işlənmiş qiymətləndirmə şkalalarından istifadə olunur;
- 2. Klinik müayinə metodları.** Autizmlə şəxslərin müayinəsində klinik müayinə metodları da yer tutur. Klinik dedikdə psixopatoloji hissə nəzərdə tutulur. Eyni zamanda fiziki instrumental və funksional müayinə metodları keçirilir. Bu müayinə metodlarının aparılması bir sıra həkim və mütəxəssislər tərəfindən keçirilərkən aparılır (terapevtlər, okulistlər, fizioloqlar və s.);
- 3. Eksperimental-psixoloji müayinə metodları** (patopsixoloji) - bu metod özündə bir sıra metodikaları ehtiva edir. Bu metodikaların seçilməsi müayinənin məqsədindən, yəni həkim psixoloqun qarşıya qoyduğu suala əsasən irəli gəlir;
- 4. Neyropsixoloji müayinə** - loqopedin konsultasiyası.

Psixiatrik diaqnostika

Psixoloji anamnezin toplanması

İşin əvvəlində psixoloq SİMŞ-in inkişaf tarixi və anamnestik məlumatlarını öyrənir, onun işləri və produktiv yaradıcılığı ilə tanış olur və onun yaxınları ilə söhbət aparır. SİMŞ-in ilk günlərdən necə inkişaf etdiyini müəyyən etmək vacibdir. Bu zaman valideynlər, xüsusilə də ana tərəfindən alınmış məlumatlar böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Autizm tibbi diaqnozdur və onu qoymağa həkim psixiatrın ixtiyarı var. ASP-ni erkən diaqnoz etmək vacib hallardan biridir. ASP-nin diaqnozlaşdırılmasının əsasında klinik metod durur. Bura daxildir:

- Obyektiv anamnez;
- Subyektiv anamnez.

Obyektiv anamnez tibbi sənədlərin öyrənilməsi nəticəsində yığılır. Bu anamnezin məqsədi məlumatın toplanılmasıdır:

1. Patologiyanın irsi və psixi xəstəliklərə meyilliyi;
2. Ananın akuşer-ginekoloji anamnezinin toplanması;
3. Uşağın erkən psixomotor inkişafı haqqında məlumatlar nitq motorikasının (fəaliyyətinin) formalaşmasının xüsusiyyətləri, kommunikativ funksiyalar və ya evdə emosional situasiyalarda və uşaq kollektivlərində uşağın davranışı;
4. Yaş böhranlarının keçirilmə xüsusiyyətləri;
5. Sosial bacarıqların formalaşdırılmasının xüsusiyyətləri-şəxsiyyət, həmyaşıdları və yaxınları ilə münasibətin xüsusiyyətləri;
6. Şəxsin ilkin diaqnozunun qoyulmasının yaş dövrü və patologiyanın dinamikasının xüsusiyyətləri.

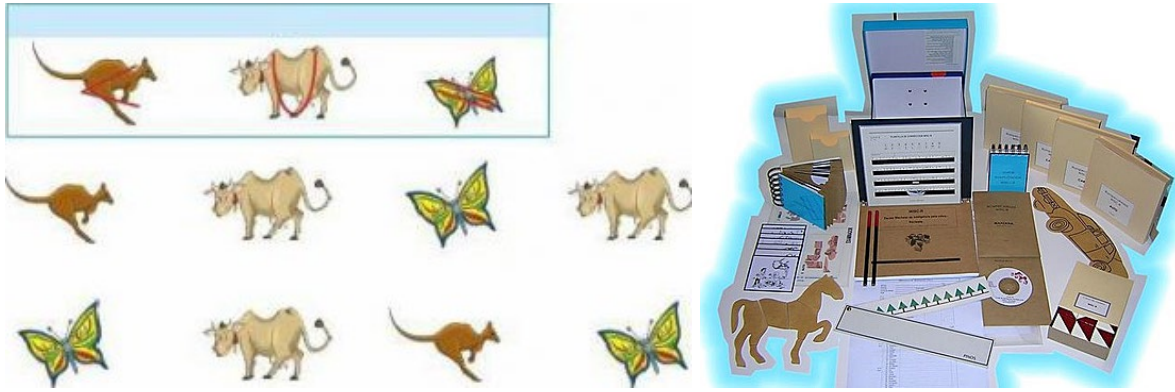
Subyektiv anamnez autizmlə yeniyetmələr və böyüklərdən yığılır. Yüksək funksional prosesdir. Bu zaman autizmlə şəxsin psixi statusu öyrənilir və bu statusun öyrənilməsi müşahidə və müsahibə metodu vasitəsilə keçirilir.

Eksperimental psixoloji müayinə

Bu müayinə metodu fərdin psixoloji xüsusiyyətləri və onun psixi halı haqqında məlumat verir. Bu müayinənin məqsədi diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və düzgün psixoterapevtik taktikanın seçilməsidir. Ehtiyac olduqda psixometrik müayinələr keçirilir. Psixoloji-pedaqoji profilin öyrənilməsində bir sıra testlər aparılır, yəni koqnitiv (dərkətmə və xarici informasiyaların mənimsənilməsi) funksiyaların öyrənilməsi, hafizə və diqqətin öyrənilməsi, Veksler testinin (şəxsin zəkasını ölçmək üçün istifadə edilən test) aparılması və s.

D. Veksler testi (şkala)

İntellektin ölçülməsi üçün test təcrübəsində uzun illər boyu müvəffəqiyyətlə sınaqdan keçirilən şkalalardan biri də **D.Veksler** tərəfindən işlənilib hazırlanmışdır. Bu şkala müxtəlif yaşlı şəxslərin anlama və analogiyaları aşkara çıxarma, hesab əməliyyatlarını yerinə yetirmə, verbal məsələləri həllətmə, həmçinin yaddasaxlama və yarımçıq şəkilləri tamamlama və quraşdırma kimi xüsusi qabiliyyətlərinin aşkara çıxarılmasını nəzərdə tutur. Veksler testinin də 4 yaşdan 6 yaş yarımədək olmaqla 11 subtestdən ibarət uşaqlar və yaşlılar üçün variantları vardır. Həm Bine-Simon, həm də Vekslerin **intellekt testlərindən** uzun illər boyu istifadə edilməklə şəxslərin gələcək təlim müvəffəqiyyətinin proqnozlaşdırılmasına çalışan bir çox psixoloq onların nəticələri əsasında birmənalı fikir yürütməkdə çətinlik çəkmişlər. Bu test əqlin ümumi məlumatlılıq, dərkətmə, riyazi qabiliyyətlər, məntiqi düşünmək bacarığı, anlayışları müəyyən etmə, təsnif etmə, müqayisə, sözün mənasını izah etmə və şəkil, sxem və çertyoju anlama kimi intellektual keyfiyyətlərin aşkara çıxarılması məqsədilə tətbiq olunur. Bu test 12 subtestdən ibarətdir (Şəkil 1.26).

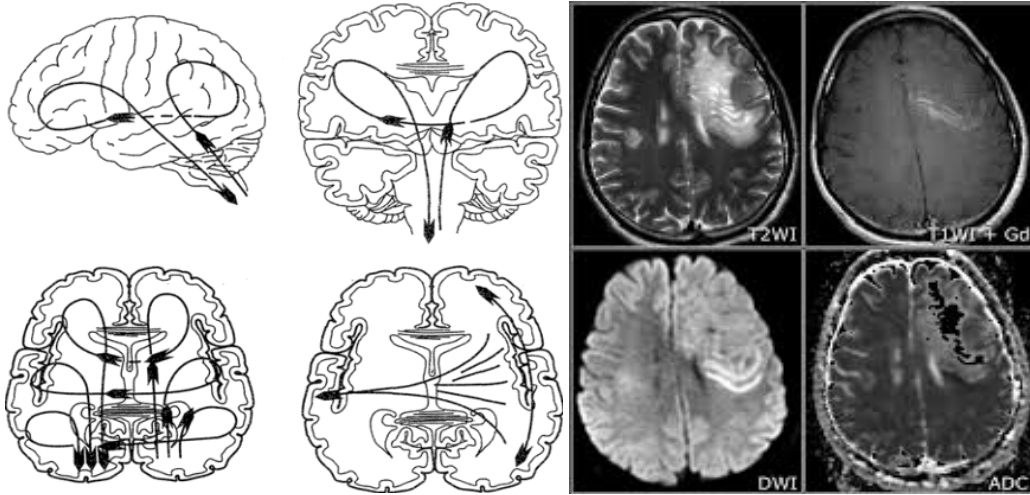


Şəkil 1.26. Veksler testinin subtestləri

Neyropsixoloji müayinə

Neyropsixoloji müayinə ASP zamanı ali psixi funksiyaların pozulması istiqamətlərinin öyrənilməsi məqsədilə aparılır. Bu prosesin öyrənilməsi uşağın koqnitiv fəaliyyətinin qiymətləndirilməsinin aparılması və onun üçün fərdi korreksiya proqramının işlənməsinə imkan yaradır.

İnstrumental müayinə metodlarına paraklinik metodlar aiddir. Burada ASP-nin öyrənilməsi üçün EEK-dən geniş istifadə olunur. Autizmlə şəxslərdə sindromal və qeyri-sindromal formaların aşkarlanmasında EEQ-nın böyük rolu var (kompüter tomoqrafiyası, maqnit rezonans tomoqrafiyası (MRT), rensoloqrafik (REQ) və exoensafoloqrafik müayinə) (Şəkil 1.27).



Şəkil 1.27. Maqnit rezonans tomoqrafiyası (MRT), rensoloqrafik (REQ) və exoensafoloqrafik müayinə

Autizmlə şəxslərin psixoloji-pedaqoji müayinə metodları

Qarşılıqlı fəaliyyətin adekvat səviyyəsinin qurulmasında yaranan problemlərlə əlaqədar olaraq autizmlə şəxslərin öyrənilməsi xüsusi çətinlik yaradır. Bu səbəbdən müayinənin təşkili və formasına xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Autizmlə şəxslərin müayinəsinin təşkili forması autizmlə uşaqlar dinamik və longitudinal, yəni uzunmüddətli, diaqnostik müayinə edilə bilər. Bu məqsədlə diaqnostik qruplar təşkil olunur. Həmin qruplarda mütəxəssislər uşaqlarla fərdi şəkildə məşğul olurlar.

Autizmlı şəxslərin emosional iradi sferasının diaqnostikası

Bu diaqnostikanın məqsədi şəxsədə autistik növlü dizontogenezin müəyyən edilməsidir. Bu məqsədə şəxsin spontan fəaliyyəti və davranışlarını müşahidə etməklə nail olmaq olar. Daha sonra şəxsin nümayiş etdirdiyi qabiliyyətlərdən asılı olaraq mütəxəssis kontaktın qurulması və onunla qarşılıqlı əlaqənin (uşaqla böyük arasında) təşkili nəticəsində şəxsin gələcək öyrənilmə prosesini qura bilir. Şəxsin davranışının qiymətləndirilməsi zamanı onun adekvatlığı, maraqları və ya ətraf aləmdən təcrid olunmasına diqqət yetirmək lazımdır. Şəxsin özü üçün yeni və adət etmədiyi bir şəraitə necə reaksiya verməsini qeyd etmək lazımdır: indifferendir (hər şeyə laqeyd və biganə) və sakitdir, ya anasının arxasında gizlənir, qışqırır və dava edir, kabinetə daxil olmaq istəmir, onu güc ilə gətirirlər (autistik dizontogenezin üçüncü tipi).

Autizmlı şəxslərin emosional iradi və kommunikativ ehtiyacı sferasının xüsusiyyətləri qiymətləndirilən zaman psixoloq autistik dizontogenezin əsas kriteriyalarına əsaslanmalıdır. Bu kriteriyalar C.S.Nikolskayanın təsnifatlaşdırmasında müəyyən edilib.

Autizmlı şəxslərin emosional iradi sferasının xüsusiyyətlərini qiymətləndirən zaman nəzərə almaq lazımdır ki, O.S.Nikolskayanın təsnifatına əsasən birinci və ikinci qrupa daxil olan şəxslər yalnız dinamik və longitudinal (uzunmüddətli) diaqnostika oluna bilirlər. Şəxsin müayinəsinin birinci və ikinci mərhələsində yalnız autistik dizontogenezin tipi, daha doğrusu, qrupu müəyyən edilə bilər. Üçüncü qrupa daxil olan uşaqların dərhal müayinəsi yalnız onların mütəxəssisə qarşı xüsusi meylinin yaranması zamanı mümkün ola bilər. Kommunikativ bacarıqlar nəzərə alınaraq dördüncü qrupa daxil olan şəxslərin öyrənilməsi özündə müayinənin 3 mərhələsini ehtiva edə bilər.

Məlumdur ki, autizmin əlamətləri hələ kiçik yaşlarından özünü büruzə verməyə başlayır. Bununla əlaqədar olaraq erkən uşaq autizmlı xəstələrin erkən diaqnostikası əhəmiyyətli məna kəsb edir. Bu diaqnostika 2-3 yaşına qədər həyata keçirilir. Bu patologiyalı uşaqların erkən yaş dövrlərində pedaqoji-psixoloji diaqnostikanın keçirilməsi zamanı aşağıdakı diaqnostik kriteriyalar nəzərə alınmalıdır:

5. Kommunikasiyanın pozulma növləri:

- Ətraf aləmlə istənilən əlaqənin qurulması zamanı narahatçılığın təzahürü;
- Ana ilə qarşılıqlı fəaliyyət zamanı canlanma kompleksinin olmaması (uşağın həyatının ilk ilində);
- Göz kontaktı və mimikasının xüsusiyyətləri;

6. Nitqin pozulma növləri:

- Mutizm (nitqin tam və ya hissə-hissə itirilməsi);
- Exolaliya (eşitdiyi sözləri eyniliklə təkrar etməsi), nitq şampları və nitq stereotipləri;
- Birinci növ şəxs əvəzlilərindən istifadə bacarığının olmaması;
- Hərəkət sferasının dinamikliyini qabaqlayan nitq inkişafı (2.5 yaşına qədər ifadələr, 1.5-2 yaşlarında nitqin gur inkişafı və ardınca onun gözlənilmədən yox olması).

7. Davranışın pozulma növləri:

- Ətrafdakı emosiya və stimulların idarə olunan davranışı (məqsədyönlü olmayan davranış);
- Ətrafdakılara qarşı motivasiya olunmamış aqressiya;
- Autoaqressiya;
- Steriotiplik (hərəkəti, nitq, məişət və məkanın təşkili ilə bağlı davranış steriotipliyi).

Şəxsin emosional tənzimləmə səviyyəsinin müayinəsi prosesində mütəxəssis uşaqla təmasa girən zaman autistik əlamətlərin güclənməsini diqqətlə izləməlidir (autostimulasiya variantlarının genişləndirilməsi, kontaktların seçilməsinin gücləndirilməsi, ondan tamamilə imtina etməsi, qorxular, aqressiya və özünə qarşı aqressiyanın yaranması).

1.2.6. Emosional-iradi və kompleks pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikasına (pedaqoji-psixoloji) aid materialların müəyyən edilməsi

Mürəkkəb kompleks pozulmalar inkişafın (kombinə olunmuş və ya birləşdirilmiş) pozulmaları olub şəxslərdə eyni zamanda iki, bəzən isə bir neçə özünü birincili qüsür kimi göstərən pozulmalarıdır. Mürəkkəb və çoxsaylı inkişaf pozulmaları olan şəxslərin aşkarlanması və diaqnostikası - bu yeni və çox çətin bir problemdir. Mürəkkəb inkişaf qüsurları olan şəxslərin müayinə prosesində mütləq pozulmaların strukturu da müəyyənləşdirilməlidir.

Bütün atipik uşaqların müayinəsi kimi mürəkkəb qüsurlu şəxslərin müayinəsi də kompleks xarakter daşıyır və kliniki-psixoloji-pedagoji müayinə hesab olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, mürəkkəb qüsurlu şəxslərin diaqnostikası zamanı birincili və ikincili qüsurun diaqnostik metod və metodikalarından istifadə olunur. Emosional-iradi sferanın pozulması zamanı psixi inkişafın ləngiməsi və autizm spektr pozulmaları zamanı istifadə olunan diaqnostik metod və metodikalardan istifadə olunur.

Mürəkkəb qüsurlu şəxslər arasında çox zaman mütəxəssislərin “nitqsiz uşaqlar” kateqoriyasına aid etdikləri uşaqlara rast gəlinir. Bu zaman aşağıda qeyd olunan tapşırıqlar təqdim olunmalıdır:

Tapşırıq 1. Şəxsdə mövcud olan bütün səslənmə (vokalizasiya) və səs birləşməsi bacarığı müəyyənləşdirilməli və ana dilinin səslənməsi və artikulyasiyasına görə daha yaxın olan səslər (bu loqopedik iş zamanı səslər üzərində işin ardıcılığını müəyyən etməyə imkan verəcəkdir) aşkarlanmalıdır;

Tapşırıq 2. Onlardan istifadənin iradi və düşünülmüş olduğu aydınlaşdırılmalı (konkret əşyalar və fəaliyyətlə münasibətdə müəyyən səslənmə uyğunlaşdırılır və ya səslənmə emosional reaksiyalar nəticəsində spontan meydana çıxır);

Tapşırıq 3. Səslənmənin (vokalizasiyanın) xarakteri müəyyənləşdirilir);

- Səslənmənin məna çalarlarını anlamağa imkan verən emosional rəngarənglik;
- Yamsılama bacarığı: loqopedlə birgə və ya loqopedin arxasınca, lakin

1. İdrak fəaliyyətinin diaqnostikası;
2. Təlim proqramının mənimsənilmə səviyyəsinin diaqnostikası.

Psixi inkişafın ləngiməsi olan şəxslərin bu iki istiqamətdə diaqnostikası patopsixoloji müayinə metodlarının əsasında aparılır.

İdrak fəaliyyətinin diaqnostikası. Qarışıq nümunələr (V.M.Koqan, E.A.Korobkov)

Metodika, fəaliyyətin ümumi tempinin qiymətləndirilməsi, dəyişdirilməsi (sürətləndirilməsi və ləngidilməsi), əqli yükün tədricən çətinləşdirilməsi əsasında aparılır. O, bir fəaliyyət növündən digərinə keçmək və çətinləşmə şəraitində diqqətin, həcmnin genişləndirilməsi xüsusiyyətini öyrənmək üçün də məqsədəuyğundur. Bu metodikanın tətbiqi zamanı əldə olunan nəticələrin müvəqqəti göstəriciləri, şəxsin iş qabiliyyətinin keyfiyyət vəziyyətinin hansı səviyyədə olmasını müəyyən edir.

Müayinənin keçirilməsi zamanı üzərində müxtəlif formalı və rəngli fiqurlar olan 49 kartla yanaşı, 49 bərabər hissəyə (kvadrata) bölünmüş lövhədən istifadə olunur. Lövhədə üfüqi istiqamətdə hündəsi fiqurlar və şaquli istiqamətdə formasız rəngli ləkələr göstərilir. İşin hər bir mərhələsində kartlar qarışdırılır.

I mərhələ. Sadə hesablama. Şəxsə tapşırılır ki, kartları şifahi saysın.

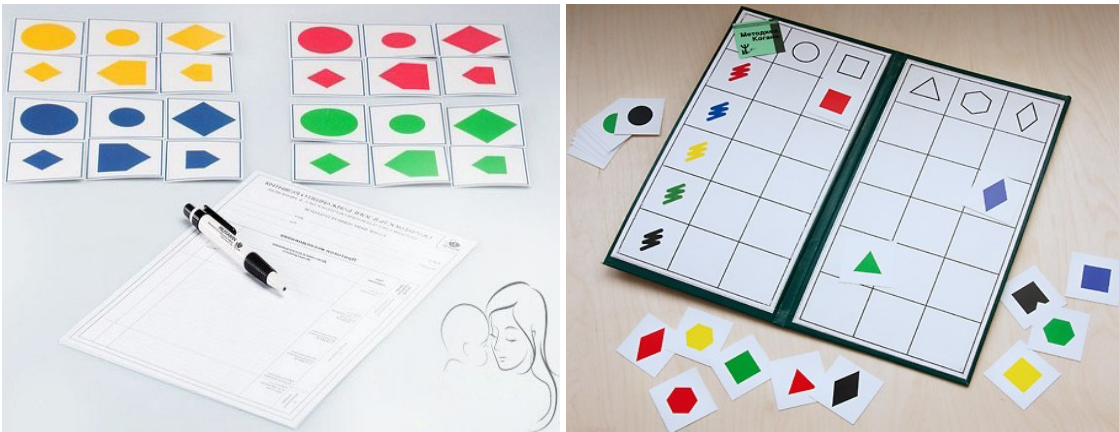
Bu zaman pedaqoq saniyəölçənlə vaxtı qeyd edir. Hər 10 kartın sayılmasına sərf olunan müddət ayrılıqda hesablanır;

II mərhələ. Rənglərin seçilməsinə görə hesablama. Tədqiq olunan kartları şifahi sayır və onları münasib rənglərə görə qruplaşdırır. Yenə də hər 10 kart üçün sərf olunan vaxt qeydə alınır;

III mərhələ. Formasına görə kartları seçmək və hesablamaq. Bu mərhələ ikinci mərhələdə olduğu kimi, ancaq forma üzrə aparılır;

IV mərhələ. Həm rəng, həm də formaya görə qruplaşma aparılır və hesablanır. Hər bir kartın yeri lövhədə tapılır.

Metodikanın gedişi ilə bağlı təlimat əvvəlcədən dəqiqliklə izah olunur və nümunələr göstərilir (Şəkil 1.29). Bir metodika müxtəlif proseslərin diaqnostikası zamanı istifadə edilə bilər.



Şəkil 1.29. Rəng və formaya görə qruplaşmanın aparılması

Təlim proqramının mənimsənmə səviyyəsinin diaqnostikası. Rəngli yazma
(A.N. Lutoşkina)

A.N Lutoşkinanın metodikasının məqsədi şəxsin emosional əhvalının müayinəsidir. Rəng əhval-ruhiyyənin ifadəsinin ən mümkün və müsbət formasıdır.

Təlimat: “Mən hal-hazırda hansı əhval-ruhiyyəyəyəm?” Əhval-ruhiyyənin çalarlarını yazır və daha sonra rənglə ifadə edir: sevincli - qırmızı, sakit - yaşıl, darıxdırıcı - boz, pis - qara, həyəcanlı - qəhvəyi və laqeyd - ağ.

Metodikanın keçirilmə situasiyaları seçilir: oyunda, məşğuliyyət zamanı, ailədə, dostlarla, müəllimə ilə, sinifdə və tək olanda. Seçim rənglə qiymətləndirilir. Emosional əhvalın qiymətləndirilməsi üçün rəngləri yazmaq kifayətdir (məs., ailədə-qırmızı) (Cədvəl 1.12)

Bu gün mənim əhvalım		Bu gün kollektivin əhvalı mənim fikrimcə
	Demək çətindi	

Cədvəl 1.12. Emosional əhvalın müayinəsinin nəticələri üçün cədvəl nümunəsi

“Segen lövhəsi” (V.M.Koqan, İ.Ebbinhauz)

Psixi inkişafında ləngimə olan şəxslərin intellektual səviyyəsinin müayinəsi üçün bir sıra metodikalardan istifadə olunur. Metodikadan əyani-hərəkəti təfəkkürün tədqiqində istifadə olunur. Məqsəd intellektual məhdudiyəti olan şəxslərin əyani-hərəkəti təfəkkürünün yoxlanılmasıdır.

Müxtəlif həndəsi formalı oyuqlar və bu oyuqlara yeləşdirilməsi üçün oxşar fiqurları olan lövhədən istifadə edilir. İntellektual məhdudiyəti olan şəxslər kliniki xüsusiyyətlərinə müvafiq olaraq onun **mürəkkəbləşdirilmiş və ya sadələşdirilmiş** formalarından istifadə edir. Bu metodika, əsasən, formalaşmamış nitqə malik olmayan oliqofrenlər üçün də əhəmiyyətlidir.

Təlimat: doldurulmuş lövhə təqdim olunur. Uşaqların gözü qarşısında yenidən oyuqlar boşaldılır və doldurulur. İşin nəticələri təcrübə müddətində uşağın ümumi fəaliyyəti əsasında qiymətləndirilir. Hər şeydən əvvəl şəxsin təlimatı izləməsi və işə başlama tərzinə diqqət yetirilir (Şəkil 1.30). Bu metodika müxtəlif proseslərin diaqnostikası zamanı istifadə edilə bilər. Bu metodika intellektual məhdudiyəti olanlarda psixi inkişafın ləngiməsi kateqoriyasına aiddir.



Şəkil 1.30. Doldurulmuş Segen lövhəsi

İntellektual məhdudluğu olan şəxslər sadə tapşırıqların həllinə maraq göstərir və belə tapşırıqları həvəslə və müvəffəqiyyətlə icra edirlər. Ağır dərəcəli oliqofrenlər oyuqları məqsədsiz hərəkətlərlə oynadırlar. Metodikanın tətbiqində nəticələrə görə diferensiallaşdırma aparılır. İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin əyani-hərəkət təfəkkürünün imkanları müəyyənləşdirilir və onlarla gələcək işin planları hazırlanır.

1.2.8. İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin (pedaqoji-psixoloji) diaqnostikasına uyğun metodikaların seçilməsi

İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin diaqnostikası onların təlim-tərbiyə və sosial adaptasiya problemlərinin həlli yollarını müəyyən edir.

Psixodiaqnostika təcrübəsində SİMŞ-in psixoloji müayinədən keçirilməsinin bir sıra ümumi qaydaları mövcuddur:

1. Psixoloji müayinə (diaqnostika) zamanı başlıca diqqət SİMŞ-in ana ilə əlaqəsinin xarakterinə yönəldilməlidir. SİMŞ-in sağlam, gümrəh və fəal olması çox zəruridir;
2. Əvvəlcə uşaqla əlaqə yaradılır və onun xarakterik xüsusiyyətləri qeyd olunur.
3. SİMŞ-in oturmuş halda və yerləş zamanı addımlama hərəkətləri və başının vəziyyətinə nəzarət.
4. Sensor reaksiyaların inkişafı vəziyyəti. İzləmə və qeydetmənin xarakterinin öyrənilməsi. Bunun üçün uşağın gözü qarşısında 30 sm məsafədə 7-10 sm ölçülü parlaq oyuncaq üfqi və şaquli vəziyyətlərdə qoyulur. 2-4,5 aylıq uşaqlar üzərində bu təcrübə aparılarkən uşağın əşyanın 12 duruş vəziyyətinin dəyişməsinə izləməsinə xüsusi diqqət yetirilir. Bu təcrübə zamanı səsli oyuncaqdan da istifadə olunur ki, bu da uşağın səs mənbəyini izləməsinin xarakterini aşkara çıxarmağa xidmət edir;
5. Əşyalarla əməliyyatların inkişafı vəziyyətinin müəyyən edilməsi. Bu məqsədlə dörd aylıq və ondan yuxarı uşaqlara çax-çax tipli oyuncaq verilir, oyuncağı tutmanın xarakteri, sürəti və dəqiqliyi, tutma zamanı barmaqların hərəkəti, onun müddəti və manipulyasiyanın xarakteri müşahidə olunur və qiymətləndirilir;
6. Yaşlılarla qarşılıqlı əlaqə üsullarının təyin edilməsi. Ana ilə uşaq arasında emosional və görmə əlaqələrinin məcmusu aydınlaşdırılır və eyni əlaqələr tədqiqatçı ilə uşaq arasında yaradılır. Tədqiqatçı uşağın ağlmasının səbəbi, uşağın ananın gözlərinə baxması, oyuncaqlarla oynaması və mimika və jestlərinin ifadəsini aydınlaşdırır;
7. Müayinə zamanı emosional və nitq reaksiyalarının inkişaf vəziyyəti müəyyənləşdirilir və təbessümün ifadəlilik xarakteri qeyd olunur, yəni hansı situasiyalarda onun daha çox təzahür etməsi aydınlaşdırılır.

Diaqnostika SİMŞ-in pedaqoji-psixoloji müayinəsində peşəkar metodların tətbiqini nəzərdə tutur. Diaqnostika müddətində praktik fəaliyyətdə elm və təcrübəyə bəlli olan metodların tətbiqi ilə yanaşı zəruri hallarda yeni metodikalar yaradılır, elmi cəhətdən qiymətləndirilir və intellektual inkişafın səviyyəsinə görə metodikalar modifikasiya (obyekt və predmetin şəklinin dəyişməsi ilə yeni xüsusiyyətlərinin meydana gəlməsi) edilir. Bu

prosesdə diaqnostikanı aparan mütəxəssis psixoloji müayinə vasitəsilə əldə etdiyi nəticələri elmi cəhətdən təhlil edir və onların korreksiya imkanlarını müəyyənləşdirir.

İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin kompleks diaqnostikası peşəkar pedaqoji və psixoloji müayinəyə əsaslanır. Bu müayinə aşağıdakı beş əsas mərhələdən ibarətdir:

1. Hazırlıq mərhələsi:

- SİMŞ-ə aid xüsusi sənədlərin təhlili və tibb işçiləri ilə söhbət əsasında tibbi anamnezin tərtib edilməsi;
- Valideynlər arasında anket sorğusu keçirilməklə SİMŞ-in həyatına aid sosial-məişət məzmunlu xarakteristikaların tərtib edilməsi;
- Tərbiyəçilər, pedaqoqlar və valideynlər arasında anket sorğuları və söhbətlər keçirilməklə pedaqoji anamnezin (xarakteristikaların) tərtib edilməsi;
- Valideynlər və uşağın tərbiyəsində təsirli rol oynayan digər yaşlılarla söhbət keçirilməklə ailə haqqında anamnezin tərtib edilməsi.

2. Uyğunlaşdırıcı mərhələ:

- Müşahidə, söhbət və yaradıcı fəaliyyət məhsullarının öyrənilməsi vasitəsilə SİMŞ-lə ilkin tanışlıq.

3. Əsas mərhələ:

- Testləşdirmə.

4. Interpretasiya (fərziyyənin nəticə ilə tutuşdurulması):

- psixoloji rəyin tərtib edilməsi. Diaqnostik nəticələrin təhlil edilməsi və yenidən işlənməsi yolu ilə SİMŞ haqqında

5. Yekunlaşdırıcı mərhələ:

- Müayinənin nəticələrinin tərbiyəçilər və valideynlərlə söhbət əsasında dəqiqləşdirilməsi;
- Valideynlər və tərbiyəçilər üçün şifahi və yazılı tövsiyələrin hazırlanması.

SİMŞ-in intellektual inkişafında geridəqalma, ləngimə və psixi pozğunluqların simptomları müşahidə olunarsa, onda belə qiymətləndirici mühakimələrə çox ehtiyatla yanaşmaq lazımdır. Diaqnostika zamanı mütəxəssislərin valideynlərə verdiyi korreksiyaedici, inkişafetdirici və profilaktik xarakterli tövsiyələr elmi cəhətdən əsaslandırılmış olmalıdır. Üç yaşadək SİMŞ-in əyani-əmali təfəkkür forması üstünlük təşkil etdiyinə görə onların müayinəsi zamanı sistemləşdirmə xarakterli diaqnostik metodikalardan istifadə etmək məqsədəuyğun deyildir. SİMŞ-in verbal (şifahi) ünsiyyət növü müəyyən səviyyədə formalaşdığından onlarla keçirilən diaqnostika işində anlayışlara aid diferensial sorğulardan istifadə etmək mümkündür. Bu uşaqlarda diaqnostika məqsədilə keçirilən testləşdirmədə aşağıdakı qaydalara əməl etmək vacibdir:

- Müayinə zamanı psixoloqun SİMŞ-lə üz-üzə ünsiyyətinin təmin olunması;
- Testləşdirmənin keçirilməsi üçün uşaq fəaliyyətinin müxtəlif növlərinin (oyun, rəsətmə, ünsiyyət və s.) sərbəst seçilməsi;

- Vaxt normasına əməl edilməsi (testləşdirmə SİMŞ-in yaşından asılı olaraq 30 dəqiqədən 1 saata qədər davam edə bilər);
- İntellektual yükün normalaşdırılması. Bu tələblər diaqnostik müayinə kompleksində intellektual testlərin normalaşdırılmasını nəzərdə tutur. Bir diaqnostik müayinə zamanı uşağa 3 testdən artıq verilə bilməz; onlardan biri verbal (şifahi) testdirsə, digərləri qeyri-verbal (şifahi olmayan) test olmalıdır;
- Şəxsi-emosional yükün normalaşdırılması. Bu tələb diaqnostik müayinə kompleksində proyektiv testlərin (şəxsiyyətin kənardan müşahidəsi) sayının normaya uyğunluğunu nəzərdə tutur;
- Eyni məqsədlə keçirilən diaqnostik müayinə zamanı müxtəlif metodikalardan istifadə mümkündür. Məsələn, testləşdirmə, anket sorğusu, müşahidə və söhbət.

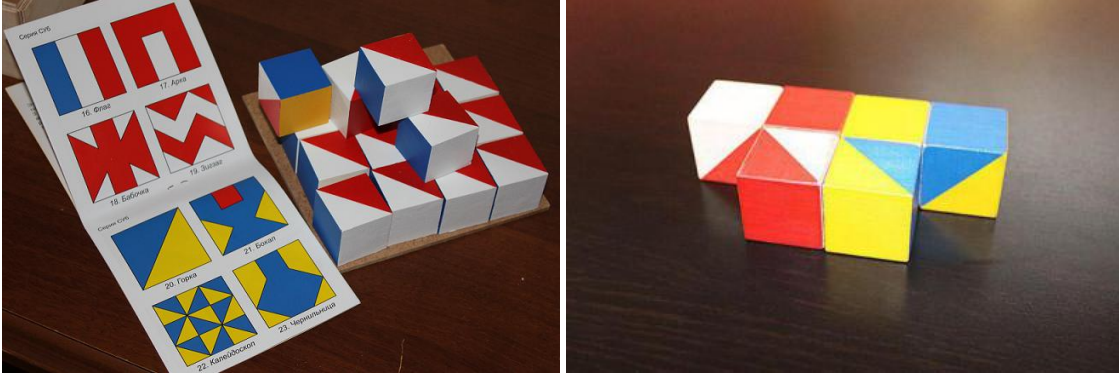
İntellektual inkişafın patopsixoloji müayinəsinin əsas məsələləri aşağıdakı kimi izah olunur:

1. Ayrı-ayrı psixi funksiyaların inkişaf səviyyələri nəzərə alınmaqla. İnkişafın qiymətləndirilməsi zamanı aşağıdakılara fikir verilir:
 - SİMŞ-in öz psixi fəaliyyətinə nəzarət etmə qabiliyyəti və böyüklərin köməyinə nə dərəcədə ehtiyac duyması;
 - SİMŞ-in öz hərəkətlərinin məqsədini nə dərəcədə dərk etməsi və bu məqsədə uyğun davranış sərgiləməsi;
 - SİMŞ-in əldə etdiyi nailiyyətlərin əvvəlcədən qoyulmuş məqsədə uyğun olduğunu nə dərəcədə dərk etməsi;
 - buraxılmış səhvlərin aradan qaldırılması üçün SİMŞ-in düzgün yol tapa bilməsi.
2. Geridə qalmanın psixoloji qiymətləndirilməsi, yəni SİMŞ-in ətraf mühitlə ünsiyyətini pozan və normal inkişafına maneə törədən əsas səbəbin müəyyənləşdirilməsi.
3. İnkişaf proqnozunun müəyyən edilməsi üçün SİMŞ-in təlim və vərdiş qabiliyyətinin öyrənilməsi.
4. İntellektual məhdudiyəti olan SİMŞ-ə kömək etmək məqsədi ilə optimal yollar və üsulların müəyyənləşdirilməsi.

Ümumiyyətlə pedaqoji-psixoloji diaqnostika zamanı aşağıdakı tədbirlər dəqiqliklə yerinə yetirilməlidir:

- Eşitmə, nitq və yadda saxlamanın həcmi və tempinin yoxlanılması;
- Anlayışların inkişaf səviyyəsinin yoxlanılması;
- Məkanın analiz və sintezinin yoxlanılması;
- Amnestik (müxtəlif əsəbi-psixi xəstəliklər zamanı hafizənin pozulması) fəaliyyətin yoxlanılması zamanı görmə və taktil yaddaşın (uzunmüddətli yaddaşın bir növüdür) xüsusiyyətləri və həcmnin öyrənilməsi;
- Təfəkkür fəaliyyətinin yoxlanılması zamanı bilavasitə və vasitə ilə ifadə edilmiş yaddaşın həcmnin müəyyən edilməsi;
- Qavrama funksiyasının ayrıca yoxlanılması;

Rənglərin seçilməsində milli xüsusiyyətlərin nəzərə alınması da modifikasiyanın mühüm şərtidir. Məsələn, SİMŞ-lər üçün daha yaxşı tanış olan rənglər və yaxud oxşar rəng çalarları seçilə bilər (Şəkil 1.32).



Şəkil 1.32. Rəngli kubiklər

Koos metodu SİMŞ-in əqli əməliyyatlar aparma bacarığını, analiz-sintez imkanlarını quraşdırma fəaliyyəti əsasında müəyinə etməyə imkan verir. Göründüyü kimi, bu zaman nitqdən istifadə edilməsi vacib deyil. Bu metodika həmçinin SİMŞ-in məkan pozuntularını ayırd etməyə imkan verir. Qaydaya görə metod hər bir şəxs üçün fərdi şəkildə təşkil olunur. Onların reaksiyası, hərəkətləri, müvəffəqiyyəti və ya müvəffəqiyyətsizliyi dəqiqliklə qeydə alınır və nəticələr ümumiləşdirilir.

“Segen lövhəsi” (V.M.Koqan, İ.Ebbinhauz)

Metodikadan intellektual məhdudiyəti olan şəxsədə əyani-hərəkəti təfəkkürün tədqiqində istifadə olunur. Məqsəd intellektual məhdudiyəti olan şəxsin əyani-hərəkəti təfəkkürünün yoxlanılmasıdır. O, şəxsin yeni hərəkət bacarığını seçmək qabiliyyətini aşkar etməyə imkan verir.

Metodika həm intellektual məhdudiyəti olan şəxslərlə, həm də normal şəxslərlə aparılır və qrupdan asılı olaraq məzmun dəyişdirilir.

Müxtəlif həndəsi formalı oyuqlar və bu oyuqlara yerləşdirilməsi üçün oxşar fiqurları olan lövhədən istifadə edilir. İntellektual məhdudiyəti olan şəxslərlə iş zamanı onların kliniki xüsusiyyətlərinə müvafiq olaraq metodikanın mürəkkəbləşdirilmiş və ya sadələşdirilmiş formalarından istifadə olunur. Bu metodika, daha çox formalaşmamış nitqə malik olmayan oliqofrenlər (dərkətmə fəaliyyəti pozulan şəxslər) üçün əhəmiyyətlidir.

Mürəkkəbləşdirmə bir oyuya yerləşdirilən fiqurların özlərinin də bir neçə hissədən ibarət olması yolu ilə aparılır. Nəticələr işin icra müddəti, səhvlərin sayı, hərəkət tərzini və digər göstəricilər əsasında müəyyən edilir.

Təcrübənin keçirilməsi metodikası çox sadədir. Eksperimentator oyuqlarla doldurulmuş lövhəni SİMŞ-ə göstərir. Oların gözü qarşısında yenidən oyuqları boşaldır və təkrar lövhəyə doldurur. İşin nəticəsi təcrübə müddətində şəxsin ümumi fəaliyyəti əsasında qiymətləndirilir. Hər şeydən əvvəl uşağın təlimatı izləməsi və işə başlama tərzinə diqqət yetirilir. “Segen lövhə”lərinin nümunələri (Şəkil 1.33):

İntellektual məhdudiyəti olan şəxslər sadə tapşırıqların həllinə maraqlı görünür və belə tapşırıqları həvəslə və müvəffəqiyyətlə icra edirlər. Ağır dərəcəli oliqofrenlər

ona münasib əlavə seçirlər. Bəzən eksperimentatorun istiqamət verməsi lazım gəlir. Lakin hərəkətlərin müstəqil icrasında nəticələr daha etibarlı olur;

- Ağır formalı oliqofrenlər situasiyanı təhlil etmək imkanına malik deyillər və oyuqlara əlavələrdən hansının qoyulmasını başa düşümlər;
- Digər intellektual məhdudiyəti olan şəxslər situasiyanı birtərəfli təhlil edirlər. Məsələn, oyuqla əlavələr arasında məzmun əlaqəsini obyektlərin xarici oxşarlığı ilə uyğunlaşdırırlar. Saçını darayan qızın qarşısındakı oyuğa güzgü əvəzinə əlavələrdə verilmiş darağı, boş qəfəsli qızın qarşısındakı oyuğa uçan quş əvəzinə quş olan qəfəsi, aşağıya alma atan oğlan olan situasiyada boş səbət əvəzinə isə alma ilə dolub daşan ləyən qoyurlar. Situasiyaya uyğun əlavə yox, əlavəyə uyğun situasiya və boş yer axtarırlar. Əgər eksperimentator onlara daha asan yol göstərir və istiqamət verirsə, onda onu yalnız bir situasiyaya tətbiq edir və növbəti mərhələdə istifadə etmirlər. Çünki onlar lövhədə bütün situasiyalrı ayrılıqda təhlil edə bilmirlər. Bu halda situasiyalardan bir neçəsinin üstündə öyrənmək əlverişli nəticə verir. Əgər bu vasitə öz təsdiqini tapırsa, onda intellektual məhdudiyəti olan uşaqlarla gələcək fəaliyyətdə nəticə nəzərə alınmalıdır. Deməli, çox situasiya onların diqqətini yayındırır. Ona görə də belə düşündürücü tapşırıqlar zamanı fasiləli fəaliyyət metoduna üstünlük verilməlidir (Şəkil 1.34).



Şəkil 1.34. Fasiləli fəaliyyət metodu

Diqqətin diaqnostikası

Diqqətin diaqnostikasının gedişində başlıca diqqət tapşırıqların icrası zamanı uşağın öz psixi fəaliyyətini uzun müddət cəmləşdirmək, fəaliyyətin məqsədyönlülüyünü saxlaya bilmək və həmin fəaliyyətdən ayrılmamaq kimi xüsusiyyətlərinə yönəldilməlidir. Bu məqsədlə bir sıra metodikalardan istifadə olunur. Xüsusi eksperimental qaydalardan biri kimi şəxsin əyləşdiyi masanın üstünə qoyulmuş və ona tanış olan obyektlər təsvir olunmuş şəkillərdən istifadə olunur. Şəxsin qarşısına 30-40 şəkil qoyulur və ondan şəkildə nə təsvir olunduğu soruşulur. Bundan sonra ona analogi olaraq həmin şəkllə oxşar şəkli tapmaq tapşırığı verilir. Əgər o, tapşırığı düzgün yerinə yetirirsə, onda hər iki şəkil masanın üstündən götürülür və bu qayda ilə iş digər şəkillər üzrə davam etdirilir. Bu diaqnostik metod vasitəsilə şəxsin diqqətinin inkişaf səviyyəsi aşkara çıxarılır və normativ

göstəricilərlə müqayisə edilir.

Normativlər:

- 3 yaşda – 10 şəkildən 5-6-nı tapa bilir;
- 3.5 yaşda –10 şəkildən 8-10-nu tapır və bu zaman tez-tez şəklin adını ucadan deyir. Kiçik səhvlərə yol verir və bu səhvləri şəkilləri müqayisə edərkən özü düzəldir. Məsələn, alma və qarpızı alma adlandırır və uyğun şəkli seçərkən bu səhvi düzəldir;
- 4 yaşda – bu tapşırığı asanlıqla yerinə yetirə bilir (Şəkil 1.35).



Şəkil 1.35. Şəkillərin fərqləndirilməsi üçün nümunə

Hafizənin diaqnostikası

Bu məqsədlə 3 qrupa ayrılan tapşırıqlar sistemindən istifadə olunur:

1. Şəxsə ardıcıl icra olunan bir sıra tapşırıq verilir: stuldan qalxmaq, masanın ətrafında dövrə vurmaq, masanın üstündəki kitabı götürmək, qapıya tərəf getmək, qapını döymək, onu açmaq və öz yerinə qayıtmaq (cəmi 7 hərəkət):

- 18 aylıqda -3-4 hərəkəti icra edir;
- 2,5 yaşda - 4-5 hərəkəti icra edir;
- 3,5 yaşda - 5-6 hərəkəti icra edir;
- 4,5 yaşda - bütün hərəkətləri yerinə yetirir.

2. SİMŞ-dən evdə kiminlə yaşadığı, səhər nə yediği, nə ilə oynamağı sevdiyi və ad və soyadının nə olduğu soruşulur və aşağıdakı cümlələri təkrar etmək tapşırılır: "Bu gün küçədə çoxlu palçıq və gölməçə vardır", "onun adı Arifdir və o, məktəbdə oxuyur", "Turan fit səsi eşitdi və qatar gördü", "yayda meşədə çoxlu göbələk və meyvə vardı". Sonra rəqəmləri bu ardıcılıqla təkrar etmək tapşırığı verilir.

Normativlər:

- 2,5 yaşda - öz ad və soyadını deyir, suallara qismən cavab verir;
- 3 yaşda - suallara yaxşı cavab verir, 6-7 sözdən ibarət cümlə və 3 rəqəmi təkrar etməyi bacarır;
- 4 yaşda-bütün suallara tam cavab verir, 4-5 rəqəmi və bütün cümlələri təkrar edir.

3. SİMŞ-ə üzərində sadə və tanış obyektlər təsvir olunmuş 10 şəkil ardıcıl göstərilir və ondan şəkildə nə olduğu soruşulur. Əgər o, bu şəkillərdən hər hansının adını deyə bilmirsə, onda digər şəkil göstərilir. Sonra şəkillərin hamısı təcübəçinin əlində cəmləşdirilir və arxası uşağa tərəf çevrilir ki, o, şəkli görməsin. Bundan sonra ona belə bir müraciət olunur: "Mənim əlimdə hansı şəkillər var? Hansını düzgün desən, onda onu sənə verəcəyəm". Uşağın tapmadığı şəkillər axırda bir-bir ona göstərilir və şəklin adı soruşulur.

Normativlər:

- 3,5 yaşda - 10 şəkildən 4-6-nı 6 dəfə təkrar etdikdən sonra tapa bilir;
- 5 yaşda - 10 şəkildən 7-8-ni yadda saxlayır və tapır.

5-6 yaşlı uşaqlara 10 standart sözün - ev, meşə, pişik, zəng, iynə, bal və digər sözlərin yadda saxlanması tapşırığı da verilə bilər. Bu yaş dövründə ixtiyari yaddasaxlamanın həcmi üzrə normativ 10 sözdən 6-7-nin yadda saxlanmasıdır (Şəkil 1.36).



Şəkil 1.36. Yaddasaxlama tapşırığı

Pedaqoji diaqnostika. Qarışıq nümunələr (V.M.Koqan, E.A.Korobkov)

Mərkəzi sinir sistemi pozulmuş oliqofrenlərin pedaqoji müayinəsi üçün pedaqoji diaqnostika olduqca əlverişlidir. Metodika fəaliyyətin ümumi tempinin qiymətləndirilməsi, dəyişdirilməsi (sürətləndirilməsi və ləngidilməsi), əqli yükün tədricən çətinləşdirilməsi və iş qaydasının material vasitəsilə çətinləşdirilməsi əsasında aparılır. O, bir işdən digərinə keçilməsi və çətinləşmə şəraitində diqqətin həcmnin genişləndirilməsi xüsusiyyətini öyrənmək üçün də məqsədəuyğundur. Onu 9 yaşdan yuxarı şagirdlərə tətbiq etmək olar. Lakin uşaq 100-ə qədər saymağı bacarmalıdır. Bu metodun prinsipcə mühüm xüsusiyyəti onunla izah olunur ki, onun tətbiqi zamanı əldə olunan nəticələrin müvəqqəti göstəriciləri uşağın iş qabiliyyətinin keyfiyyət xarakterinin vəziyyətini müəyyən edir. Müayinənin keçirilməsi üçün üzərində müxtəlif formalı və rəngli fiqurlar olan 49 kart və 49 bərabər hissəyə (kvadratlara) bölünmüş lövhədən istifadə olunur. Lövhədə üfüqi istiqamətdə həndəsi fiqurlar və şaquli istiqamətdə formasız rəngli ləkələr göstərilir. Bunlar kartlarda göstərilmiş forma və rənglərə uyğun olmalıdır. İşin hər bir mərhələsində kartlar qarışdırılır:

- I mərhələ: Sadə hesablama. Şəxsə tapşırılır ki, kartları şifahi saysın. Bu zaman pedaqoq saniyəölçənlə vaxtı qeyd edir. Hər 10 kartın sayılmasına sərf olunan müddət ayrılıqda hesablanır;
- II mərhələ: Rənglərin seçilməsinə görə hesablama. Uşaq kartları şifahi sayır və onları münasib rənglərə görə qruplaşdırır. Yenə də hər 10 kart üçün sərf olunan vaxt qeydə alınır;
- III mərhələ: Formasına görə kartları seçmək və hesablamaq. Bu mərhələ ikinci mərhələdə olduğu kimi ancaq forma üzrə aparılır;
- IV mərhələ: Həm rəng, həm də formaya görə qruplaşma aparılır və hesablanır. Hər bir kartın yeri lövhədə tapılır.



Şəkil 1.37. Pedaqoji diaqnostikada istifadə olunan kart nümunələri

Şəxsin görəcəyi iş onlara əvvəlcədən dəqiqliklə izah olunur, nümunələr göstərilir (Şəkil 1.37)

“Klipəs” (A.Levinski)

Metodika öyrədici eksperiment məqsədilə təşkil oluna bilər. Metodikadan aşağı sinif şagirdlərinin müayinəsində istifadə olunur. 26 kiçik kart hazırlanır, onların üzərində müxtəlif formalı və rəngli naxışlar təsvir olunur. 6 kartın mərkəzində müxtəlif fonda qara kvadrat ifadə olunur. Saniyəölçəndən istifadə edilir. SİMŞ-ə metodikanın məqsədi və vəzifələri izah edilmədən ortasında kvadrat çəkilmiş kartlardan biri göstərilir və deyilir: “Bu kart Klipesdir”. Klipes sadəcə olaraq onun adıdır və heç bir məna daşımır. Sadə olmaq üçün onu başqa adla əvəz etmək olar. Sonra ikinci kart göstərilir və deyilir: “Ancaq bu, Klipes deyil”.

26 kartın hər biri yerləşdirildikdən sonra şəxsdən soruşulur: “Hansı kartlar Klipesdir?” Cavab verdikdə ümumiləşdirmə aparır, yəni ortasında qara kvadrat olan kartların hamısının “Klipes” olduğunu deyir və yaxud kartları ayrı-ayrılıqda göstərə bilirsə, onda müayinənin nəticəsi müvəffəqiyyətli hesab olunur.

Qeyd etmək lazımdır ki, bilik, bacarıq və vərdişlərin səviyyəsi təlim almanın səviyyəsi ilə şərtlənir, yəni təlim tapşırıqlarının keyfiyyəti ilə xarakterizə olunur. Biliklərə yiyələnmənin inkişaf tempi şagirdin təlim almasının səviyyəsini təhlil edir.

İntellektual məhdudiyyəti olan SİMŞ-in artikulyasiya aparatının müayinəsi

İntellektual məhdudiyyəti olan şəxslərin nitq inkişafı və motorikasının müayinəsi onlarda düzgün səs tələffüzünün formalaşması üçün vacibdir. Müayinə zamanı loqoped loqopedik zond, şpatel və uşağa təqdim olunan oyuncaqların sterilizə olunmasına diqqət yetirməlidir (Şəkil 1.38).



Şəkil 1.38. Zond və şpatellər

Bu mərhələdə loqoped artikulyasiya aparatının bütün üzvlərini - dil, dodaq, diş, çənələr, damaq və dilçəyi yoxlayıb onların quruluşunda ola biləcək qüsurları üzə çıxarıb qeydlər aparır. Müayinə zamanı artikulyasiya aparatının mütəhərrik və qeyri-mütəhərrik hissələrinin quruluşunda aşağıdakı qüsurlar aşkara çıxa bilər:

- Dişlər - əyri, xırda, seyrək, çənə qövsündən kənarında, çox iri, aralarında boşluğun olmaması və ya çox boşluğun olması və alt və ya üst kəsici dişlərin yoxluğu;
- Dodaqlar - ətli, qalın, qısa və az hərəkətli;
- Dişləm - açıq ön və yan, dərin və dayaz;

- Çənələr - üst və alt çənənin irəli çıxması;
- Damaq - dar, hündür (qotik tipli) və ya əksinə, aşağı və yastı;
- Dil - iri, balaca, çox böyük, qısa və pərdəli.

Sonra artikulyasiya aparatının mütəhərrikiyi yoxlanılır. Bu zaman nitq təlimatına uyğun və ya loqopedin ardınca təqlid edilməklə müxtəlif tapşırıqlar verilir. Loqoped bu zaman görülən işlərin rəvanlığı, səlis və dəqiqliyi, bir hərəkətdən digərinə keçmənin asan və ya çətinliyinə xüsusi diqqət yetirir.



Tələbələr üçün fəaliyyətlər

1. Aşağıdakı sualları cavablandırın:
 - Görmə pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikası (pedaqoji-psixoloji) üçün cihazlar və alətləri müəyyən edin.
 - Görmə pozulmaları olan şəxslərdə diqqət çatışmazlıqlarının müayinə metodlarını təhlil edin.
 - “Segen lövhəsi” metodikasının məqsədini və təlimatını izah edin.
 - T. V. Matolinnin şəxsiyyətin xarakteroloji xüsusiyyətlərinin ekspress diaqnostik metodikasının məqsədini açıqlayın.
2. Görmə pozulmaları olan şəxslərin pedaqoji-psixoloji diaqnostikasına aid mövzular ilə bağlı Power Point formatında təqdimatlar və referatlar hazırlayın?
3. Sualların əsasında eşitmə pozulmaları olan şəxslər üçün müayinə kartını tərtib edin:
 - Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikasının istiqamətlərini açıqlayın;
 - Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin ünsiyyətinin inkişafına yönəldilmiş işin məzmununu açıqlayın;
 - Eşitmə pozulmaları olan şəxslərdə ali psixi funksiyaların yoxlanılma texnologiyaları və üsullarını təqdim edin;
 - Diqqət və hafizənin müayinəsi üçün bir metodikanın aparılmasını izah edin;
 - Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin xırda motorikasının yoxlanılması üçün hansı çalışmaların təqdim olunmalı olduğunu izah edin;
4. Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin pedaqoji-psixoloji diaqnostikasına aid mövzular ilə bağlı Power Point formatında təqdimatlar və referatlar hazırlayın.
5. Qrup işi: Tələbələr 3 qrupa ayrılır və onlara dayaq-hərəkət aparatının pozulması olan şəxslərin diaqnostikasına aid mövzular təqdim olunur. Qruplara 20 dəqiqə vaxt verilir. Sonra təqdimatlar dinlənilir və qruplararası müzakirələr aparılır.
 - 1-ci qrup: “Dayaq-hərəkət aparatlarının pozulması olan şəxslərin diaqnostikasının əsas istiqamətləri”
 - 2-ci qrup: “Serebral iflicli şəxslərin pedaqoji-psixoloji müayinəsi prosesində posedurlar və tapşırıqlara uyğun resurslar”;
 - 3-cü qrup: “Loqopedik müayinə metodları”.
6. Dayaq-hərəkət aparatlarının pozulması olan şəxslərin pedaqoji-psixoloji diaqnostikasına aid mövzular ilə bağlı Power Point formatında təqdimatlar hazırlayın.
7. Qrup işi: Tələbələr 3 qrupa ayrılır və onlara autizm spektr pozulmalarının diaqnostik müayinə metodlarının təhlili üçün mövzular təqdim olunur. Qruplara 20 dəqiqə vaxt verilir. Sonra təqdimatlar dinlənilir və qruplararası müzakirələr edilir.

- 1-ci qrup: “Eksperimental psixoloji müayinə zamanı istifadə edilən diaqnostik metodları izah edin”;
 - 2-ci qrup: “Autizm spektr pozulmaları zamanı pedaqoji-psixoloji diaqnostikanın keçirilməsi üçün diaqnostik kriteriyaları qeyd edin”;
 - 3-cü qrup: “Psixiatrik və tibbi diaqnostika formalarını müəyyən edin”.
8. Autizm spektr pozulmaları olan şəxslərin diaqnostik müayinə metodlarına aid olan mövzuları referat formasında hazırlayın.
9. Autistik spektr və davranış pozulmaları olan şəxslərin diaqnostikasına aid Power Point formatında təqdimatlar hazırlayın.
10. Sualları cavablandırın:
- Mürəkkəb qüsurlu şəxslərin diaqnostikasında hansı tapşırıqlar üçün resurslar toplanmalıdır?
 - Mürəkkəb qüsurlu şəxslərin diaqnostikasi zamanı metodikaların seçimi hansı meyarlara əsaslanmalıdır?
 - Emosional-iradi sferanın pozulmalarının diaqnostikasi zamanı metodikaların seçimi hansı meyarlara əsaslanmalıdır?
 - Mürəkkəb və emosional iradi sferanın pozulmaları olan şəxslərin pedaqoji-psixoloji diaqnostikasına aid mövzular ilə bağlı Power Point formatında təqdimatlar və referatlar hazırlayın.
11. Debat. Tələbələr 2 böyük qrupa ayrılır. Onlar təqdim olunan mövzulara aid çıxış platformasını hazırlayıb təqdim edirlər. Təqdimatlar Power Point formatında hazırlanır. Hər iki qrup ona verilən mövzunu ətraflı təqdim etdikdən sonra qrupların müzakirəsi təqdim olunur və qarşı tərəf hansı qeydlərini etmək istəyirsə, onda rəqib qrupa sual formasında onu təqdim edir. Mövzular:
- 1-ci qrup: “Nitqi qüsurlu şəxslərin diaqnostikasının istiqamətləri”;
 - 2-ci qrup: “Artikulyasiya aparatı, səs tələffüzü və eşitmə qavramasının müayinəsi”.
12. Nitqində pozulmaları olan şəxslərin pedaqoji-psixoloji diaqnostikasına aid mövzuları ilə bağlı referatların hazırlanması.
13. Qrup işi: Tələbələr 4 qrupa bölünür. Hər qrupdan intellektual pozulmaları olan uşaqların diaqnostikasi üçün toplanan resursların qeyd edilməsi tələb olunur. Hər qrupa intellektual pozulmalar zamanı psixi proseslərin diaqnostikasi üçün hansı alət və avadanlıqların lazım olması ilə bağlı mövzu verilir. Tələbələrə vaxt verilir (20 dəq.). Sonra hər qrupun nümayəndəsi öz təqdimatını edir və sonda qruplararası müzakirələr aparılır.
- Qruplar üçün mövzular:
- 1-ci qrup: “İntellektual məhdudiyəti olan şəxslərin idrak proseslərinin diaqnostikasi üçün metodikaların aparılması qaydaları və məqsədi”;

- 2-ci qrup: “İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin diqqət və hafizənin diaqnostik metodları”;
- 3-cü qrup: “İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin pedaqoji diaqnostikasının istiqamətləri və müayinə metodları”;
- 4-cü qrup: “İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin loqopedik diaqnostikasının istiqamətləri və müayinə metodları”.

14. İntellektual məhdudluğu olan şəxslərin (pedaqoji-psixoloji) diaqnostikasının metodikalarına aid Power Point formatında təqdimat hazırlayın.

15. Sualları cavablandırın:

1. Psixi inkişafın ləngiməsinin diaqnostikası və psixoloji-pedaqoji diaqnostikanın istiqamətlərini izah edin;
2. Psixoloji-pedaqoji diaqnostika üçün müayinə metodikalarının seçimini edin.

16. Psixi inkişafında ləngiməsi olan şəxslərin diaqnostikasına aid referat hazırlayın.



Qiymətləndirmə

Aşağıdakı qiymətləndirmə meyarına əsasən qiymətləndirəcəksiniz:

“Diaqnostika üçün alət və avadanlıqların növünü prosedurlara uyğun olaraq müəyyən edir”

1. Cədvəli tamamlayın:

Diaqnostikası aparılan psixi proseslər	Müayinə meyarı	Metodika
İdrak prosesləri	Məkanda bələdləşmə bacarığının yoxlanılması	
Təfəkkür	Əyani-hərəkəti təfəkkürün yoxlanılması	
Diqqət	Diqqətin cəmlənməsi və saxlanmasının yoxlanılması	
Hafizə	Hərəkətlərin yadda saxlanmasının yoxlanılması	
Fəaliyyət	Fəaliyyətin ümumi tempinin qiymətləndirilməsi	

Cədvəl 1

2. Metodikaların xüsusiyyətlərini cədvələ uyğun qeyd edin:

Metodikanın adı: Veksler testi	
Məqsədi	
Ünsiyyət qaydası	
Gözlənilən nəticə	

Cədvəl 2

3. Metodikaları cədvələ uyğun tərtib edin (Cədvəl 3 və Cədvəl 4):

Metodikanın adı: S. Rozentsveyqin (şəkilli frustrasiya) testi	
Məqsədi	
Ünsiyyət qaydası	
Gözlənilən nəticə	

Cədvəl 3

Metodikanın adı: Burdon testi	
Məqsədi	
Ünsiyyət qaydası	
Gözlənilən nəticə	

Cədvəl 4

4. Simulyasiya işi.

Tələbə ona real vəziyyəti təkrar edən xüsusi situasiyada praktik tapşırıqları yerinə yetirir.

Situasiya: "Ailədə eşitmə pozulması olan bir uşaq var. Uşağa təyin olunan tibbi diaqnoz tam karlıqdır. Valideynlər tibbi müayinədən sonra sizə peşakar yardım üçün müraciət ediblər.

Siz korreksion pedaqoq olaraq eşitmə pozulması olan uşağın pedaqoji-psixoloji diaqnostikasını aparmaq məqsədilə müayinə üçün avadanlıq və resursları toplamalısınız.

Tapşırıq. Eşitmə pozulması olan uşağın psixi prosesləri və təlim fəaliyyəti üçün metodikaları seçin və təlimatını verin.

5. Dayaq-hərəkət aparatının pozulması olan şəxslərin loqopedik diaqnostikasının 4 əsas meyarını seçin:

- 1) Fonetik-fonematik qavramanın müayinəsi;
- 2) Sadə fonematik analiz;
- 3) Dodaq və damaq yarıqlarının olması;
- 4) Nitqin leksik-qrammatik quruluşunun təhlil edilməsi;
- 5) Səslərin fərqləndirilməsinin müayinəsi (fonematik eşitmə);
- 6) Səs tellərinin fəallığı.

- A) 1, 5, 3, 4;
- B) 6, 1, 2, 3;
- C) 1, 2, 5, 6.

6. Dayaq-hərəkət aparatının diaqnostikası zamanı istifadə olunan əsas terminlərdən ibarət lüğət tərtib edin.

7. Mürəkkəb qüsurlu şəxslərin diaqnostikası zamanı nitqsiz uşaqlara verilən tapşırıqlar əsasında müayinə qaydalarını tərtib edin.

8. Nitq xəritəsi nümunəsini doldurun:

NİTQ XƏRİTƏSİ	
1.	Adı, soyadı və təvəllüdü _____
2.	Eşitmənin vəziyyəti _____
3.	Nitq inkişafının gedişi haqında məlumat _____
4.	Artikulyasiya aparatının vəziyyəti (quruluşu və hərəkətliliyi) _____
5.	Nitqin ümumi xarakteristikası: _____
	A) Lüğət ehtiyatı (lüğət ehtiyatının ümumi həcmi) _____
	B) Keyfiyyət xarakteristikası (tələffüzdə buraxılan səhvlər, əvəzlənmələr və akustik oxşarlıq) _____
	C) qrammatik quruluş: istifadə edilən cümlələrin tipi və qrammatizmlərin olması _____
	D) səslərin tələffüzü və diferensiasiyası _____
	E) nitqin tempi və rəvanlığı _____
6.	Yazı və oxu prosesinin vəziyyəti (oxu zamanı oxu texnikasının mənimsənilməsi, səhvlər və oxunulan mətnin başa düşülməsi) _____
7.	səhvlər və oxunulan mətnin başa düşülməsi) _____
8.	İntellektual inkişafın vəziyyəti _____
9.	Müşahidə olunan nitq qüsurlarının növləri _____
10.	Ünsiyyət şəraitinə adaptasiyası _____
11.	Nitqin vəziyyəti haqqında müayinənin nəticələri _____
12.	Pedaqoji tövsiyələr _____
13.	Psixoloji tövsiyələr _____

9. Metodikaları cədvələ uyğun tərtib edin (Cədvəl 5 və Cədvəl 6):

Metodikanın adı: Qarışıq nümunələr (V.M.Koqan, E.A.Korobkov)	
Məqsədi	
Ünsiyyət qaydası	
Gözlənilən nəticə	

Cədvəl 5

Metodikanın adı: Rəngli yazma (A.N. Lutoşkina)	
Məqsədi	
Ünsiyyət qaydası	
Gözlənilən nəticə	

Cədvəl 6

1.3. Verilən vaxt müddətində diaqnostikası üçün lazım alət və avadanlıqların işlək olmasını təmin edir

Sağlamlıq imkanları məhdud şəxslərin diaqnostikası üçün lazım olan resursların işlək olmasının təmin edilməsi

Sağlamlıq imkanları məhdud şəxslərin diaqnostikası üçün lazım olan alət və avadanlıqların işlək vəziyyətdə olması çox vacib məsələlərdən biridir. Loqopedik zondlar və əvəzedicilər, şpatellər və müxtəlif resursların toplanıb diaqnostikadan əvvəl istifadəsinin yoxlanılması önəmlidir. İlk növbədə, zondlar və şpatellər üçün sterilizatorlar hazırlanmalıdır ki, onlar istifadə müddətində təmiz olsun. Müayinə zamanı loqopedik zondlar və şpatellər və təqdim olunan oyuncaqların sterilizə olunmasına diqqət yetirməlidir.

Qeyd etmək lazımdır ki, diaqnostik alətlərin işlək vəziyyətdə saxlanması üçün heç bir rəsmi təlimatlar tərtib olunmayıb. Lakin bu proseslə gündəlik fəaliyyətdə olan mütəxəssislər bütün gigiyenik tələblərə riayət etməlidirlər. Bu, xüsusilə loqopedik müayinə zamanı loqopedik zondlar və şpatellərə aiddir.

Loqopedik alətlərin istifadəsindən sonra onlar dərhal axar su altında yuyulmalı, sonra isə alətlər sterilizə edilməlidir. Suda qaynadılmaqla (15-20 dəq.) qapağı bağlı dəmir qabda sterilizə edilir. Sonra alətlər xüsusi saxlama kameralarında gələcək istifadə üçün saxlanılır. Qeyd etmək lazımdır ki, həmin kameralar alətlərin sterilizəsi ilə yanaşı, eyni zamanda onların daim istifadəsi, işlək vəziyyətdə qalması üçün nəzərdə tutulur.

Həmin kamera loqopedin otağında işlək zonada yerləşdirilir.

Zond müxtəlif peşə sahələrinə aid termin olaraq bir neçə mənada işlədilir. Məsələn, ölçmə sisteminin elementi mənasında və s. Loqopediyada isə zond tibbi alət mənasında işlədilir. Bu gün zond masajının bir neçə texnikası vardır. Loqopedik zondlar iki yerə ayrılır:

- Səslərin qoyuluşu üçün istifadə olunan zondlar (Şəkil 1.39);
- Masaj üçün istifadə olunan zondlar (Şəkil 1.40).



Şəkil 1.39. Səslərin qoyuluşu üçün istifadə olunan zondlar



Şəkil 1.40. Masaj üçün istifadə olunan zondlar

Zondun əvəzedicisi olan tibbi taxta çubuqlardan da istifadə etmək mümkündür (Şəkil 1.41).

Üz və artikulyasiya aparatının masajı üçün isə aşağıdakı fırçalardan istifadə etmək mümkündür (Şəkil 1.42).



Şəkil 1.41. Tibbi taxta çubuq



Şəkil 1.42. Masaj üçün fırçalar

Fərdi plastik zond və əvəzediciləri Şəkil 1.43-də göstərilib.



Şəkil 1.43. Fərdi plastik zond

Təlim texnologiyaları vasitələri korreksion-təhsil prosesinin zəruri və vacib komponentidir. Təlim texnologiyaları vasitələri təlimin səmərəliliyi və keyfiyyətini yüksəltməlidir. Sağlamlıq imkanları məhdud şəxslər üçün alət və avadanlıqlar korreksiya pedaqoqu, loqoped, surdopedaqoq və tiflopedaqoqun həm müayinə, həm korreksiya müddətində hazır və işlək olmalıdır.



Tələbələr üçün fəaliyyətlər

Tələbələr iki qrupa ayrılır.

1. Birinci qrupa SİMŞ-in diaqnostikası zamanı alətlər və metodik resursların müayinə üçün hazır olması mövzusunda müzakirə suallarının hazırlanması.
2. Digər qrupa isə loqopedik diaqnostika üçün lazım olan alətlərin sterilizə qaydasını və gələcək fəaliyyət üçün necə saxlanılması mövzusunda müzakirə suallarının hazırlanması tapşırılır.

20 dəqiqə vaxt verilir və sonra qruplar debat formasında bir-birlərinə hazırladıqları sualları verirlər. Sonda sualların daha dəqiq izahını verən qrup mükafatlandırılır.



Qiymətləndirmə

Aşağıdakı qiymətləndirmə meyarına əsasən qiymətləndirəcəksiniz:

“Verilən vaxt müddətində diaqnostika üçün lazım olan alət və avadanlıqların işlək olmasını təmin edir”.

1. Loqopedik müayinə üçün lazım olan alətlərin sterilizə qaydasını göstərin.
2. Diaqnostika üçün loqopedik alətlərin saxlanması ilə bağlı təkliflərinizi qeyd edin.

TƏLİM NƏTİCƏSİ 2

SİMŞ-NİN DİAQNOTİKASI
İŞİNİ HƏYATA KEÇİRMƏK

2.1. Şəxsin nitq aparatının anatomik-fizioloji quruluşunun patologiyalarını müəyyən edir

2.1.1. Nitq aparatının anatomik-fizioloji quruluşu və patologiyaları

Nitq baş beynin fəaliyyəti ilə təmin edilən mürəkkəb ali psixi funksiyalardan biridir. Hər ali psixi funksiyanın mərkəzi sinir sistemində yerləşən və fərqli səviyyələrdə bir-biri ilə əlaqədə olan mürəkkəb funksional sistemlər tərəfindən tənzimlənməsi indi artıq məlumdur. Beynin vəhdət təşkil edən fəaliyyətində onun ayrı-ayrı strukturlarının rolunun başa düşülməsi nitq nöqsanlarının sistemli təhlilini aparmağa imkan verir.

Funksional nitq sisteminin pozulmaları beyin travması, iltihabı və damar xəstəlikləri nəticəsində yaranmış orqanik zədələnmələr əsasında baş verir və bir qayda olaraq, zədələnmə mənbəyi ilə bağlı strukturların funksional neyrodinamik pozulmaları ilə müşayiət edilir.

Funksional nitq pozulmaları beyində həyəcanlanma və tormozlanma proseslərinin patoloji dəyişiklikləri ilə bağlıdır. Bəzən bu pozulmalar funksional nitq sisteminin ayrı-ayrı komponentlərinin müvəqqəti tormozlanmasının nəticəsi olsa da, qeyri-düzgün nitq vərdişi kimi möhkəmlənir. Bəzən isə nitq pozulmaları təkcə funksional pozulmalarla, məsələn, kəkələmə, taxilaliya və disfoniyanın bəzi növləri ilə müəyyənləşdirilir.

Funksional nitq sisteminə ilk növbədə hərəki, eşitmə və görmə analizatorları aiddir. Hər analizator qıcıqlanmanı qəbul edən reseptor aparatdan, ötürücü yollardan, baş beynin qabığına yerləşən qıcıqlanmaları analiz və sintez edən mərkəzi hissədən ibarətdir.

Nitq reaksiyalarının formalaşmasında iştirak edən bütün qabıq analizatorların fəaliyyətinin nəticəsi piramid yollarla ön və əks tərəfdə yerləşən kəllə-beyin sinir nüvələrinə ötürülür. Bu nüvələrdən ayrılan sinirlər periferik nitq aparatına yollanır.

Hərəki sinirlər mərkəzi sinir sistemindən əzələlərə onların tonusunu, səs və nitq küylərinin yaranmasına gətirən və yığılmasını tənzimləyən impulslar çatdırır. Periferik nitq aparatından qıcıqlanmalar (eşitmə, kinestetik, taktil) mərkəzi sinir sisteminə ötürülür. Körpələrin ilk aylarında müşahidə edilən nitq fəaliyyətinin əlamətləri (vağ-vuğ, qışqırıq) baş beynin qabıqaltı və gövdə strukturlarının, nitqin intonasiya tərəfinin mənimsəməsi isə beynin qabıqaltı nüvələrinin fəaliyyətinin nəticəsidir.

7-9 ayında uşaq bəzi səsləri, 12 ayında isə artıq səs ardıcılıqlarını təqlid edir. Bu eşitmə və hərəki analizatorların qabıqaltı hissələrinin birgə fəaliyyətindən xəbər verir. Uşaq artikulyasiya aparatının fəaliyyətini eşitmə analizatorundan gələn siqnallara tabe etməyi öyrənir. Erkən yaşlarında eşitməsini itirmiş uşaqların nitqdən məhrum olması, bu bacarığın nitqin inkişafında vacib rol oynamasını sübut edir.

Tədrisən eşitmə və hərəki analizatorların fəaliyyəti mürəkkəbləşir. 2-5 yaşlı uşaq yaşadığı dil (nitq) mühitinin qanunlarına uyğun və eşitmənin, görmənin, kinestetik aparatın nəzarəti altında öz artikulyasiya aparatını idarə etməyi öyrənir. Uşaqda müxtəlif nitq növlərində sözlərin mənasını fərqləndirmək üçün istifadə edilən fonematik səs sistemi yaranır. Sonda kiçikyaşlı məktəbli yerinə yetirilməsində görmənin böyük əhəmiyyəti olan yazılı nitqi (yazı və oxu) mənimsəməyə başlayır.

Loqoped nitqin formalaşmasında iştirak edən əsas analizatorların fəaliyyəti ilə tanış

olmalıdır. İnsanda eşitmə funksiyasını yerinə yetirən eşitmə analizatoru periferik qəbuledici aparatdan (daxili qulağın kortiyev orqanı), eşitmə sinirlərindən, mərkəzi ötürücü yollardan və beyinin gicgah hissəsində yerləşən eşitmə analizatorunun qabıq hissəsindən ibarətdir. Eşidilən nitq siqnallarının ən mürəkkəb analiz və sintezi, onların fonematik nitq sistemi kimi ümumiləşdirilməsi və formalaşdırılması beyinin dominant yarımkürəsinin qabıq gicgah hissəsində yerinə yetirilir.

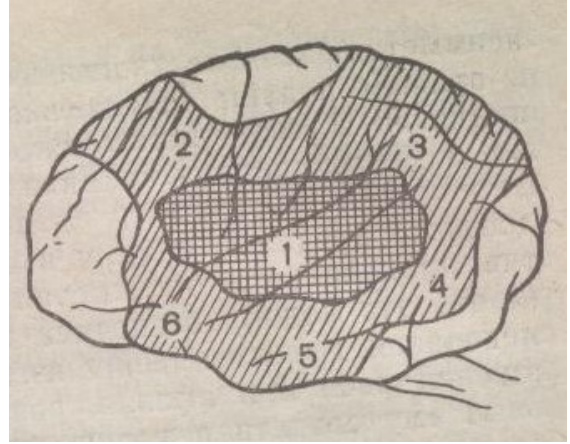
Səslərin gücünə, ucalığına, tembrinə görə diferensiasiya edilməsi hətta elementar nitqi mənimsəmək üçün azdır. Uşaqda mürəkkəb səsləri diferensiasiya etmək bacarığı nitqi ətraf mühitin təsiri altında və dilin fəal mənimsəməsi prosesində mümkündür. Fərdi inkişafda qazanılan bu bacarıq fonematik eşitmə adlanır.

Eşitməsi pozulmuş uşaqda eşitmə ilə nəzarət pozulur və nəticədə artikulyasiyalar inkişafdan geri qalır. Eşitmənin pozulmaları periferik və mərkəzi xarakterli olur.

Səs ötürən orta qulaq və ya səs qəbul edən daxili qulaq aparatının patologiyası nəticəsində yaranan və lal-karlığa gətirən eşitmə pozulmaları periferik xarakterli hesab edilir. Eşitmə sinirlərinin zədələnməsi də karlığın səbəbi ola bilər.

Eşitmənin mərkəzi pozulması beyində yerləşən eşitmə analizatorunun gicgah hissəsinin zədələnməsi nəticəsində baş verir (eşitmə yollarının beyində çarpaz olması ilə əlaqədar bu hissənin birtərəfli zədələnməsi eşitməni kəskin pozmur). Çox az təsadüf edilən kortikal karlıq ikitərəfli zədələnmədə baş verir. Nəhayət, dominant yarımkürədə eşitmə analizatorunun ikinci və üçüncü qabıq sahələrinin zədələnməsi zamanı eşitmə o qədər də zərər çəkmir, amma sensor alaliya və ya sensor afaziya yaranır.

Nitqi-hərəkətli analizator baş beyin əsasən sol yarımkürəsinin qabıq hissəsindən, qabıqaltı nüvələrdən, mərkəzdən aparıcı yollardan, beyin gövdəsində yerləşən nüvələrdən, tənəffüs, səs və artikulyasiya əzələlərinə gedən periferik sinirlərdən ibarətdir (Şəkil 2.1).



Şəkil 2.1. Beyin qabığının əsas (1) və sərhəd (2, 3, 4, 5, 6) nitq sahələri

Nitqi-hərəkətli analizatorunun fəaliyyətində nitq aparatının əzələlərindən böyük yarımkürələrin qabıq hissəsinə yollanan kinestetik qıcıqların əhəmiyyəti böyükdür. İ.P.Pavlovun nəzəriyyəsinə görə, kinestetik qıcıqlar nitqin bazal (əsas) komponentləridir, onlar eşitmə qıcıqları ilə birgə fonematik eşitmənin formalaşmasında iştirak edirlər. Artikulyasiya hərəkətlərinin formalaşmasında görmə ilə mənimsəmənin rolu da az deyil. Nitq aparatının innervasiyasında üçlü, üz, dil-udlaq, dilaltı, əlavə və azan kəllə-beyin sinirləri iştirak edir.

Üçlü sinir çeynəyici və ağız bağlayan əzələləri; üz siniri mimik və dodaqların hərəkətlərini təmin edən əzələləri; dil-udlaq və azan sinirlər – yumşaq damaq, udlaq, qırtlaq və səs tellərinin əzələlərini; əlavə sinir boyun əzələlərini; dilaltı sinir – dilin əzələlərini innervasiya edir. Dil-udlaq siniri həm də dilin hissiyyat siniridir. Adı çəkilən son dörd sinirin

nüvələri uzunsov beyində (latınca “bulbus serebri”) yerləşdiyindən, bulbar nüvə adlanır. Bu sinirlərin ahəng fəaliyyətini bulbar nüvələrin arasında rabitə yaradan sinir lifləri təmin edir.

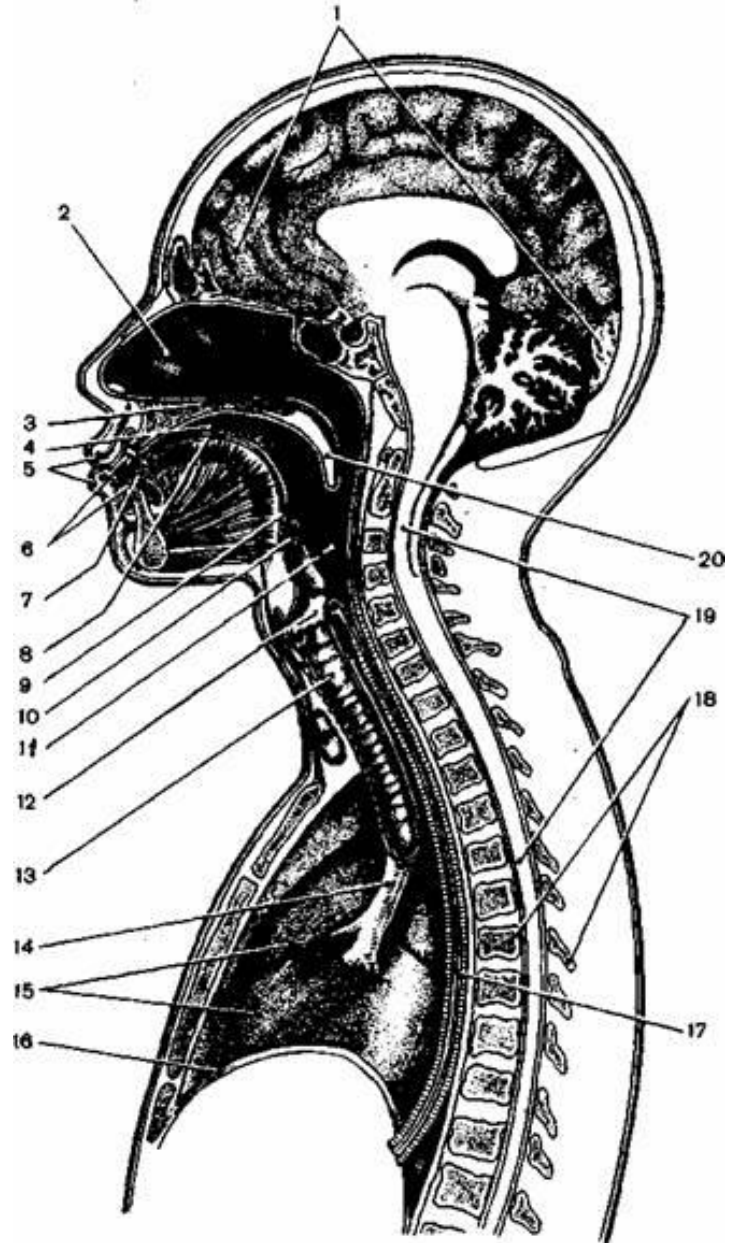
Periferik nitq aparatına ağız boşluğunun orqanları, burun, udlaq, qırtlaq, traxeya, bronxlar, ağ ciyərlər, döş qəfəsi və diafraqma daxildir (Şəkil 2.2).

Tənəffüs aparatına döş qəfəsi, ağ ciyərlər, traxeya və bronxlar daxildir. Tənəffüs aparatının əsas vəzifəsi qaz mübadiləsini həyata keçirmək, yəni orqanizmi oksigenlə təmin edib, karbon qazını çıxartmaq və həmçinin səs əmələgətirən və artikulyasiya funksiyalarını yerinə yetirməkdən ibarətdir.

Döş qəfəsinin hərəkəti nəfəsalma əzələlərinin hərəkəti nəticəsində mümkündür. Bu əzələlərdən bəziləri döş qəfəsini yana və qabağa (xarici qabırğaarası əzələlər), o biriləri isə yuxarı (diafraqma) və aşağı (körpücük sümüyünə və kəlləyə birləşən əzələlər) genişləndirir.

Gümbəzvari formaya malik yastı əzəl-diafraqma döş və qarın boşluğu arasında sərhəddir. Nəfəsalma zamanı o, aşağı enərək, daha da yastılaşıb və ağ ciyərlərin genişlənməsinə imkan yaradır; nəfəsvermə zamanı o, yenə də əvvəlki vəziyyəti alır. Ağır fiziki yüklənmə zamanı (qaçış, fiziki iş və s.) tənəffüs prosesinə köməkədi əzələlər də qoşulur (məs., bazu oynağı əzələləri və boyun əzələləri).

Adi, həyati tənəffüs və nitqi tənəffüs xeyli fərqlənir. Adi tənəffüs prosesi eyni ritmdə və ardıcılıqda gedir: nəfəsalma-nəfəsvermə - fasilə,



Şəkil 2.2. Nitq aparatının quruluşu

1-baş beyin;	11-udlaq;
2-burun boşluğu;	12-qırtlaq;
3-sərt damaq;	13-traxeya;
4-ağız boşluğu;	14-sağ bronx;
5-dodaqlar;	15-sağ ağ ciyər;
6-kəsici dişlər;	16-diafraqma;
7-dilin ucu;	17-qida borusu;
8-dilin beli;	18-onurğa;
9-dilin kökü;	19- onurğa beyni;
10-qırtlaq qapağı;	20-yumşaq damaq.

nəfəsalma-nəfəs vermə - fasilə.

Nəfəsalma bu prosesin daha aktiv hissəsidir, ondan sonra tənəffüs əzələləri əvvəlki vəziyyətə qayıdır və bu vəziyyətdə gələn nəfəsalmayadək qalır.

Böyükklər dəqiqədə 16-18 dəfə nəfəs alıb-verirlər, nəfəsalma və nəfəsverməyə sərf edilən vaxtın nisbəti - 4:5. Bir dəfəyə 500 kub. sm hava verilsə də, ağ ciyərlər heç vaxt tam havasız olmur və orada qalan hava qalıq hava adlanır. Tənəffüs fazalarının əvəz edilməsi ritmik, reflektor, şüurdan asılı olmayaraq həyata keçirilir.

Nitqi tənəffüs nitqin axarından və işlədilən heca tutumundan asılı olaraq, uzun və ya qısa sintaqlardan asılıdır. Beləliklə, nəfəsalma (nitqi pauza) nəfəs alınan havanın həcmi və bu havanın nə sürətlə işlədilməsi eyni ritmik ardıcılığa tabe olmur.

Nitqi tənəffüsdə nəfəsvermə daha vacibdir, nəfəsalma və nəfəsvermənin nisbəti isə 1:20, hətta 1:30 da təşkil edə bilər. Tənəffüs fazalarının ardıcılığı belədir: nəfəsalma – fasilə - nəfəsvermə. Nəfəsalma əsasən ağızdan baş verir, çünki:

1. Alınan havanın buradan ağ ciyərlərə yolu daha qısa və gözəçarpan deyil;
2. Damaq pərdəsi qalxmış vəziyyət alır, bu da nitq səslərinin əksəriyyətinin tənəffüsü üçün lazım olan vəziyyətdir.

Nitq zamanı tənəffüs prosesi idarə edilir: fasilə zamanı hava sinədə saxlanılır, sonra isə ardıcıl idarə edilmiş nəfəsvermə baş verir.

Nəfəsvermənin müddəti, səlistliyi, axarlığı və müntəzəmliyi çox vacibdir. Əgər bu prosesdə həm nəfəsalmanı (aqonist), həm də nəfəsverməni (antaqonist) təmin edən əzələlər iştirak edirsə, onda nitqi tənəffüs prosesi müntəzəm ola bilər. Bu təsvir edilən proses tənəffüs dayağı adlanır.

Erkən inkişaf dövründə uşaq əsasən həyatı tənəffüs vərdişlərindən istifadə edir. Sonradan nitq inkişafının və ətrafdakıların nitqinin təsiri altında uşaqda nitqi tənəffüs formalaşır. Erkən yaranmış nitq nöqsanlarında uşağın tənəffüsü hələ həyatı olaraq qalır.

Səsin əmələ gəlmə yeri qırtlaqdır. Yuxarıdan udlaqla, aşağıdan isə traxeya ilə sərhəd olan qırtlaq bir neçə qığırdaqdan ibarət konusvari formalı borucuğa bənzəyir. Qırtlağın ön və arxa hissəsi bir-biri ilə əzələ və bənd vasitəsi ilə bağlı qalxanvari və üzükvari qığırdaqlardan ibarətdir. Həmçinin əzələlər vasitəsilə qırtlaq yuxarıda udlaqla, aşağıda isə dilaltı və döş sümüyü ilə birləşir. Dilaltı sümüyü isə öz növbəsində, əzələ vasitəsi ilə aşağıda qırtlaqla və döş sümüyü ilə, yuxarıda isə alt çənə və gicgah sümüyü ilə birləşir. Beləliklə, qırtlağın, udlağın, alt çənənin və dilin hərəkətləri ayrı-ayrılıqda bu orqanların vəziyyətinə təsir göstərir.

Udlaqdan qırtlağa açılan dəlik qırtlağa giriş adlanır və qabaqdan qırtlaq qapağı ilə, arxadan çömçəvari qığırdaqla, yanlardan isə çömçəvari – qırtlaqüstü əzələlərlə yaranır.

Yarpaq formasında olan qırtlaqüstü qığırdaq ön tərəfdən dilə, arxa tərəfdən isə qırtlağa baxır. Qırtlaqüstü qığırdaq bir növ klapan rolunu oynayır: udqunan zaman, o aşağı və arxaya enərək qırtlaq dəliyini bağlayır və ora qidanın düşməsinin qarşısını alır.

Qırtlağın daxilində qalxan – çömçəvari əzələlərdən əmələ gələn səs telləri yerləşir. Səs telləri öz növbəsində səs xəndəyini əmələ gətirir. Nəfəsalma zamanı səs xəndəyi genişlənir və üçbucaq formasını alır, nəfəsvermə zamanı isə səs xəndəyi yığılır.

Səs tellərindən kənarda selikli qişadan əmələ gəlmiş və səsin yaranmasında əhəmiyyətli rolu olmayan yalnız səs telləri yerləşir. Səs telləri xüsusi quruluşa malik əzələlərdən ibarət olduğundan həm bütövlükdə, həm də hissə–hissə hərəkət edə bilirlər. Əzələnin bir hissəsi vibrasiya etdiyi zaman, o biri hissəsi sabit qalır. Daxili qırtlaq əzələlərinin fəaliyyəti nəticəsində səs əmələ gəlir.

Xarici qırtlaq əzələləri qırtlağı əhatə edərək, onu bir səviyyədə saxlayır və səsin əmələ gəlməsini təmin edir. Belə olmasaydı, nəfəsvərmədə hava axını qırtlağı yuxarıya qaldırıb, səsin yaranmasını qeyri-mümkün edərdi.

Dil, dodaqlar, üst və alt çənə, sərt və yumşaq damaq əsas artikulyasiya orqanlarıdır (Şəkil 2.3). Dil, dodaqlar, yumşaq damaq və alt çənə fəal-hərəkətli orqanlardır.

Əsas artikulyasiya orqanı olan dil xarici və daxili əzələlərdən ibarətdir.

Dilin xarici əzələləri:

Cüt çənəaltı-dil əzələləri- antaqonist əzələ tellərindən ibarət olduğundan, onlar dili yuxarı, irəli, aşağı və arxa istiqamətdə hərəkətə gətirirlər. Bunun nəticəsində dil normal tonusda və elastik gərgin vəziyyətdə qalır, udqunma və nəfəsalma zamanı udlaq boşluğuna düşmür.

Cüt bizvari-dil əzələləri - uzunsov formadadır və gicgah sümüyündən dilin ucunadək uzanır. Dil-damaq bəndindən başlayaraq, üfüqi istiqamətlənir, yan hissələrindən ucunadək uzanır və onların yığılması nəticəsində dil eninə uzanaraq yuxarı və arxaya hərəkət edir.

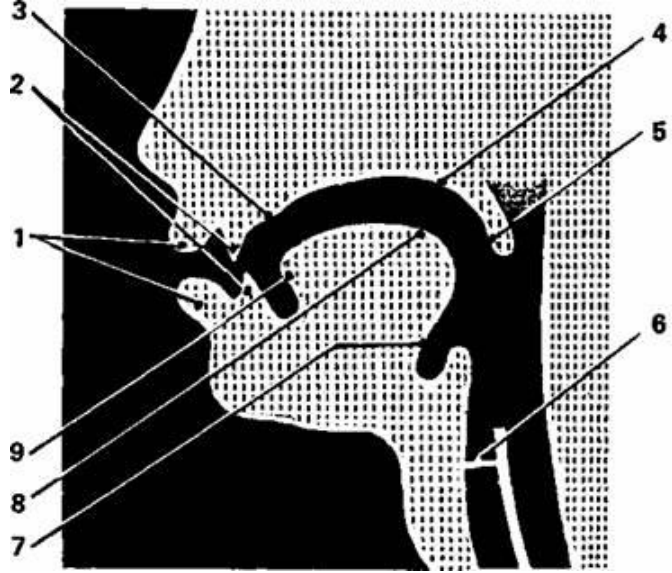
Cüt dilaltı-dil əzələləri - dilaltı sümüyü dilin yan hissələri ilə birləşdirən əzələlərdir. Onlar dili arxaya və aşağıya dartır.

Cüt damaq-dil əzələləri - telləri yumşaq damağı dilin yan hissələri ilə birləşdirən əzələlərdir. Bu əzələlər yumşaq damağın fiksasiyası zamanı dili yuxarı və arxaya dartır.

Dilin daxili əzələləri

Dilin daxili əzələləri - yuxarı boyu uzun əzələnin telləri dilin bilavasitə selikli qişasının altında yerləşir, dilin ucunu və ya bütövlükdə dili yuxarıya qatlayır. Bu əzələnin yığılması nəticəsində dil qısalır və qalınlaşır.

Cüt aşağı boyu uzun əzələləri dilin əsasından başlanaraq, onun alt və yan tərəfləri ilə gedərək, dilin ucunda bitir. Bu əzələlər dili qısaldır və yuxarı qalxmış dilin ucunu aşağıya dartır.



Şəkil 2.3. Artikulyasiya orqanlarının profili

1-dodaqlar;	6-səs telləri;
2-kəsici dişlər;	7-dilin kökü;
3-alveollar;	8-dilin beli;
4-sərt damaq;	9-dilin ucu.
5-yumşaq damaq;	

Cüt eni uzunluğunu əzələlər dili yuxarıya əyir və eninə yığıraq daraldır.

Cüt dik əzələlər dili yastılaşıdır.

Dilin quruluşunun xüsusiyyətləri, yerinə yetirdiyi hərəkətlərin müxtəlifliyi və mürəkkəbliyi əzələ tellərinin dəqiq koordinasiya edilmiş hərəkətlərini nəzərdə tutur.

Dilin ixtiyari hərəkətləri sırf mürəkkəb əzələ sinerjiyalarıdır. Müxtəlif əzələlər və əzələ telləri artikulyasiya fəaliyyətində ya antaqonist və ya aqonist kimi hərəkət edirlər. Məsələn, dilin bayıra çıxarılması və dilin ucunun yuxarıya qatlanılması çənəaltı-dil əzələlərinin müxtəlif tellərinin yığılması nəticəsində mümkündür.

Dilin aşağıya hərəkətində dilaltı-dil əzələsi bizvari-dil əzələsinin antaqonistidir, dilin arxaya hərəkətində isə onlar aqonistdirlər. Dilin yana hərəkətləri əks tərəfin əzələlərinin açılması, eni boyu əzələlərin (dili daraldırlar) hərəkətləri isə dik, dilaltı-dil və bizvari-dil əzələlərinin açılması nəticəsində mümkündür. Dilin orta xətt ilə hərəkətində sağ və sol tərəfin analoji əzələləri aqonist kimi fəaliyyət göstərməsə o zaman dil yana əyilir.

Nəzərə almaq lazımdır ki, *dilaltı-dil və bizvari-dil* əzələlərinin yığılması zamanı dil daha gərgin vəziyyətdə olan əzələlər tərəfə, çənəaltı-dil əzələlərinin yığılması zamanı isə dil nisbətən az gərginliyi olan dil əzələlərinə tərəf əyilir.

Dilönü səslərin artikulyasiyası prosesində ən mürəkkəb əzələ sinerjiyaları müşahidə olunur. Bu zaman, dilin xarici əzələləri, dilaltı sümük və boyun əzələləri dili sabit vəziyyətdə fiksasiya edərək, dilucu əzələlərin zərif hərəkətlərinə imkan yaradır. Bu prosesdə yumşaq damaq, udlaq, səs telləri və tənəffüs əzələləri iştirak edir. Dilin damaq-dil əzələləri dil-udlaq siniri, qalan əzələləri isə dilaltı sinirlərlə innervasiya edilir.

Dislaliya zamanı artikulyasiya aparatının patologiyaları

Periferik nitq aparatının sümük, əzələ və ya sinirlərinin defekti nəticəsində yaranmış tələffüz pozulmaları mexaniki displaliya adlanır.

Mexaniki displaliyanın səbəbləri artikulyasiya aparatında olan problemlər və özünəməxsusluqlardır.

Periferik nitq aparatının defekti anadangəlmə və qazanılmış ola bilər.

1. Dodaqlar - ətli, böyük (uşaq danışarkən tələffüz səslərindən başqa əlavə səslər əmələ gəlir) və ya nazik, hərəkətsiz olur (Şəkil 2.4).



Şəkil 2.4. Nazik, hərəkətsiz dodaqlar

2. Dişlər –normadan çox böyük olması və ya əksinə olaraq normadan çox kiçik olması; Seyrək formada, bir-birindən aralı dişlər, bir-birinə keçmiş dişlər, əyri-sıx dişlər (Şəkil 2.5).

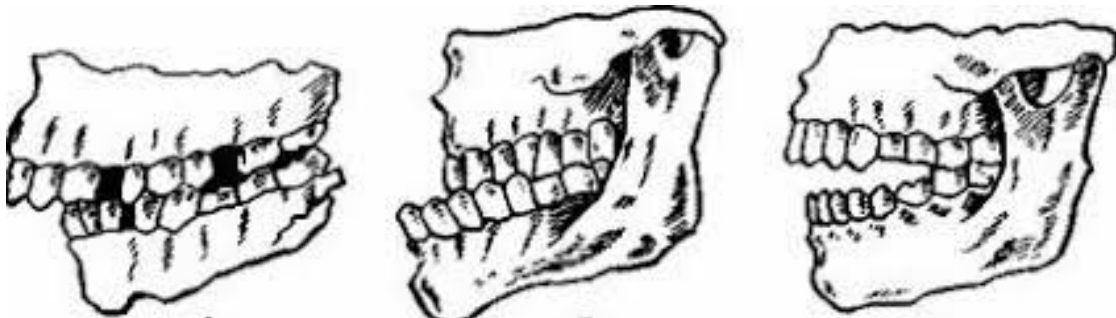


Şəkil 2.5. Solda bir-birinə keçmiş, əyri-sıx dişlər, sağda seyrək, bir-birindən aralı dişlər

3. Dişləm - normada ağız bağlı olanda arxa dişlər tam olaraq üst-üstə oturur, yuxarı ön dişlər isə aşağı ön dişləri bir qədər örtür. Çənənin və diş sırasının defekti yumulu ağızda dişlərin normal vəziyyətini (dişləm) pozur. Yumulu ağızda alt dişlərin üst dişlərlə bir az örtülməsi normal sayılır.

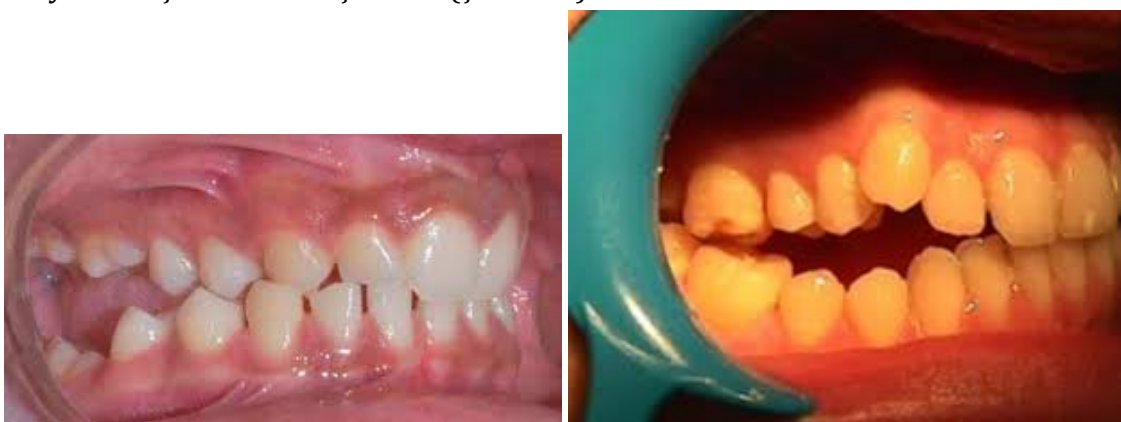
Dişlərin normal vəziyyətinin (dişləmin) anomaliyaları müxtəlif olur. Əgər ağızın yumulu vəziyyətində alt və üst çənənin dişləri arasında ara qalırsa, onda bu vəziyyət açıq prikus adlanır.

Açıq dişləm ön (arxa dişlər birləşir, qabaq dişlər aralı qalır) və yan (qabaq dişlər birləşir, yan dişlər isə aralı qalır) ola bilər (Şəkil 2.6). Yan prikus ikitərəfli, sağ və sol tərəfli ola bilər. 5-12 yaş arasında aparılan korreksiyasının nəticələri daha qənaətbəxşdir.



Şəkil 2.6. Açıq dişləm

Dişləm anomallığının başqa bir varinatı, progeniya - alt çənənin irəli çıxması, proqnatiya - üst çənənin irəli çıxması (Şəkil 2.7).



Şəkil 2.7. Dişləm anomallığının başqa bir varinatı - progeniya və proqnatiya

4. Yanaqlar - adətən kilolu uşaqlarda yanaqların iç tərəfi (ağız içində) ətli olur, yer olmur ki, dil ağız boşluğunda rahat hərəkət edə bilsin. Çənə və ağız boşluğu

böyüdükcə, bu problem aradan qalxır.

5. Dil – dilin çox böyük ətli olması və ağız boşluğuna yerləşməməsi və ya dil ölçülərinin normal, lakin ağız boşluğunun balaca və ya dar olması dilin ora tam yerləşə bilməməsi ilə nəticələnir (Şəkil 2.8). Dilin çox qısa, nazik, dilaltı pərdənin qısa olması (Şəkil 2.8), dilin anadangəlmə heç olmaması (aqlosiya) çox nadir rast gəlinir.



Şəkil 2.8. Dilin böyük olması və sağdakı şəkildə dilaltı pərdənin qısa olması

6. Damaq - damağın bir neçə anomal quruluşu ola bilər:

- Qotik damaq (Şəkil 2.9);
- Yastı damaq;
- Gümbəzvari damaq.

7. Dilçək – bizim tələffüzümüzdə təmiz, gözəl, cingiltli səs çıxması üçün lazımdır. Dil və dilçək arxadan idarə edilir, cingiltli, hərəkətli səslərdə, məsələn, “k”, “q” kimi səslərin tələffüzü üçün dilçək mütləq lazımdır. Dilçək olmadıqda o səslər kal çıxaracaqlar. Dəqiq, cingiltli bir səs olmayacaq.



Şəkil 2.9. Qotik damaq

Çənə-üz travmaları (çənənin sınıması, əzələlərin parçalanması, sinirlərin qırılması və s.) nəticəsində yaranmış artiklyasiya aparatının defektləri qazanılma defektlər adlanır. Dodaqların patologiyasında əsasən sait, çənənin patologiyasında isə fısıltılı və fişiltılı səslərin tələffüzü pozulursa, çənə-üz və damaq travmaları zamanı bütün səslərin tələffüzü pozulur.

Rinolaliya zamanı nitq aparatının patologiyaları

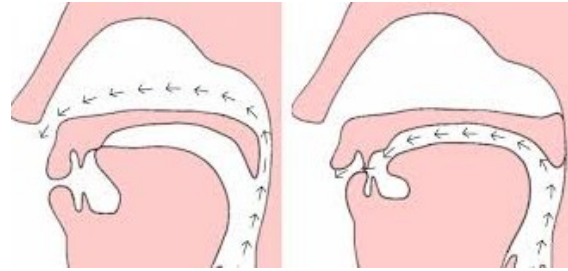
Rinolaliya zamanı artikulyasiya mexanizmi, fonasiya və səsyaranma normadan əsaslı surətdə fərqlənir və burun ağız-udlaq rezonatorlarının iştirakının pozulması ilə şərtlənir. Normal fonasiya zamanı, insan bütün nitq səslərini tələffüz edərkən, burun səslərindən başqa, burun-boğaz və burun boşluğunun boğaz və ağız boşluğundan ayrılması baş verir.

Burun və ya burun-udlağın anatomik strukturlarının zədələnmə yerindən asılı olaraq M.Zeyeman üzvi qapalı rinolaliyanı iki növə bölür: ön qapalı rinolaliya və arxa qapalı rinolaliya. Cədvəl 2.1-də hər iki növ rinolaliyanın yaranma səbəbləri göstərilib:

Ön qapalı rinolaliya	Arxa qapalı rinolaliya
Səbəbləri: burunun selikli qişasının hipertrofiyasına gətirib çıxaran xroniki soyuqdəymə, burun boşluğundakı yetişmələr (poliplər, şişlər), burun çəpərinin əyilməsi.	Burun-udlaq boşluğunun kiçildilməsi nəticəsində yaranır. Səbəbləri: burun – udlaq boşluğunda yetişmələr böyük adenoid yetişmələri, fibromlar, burun-udlaq polipləri, burun-udlaq şişləri.

Cədvəl 2.1. Ön qapalı və arxa qapalı rinolaliya

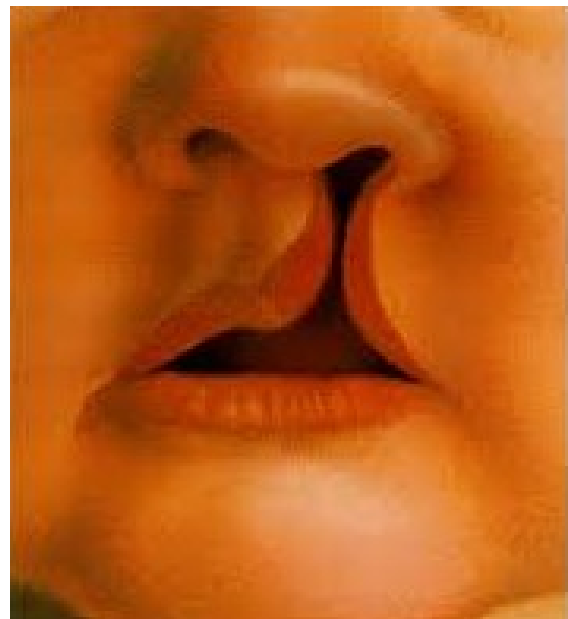
Açıq rinolaliya qapalı rinolaliya ilə müqayisədə daha geniş yayılmış nitq pozulmasıdır. Səbəbi burun və ağız boşluqları arasındakı arakəsmənin pozulmasıdır. Hava axını zəifdir və nitq zamanı həm burundan, həm də ağızdan keçir. Bunun nəticəsində bütün səslərin tembri dəyişir. Onların tələffüzü zamanı burun rezonansı əmələ gəlir. Bu zaman burun səsləri yüksək burun tonu olan hipernazalizasiya ilə xarakterizə olunur (Şəkil 2.10).



Şəkil 2.10. Açıq və qapalı rinolaliya

Açıq rinolaliyanın formaları:

Üzvi açıq rinolaliya – anadangəlmə (üst dodağın, yumşaq və sərt damaqların anadangəlmə yarıqları) və ya sonradan qazanılmış (travmalar, ifliclər, kəsilmələr, yarıqlar, şişlər) ola bilər. Açıq üzvi rinolaliyaya gətirib çıxaran sərt və yumşaq damağın yarıqları çənə-üz nahiyəsi patologiyasının daha geniş yayılmış forması hesab edilir. Bundan başqa üst dodağın, yumşaq və sərt damağın yarıqları anadangəlmə inkışaf pozulmaları arasında ilkin yerlərdən birini tutur (Şəkil 2.11). Hazırkı dövrdə bu say hesabı ilə ikinci anadangəlmə patologiya hesab edilir və bütün anadangəlmə anomaliyaların 30%-ni təşkil edir. Beləliklə, bu qüsurun yayılması kifayət qədər geniş xarakter daşıyır.



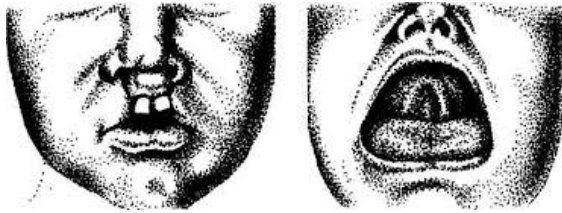
Şəkil 2.11. Üst dodağın yarığı

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə təqribən 7% yeni doğulmuş uşaqlar çənə-üz nahiyəsinin anadangəlmə qüsurlarına sahib olurlar.

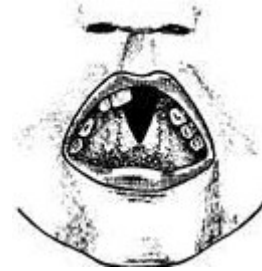
İl ərzində təqribən 5 min uşaq damaq yarıqları ilə doğulur. Hər yeni doğulmuş 1000 uşaqdan birində belə yarığa rast gəlinir. Bəzi tədqiqatçılar hesab edirlər ki, bu patologiyanın tezliyi hər 600–700 doğuşda 1 hal kimi təsadüf edir. Bu anomaliyanın tezliyi son illər daha da böyüyür.

Birtərəfli yarıqlarla müqayisədə ikitərəfli yarıqlar olduqca gec rast gəlinir (1:3); sağa nisbətən solda daha tez-tez müşahidə olunur (2:1). Bu qüsurla kişi cinsinin nümayəndələri daha çox əziyyət çəkirlər. Qadınlarda nisbətən az rast gəlinir (6:4 nisbətdə). A.E.Quçanın tədqiqat nəticələrinə əsasən (1980) dodağın və damağın təcrid olunması qadınlara (31,3 %) nisbətən kişilərdə (68,6 % hallarda) daha çox müşahidə olunur.

Anadangəlmə yarıqların növləri: açıq üzvü rinolaliya həm anadangəlmə, həm də sonradan qazanılmış ola bilər (Cədvəl 2.2). Damaq qüsurları öz növlərinə görə müxtəlifdir. Yarıqlar aşağıdakı növdə ola bilər: vasitəli və təcrid olunmuş (vasitəsiz), tam və natamam (Şəkil 2.12), birtərəfli və ikitərəfli (Şəkil 2.13). Onlar ölçülərinə və yerləşdiyi yerə görə fərqli olurlar.



Şəkil 2.12. Üst dodaq və yumşaq damaq yarıqları

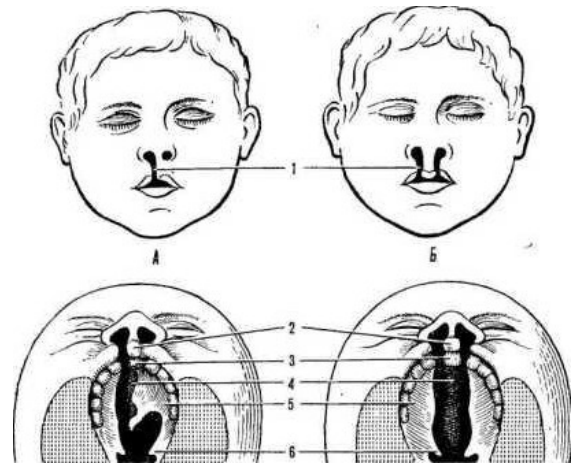


Şəkil 2.13. Sərt damağın yarığı

Vasitəli yarıq: bu üst dodağın tamlığının, alveol çıxıntının, yumşaq və sərt damağın kompleks pozulmasıdır. Təcrid olunmuş yarıq (Şəkil 2.13): bu yumşaq və sərt damağın tamlığının pozulmasıdır. Yarıq alveol çıxıntıya kimi gedib çıxa, bəzən isə onu ələ keçirir, lakin bununla yanaşı tam qala bilər. Vasitəli yarıqlar birtərəfli və ikitərəfli ola bilər.

Birtərəfli yarıqlar sağtərəfli və soltərəfli olaraq iki yerə bölünür (Şəkil 2.14). Təcrid olunmuş yarıq tam və natamam selikaltı (sumbukoz) yarıqlara bölünür. Yumşaq və ya sərt damağın yarığı görsənməyən zamanlar sərt damağın selikaltı (sumbukoz, gizli) yarığının diaqnostikası xüsusi olaraq çətin olur. Çünki o, ağız boşluğunun selikli qişasının altında yerləşir. Bu zaman o, yumşaq damağın təhrif olunması və qısalması ilə birgə müşahidə olunur.

Selikaltı yarığı görmə vasitəsi ilə müəyyən etmək çətinidir. "A" səsinin tələffüzü zamanı təyin etmək olar. Bu zaman selikli qişaya qüsurlu halda əyilmiş üçbucaq formasında dartılır. Bu üçbucaq yaxşı nəzərə çarpır. Onun həcmi sümük



Şəkil 2.14. Birtərəfli və ikitərəfli yarıq

yarığına uyğun gələcəkdir. Belə yarığı sərt damağın arxa kənarına yüngülcə basmaqla hiss etmək mümkündür.

Yarığın formaları	Yarığın növləri
Üst dodağın yarığı	Tam yarıq Natamam yarıq Sumbukoz yarıq
Damağın anadangəlmə yarığı	Tam yarıq Alveol çıxıntının və sərt damağın ön şöbəsinin yarığı Sərt və yumşaq damağın yarıqları (alveolyar çıxıntı qalmaqdadır): 1. tam yarıq 2. natamam yarıq 3. sumbukoz yarıq
Yumşaq damağın yarığı	Tam yarıq Natamam yarıq Sumbukoz yarıq Kiçik dilcəyin olmaması

Cədvəl 2.2. Rinolaliya zamanı anadangəlmə yarıqların təsnifatı

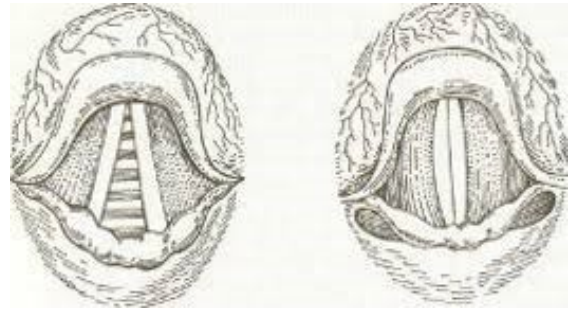
2.1.2. Başqa nitq qüsurları zamanı nitq aparatının anatomik- fizioloji patologiyaları

Səs pozulması zamanı uşaqlarda rast gəlinən patologiyalar

1. Anadangəlmə qüsurlar

Səs aparatının anadangəlmə qüsurları aşağıdakılardır:

- Qırtlaq ximirçəyinin (qığırdaq) qüsuru - həmin hissə bətdaxili ya düzgün inkişaf (əyrilik, anomaliya) etmir və ya inkişafsız (normaya kimi inkişaf etmir) qalır. Normal olaraq qığırdaq 3 sm olur. Bu uşaqlarda 1 sm inkişaf edir (Şəkil 2.15).
- Qırtlaqüstü pərdə sallanır və rahat nəfəs almağa qoymur. Hava da həmin pərdədən keçərkən sürtünür və xışıltılı səs əmələ gəlir. Qırtlağın yolunu tutur. Tibbdə onun adı lörinqomolyasiyadır – pərdənin sallanması.
- Ana bətnində olduqda qan-damar sistemi normal inkişaf etmir, orada angioma (qan düyünləri) əmələ gəlir. Səs tellərinin yanında olduqda onları əzir, sıxır və səs pozulmuş olur.
- Anadangəlmə səs tellərinin olmaması və ya birinin olmaması. Çox nadir hallarda olur (Şəkil 2.16).

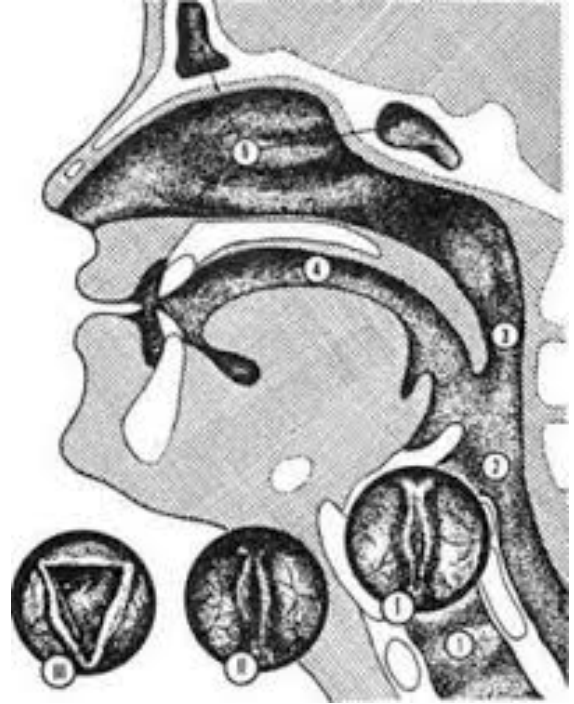


Şəkil 2.15. Qırtlaq ximirçəyinin (qığırdaq) qüsuru

2. Qazanılma qüsurlar

Çox əsəbi, sinirli uşaqlar daim qışqırır və bağırırlar. Sinirli olduqda boğaz əzələləri gərgin olur. Burada ya hipertonus və ya hipotonus olacaq. Uşaqlar öz səslərini böyüklərin səsinə bənzətmək istədikdə, yamsıladıqda səs tellərinə yük və ağırlıq düşür. Səs tellərində problem yaranır, düyün yaranır və bu düyünlər nə qədər çox olsa, səsdə xışıltısı 10-a qədər çox olur.

Dizartriya – artikulyasiya aparatının innervasiyasının pozulması nəticəsində səs tələffüzü qüsurdur. Bu qüsurlar nitq aparatının üzvü çatışmazlığı səbəbindən yaranır. Qüsurların aparıcı əlaməti səs tələffüzünün pozulmasıdır. Dizartriya özünü səslərin artikulyasiya pozulmasında, həmçinin nitqin sürət, ritm və intonasiya dəyişmələrində özünü göstərir.



Şəkil 2.16. Səs telləri

Səbəblər: Dizartriya zamanı mərkəzi sinir sistemində bu və ya digər səbəblərdən üzvi qüsurlar baş verir.

Dizartriyanın bütün formaları üçün xarakterizə olan artikulyasiya motorikasının pozulmasıdır. Bu bir sıra əlamətlərlə bürüzə verilir:

- Əzələ tonusunun pozulması ilə;
- Artikulyasiya əzələlərinin spastik olması ilə;
- Dil, dodaq, üz və boyun əzələlərinin tonusunun yuxarı olması ilə.

Bu uşaqların diaqnostikasının böyük əhəmiyyəti var. Xüsusi çətinlik dizartriyanın zəif formalarının diaqnostikasındadır. Diaqnostikanın əsas kriteriyaları aşağıdakılardır:

- Prosodik pozulmaların olması;
- Səs tələffüzünün daimi pozulması;
- Qoyulmuş səslərin çətin möhkəmləndirilməsi;
- Artikulyasiya hərəkətlərinin bir-birinə keçməsində çətinlik.

Bulbar dizartriyanın aşağıdakı əlamətləri müşahidə olunur:

- Udlağın, qırtlağın, dilin və yumşaq damağın əzələlərinin iflici və ya parezi;
- Udma və çeynəmə hərəkətlərinin çətinliyi;
- Səs tellərinin və yumşaq damağın hərəkət məhdudluğu;
- Hava axınının yumşaq damaq əzələlərinin parezi nəticəsində burundan keçməsi;
- Dilin hərəkət məhdudluğu.

Dizartriyanın bu növü üçün aşağıdakılar xarakterikdir:

- Dil, dodaqlar, yumşaq damaq, qırtlaq, udlaq əzələləri, alt çənəni qaldıran və tənəffüs əzələlərinin atrofiya və atoniyası (bu zaman dil süstləşir və yumşalır);
- Udqunma refleksi və disfaqiyanın zəifləməsi, hipersalivasiyası;
- Reflekslərin zəifləməsi və ya olmaması, müvafiq əzələ qruplarının ixtiyari və qeyri-ixtiyari hərəkətlərinin pozulması.

Bu halda orada yerləşən kəllə beyin hərəkəti sinirlərinin nüvəsi pozulur. Bura baş-beyin 9 (dil-udlaq), 10 (azan), 12-ci (dilaltı) periferik hərəkət neyronlarının, üçlü və üz sinirlərinin, eləcə də boyun-döş səviyyəsində spinal neyronların birtərəfli və ya ikitərəfli ötürücü sinirləri aiddir.

Dizartriyanın bu forması üçün udlaq, qırtlaq, dil və yumşaq damağın iflici və ya parezi xarakterik haldır. Bu defekti olan uşaqlarda bərk və yumşaq qidanı udma, çeynəmə pozulur. Səs tellərinin və yumşaq damağın hərəkətinin pozulması nəticəsində səsdə spesifik pozulma yaranır: səs zəif və burun çalarlı olur. Nitqdə cingilti səslər reallaşmır.

Təsvir olunmuş dizartik uşaqlarda dil və udlaq əzələlərində atrofya müşahidə edilir. Dil əzələsinin paretik vəziyyəti səslərin yanlış tələffüzünə səbəb olur, nitqi tutqun, çox qarışıq və ləng olur. Bulbar dizartriyalı uşağın üzü amimik olur və s.

Pseudobulbar dizartriya üçün xarakterik olan əlamətlər aşağıdakılardır:

- Spastik forma – artikulyasiya aparatında əzələ tonusunun yüksəlməsi;
- Paretik forma – bir əzələnin və ya əzələ qruplarının tonusunun aşağı düşməsi;
- Udlaq və alt çənə reflekslərinin güclənməsi.
- Hipersalivasiya.

Disfagiya ekstrapiramid dizartriyasında səs tələffüzü pozulmaları belə müəyyənləşir:

- Nitq əzələlərində əzələ tonusunun dəyişikliyi ilə;
- Məcburi hərəkətlərin olması ilə (hiperkinez);
- Nitq əzələlərindən propriseptiv afferentasiya pozulmaları ilə;

Əzələ tonusunun az nəzərə çarpan qüsuru zamanı nitq yayılan, anlaşılmaz, səs-burun çalarlı olur, nitqin prosodiya tərəfi, onun intonasiya-melodiya quruluşu, tempi kəskin pozulur. Nitqdə emosional çalarlar əks olunmur, nitq monoton, darıxdırıcı, modullaşmış olur. Səs zəifləyir, donqultuya çevrilir.

Artikulyasiya əzələlərinin spastikliyi aşağıdakı kimi təzahür edir:

- Üz amimimik, palpasiya zamanı isə üz əzələləri sərt və gərgin olur. Bu cür uşağın dodaqları daim yarı gülüş vəziyyətində, yuxarı dodaq diş ətinə sıxılmış şəkildə olur. Dodaqlar nitq zamanı səslərin artikulyasiyasında iştirak etmir.



Tələbələr üçün fəaliyyətlər

1. Qrupda “Nitq aparatının patologiyaları” mövzusunda “press konfrans” keçirin (mütəxəssislər və jurnalistlər komandasından ibarət alt-qruplara bölünərək).
2. Nitq aparatının bəzi patologiyalarını imitasiya edərək nitq problemlərinin necə yarandığını təhlil edin.
3. Nitq aparatının profilini çəkin, hərəkətli və hərəkətsiz əzaları ayrı-ayrı rənglərlə fərqləndirin.
4. Nitq aparatının müayinə kriteriyaları üzrə diaqnostikanı aparın.



Qiymətləndirmə

Aşağıdakı qiymətləndirmə meyarına əsasən qiymətləndirəcəksiniz:

“Şəxsin nitq aparatının anatomik-fizioloji quruluşunun patologiyalarını müəyyən edir”.

1. Nitqyaradıcı mexanizmi izah edin.
2. Nitq aparatı neçə hissədən ibarətdir?
3. Artikulyasiya aparatının hansı əzaları hərəkətli, hansıları isə hərəkətsizdir?
4. Dislaliyaya səbəb olan artikulyasiya aparatında olan patologiyalar hansılardır? Bunlar dislaliyanın hansı formasına aiddir?
5. Rinolaliyaya səbəb olan artikulyasiya aparatında olan patologiyalar hansılardır?
6. Rinolaliya zamanı nitq aparatının patologiyalarına aid təqdimat hazırlayın.
7. Səs pozulmaları zamanı patologiyaların yaranma səbəbləri hansılardır?
8. Dizartriyanın müxtəlif növlərində nitq aparatının patologiyaları özünü necə büruzə verir?
9. Aşağıda verilmiş mövzular üzrə referatlar hazırlayın:
 - Artikulyasiya orqanlarının patologiyası;
 - Səs pozulmalarının yaranmasında nitq patologiyalarının yeri;
 - Dizartriyanın müxtəlif növlərində nitq aparatının patologiyaları.
10. Nitq aparatının anatomik fizioloji patologiyalarına aid mövzularla bağlı təqdimat hazırlayın.

2.2. SİMŞ-nin problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsini müvafiq meyarlar əsasında müəyyən edir

2.2.1. Atipik şəxslərin erkən diaqnostikasının metodoloji əsasları

Atipik inkişafın əsas formalarının bilməsi həm valideynlərə, həm də mütəxəssislərə pozulmaların xüsusiyyətlərini başa düşməyə və uşaqlara maksimal dərəcədə dəstək olmağa kömək edəcək.

İnkişaf prosesi geridönməz və arasıkəsilməz bir prosesdir. Psixi inkişafın əsas qanunauyğunluqlarından danışmaqdan əvvəl qeyd edək ki, inkişaf deyərkən ilk növbədə bu prosesin mərhələlərini göstərən müsbət keyfiyyət dəyişikliklər nəzərdə tutulur.

İyerarxiya qanunu inkişafın əsas qanunudur və bu qanuna görə daha «cavan» və təkmilləşmiş psixi funksiyalar daha «qədim» funksiyaları öz daxilinə qəbul edib tabe edərək qarşılıqlı inkişaf üçün şərait yaradırlar.

İnkişafın daha bir tərəfi geteroxroniyadır, yəni funksiyaların inkişaf vaxtı nöqtəyi nəzərdən müxtəlifliyi. Normal (tipik) inkişafın bir qanunu da bu və ya digər strukturların qeyri bərabər və öz vaxtında formalaşmasıdır ki, bu da senzitiv mərhələlər adlanır. Məs.: nitq və intellektin tam formalaşması müxtəlif vaxtda, amma məhz bu funksiyalara ayrılan vaxtda baş verir, yəni nitq 2-5 yaşda, intellekt isə 12 yaş üçün tam formalaşır.

Bundan başqa qeyd etməliyik ki, psixika xarici əşyavi fəaliyyətin tənzimləyicisi olmaqla yanaşı özü də məhz bu fəaliyyət şəraitində inkişaf edir. Burada həmişə o da qeyd olunur ki, psixika hər yaş mərhələsinə uyğun aparıcı fəaliyyət növü şəraitində inkişaf edir.

Beləliklə, psixi inkişaf prosesi daxili və xarici dünyanın əks etdirilməsində ardıcıl, arasıkəsilməz və geridönməz keyfiyyəti dəyişiklərin baş verməsi prosesidir.

Tipik və atipik inkişaf eyni qanunauyğunluqlara tabe olmasına baxmayaraq, pozulmuş inkişafın bir sıra xüsusiyyətləri var ki, onlar tipik uşaqları atipik uşaqlardan xeyli fərqləndirir. Bunlar aşağıdakılardır:

1. İnkişaf səviyyəsinin enməsi;
2. Sosial adaptasiyanın çətinlikləri;
3. Ünsiyyət çətinlikləri;
4. Nitqin yaş normasına uyğun olmaması;
5. İnkişaf üçün potensial imkanların olması;
6. Uzunmüddətli korreksiya tədbirləri vasitəsilə psixi funksiyaları müəyyən yaş normasına çatmayan səviyyəyədək inkişaf etdirilməsi;
7. Psixi proseslərin iradiliyinin pozulması.

Hər bir kateqoriyalı psixi inkişafın pozulmaları olan uşaqların öz spesifik fərqləndirici xüsusiyyətləri vardır. Amma psixi inkişafın pozulmasının növündən asılı olmayaraq, onlar erkən aşkar edilməli və diaqnostika olunmalıdırlar.

Atipik inkişafın diaqnostikasının müxtəlif formaları mövcuddur.

1. Skrining diaqnostika əsasən bir qrup uşaq və ya bütün siniflə aparılır və ilkin psixoloji – pedaqoji problemlərin üzə çıxarılmasına imkan verir; psixi inkişafda olan

- pozulmalar qeyd olunur, lakin onların dərinliyi, xarakteri kvalifikasiya olunmur.
2. Diferensial diaqnostikanın əsas məqsədi psixi inkişafın pozulmasının növünü və kateqoriyasını müəyyən edib müvafiq korreksion proqramları təklif etməkdir. Bundan başqa mühüm məsələlərdən biri də oxşar vəziyyətləri fərqləndirmək, kliniki, psixoloji – pedaqoji diaqnozları dəqiqləşdirməkdir. Bu məsələnin həlli Tibbi – psixoloji – pedaqoji komissiyaların üzərinə düşür.
 3. Dərin psixoloji – pedaqoji diaqnostika və ya fenomenoloji öyrənilmənin əsas məqsədi uşağın dərkətmə fəaliyyətinin, emosional – iradi və şəxsiyyəti sahəsinin, işguzarlığının və s., yəni fərdi korreksiya- və inkişafedici tədbirlərin seçimi və təşkili zamanı nəzərə alınması vacib olan fərdi xüsusiyyətlərin öyrənilməsidir.
 4. Uşağın inkişafında olan dəyişiklikləri, irəliləyişləri, təlimin effektivliyini və s. müşahidə etməyə dinamik müayinə kömək edir.
 5. Təlimin müəyyən mərhələsinin sonunda aparılan (cəmləşdirici) müayinə alınan nəticələri qiymətləndirməyə imkan verir.

Bu işdə əsas prinsip *humanizm* prinsipidir, yəni bu prinsipə əsasən hər uşağın inkişafı və qabiliyyətlərinin inkişaf etdirilməsi üçün şərait yaradılmalıdır. Bu prinsipə əsasən uşaq hərtərəfli və dərin öyrənilməlidir ki, onun çətinliklərinin aradan qaldırılması üçün düzgün yollar və tədbirlər seçilsin. Əgər bu tədbirlər ümumtəhsil məktəbində bir nəticə vermirsə, onda uşağın xüsusi məktəbə keçirilməsi haqqında məsələ qaldırıla bilər.

Bundan sonrakı prinsiplər müayinənin təşkilinə və aparılmasına aid olduğundan metodik adlana bilər. Bu prinsipləri də nəzərdən keçirək.

Kompleks müayinə prinsipi uşaqların bir sıra mütəxəssislər (müxtəlif sahələrin həkimləri, müəllim – defektoloq, psixoloq və s.) tərəfindən müayinəsini və uşağın maraqları və istəkləri nəzərə alınmaqla alınan məlumatların qeydə alınmasını nəzərdə tutur.

Kompleks müayinə zamanı bioloji və ya somatik, psixoloji (uşağın fərdi davranış xüsusiyyətləri, arzuları, daxili istək və fikirləri), sosial (şəxsiyyət xüsusiyyətləri) və ekoloji (iqtisadi şəraiti) aspektlər araşdırılır. Komplekslik prinsipi bir daha göstərir ki, bütün müayinə edilən sahələr bir biri ilə sıx bağlıdır.

Hərtərəfli, sistemli və bütövlükdə öyrənilmə prinsipi uşağın dərkətmə fəaliyyətinin, emosional – iradi sahəsinin, davranışının öyrənilməsini nəzərdə tutur. Əqli inkişafa böyük təsir göstərdiyindən uşağın fizioloji vəziyyətinin də nəzərə alınması çox vacibdir. Nəzərə alsaq ki, psixi inkişaf psixi funksiyaların ayrı -ayrılıqda əmələ gəlməsi və inkişafı deyil, bu bir- birinə bağlı və bir- birindən asılı inkişafdır, onda bütövlükdə öyrənilmənin mahiyyətini başa düşərik. Bu prinsipə əsasən həm də ilkin və ikincili pozulmalar və s. arasında da münasibətlər öyrənilməlidir.

Dinamik öyrənilmə prinsipi L.S.Viqotskinin uşaq inkişafının iki səviyyəsi (aktual və potensial) haqda konsepsiyasına əsaslanır. Bu prinsip təkcə uşağın müayinə zamanı bildiyinin qiymətləndirilməsini deyil, həm də onun təlimdə potensial imkanlarının («gələcək inkişaf zonası») öyrənilməsini nəzərdə tutur.

Kəmiyyət və keyfiyyət baxımından yanaşma prinsipi yerinə yetirilmiş tapşırıqların qiymətləndirilməsi zamanı son nəticədən başqa həlli yollarının və vasitələrinin seçimini, ardıcılığını, uşağın məqsədə çatmasında ısrarlı olmasını və s. nəzərə alır. Keyfiyyətə təhlil kəmiyyətə təhlili dəqiqləşdirir və zənginləşdirir.

Fərdi yanaşma prinsipi ilk növbədə istifadə edilən metodların yaş xüsusiyyətlərinə uyğunlaşdırılmasını və maksimal dərəcədə fərdiləşməsinə, sonra isə uşaqla pozitiv ünsiyyətin qurulmasına yönəlməlidir.

Diaqnostikanın sonunda alınan nəticələr psixoloji diaqnoz kimi formalaşdırılır və uşağın həm aktual vəziyyətini, həm də onun inkişaf və təliminin proqnozunu özündə əks etdirir. Bunun əsasında müəllimlər və mütəxəssislər korreksion işin istiqamətini, proqramları və s. tərtib edərək, uşaq üçün ən adekvat və effektiv təlim marşrutunu müəyyən edirlər. Psixi inkişafın pozulmalarının diaqnostikası tipik və atipik uşaqların psixi inkişafının ümumi və xüsusi qanunauyğunluqlarına əsaslanır.

Qeyd edək ki, psixi inkişafın pozulmasının (dizontogenez) iki variantı mövcuddur (Q.Y.Suxareva, V.V.Kovalyov):

1. Psixi dizontogenezin birinci variantı psixi inkişafda geri qalan uşaqlara və psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlara aid edilir;
2. Psixi dizontogenezin ikinci variantı emosional, davranış və şəxsiyyətin inkişafında pozulmaları olan uşaqlara aid edilir. Xüsusən də, bu variant autizmlə uşaqlara, nevroz və psixopatiyalı uşaqlara aid edilir. Bəzən epilepsiya uşaq şizofreniyası olan uşaqlara da aiddir.

Psixi dizontogenez və onun növləri

Müxtəlif müəlliflərin psixikanın əmələ gəlməsinə və inkişafına nəzərləri

Psixikanın yaranması və inkişafı bir problem kimi qədimdən bəri bəşəriyyətin mütəfəkkirlərini narahat edirdi. Mənim məqsədim yaxın tarixə nəzər salmaq, yəni XX əsrin mütəfəkkirlərinin bu problemə fikir və münasibətləri ilə tanış olmaq, onları araşdırmaqdır.

A.N.Leontyev "Psixikanın inkişafı problemi" kitabında yazır: "Psixikanın əmələ gəlmə və inkişafı problemi bir-biri ilə sıx bağlıdır." Burada müəllif psixikanın inkişafı ilə bağlı bir neçə nəzəriyyəni gözdən keçirir.

1. Dekartın "antropopsixizm" nəzəriyyəsinə görə psixika insanla bir vaxtda əmələ gəlib və psixika təkcə insana məxsusdur.
2. Robine və Fexnerin "panpsixizm" nəzəriyyəsinə görə ruhlanma bütün təbiətə məxsusdur.
3. Qobbs və Qekkelin "biopsixizm" nəzəriyyəsinə görə psixika bütün canlılarda var.
4. Darvin və Spenserin "neyropsixizm" nəzəriyyəsinə görə psixika sinir sistemi olanlara məxsusdur.

Birinci nəzəriyyə psixikanın bütün insana qədər dövrünün üstündən xətt çəkir.

İkinci nəzəriyyəni heç tənqid etməyə ehtiyac yoxdur.

Üçüncü nəzəriyyəyə görə insanın və digər canlıların psixikası arasında bərabərlik

nişanı qoyulması əsasında düzgün deyil.

Dördüncü nəzəriyyəni rəhbər tutsaq, onda belə çıxır ki, rüşeymi sinir sistemi olan ən sadə canlılarda və insanda psixikanın vəziyyəti eynidir.

Leontyevə əsasən, psixikanın əmələ gəlməsi əsəb sisteminin yaranması ilə sıx bağlıdır, hərçənd ki ilkin mərhələlərdə funksiya ilə əsəb sistemi arasında bir əlaqə yoxdur. Sadəcə psixikanın elementar forması - duyğu qabiliyyəti və onun təzahürü - hərəkət var. Məsələn, bəsitlər hər bir qıcıqlanmaya hərəkət ilə cavab verirlər, amma bu o demək deyil ki, onların sinir sistemi və psixikası var. Beləliklə, duyğu qabiliyyəti canlıların orqanizasiyasından asılı olmayan funksional meyardı və bu ruhi əsasların bir formasıdır. A.N.Leontyev öz kitabında həm də psixikanın başlanğıc, ilk formasına dair iki zidd nəzəri də araşdırıb. Birinci nəzərə görə psixi həyat “gedonik”, primitiv, ibtidai özünüdüşünmənin əmələ gəlməsi ilə bağlıdır.

Bu özünüdüşünmə canlıının müsbət və ya mənfi hislər keçirməsində öz əksini tapır. Bu nəzəriyyəni Leontyev elmə zidd və tənqidə ehtiyacsız sayır. Leontyev (bioloji) həyata “birinci növbədə orqanizmin ətraf mühitin qarşılıqlı əlaqəsi kimi baxır” (Leontyev A.N. “Problema razvitiya psixiki”, 1959, s. 12). Elə burada da o, yazır ki, orqanizmin daxili əlaqələrinin inkişafının əsasın zahiri əlaqələrin inkişafı prosesi təşkil edir və hətta daxili hissiyat ikincilidir, ilkin isə orqanizmin ətraf mühitlə funksional əlaqəsini təmin edən ekstrahissiyatdır.

“Psixika bioloji həyatın mürəkkəbləşməsinin nəticəsidir. Psixika sadəcə orqanizmin həyati funksiyalarından biri olmaqla, həm də orqanizmin inkişafı zamanı əmələ gələrək, həyatın kəmiyyətə daha da ali formasının - psixika ilə ətraf mühiti əks etdirmə qabiliyyəti ilə bağlı həyatın əsasını qoyur”.

Beləliklə, Leontyevə görə, kəmiyyətə müxtəlif 2 əsas həyat forması var: psixikanın yaranmasına qədər mövcud sadə həyat və gerçəkliyi obyektiv əks etdirən, duyğu ilə ifadə edilmiş psixi həyat. İnsan şüurunun tarixdən əvvəlki dövrünün əsasını digər canlıların psixikasının inkişaf prosesi təşkil edir, halbuki onlarda psixikanın olmasından danışmaq düzgün deyil, çünki canlıların fəaliyyəti həmişə instinktiv olaraq qalır. Düzdür, onlarda da psixika bioloji həyatın inkişafı və mürəkkəbləşməsi nəticəsində yaranıb, amma o heç vaxt gerçəkliyin obyektiv əks etdirməsi olmayıb. İnsanın və digər canlıların psixikasının inkişafı bir ana qədər bioloji evolyusiya qanunlarına tabe olub. İnsan heyvanlar aləmindən ayrıldıqdan sonra onun psixikasının inkişafı artıq ictimai-tarixi inkişafın qanunlarına tabe olur.

İnsanda şüurun yaranması psixikanın inkişafında ən yüksək və ali mərhələdir.

“Şüurlu əks etdirmə heyvanlara məxsus psixi əks etdirmədən fərqli olaraq, subyektin şəxsi münasibətindən asılı olmayan, əşyaların gerçəkliyini obyektiv əks etdirən xüsusiyyətdir” (Leontyev A.N. “Problema razvitiya psixiki”, s. 202).

İnsanın heyvanlar aləmindən ayrılması əməyin sayəsində olub. Baş beyin şüurun və, bütövlükdə, psixikanın maddi daşıyıcısıdır. Əmək fəaliyyətinin təsiri altında beynin quruluşu dəyişib və mürəkkəbləşib. Şüurun əmələ gəlməsi insanların əmək fəaliyyəti nəticəsində mümkündür; həm də bu fəaliyyət insanın beynində subyektiv yox, obyektiv - praktiki cəhətdən əks etdirilir. Gerçəkliyin şüurlu əks etdirilməsi təfəkkürün təşəkkülünə

təsir edir.

“Təfəkkür gerçəkliyin həm obyektiv xüsusiyyətlərinin, həm də anlaşılmaz və bilavasitə duyğu ilə qavranılmaz obyektlərin şüurlu əksətdirilməsidir”.

Beləliklə, əmək fəaliyyəti zamanı əşyaların və təzahürlərin obyektiv qarşılıqlı təsirinin dərkətməsi təfəkkürün yaranmasında əsas şərtədir. İnsan təfəkkürü kökündən o biri canlıların intellektindən seçilir, çünki:

1. Onun yaranması və inkişafı ictimai şüurun inkişafı ilə vəhdət təşkil edir;
2. Təfəkkür təkcə insanda müstəqil və daxili əqli fəaliyyətə keçən fəaliyyət ola bilər.

Əmək fəaliyyəti zamanı təfəkkürün praktiki forması olan dil və nitq yaranır.

Leontyev xüsusi qeyd edir ki, fərdi şüur təkcə ictimai şüur mövcud olan yerdə mümkündür.

Şüur elə bil ki, ictimai dil mənalarının, təsəvvürlərin və anlayışların nöqtəyi-nəzərindən keçirilmiş gerçəkliyin əksidir”.

İnsan şüurunun xüsusiyyətlərinə ictimai şərait öz təsirini göstərir. Şüur bioloji inkişafdan tarixi inkişafa keçmiş insanın psixi inkişafında ən yüksək pillədir. Leontyevə görə, psixika ali orqanizasiyası olan canlıların ətraf mühitlə təmasda olan zamanı yaranmış obyektiv əksətdirmənin formasıdır.

Psixikanın öyrənilməsinə 2 cür yanaşılıb:

1) idealistik yanaşmaya görə, psixika absolyutlaşdırılır və maddi dünyanın ümumi qanunlarından ayırd edilərək, müstəqil, maddilikdən xaric bir mahiyyətə çevrilir;

2) a) mexaniki yanaşan materialistlər psixikanın bütün təzahürlərini fizikanın və kimyanın qanunları ilə izah edirlər;

b) natur-fəlsəfəçilər təbiətdə obyektiv və real mövcud olan səbəbiyyət əlaqələrini öyrənib və belə bir materialistik nəzəriyyə yaratmışlar.

Səbəbiyyət proseslərin və təzahürlərin qarşılıqlı əlaqələrini əks etdirən elmi dərkətmənin fundamental anlayışıdır.

Psixikanın mahiyyətinin müasir izahı L.S. Vıqotski, S.L. Rubinşteyn, A.R. Luriya və b. əsərlərində açıqlanıb. İnsan psixikasının inkişafının əsasını individumun (şəxsin) tarixən formalaşmış ictimai tələb və bacarıqların mənimsəməsi təşkil edir. Psixika bütün inkişaf mərhələlərində L.S. Vıqotskinin dürüst ifadə edilmiş qanununa tabe olur: “Uşağın inkişafında hər bir ali psixi funksiya 2 dəfə meydana çıxır: ilk dəfə kollektiv, sosial fəaliyyət kimi, sonra isə individual, daxili, zehni ifadə etmək fəaliyyəti kimi.” Buradan belə nəticəyə gəlmək olar: fərdi psixi fəaliyyətin əsaslarının əvvəli insanların sosial ünsiyyəti və birgə, kollektiv fəaliyyətində qoyulub.

Uxtomskinin dediyinə görə, “psixika bütün formalarında insanın və heyvanların fəaliyyətini və davranışını quran, özünəməxsus, xüsusi funksional vasitədir.

İ.M. Seçenov psixi fəaliyyətin fizioloji mexanizmini öyrənib və sübut edib ki, bütün şüurlu və qeyri-şüurlu həyatın ifadələri mənşəcə refleksdir.

İ.M. Seçenov reflektor fəaliyyətin signal xüsusiyyətini açıqlayıb və bununla ali sinir (əşəb) fəaliyyətə dair nəzəriyyənin təməlini qoyub.

Fizioloq İ.P.Pavlov göstərib ki, xüsusi, insan psixikasının formalaşması beyin fəaliyyətinin fizioloji mexanizmlərinin dəyişilməsi və ikinci siqnal sistemin, yəni nitqin, yaranması ilə bağlıdır. L.S.Vıqotski yazır ki, lap sadə insani dərkətmə təkcə insanın öz fərdi təcrübəsi ilə kifayətlənmir, o, ictimai təcrübəyə əsaslanır və əsil təfəkkürə çevrilir.

Beləliklə:

Təfəkkür - gerçəkliyin qarşılıqlı əlaqə və xüsusiyyətlərinin və anlaşılmaz, bilavasitə duyğu ilə qavranılmayan, obyektlərin obyektiv əks etdirilməsidir.

Şüur, əvvəlcədən aktiv dərkətmənin inikası və psixikanın konkret tarixi formasıdır.

Psixi inkişafın pozulmaları və onun növləri

Baş beyin strukturlarının və funksiyalarının patologiyası nəticəsində, uşaq və yeniyetmə dövründə psixi inkişafın pozulması psixi dizontogenez adlanır. Bu termin XX əsrin 70-ci illərində meydana gəlib. Psixi dizontogenez ümumi dizontogenezin tərkib hissəsi olaraq, V.V. Kovalyov, M.Ş. Vrono, Q.Y. Suxareva tərəfindən araşdırılıb.

Psixi inkişafın pozulmalarının əsas tipləri bunlardır:

1. retardasiya və ya inkişafın ləngiməsi;
2. inkişaf qanunlarına uyğun olmayan və ya pozulmuş psixi inkişaf;
3. psixi inkişafın yaş disfunksiyası əsasında yaranmış pozulması.

Psixi inkişafın müvəqqəti və ya dayanıqlı ləngiməsi "retardasiya" adlanır. Retardasiya ümumi və qismi ola bilər.

Ümumi retardasiya oliqofreniyanın və psixi inkişafın ləngiməsinin əsasını təşkil edir. Qismi retardasiya isə psixi infantilizmin bəzi formalarında müəyyən edilir və bəzi psixi funksiyaların inkişafdan geri qalması ilə səciyyəlidir.

Q.Y.Suxareva və M.S.Pevzner belə sayırlar ki, (1959) qanuna uyğun olmayan inkişaf asinxron inkişafın, yəni bəzi psixi funksiyaların qabaqlayıcı, o birilərin isə ləng inkişafının nəticəsidir.

Uşaq yaşlarında şəxsiyyətin psixogen patoloji, yəni şizoid, epileptoid, psixopatik, isterik və s. tiplərinin formalaşması da mümkündür. Dizontogenezin bu qrupuna erkən uşaq autizmi də daxildir. Bu sindrom və psixopatiyaların müalicəsi həkim-psixonevroloq və psixiatrlar tərəfindən aparılmalıdır; amma bu halların ümumi və gözə çarpan xüsusiyyətlərini məktəb psixoloqları və, xüsusən də, ibtidai sinif müəllimləri bilməlidirlər. Ümumi xüsusiyyətlər bunlardır: belə uşaqlar ətrafdakılarla ünsiyyətini ya məhdudlaşdırırlar, ya da ki tam kəsirlər; emosiya barəsində çox soyuq olurlar; bircürəli, stereotip, hərəkətlərə meyillidirlər; davranışın pozulması, nitqin, intellektin, zəif inkişaf etməsi xarakterikdir. Buradan Asperqer sindromu istisna edilir, çünki onun üçün nitqin və intellektin qabaqlayıcı inkişafı xarakterikdir. V.V.Kovalyov (1979) neqativ - dizontogenetik və produktiv - dizontogenetik simptom və sindromları ayırd edir.

Psixi inkişafın ləngiməsi neqativ - dizontogenetik simptomlara aiddir.

Psixi dizontogenezin əmələ gəlməsində bioloji (genetik, ekzogen - orqanik) və sosial - psixoloji patogen faktorların rolu böyükdür. Sosial-psixoloji patogen faktorlar baş beynin strukturları və funksiyaları formalaşandan sonra təsir göstərdiyindən, bu növ psixi

dizontogenezin əlamətləri daha tez aradan qaldırılır, nəinki bioloji faktorların təsiri altında əmələ gələn psixi dizontogenez.

Xüsusi qeyd etmək lazımdır ki, oliqofreniya və infantilizm xəstəlik yox, patoloji haldır, inkişafın anomaliyasıdır. Xəstəliklər, xüsusən də psixi xəstəliklər, fazalarla, bir proses kimi gedirlər. Psixi dizontogenez isə bəzi psixogen xəstəliklərin (nevroz, şəxsiyyətin patoloji inkişafı və s.) əsasında və ya ilkin ola bilər.

Uşağın psixi inkişafının ilkin (baza) əsasları

V.İ. Lubovskinin fikrincə, psixi inkişafın şərtləri və ya tərkib hissələri psixi inkişafın ümumi strukturunda "makrovahidləri" təşkil edir. Axır onillikdə bu problem üzərində A.V. Semenoviç, K.S. Lebedinskaya, O.S. Nikolskaya və başqaları çalışıb. N.Y. Semaqo və M.M. Semaqo psixi inkişafın və bütövlükdə psixi fəaliyyətin səviyyəli strukturun və onun anomaliya nəticəsində dəyişməsinə araşdırıb və konkretləşdiriblər. Psixi fəaliyyətin baza əsasları uşaq doğulandan, bəzi tədqiqatçıların fikrincə isə uşaq ana bətnində olarkən formalaşır. Bu əsasların formalaşmasına çox amilin təsiri var: ananın həm psixi, həm fiziki sağlamlığı, hamiləlik zamanı xəstəlik, stress, travma və s. keçirməsi, psixoloji şərait. Baza əsaslar sistemi üç bir-biri ilə bağlı və bir-birini tamamlayan elementdən asılıdır: ixtiyari psixi fəallıq, məkani və məkani-zamanı anlayışlar və əsas affektiv requlyasiya. Əlbəttə bu bölüm, bütün təsnifatlar kimi, şərtidir, amma hər elementin inkişaf dərəcəsi bütün psixi inkişafdan və ya onun anomaliyasından xəbər verir.

1) İxtiyari psixi fəallıq uşağın psixi inkişafının baza əsaslarından biridir. Q.Q.Kravtsov (1994) yazır ki, psixika və davranışın şüurlu idarəetmə qabiliyyəti, yəni ixtiyariliyin əmələ gəlməsi və uşağın şəxsiyyət kimi formalaşmağa başlaması bir vaxta təsadüf edir. Uşağın davranışı sərbəst, onun öz qaydaları əsasında qurulur. İxtiyari psixi fəallığın ən vacib əlaməti dərk etməkdir.

İxtiyari psixi fəallıq (N.Y.Semaqo və M.M.Semaqo) üç səviyyədən ibarətdir.

I səviyyə - ixtiyari sensomotor fəallıq. Bu səviyyə erkən yaşda (1 yaşadək) əmələ gəlir və sonra ixtiyari hərəkəti fəallığa keçir.

II səviyyə - ali psixi funksiyaların, yəni yaddaşın, diqqətin, təfəkkürün bəzi növlərinin ixtiyari requlyasiyası. Bu ixtiyarilik nitq inkişafının müəyyən mərhələsində əmələ gəlir. Məsələn, balaca uşaq isti ütüyə yaxınlaşanda, özü özünə deyir: "Olmaz."

III səviyyə - ixtiyari emosional requlyasiya. Bu səviyyə vaxt etibarlı ilə daha gec əmələ gəlir və əvvəlcədən böyüklərin vasitəsi ilə, yəni onların uşağın davranış və hərəkətlərinə verdiyi qiymət ilə ifadə olunur.

Bütün bu səviyyələr ciddi ardıcılıqla yox, qarşılıqlı inkişaf edirlər. Məsələn, uşağın sensomotor inkişafı üçün ananın həm müsbət, həm də mənfi emosional qiymətləndirilməsi çox vacibdir. Hərəkət inkişafı üçün bəzi ali psixi funksiyaların inkişafı lazımdır. Bu baxımdan hərəkətin inkişaf qanunları çox əhəmiyyətli olduğundan, onları nəzərdən keçirək.

1. Hərəkətlərin inkişaf qanunları

1. Funksiyaların ardıcılığı qanunu: hərəkət vərdişləri ardıcılıqla və mərhələ-mərhələ əmələ gəlir, yəni hər mərhələdə gələcəkdə inkişaf etməli funksiyaların təməli

qoyulur, ardıcılıq pozulmamaq şərti ilə.

2. Mərhələləri ötmək qanunu: hərəkətlərin inkişaf mərhələləri elə bil bir-birini ötüb keçirlər, yəni uşaq yeni hərəkətləri mənimsəyir, əvvəlki hərəkətlərdə isə mükəmməlləşir.
3. Ardıcılığı fərqləndirmə qanunu və ya diferensiasiya qanunu. Sensomotor fəallıq inkişaf etdikcə, əmələ gələn hərəkətlər getdikcə bir-birindən fərqlənir və ayırd olunur. Əvvəlcə ümumi hərəkət formalaşır. Məsələn, uşağın başı 2 ayadək bədən ilə birlikdə hərəkət edir, sonra isə başla bədən hərəkətləri ayırd olur, yəni hərəkətlərin diferensiasiyası əmələ gəlir.
4. Kefalo-kaudal qanun və ya bədən müxtəlif hissələrinin ardıcılıqla hərəkətə cəlb olunması qanunu: hərəkətlərə əvvəl baş, sonra əllər, bədən, ayaqlar cəlb olunur.
5. Proksimal - distal qanun: əvvəl bədən orta xəttinə yaxın (yəni proksimal) olan hissələrin, sonra isə orta xəttə uzaq (distal) olan hissələrin hərəkəti mənimsənilir. Məsələn, çiyin hərəkətləri üstə nəzarət daha tez bərqərar olunur, nəinki əl barmaqları üstə.
6. Əsas ox ya mehvər qanunu: uşağın hərəkətləri onun bel sütununa parallel olan səthdən mükəmməlləşir.

Qeyd etmək lazımdır ki, birinci iki qanun nevrologiya qanunu adlanır və təkcə hərəkətlərin inkişafı yox, həm də bütövlükdə psixikanın inkişafı üçün əsas təşkil edən qanunlardır. Atipik inkişaf məhz bu qanunların pozulmasının nəticəsidir.

2. Məkani, məkani-zamani anlayışların formalaşması hərəkət fəallığı ilə çox sıx bağlıdır, həm də uşağın emosional həyatının əsasını təşkil edir. Kvazi-məkani, yəni kəmiyyət məkani-zamani anlayışların əmələ gəlməsində onların rolu böyükdür. Məkani, məkani-zamani və kvazi-məkani anlayışların lazım olmayan həddə formalaşması bilavasitə uşağın intellektual inkişafının səviyyəsinə təsir edir, bu da öz növbəsində yazının, hesabın, oxunun və abstrakt-məntiqi təfəkkürün pozulmasına gətirib çıxarır. Əgər sensomotor fəallıq böyüklərlə əsasən anası ilə ünsiyyət zamanı əmələ gəlsə, bu zaman məkani anlayışlar sensomotor fəallıq əsasında inkişaf edəcək. A.V.Semenoviç, N.Y. Semaqo və M.M.Semaqo məkani anlayışların mənimsənməsində 4 səviyyəni ayırd edirlər:

I səviyyə - öz bədən məkanını mənimsəməsi. Bura daxili üzvlərdən gələn qeyri-şüurlu, qeyri-ixtiyari (aclıq, toxluq və s.) və taktil hissiyatlar daxildir.

II səviyyə - ətrafdakı obyektlərin və bədən qarşılıqlı əlaqəsinə aid məkani anlayışlar.

Bu:

- Topoloji anlayışlar, yəni bu və ya digər əşyanın harada olmasına aiddir;
- Koordinat anlayışlar, yəni əşyaların aşağı ya yuxarıda, sağda və ya solda yerləşməsinə aiddir;
- Metrik anlayışlar, yəni əşyaların nə qədər yaxın və ya uzaq yerləşməsinə aiddir.

Bu səviyyədə uşaqda artıq formalaşmış dünya görüşü əmələ gəlir. Qeyd etmək lazımdır, bu anlayışlar uşaqda aşağıda göstərilən ardıcılıqda əmələ gəlir.

III səviyyə - məkani anlayışların nitq vasitəsi ilə ifadə edilməsi. Bu səviyyə nitq

inkişafının müəyyən mərhələsində mümkündür, nitqdə birinci növbədə topoloji, sonra koordinat, sonra isə metrik işarələr öz əksini tapır.

IV səviyyə - linqvistik anlayışlar, yəni dil məkanı - bu uşağın psixi və intellektual inkişafında ən gec əmələ gələn, amma dilin və təfəkkürün inkişafında əsas rol oynayan anlayışlardır.

Bu səviyyələrin formalaşması ixtiyari psixi fəallığın və emosional-affektiv sferanın inkişafı ilə sıx bağlıdır.

3. İlkin (baza) affektiv requlyasiyanın səviyyələri K.S.Lebedinskaya və O.S.Nikolskaya tərəfindən araşdırılıb. Affektiv və ya emosional requlyasiyanın rolu çox böyükdür, xüsusən də davranışın və uyğunlaşmanın tənzimlənməsində. Affektiv requlyasiyanın hər səviyyəsi ayrı-ayrı uyğunlaşma məsələlərini həll edir və səviyyələrin bir-birini əvəz etməsi mümkün deyil. Hansı bir səviyyənin güclənməsi və ya zəifləməsi uyğunlaşmanın pozulmasına, yəni dezadaptasiyaya gətirib çıxara bilər. K.S.Lebedinskaya və O.S.Nikolskaya affektiv requlyasiyanı 4 səviyyəyə bölürlər.

I səviyyə - ətraf mühitin qıcıqlandırıcılarına cavab vermək, başqa sözlə mühiti reaktivlik - bu səviyyə ətraf mühitin təsirindən qorunma məsələsini həll edir. Bu səviyyədə emosional təəssuratlar ümumi psixi rahatlıq və ya narahatlıqla bağlıdır və insanın davranışını müəyyən edərək, onun təhlükəsizliyini və ruhi tarazlığını təmin edir.

II səviyyə - affektiv stereotiplər səviyyəsi uşaq orqanizminin uyğunlaşmasında mühüm rol oynayır, insanın gələcək həyatının hiss və duyğu baxımından özünəməxsusluğunu təmin edir. Səviyyənin əsas məsələsi somatik ehtiyacların ödənilməsi; orqanizmin funksiyalarına nəzarət; psixi, somatik və ətrafdan gələn qıcıqlandırıcıların emosional əlaqələndirilməsidir. Bunun yekunu uşağın hissiyat (sensor) üzvləri vasitəsi ilə ətraf mühitə uyğunlaşmaq üçün emosional stereotiplərin, başqa sözlə, vərdişlərin yaranmasıdır. İnsanın şəxsiyyət kimi formalaşmasında bu səviyyənin rolu böyükdür.

III səviyyə - affektiv ekspansiya, yəni hislərin coşqunluğu səviyyəsi. Bu səviyyənin inkişafı sayəsində orqanizm ətraf mühitin dəyişkənliyinə uyğunlaşır. Uşağın emosional təəssuratları istədiyinə nail olub olmadığından asılı olmayaraq güclü olur. Balaca uşaq təhlükədən qaçmır, əksinə təhlükə, gözlənilməyən hadisə onda gur emosional reaksiyaya səbəb olur.

IV səviyyə - emosional nəzarət səviyyəsi. Bu səviyyə uşağın ətraf mühitlə münasibətlərinin dərinləşməsində və fəallaşmasında, onu əhatə edən insanlarla emosional kontakt, ünsiyyət normaları və davranış qaydaları yaratmasında yeni bir pillədir. Uşaq o biri insanların emosional reaksiyasını ətrafa uyğunlaşmaq üçün bir məlumat və ya signal kimi qəbul edir. Erkən yaşlarda ananın səsi, baxışı, üzünün ifadəsi, əllərinin toxunması belə bir signaldır. Uşaq inkişaf etdikcə, bu səviyyə o biri insanların emosional təcrübəsinə əsaslanaraq, emosional nəzarətin və ibtidai özünüqiymətləndirmənin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Uşağın həyatına “yaxşı - pis”, “olar - olmaz”, “lazımdır - lazım deyil” anlayışları, təqsirli olmaq, həzz almaq və s. hislər daxil olur.

III və IV səviyyələr bir-biri ilə sıx bağlı olub, bir-birini tamamlayırlar.

Tipik uşaq inkişafının dövrlərə bölünməsi

1. Uşaqların psixi inkişafına dair nəzəriyyələr.

Atipik inkişafın xüsusiyyətləri normal inkişafı müqayisədə aşkar olunur. İnkişafı pozulmuş uşaqların təlimində əmələ gələn çətinlikləri araşdırmaq üçün tipik inkişafın əsas qanunauyğunluqlarını bilmək lazımdır. Əlbəttə, hər uşağın öz individual inkişaf yolu var, hər uşaq nəinki özünəməxsus templə inkişaf edir, hətta hər inkişaf pilləsini özünəməxsus yolla keçir. Hər inkişaf pilləsi tək, xüsusi və ümumi bir-birinə təsir edən və asılı olan və bütövlükdə vəhdət təşkil edən xassələrdən ibarətdir. Amma həm normal, həm də anomal uşağın psixi inkişafının xüsusiyyətini başa düşmək üçün, ümumi qanunauyğunluğu və yaş xüsusiyyətlərini bilmək lazımdır.

Yaş və individual xüsusiyyətlər bir-biri ilə bağlıdır, amma yaş psixi inkişafda hədd, və ya standart rolu oynamır. Individual xüsusiyyətlərin rolu uşağın yaşı artdıqca, mürəkkəbləşir və daha da əhəmiyyətli olur.

S.L. Rubinşteyn yazır: “Böyüyən uşağın hər inkişaf dövrü həm pillədir, həm də o biri pilləyə keçiddir. Buna görə hər yaşın tərfi sabit ola bilməz; o, hər dövrə əsas olan mühüm və əsas dəyişikliklərdən ibarətdir”. Keçmiş SSRİ-də P.P.Blonski ilk dəfə uşaq inkişafının mərhələlərinin bir-birindən böhran dövrləri ilə ayırd edilməsindən yazıb. Psixi inkişaf prosesində böhran, və ya keçid dövrlərin olmasına L.S. Vıqotski öz “Yaş problemi” məqaləsində toxunub (1984). L.S. Vıqotski böhran dövrlərini qeyri-müntəzəmliyin göstəriciləri kimi qiymətləndirib və yazıb: “Əgər kritik yaş dövrünün olması empirik yolla tapılmasaydı, onda bu anlayış inkişafın sxeminə nəzəri təhlilin nəticəsi kimi daxil olardı”. Vıqotskiyə görə, böhran və ya keçid dövrlərinin öyrənilməsi psixi inkişafda olan daxili ziddiyyətlərin açılmasına kömək edir.

A.N. Leontyev uşağın psixi inkişafına dair yazır ki, “uşağın psixi inkişafını onun öz həyatı, bu həyatda gedən real proseslər, başqa sözlə desək, uşağın həm daxili, həm də xarici fəaliyyətinin inkişafı təyin edir”.

A.N. Leontyev “aparıcı fəaliyyət” anlayışına xüsusi əhəmiyyət verərək yazır ki, o, psixi inkişafın hər mərhələsində uşağın ətrafa məhz bu mərhələdə olan münasibəti ilə, bu mərhələyə xas olan aparıcı fəaliyyəti ilə müəyyən olunur. Bir inkişaf mərhələsindən o birisinə keçidin əlaməti isə elə uşağın ətrafa olan aparıcı münasibətinin və bütövlükdə aparıcı fəaliyyətinin dəyişməsidir.

Bəs boy atma və inkişaf etmə nə ilə fərqlənirlər?

Bu və ya digər psixi funksiyanın təkmilləşmə prosesi nəticəsində kəmiyyətə dəyişməsinə boy atma ya boy artımı deyirlər. Klassik biheviorizm psixi inkişafı kəmiyyətə artma prosesi kimi göstərirdi.

İnkişaf etmə isə birinci növbədə psixi funksiyanın keyfiyyətə dəyişməsi, müəyyən yeni törəmələrin əmələ gəlməsi və vaxt etibarlı ilə psixi strukturların gec ya tez formalaşması ilə səciyyələnir.

Uşağın psixi inkişafına dair nəzəriyyələr ya E.Qekkel və Müllərin biogenetik, ya da S.Xollun rekapitulyasiya qanununa əsaslanır. E.Qekkel və Müllərin qanunu: “Bətdə inkişaf zamanı insan və ya digər canlı filogenezi prosesində bu növün keçdiyi mərhələləri

müxtəsərcə təkrar edir.”

S.Xollun rekapitulyasiya qanunu: “Ontogenez cəmiyyətin inkişafı tarixin müxtəsər təkrarıdır.” Bu nəzəriyyələr içində V.Şternin konvergensiya (birləşmə) və ya iki amil nəzəriyyəsinin öz yeri var. İki amil deyəndə, V.Ştern irsiyyəti və mühiti, bioloji və sosial amilləri nəzərdə tuturdu. Uşağın psixi inkişafında bioloji və sosial faktorların rolunu araşdıraraq, o yazırdı ki, psixi inkişaf daxili əlamətlərin və keyfiyyətlərin və xarici, yəni ətraf əlamətlərin konvergensiyası (birləşməsi) nəticəsidir.

L.S. Vıqotskiyə görə psixi inkişaf prosesi bioloji və sosial faktorların vəhdətidir, amma bu irsi və mühiti amillərin sadə mexaniki və ya sabit birləşməsi yox, mürəkkəb təbəqələşdirilmiş dinamik vəhdətdir. Bundan başqa, hər psixi prosesin inkişafının ayrı-ayrı mərhələlərində ətraf mühitin təsiri də ayrı olur. Məsələn, əmmə refleksi anadangəlmə hərəkəti akdir və ətraf mühitdən asılı olmayan irsi bioloji faktordur. Amma belə mürəkkəb psixomotor funksiyalar(iradi diqqət, fəal yaddasaxlama və s., yəni koqnitiv fəaliyyət), öz inkişafına daha çox müddət tələb edərək irsi faktorlardan yox, əsasən ətraf mühitin sosial faktorlarından asılıdır. Əlbəttə ki, buradan beyinin ağır orqanik zədələnmələri və bunun nəticəsi olan koqnitiv fəaliyyətin pozulması istisna edilməlidir.

Uşağın psixi inkişafı, xasiyyətinin, davranışının və bütövlükdə, şəxsiyyətinin formalaşması tərbiyə, təlim, mədəni-məişət şəraitindən, ünsiyyətin və fəaliyyətin forması və üsullarından asılı uzunmüddətli prosesdir. Uşağın psixi inkişafının həm şərti, həm də mənbəyi mühitdir.

Uşağın psixi inkişafının mərhələləşdirilməsinə P.P. Blonski, L.S. Vıqotski, A.N. Leontyev, D.B. Elkonin çox diqqət yetirirdilər. P.P. Blonski psixi inkişafa təsir göstərən mühiti faktorların rolunu vurğulayaraq yazır: “İnkişafa təsir edən iqtisadi və mədəni şərait nə qədər əlverişli olsa, inkişaf bir o qədər sürətli olar”. O, uşaq inkişafını dönüş, sıçramalarla müşayiət edilən və kəmiyyətcə dəyişkən proses kimi qiymətləndirirdi.

L.S. Vıqotski “Yaş problemi” məqaləsində yazır: “Uşaq şəxsiyyətinin formalaşmasında yaş mərhələlərin əsasını ancaq inkişafın daxili dəyişiklikləri və onun gedişində olan dönüşlər təşkil edir”.

P.P. Blonski və L.S.Vıqotski psixi inkişafın mərhələləşdirilməsinin nəzəri təməlin qoydular. XX əsrin 30-cu illərində A.N. Leontyev və S.L. Rubinşteyn psixi inkişafın hərəkətverici qüvvələrini öyrənərək, bu məsələni psixi inkişafın mərhələləndirmə məsələsi ilə əlaqələndiriblər.

A.N. Leontyev aparıcı fəaliyyət növündən yazarkən, uşağın psixi inkişafının hər konkret mərhələsinə xas olan fəaliyyətin təhlilinə əsaslanır. Amma uşağın həyatı fəaliyyət növlərinin mexaniki cəmləşməsi deyil: bəzi fəaliyyət növləri müəyyən mərhələdə mühüm, aparıcı, o biriləri isə asılı rol oynayır. Psixi inkişafın hər mərhələsi aparıcı fəaliyyət növü ilə fərqlənir.

“Aparıcı fəaliyyət növlərinin əvəzlənməsi məhz bir inkişaf mərhələsindən o birisinə keçid əlamətidir” (A.N. Leontyev, 1983, t. 1, səh. 285).

Beləliklə, aparıcı fəaliyyət növünün təsiri altında uşağın psixikasında və psixi proseslərdə əmələ gələn dəyişiklər onun bir yaş mərhələsindən o birisinə keçidini təmin

edir. Məktəbəqədər dövrün aparıcı fəaliyyəti oyundur, məktəb dövrününə isə - tədris və təlim; yeniyetmə dövründə aparıcı fəaliyyəti ayırd etmək çətindir, çünki, həddi-buluq inkişafı intellektual və fiziki inkişafa təsir göstərərək, T.V. Draqunova və D.B. Elkoninin yazdığına görə, yeniyetmələr arasında xüsusi ünsiyyət fəaliyyətinin yaranmasına gətirib çıxarır. L.S. Vıqotskiyə görə, sosial mühit uşağın psixi inkişafını istiqamətləndirir. Hər sonrakı yaş mərhələsində şəxsiyyət təkcə kəmiyyətcə yox, həm də keyfiyyətcə dəyişir. Psixi proseslərin və onların arasında olan əlaqələrin yaranması, yeniliklərin əmələ gəlməsi psixi inkişafın əsas əlamətidir. Müxtəlif psixi funksiyalar arasıkəsilməz və qeyri-bərabər inkişaf edir. Hər psixi funksiya optimal, bu funksiyanın şüurda əsas yer tutduğu inkişaf mərhələsində tərəqqi edir. Məsələn, körpə uşağın səciyyəlməmiş şüurunda hakim vəziyyət tutan qavrama funksiyası gələcəkdə də inkişaf edir, amma məhz bu mərhələdə onun inkişafı daha intensiv olur. Başqa bir misal: nitq əsasən 5 yaşından sonra intensiv və hərtərəfli inkişaf edir; 1,5-dən 5 yaşadək nitq funksiyası şüurda hakim vəziyyət tutduğundan, məhz bu yaş dövründə nitq daha sürətlə inkişaf edir. Yaddaşın şüurda hakim vəziyyət tutduğu dövr məktəbəqədər yaşa, təfəkkürün isə məktəb yaşlarına düşür və məhz bu dövrlərdə adı çəkilən funksiyalar daha sürətlə tərəqqi edərək, koqnitiv fəaliyyətə təsir göstərir. Psixi funksiyalar arasında qarşılıqlı əlaqə yaranır və bu funksiyalararası əlaqələr bir yaş dövründən o birisinə keçəndə sabit qalır, əksinə, daha da mürəkkəb və dəyişkən olur.

Psixi inkişafın bünövrəsini təşkil edən müxtəlif sistemlərin formalaşması bətdaxili dövrdə başlayır. Anadan olanda, onlardan bəzilərinin, məsələn, analizatorların (hiss üzvlərinin) periferik hissələri artıq inkişaf etmiş olur, bu da primitiv əmici və tutucu reflekslərlə və qoruyucu reaksiyalarla özünü bürüzə verir. Analizatorların sonrakı inkişafı əvvəlcə beyinin qabıqaltı, sonra isə analitik və sintetik fəaliyyəti təmin edən beyinin qabığında olan hissələrin inkişafı hesabına olur.

Hər yaş mərhələsinin öz xüsusiyyətləri var, hər yaş mərhələsi gələcək mərhələnin özülünü hazırlayır. İnkişaf prosesinin hansısa mərhələdə pozulması mütləq bundan sonrakı mərhələdə psixi funksiyaların inkişafının pozulmasına, nəticədə isə psixi inkişafın tempinin pozulmasına və anomaliyaya gətirib çıxarır. Bir də ki inkişafın müxtəlif mərhələlərində mühiti amilin təsiri müxtəlifdir. Məsələn, nitqi mühitin təsiri və əhəmiyyəti 1,5 yaşda və 15 yaşda kəskin fərqlənir.

Dövləşdirmə (D.B. Elkonina görə).

Uşaqlığın dövləşdirmələrini şərti olaraq 2 növə bölmək olar:

1. Monosimptomatik, yəni cəmi bir əlamətə (simptoma) görə dövləşdirmə. Bura P.P. Blonskinin və V.Şternin dövləşdirmələri aiddir. P.P. Blonski əlamət kimi sümükləşmənin dərəcəsini və bu sümükləşmənin göstəricisi kimi dişlərin çıxması vaxtını və vəziyyətini götürərək, dişsiz, süd dişli və sabit dişli uşaqlıq dövrlərin ayırd edir. V.Ştern isə dövləşdirmənin əsasına bir əlaməti - nitqin inkişaf dərəcəsini qoyub.

2. Polisimptomatik, yəni neçə əlamətə (simptoma) görə dövləşdirmələr əsasən təsviri səviyyəlmənilər.

Hazırda işlədilən uşaq yaşlarının dövləşdirilməsi D.B. Elkonin tərəfindən təklif edilib:

1. Anadan doğulduğu zamanın krizisi və ya böhranı;
2. Körpəlik dövrü 0-1 yaş
3. Bir yaşın böhranı
4. Erkən uşaqlıq dövrü 1-3 yaş
5. Üç yaşın böhranı
6. Məktəbəqədər uşaqlıq dövrü 3-7 yaş
7. Yeddi yaşın böhranı
8. Kiçikyaşlı məktəbli dövrü 7-11 yaş
9. 11-12 yaşın böhranı
10. Yeniyetmə yaş dövrü 11-15 yaş
11. Böyükyaşlı məktəbli dövrü 15-17 yaş

Hazırda tədqiqatçılar və psixoloqlar anadan gəlmə prosesi böhran və güclü stress kimi qiymətləndirirlər, çünki dölün ana ilə olan qan əlaqəsi kəsilir və o, rahat şəraitdən ona yad olan, soyuq və işıqlı mühitə düşür. Anadan olandan sonrakı ilk günlərdə uşağın çəkisinin aşağı düşməsi orqanizmin bütün fizioloji mexanizmlərinin yenidən qurulması və yeni şəraitə uyğunlaşmasının əlamətidir. Psixanalitiklər anadangəlməni travma kimi qiymətləndirərək, bu keçirilmiş travmanın insanın bütün sonrakı həyatına təsir göstərdiyini deyirlər. Fizioloji nöqtəyi-nəzərdən, anadangəlmə dövrü uşaq orqanizmi ilə ətraf mühit arasında tarazlıq yaranan zaman sona çatır; bu tarazlığın əlaməti isə uşağın anadangəlmə çəkisinin bərpa olunmasıdır. M.İ.Lisina bu yaşda uşağın böyüklərlə, əgər belə demək olarsa, ünsiyyətinin və ya böyüklərə reaksiya verməsinin ən ilk ifadələrini "canlanma kompleksi" adlandırır.

Körpəlik dövrün (0-1 yaş) aparıcı fəaliyyət növü emosional ünsiyyətdir. Bu ünsiyyətin daxilində və zəminində görmə, eşitmə və əzələ-hərəkəti hissiyatlarla nizamlanan sensomotor və səmti hərəkətlər yaranır. Yaşın yeni törəməsi isə uşağın onu əhatə edənlərlə ünsiyyətə və emosional əlaqələrə ehtiyac duymasıdır. Əgər belə ünsiyyət vaxtında təmin edilmirsə, onda uşağın gələcək psixi inkişafı ləngiyir və anormal olur.

Uşaq ayaq açan zaman onun ünsiyyət və özü üçün yeniliklər açmaq imkanları genişlənir və məhz bu vaxt o, bir yaşın böhranını keçirir. D.B. Elkoninin "uşağın böyüklə ayrılmazlığı daxildən pozulur" sözləri bu yaşın böhranına aiddir (D.B. Giğkonin, «Izbrannie psixoloqicheskie trudy».1989, s. 47). Bundan sonra uşaq böyüklərin köməkliyi ilə yaşayır.

Erkən yaş dövrünün (1 - 3 yaş) aparıcı fəaliyyət növü əşyalarla səmti və manipulyativ hərəkəti fəaliyyətdir. Bu yaşda dərk etmə və hərəkəti fəallıq sürətlə inkişaf edərək, yeni ünsiyyət vasitəsi - nitq tələb edir. Uşaq situativ sözlərdən əşyalarla əlaqələndirilmiş sözlərə və cümlələrə keçir. Artıq o, əşyaların vəziyyətini nəzərə alaraq, öz istədiyinə nail olur və beləliklə "Mən - özüm" situasiyanı yaradıb, bir növ intellektual məsələni həll etmiş olur. Nitq, aktiv-əyani təfəkkür və "Mən-özüm" situasiyası bu yaşın yeni törəməsidir (aktiv lüğət 1000 sözdən çox). 3 yaşın böhran əlamətləri bunlardır:

1. neqativizm, yəni böyüklərin hər təklifindən, mənasız müqavimət göstərərək, imtina etmək;

2. tərslik, inadkarlıq;
3. “qiymətdən düşmə” əlaməti - uşaq öz sevimli ata, ana, nənə və s. təhqiredici sözlərlə adlandırır.

D.B.Elkonin yazır: “Bu böhran uşağın böyüklərlə sosial əlaqələrinin böhranıdır”.

Məktəbəqədər yaş dövründə (3-7 yaş) psixi funksiyaların, ümumi motorikanın, nitqin (aktiv lüğət 3500 söz) və bütövlükdə şəxsiyyətin intensiv inkişafı gedir. Qeyri-iradi və oyunlar zamanı iradi yaddaşın ilk elementlərinin inkişafı sürətlənir, təfəkkürün ümumiləşdirilmiş formaları yaranır; uşaqlar daima əşyaların və təzahürlərin səbəbləri ilə maraqlanırlar. Bu yaşın aparıcı fəaliyyəti vəzifəli və ya rollu oyundur və məhz oyunda abstrakt təfəkkürün başlanğıcının əsası qoyulur. Məsələn, uzun çubuğu at və ya 2-3 birləşdirilmiş stulu qatar adlandıraraq, uşaq konkret əşyalara şərti ad verir və artıq abstrakt mühakimə yeridir. Məktəbəqədər dövr özünüdərkətmə, özünüqiymətləndirmə, qiymətləndirmə, ilkin etik normaların yaranması və bütövlükdə şəxsiyyətin formalaşması dövrüdür. Yaşın yenitörəməsi - uşağın ictimai əhəmiyyətli və ictimai qiymətləndirilən fəaliyyətə ehtiyacılı olmasıdır.

7 Yaş böhranı və onun əsas əlamətləri:

1. səmimiyyətin itirilməsi;
2. “acı konfet” əlaməti - əgər pis görülmüş iş üçün uşağı tərifiylər, o artıq başa düşür ki, bu qiymət qəsdən artırılıb və bundan məyus olur.

Kiçik yaşlı məktəbli dövrünün (7-11 yaş) aparıcı fəaliyyəti oxumaq və təlimdir. Bu yaşın yenitörəmələri isə psixi proseslərin ixtiyarlaşması, özünü idarə etmə, hərəkətlərin və fəaliyyətin əvvəlcədən daxilə (beyində) qurulmasıdır. Təlim zamanı insanların qarşılıqlı münasibətləri və gerçəklik haqqında bilikləri genişlənir, oyuna və əməyə olan yanaşma səciyyəli, əşyaların və təzahürlərin səbəbiyyət əlaqələri dərk edilərək, artıq nitqlə dürüst ifadə olunur; iradi yaddaş və abstrakt təfəkkür formalaşır. Amma emosional-iradi sferanın və daxili nitqin kifayət qədər inkişaf etmədiyindən, uşağın ətrafdakılarla ünsiyyəti çox emosional olur.

11-12 yaşın böhranı haqqında ədəbiyyatda çox az yazılıb.

Yeniyetmə dövrü (11-15 yaş) çox mürəkkəb olduğundan, lazımı qədər nə öyrənilib, nə də işıqlandırılıb. Hətta D.B. Elkonin ona bir neçə sətir həsr edib. Bu ondan irəli gəlir ki, uşağın həddi-buluq inkişafa və psixi proseslərə ayrı-ayrı yox, bir-birinə qarşılıqlı təsir və asılılıqla gedərək, onun gələcək taleyi üçün vacib olan emosional və şəxsiyyəti formalaşdıran sferaya güclü təsir edirlər. Orqanizmin yenidən hormonal qurulması ali sinir sisteminin bütün fəaliyyət növlərinə vasitəli təsir göstərir; uşağın hərəkətlərinin motivasiyası bu yaşda onun özü üçün də anlaşılmaz olur.

Oxuma və təlim aparıcı fəaliyyət olaraq qalır. Yaşın yenitörəməsi isə bunlardı: özünüqiymətləndirmənin formalaşması, əhatə edən insanlara tənqidi yanaşma, sərbəstliyə meylin artması, ictimai həyat normalarına tabe ola bilməsi.

Böyük yaşlı məktəbli dövrü (15 - 17 yaş) əvvəlki yaş dövründən daha da az öyrənilib və araşdırılıb. Aparıcı fəaliyyət növünə oxuma və təlimlə bərabər peşəyə istiqamətləndirmə

və yiyələnmə daxil olur. Yaşın yenitörəməsi formalaşmamış dünya görüşü və peşə mənafelərindən ibarətdir.

D.B.Elkonin yaş dövrlərini, aparıcı fəaliyyət növlərini araşdıraraq göstərir ki, hər stabil yaş dövrünün özülündə böhran yaş dövrü durur və məhz bu vaxt bir aparıcı fəaliyyət növü və onun daxilində əmələ gələn yenitörəmələr o birisi ilə əvəz olunur.

Tipik və atipik uşaqların müqayisəli xarakteristikası

Atipik inkişafın əlamətləri bir növ qüsurlar dairəsində çox fərqlənir və aşağıdakılardan asılıdır:

1. İlkin qüsurlar və ya ilkin pozulmuş funksiyanın əmələ gəlməsi erkən uşaqlıq dövründə əmələ gələn qüsurlara və daha ağır ikinci dərəcəli pozulmalara gətirir;
2. İkinci dərəcəli pozulmalar atipik inkişafın əsasını təşkil edən o biri psixi funksiyaların inkişafından qalmasına səbəb olur;
3. Atipik inkişafın pedaqoji təzahürləri ilkin qüsurlar dərəcəsindən asılıdır.

Tipik və atipik uşaqların psixofiziki inkişafının qanunları eynidir və buna əsaslanaraq, demək olar ki, hər pozulma inkişafın gedişini atipik edərək, kökündən dəyişir. Bu dəyişiklər uşağın yaşından və psixi funksiyanın bu yaşda inkişaf etməsi səviyyəsindən asılı olaraq, müxtəlif olur. Atipik inkişafın strukturuna həm də sosial amillər, yəni tərbiyə, təlim və korreksiya şəraiti təsir göstərir.

İ.P.Pavlovun "Hər şey hərəkətsiz, sərt qalmır; hər şey yaxşıya doğru dəyişə bilər, təkə lazımı şərtlər yaradılsa" sözlərinə əsaslanaraq, belə nəticəyə gəlmək olar: əgər tərbiyə və korreksiya işi düzgün qurulursa, hər uşağda anomaliyanın azalması və stabilləşməsi üçün kompensator və potensial imkanlar var. Psixi inkişafın əsas və mühüm əlaməti psixi funksiyaların tək kəmiyyətə yox, həm də keyfiyyətə qarşılıqlı əlaqəli və qarşılıqlı təsirli dəyişməsidir. Zəif inkişaf etmiş və ya tam inkişafdan qalmış funksiya o biri psixi funksiyaların geridə qalmasının səbəbi olur. Məsələn, məlumdur ki, eşitmə pozulmuş uşağın ünsiyyət yaratmaq imkanları məhdud olduğundan, onda şifahi nitqin inkişafı kobud pozulur. Əgər eşitmə erkən yaşlarında və ya xeyli sonradan pozulubsa, onda ətrafdakıların nitqini təqlid etmək imkanı yox dərəcəsində olur. Nitq inkişafının pozulması uşaq psixikasının ümumi inkişafının gedişinə təsir edir. Erkən yaşından eşitməyən uşaq özü danışmağa başlamayacaq. Ancaq xüsusi təlim zamanı sağlam hiss üzvlərindən gələn informasiyanı mənimsəyərək, uşaq danışmağa başlaya bilər. Kar və zəif eşidən uşaqlarda şifahi nitqin inkişafından qalması deyilən sözlərin, oxuda qrammatik formaların, mətnin mənasının anlaşılmasına və öz fikirlərini ifadə edə bilməməsinə gətirir çıxarır. Deməli, eşitmənin pozulması və bunun nəticəsi olan nitqin inkişafından qalması bu uşaqların kütləvi məktəblərdə oxumasını qeyri-mümkün edir. Eşitmə və nitq bir-biri ilə sıx bağlı funksiyalardır. Zəif eşidən uşağın nitqi nə qədər yaxşı inkişaf etsə, lüğət ehtiyatı nə qədər zəngin olsa, bir o qədər eşitmə və mənimsəmə imkanı çoxdur.

İ.P. Pavlov yazır ki, beynin fəaliyyətli vəziyyətdə olması xaricdən gələn müxtəlif qıcıqlanmaların təsirinin və sensor sistemlərin qarşılıqlı əlaqələrinin nəticəsidir. Bu sözlərə aid bir misal. Sübut olunub ki, işıq tək gözə və beyində görməni təmin edən anatomik

strukturlara yox, həm də mərkəzi sinir sisteminin funksional vəziyyətinə öz təsirini göstərir. Əgər körpələr hər bir gözlənilməz amilə (səs, işıq, isti-soyuq və s.) reaksiya verirlərsə, 1-3 yaşlı uşağın diqqətini cəlb edən amillər isə yenilik, rəng və işıqdır. Zəif görən uşaq rəngi, parlaqlığı, ziddiyəti seçə bilmədiyindən, onun diqqəti də zəif və yayınıq olacaq. Bisensor, yəni cəmləşmiş pozulmaların (həm eşitmə, həm də görmə) nəticələri daha ağır olur. Uşağın mühitə tam adekvat uyğunlaşması üçün korreksiya zamanı polisensor üsuldən istifadə edirlər, yəni korreksiya prosesinə sağlam analizatorları cəlb edirlər (məsələn, qoxu və dadılmə, taktil, eşitmə). Ümumiləşdirərək, demək olar ki, uşaq dünyaya tam formalaşmış, funksiyalarını yerinə yetirən üzv və analizatorlarla gəlmiş. Beyin sistemlərinin, psixi proseslərin və funksiyaların inkişafı bütün uşaqlarda eyni deyil: proseslər adekvat ya qeyri-adekvat, bəzən isə formalaşmamış və inkişaf etməmiş ola bilər. Məhz bu zaman psixi inkişafda pozulma və normadan kənara çıxma əmələ gəlir.

Uşağın əqli inkişafı emosional sahənin və nitqin inkişafı ilə sıx bağlıdır və, əlbəttə ki, sensor problemi olan uşağın intellektual inkişafı da geri qalacaq - onda bu ikinci dərəcəli defektdir. Amma intellektual çatışmazlıq beyin qabığının spesifik strukturlarının çatmazlığı ilə şərtlənsə, onda bu çatmazlıq ilkin defekt sayılır. Atipik inkişafın bütün növlərini eyniləşdirən ümumi əlamət hələ ilkin qüsurdur. Əgər ilkin qüsur erkən yaşlarında, yəni qüsurdan asılı olan funksiyaların formalaşmamış zamanı əmələ gəlsə, bu çox ağır, ikinci dərəcəli pozulmalara gətirir çıxarır. Atipik inkişafın mahiyyətin təşkil edən ikinci dərəcəli pozulmalar ilkin pozulmanın əmələ gəlmə vaxtından asılıdır: ilkin pozulma nə qədər erkən əmələ gəlsə, ikinci dərəcəli pozulmalar bir o qədər ağır olur, inkişaf isə kobud pozulur.

Qeyd edək ki, əqli fəaliyyət və əqli proseslər uşağın məhdud şəxsi təcrübəsinə əsaslanmasına baxmayaraq, o çox qısa müddətdə böyük bir inkişaf yolu keçir, çünki, uşaq ümumiləşdirilmiş formada tarixi təcrübəni mənimsəyir.

Psixi inkişaf nəzəriyyəsinin müəllifi L.S. Vıqotski yazır ki, əsas psixi funksiyalara (mürəkkəb qavrama, fəal yaddasaxlama, iradi yaddaş, məntiqi tefəkkür) inkişaf zamanı özünü bürüzə verən daxili xassə və qabiliyyət kimi baxmaq olmaz; bu mürəkkəb proseslər böyüklərlə ünsiyyətin və sosial mühitin təsiri altında əmələ gəlib, inkişaf edir və mükəmməlləşir. Atipik inkişafda bu proseslərin gedişi prinsipi və proseslərin yaşa aidliyi, tipik olduğu kimi, eyni qanunlara tabe olur. Atipik inkişafın xüsusiyyəti psixi inkişafın tempinin pozulmasında və yaş dövrləşdirmənin dəyişməsidir. Bəzən inkişaf müəyyən istiqamətdə pozularaq, psixi fəaliyyətin o biri sahələrində inkişafın gözəçarpan dərəcədə ləngiməsinə gətirib çıxarır. Tipik uşaqda intellektual törəmələr tədricən psixi inkişaf zamanı əmələ gəlir. Atipik uşaqlarda isə hər qeyri-tipik proses və ya funksional pozulma şəxsiyyətin və bütövlükdə müntəzəm və arasıkəsilməz psixi inkişafın üzərində gedərək, ona öz təsirini göstərir.

Psixi inkişafın tempinin pozulması ilkin (birinci) və ikinci dərəcəli ola bilər. İlkin simptom kimi o bəzi endogen və ekzogen etioloji faktorların təsiri altında əmələ gəlir.

Psixi inkişafın ikinci dərəcəli pozulmasının etioloji səbəbi mərkəzi sinir sisteminin orqanik və ya funksional lokal zədələnməsidir. Bu pozulmanın ağırlığı zədələnmənin vaxtı, xüsusiyyəti və zədələnməmiş funksiyaların uşağın ümumi inkişafında tutduğu yerdən asılıdır.

Psixoloji-pedaqoji diaqnostika psixi inkişafın ləngiməsini müəyyən edir, onun özünəməxsusluğunu açıqlayır. Psixi ləngimənin bir xüsusi əlaməti də psixi fəaliyyəti təşkil edən psixi funksiyaların qeyri-müntəzəm formalaşmasıdır.

Belə uşaqların təlimə uyğunluğunu müəyyən etmək üçün:

- psixi inkişafın ləngiməsinin və psixi inkişafın pozulmalarının o biri növlərinin diferensial diaqnostikası;
- psixi inkişafın ləngiməsinin dərəcəsini;
- o biri psixi funksiyaların pozulması dərəcəsini;
- İnkişafın dərəcəsini aşkar etmək lazımdır.

2.2.2. Nitq pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

Nitqin struktur komponentlərinin inkişafı

Nitqin əsas struktur komponentlərinə səs tərkibi, lüğət və qrammatik quruluşu aiddir. Nitqin şifahi və yazılı forması mövcuddur. Hər nitqi aktın impressiv (nitqi qavrama) və ekspressiv (əks etdirmə) tərəfi var.

Nitqin səs tərkibini fonetika, lüğətini leksikologiya, qrammatik quruluşunu isə qrammatika öyrənir. Leksika, qrammatika və fonetika dilin vahid sistemində daxildir. Akad. V.V. Vinqradov qeyd edirdi: dilin vahid strukturunu təşkil edən tərkib hissələr bir-biri ilə qanunauyğun əlaqədədirlər. Məs., səs tərkibi, qrammatika və lüğət ehtiyatı bir-biri ilə qarşılıqlı əlaqə və qarşılıqlı rabitədədirlər. V.V. Vinqradovun dediyinə görə, lüğət ehtiyatı daha böyük ümumiləşdirici və əhatəedici qüvvəyə malikdir.

Azərbaycan dilində sözlər bir neçə hecadan ibarətdir. Söz mərkəzi vurğulu hecadır, tələffüzdə o daha böyük qüvvə, dəqiqlik və saitin daha uzun müddət tələffüz edildiyi ilə xarakterizə olunur. Vurğulu heca vurğusuz hecalarla birləşir. Vurğulu hecanın önündəki vurğusuz heca, o biri hecalara nisbətən (vurğulu heca istisna olunmaqla) daha böyük qüvvə ilə tələffüz edilir.

Vurğunun yeri, hecaların sayı, onların tərkibi (açıq, bağlı heca, sözün əvvəlində və ya sonunda samitlərin birləşməsi) və ardıcılıq sözün ritmik heca strukturunu təşkil edir.

Dilin əsas vahidi sözdür, (onun qrammatik formalarının cəmi ilə).

Qrammatika iki böyük hissədən ibarətdir: morfolojiya (sözlərin dəyişməsi qanunları) və sintaksis (sözlərin cümlədə əlaqələnmə qanunları).

Sözlərin morfoloji dəyişməsi bu vasitələrlə mümkündür:

- Sözlərin əsası (kökü) dəyişmədən, hal və təsrif sonluqları sistemi;
- Sözlərin kökündə fonematik əvəzlənmə və vurğunun yerdəyişməsi sistemi.

Cümlə nitq vahididir. Cümlə üzvləri arasında rabitə sözün forması, köməkçi sözlər (bağlayıcılar, söz önləri, ədatlar), intonasiya və sözlərin ardıcılıq vasitəsi ilə yaranır.

Beləliklə, morfolojiya sözdəyişmə və sözdüzəltmə, sintaksis isə cümlənin strukturu, növləri və cümlədəki sözlərin rabitəsini öyrənir.

Azərbaycan dilində sözlərin qarşılıqlı rabitəsi 3 müxtəlif üsulla ifadə olunur: uzlaşdırma, idarə və asılılıq.

Morfoloji təhlilə sözün əhəmiyyətli hissələri, morfemlər məruz qaldığı halda, sintaktik təhlil cümlə üzvlərinə görə olan təhlildir.

Uşağın nitqi inkişafı bu qanunauyğunluqların ardıcıl formalaşmasından ibarətdir.

Nitqdən əvvəlki dövr. Son vaxtlaradək hesab edirdilər ki, uşaq danışq səslerini ancaq özü ilk sözləri tələffüz edəndən sonra, yəni 9-12 ayından fərqləndirməyə başlayır. Yeni tədqiqatlar göstərir ki, uşaq ana bətnində olarkən, artıq ətrafdakıların dilinin və nitqinin təsirini hiss edir və müəyyən dərəcədə ona reaksiya verir. Xeyli intensiv (80 dB) və aşağı tezlikdə (300Qs) olan səslər, nitqin prosodikası, yəni vurğu, intonasiya və s. asanlıqla dölün eşitmə analizatoru ilə qavranılır. Buna görə də dünyaya yeni gəlmiş uşağın eşitmə sistemi artıq ətrafda işlədilən dilə uyğun formalaşmış olur. Körpənin doğma dilə üstünlük verməsini Moon, Kooper və Fifer tədqiqatlar əsasında sübut ediblər: əgər 2 günlük körpələrlə süd əmən zamanı doğma dildə danışılırdısa, onda əmmə prosesi fəallaşdı və əksinə. Bu, eyni zamanda, nitqin bətdaxili dövrdə təsir etməsinin sübutudur. Bu prosesin əks tərəfi də var: 8-10 aylıq uşaqda yabancı dillərə həssaslıq azalır. Amma təəccüb doğuran bir fakt da var: nitq səsləri, fonemlər, fərqləndirici xüsusiyyətlər haqda informasiya daşıyan nitq dalğaları müxtəlifliyi və qeyri-sabitliyi ilə xarakterizə olunurlar.

Nitqin qavranılması son dərəcədə mürəkkəb gerçəkliyə yönəldilib və onunla bağlı olduğundan, danışanın səsindən, emosional vəziyyətindən asılı olaraq, hər akustik xüsusiyyət bir neçə variantda peyda olur. Uşaq psixikasının bu cür qabiliyyətinin inkişafı haqda bir neçə nəzəriyyə var. Onlardan ən populyarı ABŞ tədqiqatçısı P.Kul tərəfindən işlənilib (Kuhl P.K. Learning and representation in speech and language/ - 1994, c.4, s.822). Tədqiqatlar İsveçin, İngiltərənin və Yaponiyanın dil mühitində tərbiyə almış 6 aylıq körpələr üzərində aparılıb. Bu nəzəriyyəyə görə nitqə qədər dövrdə körpə fonetik kateqoriyaların sərhədlərində baş verən akustik dəyişiklərə həssasdır və dünyanın bütün dillərində olan fonemləri fərqləndirmək qabiliyyətinə malikdir. Amma 1 yaşlı uşaq bu qabiliyyəti itirir və yabancı dilin fonemlərini eşitməz və fərqləndirmir. Məs., erkən yaş dövründə yapon uşaqları **r** və **l** səslərini fərqləndirirlər, halbuki böyük yaponlarda bu qabiliyyət itirilmiş olur. P.Kulun bu nəzəriyyəsi perseptiv maqnit nəzəriyyəsi adlandırılır (perceptual magnet effect): ən çox istifadə edilən fonetik nümunələr (prototip) maqnit kimi özünə oxşar fonemləri cəlb edərək, perseptiv mühitdə nitq səslərindən ibarət sıx və seyrək zonalar yaradır. Bu zonalarda olan fonetik kateqoriyaları fərqləndirmək çətindir, amma müxtəlif kateqoriyaların fonetik xüsusiyyətləri asan ayırd edilir. Bu cür perseptiv xəritənin formalaşması 3-5 ay arasında başlanır və 6 ayında tamamlanır.

Uşağın yaşadığı birinci il onun bütün gələcək nitq inkişafı üçün hazırlıq dövr sayıla bilər. Bu yaş dövrü nitq inkişafının qısqırıq və vağ-vuğ dövrü adlanır. Dünyaya gələn körpənin ilk qısqırığı ilə nitq aparatının (tənəffüs, səs, artikulyasiya) zərif və müxtəlif hərəkətlərinin inkişafı başlanır. Bu səs axınını tərkib hissələrə ayırd etmək qeyri-mümkündür.

3 aylıq uşağın vağ-vuğu və uğuldamasında artıq gələcək nitqin elementləri mövcuddur. Məs., tələffüzdə ayrı-ayrı səslər müəyyənləşir; sait və samit səslərin əvəz edilməsi adi hal alır. Eyni birləşmələri təkrarlayaraq, uşaq sonradan onların

təkrarlanmasına eşitmə ilə nəzarət edir. Eşitmə ilə nəzarət etmənin daha bir nəticəsi: uşaq böyüklərin nitqindən tanış və özü istifadə etdiyi səsləri və hecaları seçib, təqlid edir. Bu təqlidin I-ci mərhələsidir.

7-9 aylıq uşaq özü istifadə etmədiyi birləşmələri də təqlid etməyə çalışır. 12 aylıq uşaq artıq bütün eşitdiyi heca, söz və onların birləşmələrini təqlid edir. Nitq inkişafının normal istiqamətdə getməsi üçün uşağı ilk günlərdən belə düzgün səslənən nitq əhatə etməlidir.

Nitq dövrü. 1 yaşlı uşaq müəyyən həyati təcrübəyə malikdir və məhz bu dövrdə lüğətin formalaşması başlanır. Başlanğıc mərhələ səs, söz və cümlə kateqoriyalarına ayrılır, bu mərhələ söz – cümlə mərhələsidir və burada söz özü də səsin təqlidindən ibarətdir (məs., **a** – anasını belə çağırır, **u** – **u** – bu maşın, **am** – **am** – bu isə it deməkdir). Bu dövrdə nitqin mənası sözlə yox, səsi müşayiət edən intonasiya və ritmlə çatdırılır, yəni onlar aparıcı rol oynayır. Şifahi nitq inkişaf etdikcə, intonasiya və ritm sözə tabe olaraq, köməkçi rol oynamağa başlayır.

Lüğətin inkişafı, səslərin tələffüzü və qrammatik quruluş bir biri ilə bağlıdır və bir birini şərtləndirirlər. Onların formalaşma dövrü və xüsusiyyətləri uşağın psixofiziki inkişafı ilə şərtlənir və nitq inkişafını öyrənərək, bunu nəzərə almaq lazımdır.

3 ayından başlayaraq 1 yaşınadək uşaq ardıcılıqla səslərin əksəriyyətinin tələffüz mexanizmini mənimsəyir: vağ-vuğ zamanı qırtlaq səsləri, dodaq və partlayan dilönü səsləri, sonra novlu samitləri (**f-v**, **s-z**). Bəzi uşaqlar 1 yaşında artıq **r** səsini də tələffüz edirlər.

Səslərin bu ardıcılıqla əmələ gəlməsi aşağıdakılarla izah olunur:

- Artikulyasiya edilən səslərin şərtsiz hərəkəti reflekslərlə oxşarlığı ilə (əmmə, çeynəmə, udma): məs., **p**, **b**, **m**;
- Səslərin artikulyasiya qurumlarının mürəkkəbliyi ilə (**r** və **l** səsləri artikulyasiya baxımından mürəkkəb olduğundan, ən sonda formalaşırlar).

Yaranmış səslər dəfələrlə təkrarlanaraq, sadə açıq tipli hecalar kimi möhkəmlənilir (**pa** – **pa** – **pa**, **da** – **da** – **da** və s.). Təkrarlama əvvəl reflektor özünü təqlid yolu ilə, 5 ayından isə ətrafdakıların dediklərinin exolalik təqlidi yolu ilə gedir. Bu mərhələdə uşaq ətrafdakıların artikulyasiyasına da diqqət yetirməyə başlayır.

Eşitməsi nöqsanlı uşaqda vağ-vuğun inkişafı bir neçə başlanğıc səslərlə kifayətlənir, 5-6 ayından başlayaraq bu da yoxa çıxır və uşaq susur.

Qeyd etmək lazımdır ki, lüğət formalaşan zaman səslər elə bil ki yenidən yaranmağa başlayır. 1 yaşınadək bütün nitq səslərini tələffüz edən uşaq bu səslərdən ibarət sözləri tələffüz edə bilmir. Lüğət formalaşan zaman səslərin tələffüzü qeyri-sabitdir, uşaq eyni sözdə səsləri ya tələffüz etmir, ya da hər dəfə ayrı bir səsə əvəz edir.

Kiçik məktəbəqədər yaşlı uşaqların əksəriyyətində səs tələffüzü pozulmaları mövcuddur. Gündəlik nitqi praktika nəticəsində səsin obrazı ardıcıl dəqiqləşdirilir, avtomatlaşdırılır və daha sabit olur. Bu proses hərəki və səs qıcıqlandırıcıların qarşılıqlı əlaqəsi nəticəsində mümkündür, yəni uşaq səsi tələffüz edərkən, artikulyasiyanı hiss edir və eyni zamanda dediyini eşidir. Ətrafdakıların nitqinə qulaq asarkən və onların artikulyasiyasını müşahidə edərkən, uşaq reflektor olaraq, onların arxasınca artikulyasiya

edir və eyni zamanda öz artikulyasiya və eşitmə diqqətini dəqiqləşdirir.

Uşaq tələffüz etdiyi sözləri düzgün hərəkəti vərdişə çevirməklə yanaşı, öz tələffüzünə nəzarət etməli, onu ətrafdakıların tələffüzü ilə müqayisə etməli və bunun əsasında tələffüzündə düzəlişlər aparmalıdır. Bu fonematik eşitmə uşaqlarda nitq inkişafı prosesində formalaşır.

Normada 5-6 yaşlı uşaq artıq sözün mürəkkəb heca strukturunu və səslərin tələffüzünü mənimsəmiş olur. Amma ətrafdakılarla nitq vasitəsi ilə ünsiyyət yaratmağa uşaq çox-çox əvvəl başlayır və buna 1) sözün heca strukturunu qısaltıb və sadələşdirərək və 2) tələffüz edə bilmədiyi səsləri tələffüz etdiyi səslərlə əvəz edərək nail olur.

Uşağın nitqində bu və ya digər səsin olub-olmamasını minimum lüğət ehtiyatının əsasında müəyyən etmək mümkündür.

Sözün səs strukturunun sadələşdirilməsi a) sözdə hecaların azaldılması; b) ayrı-ayrı hecaların quruluşunun sadələşdirilməsi və v) hecaların bənzədilməsi ilə həyata keçirilir.

Adətən hecaları azaldarkən, vurğulu heca saxlanılır və nəticədə 2 və ya 3 hecalı söz bir vurğulu heca kimi tələffüz edilir.

Hecaların sadələşdirilməsi zamanı iki və daha artıq samitdən təkcə biri tələffüz edilir və nəticədə bir sadə heca qalır.

Bənzədmə zamanı sözün vurğulu hecasına bu sözdən öncə və ya sonra gələn söz bənzədilir.

Lüğətin formalaşması yaşayış və tərbiyə şəraitindən asılı olan və həm kəmiyyət, həm də keyfiyyət baxımından çox sürətli prosesdir (Cədvəl 2.3).

Yaş	Sözlərin miqdarı (maksimum)	Sözlərin miqdarı (minimum)
1 yaş – 1 yaş 2 ay	58	3
1 yaş 3 ay – 1 yaş 5 ay	323	4
1 yaş 6 ay – 1 yaş 8 ay	383	44
1 yaş 9 ay – 1 yaş 11 ay	707	67
2 yaş 3 ay – 2 yaş 6 ay	1509	171
3 yaş – 4 yaş	2346	598

Cədvəl 2.3. Lüğətin formalaşması (Bülərə görə)

Keyfiyyət baxımından lüğət tədricən və ardıcıl inkişaf edir. Bu inkişaf iki istiqamətdə gedir: a) mənaca - istifadə edilən sözlərin mənasının genişləndirilməsi və fərqləndirilməsi; b) formaya görə - sözün ritmik-intonasion, səs və heca strukturunun tədricən mənimsənilməsi. Məs., nitq hissələrinin mənimsənilməsinin ardıcılığı belədir: isimlər – bu adətən ilk sözlər olur; isimlərlə, demək olar ki, eyni vaxtda yaranan fellər, sonra sifət, say və ən sonda köməkçi nitq hissələri. Bəzi nitq hissələri ancaq məktəb dövründə mənimsənilir (feli sifət, feli bağlama). Əvəzliliklərin bəzi formaları nitqdə çox tez müəyyən olur və möhkəmlənir. Cədvəldən görünür ki, 4 yaşlı uşağın nitqinin 50,2%-i isim, 27,4%-i fel, 11,8%-i sifət, 5,8%-i zərf, 1,9%-i say, 1,2%-i bağlayıcılar, 0,8%-i əvəzliliklər, 0,9%-i nida təşkil edir.

Uşağın nitqi inkişafını 4 mərhələyə bölmək olar.

Birinci mərhələ. Lüğət ehtiyatı azdır və vağ-vuğdan, yəni təqlidedici səslərdən və birhecalı sözlərdən ibarətdir.

İlk sözlər amorf və dəyişilməzdir və eyni səs cəmləşməsi ilə müxtəlif əşya və hərəkətlər işarələnir. Mimika və jest sözlərin mənasını dəqiqləşdirir.

Sonradan əmələ gələn ikihecalı sözlər təkrarlanan iki eyni hecadan ibarətdir; ilk heca adətən vurğulu olur (ma – ma, pa – pa). Bəzi uşaqlarda sözün ritmik-intonasion strukturu səs tərtibatına nisbətən daha yüksək inkişaf edir.

Uşağın nitqində ilk amorf söz eyni zamanda ilk cümlədir. Sonrakı cümlələr 3-4 amorf sözün birləşməsindən əmələ gəlir. Cümləyə daha çox və bir- biri ilə müxtəlif əlaqədə olan sözlərin daxil edilməsi cümlənin inkişafı deməkdir.

İkinci mərhələ. Lüğətin kəmiyyətə artması ilə yanaşı sözün ritmik-intonasion strukturu və səs tərtibatı da mürəkkəbləşir; eyni zamanda sözün heca strukturunun pozulmaları (yerdəyişmə, qısaldılma, əvəzləndirmə) da artmaqdadır. Bu cür pozulmalar literal parafaziyalar adlandırılır və patoloji parafaziyalardan fərqli olaraq, ətrafdakıların nitqi təsiri altında müəyyən müddətdən sonra yoxa çıxırlar.

Qrammatik quruluşa gəldikdə isə, bu mərhələdə sadə və mürəkkəb cümlələrin müxtəlif növləri formalaşır; uşaq söz sonluqlarını kökdən ayırd edir; isimlərin tək və cütünü, felin keçmiş və indiki zamanını tanıyır – bir sözlə, cümlənin qrammatikləşməsi prosesi gedir. Artıq bu mərhələnin sonunda uşaqda öz nitqinə nəzarət, ətrafdakıların nitqinə isə tənqidi münasibət yaranır; bütün qrammatik kateqoriyalar (nitq hissələri) və onların sintaktik ifadələri mənimsənilmiş olur.

Üçüncü mərhələ morfoloji sistemin mənimsənilməsi və formaların möhkəmlənməsi mərhələsidir. Lüğət ehtiyatı genişdir, sözlər 4 və 5 hecalıdır; sözlərin konkret mənası ilə yanaşı abstrakt mənası da inkişaf edir. Lüğətin inkişafı qrammatik quruluşun inkişafı ilə (həm morfoloji, həm də sintaktik) yan-yanadır. Sintaktik komponentlər (mürəkkəb cümlə və onun növləri) morfoloji komponentlərdən tez mənimsənilir.

Dördüncü mərhələdə danışq dilini əhatə edən mürəkkəb qrammatika sistemi tam mənimsənilib. Ədəbi dilin elementlərinin mənimsənilməsi məktəb dövrünə (yazılı nitqin mənimsənilməsi) təsadüf edir. Gələcəkdə uşaq savad təliminə, sözdüzəltmə və sözdəyişmə qanunlarına yiyələnir, onun lüğət ehtiyatı genişlənir, təkmilləşir və nitqin qrammatik quruluşu və səs tərtibatı ilə vəhdət təşkil edir.

Nitq insanın təfəkkürü ilə sıx bağlıdır və onun həyatında bir neçə funksiya yerinə yetirir:

- a) ətraf əşya və təzahürlərin nişanlanması;
- b) Ümumiləşdirici funksiya;
- c) Kommunikativ funksiya.

Psixologiyada nitqi xarici və daxili formalara ayırd edirlər.

Xarici nitqə şifahi və yazılı nitq aiddir. Şifahi nitq dialoji (və ya danışq) və monoloji olur.

Dialoji nitq nitqin sadə formasıdır: burada həmsöhbətlər bir-birinin ifadələrini

replikalarla tamamlayırlar. Dialoji nitqdə mimika, jest və intonasiyaya böyük yer verilə bilər.

Monoloji nitq rəbitəli kontekstli nitqdır və hansısa hadisənin bir şəxs tərəfindən ardıcıl ifadəsidir. Monoloji nitq əvvəlcədən hazırlıq və planın tərtib edilməsini tələb edir.

Yazılı və monoloji nitqi ümumi xüsusiyyətlər (ardıcılıq, plan, məntiqlik, kontekstlik) birləşdirdiyindən, onlar bağlılıqda inkişaf edir.

Daxili nitq ünsiyyət vasitəsi deyil; o səssizdir, yığcamdır, bəzən isə tək-cə fikrin mənasını çatdıran bir əsas nitq hissəsindən ibarətdir. Məktəbəqədər yaşlı uşaqda daxili nitq zəif inkişaf edib. Bəzən bu yaşlı uşaqlar özləri ilə danışirlər – bu daxili nitqin inkişaf mərhələdə olmasından xəbər verir. Məktəblilərdə daxili nitq təlim prosesində yaranır. Müəllimin «Əvvəl fikirləş, sonra cavab ver!» tələbi, özündə oxumaq və s. daxili nitqin formalaşmasına kömək edir.

Yuxarı siniflərdə dərslərin hazırlanması əksər hallarda daxili nitqə əsaslanır.

Ümumi psixi inkişafıla sıx bağlı olan nitq inkişafının qanunauyğunluqlarını uşaq psixologiyası öyrənir. Eşitmə, görmə və hərəkət proseslərinin qarşılıqlı əlaqədə inkişaf etməsi nitqi inkişaf üçün çox əhəmiyyətlidir.

Hərəkət vərdisləri bu ardıcılıqda inkişaf edir: ilk hərəkətlər qabıqaltı xarakter daşdığından, xəotik və impulsivdirlər. Onlar orqanizmin xarici (soyuq, işıq, səs) və daxili (ağrı, aclıq və s.) mühitin dəyişməsinə cavab olan diffuz reaksiyalardır.

Tədrisən təkrarlanan taktil, hərəkəti – taktil, görmə və eşitmə hislərin təsiri altında uşağın hərəkətləri dəyişərək, daha sərbəst və mütəşəkkil olurlar. 7 aylıq uşaq artıq əli çatan əşyanı görüb ələ götürməsinə bir neçə saniyə sərf edir.

Görmə ilə mənimsəmənin inkişafında təqlidin rolu böyükdür. Əvvəlcədən qeyri-iradi olan təqlid etmə tədrisən baş verən situasiya ilə bağlanır və sonra tək-cə situasiyanın təkrarı artıq uşaqda müvafiq hərəkət yaradır. Məs., masanın üzərinə boşqab və qaşığı qoyulduğunu gören uşaq tez qaşığı ələ alıb ağzına yaxınlaşdırır. Erkən məktəbəqədər və məktəbəqədər yaş dövründə təqlid əsasında hərəkətlərin fəal mənimsəməsinin artması görmə ilə dəqiqləşdirmə və diferensiallaşdırmanın inkişafı ilə bağlıdır. Bu həm də nitqi hərəkətlərin mənimsəməsində inkişafedici rol oynayır. Müşahidələr göstərir: uşaq nitqi mənimsəyən zaman ətrafdakıların nitqinə qulaq asmaqla yanaşı, həm də onların mimikası və dodaqlarının hərəkətlərinə fikir verir, yəni görmə ilə mənimsəmə eşitmə ilə mənimsəməni ələ bil ki tamamlayır. Başqa sözlə desək, əşya ilə söz arasındakı rəbitə görmə analizatoruna təsir edərkən, daha tez yaranır.

Nitq inkişafı və görmə ilə mənimsəmənin inkişafı arasındakı rəbitə ikitərəfli xarakter daşıyır: əşyanı, onun xüsusiyyətlərini (həcm, forma, rəng) ifadə edən sözlərin mənimsənilməsi görmə ilə mənimsəməni və qavramanı daha yüksək inkişaf pilləsinə qaldırır.

5-6 ayadək körpə ilə ünsiyyətin təşəbbüskarı böyüklərdir. Məs., uşağı əşyanın adı ilə tanış etməkdən əvvəl, uşaqda bu əşya istiqamətində hərəkət yaratmaq lazımdır: onun baxışını, böyüyün göstərici jestinin arxasınca, əşyaya yönəltmək və sonradan əşyaya toxunaraq, onun adını demək. Bu yaşda şifahi nitqin inkişaf etmədiyinə baxmayaraq, uşaq

böyüklərin şifahi instruksiyalarını bir neçə təkrardan sonra artıq yerinə yetirə bilir: ver mənə (oyuncağın adı), kukla yatır və s.

Böyüklərin təşkil etdiyi birgə oyun fəaliyyəti uşaqda müsbət emosiyalar yaradarsa, onda yeni vərdiş və bacarıqların mənimsənilməsi prosesi də bir o qədər effektiv olar.

Nitq inkişaf etdikcə, uşağın mənimsəməsi və hərəkəti bacarıqları şifahi instruksiya əsasında daha tez və daha yüksək səviyyədə inkişaf etməyə başlayır. Şifahi instruksiya əsasında daha tez sadə hərəkətlər mənimsənilir.

6-12 ayında uşaq öz istək və tələblərini əvvəl jest və mimika, sonra isə müxtəlif və fərqli səslər vasitəsilə çatdırır.

12-24 ay arasındakı müddətdə uşaq öz tələblərini söz vasitəsi ilə çatdırır. Bu yaşda o, böyüklərin tələb və qadağalarını artıq dərk edərək, sonra özünün və başqalarının hərəkətlərini əsaslandırmağa çalışır.

Bu yaşda ünsiyyətin təşəbbüskarı çox vaxt uşaq olur. Uşaq nitqi dərk etməyə başlayan andan böyük onun davranışını, diqqəti, mənimsəməni, hərəkətləri, təfəkkürü idarə etmək, yəni psixikasını inkişaf etdirmək imkanındadırlar. Beləliklə, nitq uşaq inkişafının aparıcı amilinə çevrilir.

Lüğətin inkişafı ilə bərabər uşaq danışıq (dialoji) nitqinə də yiyələnir. Məktəbə qəbul olunan uşaqda kifayət qədər yüksək inkişaf etmiş lüğət və nitqin qrammatik quruluşu ilə yanaşı, monoloji nitq inkişaf etməyə başlayır. Monoloji nitqin inkişafı bütün məktəb təlimi dövrü və sonrakı illər davam edir.

Uşağın ümumi psixi inkişafının və nitq inkişafı qanunauyğunluqlarının müqayisəsi göstərir: nitqin formalaşması müəyyən nitqi təcrübədən (ətraf mühitin təsiri), körpənin ilk günlərindən başlanmış tərbiyə və təlimindən asılıdır. Nitq inkişafı prosesinin pozulması psixi (əqli) inkişafın ləngiməsinin bir səbəbidir. Belə psixi ləngimə ikincili və ya funksional adlanır və düzgün pedaqoji yanaşma və korreksiya nəticəsində aradan qaldırıla bilər.

Loqopedik təsirin xüsusi metodları nitqin və onunla bağlı proseslərin inkişafı qanunauyğunluqlarına əsaslanır.

Nitq qüsurlarının yaranma səbəbləri

Nitq qüsurlarını yaradan səbəblər arasında əlverişsiz xarici/ekzogen və daxili /endogen) faktorları və eləcə də ətraf mühitin xarici şəraitini fərqləndirirlər.

Müxtəlif səbəblərin araşdırılmasında alimlər təkamül-dinamik yanaşmadan-qüsurun yaranma prosesinin təhlili, anormal inkişafın ümumi qanunauyğunluqları və hər bir yaş dövrü üçün nitqin inkişaf qanunlarını hesaba almaq üsulundan istifadə edirlər (İ.M. Seçenov, L.S. Viqotski, V.İ. Lubovskiy və başqaları).

Psixi və nitq proseslərinin formalaşdırılmasında bioloji və sosialoji amillərin birliyi prinsipi nitq sisteminin yaranmasına nitq mühitinin, ünsiyyətin, emosional əlaqə və digər faktorların göstərdiyi təsiri müəyyən etməyə imkan verir. Nitq mühitinin mənfi təsiri dedikdə biz buna valideynləri lal-kor olan eşidən uşağın nitq geriliyini misal göstərə bilərik. Yaxud kəkələyən uşağın ailəsində əsəbi vəziyyəti demək olar. Məktəbəqədər yaş dövründə uşaqların nitqi tez zədələnmə bilən funksional sistem olduğundan və mənfi təsirlərə asan məruz qaldığından, məhz bu dövrdə bu və ya digər səbəblərdən nitq qüsurları daha çox

özünü göstərir.

Məktəbəqədər yaş dövründə daha çox müşahidə edilən nitq qüsurları: 1, “r” samitlərinin qüsurlu tələffüzü, nitq sürətinin ləng və ya tez olması, səslərin qarışdırılması və böyükləri yamsılamaq nəticəsində meydana çıxır.

Qeyd etmək lazımdır ki, nitqin pozulması, onun inkişafının ən böhranlı mərhələlərində 1 yaşla 2 yaş arasında, 3 yaşında və 6-7 yaşlarında baş verə bilər.

Nitqin patologiyasını aşağıdakı səbəblərlə xarakterizə etmək olar:

1. Dölün inkişafında pozulmalara səbəb olan müxtəlif bətdaxili patologiyalar. Nitqin ən kobud qüsurları dölün inkişafının 4-cü həftəsindən 4-cü ayına qədərki mərhələdə yaranan mənfi təsirlər nəticəsində meydana gəlir. Nitq qüsurunun baş verməsi hamiləlik zamanı güclü toksikoz, viruslu və endokrin xəstəliklər, psixi və fiziki zədələr, ananın düzgün qidalanmaması, rezus-faktora görə qan uyğunsuzluğu və digərləri səbəb ola bilər.
2. Doğuş zədələri və asfiksiya - nəfəs almanın pozulması nəticəsində beynin oksigen çatışmazlığı - nəticəsində uşağın kəllədaxili qansızmaları nitq qüsurlarının yaranmasına gətirib çıxara bilər.
3. Uşağın həyatının birinci ilində keçirdiyi müxtəlif xəstəliklər. Beynin zədələnmə vaxtından və lokallaşmasından asılı olaraq, nitq qüsurları müxtəlif cür özünü göstərir. Nitqin inkişafına ən çox zərər verən faktorlardan biri mütəmadi yoluxucu-viruslu xəstəliklər, meninqo-ensefalit və ilkin mədə-bağırsağ pozulmalarıdır.
4. Kəllənin beyin silikələnməsi ilə müşayiət edilən zədələnmələr.
5. İrsilik.

Bu halda qüsurları ümumi səbəb sisteminin pozulmasının yalnız bir hissəsi və intellektual hərəkət çatışmazlıqları ilə uyğunlaşması təşkil edəcəkdir.

6. Sosial-məişət şəraitinin əlverişli olmaması vegetativ disfunksiya, emosional-iradi pozğunluqları və nitq inkişafındakı kəsirlər nitq qüsurlarının yaranmasına səbəb ola bilər, göstərdiyimiz bütün bu səbəb və bu səbəblərin bir-birinə qovuşması nitqin müxtəlif tərəflərinin pozulmasını şərtləndirir.

Nitq qüsurlarını yaradan səbəbləri araşdırarkən nitq qüsurları ilə mühafizə edilmiş analizator və onların funksiyaları arasındakı münasibətləri də nəzərə almaq lazımdır. Onlar korreksiya təlimində kompensasiya üçün əsas mənbə təşkil edirlər.

Nitq qüsurlarının aradan qaldırılmasında müxtəlif anomaliyaların erkən diaqnostikası böyük əhəmiyyət kəsb edir. Əgər nitq qüsuru uşaq məktəbə getdiyi zaman aşkar edilsə və ya ibtidai sinifdə müəyyən edilsə, onları kompensasiya etmək çox çətin olur, bu işə tədris materialının mənimsənilməsinə mənfi təsir göstərir. Əgər bu qüsurlar uşağın çağalıq, ya da məktəbəqədər yaş dövründə aşkar edilsə, ilkin tibbi və pedaqoji korreksiya nəticəsində onun məktəbdə təlimdə uğurları yüksək olacaqdır.

Uşaqların inkişafından geri qalmasının erkən aşkar edilməsi birinci növbədə “yüksək riskli” ailələrdə aparılır. “Yüksək riskli” ailələrə aşağıdakılar aiddir:

1. Artıq bu və ya digər qüsurlu uşağın olduğu ailələr;

2. Valideynlərdən birində və ya hər ikisində əqli gerilik, şizofreniya, eşitmə qüsuru olan ailələr;
3. Hamiləlik dövründə anaların ağır toksikoz, kəskin yoluxucu xəstəliklər keçirdiyi ailələr;
4. Uşaqların bətdaxili oksigen çatışmazlığı, doğuşdan sonra asfiksiya, zədə və ya neyroinfeksiya keçirtmiş, həyatının ilk aylarında kəllə-beyin travmaları almış ailələr.

Nitq inkişafının pozulmasının profilaktikasında uşaqların dispanzeriyası böyük rol oynayır.

Nitq qüsurlarının təsnifatları

Son illər pediatriya, psixiatriya, patopsixologiya, psixolinqvistikada və bir sıra tibbi və psixoloji-pedaqoji ixtisaslar üzrə tədqiqatlar aparan alimlər nitq qüsurlarının təsnifatına qarşı öz fikirlərini dəyişmək məcburiyyəti qarşısında qalmışlar.

Hal-hazırda loqopediyada nitq qüsurlarının iki təsnifatı əsas götürülür: kliniki-pedaqoji və psixoloji-pedaqoji. Bu təsnifatlar arasında heç bir konkret qarşıdurma yoxdu, sadəcə hər təsnifat nitq qüsurlarına müəyyən yanaşmanı əks etdirir. Korreksiya işinin vasitə seçimi müəyyənləşdirilir. Bu klassifikasiya ilkin qüsura aid işlənmişdir, yəni bu o uşaqlara aiddir ki, onlarda intellekt və eşitmə qabiliyyəti pozulmuş deyil.

Kliniki-pedaqoji təsnifatın müsbət cəhəti ondan ibarətdir ki, nitq qüsurlarının bütün növlərinin diferensiasiyası əsasında qurulub, bu da loqoped üçün anomal inkişafın müxtəlif formaları zamanı kompleks yanaşmanı müəyyənləşdirir.

Bu təsnifatda nitq qüsurlarının bütün növləri xəstəlik formaları ilə əlaqədə olmur. Aparıcı rol bu təsnifatda psixolinqvistik kriteriyalara ayrılır. Bunun əsasında nitq qüsurlarının klinik şəkli termin anlayışlarla izah olur, bu da öz növbəsində, loqopedə imkan yaradır ki, o, öz diqqətini nitq çatışmazlıqlarının o xüsusiyyətlərində cəmləşdirsin ki, müalicə zamanı həmin xüsusiyyətlər aradan götürülsün.

Bu pozulmalar bir-birindən asılı və ya ayrı olaraq müşahidə edilir.

Bundan asılı olaraq, aşağıdakı nitq qüsurlarının əsas növləri müəyyənləşdirilib:

Şifahi nitqin qüsurları:

- Səs pozulmaları:
 - Afoniya
 - Disfoniya
 - Fonosteniya
 - Rinofoniya
- Səs tələffüz pozulmaları:
 - Dislaliya
 - Rinolaliya
 - Dizartriya
- Nitqin tempo-ritmik tərəfinin pozulmaları:

- Taxilaliya
 - Bradilaliya
 - Kəkələmə
- Mürəkkəb nitq qüsurları:
- Alaliya
 - Afaziya

Yazılı nitqin qüsurları:

- Yazı prosesinin pozulmaları:
- Aqrafiya
 - Disqrafiya
- Oxu prosesinin pozulmaları:
- Aleksiya
 - Disleksiya

Disfoniya (afoniya) (yunan sözündən yaranıb dis - pozulma, phone - səs deməkdir) fonasiyanın pozulması və ya olmamasıdır. Fonasiyanın, səsin gücünün, tembrinin və hündürlüyünün olmaması ilə bürüzə verilir. Bu qüsür hər bir inkişaf mərhələsində yarana bilər, səs yaradıcılığı mexanizminin mərkəzi və periferik pozulması ilə şərtlənərək üzvi və ya funksional olur. Qüsür həm müstəqil, həm də digər nitq qüsurları sırasına daxil ola bilər.

Bradilaliya (yunan sözü bradis - aram, lalia - nitq) - nitqin patoloji ləng olmasıdır. Artikulyasiyanın zəifliyi ilə bürüzə verilir, bu zaman baş beyin qabığının nitq mərkəzlərində pozulmalar baş verir. Bradilaliya öz təbiətinə görə üzvi və ya funksional ola bilər.

Taxilaliya (yunan sözü tashus - sürətli, lalia - nitq) - nitqin patoloji sürətli olmasıdır. Artikulyasiyanın sürətli olması ilə bürüzə verilir, mərkəzi xarakter daşıyır, üzvi və ya funksional olur. Aram nitq uzadılmış olur, monoton və anlaşılmaz olursa, sürətli temp zamanı nitq tələsik və sürətli olur. Nitqin sürətli olması aqrammatizmlərlə müşahidə ola bilər. Bu hallar müstəqil çatışmazlıqlar kimi ayrılır - battarizm adlanır. O halda ki, patoloji sürətli nitq əsaslanmamış fasilələlərlə, büdrəmələrlə müşahidə olunur, o zaman poltern qüsuru yaranır. Bradilaliya və taxilaliya ümumi terminlə birləşdirilir - nitqin tempinin pozulması. Nitqin tempinin pozulmasının göstəricisi nitq prosesinin ritminin və melodik - intonasiyasının pozulmasıdır.

Kəkələmə - nitq aparatının hər hansı bir hissəsində baş verən qıc olma nəticəsində nitqin tempo-ritmik tərəfinin pozulması deməkdir (loqonevroz). Mərkəzi xarakter daşıyır, üzvi və ya funksional olur, uşağın nitqinin inkişafı zamanı ifadəli nitqə keçmə mərhələsində yaranır, bu da uşağın xarici qıcıqlandırıcısının emosional - mənfi reaksiyası ilə əlaqədardır. Kəkələmənin yaranmasına səbəb uşağın sinir sisteminin zəifliyidir, bu beynin üzvi zədələnməsi ilə bağlıdır. Kəkələmə zamanı nitqin tempo-ritmik tərəfinin pozulmasının səbəbi, periferik nitq aparatının müxtəlif hissələrinin qıc olmasıdır - tənəffüs, səs, artikulyasiya. Kəkələmə öz-özünə nitqin məna tərəfinin pozulmasına gətirib çıxarmır, lakin çox vaxt o biri nitq və intellektual qüsurlarla əlaqədə ola bilər.

Dislaliya (yunan sözü dis - pozulma, laliya - nitq deməkdir) - normal eşitmə və nitq aparatının innervasiyası ilə şərtlənən nitqin səs tələffüzünün pozulmasıdır. Nitqin düzgün olmayan səs (fonem) təşkili ilə bürüzə verilir: səslərin pozulmasında, səslərin əvəzlənməsində və ya düzgün formalaşmaması ilə şərtlənir. Dislaliyanın iki növü var: funksional və mexaniki. Funksional nitq inkişafının mənfi şəraiti ilə səbəblənir və ya fonematik eşitmənin pozulması ilə xarakterizə, mexaniki-artikulyasiya aparatının anatomik qüsuru ilə əlaqədə olur.

Rinolaliya (yunan sözü rinos - burun, lalia nitq deməkdir) - nitq aparatının anatomik-fizioloji qüsurları ilə şərtlənən səsin tembrinin və səs tələffüzünün pozulmasıdır. Səsin tembrinin patoloji dəyişməsi və səs tələffüzünün pozulmasında bürüzə verilir, bu zaman səsin yaranmasında burun boşluğunun normal iştirakı pozulur. Sərt və yumuşaq damaqda yerləşən yarıqdan səsin yaranması zamanı hava axını təkcə ağızdan yox, burun boşluğundan da keçir. Bu halda bütün səslər artıq dərəcədə nozalaizasiya olunur, nitq monoton və anlaşılmaz olur. Rinolaliyanın bu formasını açıq rinolaliya adlandırırlar. Qapalı rinolaliya zamanı rezanator səsin yaranması prosesində tam və ya natamam olaraq çıxardılır, bu halda səs bir sıra abertonlardan məhrum olur, kar səslənir, burun səsləri “m” , “n” pozulmuş tələffüz olunur.

Dizartriya (yunan sözü dis - pozulma, arthron - birləşmə deməkdir) - nitq aparatının innervasiyasının üzvü çatışmazlığı ilə şərtlənən, nitqin tərəfinin pozulmasıdır. Dizartriya zamanı səs tələffüzünün bütün mexanizmlərinin formalaşmaması müşahidə olunur, nəticədə səs və artikulyator-fonetik qüsurlar yaranır. Dizartriyanın ağır forması zamanı (anartriya) nitqin tələffüz tərəfi tamamilə olmur. O halda ki, qüsür artikulyator-fonetik pozulma ilə bürüzə verilir, dizartriyanın pozulmuş formasından danışmaq olar. Bu halda dizartriyanı displaliyadan diferensiasiya etmək vacibdir.

Dizartriya uşaq serebral iflici zamanı mərkəzi sinir sisteminin pozulması nəticəsidir, lakin uşağın hər hansı bir inkişaf mərhələsində də yarana bilər, bu zaman dizartriya beyin xəstəliklərinin və neyro infeksiyaların nəticəsi ola bilər.

Qeyd etmək lazımdır ki, ifadənin struktur-semantik (daxili) təşkilinin pozulmaları iki növ pozulmalar ilə göstərilir: alaliya və afaziya.

Alaliya (yunan a - mənfi hissəcik, lalia - nitq sözlərindən əmələ gəlir) - bətdaxili və ya uşağın ilk inkişaf dövründə baş beyin qabığına nitq mərkəzlərinin üzvü zədələnməsi nəticəsində nitqin olmaması və ya inkişafsızlığıdır. Nitq qüsurları arasında ağır qüsür kimi ayrılır, bu zaman dil sistemi vasitələri formalaşmamış olur (fonematik, qrammatik, leksik). Nitq hərəkətləri pozulmuş olur, bu da öz növbəsində sözün səs və heca tərkibinin qavranılmasına təsir göstərir.

Alaliya baş beyin böyük yarımkürələrinin nitq sahələrinin zədələnməsi nəticəsində yaranır (Broka və Vernike mərkəzləri). Bununla bağlı motor və sensor alaliyaları fərqləndirirlər. Motor alaliya zamanı müraciət olunmuş nitqin başa düşülməsi bir qədər sağlam qalır, sensor alaliya zamanı müraciət nitqin başa düşülməsi tam pozulmuş olur.

Loqopedik işdə displaliyanın əqli geriliyi müşahidə olunan ikincili nitq qüsurlarından və eşitmə qüsurlarından fərqləndirmək vacibdir.

Afaziya (yunan a - mənfi, rhasis - nitq deməkdir) - baş beyin lokal zədələnməsi ilə bağlı, əvvəlcədən formalaşmış nitqin tam və ya natamam olmamasıdır. Buna səbəb aşağıdakılardır: baş beyinin damar pozulmaları, iltihab prosesləri, beyin kəllə travmaları. 3 yaşından sonra uşaqda əmələ gələn qüsurlar, adətən, afaziyaya aid olur.

Zədələnmənin sahəsindən asılı olaraq, afaziyanın iki forması ayrılır: motor və sensor. Motor afaziya zamanı nitq-hərəkət mərkəzi pozulmuş olur (Broka mərkəzi), bu zaman nitqin ekspressiv tərəfi pozulur, yəni uşaq danışmaq qabiliyyətini itirir və ya ayrı-ayrı sözlərin tələffüzü normal olur. Sensor afaziya zamanı nitqin hissiyat mərkəzi pozulur (Vernnikə mərkəz), bu zaman nitqin impressiv tərəfi pozulur. Nitqsiz səslərin qavranılması adətən pozulmamış olur.

Yazılı nitqin pozulmaları, hansı növünün pozulmasından asılı olaraq iki qrupa bölünür:

Disleksiya (yunan dis - pozulma, leqo - oxuyuram) - baş-beyin qabığının bir neçə sahələrinin pozulması və ya inkişafsızlığı ilə bağlı oxu prosesinin pozulmasıdır. Hərflərin tanınmasında, hərflərin hecalara keçməsi ilə, hecaların sözlərə keçməsi ilə, sözlərin səs formasının düzgün qavranılması ilə və sadə mətnin düzgün başa düşülməməsi ilə bürüzə verilir. Bu qüsurun ağır forması aleksiya adlanır - bu zaman uşağın oxu vərdislərinin əldə edilməsi mümkünsüz olur.

Disqrafiya (yunan dis - pozulma, qrarho - yazıram) - yazı prosesinin natamam spesifik pozulmasıdır. Hərflərin optik-məkan pozulmalarında, sözün səs-heca tərkibinin pozulması ilə və cümlənin strukturunun pozulması ilə bürüzə verilir. Disqrafiyanın əsasında uşaqların şifahi nitqinin inkişafsızlığı (optik formasından əlavə), söz tərkibinin fonetik əldə edilməsi üçün olan çatışmazlıqlar durur. Bu qüsurun ağır forması aqrafiya adlanır - bu zaman uşağın yazı vərdislərinin əldə edilməsi mümkünsüz olur.

Psixoloji-pedaqoji təsnifat uşaq kollektivi ilə iş zamanı loqopedik təsirin vacibliyi nəticəsində yaranıb. Bunun üçün uşağın nitqinin anormal inkişafının müxtəlif formaları zamanı nitq qüsurunun ümumi bürüzə verilmələrini üzə çıxarmaq vacibdir. Bu yanaşma həm linqvistik, həm də psixoloji kriteriyaların olması əsasında ayrılır, bu zaman nitq sisteminin struktur komponentləri nəzərdə tutulur (tələffüz tərəfi, qrammatik quruluş, lüğət ehtiyatı), nitqin funksional aspekti, nitq fəaliyyətinin üzləşməsi (şifahi və yazılı).

Bu təsnifatda nitq qüsurları iki qrupa ayrılır.

Birinci qrup - ünsiyyət vasitələrinin pozulmaları (fonetik - fonematik inkişafsızlıq və nitqin ümumi inkişafsızlığı).

Nitqin fonetik-fonematik inkişafsızlığı - şəxslərdə müxtəlif nitq pozulmaları zamanı fonemlərin tələffüzü və qavrama qüsurları nəticəsində ana dilinin tələffüz sisteminin formalaşması proseslərinin pozulmasıdır.

Ümumi nitq inkişafının ləngiməsi (ÜNİL) - müxtəlif ağır nitq qüsurları, bu zaman nitq sisteminin bütün komponentlərinin formalaşmasının pozulmasıdır, onun tələffüz və məna tərəfinə aid olmaqla. Bu qüsurun ümumi əlamətləri aşağıdakılardır: nitq inkişafının gec başlaması, lüğət ehtiyatının kasıblığı, aqrammatizmlər, tələffüz qüsurları, fonemanın yaranması qüsurları. Bu inkişafsızlıq müxtəlif dərəcədə bürüzə verilir: Nitqin tam olmamasından geniş nitqə qədər, lakin fonematik və leksik-qrammatik inkişafsızlıq

elementləri ilə. Nitq vasitələrinin formalaşmamasının dərəcəsindən asılı olaraq, uşaqda nitqin ümumi inkişafsızlığının üç səviyyəsi ayrılır.

İkinci qrupa - ünsiyyət vasitələrinin tədbiqinin pozulmaları. Bura kəkələmə nitqin kommunikativ funksiyasının pozulması kimi baxılır. Bu zaman qarışıq qüsurlar müşahidə olunur, yəni kəkələmə nitqin ümumi inkişafsızlığı ilə müşahidə olunur.

Bu təsnifatda yazı və oxu qüsurları müstəqil qüsurlar kimi ayrılır, onlar fonetik-fonematik və nitqin ümumi inkişafsızlığı tərkibində baxılır.

Nitq qüsurlarının xüsusiyyətləri

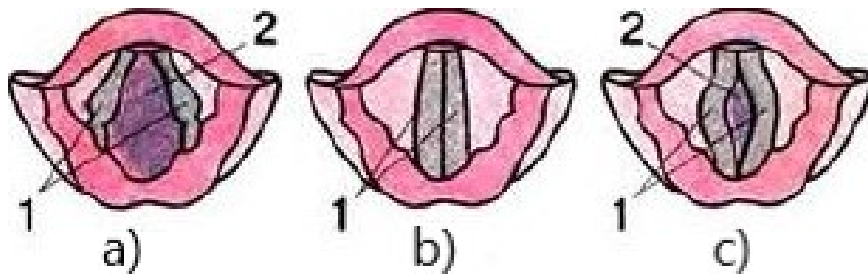
Səs anlayışı. Səsin yaranma mexanizmi

İnsan səsi deyəndə insan qırtlağında yaranan və mürəkkəbliyindən və sosial əhəmiyyətindən asılı olmayan müxtəlif səslər nəzərdə tutulur - körpənin reflektor qışqırığı, xanəndənin oxu səsi, natiqin modulyasiya edilmiş səsi və s. Səs nitqin ifadəliyini, emosionallığını və mənasını əks etdirir.

Səit səslər nitqin ahəngdarlığını, melodikliyi təmin edir, samit səslər isə nitqin məna və məzmununu başa düşməyə imkan yaradır. Buna görə də şifahi nitqdə əsas yer səslərin (əsasən samitlərin) sabitliyini və aydınlığını təmin edən artikulyasiyaya, ikinci yer isə intonasiyaya ayrılır. Adı nitqin diapazonu 4-7 tondan ibarətdir.

Səsin əsas xarakteristikaları

Səsin gücü nəfəs verilən hava axının gücündən və həqiqi səs tellərinin hansı qüvvə ilə birləşməsindən aslıdır (Şəkil 2.17).



Şəkil 2.17. Səs tellərinin vəziyyəti

a) Normal səsle danışarkən

b) Susarkən

c) Pıçıltıyla danışarkən

1. Səs telləri

2. Səs yarığı

Səsin ucalığı, hündürlüyü səs bəndlərinin uzunluğu, qalınlığı və səs tarımlaşmasının dərəcəsi ilə müəyyənləşir: aşağı və orta tonlarda vibrasiya edən səs telləri uzanıb və qalınlaşaraq iki bir-birinə yaxınlaşmış gərgin əzələ şəklində olur; səs bəndləri qısa an bir-birindən ayrılıb, yenə də birləşirlər və bunun nəticəsində alınan səs obertonlarla zəngin olur. Səs nə qədər ucadırsa, səs bəndləri bir o qədər nazik və qısa olur.

Hər insan səsinin və hər tələffüz edilən nitq səsinin öz xarakterik tembri var. İnsanın səs tembri səs aparatının quruluşundan, nitq səsinin tembri isə səsin artikulyasiya

qurumundan aslıdır.

Hal-hazırda səsin yaranmasında iki nöqteyi-nəzər mövcuddur.

Mioelastik - nəzəriyyəyə görə səs əzələsinin hərəkətləri passivdir, səs isə iki amilin bir təsiri altında yaranır. Bu amillər a) hava axının bəndəlti təzyiqi və b) səs əzələsinin tarımlığıdır.

Neyroxronaksik - nəzəriyyənin müəllifi fransız fizioloqu Yusson hesab edir ki, aşağı qırtlaq siniri ilə gələn impulsların təsiri altında səs əzələləri yığılır və nəticədə səs yaranır. İmpulsların sayı insanın səsinin əsas tonunun tezliyinə müvafiqdir

Səs beynin sosial mühitin təsiri altında yaranmış mürəkkəb şərti reflektor funksiyasıdır.

Uşağın və böyüyün səsi gücü, ucalığı və tembri ilə fərqlənir. Uşaq səsinin diapozunu (bir oktavanın 1-2 səsindən çox deyil) və obertonlarının sayı məhdud, gücü azdır. Uşağın tənəffüsü həyatı tənəffüsə yaxındır, yuxarı rezonasiya üstünlük təşkil edir.

Uşağın qırtlağı böyüyün qırtlağından 2-2,5 dəfə qısadır, səs bəndlərinin əzələləri (vokal) az inkişaf edib.

Səsin inkişafı uşaq orqanizminin böyüməsi və inkişafı ilə (xüsusən də mərkəzi sinir sisteminin və səs aparatının) sıx bağlıdır. Yeniyetmə dövründə (12-15 yaş) səs kəskin dəyişir. Bu dövrdə qırtlaq oğlanlarda 1-2 dəfə, qızlarda isə 1-3 dəfə böyüyür, səs bəndləri isə uzanır və qalınlaşır. Həcmi və gərginliyi artmış dilin ağırlığı altında qırtlaq yuxarı (hündür) vəziyyətdən aşağı vəziyyətə keçir və nəticədə oğlanların səsi bir oktava aşağı düşür. Qızların səsi bir o qədər dəyişmir. Bu səs dəyişməsi adətən 3 ay, bəzən isə 1-2 ilədək davam edə bilər. Bu müddətdə qırtlağın selikli qişası qızartılı olur-bu fizioloji hiperemiyadır.

Səsin qorunmasının vacibliyi. Səsin yetişməsi insan doğulandan yetkin yaşınadək davam edir. Bu müddətdə səs bir çox mənfi amillərin təsirinə məruz qalır. Valideynlər, tərbiyəçilər və müəllimlər, hətta pediatrlar belə uşaq səsinin qorunmasının vacibliyindən az məlumatlıdırlar. Məs., bir çox analar yanlış fikirdədirlər ki, körpənin ağlaması onun səsinin inkişafı üçün xeyirlidir. Çox vaxt uşaq mahnılarının repertuarı orta uşaq səsinin diapozunu nəzərə alınmayaraq seçilir və s.

Səsin profilaktikası lap erkən yaş dövründən başlamalıdır. Yeniyetmə dövründə isə onun vacibliyi daha da artır.

Proflaktika sözün həqiqi mənasında proflaktikadan, sağlam səsin tərbiyələndirilməsindən və səsin təlimindən ibarətdir.

Həqiqi profilaktika səsin mənfi amillərdən qorunmasından və gigiyena qaydalarına riayət etməkdən ibarətdir (soyuqdəymədən qorunmaq, ucadan qışqırmaq-danışmaq, səsin mutasiya dövründə oxummaq və s.).

Səsin normadan kənara çıxmasını xarakterizə etmək üçün bir sıra ifadələrdən istifadə edirlər: zəif, kobud, xırıltılı, titrək, monoton, basılmış və s..

Səsin zəifliyi - tənəffüs aparatının zəifliyi və ya gipokineziyada müşahidə edilən səs bəndlərinin tam birləşməsi ilə izah olunur.

Yüksəldilmiş - səs qırtlağın həqiqi giperkinezindən və ya səs bəndlərinin gərginliyindən xəbər verir.

Hıçqırtılı -səs taxilaliya, battarizm, tənəffüsün ahəngliyinin pozulması zamanı baş verir.

Cingiltili - səs əsasən ağız boşluğuna düzgün yönəldilən səsdir.

Boğultulu - səs ağız boşluğunun arxa hissəsində yayılması nəticəsində əmələ gəlir.

Tın-tınlı səs yumuçaq və sərt damağın haçalanması, bulbar və psevdobulbar iflic zamanı hava axınının burun-udlaq boşluğuna daxil olması nəticəsində əmələ gəlir.

Xırıltılı – səs qırtlaqda şiş, papillamatoz, daralma, səs tellərinin inervasiyasının pozulması zamanı baş verir.

Uşaqlarda səs funksiyasının normada və patologiyada vəziyyəti

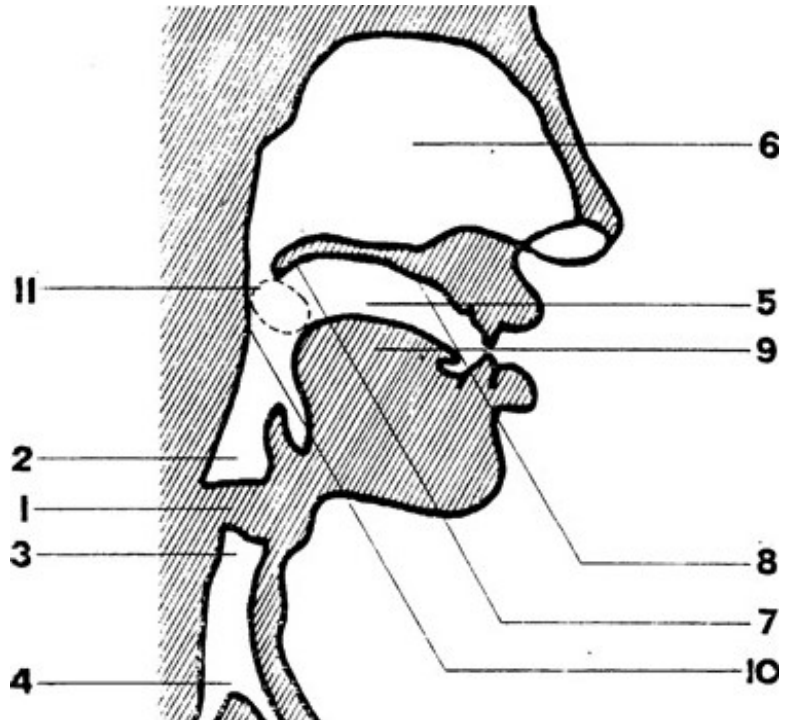
Nəfəs şöbəsi

Nəfəs şöbəsinə ağ ciyərlər, bronxlar, traxeya, döş qəfəsi daxildir. Tələffüz nəfəslə sıx əlaqədardır. Nitq, nəfəs vermə aktında baş verir.

Bu zaman hava axını eyni zamanda, həm səs yaradıcı, qaz mübadiləsi, həm də artikulyasiya funksiyası daşıyır. Danışiq zamanı nəfəs alma və vermə adi, susma vəziyyətindən kəskin fərqlənir. Danışan zaman insanın nəfəs alması qısa, nəfəs verməsi isə sürəkli olur. Nitq tənəffüsünün daha bir fərqli cəhəti vardır ki, danışiq zamanı nəfəs vermədə qarın boşluğu və qabırğalararası daxili əzələlər də iştirak edir. Bu nəfəsvermənin dərin və sürəkliliyi, səslı nitqin yaranmasını təmin edir.

Səs şöbəsi

Səs şöbəsi qırtlaq və səs tellərindən ibarətdir. Qırtlaq geniş qısa boru olub, qığırdaq və yumşaq toxumadan əmələ gəlmişdir. O, boyunun ön hissəsində yerləşir və irəlindən, yanlardan əllənir. Yuxarıdan qırtlaq udlağa, aşağıdan isə nəfəs borusuna (traxeyaya) keçir (Şəkil 2.18).



Şəkil 2.18. Nitq aparatında səs şöbəsinin yeri

- 1 - Qırtlaq;
- 2 - Qırtlaqüstü boşluq;
- 3 - Qırtlaqaltı boşluq;
- 4 - Traxeya və bronxlar;
- 5 - Ağız boşluğu;
- 6 - Burun boşluğu;
- 7 - Yumşaq damaq;
- 8 - Sərt damaq;
- 9 - Dil;
- 10 - Qırtlağın arxa divarı;
- 11 - İkinci ağız (oxuyan).

Qırtlaqla udlaq arasında qırtlaqüstü yerləşir. O, qığırdaq toxumasından əmələ gəlib, dilçək və ya ləçək formasında olur. Qırtlaqüstünün ön səthi dilə, arxa hissəsi isə udlağa doğru uzanır. Qırtlaqüstü udma hərəkətlərində aşağı düşüb qırtlağa girişi bağlayaraq oraya qida, tüpürcək və yad cisimlərin düşməsindən qoruyan tıxac rolunu oynayır.

Qırtlağın içərisində onun girişindən bir qədər kənarında səs keçidi yerləşir. O, səs tellərindən yaranaraq, adi tənəffüsdə geniş açılaraq bərabəryanlı üçbucaq formasını alır. Bu zaman alınan və verilən hava axını səssiz həmin geniş səs keçidindən keçir.

Səsin yaranması zamanı səs telləri yumulmuş vəziyyətdə olur. Nəfəsvermə nəticəsində hava axını həmin yumulmuş səs tellərinin büküşləri arasından keçərək onları bir qədər kənara itələyir. Səs telləri özünün elastikliyi və səs keçidini daraldan vəziyyətinə qaydır. Beləliklə də, yumulma və açılma o vaxta qədər davam edir ki, hava axınının təzyiqi dayandırılınsın. Başqa sözlə, fonasiyada (səslənmə) səs tellərinin rəqslənməsi, köndələn istiqamətdə, yəni yuxarı və aşağıya deyil, daxilə və xaricə tərəf hərəkət edir. Nəticədə, səs tellərinin rəqslənməsi ətraf mühitə ötürülərək danışmaq səsi kimi qavranılır.

Səs gücü, ucalığa və tembrə malikdir. Səsin gücü səs tellərinin rəqslənməsinin amplitudundan, yəni nəfəsvermənin gücündən asılıdır. Səsin gücünə udlaq, ağız və burun boşluqlarının təsiri böyükdür.

Rezonator boşluqlarının forma və böyüklüyündən, eləcə də qırtlağın quruluşundan asılı olaraq səs müəyyən fərqi «çalar» qazanır. Buna səsin tembrini deyilir və insanlar bir-birindən səsin tembrini ilə fərqlənirlər.

Səsin ucalığı səs tellərinin rəqslənmə tezliyindən, o isə gərginliyin uzunluğu, qalınlığı və dərəcəsi ilə asılıdır. Səs telləri nə qədər uzun, qalın və az gərginləşərsə səs bir o qədər alçaq olur.

Səs pozulmaları

Afoniya - (a- inkar, yox, fon – səs deməkdir) səsin tam olmamasıdır. Afoniya zamanı insan yalnız pıçıltı ilə danışa bilir.

Afoniyanın əlamətləri və simptomatikası:

1. Nitqi səsinin olmaması;
2. Pıçıltılı nitqin mümkünlüyü;
3. Danışmaq istəyərkən boğaz nahiyəsində ağrı;
4. Səs tellərində tutmalar, spazmlar, qıcolmalar;
5. Boğazdan gələn xışıltı, hətta nəfəs alanda da xışıltı olur;
6. Yemək yeyərkən udqunma çətinliyi (əsasən quru yemək yedikdə);

Afoniya xəstələrə yumşaq, duru yeməkləri ilıq halda vermək lazımdır.

Afoniyanın formaları:

1. Qırtlaq afoniyası;
2. Paralitika foniya;
3. Spastik afoniya;
4. Funksional afoniya (isterik afoniya).

1. Qırtlaq afoniyası

Əsl afoniya. Qırtlaqda olan xəstəliklər nəticəsində yaranır. Məsələn: qırtlaqda olan şişlər nəticəsində. Qırtlaqdakı şiş səs tellərini əzir və insan səs tellərini işlədə bilmir.

2. Paralitik afoniya

İflic afoniyası, əsasən, aşağı qırtlaq əzələlərinin iflici nəticəsində yaranır. Əsas səbəb – qalxanvari vəzin xəstəliyi zamanı əməliyyatda qırtlaq əzələlərinin zədələnmələri (çox nadir hallarda anadangəlmə olur).

3. Spastik afoniya

Spastik afoniya qırtlaq əzələlərində olan tutmalar, sıxılmalar nəticəsində yaranır. Səbəbləri müxtəlif xarici boğulmalar, qırtlaq əzələlərinin əzilmələri ola bilər, məsələn, avtomobil qəzasına düşən adam kəmərlə təxmində, boğulduqda, zəhərli hava, tüstüdə yarana bilən kimyəvi boğulmalar zamanı. Çox tozlu, tüstülü, dumanlı yerdə uzun müddət qalmaq.

4. Funksional afoniya

Funksional səs tellərini çox yükə salmaq nəticəsində yaranır. Çox danışdıqda səs xışıldayır, yorulur.

İsterik, əsəbi olduqda, ağladıqda səs telləri işləmir. Səsdən düzgün istifadə etmədikdə də afoniya yarana bilər.

Afoniyanın səbəbləri

Səsin olmamasının səbəbləri:

1. Yuxarı tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri: qrip, boğaz ağrısı. Bu zaman boğaz şişmələri olur, səs telləri əzilir və nəticədə səs yaranmır;
2. Ağciyərlərdə və bronxlarda olan iltihablar;
3. Professional səbəblər: insanın sənətindən asılı olaraq müğənnilər, müəllimlər, diktorlar, şou-menlər və s. Çoxsəsli-küylü fabrik və zavodlarda işləyən insanlarda da afoniya yarana bilər. Daim hündürdən danışmaq da səs pozulmasına gətirə bilər;
4. Boğaz nahiyəsində olan müxtəlif şişlər (bədxassəli, xoşxassəli);
5. Anadangəlmə səs tellərinin müxtəlif qüsurları (səs telləri bitişik olur və s.);
6. Səs aparatının müxtəlif travmaları: əməliyyatdan sonra da ola bilər. Bu zaman damarı və ya bronxların zədələnməsi (ümumi narkozda narkoz borusunun düzgün istifadə edilməməsi zamanı mümkündür);
7. Boğaza keçən yad cisimlər (balıq tıxı, dərman həbləri böyük olduqda orada qala bilər). Körpə uşaq ağızına qələm qapağını aldıqda udar və o, boğazında tıxanar. Çıxartdıqda belə səs telləri zədələnmiş olur;
8. Tüstülü, dumanlı, tozlu havanı uzun müddət udmaq səs tellərinin fəaliyyətini dayandırır;
9. Sinir sistemi (psixoloji xarakterli) ilə əlaqədar səs pozulmaları: həyəcan, sinir, qorxu, xəbər və s.;

10. Rütubətli, soyuq, şaxtalı, quru, çox isti havada çox danışdıqda səs telləri quruyur (donur);
11. Qırtlağın və səs qatlarının innervasiyasının pozulması (qırtlağın iflici və ya parezi (hərəkəti funksiyalarının gücdən düşməsi). Aşağı qırtlaq sinirinin zədələnməsi də ola bilər;
12. Səs tellərinin zədələnməsi (məsələn, qalxanabənzər vəzinin əməliyyatı zamanı);
13. Boyun, boğaz nahiyəsinin sıxılmaları, boğulmaları, travmaları;
14. Baş beyində yerləşən səs tellərini idarə edən mərkəzlərin zədələnməsi (MSS).

Disfoniya

Disfoniya (dis – pozulma, fon – səs deməkdir) - səsin keyfiyyətinin dəyişməsi və pozulmasıdır. Afoniyadan fərqli olaraq disfoniya səs var, amma pozulmuşdur.

Disfoniyanın əsas əlamətləri, simptomatikası:

1. Səsin keyfiyyətinin pozulması;
2. Səsin fitli, xışıltılı olması;
4. Ştiroid – yəni insan nəfəs aldıqda səsdən əlavə ondan xışıltılı çıxır. Boğaz nahiyəsində spazm keçirilən zaman hava səs tellərindən keçib əlavə səs-xışıltılı əmələ gətirir.

Disfoniyanın formaları:

1. Üzvü disfoniya;
2. Funksional disfoniya:
 - Hipertonus disfoniya;
 - Hipotonus disfoniya;
 - Hipohipertonus disfoniya;
 - Spastik disfoniya;
 - Mutasiya dövründə olan disfoniya.

Disfoniyanın növləri.

1. Uzunmüddətli disfoniya;
2. Qısamüddətli disfoniya.

Üzvü disfoniya - qısamüddətli, funksional disfoniya isə uzunmüddətli olur.

Üzvü disfoniyanın səbəbləri:

- Qırtlaq, udlağın kəskin və ya xroniki patologiyası (nevroloji və ya onkoloji xarakterli);
- İltihabi xəstəliklər (lorenjit, traxeit, farengit);
- Allergiya.

Funksional disfoniyanın səbəbləri (boğaz nahiyəsində heç bir iltihabi xəstəlik olmur):

- Ürək, ağciyər xəstəlikləri, endokrin sistemi, damarların patologiyası. Xüsusilə, qalxanabənzər vəz, böyrəküstü vəziləri, cinsiyyət vəzilərinin funksiyalarının pozulması;
- Yuxarı tənəffüs yollarının yad cisimlərin vasitəsilə qırtlağın obstruksiyası (daralması);
- Anaboliklərin (steroid, hormon maddələr) qəbulu;
- Səsin (vokal, müəllimlik fəaliyyəti) peşəkarcasına istifadəsi;
- Avitaminozlar, anemiya (qanda hemoqlobinin miqdarının azalması);
- Onurğa sütununun boyun şöbəsinin xəstəlikləri (artroz, osteoporoz (strukturunun dəyişdirilməsi, sümük və oynaq qıvrıqları, onların qidalanmasının pozulması və s));
- Nevroloji və psixi səbəblər;
- Qırtlağın, boğaz nahiyəsindən xəsarətlər;
- Tibbi vasitələrlə terapiya (dərmanların təsiri altında səs dəyişikliklər).
- Stress vəziyyəti;
- Yoluxucu xəstəliklərin (qırtlağın selikli qişasının infeksiya və ya kəskin xəstəliklərindən sonra qırtlaqda yaranan dönməz dəyişikliklər və ya çətin bərpası) nəticələri

1. Hipertonuslu disfoniya

Yüksək tonus olduqda əzələnin gərginliyi, sərtliyi əmələ gəlir. Bu zaman səs telləri bir - birinə möhkəm sıxılır. Danışarkən hərəkət edə bilmirlər. Hipertonuslu disfoniya zamanı insan danışarkən bütün boğaz və çiyinlərdə ağrı hiss edir.

2. Hipotonuslu disfoniya

Burada isə əksinə olaraq əzələlər çox süst, yumşaqdır. Səs tellərinin sürtünmə gücü olmur. Hipotonuslu disfoniya zamanı səsin gücü ya heç olmur, ya da danışığa başlayarkən yaranır, sonra getdikcə pozulur.

3. Hipohipertonuslu disfoniya

Səs telləri gah gərgin, gah da süst olur. Disfoniya insan gah hündürdən danışır, hərdən isə səsi qırılır.

4. Spastik disfoniya

Xarici və daxili əzələlərin yığılması (qıc olma) nəticəsində yaranır (boğulmalar, travmalar almaq, zəhərli havalar nəfəs almalar)

5. Mutasiya dövrünün disfoniyası

Yeniyyət dövründə olan həm oğlanlarda, həm də qızlarda səs kobudlaşır (10-17 yaş arası). Hər bir uşaqda müxtəlif keçir. Mutasiyadan sonra səs dəyişir, təmizlənir.

Mutasiya dövründə qızlarda qırtlaq yarım dəfə, oğlanlarda da 4 dəfə böyüyür. Ona görə, əsasən, oğlanlarda səsin tembrində dəyişikliklər çox hiss olunur. Səs telləri üçün ən təhlükəli dövr mutasiya dövrüdür.

Disfoniyanın səbəbləri

1. Anadangəlmə qüsurlar

Qırtlaq qığırdağının qüsuru. Həmin hissə bətdaxili inkişaf zamanı ya düzgün inkişaf etmir (hər hansı bir əyrilik, anomaliya və ya inkişafsızlıq - normaya kimi inkişaf etmir). Normal olaraq qığırdağ 3 sm olduğu halda bu uşaqlarda 1 sm inkişaf edir.

- Qırtlaqüstü pərdə sallanır, qırtlağın yolunu tutur və rahat nəfəs almağa qoymur. Hava da həmin pərdədən keçərkən xışıltılı səs əmələ gəlir. Tibbdə onun adı lorinqomolyasiya (pərdənin sallanması) adlanır.
- Bətdaxili inkişaf zamanı qan-damar sistemi normal inkişaf etmir, boğaz nahiyəsində angioma (qan düyünləri) əmələ gəlir. Səs tellərinin yanında olduqda onları əzir, sıxır və səs pozulmuş olur.
- Anadangəlmə səs tellərinin olmaması və ya birinin olmaması. Çox nadir hallarda olur.

2. Qazanılma qüsurlar

Çox əsəbi, sinirli şəxslər daim qışqırırlar, bağırırlar. Sinirli olduqda boğaz əzələləri gərginləşir. Burada ya hipertonus və ya hipotonus yaranır.

Uşaqlar öz səslərini böyüklərin səsinə bənzətmək istədikdə, yamsıladıqda səs tellərinə yük, ağırlıq düşür - problem yaranır. Səs tellərində düyünlər (qışqırıq düyünləri) yarana bilər və bu düyünlər nə qədər çoxdursa, səsdə xışıltı o qədər çox olur.

Fonosteniya

Fonosteniya (fon – səs, steniya – stenoz – daralmalar, sıxılmalar) psixogen mənşəli səs aparatının əzələlərinin (qırtlaq və s.) zəif olması deməkdir. Fonosteniya səs tellərinin uzun müddət yüklənməsidir. Fonosteniya korreksiya olunmasa, disfoniya keçə bilər.

Simptomatikası:

1. Hər hansı bir dövrdə səs yorğunluğu. Qısamüddət (1-2 dəq) səsin tam batması, heç olmaması və səs yarandıqdan sonra onun xırıltılı olması.
2. Səbəbsiz öskürəklər.
3. Boğazda narahatçılıq, yanğı, ağrı, qaşınma hissi.
2. Burun – udlaq və səs tellərində heç bir dəyişiklik olmur, problem izlənilmir (hər hansı bir xəstəlik olarsa artıq disfoniya söhbət gedir).

Fonosteniyanın səbəbləri

1. Səs tellərinin və səs aparatının uzun müddət yüklənməsi. Məsələn, müğənnilər uzun müddət oxuyursa, müəllimlər daim hündürdən danışarsa, səs yüklənir;
2. Respirator xəstəliyi zamanı səs tellərinin yüklənməsi, məsələn, qrip, soyuq olduqda səs çıxmır, ancaq danışmağa məcbursan. Bu zaman səs telləri yüklənir, yorulur və zəifləyir;
3. Xüsusi dərs almadan səsi işlətmək (vokal);
4. Psixi stress;

5. Yeniyetməlik dövründə səs tellərini gücə salmaq. Burada ən əvvəl fonosteniya olur. Daha çox gücə saldıqda disfoniyaya çevirir.

Fonosteniyanın disfoniyadan fərqi:

- Fonosteniya daha yüngül patologiya hesab olunur;
- Fonosteniya müvəqqəti, disfoniya isə artıq daimi xarakter daşıyır;
- Fonosteniya zamanı hələ xəstəlik yaranmasından danışmaq olmaz. Sadəcə olaraq hansısa bir təkanda səs qısa müddətə pozulur. Bu təkanlar 2-3-10 dəfə təkrarlanarsa, artıq düynələr yaranır və səs tellərində xəstəlik əmələ gəlir;
- Boğaz nahiyəsində gərginlik, düynələr yoxdur.

Fonosteniyada disfoniyanın əlamətlərini izləmək olar: səsin xışıltılı, kütlüyü, zəifliyi. Sadəcə olaraq 2 həftədə 1, 10 gündə 1, ayda 1 dəfə səs telləri bir az yükə düşdükdən sonra özünü göstərir. Disfoniya artıq xroniki, daimidir.

Fonosteniya zamanı əlavə tədbirlər də təyin edirlər:

- Qırtlağın masajı;
- Xüsusi səs və nəfəs təmrinləri;
- Fizioterapevtik prosedurlar.

Laringit və ya başqa LOR-xəstəliklər zamanı səs pozulması zamanı müalicəvi otlarla inhalyasiya və ya qarqaralar təyin etmək olar. Həmçinin fəsadların azaldılması üçün sakitləşdirici dərmanlar və ya çaylar yazıla bilər.

Rinofoniya

Rinofoniya (rinos – burun, fon – səs) - səsin nazal olması (tın-tınlı) deməkdir. Rinofoniyanın əlamətləri rinolaliyaya daxildir. Rinofoniya səsin tın-tınlı olması, rinolaliya – danışığın tın-tınlı olmasıdır. Rinolaliya – tələffüz qüsurudur. Rinofoniyada isə tələffüzdə problem yox, səsdə olur.

Rinofoniyanın əsas səbəbi yumşaq damağın xüsusiyyətidir.

Rinofoniyanın 2 forması var:

1. Açıq rinofoniya.
2. Qapalı rinofoniya.

Açıq rinofoniya

- Anadangəlmə və qazanılma ola bilər. Uşaq anadangəlmə qısa, yumşaq damaqla doğulur (nadir halda olur).
- Şəxslərdə boğaz ağrısı, qrip, difteriya və s. nəticəsində şəxslərdə yumşaq damağın parezi və ya iflici yarana bilər.
- Şəxslərdə badamcıqlar üzərində əməliyyat aparıldıqdan sonra tın-tınlıq əmələ gəlir. Şəxslərdə tın-tınlı səs müşahidə olunursa, mütləq loqopedə və ya otorinolaringoloqa müraciət etmək lazımdır.
- Fiziki olaraq zəif olan şəxslərdə və ya uzun müddət yataq xəstəsi olanlarda.

Biz danışdığımız zaman normada yumşaq damaq buruna gedən yolu avtomatik olaraq

bağlayır. Burun boşluğuna hava keçmir. Susduğumuz zaman burunla nəfəs aldıqda yumşaq damaq açılır. Yalnız “m” və “n” səsinin tələffüzü zamanı yumşaq damaq qısa olaraq açılıb bağlanır. Bağlı olduğu üçün burun boşluğuna hava keçmir və tın-tınlıq da olmur.

Açıq rinofoniyada burun yolu açıqdır. İflic, parez bu səbəblərdən və ya yumşaq damağın qısa olması səbəbindən bu boşluq kifayət qədər bağlanmır və insan danışdıqda hava həm ağız, həm burundan çıxır. Tın-tınlı səs yaranır.

Qapalı rinofoniya (bağlı)

Qapalı rinofoniya burun boşluğuna hava heç bir halda keçmir və tın-tınlıq yoxdur. Ya yumşaq damaq, ya şişlər bağlayır. “M”, “n” səsləri nitqdə realizə olunmur. “M”, “n” əvəzinə “d” “t” səsi alınır, test: uşağa şeri burnu açıq normal vəziyyətdə və ya burnunu tutub dedirmək lazımdır.

Qapalı rinofoniyayı yaradan səbəblər

1. Adenoidlərin şişməsi;
2. Burun çəpərinin tam ayrılığı;
3. Burun-udlaq yolunda şişlərin, poliplərin (“artıq ətlərin”) olması;
4. Soyuqdəymə zaman burun seliklə tutulur, nəticədə müvəqqəti olaraq qapalı rinofoniya yaranır. Xəstəliklər uzun müddət və ya tez-tez baş verirsə şəxs sağaldıqdan sonra da tın-tınlıq bir vərdiş olaraq qalır. Buna vərdiş rinofoniyası deyilir;
5. Təqlid (yamsılama). Uşaq öz səsini kiminsə səsinə bənzətməyə çalışır;

Rinofoniyanın əsas təhlükəsi tın-tınlı danışığı vərdişə çevirir. Bu, şəxslərdə çox böyük bir psixoloji ağırlıq, çətinlik yaradır. Özünəqapanma autizmə meyillilik yaradır. Şəxs ünsiyyətdən qaçır, çünki ona güləcəklərini hesab edir. Bəzən şəxs danışmağa qorxur. Ata və anasının onun üstünə qışqıracağını hesab edir.. Belə uşağın xasiyyətində təzahürlər olur. Şəxs ağlağan və küsəyən olur.

Dislaliya

Qeyri-düzgün tələffüz nitq nöqsanlarında ən çox təsadüf edilən təzahürdür. Demək olar ki, hər nitq nöqsanı tələffüzün pozulması ilə müşayiət edilir. Məktəbəqədər və məktəb yaşlı tipik inkişafı uşaqlarda çox vaxt tələffüzün pozulması nitqin yeganə defekti olur. Bu zaman lüğət və qrammatik quruluş ziyan çəkmir. Belə tələffüz formaları displaliya adlanır. Ambulator şəraitdə ümumi qəbul edilmiş metodika ilə bir gün ərzində tələffüz pozulmalarının islahına nail olmaq mümkündür (mexaniki displaliyalar istisna edilməklə).

“Dislaliya” termini XIX əsrin 30-cu illərində Şultes tərəfindən loqopediyaya gətirilib.

Hazırda tələffüz pozulmaları mərkəzi və ya periferik xarakterli motor və sensor pozulmalarla izah olunur.

1. Artikulyasiya aparatının quruluşundakı dəyişiklikləri və artikulyasiyada iştirak edən əzələlərin innervasiyasının pozulmasını;
2. Periferik eşitmənin enməsini və eşitmə qavramasının mərkəzi xarakterli pozulmasını nəzərə almaq lazımdır.

5-9 yaşlı uşaqlarda ən çox tələffüzü pozulmuş səslər bunlardır: fısıltılı-22%, fışılıtlı-24%, cingiltili-4.5%, damaqarxası-1%, r-26%, l-10% (M.A. Aleksandrovskaya). M, n, p, t səslərinin pozulmasına az təsadüf edilir (əsasən eşitmənin enməsi və rinolaliya zamanı).

Dislaliyanın növləri

Dislaliyanın növləri aşağıdakılardır:

1. Siqmatizm – fitli, fışılıtlı səslərin düzgün olmayan tələffüzü. Yəni “s, z, j, ş, ç, c” kimi səslərin səhv tələffüzü. Siqmatizmlər fonetik siqmatizmə (yan, dişarası) və fonetik-fonematik xarakterli parasiqmatizmə bölünür (fışılıtlı səslərin fısıltılarla əvəz edilməsi, fışılıtlı səslərin t, d səsləri ilə əvəz edilməsi). Əgər şəxs s əvəzinə s’ deyirsə, deməli, bu uşaqda displaliyanın siqmatizmi var.
2. Rotatizm. R və R’ səsinin tələffüzünün pozulmasıdır. Rotasizm qrupunda fonematik rotasizm və pararotasizmi ayırd etmək olar.
3. Lambdasizm – “l” və “l’” hərfinin səhv tələffüzü. Lambdasizm qrupunda fonematik lambdasizm və paralambdasizmi ayırd etmək olar.
4. Yotatizm – “y” foneminin düzgün olmayan tələffüzü.
5. Qammasizm – “q, q’, g, ğ” səslərinin düzgün olmayan tələffüzü.
6. Kappaizm – “k, k’” səslərinin düzgün olmayan tələffüzü.
7. Xitizm – “x, x’, h” səslərinin düzgün olmayan tələffüzü.
8. Cingiltiəşmə qüsuru. Cingiltili səslərin əvəzinə onların qarşılığını tələffüz etməsidir. Məsələn, Z əvəzinə S, Q əvəzinə K və s.
9. Yumşaltma qüsurları. Yumşaltma qüsurlarında insan yumşaq səsləri tələffüz etmir. “Lalə” əvəzinə “Lala”, “kələm” əvəzinə “kalam” və s.

Dislaliya polimorf ya monomorf ola bilər

Polimorf – (mürəkkəb) displaliya.

Monomorf – sadə displaliya.

Əgər şəxslərdə bu 9 növ qüsurların hər hansı 1-i varsa, buna monomorf deyilir. Əgər bu 9 növ qüsurların 2-3-4 növündə tələffüz qüsurları varsa, bu polimorfdur.

Mürəkkəb səsin düzgün tələffüzü daha gec və çətin formalaşır və müxtəlif pozulmalarla müşayiət olunur. Məs., r səsin tələffüzündə 20-yə yaxın pozulma aşkar olunur: yan, qırtlaq, burun, birvurğulu, dodaq, əvəz edilmələr vəs.

Bir səsin o birisi ilə əvəz edilməsi paralaliya adlanır.

Loqopediyada qeyri-düzgün tələffüzün 3 variantı mövcuddur:

1. Bu və ya digər səsi, yaxud səs birləşməsini tam tələffüz etmək;
2. Səsi ayrılıqda düzgün tələffüz edib, nitqdə qeyri-düzgün tələffüz etmək;
3. Səsləri ayrılıqda düzgün tələffüz edərək, nitqdə isə onları differensiallaşdırma bilməmək.

Bir səsin o birisi ilə daima əvəzlənməsi onların eşitmə və yazıda (disqrafiya) qarışdırılmasına gətirib çıxarır. Əgər tələffüz pozulması təkcə bir qrup səsə aiddirsə

(cingiltili, fisiltılı və ya fışiltılı), onda o, sadə, qismən və ya monomorf pozulma adlanır. Əgər tələffüz pozulması müxtəlif qrupdan olan səsləri əhatə edirsə, onda, o mürəkkəb. diffuz və polimorf pozulma adlanır.

Dislaliyanın formaları

Funksional və mexaniki displaliya

Dislaliyalar üzvi (mexaniki) və funksional olur.

Funksional displaliya orqanik əsası olmayan, qeyri-düzgün nitqi tərbiyədən yaranır. Sadəcə olaraq displaliyanın səbəbləri sosial amillərdir.

1. Ətrafda olan insanların nitqi qüsurludur (ailə üzvlərinin (ana, ata, baba, nənə, bacı, qardaş və s.).
2. Təqlid (yamsılama). Uşaq öz danışığını kiminsə nitqinə bənzətməyə çalışır.
3. Aildə 2-3 dillilik. 3-4 yaşındakı normal nevroloji uşaq dilləri fərqləndirir. 4 yaşına qədər uşaq 2 dili eşidə bilər, lakin 2-ci dildə 4 yaşdan sonra danışmağa başlamalıdır.
4. Uşaqla "uşaq" dilində danışmaq olmaz, normal ədəbi dildə danışmaq lazımdır. Yəni uşaqla danışarkən "qız" yox "qız", "masın" yox "maşın" demək lazımdır.
5. Uşağın kifayət qədər danışmağa- verbal danışmağa ehtiyacı yoxdur. Bütün günü kompyuter, telefonla, oyuncaqlarla oynayır və ya evdə ünsiyyət qurmağa başqa uşaq yoxdur.
Uşaqla daim ünsiyyət qurmaq, danışmaq və danışdırmaq lazımdır. Əşyaları adlarını deyərək göstərmək lazımdır. 1-1,5 yaşındakı uşağın 50 söz, 4 yaşlı uşağın isə artıq 6-7 min söz ehtiyatı olmalıdır. Uşağı danışmağa təhrik etmək lazımdır.
6. Uşağı öz yaşına uyğun olmayan nitqlə yükləmək. 6 yaş uşağın qavraya biləcəyi şeyi 3 yaşında uşağa öyrətmək. Bu zaman uşaq öz yaşına uyğun olmayan nitqlə, cümlələrlə yüklənir.
7. Uşaq uzun müddət ağır bir xəstəlik keçirərsə, yataq xəstəsi olarsa, uşağın səs çıxarmağa halı olmur və fiziki olaraq da danışmağa gücü olmur. Buna görə də uşağın nitqi tələffüzü qeyri-dəqiq olur. Astenik fiziki zəif, anemiyalı, avitaminozlu, az yemək yeyən uşaqların ağır hərəkətlər üçün gücü, enerjisi olmur.

Bəzən səhvən displaliyalara dizartriya, alaliya, afaziyaların yüngül, gizli və buna görə də diaqnostikası çətin olan formalarını da aid edirlər. Bunun bir səbəbi də funksional və orqanik dəyişikliklərin arasında prinsipal fərqi müəyyənləşdirilməsində olan çətinliklərdir. Bəzən uzun müddət funksional qeyd etdiyimiz pozulma dəqiq yoxlamadan sonra əslində orqanik pozulma kimi meydana çıxır. Bundan başqa, nitq kimi o biri sahəsində funksional pozulma ilə nəticələnir. Eyni zamanda, uzunmüddətli funksional pozulma orqanik pozulma ilə nəticələnir və ya mövcud orqanik pozulmanı daha da dərinləşdirir.

Periferik nitq aparatının sümük, əzələ və ya sinirlərinin defekti nəticəsində yaranmış tələffüz pozulmaları mexaniki displaliya adlanır. Periferik nitq aparatının defekti anadangəlmə (üst dodağın, çənənin, yumşaq və sərt damağın haçalanması) və qazanılma ola bilər. Daha çox rast gəlinən defekt-dilaltı bəndin qısalması və yoğunlaşması nəticəsində dilin hərəkətliliyi azalır, dil ağız boşluğunda fiksasiya olunur.

Çənənin və diş sırasının defekti yumulu ağızda dişlərin normal vəziyyətini (prikusu) pozur. Yumulu ağızda alt dişlərin üst dişlərlə bir az örtülməsi normal sayılır.

Dişlərin normal vəziyyətinin (prikusun) anomaliyaları müxtəlif olur.

Proqnatiya zamanı üst çənənin daralması və irəli çıxması nəticəsində qabaq alt və üst dişlər bir-birindən aralı qalırlar.

Progeniya zamanı alt çənənin irəli çıxması nəticəsində alt çənənin qabaq dişləri üst çənənin qabaq dişlərindən irəli olur.

Əgər ağızın yumulu vəziyyətində alt və üst çənənin dişləri arasında ara qalırsa, onda bu vəziyyət açıq prikus adlanır.

Açıq prikus ön (arxa dişlər birləşir, qabaq dişlər aralı qalır) və yan (qabaq dişlər birləşir, yan dişlər isə aralı qalır) ola bilər. Yan prikus ikitərəfli, sağ və sol tərəfli ola bilər.

Dişlərin və çənənin vəziyyətinin korreksiyasını stomatoloji kabinetlərdə xüsusi şinlərin köməyi ilə həkim-ortodont aparır. 5-12 yaş arasında aparılan korreksiyasının nəticələri daha qənaətbəxşdir.

Çənə-üz travmaları (çənənin sınıması, əzələlərin parçalanması, sinirlərin qırılması və s.) nəticəsində yaranmış artikulyasiya aparatının defektləri qazanılma defektlər adlanır.

Əgər dodaqların patologiyasında saitlərin, çənənin patologiyasında fısıltı və fışıltılı tələffüzü pozularsa, çənə-üz və damaq travmaları zamanı bütün səslərin tələffüzü pozulur.

Bunu da nəzərə almaq lazımdır ki, mürəkkəb tələffüz qüsurları digər ağırlaşmalara səbəb olub, uşağın həm şifahi, həm də yazılı nitqində müxtəlif qüsurların əmələ gəlməsini şərtləndirə bilər. Məlumdur ki, ekspressiv nitq prosesində, xüsusilə səslərin ifadə edilməsində artikulyasiya aparatı üzvlərinin hərəkətlərinin kinestetik hisləri yaranır. Bu hərəkətlərin kinestetik qıcıqlarından yaranan impulslar baş beyin qabığına gedir.

Məşhur rus fizioloqu İ.P. Pavlov kinestetik qıcıqlara çox böyük əhəmiyyət verir, onların ikinci siqnal sisteminin formalaşmasındakı rolunu yüksək qiymətləndirirdi. O, qıcıqları II siqnal sisteminin (əsas) komponentləri adlandırırdı. Məhz kinestetik qıcıqlar fonematik qavramanın formalaşmasında həlledici rol oynayırlar. Ola bilər ki, səs tələffüzünün qüsurlarında «baza komponenti» tam iştirak etmədiyindən fonematik qavrama da dolğun inkişaf etməsin. Fonematik qavramanın çatışmazlığı isə ona gətirib çıxarır ki, uşaq eşitmə ilə səslənməsinə görə və ya artikulyasiyasına görə oxşar səsləri qavramır (konferensiallaşdırma bilmir).

Şəxslərin lüğət ehtiyatı, tərkibində çətin fərqləndirilən səslərdən ibarət səslərlə zənginləşmir. Sonralar bu şəxs tədricən öz həmkarlarından nitqin inkişafına görə geri qalmağa başlayacaqdır. Məlumdur ki, fonematik qavramanın çatışmazlığı qrammatik quruluşa yiyələnməni də çətinləşdirir.

Fonematik qavramanın qüsuru, köməkçi sözlərin başa düşülməsinin qeyri-mümkün etdiyindən şəxs cümlənin qurulmasında əziyyət çəkir. Beləliklə, yuxarıda göstərilən səbəb nəticəsində burada bütöv bir qüsurlar «zənciri» meydana gəlir. Onun dilində fonetiko-fonematik və leksiko-qrammatik qüsurları özünü göstərir. Başqa sözlə desək, mürəkkəb dislaliya nəticəsində fonematik qavrama pozğunluğu yaranır ki, bu da nitqin inkişafdan qalmasına səbəb olur. Bu qüsurlar vaxtında – məktəbəqədər yaş dövründə aradan

qaldırılmazsa, mütləq oxu və yazı qüsurlarını törədəcək. Beləliklə, əgər dislaliya vaxtında üzə çıxarılıb, aradan qaldırılmasa, qeyd etdiyimiz ağır nəticələrə gətirib çıxara bilər., beş yaşından gec olmayaraq şəxslərdə səs tələffüzü çatışmazlıqları müəyyənləşdirilməlidir. Buradan sual doğur, niyə? Hamıya aydındır ki, kiçik uşaq bütün səsləri düzgün tələffüz etməyə qabil deyildir. Çünki onun artikulyasiya aparatı tam inkişaf etməmiş və möhkəmlənməmişdir.

Məktəbəqədər yaşlı (4-5) uşaqlarda bir sıra səslərin (r, l) səhv tələffüzü normal hesab edilir və fizioloji pəltəklik adlanır. Yalnız 5 yaşından sonra (göstərilən yaş həddi uşağın inkişaf şəraitindən asılı olaraq dəyişə bilər) bu tələffüz qüsurları patoloji sayıla bilər. Buna görə də həmin yaşdan başlayaraq dislaliyanın aradan qaldırılması istiqamətində müəyyən iş görmək lazımdır.

Rinolaliya

Rinolaliya - nitq aparatının anatomik fizioloji qüsurları nəticəsində yaranan səsin tembrinin və səs tələffüzünün pozulmasıdır.

Səs tələffüzü qüsurları + bütün səsin tın-tınlığı.

Rinolaliya zamanı fonasiya (səslənmə) və səslərin artikulyasiyası normadan çox fərqlənir.

Rinolaliya zamanı insan danışarkən hər hansı bir səbəblərdən burun boşluğuna yol açıq qalır və hava həm burundan, həm də ağızdan çıxır. Yumşaq damaqla udlağın birləşməsində ən güclü birləşmə "s" səsində olur. Yumşaq damaq bu zaman tam sıxılır, udlağın arxa divarına ən səth birləşmə "v" səsindədir.

Rinolaliyanın 3 növü mövcuddur: açıq, bağlı və qarışıq. Əgər rinolaliyanın əsasında periferik nitq aparatının quruluşunun patologiyası durursa, onda bu patologiyaya mexaniki dislaliya aid edilir.

Burunun və udlağın selikli qişasının gipertrofiyası (normadan artıq inkişafı) nəticəsində burun boşluğu daralır və bağlı rinolaliyaya səbəb olur. Bağlı rinolaliyası olan uşaq burunla nəfəs ala bilmir, m, n (m-b, n-d ilə əvəz olunur) səslərini düzgün tələffüz etmir. Burun boşluğunda rezonansın pozulması nəticəsində səsin tembrinə dəyişir. Buna görə də bağlı rinolaliyanı aradan qaldırmaq üçün ilk növbədə burun və udlağı müalicə etmək vacibdir. Bəzən burun tənəffüsünün bərpa olunması ilə tələffüz də bərpa olunur.

Çox vaxt bağlı rinolaliya karlarda eşitmə ilə nəzarətin olmaması ucbatından yaranır.

Açıq rinolaliyada - ən böyük problem sait səslərin tələffüzündə olur. Açıq rinolaliya üzvü və funksional formalara bölünür.

Funksional açıq rinolaliya müxtəlif səbəblərdən ola bilər. 70% şəxslərdə vərdiş rinolaliyası olur. Yanındakı insanlara baxıb yamsılayaraq danışır. Əslində isə şəxslərdə heç bir problem yoxdur. Bu, 30% şəxsdə yumşaq damağın fəaliyyəti zəifliyindən olur. Difteriya xəstəliyindən sonra şəxslərdə yumşaq damağın parezi olur. Açıq funksional rinolaliya zamanı sait səslərin tələffüzünün pozulması müşahidə olunur. Samitlərin isə tələffüzü normal olur. Adətən funksional açıq rinolaliyanı müalicə edərkən foneatrik səs gimnastikalarını etdikdən sonra (səsin tın-tınlığını aradan qaldırıqdan sonra) dislaliyanı nisbətən asan aradan qaldırmaq olur.

Üzvü açıq rinolaliyanın 2 növü var:

1. Anadangəlmə.
2. Qazanılma.

Açıq rinolaliyanın səbəbi artikulyasiya aparatındakı yarıqlardır. Bu ağır patologiyalar əsasən dölün bətn daxili inkişafının 2-4-cü ayında yaranır. Bu prosesdə anada olan infeksiyon xəstəlikləri, qanda olan virusların (sitomeqalovirus, toksoplazmoz) rolunu da inkar etmək olmaz.

Qazanılma açıq üzvü rinolaliya adətən sərt damağın, yumşaq damağın zədələnməsindən sonra və yumşaq damağın iflicindən sonra yarana bilər.

Anadangəlmə üzvü açıq rinolaliyanın səbəbləri:

- Dovşandodaqlıq (üst dodağın yarığı),
- Qurdağızlıq (sərt damağın yarığı),
- Yumşaq damağın haçalanması və ya olmaması.
- Üst dodağın, üst alveolların haçalanması, yarığı.
- Üst dodaq, üst alveol və sərt damağın yarığı. yumşaq damaq bitişikdir.
- Tam yarıq dodaqdan başlayaraq sərt damaq, alveol və yumşaq damağa qədər.

Yarıqların növləri:

- Sağ tərəfli;
- Sol tərəfli;
- İki tərəfli (sərt və yumşaq damaq demək olar ki, yoxdur).

Diaqnoz üçün ən mürəkkəbi submukoz (sub – alt, mukoz – selikli qişa) yarıqdır. Bütün bu yarıqlar çənə və diş anomaliyaları ilə bərabər olur. Anadangəlmə yarıqlar cərrahi əməliyyatlarla aradan qaldırılır. Damaq yarıqları bir yaşdan 5 yaşa qədər əməliyyat olunmalıdır. Dovşandodaqlığı 10 gündən bir yaşa qədər əməliyyat etmək lazımdır.

Damağın haçalanması zamanı nitq aparatının tənəffüs və səs yaradan hissələri sağlamdır, artikulyasiya aparatının yuxarı hissəsinin quruluşu isə kobud pozulur, ağız və burun boşluğu arasında əlaqə yaranır.

Damağın anadangəlmə haçalanması zamanı tənəffüsün, artikulyasiyasının və səs əmələ gəlmə mexanizminin ahəngi pozulur.

Belə ki:

1. Nəfəsalma dəyişmir, nəfəsvermə isə qısalır, ağız və burun tənəffüsü diferensiallaşır;
2. Rinolaliya səs modulyasiyaları ilə kəsibdir;
3. Dil ağız boşluğunda yüksək vəziyyət alır, onun hərəkətliliyi məhdudlaşır və nəticədə dilin əsas hissəsi ağız boşluğunun ortasında dartılmış halda yerləşir.

Dil və dodaq əzələlərinin bir-biri ilə əlaqəli olmasından, dodaqların da hərəkəti məhdudlaşır və ləngiyir. Haçalanma nə qədər genişdirsə, onun şifahi nitqin formalaşmasına mənfi təsiri dərinləşir.

Rinolaliyadan fərqli olaraq, rinofoniya qazanılmış haçalanmalarda (travmaların

nəticəsi kimi) müşahidə olunur. Bu zaman nitq artıq formalaşmış olduğundan, təkcə səsini dəyişməsi müşahidə olunur (burunda danışmaq).

Nitqin formalaşması prosesində rinolaliyalı uşaqlar, özlərindən asılı olmayaraq üz, alın əzələlərini və burun pərələrini artikulyasiyaya cəlb edirlər. Qarışıq nitqlə yanaşı, uşaqların belə mimikası dinləyəndə pis təəssürat yaradır.

Qeyd etmək lazımdır ki, artikulyasiya iştirakından başqa, ağız boşluğu həyat üçün vacib olan tənəffüs və qidalanma prosesini də təmin edir. Buna görə də periferik nitq aparatının hər hansı bir hissəsinin kobud pozulması şəxsin bütövlükdə psixofiziki inkişafına təsir göstərir.

Damağında haçalanması olan körpə həyatının ilk günlərindən çətinliklərlə üzləşir. Belə ki, dodaq və damağın haçalanması nəticəsində ağız boşluğu tam bağlanmır və orada əmizdirmənin mümkünliyünü təmin edən aşağı təzyiqli yaranmır. Süni qidalanma zamanı uşaq öskürür, qida ağız boşluğundan burun boşluğuna daxil olur, bu da burunun selikli qişasının iltihabına gətirib çıxarır. Damağın haçalanması zamanı hava axını bir başa nəfəs yollarına daxil olduğundan uşaq tez-tez bronxite, ağ ciyərlərin iltihabına düşər olur.

Rinolaliyalı şəxslərdə nitqin formalaşması ləng və fonetik çatışmazlıqlarla gedir. Qeyri-düzgün tələffüz səs təhlilinin mənimsəməsində də çətinliklər yaradır.

Çox vaxt intellektual cəhətdən sağlam olan şəxsin nitqi həmyaşdamları və müəllim tərəfindən başa düşülmədiyindən, bəzi psixoloji problemlər yaranır. Belə ki, bu cür şəxslər qapalı olurlar, oyunlarda iştirak etmirlər. Peşəyə gəldikdə isə onlar “az danışmağı” tələb edən peşələr seçirlər.

Rinolaliyalı şəxslərin erkən yaş dövründə artıq cərrah və loqopedə ehtiyacı var. Haçalanmış üst dodağın birləşdirilməsi əməliyyatı (xeyloplastika) lap erkən yaş dövründə (ilk həftələr) həyata keçirilir.

Rus cərrahı N.İ. Piroqov 1844-cü ildə haçalanmış yumşaq damağın birləşdirilməsinə dair ilk cərrahi əməliyyatı həyata keçirib. Amma o və onun şagirdi cərrah N. Vorontsov hələ 1870-ci ildə qeyd ediblər ki, cərrahi əməliyyat şəxsin nitqindəki problemlərini aradan qaldırmayır. Şəxsin nitqi problemlərini təkcə xüsusi loqopedik məşğələlər həll edə bilər.

Ümumiyyətlə cərrahi əməliyyatının müəyyənləşdirilməsinə təsir edən amillər çoxdur: uşağın ümumi vəziyyəti, haçalanmanın xarakteri və ölçüsü və s.

Qapalı rinolaliya

Ən böyük problem yaradan m, m', n, n' fonemləridir. Ona görə də “m” “b” kimi, “n” isə “d” kimi səslənir. Yenə də problem sait səslərdə olur.

Qapalı rinolaliyanın növləri:

1. Ön qapalı

2. Arxa qapalı.

Ön qapalı rinolaliyanın səbəbləri:

- Xroniki hipertrofiya (burun boşluğunda);
- Burun boşluğunda müxtəlif poliplər (ət xalı);
- Çəpər ayrılığı;

- Şişlər (burun boşluğunda).

Arxa qapalı rinolaliyanın səbəbləri:

- Adenoidlərin şişməsi;
- Artıq ətlər;
- Fibromalar, şişlər.

Funksional və üzvü qapalı rinolaliya

Funksional qapalı rinolaliya bir çox hallarda düzgün diaqnozlaşdırılmır. Çünki funksional qapalı rinolaliyanın heç bir quruluşda anomaliyaları yoxdur. Əsasən nevroitik şəxslərdə müşahidə olunur. Bu şəxslər çox əsəbi olduqları üçün danışarkən və qışqırarkən yumşaq damaq sərt olaraq burun boşluğunu bağlayır, daha sonra açılma zamanına vaxt çatmır. Gərgin olaraq qalır.

Üzvü qapalı rinolaliyada əsas problem şişlər, çəpər ayrılıqları, adenoidlər. Burun boşluğunu tutan səbəb aradan qaldırılmalıdır və əməliyyat mütləqdir.

Qarışıq rinolaliya da var. Burada həm burun boşluğunda, həm də burun-udlaq yolunun qapanması problemi var. Məsələn, bir şəxsdə həm submukoz yarıq var (açıq rinolaliya) və adenoidlərin şişləri var (arxa qapalı rinolaliya). Hər ikisi varsa, burada diaqnoz qoymaq üçün burun-boğaz cərrahininin tam müayinəsi lazımdır.

Dizartriya

Dizartriya səs tələffüzü qüsurdur. Dizartriya – artikulyasiya aparatının innersiyasının pozulması nəticəsində səs tələffüzünün pozulmasıdır.

Dizartriyanın 5 forması var:

1. Bulbar dizartriya;
2. Qabıq dizartriya;
3. Qabıqaltı dizartriya;
4. Beyincik (əmgək) dizartriya;
5. Pseudobulbar dizartriya.

Dizartriyanın əsas əlamətləri:

1. Tələffüz pozulmaları;
2. Böyük motorika və xırda motorikanın müxtəlif dərəcələrdə pozulmaları;
3. Uşaqlarda çeynəmə, udma, əmmə, sorma funksiyalarının pozulmaları;
4. Mimikanın tam və ya qismən pozulması;
5. Ağız yarımacıq, ağızdan daim su axır.

Dizartriya əsasən uşaq serebral iflici olan şəxslərdə (USİ) rast gəlinir. Dizartriya zamanı tələffüz pozulmaları müxtəlif dərəcələrdə özünü büruzə verir və tələffüzdən əlavə olaraq səs pozulmaları, nitqin tempi, ritmi və intonasiyası da pozulur. Dizartriya dedikdə mütləq beyin zədələnməsi nəzərdə tutulur. USİ varsa, deməli, beyində problem var.

Bulbar dizartriya

Beyində uzunsov (lat. bulbus-soğanvari) beyin zədələnməsi zamanı yaranır. Bu zaman uzunsov beyində yerləşən hərəkət nüvələri dağılmış olur. Dizartriyanın ən ağır forması sayılır. Əsas və aparıcı simpton nitq əzələlərinin periferik parezidir. İkitərəfli (sag, sol) və birtərəfli ola bilər. Bu zaman dodaqların, yanaqların birtərəfli parezi müşahidə olunur. Birtərəfli dizartriya çox nadir hallarda rast gəlinir. Əsasən, ikitərəfli dizartriya olur.

Bulbar dizartriya zamanı şəxsin nitqi nazal olur. Bu şəxslər udlaq, dil, yumşaq damağın iflici nəticəsində duru və bərk yeməklərin udulması zamanı problemlər yaşayırlar. Fiziki olaraq çox zəif olurlar. Bunun nəticəsi kimi də immunitetləri aşağı olur. Tez-tez xəstələnirlər, bu da uşaqların vəziyyətini daha da ağırlaşdırır. Bulbar dizartriya zamanı dil və udlaq əzələlərin tam atoniyası (qeyri-dəqiq) müşahidə olunur. Bu şəxslərdə bütün səslər qüsurlu tələffüz olunur. Tələffüzlər qeyri-dəqiq olur. Nitqdə yumşaq səslər heç realizə olunmur.

Qabıqaltı dizartriya (ekstrapiramid dizartriya)

Baş beyin qabıqaltında yerləşən düyünlərin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Bu dizartriya zamanı əzələ tonusunun dəyişməsi müşahidə olunur. Əzələlər hipotonus və ya hipertonuslu ola bilər. Hiperkenezlər müşahidə olunur (məcburi əzələ hərəkətləri). Emosional hərəkət innervasiyası da pozulur. Bulbar və psevdobulbar dizartriya fərqli olaraq burada hərəkət var, amma qeyri-dəqiqdir. Sakit vaxtda əzələlərin hipotoniyası müşahidə olunur. Danışmaq istədikdə hiperkinezlər başlayır. Əgər sakit vaxt tonus aşağıdırsa, danışmaq istəyərkən tonus qalxır və əzələlər gərginləşir. Məsələn, dil yumrulanıb damağa doğru yapışır. Hərəkət mümkün olmur.

Nitqdə temp, ritm, intonasiya kobud şəkildə pozulur. Uşaq danışmağa başlayarkən ilk dövr səs güclü olur. Get-gedə zəifləyir. Bir çox hallarda qabıqaltı dizartriya eşitmə problemləri ilə birgə müşahidə edilir. Eşitmə yüksək səslərə qarşı həssaslığını itirir. Qabıqaltı dizartriya zamanı uşaqlar həddindən artıq ləng, asta danışirlar, və ya əksinə sürətli, anlaşılmaz danışirlar. Bu dizartriyanın bir variantı da var. Uşaq nəisə bir şey anlamaq istəyir və spazm nəticəsində danışığı birdən kəsilir. Uşaq danışmaq istəyərkən boğazdan qeyri-nitqi qışqırıq səsləri gələ bilər. Səs tam batır.

Qabıq dizartriyası

Qabıq dizartriya zamanı baş beyin qabığında yerləşən hərəkət mərkəzləri dağılmış, zədələnməmiş olur. Diaqnoz qoymaq üçün ən mürəkkəb forması qabıq dizartriyasıdır. Əsas qüsür müxtəlif dərəcədə hərəkət pozulmalarıdır. Əsasən, dil əzələlərinin iflici müşahidə olunur. Dil bəzən hər hansı bir hərəkət edə bilsə də, incə hərəkətləri bacarmır. Məsələn, dili yuxarı-aşağı hərəkət etdirə bilmir. Ona görə tələffüzdə əsasən dilönü səslər pozulur. Qabıq dizartriyasının bir neçə variantı var:

I variant. Əsas problem “ş, j, r” olur. Bu səsləri demək olar ki, heç tələffüz etmirlər. Ən ağır bir formada “s, z, d, t” səsləri də tələffüz olunmur. l, l’ kimi səslər də böyük çətinliklə əldə olunur. Ağır formada nitqdə “ş, j, r” səsləri olmur.

II variant. Əsasən fitli, fişiltılı səslər qüsurlu olur. Burada əsas xüsusiyyət odur ki,

bəzən səsləri deyir, qıcolma zamanı isə səslərin heç birini tələffüz edə bilmir. Bu şəxslər üçün bir səsdən o biri səsə keçmək çox çətin olur.

III variant. Əsas problem bir-birinə bənzər səslərin fərqli tələffüzüdür. Məsələn, “z-s, d-t, q-k”. Dizartrik uşaqlar bir sait + bir samit, “ma-ma” kimi sözləri asan tələffüz edirlər. İki samitin yanaşı tələffüzü zamanı böyük problem olur. Nitq çox gərgindir və həddindən artıq astadır, ləngdir.

Əmgək (beyincik) dizartriyası

Alimlər tərəfindən ən az öyrənilən bir formasıdır. Beyin dizartriyası zamanı nitq asta, ləng, təkrarvari, çox vurğulu və cümlənin əvvəlində səs normal olur, cümlənin sonunda - səs tonu aşağı düşür. . Artikulyasiya əzələlərinin bütün hərəkətləri asta, ləngdir. Kənardan şəxsə qulaq asdıqda adama elə gəlir ki, uşaq şeir deyir. Çox nadir hallarda təsadüf olunur, adətən dizartriyanın başqa növü ilə birgə rast gəlinir

Psevdobulbar dizartriya (yalançı dizartriya)

Bulbar dizartriya zamanı nüvələr dağılmış olur. Psevdobulbar dizartriya zamanı isə nüvələr qorunmuş olaraq qalır. Sadəcə olaraq onların ötürücü yolları zədələnmiş olur. Dizartriyanın ən yüngül forması sayılır. 70-80 %-də yaxşı nəticə əldə etmək olur. Klinik əlamətlərinə görə tam olaraq bulbar dizartriyaya bənzəyir. Lakin korreksiya imkanları psevdobulbar dizartriyada qat-qat artıqdır.

Dizartriyanın 4 ağırlıq dərəcəsi var:

1. Ən yüngül dərəcədir. Burada dizartriyanın simptomları dislaliya ilə eynidir.. Dizartrik əlamətləri mütəxəssis dərin müayinədən sonra müəyyən edəcək;
2. Uşaqlarda olan pozulmalar: səs tələffüzünün pozulmaları hamı tərəfindən hiss olunur. Ancaq uşaqların nitqi anlaşılındır;
3. Uşaqlarda problemlər daha ağırdır və onun nitqini yalnız yaxınları anlayır;
4. Ən ağır dərəcə. Ən ağır psevdobulbar dizartriya zamanı nitq hərəkət əzələlərinin iflici nəticəsində uşaqların tələffüz imkanları ya məhdudlaşır və ya heç olmur. Buna anartriya deyilir.

Anartriyanın 3 səviyyəsi var:

5. Ağır anartriya - nitqin və səsin ümumiyyətlə olmaması deməkdir;
6. Orta səviyyəli anartriya - bu səviyyədə yalnız səs reaksiyaları mümkündür;
7. Yüngül səviyyədə anartriya - səs heca fəallığının olması deməkdir.

Anartriyalı şəxslərin nitqini çox vaxt öz yaxınları da başa düşmür.

Nitqin ritminin və tempinin pozulmaları

Taxilaliya (tacus – sürət, lalia – nitq deməkdir) - nitqin patoloji sürətliyidir. Normada insan bir saniyədə 15 səsə (fonemə) qədər tələffüz edə bilər. Taxilalilər isə 20-30 səs tələffüz edirlər. Onların nitqi kifayət qədər anlaşılmaz olur.

Taxilaliyada nitqi simptomatika:

1. çox sürətli nitq;

2. taxilalıklar ani nəfəs alıb, danışmağa başlayır;
3. tam nəfəsi bitənədək danışırlar.

Fonetika və sintaksis. Kobud şəkildə pozulmalar deyil, nitqi diqqətsizlik var. Bəzi sözlərin və ya hecaların təkrarlanması var. Cümlələrin sonluqlarını, bir çox halda söyləyirlər. Sözlərdə hecaların yerini dəyişirlər. Böyük hecaları, ümumiyyətlə, tələffüz etmirlər. Böyük mürəkkəb cümlələrdə bəzi sözlərindəyilməməsi var. Daxili nitqdə bunlar deyilir, xarici nitqdə isə söylənilmir. Bütün bunları qeyd etsək, taxilalıkların nitqi bir çox hallarda anlaşılmaz olur (qrammatik cəhətdən). Xarici nitqlə bərabər daxili nitqində problemlə olur. Çünki insan o qədər sürətlə danışır ki, cavab verməyə cəhd etdikdə daxili nitqdə cümlə quruluşuna "hövsələsi" çatmır.

Qeyri-nitqi simptomatika. Taxilalıkların tək-cə nitqi deyil, bütün hərəkətləri sürətli olur. Onlar hiperaktiv olurlar. Sürətli yeriylər, ani dayanırlar. Müxtəlif tiklər (hərəkət, dartılmalar) müşahidə olunur. Taxilalıklar həтта yatanda belə sakit olurlar. Gecə enuzerləri (altını islatma) tez-tez müşahidə olunur. Diqqətləri yayınıq olur. Görmə, eşitmə və motor yaddaşları zəif olur. Bu uşaqlar sualı sonuna qədər eşitməyə hövsələsi çatmadan cavab verirlər. Daimi olaraq həyəcanlı olurlar, tez özündən çıxırlar. Həmin vaxt üzləri qızarıp, göz bəbəkləri böyüyür. Əlləri, ayaqları soyuq, tərli olur.

Səbəbləri:

1. Əsas problem - sinir sistemi proseslərinin natarazlığıdır. Sinir sistemində 2 proses var:
 - Qıcıqlandırma,
 - Tormozlanma (ləngimə). Taxilaliya zamanı sinir sistemində qıcıqlanma prosesi ləngimə prosesini qat-qat üstəliyin.
2. İrsilik.
3. Təqlid – yamsılama.
4. Düzgün tərbiyə almamaq.

Bradilaliya

Bradilaliya (bradus - ləng, asta; lalia – nitq deməkdir) - nitqin patoloji ləngliyidir. Bir saniyə ərzində bir və ya 2-3 səs deyir. Maksimum 5 fonem tələffüz edə bilir. Bradilaliyaya nadir rast gəlinir.

Bradilaliyanın səbəbləri taxilaliyadakı kimidir:

1. Sinir sisteminin proseslərinin natarazlığı. Burada ləngimə, tormozlanma qıcıqlanmanı üstəliyin.
2. Təqlid. Yamsılama.
3. İrsilik. Sinir sisteminin xüsusiyyəti irsən keçə bilir.
4. Düzgün tərbiyə almamaq.

Nitqi simptomatika

Bradilaliya əsasən fleqmatik (asta, ləng) adamlarda olur.

1. Xarici nitqin çox asta tempdə olması.
2. Daxili nitqin çox asta olması.
3. Oxuma və yazma proseslərinin də patoloji astalığı müşahidə olunur.
4. Səsləri zəif, modulyasiyasızdır.
5. Nitqləri monoton olur. Danışan zaman heç bir intonasiya, heç bir duyğu hiss olunmur.
6. Danışarkən səs arası və sözlər arası pauzalar kifayət qədər uzun olur. Sait səsləri uzada-uzada tələffüz edirlər. Bəzən tələffüz pozulmaları da müşahidə olunur. Əsasən cingiltili səslərdə. Səs zəif, nəfəs vermə zəif, nitqində isə nazalığ müşahidə oluna bilər.

Belə şəxslərin nitqi qeyri-estetikdir. Ətrafdakıların diqqətini çəkmir, diqqətlər artıq tükənir, qulaq asan tez yorulur və onlarda xoşagəlməyən hislər yaranır. Bradilalikalarda nitqin bütün formalarında ləngimələr müşahidə olunur. Həm dialoqda, həm şəkil üzrə danışmada, həm də ki, oxumada. Şəxslər düzgün deyə bilərlər, lakin nitqin çox asta olmasına görə dərslərdə onlara zaman çatmır.

Qeyri-nitqi simptomatika

Nitqləri asta olduğu kimi də bütün həyat tərzləri də eyni tempdədir. Çox asta yeriylər, bütün böyük motorika çox asta hərəkət edir. Xırda motorikası qeyri-dəqiq olur. Sifət mimikası (dizartrik, iflicli şəxslərə bənzəyirlər) pozulur. Bir çox hallarda emosiyalar yoxdur. Bütün hərəkətləri qeyri-dəqiq və təqribidir. Psixi fəaliyyətinin də ləngliyi müşahidə olunur. Diqqətləri, qavramaları, hafizələri və təfəkkürü çox asta və ləngdir. Onların diqqətləri bir hadisədən başqa bir hadisəyə gec keçir. Bir çox hallarda bu şəxsləri ya kar, ya da ki əqli cəhətdən geri qalan kimi zənn edirlər.

Bradilaliyalı şəxslərin erkən yaşlarında qüsurları aradan qaldırılırsa sonrakı nitqin formalaşmasına mənfi təsiri istisna edir, həmçinin kəkələmənin profilaktikasına kömək edir. Bradilaliya müxtəlif dərəcədə özünü büruzə verir. Onun yüngül və orta dərəcələri uşağı çox narahat etmir. Ağır dərəcəsində isə ünsiyyət prosesi pozulur və nitq tempi pozulmaları patoloji kimi müəyyənləşir. Bu nitq pozulmalarında korreksiya metodları da müxtəlif olur. Bradilaliya nitq tempi və ritminin pozulmasının öyrənilməsi tarixində somatik, nevroloji yaxud psixi xəstəlik sindromunda təsvir edilib. Hələ XIX əsrin sonundan başlayaraq bir sıra alimlər -L.H. Florenskaya (1934), D.Veys (1950), M.Zeyeman (1962), M.Xvatsev (1959) irsilik, ekzogen amillər və (intoksikasiya, astenizasiya), psixoloji səbəblərin (təbiyə, bənzətmə və s. A.Zibmanın 1900, A.Qutsman 1900, M.Nadoleçnı 1926, E.Fresels 1936) nitq tempinə təsir etdiklərini tədqiq etmişlər. Bir sıra müəlliflərin fikrincə bradilaliyanın patogenezinə oyanma prosesinin üstün olan tormozlanma prosesinin patoloji güclənməsi (M.Y.Xvatsev, Y.A. Florenskaya, B.S. Koçergina), mərkəzi motor pozulmaları (M.Zeyeman), həmçinin kortikal oyanmanın düzgün getməməsi (A.Kusstmaul) böyük əhəmiyyətə malikdir. Bradilaliya ayrıca nitq tempinin pozulması olduğu kimi, bir sıra psixi xəstəliklərin klinikasında da müşahidə oluna bilər: oliqofreniya, distrofiya, mərkəzi sinir sistemi xəstəliklərində, travma.

Battarizm (yunan sözündən əmələ gəlib – battarizmos - kəkələmə) – cümlələrin düzgün qurulmaması, sözlərin dəqiq tələffüz edilməməsi, axıra kimi deyilməməsi ilə müşahidə olunan patoloji sürətli nitq tempidir. Ona yaxın parafraziyaadır. Onun yaranma səbəbləri: vərdiş halları, diqqətin pozulması, danışmaq istəyi ilə nitq hərəkəti imkanları arasındakı uyğunsuzluq, beyində baş verən dəyişikliklər. Xəstəlik prosesində sözlərin, hecaların ötürülməsi və yerlərinin dəyişdirilməsi, nitqin məntiqsiz söylənməsi, onun xaotikliyi, saitlərin uzadılması, sözlərin seçilməsindəki çətinlik, nitqin ümumən təşkilindəki çətinliklər müşahidə olunur.

Fizioloji iterasiyalar (iteracio-latin sözü olub, təkrardır). Uşaqların məktəbəqədərki dövründə eşitmə və nitq hərəkəti analizatorların formalaşmaması ilə şərtləndirilən bəzi səs və hecaların təkrar edilməsi özünü göstərir. Eyni zamanda, dayanma və təkrarlar şifahi nitqin temp və ritm pozuntularına aiddir. Bu cür hallar uşaqlarda nitqin formalaşması dövründə özünü büruzə verir və 4-5 yaşına tam aradan qaldırılır. Uşaq nitqindəki trezasiyalar baş-beyin qabığına söz və söz birləşmələrinin eşidilməsinin möhkəmlənməsi nəticəsində yox olan təbii qanunauyğun haldır. Lakin uşağın sinir zəifliyində digər əlverişsiz amillər zamanı fizioloji iterasiyalar kəkələməyə çevrilə bilər.

Poltern (dilin dolaşması) - fasiləli nitq tempi ilə səciyyələnən patoloji sürətli nitqdır. Yaranma səbəbləri: anadangəlmə inkişaf anomaliyaları. Poltern zamanı nitq eyni vaxtda səthi və abstrakt səciyyə daşıyır, mənaca aydın deyil, artikulyasiyasında pozulmalar müşahidə olunur. Burada daxili təfəkkürdə qarşılığı əks etdirən sintaktik pozğunluq və aqramatizmin elementləri aşkar olunur. Poltern bir neçə qrupa ayrılır:

I qrup - artikulyasiya hərəkətlərinin pozulmaları. Simptomları: sürətli nitq və nitq səslərinin artikulyasiyasındakı qeyri-düzgünlük;

II qrup – sensor pozulmalar. Simptomlar: lazımi sözlərin tapılmasındakı çətinliklər, eşitmə diqqətinin pozulması;

III qrup – lazımi lüğət ehtiyatına baxmayaraq nitqin formalaşdırılmasındakı çətinliklər;

IV qrup – sözlərin seçilməsində və yaxud ümumi nitqin formalaşdırılmasında daima çətinlikləri əks etdirən, ayrı-ayrı saitlərin uzadılması ilə kəskinləşən dilin dolaşması.

Kəkələmənin etiologiyası

Kəkələmənin əmələ gəlməsində birinci dərəcəli rolu baş-beyin qabığına sinir proseslərinin qarşılıqlı əlaqəsinin pozulması oynayır. Baş-beyin yarımkürələrində sinir pozulmaları bir tərəfdən sinir sisteminin vəziyyətindən, onun normadan kənara çıxmaq hazırlığından, digər tərəfdən mənfi ekzogen amillərin olmasından asılıdır.

Qabıq fəaliyyətinin pozulması ilkin qüsurlub, baş-beynin qabıq və qabıqaltı sahələr arasında induksiya əlaqələrinin təhrik edilməsinə və qabıqaltı sahənin yaranmalarının fəaliyyətini tənzimləyən şərti refleks mexanizmlərinin pozulmalarına gətirib çıxardır. Yaranmış şəraitdən (hansı ki, qabığın normal tənzimləmə fəaliyyəti təhrif edilir) asılı olaraq striopallidar sistemin fəaliyyətində mənfi hallar meydana çıxır. O, kəkələmənin tam tənəffünün sürət və ritminə, artikulyator ritminə, əzələlərin tonusuna cavabdehdir. Kəkələmə striopallidin üzvi dəyişmələrdə deyil, onun funksiyalarının dinamik

pozulmalarında baş verir. Bu baxışlar kəkələməni nevroitik mexanizmin, onun qabıqaltı münasibətlərinin özünə məxsus pozulmaları kimi başa düşməyə əsas verir.

Sovet tədqiqatçılarının Pavlov nəzəriyyəsi baxımından kəkələməni izah etmək cəhdi, sonralar xarici ölkələrdə də bunun davamçılarının əsərlərində öz əksini tapdı, məsələn, M.Zeeman - Çexoslovakiya, K.P. Bekker - Almaniya, A.Listrinoviç-Modjevka – Polşa və b. bir çox tədqiqatçıların fikrincə uşaqlarda erkən yaşda kəkələmənin mexanizmini nevrozun inkişafı, reaktiv nevroz pozuyasından izah etmək daha məqsədəuyğundur. Reaktiv nevrozun inkişafı dedikdə ali sinir fəaliyyətinin kəskin pozulması başa düşülür. Nevroz zamanı patoloji stereotiplərin yaranması tədricən mühitin pis şəraitində əsəbilik, tutqunluq, üzgünlük kimi özünü göstərir.

R.E. Levinaya görə kəkələmənin mahiyyəti nitqin kommunikativ funksiyasının pozulması olan nitqin inkişafdan qalmasıdır.

Nevrotik kəkələmə alaliya, afaziya, kontuziyadan sonra yaranan dizartriya tipli kəkələmədir.

Üzvi kəkələmə problemi indiyə qədər həll olunmamış problemlərdən biridir. Bəzən tədqiqatçılar güman edirlər ki, kəkələmə bütövlükdə mərkəzi sinir sisteminin xəstəliyi olub birbaşa beyin nitq mərkəzlərinin və ya onunla bir olan sistemlərin pozulmasını şərtləndirir (V.Lav, 1947; Qard, 1957); V.Ledezic, 1967). Digərləri isə kəkələməni daha çox nevroitik pozğunluq kimi araşdırır, nitq funksiyası və ali sinir fəaliyyətinin çatışmazlıqlarının əsası kimi qiymətləndirirlər. (R.Luxziger və Q.Londolit, 1951; M.Ziman, 1952; M.Sovak, 1957; M.E. Xvatsev, 1959; S.S. Lyapidevsiy və B.P. Varanova, 1963 və s.).

Tədqiqatlar göstərir ki, nitq zamanı kəkələyən şəxslərdə dominant (sol) yarımkürəyə sağ yarımkürəyə münasibətlərdə öz aparıcı rolunu kifayət qədər davamlı yerinə yetirə bilmir.

Tədqiqatçılardan bir qismi kəkələmə problemini psixolinqvitik baxımdan araşdırırlar. Bu tədqiqatlara görə onlar linq kommunikasiyasının aşağıdakı fəzalarını ayırırlar:

- Nitq tələbatının və ya kommunikativ niyyətin olması; daxili nitqdə mülahizələrin fikir şəklində yaranması.
- Mülahizələrin səsli realizə edilməsi.

Nitq fəaliyyətinin müxtəlif strukturlarında bu fəzalar öz tamlığı, gedişinin uyğunluğuna görə fərqlənirlər və hər zaman birmənalı olaraq biri digərindən yaranmır. E. Pişon üzvi kəkələmənin iki formasını fərqləndirmişdir. Onun fikrinə görə birinci forma daxili nitqin və asociativ tellərin sistemini dağıdan qabıq afaziya tipli kəkələmə, ikinci forma isə qabıqaltı yaranmaların kəkələmə nitqə hazırlıq dövründə danışanda kommuniktativ niyyətin olması zamanı əmələ gəlir.

Kəkələməni yaradan səbəbləri araşdırarkən nəzərə almaq lazımdır ki, bu səbəblər də müxtəlif və çoxdur.

Hələ 1838 ildə Xr.Laquzen kəkələmənin səbəbləri kimi affektləri, qorxu, qəzəb, utancaqlığı, kəllənin güclü zədələnməsini, ağır xəstəlikləri, valideynlərin düzgün olmayan nitqinin təqlidini göstərirdi.

1889-cu ildə İ.A. Sikorski ilk dəfə olaraq kəkələmənin uşaq yaşlarına müvafiqliyini

qeyd edib, bunu nitq inkişafının tamamlanması ilə izah etmişdir. Bundan başqa o, irsiliyin xüsusi rolunu qeyd edərək, digər psixoloji səbəbləri (qorxu, travma, yamsılama və s.) nitq mexanizmləri zəif olan uşaqlar, şəxslər üçün yalnız təkan hesab etmişdir.

Q.D. Netkaçev 1909-cu ildə kəkələmə problemini tədqiq edərək onu yaradan səbəb kimi ailədə şəxslərin düzgün tərbiyə edilməməsini – həddən artıq əzizləmə və ya sərt münasibəti göstərmişdir.

Avropa tədqiqatçıları kəkələmənin səbəbləri kimi düzgün olmayan tərbiyə (A.Şerven, 1908), yoluxucu xəstəliklər nəticəsində orqanizmin astenizasiyası (A.Qutsman, 1910), təqlid (yamsılama), solaxaylıq, qorxu və müxtəlif zədələnmələri (T.Qepfner, 1912; E.Freşels, 1931) qeyd etmişdilər.

Beləliklə də, kəkələmənin etiologiyasında – ekzogen və endogen amillərin cəmi şəkildə iştirakı göstərilir (V.A. Gilyarovski, N.A. Vlasova, N.I. Vlasova, N.I. Krasnoqorski, N.P. Tyapugin, M. Zeyeman və b.). Hal-hazırkı dövrdə kəkələməni əmələ gətirən iki qrup amilləri qeyd etmək olar: törədici («əsas», «özül») və şərait yaradıcı («təkanverici»).

Törədici səbəblərə aşağıdakılar aiddir:

- Valideynin (və ya hər iki valideynin) nevropatikliyə meyilli olması (əsəb, yoluxucu və somatik xəstəliklər, mərkəzi sinir sisteminin zəif fəaliyyəti);
- Kəkələyən şəxsin özünün nevropatik xüsusiyyətləri (gecə qorxuları, enurez, emosional gərginlik);
- Konstitusiya meyilli olma (vegetativ sinir sisteminin xəstəlikləri, psixi zədələnmələrə meyilli olma, psixi travma);
- Irsilik (kəkələmə irsən keçən resessiv əlamət kimi anadangəlmə nitq aparatının zəifliyi nəticəsində yarana bilər).
- Baş beynin müxtəlif inkişaf mərhələlərində müxtəlif mənfi amillərin: bətdaxili və doğuş xəsarətləri, asfiksiya, müxtəlif yoluxucu xəstəliklər və s. Təsiri ilə zədələnməsi.

Göstərilən səbəblər somatik və psixi sahələrdə müxtəlif patoloji dəyişikliklərə səbəb olur, bu da öz sırasında nitq inkişafının ləngiməsinə, nitqi pozulmalarına və kəkələmənin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

Şərait yaradıcı səbəblərə isə bunlar aid edilir:

- Şəxslərin fiziki zəifliyi;
- Beyin fəaliyyətinin yaş xüsusiyyətləri;
- Baş beynin böyük yarımkürələri əsasən 5 yaş üçün formalaşır. Bu yaş dövründə baş beyin fəaliyyətində, həmçinin funksional assimetriya formalaşır.

Belə ki, bütün tədqiqatçılar eyni fikirdədilər ki, kəkələmənin əmələ gəlməsində bir sıra faktorların rolu çox böyükdü:

- Şəxsin müəyyən yaşı;
- Şəxsin mərkəzi sinir sisteminin vəziyyəti;
- Nitqi ontogenezin fərdi xüsusiyyətləri;

- Beyinin funksional assimetriyasının formalaşma xüsusiyyətləri;
- Psixi travma;
- Genetik faktor;
- Cinsi demorfizm.

İndi isə göstərilən bu faktorları ayrı-ayrılıqda nəzərdən keçirək.

Şəxsin müəyyən yaşı. Çoxsaylı müşahidələr əsasında demək olar ki, kəkələmənin ilkin əlamətləri əksər hallarda 2-6 yaş arasında özünü büruzə verir. Çox nadir halda kəkələmə 7 yaşdan sonra əmələ gəlir. Bu onunla əlaqədardır ki, məhz 2-6 yaş arasında nitq fəaliyyətinin koordinasiya mexanizmləri fəal formalaşma dövründə olurlar.

Şəxsin mərkəzi sinir sisteminin vəziyyəti. Bir çox kəkələyən şəxslərdə bətdaxili (prenatal) və ya postnatal dövrdə əmələ gələn rezidual xarakterli beyin zədələnmələrini müşahidə etmək olar. Adətən bu zədələnmə diffuz olur və bununla bərabər baş beyinin motor strukturlu vəziyyətində də bu və ya digər pozulmalar qeyd olunur.

Nitqi ontogenezin fərdi xüsusiyyətləri. Uşaqların nitq inkişafında elə dövr var ki, bu zaman onların sinir sistemi böyük təzyiqlə məruz qalır. Kəkələmənin əmələ gəlməsi üçün nitqin intensiv formalaşma dövrü böyük məna daşıyır. Bu dövrdə bir çox uşaqlarda fizioloji interasiyalar əmələ gələ bilər. Məhz bu dövrdə tam formalaşmamış nitqi tənəffüsün və mürəkkəb ifadələrin tələffüzünün psixi imkanlarının uyğunsuzluğu aşkar olunur. Çünki nitqin psixi tərəfi bu dövrdə onun nitqi imkanlarını qabaqlayır.

Kəkələmənin yaranmasında nitq inkişafının tempi də böyük məna daşıyır. 1.6-1.8 yaşda əmələ gələn geniş ifadəli nitq uşağın hələ formalaşan nitqinin funksional sistemini daha da kövrək, həssas edir.

Analoji vəziyyət nitq inkişafının ləngiməsində də baş verir. Nitq inkişafının ləngiməsi olan şəxslərdə ifadəli nitqin gür inkişafı 3.5-4.5 yaş arasında müşahidə edilir. Bu da nitq sisteminin formalaşmada olan koordinasiya mexanizmlərini zəiflədir və kəkələmənin əmələ gəlməsinə şərait yaradır.

Beyinin funksional assimetriyasının formalaşma xüsusiyyətləri. Bir çox müşahidələr göstərir ki, kəkələmə solaxayılıqla sıx əlaqəlidir. Kəkələyənlər arasında solaxaylar daha böyük faiz təşkil edir. (kəkələyənlər arasında solaxayların faizi populyasiyada solaxayların faizindən xeyli çoxdu).

Uşaq anadan olanda, onun nitq mərkəzi hələ formalaşmamış olur, çünki bu mərkəzin inkişafı sağ və ya sol əlin hakimliyi ilə sıx bağlıdır. Məhz ona görə həqiqi solaxayı yenidən sağ ələ öyrətmək baş beyinin hakimlik təşkil edən yarımkürəsinin yanlış formalaşmasına və nitq inkişafının pozulmasına gətirib çıxarır.

Bir göstərici də var ki, solaxay uşağı kobud şəkildə sağəlli olmağa məcbur edəndə kəkələmə əmələ gələ bilər. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, solaxay uşaqlarda yüksək ümumi emosionallıq, qorxaqlıq, həyacanlılıq müşahidə olunur, yəni onlar müxtəlif patogen qıcıqlanmalara nevrotik reaksiya verirlər.

Kəkələyənlərin baş beyinin simmetrik strukturlarının arasında harmonik mübadilənin zəifləməsi belə mərkəzi sinir sistemini kövrəkdir, bu da ilk növbədə nitq funksiyasında özünü göstərir.

Psixi travma. Bir çox alimlər kəkələmənin əmələ gəlməsini keçirilən psixi travma ilə əlaqələndirirlər. Psixi travmaları 2 qrupa bölürlər: kəskin və xroniki. Öz məzmununa görə psixi travmalar böyük müxtəlifliyi ilə fərqlənirlər. Məktəbəqədər yaşlı uşaqlara xas olan mərkəzi sinir sisteminin psixomotor səviyyəli reaksiya verməsi psixi travmaya kəkələmə kimi cavab verir.

Genetik faktor. Müəyyən olunmuşdur ki, doğma bacı və qardaşların kəkələməyə görə konkordantlığı 18%, diziqotlu əkizlərin 32%, monoziqotlu əkizlərin 77% təşkil edir (Andrews, Harris, 1964; Kidd, 1980, Kidd et al.,1981). Kəkələyən kişinin qızı üçün 9%, oğlu üçün 22% təhlükə səviyyəsi müəyyən olunmuşdur. Kəkələyən qadın üçün isə müvafiq olaraq 17% və 36% müəyyən edilmişdir(Andrews, Harris, 1964).

Cinsi dimorfizm. Cinsi dimorfizm deyəndə cinsi xüsusiyyətlər özünü daha qabarıq büruzə verməsi nəzərdə tutulur. Şəxslərin həddən artıq hiperaktiv, sinir sisteminin oyanıqlığı ilə xarakterizə olunur. Bu da beyində yerləşən nitq mərkəzlərinin işinə mənfi təsir göstərir və müəyyən dərəcədə kəkələmənin yaranmasına səbəb olur. Bundan başqa bir sıra başqa amillər də var ki, onlar kəkələmənin əmələ gəlməsinə təkan verə bilər:

- Şəxsin somatik zəifləməsi;
- Şəxsin düzgün tərbiyə almaması;
- Xəsiyyətin anomal xüsusiyyətləri;
- Qeyri-əlverişli sosial mühit.

Kəkələmənin əmələ gəlməsində hansı etioloji amilin aparıcı olmasına baxmayaraq, o, mərkəzi sinir sisteminin adaptasiya xüsusiyyətərini zəiflədir.

Bir qayda olaraq, kəkələməyə hər hansı bir amil səbəb olmur, qüsurun əmələ gəlməsinə bir neçə amillərin birliyi gətirib çıxarır.

Nitq funksiyası ontogenetik daha diferensial və gec yetişən olaraq xüsusən kövrəkdi. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, oğlanlarda qızlara nisbətən bu yetişmənin daha da ləngliyi onların sinir sisteminin daha zəif olmasından irəli gəlir.

- Sürətli nitq inkişafı (3-4 yaş) bu zaman nitqin kommunikativ, dərk etmə və tənzimləyici funksiyaları böyüklərlə ünsiyyət təsiri altında sürətlə inkişaf edir. Bir çox şəxslərdə bu dövrdə fizioloji xarakter daşıyan iterasiyalar (heca və sözlərin təkrarlanması) müşahidə olunur.
- Uşağın gizli psixi travması; mühitin tələbləri ilə uşağın dərk etmə səviyyəsi arasında olan konflikt.
- Uşaq və böyüklər arasında müsbət emosional kontaktların kifayət qədər olmaması. Çox zaman kəkələmə ilə özünü büruzə verən emosional gərginlik əmələ gəlir.
- Motorika, ritm hissi, mimik-artikulyator hərəkətlərin inkişafdan qalması.

Yuxarıda sadaladığımız qeyri-əlverişli şərait, bu və ya digərlərinin mövcudluğu öz qıcıqlandırma gücünə görə kəkələmənin yaranmasına kifayət edir.

Törədici səbəblər qrupunda anatomo-fizioloji, psixi və sosial səbəblər fərqləndirilir.

Anatomo-fizioloji səbəblər:

- Ensefalopatik qalıqları olan fiziki xəstəliklər;

- Travmalar – bətdaxili, asfiksiyalı doğuş travmaları, beyin silkələnmələri;
- Hərəkətləri tənzimləyən qabıqaltı mexanizmləri zədələyən bilən baş-beynin üzvi pozulmaları;
- Nitqin mərkəzi aparatını zədəliyənlər infeksiyalar və başqa xəstəliklər nəticəsində sinir sisteminin zəifləməsi (qızılca, raxit, qurdlar, göy öskürək, maddələr mübadiləsinin xəstəlikləri, burun, udlaq, qırtlaq xəstəlikləri);
- Dislaliya, dizartriya və nitq inkişafının ləngiməsi hallarında tələffüz aparatının qeyri-mükəmməliyi.

Psixi və sosial səbəblər:

- Ani, qısa müddətli psixi travma (qorxu, stress);
- Uzun müddətli təsir edən psixi travma (uşağın ailədə qeyri düzgün tərbiyəsi nəzərdə tutulur: ərköynlük, imperativ tərbiyə, «nümunəvi» uşaq tərbiyəsi);
- Kəskin ağır psixi travma;
- Xroniki konflikt həyəcanı;
- Kəskin affektiv reaksiya: həddən artıq sevinc və ya vahimə vəziyyəti;
- Uşaqlıqda nitqin qeyri-düzgün formalaşması: nəfəs alarkən danışmaq, sürətli danışma, səs tələffüzü pozulmaları, valideynlərin sürətli əsəbi nitqi.
- Kiçik yaşlı uşaqların nitqinin materialla yüklənməsi;
- Təffəkkür və nitqi materialının yaşa uyğun olmayan mürəkkəbləşməsi (abstrakt təsəvvürlər, ifadənin mürəkkəb konstruksiyası);
- Poliqlossiya: erkən yaşda müxtəlif dilləri mənimsəmək hansısa bir dildə kəkələməni əmələ gətirir;
- Təqlid. Belə psixi induksiyanın 2 forması fərqləndirilir: passiv – yəni uşaq kəkələyənin nitqini eşidərkən qeyri-iradi olaraq başlayır kəkələməyə; fəal (aktiv) kəkələyənin nitqini yamsilayır;
- Solaxay uşaqları sağ əllə işləməyə məcbur etdikdə. Daimi yada salmalar, tələblər uşağın ali sinir fəaliyyətinin pozulmasına gətirib çıxara bilər və uşaqda nevroitik və psixopatik kəkələmə yarada bilər;
- Müəllim və ya tərbiyəçinin uşağa qarşı qeyri-düzgün münasibəti.

Maraqlıdır ki, iqlim də kəkələməyə təsir edə bilər. Professor M.Zeyeman qeyd edirdi ki, iqlimin kəkələməyə təsiri bəzən çox aydın hiss olunur, məsələn, yazda və payızda.

Beləliklə də biz görürük ki, kəkələməyə müxtəlif amillər təsir edə bilər: şəxsin yaşı və cinsi, şəxsin tərbiyə aldığı və oxuduğu müəssisənin növü, yaşadığı yer və iqlim.

Şəxsə dərin təsir buraxan gözlənməyən yüksək emosional oyanıqlıq, sürətli danışmaq, şəxsin ümumi quruluş xüsusiyyətinə görə yüksək təşəxxüslü olması, valideynlərin sinir xəstəlikləri və ya ailə münasibətləri nəticəsində evdə sisteməlik söz-söhbətlər, dalaşmalar kimi amillərdə də kəkələməyə səbəb ola bilər.

Kəkələmənin təsnifatları və ümumi xarakteristikası

Kəkələmə uşaqlarda ən çox təsadüf edilən nitq pozulmasıdır - 2%-ə qədər. İ.A. Sikorski kəkələməni "uşaq xəstəliyi" adlandırarkən, onun məhz nitqin formalaşması dövründə (2-5 yaş) müəyyən səbəblərə görə əmələ gəlməsini vurğulayıb. Bəzi müəlliflər kəkələmənin başlanğıcını frazalı nitqin formalaşması ilə əlaqələndirirlər.

Kəkələmə nitqin ritminin, tempinin və ahəngdarlığının pozulması ilə səciyyələnir. Çox vaxt valideynlər qeyd edirlər ki, kəkələməkdən əvvəl uşaq ya infeksiya xəstəlik, ya bərk qorxu hissi keçirib, ya əksinə danışmaqdan imtina edib. Bu vəziyyətlərin nəticəsi nitqin sosial ünsiyyət funksiyasının pozulmasıdır.

Nitqin ritmi, tempi və ahəngdarlığı kəkələmə zamanı məcburi və qəflətən pozulmuş olur. Bunun əsas səbəbi periferik nitq aparatının tənəffüs, səs və ya artikulyasiya hissəsində qıcolmaların olmasıdır.

Kəkələmə haqqında ilk məlumatlara Plutarxın eramızın II əsrində yazdığı əsərlərində rast gəlirik. Orada o, dahi yunan natiqi Demosfenin kəkələmədən əzab çəkdiyindən və kəkələmənin aradan qaldırılması yollarından xəbər verib. XVI əsrdə belə hesab edirdilər ki, kəkələmə orqanizmin ümumi xəstəliyinin bir əlaməti və ya nitq orqanlarının anatomik quruluşunun patologiyasının nəticəsidir. Kəkələmənin müalicəsi də bu anlayışdan irəli gəlib, ya terapevtik, ya da cərrahi olub. Belə ki, cərrah Diffenbax 1841-ci ildə müalicə üsulu kimi dilin üzərində və dilaltı bənddə kəsikləri tətbiq edirdi. Demək lazımdır ki, kəkələmənin təsnifatında daha çox uşaqların məktəbəqədər və məktəb yaşlı dövrləri hesaba alınır.

Kəkələmənin təsnif edilməsi cəhdi ilk dəfə 1937-ci ildə edilmişdir. Bu təsnifat etioloji əlamətlərlə pozulmanın kliniki mənzərəsinin nəzərə alınması ilə aparılaraq 4 qrup kəkələmə fərqləndirilmişdir:

- Nitqdə iştirak edən orqanların struktur və funksiyasında anomaliyalarla müşayiədici kəkələmə;
- Solaxaylıqla bağlı kəkələmə;
- Təqlidlə əlaqədar kəkələmə;
- Emosional pozulma və emosional dəyişkənliklə (loqofobia, naqislik hissi) müşayiət edilən kəkələmə.

Anatomik-fizioloji əlamətlərə görə kəkələmə E.S. Nikitina və M. F. Brune (1939) tərəfindən iki qrupa ayrılır:

1. Pallidar sindromlu şəxslər. Şəxsdə bu zaman psixofiziki lənglik şəxsiyyət pozulmaları, ətraf aləmlə əlaqə yarada bilməmək, qaşqabaqlıq, oyunlarda iştirak etməmək kimi hallar müşahidə olunur;
2. Striar sindromlu şəxslər. Belə şəxslərə psixofiziki lənglik, əsəb-psixi pozulmalar xasdır. Şəxslər çox mütəhərrik, çox asan əlaqəyə girən, kəkələməkdən utanmayan olurlar.

Kəkələmənin kliniki cəhətdən təsnifatı V. S. Koçergina (1959), N. A. Vlasova (1958) və başqalarının elmi əsərlərində əks olunmuşdur.

V.S. Koçergina kəkələmə nəticəsində davranışlarında pozulmalar olan şəxsləri bir

qrupa, erkən yaş dövründə davranışlarında pozulmaların onların şəxsi fərdi keyfiyyətləri olan uşaqları ikinci qrupa, yüksək oyanması olan, ana bətnində mənfi təsirə məruz qalan, doğuş travmaları alan, somatik və yoluxucu xəstəliklərə yoluxan uşaqları isə üçüncü qrupa, nəhayət ağır nevroz əlamətləri və isterikreaksiyaya meyli olan şəxsləri isə dördüncü qrupa aid etmişdir.

N.A. Vlasova və E.N. Gertsenşteynin təsnifatı isə ilk növbədə kəkələmənin formaları (tonik, klonik) və bəzi etioloji faktorların, ikincili psixi simptomların loqopedik təsirin səviyyəsini hesaba alınması ilə aparılmışdır.

A.F. Şelting kiçik məktəblilərin kəkələməsinin tədqiq edilməsində özünün tərtib etdiyi təsnifata əsaslanır. Bu təsnifata görə kəkələmə motorikanın inkişafının ləngiməsi fonunda, nitqin ləngiməsi fonunda, alaliya ilə bağlı, ümumi zəifliyin olması, əzələ zəifliyi, yüksək əsəbilik, çox vaxt isə dislaliya ilə nevroitik tipdə fərqləndirilir.

1928 ildə M.E. Şubert epileptoid psixopatlarda (astenik bədən quruluşu) psixi xəstəliklərdə (estenik-atletik tipdə), şizoid şəxslərdə, isterikli xəstələrdə və sikloid komponentli şəxslərdə kəkələməni tədqiq etmişdir.

M.S. Lebedinskaya, F.P. Yanoviç və Q.P. Platonova 1960-cı ildə nevrozun müxtəlif formalarında: psixopat və şəxsiyyətin patoloji inkişafı olan şəxslərdə, mərkəzi sinir sistemiinin müxtəlif üzvi zədələnmələrində kəkələməni araşdırmışlar.

Kəkələməni müxtəlif patoloji qruplar kimi araşdıran tədqiqatçılar (N.M. Asatiani, V.Q. Kazakov və b.) 4 qrup kəkələmənin olmasını qeyd edirlər:

- Müxtəlif genezisli mərkəzi sinir sisteminin üzvi pozulmasının rezidual halı;
- Nevrotik pozulmalar;
- Psixopatiya;
- Süst proqrediyentşizofreniya.

Beləliklə, kəkələmənin təsnifatı müxtəlif mövqelərdən aparılsa da, hər birinin özünəməxsus elmi əsasları olduğu üçün düzgün hesab edilməlidir. Kəkələmənin yayılması yaş, cins, fəaliyyət növü, yaşayış yeri və digər faktorlarla şərtlənir. Kəkələmə daha çox 2 yaşla 4 yaş arasında, nitqin funksional sistemlərinin intensiv inkişaf etdiyi və uşaq şəxsiyyətinin formalaşma mərhələsində baş verir. Sonra kəkələməyə meyl tədricən aşağı düşür və on ildən sonra (4 yaşdan 14 yaşa qədər) yenidən baş qaldıra bilər.

Pubertat yaşa qədər olan mərhələdə kəkələyən şəxslərin sayı resedivlər nəticəsində məktəbə getmək ərəfəsində arta bilər. Kəkələmənin belə artması fəaliyyətin dəyişməsi (oyun əvəzinə təlim), uşağa verilən tələblərin yüksəkliyi ilə bağlı olur. Kəkələmənin şiddətlənməsi cinsi yetişkənlik dövründə də mümkündür.

Qeyd etmək lazımdır ki, kənd yerlərində yaşayan şəxslərdə şəhərdə yaşayan həmyaşıdlarından fərqli olaraq kəkələməyə çox az rast gəlinir. Belə ki, şəhərin daha çox gərgin, emosional cəhətdən zəngin olması kəkələməni yaradan səbəblərdən biridir. Bu fikirlərə yaxın olan iqlim şəraitinin də kəkələmənin şərtləndirməsi haqqında (xüsusi ilə yaz və payız fəsillərində) maraqlı mülahizələr də vardır.

Kəkələyənin nitqi «ilişmələr», fasilələrlə (tonik nitqi qıcolmalar), müxtəlif səs, heca, söz təkrarlanmaları ilə (klonik nitqi qıcolmalar) müşahidə olunur. Kəkələyənlər öz

nitqlərinə əlavə sözlər (embolofraziya), müşahidəedici hərəkətlər (yellənmək, göz qırpmaları və s.) əlavə edirlər, «çətin» sözləri «asanları» ilə əvəz edilməsi kimi fəndlərdən istifadə edirlər. Öz nitqi qüsurlarını başa düşən uşaqlarda isə loqofobiya (nitqi qorxu) qeyd olunur (Vlasova N.A., 1974; Missulovin L.Y., 1997; Belyakova L.M., Dyakova Y.A., 1998; Seliverstov V.I., 2000).

Kəkələmənin əsas simptomu özünü nitqə başlamaq istəyən zaman qeyri-iradi əzələ yığılması kimi büruzə verən nitq aparatı əzələlərinin qıcolmalarıdır.

Yaranma səbəblərindən asılı olaraq, kəkələmə funksional və üzvü ola bilər. Funksional şərtlənmiş kəkələməyə – loqonevrozlara daha çox təsadüf edilir.

Üzvü şərtlənmiş kəkələmələr nevroloji zəmində yaranır və adətən üzvü nitqi pozulmanın (dizartriya, motor alaliya) bir əlaməti olur.

Bu üsulla yanaşı, didaktik metod da (müxtəlif məşqəllər vasitəsilə kəkələməni aradan qaldırılması) inkişaf etməyə başlayır. Bu istiqamətin tətbiqçiləri amerikalı pedaqoq Li və fransalı həkim Kolombo olub. Rus alimi X.Laquzen 1838-ci ildə artikulyator məşğələlərlə yanaşı, psixoterapevtik təsirin vacibliyini də vurğulayıb.

1889-cu ildə İ.A. Sikorskinin indiyədək əhəmiyyətini itirməmiş klassik əsəri işıq üzü gördü. Bu əsərdə ilk dəfə kəkələmənin nevrozun xüsusi forması olması və kəkələmənin nitqin formalaşması dövrü ilə əlaqəsi vurğulanıb.

Kəkələmənin yaranmasında irsi faktorun rolu inkar edilmir, amma dəqiq sübut da olunmur. Nəsildə kəkələmənin olması risk faktoru kimi qəbul edilir.

XIX-cu əsrin ortalarından başlayaraq kəkələmənin nevrozun yaranma mexanizminə tabe olunması qeyd edilir.

İ.P. Pavlovun nəzəriyyəsinə görə, nevrozun yaranma səbəbləri bunlardır:

1. Qıcıqlanma prosesinin gərginləşməsi;
2. Tormozlanma prosesinin gərginləşməsi;
3. Əsəb proseslərinin gərginləşməsi.

Bu proseslərin nəticəsində beyin qabığına ayrı-ayrı patoloji dinamik struktur komplekslər yaranır. Bu komplekslər beyin qabığının qabıqaltı strukturlara tənzimləyici təsirini zəiflədir, qabıq-qabıqaltı qarşılıqlı əlaqələri pozur və qıcolmalı nitqə səbəb olur.

Valideynlər kəkələmənin əsas səbəbini uşağın qorxu hissini keçirməsində görürlər. Amma hər qorxmuş uşaq kəkələməyə başlamır. Deməli, qorxudan əlavə burada başqa faktor da var. Bu faktor İ.P. Pavlovun fikrincə, nevrozun və kəkələmənin də əsas səbəbi olan sinir sisteminin zəifliyi və tez tükənməsidir. Bu zəiflik daima (bətndaxili inkişafın pozulması nəticəsində) və müvəqqəti (erkən yaş dövründə keçirilən infeksiya və somatik xəstəliklərin nəticəsi) xarakterli ola bilər.

Kəkələmənin yaranmasında nitqi inkişafın ləngiməsi ilə yanaşı, tam formalaşmamış nitqin (kəmiyyətə və keyfiyyətə) yüklənməsinin də rolu var. Məs: uşaqdan yaşına uyğun olmayan şeirlərin, çətin süjetli və böyük həcmli hekayələrin öyrənməsini tələb etmək olmaz.

Kəkələmə nitqin ritminin, tempinin və ahəngdarlığının pozulması ilə səciyyəlidir. Çox vaxt valideynlər qeyd edirlər ki, kəkələməkdən əvvəl uşaq ya infeksiya xəstəlik, ya bərk qorxu hissi keçirib, yaxud əksinə danışmaqdan imtina edib. Hər halda bu vəziyyətlərin

nəticəsi nitqin sosial ünsiyyət funksiyasının pozulmasıdır.

Nitqin ritmi, tempi və ahəngdarlığı kəkələmə zamanı məcburi və qəflətən pozulmuş olur. Bunun əsas səbəbi periferik nitq aparatının tənəffüs, səs və ya artikulyasiya hissəsində qıcolmaların olmasıdır.

Qıcolmalar iki cür – klonik və tonik olur.

Klonik qıcolmalar zamanı adətən sözün ilk hecasının yüngül, amma bir neçə dəfə təkrarlanması müşahidə olunur.

Tonik qıcolmalar zamanı hər sözün əvvəlində bir saniyədən bir neçə dəqiqəyədək davam edən fasilələr müşahidə edilir, sözlər çox çətinliklə ifadə olunur.

Həm klonik, həm də tonik qıcolmalar nitqin axarını pozur və tempini dəyişir. Qıcolmalar nə qədər müddətli olsa, kəkələmə bir o qədər ağırdır.

Klonik və tonik qıcolmalardan başqa, qarışıq (klono – tonik və ya tono – klonik) qıcolmalar da mövcuddur.

Qıcolma əhatə etdiyi yerə görə, tənəffüs, səs və artikulyator formada olur. Bəzən nitq aparatının bir sahəsində başlayan qıcolma, sonradan o biri sahələrə də yayılır. Daha çox dil və dodaqların qıcolması müşahidə olunur.

Kəkələmə inkişaf edir, yəni nitq aparatının qıcolmaları bədənin başqa əzələ qrupları ilə yanaşı qeyri-ixtiyari hərəkətlərin və qıcolmaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bunun fizioloji mexanizmi beyində həyacanlanma prosesinin hərəkəti zonasına irradiyası ilə izah olunur. Qeyri-ixtiyari hərəkətlər adətən üz, boyun və əl əzələlərini əhatə edir.

Ətrafdakıların münasibəti kəkələyən insanı müxtəlif üsullarla və köməkçi hərəkətlərlə öz nitq nöqsanını gizlətməyə vadar edir. Yanaşı hərəkətlərdən fərqli olaraq, köməkçi hərəkətlər ixtiyaridir. Onların vasitəsilə kəkələyən insan çətin ifadə edilən heca və sözlərin tələffüzünü asanlaşdırmağa, bəzən də ətrafdakılardan gizlətməyə çalışır.

Köməkçi hərəkətlər müxtəlif olur: bəziləri əllərini sıxır və ya əlinə nə isə alır, bəziləri danışmaqdan əvvəl öskürürlər və ya çətin sözləri sadələri ilə əvəz edirlər. Beləliklə, kəkələmənin başlanğıc əlamətləri get-gedə mürəkkəbləşir.

Nevrotik kəkələmənin əsas əlamətlərindən biri normal nitqin və kəkələmə ilə müşayiət edilən nitqin əvəzlənməsidir, yəni şəxs təklildə və ya sakit şəraitdə normal danışır. Əgər o kimdənsə utanırsa, onda kəkələməyə başlayır. Bəzən kəkələmə hətta ilin fəslindən, yaşayış şəraitindən, havadan asılı ola bilər.

Yaranma səbəblərindən asılı olaraq, kəkələmə funksional və orqanik ola bilər. Funksional şərtlənmiş kəkələməyə - loqonevrozlara daha çox təsadüf edilir.

Orqanik şərtlənmiş kəkələmələr nevroloji zəmində yaranır və adətən orqanik nitqi pozulmanın (dizartriya, motor alaliya) bir əlaməti olur.

Alaliya

Alaliya (yunan *a* - *mənfi hissəcik*, *lalia* - *nitq* sözlərindən əmələ gəlib) - bətin daxili və ya uşağın ilk inkişaf dövründə baş-beyin qabığının nitq mərkəzlərinin üzvü zədələnməsi nəticəsində nitqin olmaması və ya inkişafsızlığıdır. Nitq qüsurları arasında ağır qüsür kimi ayrılır, bu zaman dil sistemi vasitələri formalaşmamış olur (fonematik, qrammatik, leksik). Nitq hərəkətləri pozulmuş olur, bu da öz növbəsində sözün səs və heca tərkibinin

qavranılmasına təsir göstərir.

Alaliya baş-beynin böyük yarımkürələrinin nitq sahələrinin zədələnməsi nəticəsində yaranır (Broka və Vernike mərkəzləri). Bununla bağlı motor və sensor alaliyaları fərqləndirirlər. Motor alaliya zamanı müraciət olunmuş nitqin başa düşülməsi bir qədər sağlam qalır, sensor alaliya zamanı müraciət olunan nitqin başa düşülməsi tam pozulmuş olur. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, psixoloji-pedaqoji təsnifata görə alaliya termini ümumi nitq inkişafının ləngiməsi (ÜNİL) termini ilə əvəz oluna bilər.

Motor alaliya zamanı şəxs nitqi anlayır, amma danışmır və uşaqlarda nevroloji cəhətdən pozulmalar müşahidə olunur. Bu uşaqlar kifayət qədər zəif olurlar, tez-tez xəstələnirlər, dərilləri incə olur, fiziki cəhətdən zəif olurlar. Çox erköyün, kaprizli, ağlağan, tez əsəbləşən olurlar. Çox kobud formada ümumi motorika pozulmuş olur. Psixi cəhətdən diqqət və yaddaş zəifliyi olur. Bir çox hallarda əqli gerilik özünü göstərir.

Sensor alaliyada eşitmənin yaxşı olmasına baxmayaraq uşaqlarda ətrafdakıların nitqinin dərk edilməsi pozulur, sözlərin mənası və səsənməsində uyğunsuzluq müşahidə olunur, impressiv nitq inkişaf etmir. Eşitmə nitq analizatorlarının qabığının (Vernike mərkəzi) və onun ötürücü yollarının zədələnməsi bu xəstəliyin yaranma səbəbi ola bilər. Əsas nitq simptomları: nitqin qavranılmasının pozulması, sözlə onu bildirən əşya, hərəkətlər arasında uyğunsuzluq (qapalı akupatiya adlanır), səslərə qarşı həssaslıq, yəni hiperakuziya, başqalarının diqqətini cəlb etməyən səslər onların diqqətini cəlb edir (su damcılarının səsləri, kağız xışiltısı). Bu sensor alaliyalı uşaqları zəif eşidənlərdən fərqləndirir. Exolaliya müşahidə oluna bilər. Sensor alaliyalı uşaqların səsləri normaldır, sözlər və səslər normal modulyasiya olunur və intonasiyalıdır, zəif eşidən uşaqların səsi zəif olur.

Alaliyanın 3 ağırlıq səviyyəsi mövcuddur.

1-ci səviyyəli alaliya olan uşaqların nitqi anlaşılmazlığı, bəsitliyi və dəqiq desək, mövcudsuzluğu ilə xarakterizə olunur. Bu diaqnoza malik olanlara «nitqsiz uşaqlar» deyilir.

Onlar əsasən anlaşsız «uşaq dilində» səs təqlidindən istifadə edərək məişət tərkibli isim və fellərdən, başa düşülməyən qırıq cümlələrdən, dəqiq olmayan söz birləşmələrindən istifadə edirlər. Uşaq öz qarışıq, başa düşülməyən nitqinə mimika və jestləri də əlavə edir.

2-ci səviyyə 1 səviyyəyə nisbətən daha yüngüldür. Qıgılılı sözlərə, jestlərə əlavə olaraq ümumi sözlər (Qar yağır. Soyuq külək əsir – qa yayıy. Şök tüləy əsiy) və qrammatik cəhətdən I səviyyəyə nisbətən irəliləyən fərq hiss olunur. Lakin bu proses yüngül xarakter daşıyır və nitqin geriliyi çox kobud formada ifadə olunur.

Lakin xüsusi korreksiya – təlim apardıqda 2-ci səviyyəli uşaqlar yeni 3-cü səviyyəyə keçə bilərlər.

3-cü səviyyədə leksik, qrammatik və fonetik qüsurlar müşahidə olunur. Belə uşaqlar ətrafdakılarla sərbəst ünsiyyətə girirlər. Ancaq çox halda onların nitqi böyüklər tərəfindən izah edildikdən sonra başa düşülür.

Tələffüz və məna tərəfinə aid olmaqla, alaliya müxtəlif dərəcəli ağır nitq qüsuru olduğundan nitq sisteminin bütün komponentlərinin formalaşmasının pozulmasıdır..

Alaliyanın ümumi əlamətləri aşağıdakılardır: nitq inkişafının gec başlaması, lüğət

ehtiyatının kasıblığı, aqrammatizmlər, tələffüz qüsurları, fonema yaranması qüsurları. Bu ləngimə müxtəlif dərəcədə büruzə verilir: nitqin tam olmamasından və ya alaliyadan geniş nitqə qədər, lakin fonematik və leksik-qrammatik inkişafsızlıq elementləri ilə. Nitq vasitələrinin formalaşmamasının dərəcəsindən asılı olaraq, uşaqda ümumi nitq inkişafının ləngiməsinin üç səviyyəsi ayrılır.

Afaziya

Afaziya haqqında təsəvvürlərin inkişaf tarixi onun növ və təsnifatları təsəvvürləri ilə sıx əlaqəlidir. İndiki vaxtda müasir elmi biliklərin tələblərinə uyğun yeganə düzgün və işlədilən təsnifat A.R.Luriyanın təsnifatıdır. O, əvvəlki təsnifatlardan ən öncə onunla fərqlənir ki, onun əsasını nitqi təmin edən funksional sistemin pozulması əsasında duran mexanizmin (faktorun) ayrılması prinsip və nitq pozulmalarının sindromlu analizi təşkil edir.

R.Luriya bu təsnifatı 1975-ci ildə işləmişdir. Onun təsnifatına görə afaziyanın 7 növü vardır:

1. Sensor afaziya;
2. Akustik - amnestik afaziya;
3. Semantik afaziya;
4. Afferent motor afaziya;
5. Efferent motor afaziya;
6. Dinamik afaziya;
7. Amnestik afaziya;

Psixologiya və linqvistikanın nitqin, əlaqəli ifadənin təşkilinin iki növü (sintaqmatik və paradiqmatik) barədə müasir təsəvvürlərinə əsaslanaraq nitq pozulmaları da iki qrupa bölünmüşdür. Paradiqmatika - icrarxik qurulmuş kodlar sistemidir ki, onun köməyi ilə səslər müəyyən fonematik oppozisiyalar sisteminə, sözlər isə semantik sahələrə və s. daxil edirlər. Sintaqmalikanın sözləri axar nitqə birləşdirir və dilin sintaksik vasitələrinə əsaslanır.

Hərəkət aktlarının qüsurlarına gətirib çıxardan beyinin ön bölmələrinin zədələnməsi ilə əlaqəli olan birinci qrupda əsasən əlaqəli, sintaqmatik təşkil olunmuş ifadə zərər çəkir, dilin paradiqmatik kodları isə nisbətən qorunmuş qalırlar. Bu qrup afaziyaya efferent motor və dinamik formalı afaziyalar aiddir.

İkinci qrupda əsasən paradiqmatik təşkil olunmuş nitq vahidinin istifadə prosesi pozulur, nitqin sintaqmatik təşkili isə nisbətən qorunmuş qalır. Bu qrup afaziyaya isə qalan 5 afaziya (afferent motor, sensor, akustik amnestik, semantik) aiddir.

İllər ötdükcə elmdə yeniliklər və biliklərin dərinləşməsi prosesi davam edir. A.R.Luriya bunları nəzərə alaraq öz təsnifatında dəyişikliklər etmişdir. Müasir afaziologiyada A.R.Luriyanın təsnifatına görə afaziyanın növləri belə verilir:

1. Baş-beyinin yuxarı və arxa gicgah bölmələrinin zədələnməsi nəticəsində akustik-agnostik və akustik-amnestik afaziyalar;

2. Baş-beyin qabığının aşağı əmgək bölmələrinin zədələnməsi nəticəsində - kinestetik, və ya afferent (apraksik) motor və amnestik-semantik afaziyalar;
3. Baş beyin qabığının arxa alın bölmələrinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gələn afferent, kinetik motor və dinamik afaziyalar;

Afaziyanın bütün bu növləri müxtəlif ağırlıq səviyyəsində ola bilər, amma onların əsasında həmişə baş-beyinin münasib payına xarakterik olan bu və ya digər neyropsixofizioloji zəminlər durur.

Akustik-qnostik sensor afaziya

Sensor afaziyanı ilk dəfə olaraq alman psixiatr Vernike təsvir etmişdir. O göstərmişdir ki, sensor adlandırdığı bu afaziya baş beyinin sol yarımkürəsinin yuxarı gicgah qırışının arxa 1/3 hissəsinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Bu afaziyanın fərqli cəhəti odur ki, nitqi eşidərkən onun qavranılması, başa düşülməsi pozulur. Bu afaziya zamanı başa düşülmənin, dərk etmənin pozulmasının səbəbləri uzun müddət anlaşılmaz qalırdı və yalnız XX əsrin 30-cu illərində sovet psixoloqları tərəfindən müəyyən olmuşdur ki, nitqi akustik aqnoziyanın əsasında fonematik eşitmənin pozulması durur.

Akustik-qnostik afaziya afaziklərin 10%-də rast gəlinir. İnsultdan və ya travmadan sonrakı ilkin mərhələdə nitqin anlamığında tam pozulma müşahidə olunur. Başqalarının nitqi ayrılmaz səslər axını kimi qavranılır. İnsultdan sonrakı erkən mərhələdə xəstələr a öz xəstəliklərini dərk etmir, ayağa dururlar, gəzməyə cəhdlər edirlər. Xəstələr çox həyəcanlı, hərəkətli, çox danışan ola bilərlər.

Daha sonrakı mərhələlərdə nitqin başa düşülməsi qismən bərpa olunur. Yalnız eyni struktura malik olan sözlər sensor afaziklər üçün eyni səslənir və bir sözün avəzinə başqa söz qavranılır: ata - ana - ala ara; ver - var - vur; bal - mal - xal - şal - kal və s.

Sensor afaziya zamanı sözün kökü, yəni leksik-semantik hissəsi böyük çətinliklərlə qavranılır, lakin sözün kateqorial mənsubiyyəti qavranıla bilər, məsələn xəstə gəlincik, zərrəcik, təcik sözlərini eşidərkən deyir: bu nəyə balaca bir şeydi, amma nə - bilmirəm.

Bəzi hallarda baş beyinin hər iki gicgah nahiyələri zədələndə akustik aqnoziya ilə bəzən ağır akustik-qnostik afaziya əmələ gəlir. Bu zaman təkcə fonematik eşitmə deyil, həm də nitqin intonasiyası, səsin tembri, qeyri-nitqi səslər diferensiallaşır: zənglər, xışıltılar və s.

Akustik-qnosti sensor afaziya zamanı fonematik eşitmənin pozulması, eşidilən nitqin hər zaman qavranılmaması ilə əlaqədar nitq üzərində eşitmə nəzarəti pozulur. Bunun nəticəsində çoxsaylı literal və verbal parafrasiyalar əmələ gəlir. Belə xəstələrin nitqləri «jarqonofraziya» ilə («nitqi doqrama») zəngin olur. Xəstə «Başınız ağrayır?» sualına - «Belə ki, baxr, keçən il, çox bərk ,baş çoxdan olub...» kimi cümlələrlə cavab verir. Fonematik eşitmənin pozulması ilə əlaqədar sözlərin təkrarı zədələnilir. Sözü ilk təkrarlamada demək olar ki, düzgün təkrarlasa da, sonralar 2-ci, 3-cü dəfələrdə xəstə yalnız sözün səs komponentlərini deyil, həm də onun ritmik-melodik əsasını da itirir.

Jarqonofraziya dövrü 1,5-2 ay çəkir, sonra get-gedə aqrammatizmlə loqoreyaya

(çoxdanışqanlığa) yerini verir. Nitqin bərpasının orta dövrlərində verbal parafrazyalardan fərqli olaraq literal parafrazyalara nadir rast gəlmək olar.

E.S.Beyn (1964) və İ.T.Vlasenko (1972) sözlərin akustik-fonematik strukturunun və onların mənalarının semantik təşkillərinin oxşarlığı ilə əlaqəli əmələ gələn verbal parafrazyaların müxtəlifliyini göstərmişlər. Sözü hansısa mənasının seçilməsi kontekstlə şərtlənir. Bu da başqa məna assosiasiyaların kənarlaşdırılmasına gətirib çıxardır. Mənalarına görə yaxın olan çiskin, yağışlı, soyuq, cəsarətli, hünərli kimi sözlər kontekstən asılı olaraq dəqiq seçim tələb edir. Bu mexanizmin pozulması ifadənin kontekstinə adekvat olmayan sözü daxil edilməsinə gətirib çıxara bilər (məs.: «Mən dünən Teymuru baxdım (gördüm əvəzinə)»). Akustik-qnostik afaziya fikrin formalaşmasında leksik cəhətdən seçimi ritmik-melodik və intonasiyanın qorunmuş fonunda özünü göstərir.

Bərpaedici işin daha sonrakı mərhələlərində sensor afaziyaya xas olan aqrammatizm (cümlə üzvlərinin uzlaşdırılmaması, sözlərin buraxılması, ifadənin bitirilməməsi və s.) ön plana keçir. Oxu zamanı sensor afaziklərin nitqində çoxsaylı literal parafrazyalar, sözlərdə vurğunun yerində qoyulmaması əmələ gəlir və bununla da oxunan mətnin mənasının başa düşülməsi çətinləşir. oxu optik və kinestelik nəzarətin köməyi ilə həyata keçirildiyinə görə nitq funksiyalarının ən qorunmuşu sayılır. Oxudan fərqli olaraq yazılı nitq daha çox zərər çəkir və birbaşa fonematik eşitmənin vəziyyətindən asılı olur.

İnsult və ya travmadan sonrakı ilkin dövrlərdə imlaların və sözlərin üzündən köçürülməsi pozulmuş olur. Xəstələr öz nitqi qüsurlarını anlamayaraq, köçürülən sözü obrazını tutaraq, onu nəzarətsiz yazmağa başlayırlar. Nəzarətsiz yazı zamanı "gül" sözündə üç hərf olduğu halda, onlar qeyri-müəyyən səs sırasını tələffüz edərək 8-9 hərf yazırlar. Qorunmuş optik nəzarəti işlədərkən sözlərin səs tərkibi dəqiq köçürülür, lakin hələ uzun müddət eşitmə imlaları zamanı literal parafrazyalara rast gəlinir.

Sensor akustik-qnostik afaziyanın yalnız ilkin dövrlərində hesabın kobud pozulmaları müşahidə olunur. Xəstələr instruksiyaları başa düşməyərək, riyazi əməliyyatları passiv köçürür, hətta rəqəmi və ya misali səhv yazırlar, məsələn, $3+2=3+2$; $6+4=2$.

Akustik-ammestik afaziya

Eşitmə və akustik yaddaş prosesi qavrama prosesinin birbaşa davamıdır. Əvvəldə gələn sözlə heç bir əlaqəsi olmayan sözü yadda saxlamaq zərurəti, ona diqqətin ayrılması akustik amnestik prosesləri ləngidir.

Akustik-ammestik afaziya gicgah nahiyəsinin orta və arxa şöbələrinin (21, 37-ci sahələr) zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir (A.R.Luriya, 1969,1975; L.S.Svetkova, 1975). A.R.Luriya hesab edir ki, onun əsasında eşitmə izlərinin tormozlanması artıq olmasından irəli gələn eşitmə-nitq yaddaşının zəifləməsi durur. Hər yeni sözü qavrayıb dərk edəndə, xəstə ondan əvvəlki sözü itirir. Bu kimi pozulmalar heca və söz seriyalarında da özünü büruzə verir. Akustik-ammestik afaziya üçün ayrı-ayrı sözləri təkrar etmək bacarığı və bir-biri ilə mənaca əlaqəsiz bir neçə sözü (ayaq-ev-göy; it-divar-bıçaq; burun-kitab-alma və s.) təkrarlamasının pozulması kimi dissosiasiya xarakterikdir. Adətən xəstə birinci və sonuncu sözləri təkrarlayır, daha ağır formada - yalnız bir söz. Təkrar qulaq asarkən, onlar ya ardıcılığı pozur, ya da sözü birini yenə də unudurlar.

Eşitmə-nitq yaddaşının pozulması başqa afaziyalarda da müşahidə olunur, lakin akustik-amnestik afaziya zamanı bu pozulma əsas defekt hesab olunur, çünki fonematik eşitmənin nitq artikulyator tərəfi qorunmuş olur. Xəstələrdə kommunikasiya çətinliklərini kompensasiya edən nitqi fəallıq müşahidə olunur.

L. S. Svekova (1975) nitqi sıranı yadda saxlaya bilməməsini təkcə eşitmə-nitq yaddaşının ləngiməsi ilə deyil, həm də həcmnin azalması ilə izah edirdi.

Nitqi informasiyanın saxlanması həcmnin pozulması, onun ləngiməsi mürəkkəb, 5-7 sözdən ibarət ifadələrin başa düşülməsində çətinliklərə gətirib çıxara bilər: xəstə istənilən əşyanı düzgün göstərmir, 2-3 həmsöhbəti ilə danışanda diqqətini yönəldə bilmir, mühazirələrdə, icaslarda iştirak edə bilmir, radioverilişlərə və musiqiyə qulaq asa bilmir. Bunu akustik-amnestik optik afaziya da adlandırırlar. Bu afaziya zamanı nitqin məna tərəfinin yadda saxlanması çətinlikləri görmə təsəvvürlərdə eşidilən sözün münasibətlərinin zəifliyi ilə əlaqəlidir. Optik amnestik proseslərin aşağı düşməsi əşya haqqında görmə təsəvvürlərini natamam edir. Əşyanın şəklini çəkən zaman xəstə vacib detalları çəkmir. Belə ki, çaynıq çəkəndə onun lüləsini, xoruzda - pipiyini, fındıqda qulpunu və s. çəkmir. Çox maraqlıdır ki, bu natamamlıqlar hər dəfə çoxmənalı sözlərlə əlaqəlidir (lüləy, qulp və s.). Afaziyanın bu növü ekspressiv nitq ifadələrinin təşkili üçün lazım olan sözlərin seçilmə çətinlikləri ilə xarakterizə olunur. Burada da akustik-qnostik afaziyadakı kimi nitq öz predikativ xarakterini qoruyur. Sözlərin seçimində çətinliklər əşya haqqında görmə təsəvvürlərinin kasadlığı, optik-qnostik komponentin zəifliyi səbəbindən əmələ gəlir. Söz mənalarının semantik dəqiqliyi çoxsaylı verbal parafrazyaların literal əvəzlənmələrinin, iki sözün birləşməsinin (əl+ayaq) əmələ gəlməsinə səbəb olur. Akustik-amnestik afaziya zamanı nitqin nominativ funksiyasının pozulması yalnız əşyaların adlandırılmasında deyil, həm də öz nitqində sözlərin seçimi, şəkil üzrə ifadələrin seçimində də özünü göstərir. Akustik-amnestik afaziya zamanı aqrammatizm isim və feil fleksiyalarının qarışdırılması ilə xarakterizə olunur.

Akustik-qnostik afaziyadan fərqli olaraq bu afaziya öz tamamlığı ilə fərqlənir, burada "nitqi doqramac" yoxdur. Akustik-amnestik afaziyada ekspressiv aqrammatizmlər yazılı nitqdə özünü daha qabarıq göstərir. Yazılı nitqin nominativ tərəfi daha qorunmuş qalır, çünki yazı zamanı xəstələrin söz tapmaq üçün vaxtları daha çoxdur. Yalnız nadir halda akustik tipli parafrazyalar (kar və cingilti fonemlərin qarışdırılması) müşahidə olunur. Diktə ilə yazanda bu xəstələr 3-4 sözdən ibarət frazaları yadda saxlamaqda böyük çətinliklər çəkirlər. Oxuduqları mətnin mənasının başa düşülməsində də müəyyən çətinliklər olur, çünki oxunan mətn də eşitmə-nitqi yaddaş tələb edir.

Eşitmə-nitqi yaddaşın qüsurları riyazi misalların həllində də özünü göstərir (27+35 misalını həll edərkən xəstə 2 yazır və 1 yadda saxlayır, lakin sonra onu əlavə etməyi unudur, hətta 1 misalın yanında yazılsa belə). Beləliklə də akustik-amnestik afaziya zamanı eşitmə-nitqi yaddaşın pozulması ikincili qüsurlar kimi yazı, oxu və hesabın həyata keçirilməsində çətinliklər yaradır.

Afferent kinestetik motor afaziya

Afferent motor afaziya aşağı ənsə payının 7-ci və 40-cı sahələrinin zədələnməsi

nəticəsində əmələ gəlir və ən ağır nitq pozulmalarından hesab olunur. Çox vaxt efferent motor afaziya ilə bircə rast gəlinir və bu zaman onun islahı çox uzunmüddətli olur. Məhz afferent motor afaziyada nitqin artikulyasiyasının kobud pozulması və ya porsial solaxaylıq zamanı, situativ nitqin nisbətən qorunması, ya da artikulyativ aparatın apraksiyası zamanı, nisbətən qorunulmasında müxtəlif dissosiasiyalar müşahidə olunur.

A.R.Luriya afferent motor afaziyanın iki variantının olmasını (1969 1975) qeyd edir. Birinci variant üçün situativ nitqin tam olmaması və artikulyasiya aparatının orqanlarının müxtəlif hərəkətlərinin məkan sintezinin tipik pozulmaları xarakterikdir. Afferent motor afaziyanın bu variantı A.R.Luriya tərəfindən dəfələrlə (1947, 1962, 1969. 2000) təsvir olunmuşdur. İkinci variant klinikada «ötürücü» afaziya adlandırılır, birincidən situativ nitqin nisbətən qorunması ilə fərqlənir. Amma bu variantda səslərin, sözlərin təkrarında, əşyaların və şəkillərin adlandırılmasında, oxumada, diktə ilə yazıda və s. kobud pozulmalar qeyd olunur (A.R.Luriya, 1969-M.K.Şoxor-Trotskaya, 1991, 1997).

Afferent motor afaziya ayrı-ayrı səslərin və səs birləşmələrində, həm də söz və frazaların artikulyasiyasının çətinliklərində özünü büruzə verir. A.R.Luriyanın qeyd etdiyi kimi afferent motor afaziyanın əsas qüsuru nitq axarlığının deavtomatizasiya və artikulyasiya ştamplarının inertliyini qaldırmaq deyil, artikulyasiya aparatı pozularının apraksiyası və lazımi artikulyasiyasının axtarışdır. Bundan başqa səslərin silinmiş, «təqribi» tələffüzüdür. H.Lipman öz işlərində (1900-1915) «nitq əzələlərinin apraksiyası» haqqında ilk olaraq demişdir. O qeyd edirdi ki, yemək, dərman qəbulu vaxtı qorunmuş şəraitdə oral aparatın qeyri-iradi hərəkətlərində artikulyasiya aparatının müxtəlif əzələlərinin apraksiyası müşahidə oluna bilər. Bu növ afaziklərin bir çoxu nitqsiz olaraq ətrafdakılarla yaxşı intonasiyalı nitqi embolalar və ya daha geniş nitqi avtomatizmlərlə ünsiyyət qura bilirlər. Bütün xəstələrdə bu və ya digər səviyyədə yazılı nitqin və nitqin başa düşülməsinin müxtəlif səviyyələri pozulmuş olur. Bütün xəstələrdə konstruktiv-məkan apraksiyası və barmaqların müxtəlif poza apraksiyası qeydə alınır. Bu apraksiya xüsusi metodika vasitəsi ilə müəyyən olunur (Koos metodikası). Efferent motor apraksiyası zamanı müşahidə olunan premotor apraksiya hər iki əllə seriya hərəkətlər etmək tapşırığı zamanı əmələ gəlir. Bu hərəkətləri bir neçə dəfə təkrarlamaq təklif olunanda efferent motor afaziyalı xəstə ritmdən çıxır, lazımi hərəkətlərin birini buraxır və s. Amma afferent motor afazik hərəkət «proqramına» riayət edirlər. Xəstələrin heç birində premotor apraksiya, perseverasiyalar müşahidə olunmur. Belə xəstələrin bəzilərində impressiv aqrammatizm qeyd olunur. Onların yazılı nitqlərində tipik literal paraqrafialar (hərflərin dəyişdirilməsi) olur.

Dilin apraksiyası həm sait, həm də samit səslərin tələffüzündə özünü göstərir, bu da öz növbəsində çoxsaylı literal parafrazyalara, tələffüzün qeyri-dəqiqliyinə gətirib çıxarır.

Bu xəstələrin nitqi dizartriyalı xəstələrin nitqinə bənzəyir. Lakin bütün orqanların ümumi hərəkətliyi, nitqi embolaların dəqiq tələffüzü, yazıda olan kobud pozulmalar, oral praksisin olması, salivasiyaların olmaması, yemək zamanı bütün əzələlərin hərəkətliyi artikulyasiya aparatının apraksiyasında əmələ gələn psevdodizartriyaya işarə verir.

Qırtlaq apraksiyası zamanı saitlərin fonasiyası, cingilti samitlərin tələffüzündə

qüsurlar, avokaliya və disvokaliya qeyd olunur. Udlaq apraksiyası zamanı isə nitqin tələffüz tərəfinin mürəkkəb pozulmaları müşahidə olunur. N.İ.Jinkin qeyd etdiyi kimi, məhz udlaq bütün artikulyasiya aparatının işini, heca əmələgəlmə prosesini tənzimləyir, bütün nitq əzələlərinin birgə sinxron işini təmin edir. Bununla əlaqədar afferent motor afaziya zamanı udlaq apraksiyası inkişaf edəndə bütün fonem əmələ gətirən əzələlərin ikincili apraksiyası yaranır (dodaqlar, dil, qırtlaq, nitqi və tənəffüsü tənzimləyən əzələlər). Lakin əzələlərin hissiyatı qorunmuş olur. Udlağın apraksiyası nəticəsində tipik literal parafrazyalar (n-d-t, m-b-p, və s.), bir əzələ əvəzinə başqa əzələnin işləməsi, artikulyasiya bazalarının pozulması əmələ gəlir. Belə xəstələrdə artikulyasiyanın qeyri-dəqiqliyi, müxtəlif səs əlavələri, literal parafrazyalar, fonemlərin diferensiallaşmaması kimi əlamətlər müşahidə olunur. Bundan başqa, xəstələr mürəkkəb tərkibli hecaları sadə hecalara bölürlər, nitq heca-heca oxuya bənzəyir (stol - s'-l'-ol, daş - d'-aş və s.).

Yazıda vəziyyət bir qədər yaxşıdır. A.R.Luriyanın APF dinamik təşkili haqqında və A.A.Sıqanokun tədqiqatlarına əsaslanaraq demək olar ki, afferent motor afaziya zamanı nitqi başa düşülməsi özünəməxsus şəkildə pozulur, çünki əmgək sahə nitqin başa düşülməsində iştirak edir. Afferent motor afaziyanın bərpaedici təhlilinin daha sonrakı mərhələsində xəstələrdə şifahi dialoji nitqin kobud olmayan ekspressiv aqrammatizmi müşahidə olunur. Nitqin bərpası üzrə təlim düzgün aparılmasa, xəstələrdə "teleqraf stilli" psevdogrammatizm əmələ gələ bilər. Bu növ afaziklər öz nitqlərinə "nəzarət" edirlər. Yəni, hər hansı bir mövzuda danışarkən, onlar özləri düzgün demədikləri sözlərdən imtina edib, cümləni yenidən başlayırlar. Onların şifahi nitqində aqrammatizm yazılı nitqə nisbətən uzun müddət qalır. Afferent motor afaziya müxtəlif variantlarında aleksiya və aqrafiya özlərini müxtəlif cür bürüzə verirlər. Bu funksiyaların pozulmaları artikulyasiya aparatının apraksiyasının ağırlıq səviyyəsindən asılı olur. Yazı və oxu prosesləri artıq artikulyasiya aparatının qlobal apraksiyası zamanı daha kobud şəkildə pozulur. Buna görə də yazı və oxunun bərpası artikulyasiya aparatının apraksiyasının aradan qaldırılması ilə paralel aparılmalıdır. Bu da tələffüz vərdişlərinin möhkəmləndirilməsi üçün əsas təşkil edir. Yalnız artikulyasiya vəziyyətinin bərpası, onun hərflə uzlaşdırılması və oxunmasından sonra xəstəni akustik təqliddən hərfin və sözlərin oxunmasına keçirmək olar.

Efferent, kinetik motor afaziya

Efferent, kinetik motor afaziya hərəkətin vaxt təşkilini baş-beyin qabığının premotor sahələri həyata keçirir. Təbii qanununa əsasən sözlərdə heca və səslərin, cümlələrdə sözlərin sintaqmatik zəncirləri əmələ gəlir (məs., b-a-ğ sözündə yalnız bu ardıcılıq olmalıdır, ayrısı olmaz və s.). Efferent motor afaziya sol orta beyin arteriyasının ön hissələrinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir (44, 45-ci sahələr). Bu növ afaziya, bir qayda olaraq, hərəkət proqramının həyata keçirilməsində və mənimsənilməsində çətinliklərlə qeyd olunan kinetik apraksiya ilə müşayiət olunur. Beynin premotor hissələrinin zədələnməsi nitqi stereotiplərin patoloji süstlüyünü əmələ gətirir. Süstlük də səs, heca, leksik yerdəyişmələrə, perseverasiyalara, təkrarlamalara gəlir, çünki xəstələr bir artikulyasiya aktından başqasına vaxtı-vaxtında keçid edə bilmir. Xəstəliyin də xüsusiyyəti bəzən yazını, oxunu, şifahi nitqi mümkünsüz edir.

Kobud effektiv motor afaziyanın ilkin mərhələlərində şəxsi nitq tamamilə olmaya bilər. Artikulyasiya aparatının apraksiyası ayrı-ayrı səslərin təkrarlanmasında deyil, səslər seriyasının və ya hecaların təkrarlana bilməməsində özünü göstərir. Xəstə ilk olaraq istənilən səs birləşmələrini təkrarlayır, lakin 2 seriya səs təkrarlamaq təklif olunanda xəstə əvvəlki sıradan səsləri və ya hecaları perservasiya edir. Bu effektiv motor afaziyanın ən ağır variantdır.

Burada adlandırma funksiyası tamamilə olmur. Xəstəyə ilk hecanı, kömək kimi, təklif edəndə isə ya onun avtomatlaşmış sonluğu, ya da başqa sözə keçməsi baş verir. Məsələn, "al" hecasını alaraq xəstə alma sözünün əvəzinə "alça"; "alman"; "altı" kimi sözləri deyə bilər. Ayrı-ayrı sözlərin artikulyasiya inertliyinə görə kontaminasiyalar da müşahidə oluna bilər (məs., köyvar və ya "şalnək" (şalvar, köynək). Efferent motor afaziya başqa variantında nitqin və ünsiyyətin spontan bərpası zamanı kobud ekspressiv aqrammatizm teleqraf stili formalaşır. Bir qədər yüngül növlərində feillər cümlənin sonunda yerləşdirilir.

Efferent motor afaziya üçüncü variantında belə kobud aqrammatizm müşahidə olunmur. Lakin sözlərin seçimində, ifadələrdə uzun müddətli fasilələr, perseverasiyalar, verbal parafraziya, sözlərin tələffüzünün uzadılması müşahidə olunur. Bütün bu nöqsanlar semantik afaziyada müşahidə olunan amnestik çətinliklərə bənzəyir, amma bunların əsasında leksik vasitələrin seçiminin inertliyi durur.

Söz seçiminin natarazlığı verbal parafraziyalara gətirib çıxardır və müxtəlif "semantik sahələrdən" seçimin inertliyi ilə şərtlənir. Belə xəstələrin nitqi dizartliyalı xəstələrin nitqinə bənzəyir. Lakin bütün orqanların ümumi hərəkətliyi, nitqi simvolların dəqiq tələffüzü, yazıda olan kobud pozulmaları, oral praksisin olması, salivasiyaların olmaması, yemək zamanı bütün əzələlərin hərəkətliyi, artikulyasiya aparatının apraksiyasında əmələ gələn psevdodizartriya işarə verir. Qırtlaq apraksiyası zamanı saitlərin tonasiyası, cingiltili samitlərin tələffüzündə qüsurlar avokaliya və ya disvokaliya qeyd olunur.

Udlaq apraksiyası zamanı isə nitqin tələffüz tərəfinin mürəkkəb pozulmaları müşahidə olunur. N.İ.Sinkin qeyd etdiyi kimi, məhz udlaq bütün artikulyasiya aparatının işini, heca əmələ gəlmə prosesini tənzimləyir, bütün nitq əzələlərinin birgə sinxron işini təmin edir. Bununla əlaqədar afferent motor afaziya zamanı udlaq apraksiyası inkişaf edəndə bütün fonem əmələ gətirən əzələlərin ikincili apraksiyası yaranır (dodaqlar, dil, qırtlaq, nitqi tənəffüsü tənzimləyən əzələlər). Lakin əzələlərin hissiyyəti qorunmuş olur. Udlağın apraksiyası nəticəsində tipik literal parafraziya (n-d-t-1; m-b-p və s.), bir əzələ əvəzinə başqa əzələnin işləməsi, artikulyasiya bazalarının pozulması əmələ gəlir.

Belə xəstələrdə artikulyasiyanın qeyri-dəqiqliyi, müxtəlif səs əlavələri literal parafraziya, fonemlərin differensiallaşmaması kimi əlamətlər müşahidə olunur. Bundan başqa, mürəkkəb tərkibli hecaları sadə hecalara bölürlər, nitq hissə- hissə oxuya bənzəyir (stol - s' - t' - ol; daş - d - aş və s.). Və nəhayət, efferent motor afaziyanın müxtəlif variantları arasında eləsi də müşahidə olunur ki orada nitq yalnız öz axarlığında, bir hecadan o biri hecaya yumşaq keçilməsində zərər çəkir. Belə xəstələrin nitqi qrammatik cəhətdən düzgün qurulur, yalnız nitqin tempo-ritmik tərəfinin pozulmasında həm intonasiya, həm də vurğu düzgün olmur. Afferent motor afaziyadan fərqli olaraq efferent motor afaziyada hecaların

səs strukturu sadələşmir, dağılmır, lakin intonasiyasını itirir, monoton və uzadılmış olur. Bu xəstələrin şifahi yox, yazılı nitqi çoxsaylı literal parafraziylarla zəngindir. Efferent motor alaziya zamanı aqrafiya müşahidə olunur: söz və frazaların yazılışı yalnız sözlərin heca-heca deyilməsində mümkün olur. Daha ağır növlərində bu metod da kömək etmir. Xəstə sözün səs tərkibini düzgün tələffüz edir, lakin lazımi hərfi tapa bilmir. Daha yüngül formada xəstə sözləri müəyyən qüsurlarla yazıya bilər. (Məs., qapı - paqı, qı, pıq; orla - orta, ora, ota və s.). Çox vaxt eyni hecanın perseverasiyalarına rast gəlinir (məs., maşın maşışın; qazan - nanazan və s.).

Bərpa təliminin sonrakı mərhələlərində silsilə şəkillər əsasında müstəqil mətn qurarkən sözlərin cümlələrdə uzlaşmaması kimi aqrammatizmlər müşahidə olunur. Efferent motor afaziya xəstələrin yazılı nitqində olan aqrammatizmlər çox böyük çətinliklərlə aradan qaldırılır. Yazı və oxunun bu cür kobud pozulmaları sözün səs-hərflər tərkibinin proqramlaşdırma bacarığının dağılmasından irəli gəlir. Yalnız nitqin tempo-ritmik tərəfinin pozulmasında yazılı nitq və oxu qorunmuş olaraq qalır.

Bütün növ nitqi fəaliyyətin inertliyi, "dilin hiss etmə" pozulması, daxili nitqin predikativ funksiyasının pozulması kimi qüsurlar efferent motor afaziyada nitqin başa düşülməməsinin əsasını təşkil edir. Kobud efferent afaziyada perseverasiyalar artıq sadə instruksiyaları yerinə yetirərkən özünü bürüzə verir. Tələffüz olunan sözlərin arasında böyük fasilələr olarsa, bədənin ayrı-ayrı hissələri göstərilə bilər. Amma elə ki, tələffüzün tempi bir qədər artır, perseverasiyalar əmələ gəlir. İkincili olaraq eşitmə-nitqi hafizə pozulur, silsilə əşya şəkillərinin göstərilməsi çətinləşir. 10 şəkildən 3-4-ü əvvəlki tapşırıqlardan perseverasiya olunur. Efferent motor afaziya zamanı xəstələr eşitmə əsasında cümlənin qrammatik quruluşunun düzgün olub olmamasını fərqləndirmirlər. Atalar sözləri, metafozlara gizli mənasını çətinliklə başa düşürlər, çoxmənalı sözlərin başa düşülməsində çətinliklərə rast gəlmək olar. Nitqi ifadənin kodlaşdırma prosesini nitq üzrə dominant yarımkürənin premotor şöbələri tamamlayır. Bir tərəfdən onlar post-mərkəzi şöbələrdə formalaşmış arikulyator və leksik komplekslərin axarlı biri-birinə keçirilməsini həyata keçirir, o biri tərəfdən isə alın və arxa alın şöbələrdə proqramlaşdırma ifadənin qrammatik təşkili və planlaşdırılmasını tamamlayır.

Semantik afaziya

Semantik afaziya nitqdə dominant yarımkürənin ənsə-peysər sahələrinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Baş-beyinin sol yarımkürəsinin ənsə-peysər (və ya arxa aşağı peysər) sahələrinin zədələnməsi zamanı nitqin axar sintaqmalik təşkili qorunmuş qalır, sözün səs tərkibinin axtarışı, eşitmə-nitqi yaddaşın aşağı düşməsi, fonematik eşitmənin pozulması müşahidə olunmur. Semantik afaziya zamanı lazım olan sözün axtarışında və ya əşyanın adlandırılmasında spesifik amnestik çətinliklər özünü bürüzə verir. Bu vaxt xəstələr bir sözü başqa sözlə əvəz etmir, onlar bir sözü bütöv bir ifadə ilə əvəzləndirirlər (məs., bıçaq əvəzinə «onunla kəsirlər...», qələm əvəzinə «onunla yazırlar...» və s.). Semantik afaziyanın bir əlaməti də mürəkkəb impressiv aqrammatizmdir.

Semantik afaziya zamanı impressiv aqrammatizm və amnestik çətinliklərin məkani-

konstruktiv apraksiya ilə ümumi cəhətləri çoxdur, çünki bu növ afaziya ilkin pozulma-ətraf mühitdə mürəkkəb paradigmalara xas olan semantik koordinat orientasiyanın pozulmasıdır (məs., əmi-atanın qardaşı; *əmi* sözünün variantı *kəşi* - sözüdür).

Fleksiyonlarla ifadə olunan mürəkkəb məna və qrammatik söz münasibətlərinin başa düşülməsinin pozulmasına *impessiv aqrammatizm* deyilir.

Semantik afaziya zamanı adi ifadələrin anlanılması qorunur, xəstə «qələmi kitabın yanına qoy», «dəftəri masanın altına qoy» kimi instruksiyaların yerinə yetirilməsində çətinlik çəkmir, lakin üç əşyanı əhatə edən instruksiyalarda («qələmi çəngəldən sağa, kitabdan aşağı qoy») problemlərlə rastlaşır. Həndəsi fiqurların yerləşdirilməsində, «dairəni üçbucağın altında, dördbucağın solunda çək» kimi məntiqi-qrammatik məsələnin həllində, müqayisəedici söz birləşmələrinin (Leyla Nigardan hündür, Nərgizdən alçaqdır. Ən hündürü kimdir?) başa düşülməsində daha böyük çətinliklər çəkir. Semantik afaziya zamanı «Dəftəri qələmlə göstər» kimi instruksiyaların başa düşülməsi kobud şəkildə pozulmuş olur. «Münasibətlərin kommunikasiyalarını əks etdirən məntiqi-qrammatik ifadələrin (atanın qardaşı, qardaşın atası) həllində ən böyük çətinliklərə rast gəlinir.

Xəstələr mürəkkəb sintaktik konstruksiyaları da başa düşürlər. Məsələn, «Mən dostumla danışandan sonra evə getdim». Onlar bu növ deyilən ifadələri başa düşür və özləri də belə cümlələri qura bilmir. Metaforaların, atalar sözlərinin əsl mənasının başa düşülməsi pozulur. Onlar bu ifadələrin əsl mənasını başa düşür. Semantik afaziya zamanı ekspressiv nitq nitqin artikulyator tərəfinin qorunmuş olması ilə fərqlənir. Lakin, amnestik çətinliklər qeyd oluna bilər. Semantik afaziya zamanı amnestik çətinliklərin əsasında «qüvvə qanunu»nun pozulması durur (A.R.Luriya). Bu pozulma elə bil ki, lazım olan sözün bir paradigma kimi müəyyən semantik sahədə axtarışının qarşısını alır, xəstə də sözü tapmadıqda əşyanı onun funksiyasının təsviri ilə əvəz edir (məs., saat əvəzinə «o vaxtı göstərir»). Afaziyanın bu növü üçün verbal parafraziya xas deyil, çünki xəstələr bir paradigmanı digəri ilə əvəz etmirlər. Yazılı nitq öz kasadlığı, sintaktik formaların stereotipliyi, sifətin az istifadəsi ilə fərqlənir. Semantik afaziya zamanı riyazi əməliyyatların kobud pozulmaları müşahidə olunur. Xəstələr misalların həllinin səmtlərini səhv salır, mürəkkəb rəqəmləri eşitmə əsasında düz yazmırlar. 1081 əvəzinə onlar 1801 və ya 1108 yazı bilərlər. Məsələlərin həllini isə məntiqi cəhətdən başa düşülməsində çətinlik çəkiirlər (uzaq - yaxın, az - çox, neçə dəfə və s.).

Dinamik afaziya

Dinamik afaziya nitq üzrə dominant olan sol yarımkürənin arxa alın şöbələrinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Dinamik afaziyanın əsasında geniş fəal fikri ifadənin çətinliyi və ya tam imkansız olması durur. Afaziyanın bu formasının xüsusiyyətləri ondan ibarətdir ki, nitqin kommunikativ funksiyasının pozulmasına baxmayaraq bu xəstələr təcrid olunmuş səsləri düzgün tələffüz edirlər, sözləri və qısa cümlələri artikulyator çətinliklər olmadan təkrar edə bilərlər. Dinamik afaziya zamanı təkcə sözlər və cümlələr təkrar olunmur, xəstə öz həmsöhbətinin hərəkətlərini də təkrarlayır.

Dinamik afaziyanın bir neçə variantı mövcuddur: ekspressiv nitqin tam olmamasından nitqin kommunikasiya pozulmasının müəyyən səviyyəsi Dinamik afaziyanın əsasında daxili

ifadənin proqramlaşdırılmasının pozulması durur. Bu da özünü ayrı-ayrı frazaların proqramlaşdırılmasında büruzə verir. Belə xəstələr daimi nitqin stimullaşdırılmasında ehtiyac duyurlar. Onların nitqləri sintaksik strukturun primitivliyi, nitqi, şablonların mövcudluğu, lakin aqrammatizmin olmaması ilə fərqlənir.

Dinamik afaziyanın mərkəzi bəndi spontan geniş ifadənin pozulmasıdır. Süjetli şəklin təsviri zamanı ayrı-ayrı, biri-biri ilə əlaqəsiz frazalar deyilir, əsas məzmun, əsas məna qeyd olunmur. Dinamik afaziya şəhər, küçə, tanış adamların soyadını yada salanda, əşyaları adlandıranda psevdamnestic çətinliklər müşahidə oluna bilər.

Akustik-amnestik və semantik afaziya xəstələrdən fərqli olaraq bu xəstələr əşyanın funksiyalarının frazioloji təsvirinə əl atmırlar, nitqi axtarış zamanı sözün ilk hecası təkan verir və xəstə sözü tam anlaya bilər. Nitq proseslərinin inertliyinə görə əksinə saymaqda (məs., 20-dən 1-ə kimi) müəyyən çətinliklər olur. Sol yarımkürənin alın nahiyəsinin daha çox zədələnməsində mürəkkəb motivlər və davranış proqramlarında daha ağır pozulmalar qeydə alınır. Ətrafa maraq olmur, heç bir xahiş, rica formalaşmır, suallar verilmir. Spontan nitq tamamilə olmaya bilər. Dialoji nitq kobud şəkildə pozulur və sualların exolalik təkrarlanmaları ilə xarakterizə olunur. Bir qədər yüngül formada xəstələr cavab üçün sualdan düzgün istifadə edir. Məsələn, "Siz bu gün nahar elmisiz?" sualına, "Biz bu gün nahar etmişik?" cavabı verir. Nitqdə çoxsaylı perseverasiyalar müşahidə olunur. Məsələn, rəngli sözün köməyi ilə karandaş sözünü yada salandan sonra, güllər, qaşıqlar əvəzinə "Ətirli karandaşlar, "Çay karandaşları" söyləməyə davam edirlər.

Premotor sistemlərin zədələnməsi zamanı ifadənin formalaşması ilə bərabər, nitqin qavranılması da pozulmuş olur. Dinamik afaziyanın yüngül səviyyəsində elementar situativ nitqin başa düşülməsi qorunmuş olaraq qalır. Lakin təqdim olunan tapşırıqların tempini artıranda, üz-sifət hissələrini təqdim edəndə perseverasiyalar müşahidə oluna bilər.

Dinamik afaziyanın ağır səviyyəsində efferent motor afaziya olduğu kimi mürəkkəb frazaların başa düşülməsində çətinliklər yaranır. Dinamik afaziya zamanı oxu və yazı prosesləri qorunmuş olaraq qalır. Bu da bərpa məqsədlərinə qulluq edir.

ÜNİL (ümumi nitq inkişafının ləngiməsi)

Psixoloji-pedaqoji təsnifatın müəllifi R.E.Levina psixolinqvistik meyarlara nitqin ünsiyyət vasitələrinin tətbiq edilməsinin pozulmasına görə nitq qüsurlarını 2 böyük qrupa ayırır.

I qrupa – fonetik inkişafdan geri qalma, fonetik-fonematik inkişafdan qalma və ümumi nitq inkişafının ləngliyi daxildir.

II qrupa kəkələmə aiddir. Bu qüsurun əsasını da dilin ünsiyyət vasitələrinin olmasına baxmayaraq, nitqin kommunikativ funksiyasının pozulması təşkil edir.

ÜNİL-in üç səviyyəsi fərqlənir.

ÜNİL I səviyyə

I səviyyə nitq inkişafının dəyişməsi ləngiməsi (ÜNİL) olan uşaqların nitqi anlaşılmaqlığı, bəsitliyi və dəqiq desək, mövcudsuzluğu ilə xarakterizə olunur. Bu diaqnoza malik olanlara "nitqsiz uşaqlar" deyilir.

Onlar əsasən anlaşqsız "uşaq dilində" səs təqlidindən istifadə edərək məişət tərkibli

isim və feillərdən, başa düşülməyən qırıq cümlələrdən, dəqiq olmayan söz birləşmələrindən istifadə edirlər. Uşaq öz qarışıq, başa düşülməyən nitqinə mimika və jestlər də əlavə edir.

I səviyyəli ÜNİL uşaqları əqli cəhətdən zəif inkişaf etmiş uşaqlardan üç xüsusiyyətinə görə fərqləndirmək olar:

- Belə uşaqlarda kifayət qədər passiv söz ehtiyatı olur;
- Fikirlərini izah etmək üçün mimika və jestlərdən istifadə edirlər;
- Ünsiyyətdə olarkən çox həvəslə söz axtarırlar və öz nitqlərinə tənqidi yanaşırlar.

Aktiv söz ehtiyatının məhdudluğu uşağı məcbur edir ki, bir neçə əşyanı bir sözlə ifadə etsin: bi-bi, maşın, velosiped, təyyarə, qatar, toy-stol-stul, otur-oturmaq və s.

Belə uşaqların ifadələri bir sözdən ibarət olur.

I səviyyəli ÜNİL uşaqlarda həcm 2-4 sözə qədər artsa da, sintaksis quruluş formalaşmır.

Nitq imkanının aşağı səviyyədə olması həyat təcrübəsinin kasadlığına və ətraf aləm haqda təsəvvürlərin məhdudluğuna səbəb olur.

Səs tələffüzü qeyri-dəqiqliyi və dağınıqlığı ilə seçilir.

Belə uşaqlar adətən, 1-2 hecalı sözlərdən istifadə edirlər. Bir qədər çox hecalı sözün öyrədilməsinə cəhd göstərilərsə, uşaq artıq hecaları ixtisar edərək sözü iki hecadan ibarət tələffüz edəcəkdir (Firəngiz-ləngiz, piramida-mida və s.)

Fonematika qavrama kobud şəkildə pozulduğundan, müxtəlif mənaya malik olan (adətən samit səsləri) sözlər ciddi şəkildə qarışdırılır. Bu səviyyədə olan uşaqlar üçün sözün səs təhlili anlaşılmazdır. ÜNİL uşaqlar qrammatik formaları anlamaqda çətinlik çəkirlər. Əsasən sözün qrammatik əhəmiyyətinə deyil, leksik mənasına əsaslanırlar.

Bu qrupun uşaqlar üçün görmə, eşitmə, qavrayış və hafizənin formalaşmaması, diqqətin dağınıqlığı, nitq qabiliyyətinin aşağı olması xarakterikdir.

ÜNİL II səviyyə

I səviyyəyə nisbətən daha yüngüldür. Qığıltılı sözlərə, jestlərə əlavə olaraq ümumi sözlər (Qar yağır. Soyuq külək əsir - qa yayıy. şök tüləy əsiy) və qrammatik I səviyyəyə nisbətən irəliləyən fərq hiss olunur. Lakin bu proses yüngül xarakter daşıyır və nitqin geriliyi çox kobud formada ifadə olunur. Uşaqların öz fikirlərini söylədiyi zaman nitqin az formalarından istifadə edirlər. Uşaq əşyaların və hərəkətlərin adlarını sadəcə sadalamaqla kifayətlənir. Şəkil və ya suallar əsasında qurulan hekayələr qısa və primitiv olurlar.

Lakin I səviyyəyə nisbətən cümlələr sintaksis və qrammatik cəhətdən daha düzgün qurulur. Bununla belə nitq materialı çətinləşdiriləndə və ya məişətdə az işlədilən söz işlətmək lazım gələndə nitqin qrammatik sırasının natamamlığı özünü büruzə verir.

Sayların halların formaları uşaqlar üçün məna ayıran funksiya daşımır. Sözdəyişmələr təsadüfən olur. Məsələn, Mən topla oynayıram – mən topu onatım.

Sözlərin çoxu az mənada işlənir, sözlərin ümumiləşdirmə səviyyəsi çox aşağıdır. Uşaqlar forma, növlərinə görə əşyaları bir sözlə ifadə edirlər (cücü – böcək, qurd, milçək)

Əşyaların hissələrini (budaq, gövdə), qab-qacağı (podnos, nəlbəki), heyvanların balalarının adlarını (toyuq, çəpiş, çoska), nəqliyyat vasitələrini (təyyarə, motorlu qayıq) və s.

bu kimi sözləri bilməməsi söz ehtiyatının məhdudluğunu təsdiqləyir.

ÜNİL II səviyyəli uşaqlar əşyaların formasını, rəngini, materialını göstərən sözlərin işlədilməsində geri qalır.

Uşaqların səs tələffüz imkanları da yaş normalarından geri qalır: fitli-fişiltılı, qalın və incə səslərin tələffüzündə nöqsanlar müşahidə edilir, mürəkkəb hecalı sözləri qısaldır (müxtəlif versiyalar müşahidə olunur).

Lakin təlim apardıqda II səviyyəli uşaqlar yeni III səviyyəyə keçə bilirlər.

ÜNİL III səviyyə

Leksik, qrammatik və fonetik qüsurlar müşahidə olunur. Belə uşaqlar ətrafdakılarla sərbəst ünsiyyətə girirlər. Ancaq çox halda onların nitqi böyüklər tərəfindən izah edildikdən sonra başa düşülür.

Uşaq sərbəst danışmaqda çətinlik çəkir. Onun lüğət ehtiyatı yaş dərəcəsinə görə geri qalır:

- Müəyyən əşyanın hissələrinin adını bilmədikdə bunu onlar əşyanın adı ilə əvəz edirlər (budaq-ağac, ləçək-gül, vaqon-qatar və s.);
- Əşyanı formasına görə fərqləndirə bilmirlər (oval, üçbucaq, kvadrat və s.);
- Özünəməxsus leksik səhvlər müşahidə olunur. (Məsələn, «Satıcı alma satır» əvəzinə «Xala alma satır» deyirlər.);
- Əlamətləri səhv salırlar - (dar-balaca, enli-uzun-böyük və s.);
- Sifətdən sonra gələn ismin hallanmasında səhvə yol verirlər («Mən qırmızı topla oynayıram» əvəzinə «Mən qırmızı top oynayam»);
- Sayın isimlə uzlaşmasında səhv edirlər («Bir alma»- «Bi amalar», üç ərik»-«üç əriklər»);
- Sözlərin bütöv səslənməsində çətinlik çəkirlər: («beş qarız», «biy nay»-«beş qarız», «bir nar»);
- Bağlayıcıların ixtisara salınması belə uşaqlara xas olan xüsusiyyətdir. («Mən bacım ilə oynayıram»-«Mən badımnan onuyam» deyirlər);
- Onlar sözləri düzgün deyə bilmirlər. («mən həyəətə gedirəm» əvəzinə «mənə-ətə dediyəm» deyirlər).

Rabitəli nitqin analizi prosesində, onun əsas növlərinin qavranılmasında çətinlik yaranır, danışmaqla, nağıl etməklə, şəkil üzrə danışmaq, tapşırılmış plan və s.

Rabitəli nitqin analizi prosesində, onun əsas növlərinin qavranılmasında çətinlik yaranır: danışmaqla, nağıl etməklə, şəkil üzrə danışmaq, tapşırılmış plan və s.

Öz şəxsi söhbətlərində uşaqlar nadir hallarda əşyanın hərəkətini sadalayırlar, əsas məzmunlu əlamətləri deyil, II dərəcəli detalları təkrar deyirlər. Danışıq zamanı məntiqi ardıcılıqda çətinlik yaranır. Uşaqların səs tələffüzü yaş dövrünün tələffüzünə uyğun gəlmir.

Səslərin artikulyasiyaya görə daha sadələri ilə əvəz olunması tipik haldır. Belə ki, eyni bir səs ayrı-ayrı səslərdə ayrı-ayrı tələffüz olunur. (Məsələn, «paraxod-palaxod, pomidor-pomidol, çaynik-taynik, əl-əy və s.»)

Səslərin səhv salınması - əgər uşaq təklidə səsləri tələffüz edirsə söz və cümlələrdə

onları dəyişik salır. Bəzən bir səs eyni zamanda iki və daha artıq fonetik səslərlə dəyişik salınır. Məsələn incə "İ" səsi o qədər də dəqiq tələffüz olunmur. İncə və qalın saitlərin, kar və cingiltili samitlərin dəqiq olmayan tələffüzünə tez-tez rast gəlinir.

Hecanın əmələ gəlməsindəki çətinliklər əsasən sözün düzgün tələffüzünə maneə törədir. Səhvə yol verilmə əsasən səslərin yerinin dəyişməsi, bir səsin başqa səslə əvəz olunması və samitlərin ixtisarı zamanı edilir. Məsələn, kosmonavt-komamav, tankçı- kakçı, xakkeyçi- kokeyçi və s.

Diqqət göstərmədən uşaqlar danışmağa aktiv olurlar, təsadüf hallarda söhbətə can atanları olur, bu onu göstərir ki, onlarla lazımı şəkildə məşğul olunmayıb. Nitqin lazımı qədər inkişaf etməməsi bir sıra hallarda öz əksini büruzə verir. Ümumi nitqi inkişaf etməyən uşaqlarda diqqətin inkişafı aşağı dərəcədədir. Şəkillərin, əşyaların adları çəkilərkən təkrar səhvlərə yol verilir.

Uşaqlar mürəkkəb quruluşları, elementləri və tapşırığın yerinə yetirilməsi üçün göstərilən ardıcılıqları yadda saxlaya bilmirlər. Uşaqların özünəməxsus qavrama qabiliyyəti, onların nitq qüsurları bununla bağlı olan psixi pozğunluqlarla şərtləndirilir. Ümumi məntiqi fikrin qavranılması zamanı uşaqların yaş dərəcəsinə uyğun məşğələlər aparılmadıqda onlarda analiz-sintez prosesi düzgün getmir. Belə uşaqlara regid düşüncə xarakterikdir.

ÜNİL olan uşaqlar qrammatik formaları anlamaqda çətinlik çəkirlər.

Əsasən sözün qrammatik əhəmiyyətinə deyil, leksik mənasına əsaslanırlar.

Bu qrupun uşaqlarına görmə, eşitmə, qavrayışın və hafizənin formalaşmaması, diqqətin dağınıqlığı, nitq qabiliyyətinin aşağı olması xarakterikdir.

Ümumi nitqi inkişaf etməyən uşaqlarda somatik zəiflik, lokomotor funksiyaların ləngiməsi, hərəki sinirlərin də inkişafdan qalması müşahidə olunur. Bu gerilik uşaqların mürəkkəb hərəkətinə, cəld davranmasına mane olur. Sözlərin deyilişi zamanı bir sıra mürəkkəb hərəkətləri yerinə yetirərkən belə uşaqlarda çətinliklər yaranır. Tapşırığı yerinə yetirərkən onlarda özünü idarə halları çətinləşir. Əksər uşaqlarda barmaq əzələlərinin düzgün olmaması, xırda matorikanın pozulması ilə əlaqədardır.

Ümumi nitq inkişafının ləngiməsi – müxtəlif ağır nitq qüsurlarıdır, tələffüz və məna tərəfinə aid olmaqla bu, nitq sisteminin bütün komponentlərinin formalaşmasının pozulmasıdır. Bu qüsurun ümumi əlamətləri aşağıdakılardır: nitq inkişafının gec başlaması, lüğət ehtiyatının kasıblığı, aqrammatizmlər, tələffüz qüsurları, fonema yaranması qüsurları. Bu ləngimə fonematik və leksik-qrammatik inkişafsızlıq elementləri ilə nitqin tam olmamasında və alaliyadan geniş nitqə qədər olan prosesdə müxtəlif dərəcədə aş verir.

Oxu pozulmaları

Disleksiya şifahi, (o cümlədən yazılı) nitqin pozulmasıdır, kodlaşdırmadan başlayaraq və oxuduqlarının anlamına qədər oxunun mənimsənilməsində və oxu vərdişinin yerinə yetirilməsində çətinliklərlə xarakterizə olunur.

Disleksiya həmçinin disqrafiya (yazı pozulması) və diskalkuliya (assimilyasiya, riyazi anlayışların və əməliyyatların yerinə yetirilməsində pozuntular) ilə müşayiət oluna bilər.

Disleksiya şəxsin məhz o vəziyyətidir ki, əgər o vaxtında müəyyənləşdirilmədikdə və

aradan qaldırılmadıqda şəxsin bütün gələcək tədris fəaliyyətinə öz mənfi izlərini qoyacaq (Şəkil 2.19).

Disleksiyanın səbəbləri

Disleksiyanın genetik meyilliliyi var. Alimlərin araşdırmalarına görə onun genləri 6 və 15 xromosomda aşkar edilmişdir.

Disleksiya sol yarımkürənin fəaliyyətinin xüsusiyyətləri (danışma mərkəzlərinin lokallaşdırılması) ilə xarakterizə olunur, bu səbəbdən beyin digər emal yollarını, yəni sağ yarımkürəni tapmaq məcburiyyətindədir. Bu oxunun mənimsənilməsi prosesini dəyişir və disleksiyalı şəxs üçün xarakterik edir.

Səbəblər arasında qavrayış xüsusiyyətləri də vacibdir.

Müasir diaqnostika avadanlıqlarının köməyi ilə aşkar edilmişdir ki, disleksiyalı şəxslər problemsiz şəxslər ilə müqayisədə, baxışlarını sözlərdə az fiksə edirlər (sözün vacib hissələrinə diqqət yetirmirlər), bu da "sözü tanımaq" prosesini çətinləşdirir.

İlk əlamətləri. Bir qayda olaraq, şəxsə disleksiya oxumaq və yazmaq öyrənməyə başladıqdan sonra aşkara çıxır. Çox vaxt valideynlər və müəllimlər bu bacarıqların mənimsənilməsində çətinliklər aşkar etdikdə şəxsin tənbelliyinə, onun şəxsi xüsusiyyətlərinə, "hiperaktivliyə" istinad edirlər. Məktəbdə və evdə uşağın qarşısında onun öhdəsindən gələ bilmədiyi tələblər qoyulur, bu uşaq üçün xroniki stres vəziyyəti yaradacaq, onun özünəqiyəmətinə təsir edəcək.

Lakin vəziyyət şəxs üçün frustrasiya dərəcəsinə gəlməmişdən əvvəl, valideynlər uşağda disleksiya yarana biləcəyi ilk əlamətləri aşkar edə bilirlər.

Disleksiya təzahürünün ilk əlamətləri:

- Disleksiya çox vaxt irsən keçir. Valideynlərdən və ya nəsilə birinin oxuda və ya yazıda çətinlik çəkdiyi zaman böyük ehtimalla bu problem uşağda da özünü büruzə verəcək;
- Uşağa bağçada şeirlərini, mahnı mətnlərini öyrənmək çətinidir;
- Ritmlərin təkrarlanmasında çətinliklərin yaranması;
- Motor çatışmazlıqları müşahidə olunur;
- Xirdə motorikanın çatışmazlıqları;
- Motor planlaşdırılmada çətinliklər (müəyyən bir hərəkəti yerinə yetirmək üçün motor aktlarının əvvəlcədən planlaşdırılması).

Şəxsə disleksiyanın diaqnostik meyarları

Disleksiyaya ilk şübhələr yaranan kimi valideynlər mütəxəssisə müraciət etməlidirlər (loqoped, korreksiyaedici pedaqoq, neyropsixoloq) və kompleks diaqnostikadan keçməlidirlər. Bundan gələcək korreksiya işinin nə qədər effektiv olacağı asılıdır.



Şəkil 2.19. Oxu prosesi

Qeyd etmək lazımdır ki, disleksiyalı uşağın intellektual sahəsi əziyyət çəkmir, yəni yaş norması çərçivəsində olur.

Belə ki, disleksiya əlamətləri hansılardır?

- Asta templi heca-heca oxu;
- Oxuyarkən uşaq hecaların yerlərini dəyişir;
- Oxuyarkən sözlərin "uydurması";
- Bənzər hərflərin qarışdırılması, oxuda və yazıda güzgülü qavrama (hərflərin, rəqəmlərin tərs təsviri);
- Oxunmuş mətnin anlaşılması və izahında çətinliklər;
- Məkan qavrayış və təsəvvürlərin pozulması;
- Saati öyrənmək bacarığında çətinliklər (oxlar ilə);
- Vaxt dövrü, ilin fəsiləri, onların növbəliyinin anlamında çətinliklər;
- Yazı pozulması - hərfləri səslərə, səsləri hərflərə çevirmə prosesində çətinliklər, hərflərin qarışdırılması, birləşdirilməsi, ümumiyyətlə, yazılmamasında çətinliklər;
- Oxu və yazı bacarıqlarının mənimsənilməsi prosesində uşağın ən azı 2 il geriləməsi.

Müasir texnologiya və mümkün olan bütün mətnləri səsləndirən, avtomatik olaraq yazını düzəldən proqramlar çox faydalıdır və disleksiya səbəbindən baş verə biləcək narahatlığı minimuma endirir.

Böyüklərdə disleksiyanı tamamilə kompensasiya etmək mümkündür: bir sıra tanınmış aktyorlar, yazıçılar, rəssamlar buna sübutdur. Lakin bütün bu uğurlar yalnız uşaqlıq dövründə görülən işlərin keyfiyyətlə həyata keçirilməsi şərti ilə mümkündür. Əks halda, böyüklərdə aşağı özünüqiymətləndirmə, aşağı iddia səviyyəsi ilə xarakterizə olunacaq və şəxsi potensialını həyata keçirməkdə çətinliklər olacaq.

Disleksiyanın növləri

Disleksiyaya işarə edən bütün amilləri nəzərə alaraq: simptomlar, səbəblər və müəyyən mexanizmlərin pozulması, disleksiya növlərinin müasir təsnifatı mövcuddur:

- Fonematik - problemin bu növünün əsasında fonematik qavrayışın, analiz və sintezin inkişafsızlığı durur;
- Semantik - heca sintezinin pozulması, nisbətən kiçik bir lüğət ehtiyatı, cümlə quruluşunun anlaşılmazlığı ilə xarakterizə olunur;
- Aqrammatik - nitqin qrammatik quruluşunun anomaliyası ilə müşayiət olunur.
- Mnestic - bu növ nitq yaddaşının pozulması ilə əlaqədardır. Səslər və hərfləri işlədərkən xüsusi çətinliklər yaranır;
- Optik - vizual-məkan hərəkətlərinin kifayət qədər yetkinləşməməsi ilə özünü göstərir;
- Taktil - qeyri-dəqiq lamisə qavrayışı ilə şərtlənir.

Disleksiya koqnetiv sahənin anomaliyaları yarananda, yəni eşitmə qavramasının pozulması olanda, yetkinlik yaşlarında da özünü göstərə bilər. Çünki beyinə daxil olan siqnal təhrif edilir və düzgün qavranılmır. Belə əlamətlər travma və ya psixoloji sarsıntıdan sonra

baş verə bilər. Yetkin yaşda belə bir problem dezadaptasiyaya gətirib çıxarır, buna görə vaxtında mütəxəssislərə müraciət etmək vacibdir. İnsan ünsiyyət bacarıqlarını itirir, işləmək və öyrənmək mümkün olmur. Emosiyaların tanınması ilə bağlı çətinliklər yaranır. Tez-tez müşayiət olunan simptomlardan biri sosial əlaqələrin və bacarıqların itirilməsinə görə narahatlıqdır. Belə şəxslər (xəstələr) çox vaxt stress vəziyyətində olur və gərgin yaşayırlar. Buna baxmayaraq, əgər xəstəliyin yalnız ilk əlamətlərini hiss edib kömək üçün müraciət etsəniz, onun təzahürlərini düzəldə bilərsiniz. Korreksiya nə qədər gec baş verərsə, bir o qədər də çox vaxt alacaq. Belə problemləri olan insanların daim müşahidəyə ehtiyacı vardır. Bəzi hallarda, hətta böyüklər disleksiya əlamətlərini özlərində hiss etmirlər.

Disleksiyalı böyüklərin əsas xüsusiyyəti vizual və eşitmə təzahürləridir. Disleksiyalıları informasiyanın kiçik həcmələrini daha yaxşı qəbul edir, buna görə də onların qavrayışını həddən artıq yükləmək olmaz. Loqopeddə tam müayinədən keçdikdən sonra, həkim korreksiya proqramını təyin edir, insanın fərdi xüsusiyyətlərindən və xəstəliyin təzahürlərinin dərinliyindən asılı olaraq seçilir, bu da müalicənin uğurlu nəticələnməsi şanslarını artırır.

Yazı pozulmaları

Disqrafiya, eyni zamanda, yazı prosesində müşahidə edilən patoloji vəziyyətdir. Kiçik məktəblilərin təxminən 50%-i və orta məktəb şagirdlərinin təxminən 35%-i bu problemlə üzləşirlər. Həmçinin bu patologiya böyüklərdə də rast gəlinə bilər (bütün halların 10%-i), hansılarda ki, hər hansı bir səbəbə görə ali psixi funksiyaların fəaliyyəti pozulmuşdur. Bundan başqa, bu pozulma disleksiya ilə sıx bağlıdır. Oxu prosesinin pozulmaları yazıda özünü göstərir. Axı həm oxu, həm də yazı bir psixi prosesin iki komponentidir.

İlk dəfə yazı və oxu pozulmaları 1877-ci ildə alman terapevti A.Kusmaul tərəfindən ayrıca patologiya kimi ayırmışdır. Və 1877-ci ildən sonra uşaqlarda müxtəlif yazı və oxu pozuntularına həsr olunmuş bir çox işlər ortaya çıxdı, lakin onlar yazılı nitqin ümumi pozulması kimi baxılırdı, bəzi alimlər isə qeyd edirdilər ki, bu, ümumiyyətlə, demensiyanın əlamətidir və yalnız geridə qalmış uşaqlara xasdır. Lakin 1896-cı ildə terapevt V. Pringl Morqan olduqca normal bir intellektə malik olan, lakin yazı və oxu pozuntuları (bu disleksiya idi) olan 14 yaşlı bir oğlan barədə yazmışdı. Bundan sonra başqa şəxslər də əqli geriləmə ilə heç bir əlaqəsi olmayan yazı və oxu pozuntularını müstəqil patologiya kimi araşdırmağa başladılar. 1900-cü illərin əvvəllərində alim D. Ginşelvd "Aleksiya" və "Aqrafiya" kimi pozulmanın ağır və yüngül formalarını ifadə edən terminləri elmə daxil etdi.

Vaxt keçdikcə yazı və oxu pozulmaları anlayışları dəyişirdi. O artıq ümumi optik pozuntu kimi müəyyənləşdirmirdi: müxtəlif anlayışlardan istifadə etməyə başladı: "Aleksiya" və "Disleksiya", "Aqrafiya" və "Disqrafiya"; disqrafiyanın müxtəlif forma və təsnifatları (və əlbəttə ki, disleksiya) ayrılmağa başladı.

Sonradan yazı və oxu prosesindəki pozulmalar daha çox öyrənilməyə başladı. Ən əhəmiyyətli işlər həkim-nevropatoloqlar S.S.Mnuxin və R.Tkachevun işləri idi. Tkachevin sözlərinə görə pozulmaların əsasını mnestic pozuntular (yaddaşın pozulması) təşkil edir və Mnuxin ideyalarına görə onların ümumi psixopatoloji əsası struktur formalaşmanın pozulmasıdır.

Nəhayət, XX-ci əsrin 30-cu illərində disqrafiya (və disleksiya) defektoloqlar, pedaqoqlar və psixoloqlar, məsələn, R.E Levin, R.M. Boskis, M.E. Gratsev, F.A. Rau və başqaları tərəfindən öyrənilməyə başlandı. Müasir alimlərdən disqrafiyanın öyrənilməsində L.Q. Nevolin, A.N. Kornev, S. Lyapidevski, S.N. Şahovskaya və başqaları əhəmiyyətli dərəcədə töhfələr vermişlər.

Disqrafiyanın səbəbləri

Dərindən öyrənilməsinə baxmayaraq, disqrafiyanın səbəbləri bu gün də 100% dəqiqliklə aydınlaşdırılmayıb. Lakin müəyyən məlumatlar yenə də mövcuddur. Məsələn, yuxarıda qeyd olunan alimlər yazılı danışma pozulmasına səbəb ola biləcəyini söyləyirlər:

- Bioloji səbəblər: uşağın inkişafının müxtəlif dövrlərində baş-beynin zədələnməsi və ya inkişaf etməməsi, irsiyyət, hamiləliyin patologiyası, dölün travması, doğuş asfiksiyası, ciddi somatik xəstəliklər, sinir sistemini zədələyən infeksiyalar.
- Sosial-psixoloji səbəblər: hospitalizm sindromu (insanın evdən və ailədən ayrı xəstəxanada uzun müddət qalması ilə şərtlənən pozuntular), pedaqoji baxımsızlıq, nitq əlaqələrinin çatışmazlığı, ikidilli ailələrdə tərbiyə.
- Sosial və mühit səbəbləri: uşağa yüksək tələblər, çox erkən təhsil, təlim metod və üsulları düzgün seçməyəndə.

Məlum olduğu kimi, insan şifahi nitqinin bütün tərkib hissələri adekvat şəkildə formalaşdıqdan sonra yazı vərdişlərinə yiyələnməyə başlayır: səs tələffüzü, leksik-qrammatik komponenti, fonetik qavrama, rabitəli nitq. Əgər beynin formalaşması dövründə yuxarıda göstərilən pozuntular baş verərsə, disqrafiyanın yaranma riski çox yüksəlik.

Eşitmə və görmə orqanlarının müxtəlif funksional pozuntularından yaranan informasiyaların təhlili və sintezinin pozulmaları olan uşaqlar disqrafiyaya məruz qala bilərlər. Böyüklərdə isə patologiyanın inkişafına təkan insultlar, kəllə-beyin travmaları, beyinə neyrocərrahiyyə müdaxilələri və şiş prosesləri ola bilər. İnsan inkişafına müəyyən təsir göstərərək, yuxarıda göstərilən amillər disqrafiyaya gətirib çıxarır ki, bu da özünü müxtəlif formalarda büruzə verə bilər.

Disqrafiyanın formaları

Bu gün mütəxəssislər disqrafiyanı beş əsas formaya bölürlər ki, onlardan hər biri konkret olaraq hansı yazı əməliyyatının pozulmasından və ya formalaşdırılmamasından asılıdır:

1. Akustik disqrafiya - səslərin fonematik tanınmasının pozulması ilə xarakterizə olunur;
2. Artikulyasiyon-akustik disqrafiya - artikulyasiya və fonematik eşitmə və qavramasının pozulması, həmçinin səs tələffüzünün pozulması ilə xarakterizə olunur;
3. Aqrammatik disqrafiya-leksik inkişaf və nitqin qrammatik quruluşunun inkişafı problemləri ilə səciyyələnir;
4. Optik disqrafiya - leksikanın inkişafı və nitqin qrammatik quruluşunun problemləri

ilə səciyyələnir;

5. Dil sintezinin formalaşmamasından irəli gələn disqrafiya forması

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, təcrid olunma zamanı hər hansı bir disqrafiyanın formasına nadir halda rast gəlinir, çünki əksər hallarda disqrafiya hər hansı bir formanın üstünlüyü ilə qarışıq bir forma alır. Və bunu xarakterik əlamətlərə görə təyin etmək olar.

Disqrafiyanın simptomları

Hər hansı bir nitq pozulmaları kimi, disqrafiya da bir sıra simptomlara malikdir. Bir qayda olaraq, o, yazıdakı sistematik səhvlərdə özünü büruzə verir, lakin bu nöqsanlar dil normaları və qaydalarını bilməməkdən irəli gəlmir. Əksər hallarda səhvlər oxşar səslərin və ya oxşar hərflərin dəyişdirilməsi və ya yerdəyişməsində, sözlərdə və ya onların yerlərinin dəyişdirilməsində, əlavə hərflərin yazılmasında özünü göstərir. Həmçinin, bir çox sözlərin birlikdə yazılması və cümlələrdə söz və söz birləşməsinin olmaması müşahidə oluna bilər. Eyni zamanda, yazının aşağı sürətliyi və çətin oxunması qeyd olunur.

Amma müəyyən simptomlar var ki, onların əsasında disqrafiyanın hansısa bir forması haqqında danışmaq olar:

- Akustik disqrafiya zamanı səslərin tələffüzündə pozulmalar olmaya da bilər, lakin onların qavrayışı birmənalı olaraq yanlış olacaqdır. Yazıda bu səslər səslənməsinə görə bənzər səslə əvəz olunur, məsələn, fitli səslər fışılı ilə əvəz olunur, karingilti ilə (s-ş, z-j, və s.) və s.;
- Artikulyator-akustik disqrafiya zamanı yazıdakı səhvlər səslərin düzgün tələffüzü ilə əlaqəli olur. İnsan eşitdiyi kimi yazır. Bir qayda olaraq, bu cür simptomlar nitqin fonetik-fonematik tərəfi inkişaf etməyən şəxslərdə baş verir. Yeri gəlmişkən, bu forma disqrafiya zamanı səhvlər həm tələffüz, həm də yazı zamanı oxşar olacaq (məsələn, əgər uşaq "qaya masın" deyirsə, o, eyni şəkildə də yazacaq);
- Aqrammatik disqrafiya ilə sözlər hallarda dəyişir, şəxs sayı düzgün müəyyən etmək iqtidarında deyil. Cümlələrdə sözlər bir-biri ilə uzlaşmır, cümlənin bəzi üzvləri ümumiyyətlə yazılmaya bilərlər. Nitqə gəldikdə isə, o, tormozlanmış və inkişafsız olur;
- Optik disqrafiya zamanı hərflər qarışdırılır və vizual olaraq bənzər hərflərlə əvəz olunur. Burada literal optik disqrafiya (təcrid olunmuş hərflər düzgün əks etdirilmir) və verbal optik disqrafiya (sözlərdəki hərflər düzgün əks etdirilmir) arasında fərq qoyulmalıdır. Yazıda hərflər "güzgülənir", onlara lazımsız elementlər əlavə edilir və ya hər hansı bir elementi yazılmır (məsələn, y-j kimi, n-m kimi, d-q kimi yazılır);
- Dil sintezinin formalaşmağından irəli gələn disqrafiya zamanı uşaq hərfləri və hecaların yerlərini dəyişir, sözlərin sonluqlarını yazmır və ya artıq heca və ya hərflər yazır, prefiksləri isə onlardan ayırır (məsələn, "bi carə", "stolunüstündə" və s.). Bu cür disqrafiya məktəblilər arasında ən geniş yayılmışdır.

Bundan əlavə, disqrafiyalı şəxslərdə nitq problemlərinə aidiyatı olmayan simptomlar

da ola bilər. Adətən, bu zəif iş qabiliyyəti, konsentrasiya problemləri, yüksək diqqətsizlik, yaddaş pozulmaları, hiperaktivlik kimi nevroloji xarakterli pozulmalar olur.

Göstərilmiş simptomların sistematik təzahürü zamanı mütəxəssisə müraciət etmək lazımdır, çünki o tam diaqnostikanı apara və patologiyanı adi savadsızlıqdan ayıra bilər. Belə mütəxəssis loqopeddir. Yeri gəlmişkən, nəzərə alın ki, "disqrafiya" diaqnozu yalnız uşaq yazı bacarıqlarına malik olduğu halda və 9 yaşına çatdığı halda qoyula bilər. Əks halda, diaqnoz səhv ola bilər.

2.2.3. Eşitmə pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

Eşitmə analizatorunun¹ normal funksiyası uşağın hərtərəfli inkişafı üçün xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Eşitmənin vəziyyəti şəxsin nitq və psixoloji inkişafına həlledici təsir göstərir. Eşitmə analizatoru pozulduqda ilk və daha çox zədə alan nitq olur və dərkətmə fəaliyyətinin ümumi inkişafdan geridə qalması baş verir. Analizatorun ilkin (əsas) patologiyası inkişafda ikinci patologiyanı ortaya çıxarır və bu da öz növbəsində başqa patoloji vəziyyətlərin yaranmasına səbəb olur. Eşitmə patologiyasının müxtəlif cür təzahürlərinin qarşılıqlı əlaqəsi gələcəkdə ardıcılıqla üçüncü, dördüncü və digər çatışmazlıqların ortaya çıxmasına səbəb olur, bu da eşitmə qüsurlu şəxsin dərkətmə fəaliyyətinin inkişafının quruluşunu təhrif olunmuş formaya gətirir və "kasıblaşdırır".

Eşitmə pozulmalarını yaradan səbəblər şərti olaraq 3 qrupa ayrılır: anadangəlmə, sonradan qazanılma və irsi.

Anadangəlmə səbəblər:

- Eşitmə sümükcüklərinin anadangəlmə deformasiyası;
- Eşitmə sinirinin inkişafdan geri qalması;
- Müxtəlif kimyəvi zəhərlənmələr (sürmə, xinin və s.);
- Valideynlərin alkoqolizmi.

Sonradan qazanılan səbəblər:

- Doğuş xəsarətləri - ağır doğuş zamanı uşağın başının əzilməsi;
- Baş-beyində qan damarlarının sıxılması nəticəsində başın deformasiyası;
- Güclü səs qıcıqandırıcıları – çox uca istehsalat küyləri, fit səsləri, gurultu və s.

Uşaq xəstəlikləri:

Meningit², ensefalit³ qızılca⁴, skarlatina⁵ qrip⁶ və eşitmənin çatışmazlığı ilə nəticələnən burun-udlaq yolunun müxtəlif xəstəlikləri.

¹Xarici aləm haqqında məlumatlar analizator vasitəsilə alınır. Bədənin həm xarici, həm də daxildə baş verən dəyişiklikləri və qıcıqları birinci reseptorlar qəbul edir. İnsan bədəninin hər hansı bir nahiyəsində bir neçə növ reseptor vardır. (ardı-189-da) Reseptorlar oyanmanın nəql edildiyi yol və beyin qabığının müəyyən nahiyəsini tam bir sistemdə təşkil edir. Burada reseptorlar tərəfindən qəbul edilən qıcıqların analizi aparılır. İ.P. Pavlov belə sistemi analizator adlandırmışdır.

²Meningit - baş beyin və onurğa beyni qişalarının iltihabi xəstəliyidir

³Ensefalit - beyin iltihabi xəstəliyidir. Ensefalitin əsas etioloji amili infeksiyadır

⁴Qızılca - epidemik, yoluxucu xəstəlikdir və hava damçı yolu ilə yoluxan kəskin virus infeksiyasıdır

⁵Skarlatina - kəskin antroponoz infeksiyon xəstəlikdir

İrsi səbəblər:

- Hər iki valideyn və ya birinin anadangəlmə eşitmə çatışmazlığı;
- Yaxın qohumların arasında nigah.

Eşitmə pozulmalarının təsnifatı bir çox tədqiqatçılar V.Fleri, N.Laqovski, N.Vasilyev, F.A.Ray, F.F.Ray, R.Boskis, S.A.Zeeman və A.Dyackova tərəfindən aparılmışdır. Tədqiqatçıların gəldiyi qənaətə görə eşitmə qüsurlarının təsnifatının aparılması zamanı aşağıdakı meyarların nəzərə alınması vacibdir:

1. Eşitmə pozulması olan şəxslərin ağırlıq dərəcəsi;
2. Eşitmənin vaxtından əvvəl və ya sonradan itirilməsi;
3. Eşitmə pozulması olan şəxslərdə nitqin inkişaf səviyyəsi.

Şəxslərdə eşitmənin itirilməsi müxtəlif zaman və dərəcələrdə ola bilər. Rus tədqiqatçısı P.M.Boskis bu meyarlardan asılı olaraq eşitmə qüsurlu şəxslərin aşağıdakı əsas qruplarını fərqləndirmişdir:

1. Total eşitmə qüsuru (nitqi olmayan eşitmə qüsuru olan şəxslər);
2. Sonradan qazanılmış eşitmə pozulması (nitqini qoruyub saxlamış eşitmə qüsurlu şəxslər);
3. Zəif eşitmə pozulması olan şəxslər (ağır eşitmə qüsuru olan şəxslər).

Total eşitmə pozulması - eşitmə səviyyəsinin daha kəskin pozuntusudur. Bu zaman nitqin aydın qavranılması mümkün olmur. Eşitmə qabiliyyətinin daha dərin, dönməz və ikitərəfli pozuntusu olan şəxslər eşitmə qüsurlu şəxslər adlanır. Eşitmə qüsuru körpəlik dövründə və ya anadan gəlmə yaranır. Eşitmə pozulması əsas patologiya olaraq inkişafın ikinci növ pozuntusu ilə əlaqədardır (nitq) və psixi inkişafda bir sıra başqa pozuntulara gətirib çıxarır. Danışq nitqdə olan ciddi pozuntular və onun tam olmaması anlayışı məntiqi və əyani təfəkkür və başqa idrak proseslərinin inkişafında öz mənfi təsirini göstərir. Bu qrupların hər birinin içində eşitmə qabiliyyətinin müxtəlif ağırlıq dərəcələri müşahidə oluna bilər. Bu fərqlənmə daha çox eşitmənin ağır forması zamanı görünür.

Sonradan qazanılmış eşitmə pozulması - nitqini müəyyən qədər qoruyub saxlamış eşitmə pozulması olan şəxslər dedikdə 4-5 yaşlarında əməli olaraq nitqin formalaşması dövründə eşitməsini itirmiş şəxslər nəzərdə tutulur. Bu şəxslərdə eşitmənin itirilməsi müxtəlif cür olur: total eşitmə pozulması, yaxud da zəif eşitmə pozulması. Bunlarda bir çox səsleri eşidə bilmədiklərinə və ya onları təhrif olunmuş şəkildə qavradıqlarına, danışılanları başa düşmədiklərinə görə çox ağır psixi reaksiyalar müşahidə olunur. Bu vəziyyət çox zaman onlarda ünsiyyətdən tam imtinaya, hətta psixi pozulmalara gətirib çıxara bilər.

Beləliklə, sonradan qazanılmış eşitmə pozulması olan şəxslərin ən böyük problemi nitqin qavranılması və başa düşülməsidir. Buna görə də bu cür uşaqlarla pədaqoji-psixoloji iş zamanı əsas vəzifə mövcud nitq vərdişlərinin dağılmasının qarşısını almaq, onu daha da möhkəmləndirmək və nitqin dodaqdan oxunması vərdişlərini yaratmaqdır.

⁶Qrip - burunu , boğazı bəzən də ağciyərləri zədələyən virus infeksiyasıdır

Eşitməsi zəif olan şəxslər - eşitmə funksiyasının qismən pozulması nəticəsində eşitmə çatışmazlıqları olanlardır. Əgər uşaq yüksəkliyi 20-50 dB və ondan çox olan səsləri eşidirsə (I dərəcəli ağır eşitmə) və o, yalnız yüksəkliyi 50-70 dB və ondan çox olan səsləri eşidirsə (II dərəcəli ağır eşitmə), o zaman o, eşitməsi zəif olan hesab olunur. Belə ki, eşitmənin qalıcılıq səviyyəsindən asılı olaraq nitqin inkişafı prosesi gedir.

Eşitmənin itirilməsi nitqə yiyələnməni ləngidir və ya eşitmə ilə nitqi təhrif olunmuş şəkildə qavrayırlar. Zəif eşidən şəxslərdə nitqin inkişaf imkanları çox və dərəcəsi müxtəlif olur. Bu şəxslərin fərdi psixofiziki xüsusiyyətləri və onların təlim-tərbiyə aldığı sosial-pedaqoji şəraitdən çox asılıdır.

Müşahidələr göstərir ki, hətta II dərəcə ağır eşitmə pozulması olan və zəif eşidən şəxslər məktəbə daxil olana qədər müəyyən və o qədər də kobud olmayan (bəzi səslərin, ayrı-ayrı sözlərin tələffüzündə) qüsurların olmasına baxmayaraq, onlar inkişaf etmiş nitqə malik olurlar. Onlar eşitmə qalığının çox olması ilə əlaqədar müstəqil olaraq ünsiyyət prosesində nitqə yiyələnmə bilirlər. Bu şəxslərin psixi inkişafı da normal inkişafa yaxın olur. Digərləri isə birincilərə nisbətən eşitmənin bir qədər aşağı səviyyədə olması səbəbindən bu və ya digər dərəcədə nitqə yiyələnilirlər. Lakin I dərəcəli ağır eşitmə qüsuru olan və zəif eşidən şəxslər qeyri-münbit sosial-pedaqoji şəraitdə sadə cümlə və ya ayrı-ayrı sözlərdən istifadə etməyi bacarsalar da, onların nitqində müxtəlif sayda tələffüz nöqsanları və qrammatik cəhətdən cümlənin qurulmasının çatışmazlıqları və təhriflərin olması müşahidə edilir. Hər halda bu nitq bir sıra nöqsanlara malik olduğundan onun təlim prosesində korreksiya edilməsinə ehtiyac olur. Belə şəxslərin psixi inkişafı kar şəxslər üçün xarakteristik olan bütün xüsusiyyətlərə malikdir.

Eşitmə qabiliyyətinin zəifləmə səviyyələrinə əsasən müxtəlif təsnifatlar mövcuddur. Neymanın audioloqo-pedaqoji təsnifatına əsasən zəif eşidən şəxslər aşağıdakı səviyyələrə aid edilə bilirlər:

I növ – eşitmə qabiliyyətinin orta dərəcədə zəifləməsi - 50 dB;

II növ – eşitmə qabiliyyətinin orta dərəcədə zəifləməsi – 50 dB -70 dB;

III növ – eşitmə qabiliyyətinin yüksək dərəcə zəifləməsi - 70 dB -dən yuxarı.

Aşağı dərəcədə eşitmə və eşitmə itkisi arasındakı şərti sərhəd 85 dB təşkil edir.

Öz ağırlıq dərəcəsinə görə eşitmə pozulmalarının aşağıdakı səviyyələri fərqləndirilir:

1. Çox yüngül dərəcədə eşitmə pozulmaları;
2. Yüngül dərəcədə eşitmə pozulmaları;
3. Orta dərəcədə eşitmə pozulmaları;
4. Ağır dərəcədə eşitmə pozulmaları.

Çox yüngül dərəcədə eşitmə pozulmaları - eşitmə pozulmalarının çox yüngül dərəcəsi 15-30 dB civarında olur. Belə pozulmaları olan şəxslər uçun diqqətsizlik, nitqdə ləngimə, yüngül tələffüz qüsurları xarakterikdir. Onlar yüksək səsləri dəqiq eşitdikləri halda, aşağı səslərin eşidilməsində çətinlik çəkə bilirlər. Bu səviyyədə eşitmə qüsurları bir o qədər də hiss edilmir.

Yüngül dərəcədə eşitmə pozulmaları - yüngül dərəcədə eşitmə pozulmaları 30-50 dB olur. Bu səviyyədəki şəxslər nitq prosesində bütün səslərin eşidilməsində çətinlik çəkir və səsgücləndirici vasitələrdən istifadəyə böyük ehtiyac duyurlar. Onlarda diqqətsizlik, nitq ləngiməsi, danışma və öyrənmə problemləri müşahidə olunur. Yüngül dərəcədə eşitmə pozulmaları olan şəxslər mücərrəd, çoxmənalı, qısa və vurğusuz sözləri qavramaqda və qrammatik qaydaları öyrənməkdə çətinlik çəkir, danışq səslərini dəqiq və düzgün eşitmədikləri üçün onları təhrif edir, qarışdırır, qrammatik-ləksik şəkilçilərin istifadə edilməsində, sözlər arasında qrammatik əlaqələr və cümlədə söz sırasının qurulmasında səhvlərə yol verirlər.

Orta dərəcədə eşitmə pozulmaları - bu səviyyə 50-70 dB-ni əhatə edir. Orta dərəcədə eşitmə pozulmaları olan şəxslərdə nitq öz-özlüyündə inkişaf edə bilmir. Bu zaman danışma və öyrənmə problemləri müşahidə olunur. Orta dərəcədə eşitmə pozulmaları olan şəxslər ətrafdakı yüksək və yaxın məsafədə çox yüksək olan danışığı eşidə bilirlər. Bu şəxslərin xüsusi təlim-tərbiyə və eşitmə protezlərinə ehtiyacları olur.

Ağır dərəcədə eşitmə pozulmaları - bu səviyyə eşitmə pozulmalarının 70 dB-dən yuxarı olması ilə xarakterizə edilir. Ağır dərəcədə eşitmə pozulmaları olan şəxslərdə nitqin bütün komponentlərinin inkişafdan qalması nitqin prosodik (bir dilin vurğu, tonlama, fasilə və digər xüsusiyyətlər) tərəfi, tələffüz və ləksik-qrammatik çatışmazlıqlar müşahidə olunur. Xüsusi təlim-tərbiyə və korreksiya-kompensasiya işi aparılmazsa, onda nitqin öz-özlüyündə inkişafı qeyri-mümkündür.

Beləliklə də, eşitmənin pozulması şəxsin psixi inkişafında ikincili çatışmazlıqlar, o cümlədən çox ləng və özünəməxsus şəkildə gedən nitq inkişafının yaranmasına səbəb olur. Eşitmənin pozulması və nitqin inkişafdan qalması şəxslərin bütövlükdə inkişafı və onların idrak, emosiya, hiss, davranış, xarakter və şəxsiyyətin digər tərəflərinin formalaşmasına təsir göstərir (Şəkil 2.20).



Şəkil 2.20. Eşitmə pozulması olan uşaqda şəxsiyyətin formalaşması

Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin pedaqoji-psixoloji xüsusiyyətləri (duyğu və qavrayışın inkişafı)

Eşitmə pozulması olan şəxslərin duyğu və qavrayışlarının formalaşmasının ümumi qanunauyğunluğu ilə yanaşı, eyni zamanda spesifik xüsusiyyətləri də mövcuddur. Əvvəlcə dərk etmə prosesi zamanı belə şəxslərdə duyğuların ən vacib növü olan eşitmə duyğuları iştirak etmir. İnkişaf edənlər biliklərin çox böyük hissəsini duyğu və qavrayışlar sayəsində qazanırlar. Onlar biliklərini təkcə ətrafdakılarla ünsiyyət prosesində suallar verib cavab almaqla deyil, həm də radio və musiqi dinləmək və kino-filmlər və tamaşalara baxmaqla da qazanırlar. Eşitmə pozulması olan şəxslərdə isə bu imkanların olmaması və ya çox məhdud

olması səbəbindən o, biliklərin qazanılmasında müəyyən çətinliklərlə üzləşir. Bu isə öz növbəsində: görmə, hərəkət və digər duyğu və qavrayışların formalaşması və inkişafına böyük təsir göstərir.

Eşitmə pozulması olan şəxslərin psixi inkişafının spesifik xüsusiyyətlərinin müəyyən edilməsində əsas amil eşitmənin pozulmasıdır. Buna görə də insan həyatında eşitmə duyğularının rolu və uşaq psixikasının formalaşmasına eşitmə pozulmasının təsiri müəyyən edilməlidir. Məlumdur ki, duyğu və qavrayışlar bizim şüurumuzun əsas hissəsinin əsasını təşkil edir və məhz duyğu və qavrayış ətraf aləm haqqında biliklərimiz üçün ən başlıca mənbədir. Duyğuların müxtəlif növ və formaları arasında ən əsas yeri eşitmə və görmə duyğuları təşkil edir. Biz səs, rəng və forma aləmində yaşayırıq. Bu aləm haqqında informasiya mənbələri - televizor, kino, radio, musiqi və teatr ən çox eşitmə duyğularına əsaslanır. Əlbəttə, burada görmənin rolunu da danmaq olmaz. Lakin bu və ya digər səbəblərdən eşitmənin itirilməsi bu informasiya mənbələrinin normal qavranılması imkanlarını məhdudlaşdıraraq onun intellektual inkişafını ləngidir. Düzdür, bu çatışmazlıq pedaqoji praktikada müxtəlif xüsusi təlim-tərbiyə metod və üsullar və texniki vasitələrdən istifadə edilməklə müəyyən qədər kompensasiya olunur.

Eşitmə pozulması olan uşaqlar üçün məktəblərdə xüsusi kabinetlər fəaliyyət göstərir və bu kabinetlər pedaqoji prosesdə eşitmə duyğularından istifadə edilməyə imkan verən xüsusi cihaz və avadanlıqlarla təchiz olunur. Uşaqlarda eşitmə duyğusu və qavramasının itirilməsi digər duyğular, xüsusi ilə də görmə duyğu və qavramasının fəallaşması ilə nəticələnir.

Qeyd etmək lazımdır ki, görmə duyğu və qavramasının eşitmə qüsurlu uşaqların psixi inkişafında rolu böyükdür. Eşitmənin pozulması səbəbindən görmə analizatoru eşitmə qüsurlu uşaqda ətraf aləmi qavramaqda aparıcı və əsas rol oynamağa başlayır.

Qeyd etmək lazımdır ki, eşitmə pozulması olan uşaqların nitqə yiyələnməsində də görmə duyğu və qavramasının rolu çox böyükdür. Eşitmə pozulması olmayan uşaqlar danışmağı, əsasən eşitmə və hərəkəti duyğu və qavramasına istinad edərək öyrənirlər. Bu zaman onlarda görmə analizatoru ikinci dərəcəli rol oynayır, sanki eşitmə duyğu və qavramasını tamamlayan və nitqi müşayiət edən mimika, jest və hərəkətləri qavramağa kömək edir. Eşitmə pozulması olan uşaqlarda isə bu daha fərqli şəkildə özünü göstərir. Belə ki, eşitmə duyğu və qavramasının itirilməsilə bağlı onlarda görmə xüsusi məna kəsb etməyə başlayır. Görmə duyğu və qavraması hərəkət duyğuları ilə birgə elə bir baza yaradır ki, onun əsasında eşitmə əlilliyi olan uşaqda tələffüz vərdişləri formalaşır və belə uşaq ətrafdakı insanların danışığını yalnız görmə qavramasına istinad edərək başa düşür.

Məlumdur ki, ana dilimizin hər bir danışığı səsi özünəməxsus müəyyən artikulyasiya obrazlarına malikdir. Eşitmə pozulması olan uşaq görmə vasitəsi ilə bu obrazı qavrayır və yadda saxlayır. Sonralar uzunmüddətli çalışmalar prosesində eşitmə pozulması olan uşaq görmə vasitəsi ilə sözlərdə həmin bu artikulyasiyaobrazlarını fərqləndirə bilir.

Danışanın şifahi nitqinin görmə qavraması prosesinin psixoloji baxımdan çətin və mürəkkəb olmasına baxmayaraq, eşitmə əlilliyi olan uşaqlar görmə vasitəsi ilə müsahibinin nə haqda danışdığını başa düşməsi və onu çox dəqiqliklə müəyyənləşdirib

komplektləşdirməsi ilə onu əhatə edən insanları heyran edirlər. Müşahidələr göstərir ki, eşitmə pozulması olmayan uşaqlardan fərqli olaraq sözlərin qrafik surətlərinin qavranılması zamanı həmin sözlər əgər ona tanışdırsa, eşitmə pozulması olan uşaqlar çox az səhvə yol verirlər, lakin onlar cümlənin qrammatik konstruksiyalarının qurulmasında böyük çətinliklərlə üzləşirlər.

Məlumdur ki, qavrama prosesinə ikinci siqnal sistemi böyük təsir göstərir. Bu sistem bizim qavrayışları dəqiqləşdirir və onları daha diferensiasiyalı (fərqli) və dolğun edir. Bu və ya digər əşya, yaxud onun hissələrini qavrayarkən biz qavradığımız əşyanı sanki öz-özümüzdə sözlərdən istifadə edərək adlandırır və bununla da bu əşyanı onunla oxşar olan əşyalar qrupuna aid edirik. Söz və ifadələr bizim qavrayışımızı dəqiqləşdirərək onu daha da dolğunlaşdırır. Nitqi inkişafdan qalmış və ya nitqi olmayan ağır eşitmə qüsurlu uşaqlar təlimin ilk illərində qavradıqlarını sintez və təsnif etməkdə və ümumiləşdirməkdə çox böyük çətinliklər çəkirlər.

Eşitmə pozulması olan uşaqlar əşya və onun əlamətini fərqləndirə bilmədiyindən onları sanki bir anlayış altında cəmləşdirirlər. . Uşaq müəyyənləşdirib komplektləşdirmə aparmağı və qruplaşdırmağı nitqə yiyələndikdən və onda əşyanın əlamətlərini ifadə edən sözlərlə əşyanı müəyyənləşdirən söz ehtiyatını qazandıqdan sonra öyrənir.

Beləliklə də, eşitmə qüsuru olan uşaqda ətraf aləmin dərk olunmasında görmə duyğu və qavraması böyük rol oynayır. Bu duyğu və qavrayışlar ətrafdakıların nitqini qavramaqda və nitqə yiyələnməkdə böyük məna kəsb edir. Eşitmə duyğularının itirilməsi ilə bağlı görmə qavrayışları bir neçə dəfə fəallaşır və itiləşir. Eşitmə duyğularının itirilməsi və ya pozulması eşitmə qüsuru olan uşağın psixi inkişafına da mənfi təsir göstərir. Buna görə də eşitmə əlilliyi olan uşağın təlim və tərbiyə prosesində görmənin mühafizəsi ən vacib məsələlərdən biridir.

Eşitmə pozulması olan uşağın idrak prosesində görmə duyğularından başqa, hiss və hərəkət duyğuları da böyük rol oynayır. İ.M.Solovyov eşitmə əlilliyi olan uşaqların idrak fəaliyyətini araşdırarkən bu duyğuların xarakterinə də toxunmuşdur.

Hərəkət duyğuları bədənin hissələrinin hərəkətləri, əzələlərin gərginlik dərəcəsi, eləcə də nitq orqanlarının hərəkətinin toplusudur.. Normal eşitmə zamanı bu duyğular digərləri kimi o qədər də nəzərə çarpmır. Onların rolu görmə və eşitmə analizatorlarının funksional pozulması zamanı daha da artır.

İnsanda eşitmə analizatoru ilə hərəkət analizatoru arasında sıx bağlılığın olmasını bir çox tədqiqatçılar qeyd etmişlər. Məsələn, İ.M.Solovyova görə eşitmənin tam itirilməsi hərəkət analizatorlarına da mənfi təsir göstərir. Səs qıcıqlarının qəbul olunmaması və bu qıcıqların nitq-hərəkət analizatoruna təsir etməməsi nəticəsində eşitmə analizatorunun çatışmazlığı zamanı lallıq meydana çıxır.

Eşitmə analizatorunun qismən pozulması nəticəsində, məsələn: ağır eşitmə zamanı nitq hərəkətləri çox süst, ləng, anlaşılmaz və pis diferensiasiya edilmiş olur. İ.M.Solovyov, F.A.Rau və digər tədqiqatçılara görə eşitmənin pozulması artikulyar hərəkət duyğuları ilə yanaşı, eyni zamanda tənəffüs aparatı hərəkətlərinə də mənfi təsir göstərir.

Digər tədqiqatçılar: V.İ.Fleri, N.M.Laqovski və F.A.Rau eşitmə pozulması olan uşaqlarda

hərəkət duyğularının xüsusiyyətlərinə xüsusi diqqət yetirərək göstərmişlər ki, eşitmə pozulması olan uşaqların əksəriyyətində hərəkətlərin diskoordinasiyası və yerləşlərinin pozulması vardır.

Onlar bunu müvazinət (vestibulyar) aparatının, həmçinin hərəkət analizatorunda sinir uclarının zədələnməsi ilə izah edirdilər. İ.M.Solovyova görə bunun əsas səbəblərindən biri hərəkətlərin yerinə yetirilməsində eşitmə nəzarətinin olmamasıdır. Məhz bu pozulması olan uşaqlarda çox incə koordinasiya tələb edən əmək və idman hərəkətlərinə yiyələnmək böyük çətinliklər törədir.

Qeyd etmək lazımdır ki, eşitmə pozulması olan uşaqların şifahi nitqə yiyələnməsində hərəkət duyğularının rolu böyükdür. İ.P.Pavlov bu duyğuları bizim şifahi nitqimizin “təməl” komponentlərindən biri adlandırmışdır. Bu eyni zamanda eşitmə əlilliyi olmayan uşaqların da şifahi nitqə yiyələnməsində böyük rol oynayır. Eşitmə pozulması olan uşaqlar üçün hərəkət duyğuları tələffüz üzərində özünənəzarəti həyata keçirən yeganə bir vasitədir. Eşitmə pozulması olmayan uşaq düzgün tələffüz edilən səsə düzəliş etmək üçün eşitmə duyğularından istifadə edərsə, pozulması olan uşaq isə artikulyasiya aparatından aldığı kinestetik duyğulara istinad edir.

Məlumdur ki, lamisə duyğuları⁷ əşyanın görmə ilə qavramasını daha da tamamlayır, xüsusilə əşyaların həcmi, məkanda yerləşməsi və onların səthinin hamar, kələ-kötür və s. qavranılmasında böyük rol oynayır. İnsanların görmə təcrübəsi hətta əşyanın hal-hazırda görmə ilə duyulması zamanı da onu təsəvvür etməyə imkan verir. Böyük rus fizioloqu İ.M.Seçenov görmə və hissi duyğuların qarşılıqlı əlaqəsi barədə yazaraq göstərirdi ki, “görmə nəzarəti hissi duyğuları inkişaf etdirir“. Beləliklə də, görmə və hissi duyğuların arasında həm birbaşa, həm də əks əlaqə vardır.

Qeyd etmək lazımdır ki, kor-kar-lallarda hissi duyğuların fəallaşması və itiliyi xüsusilə artmış olur və əllər, demək olar ki, gözləri əvəz edir. Kor-kar-lallarda hissi duyğu və qavrayışlar ətraf aləmi qavramaqda aparıcı rol oynayır. Məhz təlim prosesində bu duyğu və qavrayışların əsasında kor-kar-lalların nitqə yiyələnməsi və onlarla əlaqə yaradılır. Kor-kar-lallar duyğuların köməyi ilə insanları tanıyır, onların əhval-ruhiyyəsi və hərəkətlərini hiss edirlər.

Eşimə pozulmaları olan uşaqlarda taktil-vibrasiya duyğuları da öz spesifikliyi və özünəməxsusluğu ilə seçilir. Eşimə pozulmaları olan uşaqlarda bu duyğular onurğa boyunda yerləşən əzələ və vətərlərdəki reseptorlar vasitəsi ilə qəbul edirlər. Eşimə pozulmaları olan uşaqlar, xüsusilə də kor-kar-lalların sözlü nitq təlimində taktil-vibrasiya duyğularından köməkçi vasitə kimi çox geniş istifadə edilir. Erkən yaş dövründə eşitmənin itirilməsi, xüsusilə uşaqda ikinci siqnal sisteminin formalaşmasında öz mənfi təsirini göstərir. Belə uşaqlarda nitqi, yalnız digər qorunub saxlanmış analizatorlardan maksimal dərəcədə istifadə edilərək xüsusi təlim nəticəsində inkişaf etdirmək olar.

Demək lazımdır ki, bir analizatoru pozulmuş uşaqlarla müqayisədə hər iki əsas analizatorunu: görmə və eşitməsini itirmiş uşaqlarda idrak fəaliyyəti və təlim imkanları xeyli dərəcədə məhdud olur. Bu uşaqlarla əlaqə yalnız taktil-vibrasiya və hərəkət analizatorları

⁷Lamisə - toxunmaqla hiss etmə

vasitəsilə mümkün olur.

Sensor (görmə və eşitmə) pozulmaları olan uşaqlarda taktıl-vibrasiya duyğu və qavrayışlarının öyrənilməsi hələ XX əsrin əvvəllərində rus tədqiqatçı E.P.Nauman tərəfindən başlanılmışdır. O, taktıl-vibrasiya duyğularının mahiyyətini aşağıdakı kimi xarakterizə etmişdir:

1. Taktıl-vibrasiya duyğuları öz təbiətinə görə ən sadə duyğular olub digər duyğuların tərkib hissəsi kimi özünü göstərir;
2. Normal eşitmə bu duyğuların inkişaf və itiliyini artırır və ya ləngidir;
3. Öz xarakterinə görə bu duyğular hərəkət və məkanda vəziyyət duyğularına çox yaxındır;
4. Eşitmə və taktıl-vibrasiya duyğuları arasında funksional əlaqə mövcud olur.

Deyilən fikirlər bir daha onu sübut edir ki, əgər duyğuların qarşılıqlı əlaqə qanunauyğunluğu və onlar arasındakı funksional əlaqə nəzərə alınsa, o zaman bir analizatora təsir edilməklə digərlərinin fəaliyyətinin fəallaşdırılması mümkündür.

Beləliklə də, taktıl-vibrasiya duyğularının mahiyyəti, təbiəti və pedaqoji prosədə ondan istifadə imkanlarının öyrənilməsi zamanı alınan nəticələr ümumiləşdirilərək aşağıdakı fikirlər deyilə bilər:

1. Eşitmə analizatorunun tam funksiyasının itirilməsi zamanı taktıl-vibrasiya duyğuları daha da fəallaşır;
2. Eşitmə və digər analizatorların normal fəaliyyət göstərməsi taktıl-vibrasiya duyğularının ləngiməsinə səbəb olur. Başqa sözlə desək, eşitmə və taktıl-vibrasiya duyğuları biri-biri ilə əks əlaqədədir. Eşitmənin yaxşılaşması taktıl-vibrasiya analizatorunun hissiyatını zəiflədir;
3. Uzunmüddətli çalışmalar taktıl-vibrasiya duyğularını fəallaşdırır və itiləşdirir.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların təlimində taktıl-vibrasiya duyğularından çox böyük uğurla istifadə sözlü nitqin anlaşılıqlı olmasına təsir edə bilər. Təlim prosesində eşitmə qalığının inkişaf etdirilməsi ilə eyni vaxtda taktıl-vibrasiya fəallaşdırılması üzərində iş eşitmə pozulmaları olan uşaqların sözlü nitqinin formalaşdırılmasında böyük əhəmiyyət daşıyır. Lakin bunu da demək lazımdır ki, eşitmə pozulmaları uşaqların sözlü nitqinin formalaşdırılması üzrə pedaqoji proses təkcə taktıl-vibrasiya və qavrayışlarının inkişaf etdirilməsi üzərində qurula bilməz. Müasir dövrdə texnikanın sürətlə inkişafı və aparılan texniki eksperimentlər nəticəsində duyğulardan (görmə, hərəkət, eşitmə qalığı və taktıl-vibrasiya) kompleks şəkildə istifadə etməklə eşitmə qüsuru olan uşağın nitqinin formalaşdırılması və inkişaf etdirilməsinə nail olmaq mümkündür. Yalnız nitq duyğu və qavrayışların müəyyənləşdirib komplektləşdirilməsi, dərinləşdirilmə və dəqiqləşdirilməsinə imkan yaradır.

Eşitmə pozulmaları zamanı hafizə və iradi yadda saxlamanın xüsusiyyətləri

Fərdin öz təcrübəsini yadda saxlaması, hifz etməsi və sonradan yadda salmasına hafizə deyilir. İnsanlarla normal ünsiyyət təcrübəsinin eşitmənin itirilməsi nəticəsində

toplanmaması eşitmə pozulmaları olan uşaqların ətraf aləmi dərk etməsində müəyyən çətinliklər yaradır. Bu səbəbdən eşitmə analizatoru zədələnmiş uşaqların hafizəsində vaxtında, böyük miqdarda və yüksək keyfiyyətli informasiyanın toplanması zərurəti yaranır.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda hafizənin öyrənilməsi məqsədi ilə aparılan təcrübələr göstərdi ki, eşitmə qüsuru olmayan şəxslərdən fərqli olaraq onlar verbal (şifahi) materialı daha pis yadda saxlayırlar. Onlarda yalnız əşya və hadisələrin sözlü adlandırılmasından istifadə etmə vərdisi yaradıldıqdan sonra eşitmə qüsuru olan uşaqlar yaddasaxlamada eşitmə pozulmaları olmayan həmyaşıdlarının səviyyəsinə çata bilirlər. Anlama məntiqi mənalı yaddasaxlamanın zəruri şərtidir. Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda obyektlərin səsənməsi haqqında təsəvvürlər qorunmuş analizatorların fəaliyyətlərinə istinad edərək yaranır. Səs hadisələrini bildirən sözlərin daha dəqiq yadda saxlanması eşitmə pozulmaları olan



Şəkil 2.21. Daktil informasiya

uşaqda mövcud olan bir sıra analizatorların kompleks fəaliyyəti (görmə, dəri, hərəkət və vibrasiya analizatorlarının qarşılıqlı əlaqə və fəaliyyəti) hesabına meydana çıxır (Şəkil 2.21).

D.M.Mayansın apardığı təcrübələr göstərir ki, eşitmə pozulmaları olan və olmayan uşaqların sözləri yada salması prosesində bir söz mənacə ona yaxın olan digər sözlə əvəz olunur. Lakin eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda bu əvəzətmələr çox nadir hallarda düzgün olur. Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda əvəz olunan sözlərin xarakterinə nəzər salaraq:

1. Bir sözün digəri ilə əvəz olunması onların xarici görünüşlərinin oxşar olmasından irəli gəlir, məsələn, saz-söz, şal-sal, ş kaf-şarf və s.;
2. Mənacə çox yaxın olan sözlər əvəz olunur, məsələn, torpaq-qum, qanad-quş, rəng-fırça və s.;
3. Həm məna, həm də görünüşünə görə oxşar sözlərin əvəz olunması, məsələn, görmək-görünmək, gülmək-gülümsəmək, gəlmək-gəzmək, danışmaq-demək və s. D.M.Mayans əvvəl mənimsənilmiş materialın yada salınması prosesində özünü göstərən əvəzətmələrin qanunauyğunluğunu eşitmə pozulmaları olan uşaqların təlimində istifadə edilən taktill⁸, nitq, yazı və oxunun birgə tədrisində görürdü. Çünki uzunmüddətli təlim nəticəsində eşitmə pozulmaları olan uşağın sözü bir məna vahidi və element kimi deyil, bir neçə elementlərin toplusu və məcmusu kimi qavraması ilə izah edilir.

D.M.Mayans eşitmə pozulmaları olan uşaqların müxtəlif qrammatik kateqoriyalı sözlərin yadda saxlanma xüsusiyyətlərini araşdırarkən müəyyən etmişdir ki, eşitmə

⁸Taktill informasiya - toxunmaqla və ya dəri vasitəsilə alınan informasiyadır

pozulmaları olan uşaqlar əsasən əşya ilə birbaşa əlaqəsi olan isimləri daha yaxşı mənimsəyirlər. Digər qrammatik kateqoriyalı sözlər, xüsusilə də sifət və feillər pis yadda saxlanılır. Bu tədqiqatda isimlərin yadda saxlanması II sinif şagirdləri ilə kütləvi məktəb şagirdləri arasında böyük bir fərq olduğu halda IV sinif şagirdləri arasında bu fərqlərin çox az olması qeyd edilmişdir. Lakin sifət və feillərin yadda saxlanması eşitmə pozulmaları olan və olmayan şagirdlər arasında fərq nəinki təlimin ilk illərində, hətta yuxarı siniflərdə də özünü göstərir.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların sözləri müəyyən qrammatik formalarda dəqiqliklə yadda saxlama problemi digər tədqiqatçılar (İ.M.Solovyeva, E.İ.Obozova və s.) tərəfindən də öyrənilmişdir. Məlum olmuşdur ki, eşitmə pozulmaları olan uşaqlar eşidən həmyaşlıları ilə müqayisədə yadda saxlamada böyük çətinliklərlə qarşılaşmış və çoxlu sayda səhvlərə yol vermişlər. Eşitmə pozulmaları olan uşaqların sözləri yadda saxlamalarının çətinliyi, onların sözlü nitqə yiyələnmə xüsusiyyətləri və nitqin ləng inkişafı ilə bağlıdır.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların cümlələri yadda saxlama xüsusiyyətlərini nəzərdən keçirdikdə aydın olur ki, eşidən uşaqlardan fərqli olaraq onlar cümlələrdəki sözləri ardıcıl ifadə etməkdə çətinlik çəkir və çox zaman sözləri dəqiq və düzgün tələffüz etmir və bir sözü dəfələrlə təkrar edirlər. Eşitmə pozulmaları olan uşaqlar üçün cümlə bütöv məna vahidi kimi deyil, ayrı-ayrı sözlər toplusudur.

İ.Solovyov eşitmə pozulmaları olan uşaqların sözlü hafizənin formalaşmasının aşağıdakı mərhələlərini müəyyənləşdirmişdir: (diqqət:səh 197-198 -də "eşitmə eşitmə pozulmaları" ifadəsində "eşitmə" sözünün dəfələrlə təkrarı mənə aydın deyil.Məncə bu bir dəfə olmalıdır. Nə demək istədiyini müəllifdən soruş. Bəlkə,"eşitmə hafizə pozulmaları", və ya, "eşitmə görmə pozulmaları" deməkdir.)

Birinci mərhələ üçün (daha erkən) qismən yadda saxlama tipi xarakterikdir.Bu mərhələdə əgər eşitmə pozulmaları olan şagirdə üç cümləni yadda saxlamaq tapşırılsa, onda o, yalnız bir cümləni yadda saxlamaq iqtidarında olur. Sonrakı təkrarlarda şagirdlər ikinci cümlənin bir hissəsi,sonra isə üçüncü cümləni yadda saxlayırlar. Bu tip öyrənmə ən çox eşitmə əlilliyi olan uşaqlar üçün məktəbin III sinif şagirdlərinə məxsusdur;

İkinci mərhələyə necə deyərlər əhatəedici yadda saxlama tipi xarakterikdir.Bu mərhələdə şagirdlər bütün materialı yadda saxlamağa cəhdlə başlayır, sonra isə onu çatışmayan elementlərlə tamamlayır. Bu tip yadda saxlama isə daha çox IV sinif şagirdlərinə xasdır.

Sözlü hafizənin inkişafının **üçüncü mərhələsinə** necə deyərlər tam yadda saxlama tipi xarakterikdir, yəni bir dəfə oxunduqdan sonra hər üç cümlə eyni tamlıqla yadda saxlanılır. Eşitmə pozulmaları olan uşaqlar üçün məktəbin yuxarı sinif şagirdlərində bu tip yadda saxlama xarakterikdir.

Beləliklə, çoxillik araşdırmalardan sonra İ.M.Solovyev eşitmə pozulmaları olan uşaqların sözlü hafizəsinin yeni qanunauyğunluğunu - yadda saxlanılan materialın pilləvari artması xarakterini açmışdır.İ.M.Solovyov belə hesab edir ki, eşitmə pozulmaları olan uşaq digər pilləyə qalxmaq üçün uzun müddət bir pillədə qalmaq məcburiyyətində olur.

Araşdırmalar göstərir ki, eşidən uşaqlarda müşahidə edilən həm əyani–obrazlı, həm də

sözlü–mücərrəd hafizə təlim prosesində eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda normal səviyyəyə çatır və belə uşaqla eşidən uşaqlar arasındakı hafizə fərqləri tədricən azalmağa başlayır.

Qeyd etmək lazımdır ki, eşitmə pozulmaları olan şagirdlərdə hafizə fəaliyyət (oyun, təlim və əmək) prosesi və sözlü nitqin formalaşması gedişində təkmilləşir. Çalışmaq lazımdır ki, yadda saxlanacaq material eşitmə pozulmaları olan uşaq tərəfindən başa düşülsün və onun üçün aydın olsun. Bundan əlavə, şagirdləri ixtiyari yadda saxlama və yada salmanın səmərəli qaydalarından (materialı hissələrə ayırmaq, hər hissə üçün ad fikirləşib tapmaq, soruşulacaq dərslərin planını tərtib etmək və s.) istifadə etməyi öyrətmək vacibdir.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlar üçün məktəbdə yeni materialın əvvəl öyrənilmiş və tanış materialla müqayisə edilməsi qaydasından istifadə də böyük əhəmiyyət daşıyır. Deyilənlərdən əlavə, mütləq şagirdlərdə uzunmüddətli yaddasaxlama quraşdırılmasının yaradılması lazımdır. Buna görə də dərslərin sorğusu zamanı yeni keçilmiş dərslə yanaşı, eyni zamanda həftə, ay və ya yarım il ərzində öyrənilmiş materiallar da soruşulmalıdır.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda təfəkkür və onun inkişaf xüsusiyyətləri

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların inkişafında əyani-əməli təfəkkürün rolunun öyrənilməsinə həsr edilmiş xüsusi araşdırmalar göstərir ki, eşitmə pozulmaları olan uşağın əyani-əməli təfəkkürü onun fəaliyyəti və qavrayışı ilə birbaşa bağlı olub uşağın obyektə əməli əlaqəsi prosesində, yəni qavranılan əşyanın fiziki cəhətdən ayrılması, birləşdirilməsi, toplanması və hissələrinin müqayisə edilməsi zamanı özünü göstərir. Rus tədqiqatçılarından N.V.Yaşkova eşitmə pozulmaları olan uşaqların əyani-əməli təfəkkürünü tədqiq edənlərdən biri olmuşdur. O, eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda əyani-əməli təfəkkürün xüsusiyyətlərini öyrənmək məqsədi ilə eşidən və eşitmə pozulmaları olan uşaqlar arasında belə bir eksperiment aparmışdır. N.V.Yaşkova məktəbəqədər və kiçik məktəb yaşlı eşidən və eşitmə pozulmaları olan uşaqlara (4–11 yaş) üç hissədən ibarət olan həndəsi fiqurları verib onları o biri üzünə çevirməyi təklif etmişdir.

Əyani-obrazlı təfəkkür, əsasən 4–7 yaşlı, yəni məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda müşahidə olunur. Belə uşaqlarda təfəkkürlə əməli hərəkətlər arasında əlaqənin qalmasına baxmayaraq, bu əlaqə əvvəlki kimi birbaşa deyildir. Dərək olunan obyektin təhlili və tərkibi gedişində uşağın onu maraqlandıran cismə mütləq əlləri ilə toxunmasına bir o qədər də ehtiyacı olmur. Əyani-obrazlı təfəkkürdə qavramaya tabe olmaq xüsusiyyəti vardır. Buna görə də təfəkkürün bu inkişaf mərhələsində olan uşaqlar əşyanın diqqəti çəkən xüsusiyyətlərindən yayına bilmirlər. Onların təfəkkürü daha çox əyani və hissi–konkret materiallarla əməliyyat aparır, yaranan obrazların özü isə obyektin konkret bir fərqi xüsusiyyətlərini əks etdirir. Uzun müddətdir ki, eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda təfəkkür proseslərini araşdıran tədqiqatçılarda belə bir fikir formalaşmışdır: eşitmə pozulmaları olan uşaqların sözlü nitqə yiyələnməzdən əvvəl hətta sözlü nitqi mənimsəmə prosesində belə əyani-obrazlı təfəkkür mərhələsində qalmağa davam edir, yəni onlar sözlə deyil, obraz və ya şəkillərlə düşünürlər.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların məcazi söz və mənalar və metaforaları necə başa düşməsi bir çox tədqiqatçıları maraqlandıran məsələlərdən biridir. Mücərrəd təfəkkür daha

çox mücərrəd məfhumlarla cərəyan etməsi ilə xarakterizə olunur. Başqa sözlə, burada təfəkkür tək cə əməli hərəkətlər və surətlər (qavrayışlar və təsəvvürlər) formasında deyil, birinci növbədə, mücərrəd məfhum və mühakimələr şəklində özünü göstərir. Məktəb təlimi dövründə şagirdlərdə riyazi, bioloji, fiziki, coğrafi və çoxlu digər məfhum formalaşır. Obrazlardan fərqli olaraq, məfhumlar daha çox gerçəkliyin cisim və hadisələrin ən ümumi, mühüm və fərqləndirici əlamətlərini əks etdirir. Mücərrəd təfəkkürün formalaşdırılması sözlü nitqsiz və xüsusi təlimsiz qeyri-mümkündür. Məfhumların məzmunu həmişə sözlü – şifahi və ya yazılı formada ifadə olunur. Əgər eşitmə pozulmaları olan uşaq sözlü nitqə məktəbə getdiyi zaman çox gec yiyələnərsə, o zaman mücərrəd təfəkkürün formalaşdırılması eşidənlərlə müqayisədə kəskin şəkildə ləngiyir və bununla da idrak fəaliyyətinin ləngiməsinə təsir göstərir.

Anadan olandan on yeddi yaşına qədər eşitmə pozulmaları olan uşağın təfəkkürü eşidənlərlə eyni istiqamətdə və konkretdən mücərrədə doğru inkişaf edir. Lakin eşitmə pozulmaları olan uşağın təfəkkürü yalnız sözlü nitqin xüsusi təlimi, böyüklərin planlaşdırılmış pedaqoji təsiri və uşaq kollektivində uşağın həm həyat, həm də öz fəaliyyətinin xüsusi təşkili şəraitində formalaşdırılır. Eşitmə pozulmaları olan uşağın idrak fəaliyyətinin erkən yaş dövründə öyrənilməsi göstərir ki, onlarda da sözlü nitqin formalaşdırılmamış eşidənlərdə olduğu kimi - əvvəlcə əyani-əməli təfəkkür, sonralar məqsədəyönlü - dərk olunmuş əqli fəaliyyətlərin eyni zamanda yerinə yetirilməsi ilə onlarda əyani-obrazlı təfəkkür inkişaf edir. Qeyd etmək lazımdır ki, eşitmə pozulmaları olan uşaqda mücərrəd təfəkkürün meydana çıxarılması və inkişafı prosesi öz eşidən həmyaşıdlarının anoloji proseslərindən kəskin fərqlənir.

Eşitmə məhdudiyəti olan uşaqların mücərrəd təfəkkürünün tərbiyə məqsədləri eşidənlərlə demək olar ki, eynidir.

Əyani-əməli və əyani-obrazlı təfəkkür və onların da inkişafının inkar edilməməsi əsasında mücərrəd təfəkkür formalaşdırılır.

Eşitmə pozulmaları olan uşağın təlim və tərbiyəsində bu məsələnin həlli xüsusi üsullardan istifadə yolu ilə həyata keçirilir. Bu proses eşitmə pozulmaları olan uşağın sözlü nitq və xüsusi təlimə ehtiyacının olması ilə mürəkkəbləşir. Başqa sözlə, mücərrəd təfəkkür sözlü nitqsiz yaranıb inkişaf edə bilməz.

Araşdırmalar göstərir ki, eşitmə pozulmaları olan uşağın şifahi nitqdə işlətdiyi hər bir söz həmişə ümumiləşdirici mənaya malik olmur, yəni məfhuma çevrilmir. Əvvəlcə eşitmə pozulmaları olan uşaq sözlə müəyyən konkret bir əşyanı adlandırır. Göstərilən əşyanın adını ilk dəfə öyrənərkən bu söz onda məfhuma çevrilməyib yalnız tək və bir əşyanı müəyyənləşdirir.

Mücərrədləşdirmə obyektiv aləmdəki əşya və hadisələr haqqında mücərrəd bilik və məfhumların formalaşdırılması üçün ən vacib şərtlərdən biridir. Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda mücərrədləşmə prosesi onun özünəməxsus analitik fəaliyyəti ilə bağlıdır. Eşitmə pozulmaları olan uşaqda sözün qrammatik forması və onun əşya məzmununun arxasındakı gizli mənanın dərk edilməsi çətinliyi məntiqi mücərrədləşmənin inkişaf ləngiyi ilə bağlıdır.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda hissi mücərrədləşmə bir çox tədqiqatçı, o cümlədən

J.Şif tərəfindən öyrənilmişdir.

Eşitmə pozulmaları olan məktəblilərdə qavrayışın ümumiləşdirici səviyyəsi eyni zamanda onların təfəkkürünün də ümumiləşdirici səviyyəsi deməkdir. Bu nəticə hissi idrakla məntiqi təfəkkürün vəhdətindən irəli gəlir: “qavradığımız predmetləri hissi dərk etməmiz bir bütövdə toplanmış, kompleks hissi və qeyri-hissi abstrakt elementlər kimi özünü göstərir” (S.Rubinşteyn). Bu abstrakt elementlər eşitmə pozulmaları olan uşaqların idrak fəaliyyətindəki məfhumu biliklər və öz məzmun və xarakterinə görə eşidən məktəblilərin məfhumlarından bir çox cəhətinə görə fərqlənir.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların təfəkkürü özünün məzmununa görə məfhumlara yaxın olan ümumi təsəvvürlər səviyyəsində ləngiyir, lakin onlardan özünün obrazlı formasına görə fərqlənir. Eşitmə pozulması olan məktəblidə idrak fəaliyyətindəki obrazlar eşidən uşaqlarda olduğu dərəcədə məfhumu biliklərlə qovuşurlar. Bu qovuşma bir başa kar uşağın nitq inkişafından asılıdır.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda riyazi məsələlərin həlli xüsusiyyətləri bir sıra alimlər tərəfindən araşdırılmışdır. Bunlar arasında İ.M.Solovyev və T.V.Rozanov tərəfindən aparılmış tədqiqatlar xüsusi yer tutur. İ.Solovyev və T.V.Rozanov eşitmə pozulmaları olan şagirdlərin riyazi məsələ həllinin əsas beş tipini müəyyən etmişdir:

Birinci tip üçün məsələlərin məzmununa çox az bələd olma xarakterikdir. Bu zaman eşitmə pozulmaları olan şagirdlər tərəfindən məsələnin maddi məzmunu yalnız qismən izah edilir və onun həlli eşitmə pozulması olan uşağın başa düşdüyü ayrı-ayrı söz və riyazi hərəkətlər arasında və daxili əlaqələr əsasında aparılır.

İkinci tip məsələ həllində məsələnin məzmununun sadələşdirilməsi və ondakı mövcud mürəkkəb əşya əlaqələrinin daha sadə formalarla əvəzlənməsi yolu ilə aparılır;

Üçüncü tipdə eşitmə pozulmaları olan şagirdlər məsələnin maddi məzmununu başa düşür, lakin düzgün həll etməyi bacarmırlar;

Dördüncü tip üçün eşitmə pozulmaları olan şagirdlərin məsələnin şərtini düzgün başa düşməsi və həlli, lakin alınmış nəticə barədə özünə aydın izahat verməyi bacarmaması xarakterikdir;

Beşinci tip üçün məsələ həllinin ən yüksək səviyyəsi, məsələnin düzgün həlli və riyazi hesablamaдан alınan nəticəni məsələnin maddi məzmunu ilə müqayisə etməsi xarakterikdir.

Beləliklə də, eşitmə pozulması olan uşağın məsələ həlli zamanı biliyinin aktuallaşdırılması və əvvəl mənimsənilmiş nəzəri biliklərin təcrübədə istifadəsindəki çətinliklər eşitmə pozulması olan uşağın özünəməxsus idrak fəaliyyəti, xüsusilə də sözlü-məntiqi təfəkkürün ləng inkişaf etməsindən asılıdır.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda nitqin formalaşdırılması xüsusiyyətləri

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların nitqinin inkişaf etdirilməsi və onlarda verbal (şifahi) nitq vərdişlərinin yaradılması diqqət mərkəzində duran məsələlərdən biri olmuşdur.

Eşitmə pozulmaları olan uşağın psixi xüsusiyyətləri daha çox onlarda ünsiyyət vasitələrinin özünəməxsus inkişafı ilə bağlıdır. Bu özünəməxsusluq mənimsənilən sözlü

nitqin bütün tərəflərində (fonetik, morfoloji və semantik (söz, ifadə və qrammatik formanın mənası) özünü qabarıq göstərir. Eşitmə pozulmaları olan uşaqlara sözlü nitqin ilkin təlimi, onlarda şifahi nitqin qavranılması və tələffüzün formalaşdırılması məsələləri tədqiqatçıları həmişə düşündürmüşdür.

Məlumdur ki, eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda kompensasiya vasitələrindən biri olan görmə analizatoru şifahi nitqin qavranılmasında mühüm rol oynayır. Lakin onu da qeyd etmək lazımdır ki, aparılan eksperimentlər dodaqdan oxunan sensor (görmə və eşitmə) əsasının xeyli məhdud olmasını göstərir. Bu zaman danışmaq səslərinin yalnız 40%-i düzgün qavranılır, samitlərin bir çoxu çətinliklə başa düşülür və məntiqi və söz vurğusu optik cəhətdən zəif ifadə edilir. İntonasiya isə göz vasitəsi ilə tamamilə qavranılmır. Bu, görmə analizatorunun digər analizatorlarla birgə kombinə olunaraq istifadə olunmasını vacib edir.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqda şifahi nitqin qavranılması və mənimsənilməsi eşitmə pozulmaları olmayanlardan tamamilə fərqli, özünəməxsus şəkildə gedir. Belə ki, onlar xüsusi və ünsiyyətin müstəqil forması olan jest–mimiki nitqdən geniş istifadə edirlər.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlar tərəfindən şifahi nitqin qavranılması məsələlərini araşdıran tədqiqatçılar eşitmə pozulmasının kompensasiya probleminə (protezləşdirmə) də xüsusi diqqət göstərmişlər. Eşitmənin kompensasiyası (protezləşdirmə) üçün xüsusi yardımçı vasitələr və avadanlıqların işlənilib hazırlanması istiqamətində də xeyli işlər görülmüş və görülməkdədir. Bu vasitələrə səsgücləndirici cihaz və aparatlar və səsli nitqi optik və ya mexaniki siqnallarla ifadə edən texniki avadanlıqlar aiddir.

M. Boskis anadangəlmə eşitmə pozulmaları olan uşaqların çoxluq təşkil etdiyini nəzərə alaraq eşitmə dərəcəsini məsafəyə görə aşağıdakı kimi qruplaşdırmışdır:

- 60-70 dB gücündə olan sözləri eşidənlər;
- 70-80 dB gücündə olan sözləri eşidənlər;
- 80-90 dB gücündə olan sözləri eşidənlər.

Nitqin olmaması və ya inkişafdan geri qalması eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda bir sıra psixi inkişaf çatışmazlıqlarının meydana çıxması və psixi inkişafın sürətinin ləngiməsini də şərtləndirir (görmə ilə ətraf aləmin dərk olunması, əyani-obrazlı təfəkkür və digər idrak proseslərinin ləngliyi). Belə uşaqlar ətraf aləmi qavramaqda çətinlik çəkir və onlarda xarici qıcıqlara qarşı reaksiya sadələşir və sahəsi daralır. Periferik sinir sisteminin (periferik sinir sisteminin əsas vəzifəsi mərkəzi sinir sistemi ilə orqan və üzvlər arasındakı rabitəni yaratmaqdır) natamam qüsur və özünəməxsus atipik inkişafını şərtləndirir. Nitqin olmaması və ya inkişafdan geri qalması onlarda həm də intellektin inkişafına güclü təsir edir və nəticədə çox zaman yanlış olaraq belə uşaqlar əqli inkişafdan geri qalan uşaqlarla eyniləşdirilir və ya ağır nitq qüsurları ilə qarışdırılır.

Eşitmə analizatorunun pozulması heç də nitqin itirilməsi demək deyil.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda sözlü nitqin inkişafı üçün gərəkli olan əsas şərtlər aşağıdakılardan ibarətdir:

1. Karlıqın dərəcəsi və baş vermə zamanı;

2. Sözlü nitq təliminin başlanma zamanı və onun metodikası;
3. Eşitmə pozulması olan uşaq və onu əhatə edənlərin ünsiyyət formaları və həcmi.

A.İ.Dyaçkova eşitmə pozulması olan uşağın sözlü nitq inkişafını sistemləşdirərək aşağıdakı kimi müəyyənləşdirmişdir:

Birinci ünsiyyət sistemi - eşitmə pozulması olan uşaq jest-mimikani bilməyən eşitmə pozulmaları olmayanların ailəsində tərbiyə alır. Bu şəraitdə ailə üzvləri ilə uşağın qarşılıqlı münasibət və ünsiyyəti jestlər vasitəsi ilə həyata keçirilir və hər bir nitq işarəsi ünsiyyət təlabatından asılı olaraq meydana çıxarılır.

Belə ünsiyyət formasında ən fəal tərəf eşitmə məhdudiyəti olan uşağın özü olur;

İkinci ünsiyyət sistemi - eşitmə pozulmaları olan uşaq onunla sözlü ünsiyyətə can atan eşidənlər ailəsində yaşayır. Adətən belə halda ailə üzvlərinin surdopedaqoji hazırlığından asılı olaraq kar uşaqda müəyyən qədər sözlü nitq inkişaf etdirilməklə yanaşı, eyni zamanda praktiki cəhətdən kifayət qədər inkişaf etməmiş jest-mimiki nitq də meydana çıxır;

Üçüncü ünsiyyət sistemi - ünsiyyətin bu sistemində eşitmə pozulması olan uşaq jest-mimiki nitqdən istifadə edən ailədə tərbiyə aldığından onda böyükləri yamsılama nəticəsində nitqin yalnız bu forması inkişaf edir.

Müasir dövrdə eşitmə pozulmaları olan uşaqların hələ kiçik yaşlarından məktəbəqədər uşaq müəssisələrinə cəlb edilməsi nəzərə alınsa, onda bu sistemin praktiki əhəmiyyəti azalmış olacaqdır. Belə ki, xüsusi uşaq bağçası və körpələr evlərində nitq inkişafı üzrə məqsədyönlü iş aparıldığından bu uşaqlarda nitqin inkişaf xarakteri tamam fərqli və kifayət qədər dəyişkən olur.

A. Dyaçkovadan fərqli olaraq S.A.Zikov eşitmə pozulmaları olan uşaqlarda nitqin formalaşdırılması üzərində işi elmi və praktiki cəhətdən əsaslandıraraq aşağıdakı vəziyyətini müəyyənləşdirmişdir:

1. "Nitqin formalaşdırılmasının əsası uşaq həyatı və müxtəlif fəaliyyətlərinin təşkili prosesində canlı və birbaşa danışq ünsiyyətinin yaradılmasıdır";
2. "Bu yolla nitqin formalaşdırılması yalnız nitqin daktil formasından istifadə edilməklə mümkün olur. Hansı ki, bu:
 - Ünsiyyət zamanı uşağa hər hansı bir informasiya və ya sözü çatdırmağa imkan verir;
 - Nəinki nitqi qavramaq, hətta nitq təliminin başlanğıcında səslərə yiyələnmədən əvvəl ondan müstəqil istifadə edilməsi imkanı verir.

Jest-mimiki nitq yazılı nitq xüsusiyyətlərinə malikdir. Onda fikrin məzmunu predmetin surəti formasında təsvir edilməklə ifadə olunması şəklində verilir. Bu baxımdan jest-mimiki nitq yazılı nitqin ideoqrafik formasına çox oxşardır. Jest-mimiki nitq formasının kommunukativ imkanları son dərəcə məhduddur. Belə ki, jest-mimiki nitq vasitəsi ilə məcazi və abstrakt söz və ifadələrin ötürülməsi mümkümsüzdür.

Jest-mimiki nitq insanlar arasında ünsiyyət vasitəsi və ikinci siqnal sistemi olsa da, gerçəkliyin əks olunma xarakterinə görə sözlü nitqdən daha sadədir. Jest-mimiki nitqə çevik, imitasiya, təsviredici hərəkətlər və bu jestlərə uyğun mimika da əlavə edildikcə o,

tədrisən inkişaf edib kar uşaqlar üçün vahid ünsiyyət vasitəsinə çevrilir və buna görə də elmi ədəbiyyatda karların nitqi jest–mimiki nitq adlanır.

Demək lazımdır ki, jest–mimiki nitq heç zaman sözlü nitqi əvəz edə bilməz. Sözlə jest–mimiki nitq müqayisə edildikdə görünür ki, jest–mimiki nitqin fikri ifadə etmə imkanı xeyli məhduddur. Eşitmə pozulması olan uşaqda şifahi nitqin qavranılması və başa düşülməsi danışanın artikulyasiya üzvlərinin gözlə görülən hərəkətlərinin hesabına baş verir. Başqa sözlə desək, eşitmə pozulmaları olan uşaqların şifahi nitqinin qavranılması dodaqdan oxuma prosesi ilə həyata keçirilir. Dodaqdan oxuma mexanizminin izahı İ.P.Pavlovun təlimində belə verilmişdir: "Əlaqə yarandığı zaman bu, "assosasiya adlandırılır, şübhəsiz bu həmin xarici aləmin müəyyən əlaqələrinin bilgiləri və sonralar bu bilgilərdən istifadə edilsə bu, "dərkətmə" adlandırılır, yəni bilgilərdən qazanılmış əlaqələrdən istifadə dərkətmənin özüdür." Eşitmə pozulmaları olan uşaqların danışanın artikulyasiya hərəkətlərinə baxmaqla onu qavrayır və bu hərəkətləri reflektor olaraq təqlid edir. Nəticədə danışanın nitqini təqlid etməklə kar uşağın beynində müvəqqəti əlaqələrin canlandırılması və hafizəsində sözün nitq–kinestetik surətlərinin həkk olunması baş verir.

Dodaqdan oxuma nitqin ifadəsi zamanı müəyyən xarici fiziki şərtlərin gözlənilməsini tələb edir. Bu şərtlərdən biri və ən başlıcası danışanın üz vəziyyətidir. Danışanın üzü dinləyəne sarı və kifayət qədər yaxşı işıqlandırılmış, ağızı isə uşağın üzü bərabərində olmalıdır. Bu cür vəziyyətdə danışıq üzvlərinin görünən hərəkətləri uşaq tərəfindən daha dəqiq qavranılır.

Dodaqdan oxumaya yiyələnmək üçün danışanın (müəllimin) artikulyasiyasıda mühüm rol oynayır. Müəllimin artikulyasiyası dəqiq və təbii olmalıdır. Süni artikulyasiyaya alışdıqda uşaq digər insanların adi artikulyasını dodaqdan oxumaqda çətinlik çəkəcəkdir.

Eşitmə pozulmaları olan uşağın nitq tənəffüsü çatışmazlığını xüsusi təmrinlər (çalışmalar aparılmaqla nitq nəfəsi və nəfəsvermə aktında hava axınının düzgün paylaşdırılması vərdişləri) yaradılır.

Eşitmə pozulmaları zamanı şəxsiyyət problemlərinin ağırlıq dərəcəsi

Məlumdur ki, insan bir tərəfdən nitq və şüuru olan, ətraf aləmi dərk edən və onu dəyişdirməyə qadir bioloji, digər tərəfdən isə ictimai varlıqdır. İnsan dünyaya fərd kimi gəlib və şəxsiyyətə çevrilir.

Eşitmə pozulmaları olan uşaqların əksəriyyətində bu keyfiyyətin formalaşdırılmaması onda - müstəqillik, təşəbbüskarlıq, yaradıcılıq, özünəqiymət, tənqid və digər şəxsiyyət keyfiyyətlərinin inkişafına mənfi təsir göstərir. Buna görə də xüsusi pədaqoji nəzəriyyə və praktikanın ən vacib vəzifəsi eşitmə pozulmaları olan şagirdlərdə fəallığı artırmaq və onda müstəqil düşünüb işləmək vərdişləri aşılamaqdır.

Göstərmək lazımdır ki, eşitmə pozulmaları olan uşağın fəallığının formalaşdırılması təkcə məktəb şəraitində deyil, həm də ailədə aparılmalıdır. Sakit və qarşılıqlı hörmət əsasında qurulmuş ailə uşağın qüsuru, onun təlim–tərbiyəsi və şəxsiyyət kimi formalaşdırılmasına çox böyük diqqət göstərir. Ailə üzvləri bir tərəfdən belə uşaqlara məhəbbət və qayğı ilə yanaşı, eyni zamanda cəmiyyət üçün artıq adam və ailə üçün ağır yük olmaq fikirlərini aşılayır, digər tərəfdən isə onlarda bilik, bacarıq və vərdişlərə yiyələnmək

həvəsi və şəxsiyyət kimi formalaşmaq meylini daha da gücləndirirlər. Ailə-məişət şəraiti eşitmə pozulmaları olan uşaqda fəallığın aşağı olması ilə yanaşı, həm də bədbinlik, davranışında kobudluq və tənhalığa meyillilik kimi mənfi hallar özünü göstərir.

Eşitmə pozulmaları olan uşaq şəxsiyyətinin inkişafında bir tərəfdən daxili və xarici faktorlar, digər tərəfdən isə sosial-bioloji amillərin rolu, insan şəxsiyyətinin bioloji və anadangəlmə inkişafı, onun sosial və qazanılma amillərinin təsiri, qarşılıqlı əlaqəsi nəzərə alınmalıdır.

Eşitmə pozulmaları olan uşağın fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərinin təbiəti: temperament, xarakter, bacarıq, maraqları anadangəlmə və bioloji amillərin təsiri altında onun həyat şəraiti, fəaliyyəti və ya təlim-tərbiyəsi prosesində inkişaf etdirilir. Eşidən həmyaşıdları ilə müqayisədə kar uşağın şəxsiyyətinin formalaşdırılması özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir:

Birincisi, kar uşaq ətrafdakı eşidənlərlə ünsiyyətdə çətinlik çəkdiyi üçün təbii ki, informasiyanın qəbul edilib mənimsənilməsində geri qalır;

İkincisi, eşitmə analizatorunun fəaliyyət pozulması eşitmə məhdudiyəti olan uşağın həyat təcrübəsini kəsədləşdirir, emosional inkişafı üçün çox gərəkli olan gerçəklik və akustik real tərəfini (insan səsi, musiqi, quşların nəğməsi və s.) dərk etməyə imkan vermir;

Üçüncüsü, cəmiyyətin sosial təcrübəsinin çox böyük hissəsini birbaşa mənimsəyən, eşitmə pozulmaları olan olmayanlardan fərqli olaraq xüsusi müəssisələrdə (məktəbəqədər və məktəbdə) təlimə qədərki dövrdə bu təcrübənin mənimsənilməsi onların imkanları xaricində olur. Nəhayət, eşidənlərlə ünsiyyət çətinliyi və özünəməxsus qarşılıqlı əlaqə eşitmə pozulmaları olan uşağın şəxsiyyətinin formalaşdırılmasına xüsusi iz qoymuş olur. Qeyd etmək lazımdır ki, eşitmə pozulmaları olan uşaqlar öz qüsurlarını çox gec dərk edir və onlarda şəxsiyyətin əxlaqi keyfiyyətləri xüsusi məktəbə getdikdən sonra və təlim-tərbiyə prosesində yaranır. Məktəb şəraitində onlarda gələcəyə inam və optimizim yaranır və onlar özləri ilə, eşitmə pozulmaları olmayanlar arasındakı fərqləri azaltmaq üçün daha çox sözlü nitqə yiyələnməyə səy göstərir.

Müəyyən xarakter və şəxsiyyət xüsusiyyətlərinə malik olan eşitmə pozulması olan uşaq yalnız eşidən həmyaşıdları arasındakı fərqi dərk etməklə sosial situasiya şəraitində özlərində müəyyən qədər, davamlı xarakter və şəxsiyyət cizgiləri formalaşdırı bilər.

Məlumdur ki, insanın həyat və fəaliyyəti kollektivdən təcrid edilmiş ola bilməz. İnsan tək-cə özünün deyil, həm də bütün kollektivin işi üçün məsuliyyət daşıyır. Məhz, kollektiv şəxsiyyətin formalaşması və inkişafında çox böyük rol oynayır. Bu baxımdan, kollektiv eşitmə pozulması olan uşağın şəxsiyyət çatışmazlıqlarının psixokorreksiyasında müstəsna rol oynayır. Kollektiv onun əxlaqi anlayışları, iradi keyfiyyətləri, fəaliyyəti, davranışı və onun bacarıqlarının inkişafı üçün müsbət şərait yaradır. Kollektiv eşitmə pozulması olan uşaq şəxsiyyətinin formalaşdırılması üçün çox vacib olan özünədərk, özünəqiymət və iddia səviyyəsinin inkişafına təkan verir. Eşitmə pozulması olan uşaqda özünəmaraq, öz şəxsi keyfiyyətlərinə münasibət və özünü digər adamlarla müqayisə etmək kimi şəxsiyyət keyfiyyətləri yaranır.

Kollektiv eşitmə pozulması olan uşaqda iradə və xarakterin inkişaf etməsi, onda

inadkarlıq, öz məqsədinə çatmaq, qarşıya çıxan maneə və çətinlikləri dəf etmək kimi müsbət cəhətlərin inkişafında da böyük rol oynayır. Kollektivdə öz yerini tapmaq üçün eşitmə məhdudiyyəti olan uşağın öz imkanlarını qiymətləndirmək tələbatı yaranarsa onda emosional-iradi sahə çatışmazlıqları tədricən aradan qalxır. Məktəbdə düzgün təşkil olunmuş uşaq kollektivi arasında tədricən eşitmə pozulması olan uşaqda iradə və xarakterin formalaşdırılması baş verir və o, davranışını idarə etməyi, onun üzvləri arasında öz yerini tapmağı və ünsiyyət qurmağı öyrənir. Onda həyatsevərlik və kamillik hissi, gümrahlıq və digər müsbət cəhətlər meydana çıxır.

Eşitmə pozulması olan uşağın şəxsiyyətinin formalaşdırılmasında müəllimin rolu çox böyükdür. Xüsusi məktəb şəraitində müəllim uşaq kollektivi ilə birgə və ona arxalanaraq eşitmədə pozulmaları olan uşaqların təlim-tərbiyəsini təşkil etməklə bərabər, eyni zamanda onlarda şəxsiyyət keyfiyyətlərinin aşılması üzərində iş aparır. Uşaqlarda kollektivçiliyin tərbiyəsi ilkin şagird münasibətlərinin tərbiyəsi, şagirdlərin bir-biri, bütün sinif və məktəb kollektivi ilə düzgün qarşılıqlı münasibətinin tərbiyəsi deməkdir. Eşitmə pozulması olan uşaq şəxsiyyətinin tərbiyəsinin kollektivin tərbiyəsi ilə sıx əlaqədə olması müəllimin hər iki sahəyə məharətlə və ustalıqla rəhbərlik etməsindən çox asılıdır. Müəllim eşitmə pozulması olan şagirdə münasibətində həmişə humanizmə əsaslanmalı və ona hörmət və məhəbbətlə yanaşmalıdır. Müəllimin əxlaqi siması və davranışı fiziki cəhətdən qüsurlu uşaqlarda daha canlı təsəvvürlər yaradır və onlar gündəlik həyatlarında həmin nümunələri təqlid etməyə çalışır.

Ağır eşidən və kar uşaq şəxsiyyətinin sosiallaşdırılması üçün aşağıda qeyd edilənlər həyata keçirilməlidir:

- Ünsiyyət vərdislərinin inkişafı-ətrafdakı insanlarla olan hər hansı bir ünsiyyət formasından istifadə edilməklə qarşılıqlı fəaliyyət bacarığının inkişaf etdirilməsi;
- Ətrafdakı səs və nitqlərin eşitmə qavramasının EA (eşitmə aparatı) və ya Kİ (koxlear implant)-nin köməyi ilə inkişafı;
- Müxtəlif səs siqnalları, nitqsiz səs obrazları və akustik korrelyatların aşkarlanması, fərqləndirilməsi və qiymətləndirilməsi bacarığının inkişaf etdirilməsi;
- Fonemlərin əlamətləri, fonem, heca, söz və ibarələrin özlərini müəyyənləşdirib komplektləşdirməsi;
- Həmin siqnalların hafizədə eşitmə obrazları "baza"sının formalaşdırılması;
- Eşitmə diqqəti və nitq-eşitmə yaddaşının inkişafı;
- Dil sisteminin inkişafında çoxsaylı sözlərin mənası (leksika), səs tərkibi (fonetik), dəyişmə qaydaları (morfologiya) və cümlədə birləşdirilməsi (sintaksis) və ünsiyyət üçün dil vasitələrindən istifadə qaydalarına (praqmatika) yiyələnmə;
- Şifahi nitqin inkişafı – deyiləcək fikirlərin yaradılması və inkişaf etdirilməsi, fikrin nitq vahidlərinin bir xətt ardıcılığı, ierarxiya strukturunun yaradılması və bunun üçün vacib olan informasiyanın hafizədə formalaşdırılması (sözlərin mənası);
- Cümlədə dəyişmə və birləşmə qaydaları və nitqdə onlardan istifadə qaydaları;
- Nitq siqnallarının akustik xarakteristikalarına uyğun əmələ gəlməsini təmin edən

artikulyasiya aparatı orqanlarının hərəkət proqramlarını təfəkkür və digər psixi funksiyaların (hafizə, diqqət, emosional-iradi proseslərin) sosial və hərəkəti (böyük və kiçik motorika) vərdişlərin inkişafı.

Kiçikyaşlı uşaqlarda bütün bu vərdişlər paralel və qarşılıqlı əlaqədə inkişaf etdiyi üçün sosial reabilitasiyanın başlanğıcından bütün istiqamətlərdə iş aparılır. Bu gün müasir güclü eşitmə aparatlarının olması və düzgün reabilitasiya işinin təşkili zamanı orta və böyük olmayan eşitmə pozulması olan uşaqlar, hətta III, IV dərəcəli ağır eşitməsi olanlar da nitqi başa düşməyi və danışmağı öyrənə bilirlər. Onlar zəif eşidənlər üçün məktəblərə gedir, bir çoxu loqopedik və kütləvi uşaq bağçaları və ümumtəhsil məktəblərində oxuyurlar.

Eşitmə qabiliyyəti pozulmuş şəxslərin peşəkar təhsili və sosial uyğunlaşdırılması

Kar və ya zəif eşidənin məktəbdə aldığı təhsilin səviyyəsi onların gələcək həyatı, həmçinin peşəkar özünüdərkini təyin edir. Təhsil səviyyəsi yetərincə yüksəkdirsə, onda pozulmuş eşitmə qabiliyyəti olan gənc öz təhsilini erkən, orta və ya yüksək peşəkar təhsil sistemində davam etdirə bilər. Xaricdə eşitmə pozulması olan şəxslər üçün peşəkar təhsilin geniş spektru təklif olunur. Məhdudiyətlər yalnız şifahi nitq ünsiyyətinin labüdliliyi ilə əlaqəsi, peşəkar fəaliyyət prosesində eşitmə qabiliyyətinə ehtiyacı olan və vestibulyar aparata yük düşən peşələrə qoyulur.

Peşəkar təhsil və kompüter təhsil proqramları daxil olmaqla xüsusi texniki vasitələrin geniş şəkildə cəlb edilməsi, jest nitqinin istifadəsi (surdo tərcümə ilə) eşitmə pozulmaları olan və ya eşitmə qabiliyyəti zəif olanların formalaşdırılmış şifahi nitqi əsasında keçirilir. Bizim ölkədə pozulmuş eşitmə qabiliyyəti olan insanların peşəkar təhsil alma perspektivi təkcə məktəbdə alınan təhsilin keyfiyyəti, eşitmə qabiliyyətinin pozulma dərəcəsi və şifahi nitqin inkişaf səviyyəsindən yox, həm də yaxın sosial çevrənin təsiri, ailə və məktəb yoldaşlarının fikirləri və onlardan gözlədikləri və peşəkar təhsil sisteminin təhsil cərəyanına eşitmə pozulmaları olanların qoşulması üçün olan hazırlıqdan asılıdır.

Müasir sosial problemlər (artan işsizlik, sosial müdafiənin çatışmazlığı, əmək bazarında rəqabət və məhdud əmək qabiliyyəti olan insanların işə düzəlmə problemləri) gənclərdən daha erkən yaşlarda həyatı hazırlıq, yüksək funksional savad və güclü peşə təhsilinə yiyələnməyi tələb edir.

Məktəblər eşitmə pozulmaları olan uşaqlara məktəb təhsilinin politexnizasiyası, məqsədyönlü peşəkar istiqamətləndirmə və ümumi təhsilin keyfiyyəti və eşitmə pozulmaları olan şəxslərin sosial uyğunlaşdırılmasının artırılması yolu ilə kömək edə bilər.

Bu gün eşitmə qabiliyyəti pozulmuş uşaqlara təklif olunan peşəkar hazırlıq profilləri müasir istehsalın tələblərindən geri qalır və eşitmə patologiyası olan şəxslərin imkanları və hədəflərini nəzərə almırlar. Onlar üçün üstünlük təşkil edən ixtisaslar texniki-mühəndislik hesab olunur. Nadir hallarda onlar peşəkar rəssamlıq, mədəni-maarifləndirici hazırlıq və bədən tərbiyyəsi sahəsində peşəkar hazırlıq, iqtisadi pedaqoji və tibbi hazırlıq əldə edə bilirlər.

Eşitmə pozulması olan şəxsin sosial adaptasiyası və inteqrasiyası əsasən, onun sosio-

mədəni identifikasiyasından, (yəni özünü, müəyyənləşdirici faktoru dil olan), hər hansı bir cəmiyyətin və submədəniyyətin üzvü kimi dərk etməsindən asılıdır. Onlara göstərilən sosial xidmətlər, reabilitasiya və inteqrasiya onların cəmiyyətə daxil olmasını təmin edir.

Sosial yardım – iqtisadi cəhətdən təmin olunmayan, sosial zəif, psixoloji həssas təbəqə və sosial fəaliyyət qabiliyyətlərinin yüksəldilməsi məqsədi güdən əhalinin bir qrupunun nümayəndələrinə göstərilən hümanitar (hüquqi, tibbi, təhsil, psixomüalicəvi və xeyriyyəçilik) xidmətlər sistemidir. Sosial yardım sosial xidmət müəssisələri tərəfindən yerinə yetirilir. Sosial xidmət – sosial xidmət orqanlarının çətin vəziyyətdə olan şəxslərin adaptasiyası və reabilitasiyası üçün onlara göstərilən sosial-məişət, tibbi, hüquqi və maddi sosial dəstəkdir. Sosial-pedaqoji fəaliyyət şəxsiyyətin sosiallaşdırılması və bəşəriyyətin sosial təcrübəsinin ötürülməsinə yönəldilən təlim-tərbiyə vasitələri ilə təmin edilməsidir. Sosial-pedaqoji fəaliyyətə aşağıdakı proseslər daxildir:

- Təhsil, təlim və tərbiyə;
- İnteriorizasiya (xaricdən daxili psixi vəziyyətə keçmə prosesi);
- Sosial-mədəni proqram və ictimai irsin eksteriorizasiyası (daxili psixi fəaliyyətdən xariciyə keçmə prosesi).

Sosial-pedaqoji fəaliyyətin vacib aspekti olan şəxsiyyətin əsas sosial funksiyalarının bərpası prosesi sosial reabilitasiyadır.

Sosial inteqrasiya - şəxsiyyətin sosial mühitin bütün vacib sferalarına, tam və bərabərhüquqlu daxil olması, layiqli sosial statusa yiyələnməsi, sərbəst və problemsiz həyat imkanlarının əldə edilməsi və cəmiyyətdə özünü sübut etməsidir. Sosial inteqrasiya sosial institutların korreksiya-kompensasiya istiqamətində sosial-pedaqoji fəaliyyətin təşkilinin səmərəlilik göstəricisidir. Sosial pedaqoq normada intellektual, pedaqoji, psixoloji və sosial yayımları olan uşaqlara köməklik göstərir.

Eşitmə pozulması olan şəxsin inkişafı və fərd olması jest dili submədəniyyəti şərti və ya eşidənlərin cəmiyyətində baş verə bilər, hansı ki bu, sosio-mədəni identifikasiyanın (eyniləşdirmə) formalaşdırılmasında həlledici rol oynayacaq. Amma əks prosesə də ehtiyac var - bu və ya digər cəmiyyət, submədəniyyət bu insanı “özününkə” kimi qəbul etməli və ya etməməlidir. Buna görə də real həyatda eşitmə pozulmaları olanların sosial inteqrasiyası hər zaman problemsiz olmur: jest dilinə malik olmayan “danışan kar” eşitmə məhdudiyəti olanlar submədəniyyətin də hər zaman “özününkə” kimi qəbul olunmur və o, hər zaman ona can atmır. Eşidənlər cəmiyyətdə danışmaq nitqinə malik olmalarına baxmayaraq, onları yenə də “özününkə” kimi qəbul etməirlər. Sosio-mədəni identifikasiya və inteqrasiya problemi həyatda özünü müəyyənləşdirmə, ailə qurma və dost əhatəsi yaratma ilə əlaqədar olaraq, xüsusən cavan insanlar arasında ciddi üzə çıxır.

2.2.4. Görmə problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

Görmə pozulmalarının etimologiyası və təsnifatı

Görmək bacarığı, yəni gerçəkliyi görmə analizatoru vasitəsi ilə birbaşa duymaq və qavramaq görmə adlanır. Ətraf aləm haqqında ən böyük təəssüratları beyin məhz görmə vasitəsilə alır. Görmə mövcud real hadisə və predmet haqqında təsəvvürləri

müəyyənləşdirir və formalaşdırır. Onun köməyi ilə müxtəlif obyektlərin əsas əlamətləri (rəngi, həcmi, kəmiyyəti, keyfiyyəti və ölçüsü) dərk edilir, məkanda bələdləşmə həyata keçirilir və təbiətdə baş verən hadisələr müşahidə olunur.

Görmə pozulmalarının korreksiya və kompensasiya sisteminin işlənməsi şəxsiyyətin emosional, intellektual və sensor (görmə və eşitmə) sahələrinin formalaşdırılmasına köməklik göstərir. Bu işin icrası zamanı görmə qüsuru ilə bağlı olan xüsusiyyətlərin nəzərə alınması şərti ilə uşaqların ehtiyacları və imkanlarına əsaslanmaq vacibdir. Əvvəl də qeyd olunduğu kimi, tiflopsixologiya görmə qabiliyyətli insanların zehni inkişafı, onun düzəliş yolları və vasitələrini öyrənən xüsusi psixologiya bölməsidir. Görmə pozulmaları anadangəlmə və sonradan qazanılmış olur.

Anadangəlmə görmə pozulmalarının yaranma səbəbləri:

- Dölün ana bətnində inkişafı zamanı zədələnməsi;
- Dölün xəstəlik keçirməsi.

Sonradan qazanılmış görmə pozulmalarının səbəbləri:

- Görmə analizatorunun xəstəliyi;
- MSS-nin xəstəliyi (meningit və beyin şişləri).
- Orqanizmin ümumi xəstəliklərindən sonra ağırlaşma (məxmərək, qrip və skarlatina);
- Beynin və gözün travmatik zədələnməsi.

Görmə pozulmalarının kliniki təhlili əsasında patologiyanın aşağıdakı irsi formaları aşkarlanmışdır:

- Albinizm növündən olan maddələr mübadiləsinin irsi pozulmaları;
- Göz almasının inkişaf pozulmasına gətirib çıxaran irsi xəstəliklər (anadangəlmə anof-talm⁹, mikroftalm¹⁰);
- Buynuz təbəqəsinin xəstəlikləri (buynuz qişasının distrofiyaları);
- Damar örtüyünün irsi patologiyaları (aniridiya, anadangəlmə, genetik mənşəli kataraktalar);
- Torlu qişanın ayr-ayrı formalarının patologiyaları (anadangəlmə atrofiya¹¹).

Qeyd olunan irsi amillərə əlavə olaraq, görmə pozulmaları olan uşaqlarda embrional dövrdə daxili və xarici amillərin təsiri altında görmə orqanının inkişaf anomaliyaları da aiddir. Bu, ananın hamiləliyinin patoloji olması, virus xəstəliklərinə - toksiplazmozlara və s. yoluxmasına bağlıdır.

Görmə orqanının anadangəlmə və sonradan qazanılmış anomaliyaları xarici və daxili zərərli amillərin təsiri nəticəsində ola bilər.

Görmə qabiliyyətinin itirilməsi nəticəsində aşağıdakı funksiyalar pozulmuş olur:

- Hərəkəti fəaliyyətin məhdudlaşdırılması;

⁹Anof-talm - göz qapağının zəif inkişafı

¹⁰Mikroftalm - göz qapağı ölçüsünün anadangəlmə dəyişilməsi

¹¹Atrofiya - bədəndəki hər hansı bir orqanın və ya toxumanın kiçilməsi

- Sosial təcrübənin məzmununun tam olmaması;
- Emosional iradi sferanın özünəməxsusluğu;
- Oyun, təhsil və peşə fəaliyyətində çətinliklərin ortaya çıxması;
- İnamsızlıq və passivlik;
- Yüksək həyəcanlılıq, qıcıqlanma və aqressivlik və s.

Ümumi xəstəlik fonunda göz xəstəlikləri:

- Miopiya (blizarok) – yaxındangörmə
- Gipermetropiya (dalnazor) – uzağıgörmə
- Astigmatizm - gözün sındırma qabiliyyətinin çatışmazlığı.
- Görmə qüsuru olanlar üçün iyilmə, eşitmə qavrayışı və nitq xüsusi əhəmiyyət daşıyır.

Görmə itiliyi dedikdə gözlərin onlar arasında minimal məsafədə işıqlanan nöqtələri ayrı-ayrılıqda görmə bacarığıdır. Normal görmə itiliyi bir dəqiqə ərzində görmə bucağı altında yaxşı görən gözlə adi korreksiya vasitələrindən istifadə edilməklə obyektin detallarının fərqləndirilmə bacarığı nəzərdə tutulur. Görmə funksiyasının itirilmə səviyyəsinə görə görmə pozulmaları 2 yerə bölünür:

1. Tam korluq - görmə itiliyi 0-dan 0,04-ə qədər olanlar;
2. Zəif görmə - görmə itiliyi 0,05-dən 0,2-ə qədər olanlar.

Görmə pozulmaları olan uşaqların kateqoriyasına aid edilən şəxslər:

1. Tam görməsini itirənlər (korlar);
2. Qismən və ya işıqduyumu (ışıq və qaranlıq fərqləndirmə bacarığı) olanlar və yaxud formaların görməsi (formaların fərqləndirmə bacarığı, yəni fondan fiqurun fərqləndirilməsi), görmə itiliyi 0,005-0,04 arasında dəyişir. Normal görmə üçün vacib şərtlərdən biri də görmə sahəsidir, yəni hərəkətsiz baxış zamanı bütün nöqtələrin eyni vaxtda görünmə məkanıdır. Normada binokulyar görmə (iki göz, lakin tək görüntü) sahəsi üçün ağ rəng üfüqi 180° , şaquli 110° -ə bərabərdir. Qırmızı, göy və yaşıl rənglər üçün görmə sahəsi tədricən daralır, əşya görməsi zamanı isə onun daha çox daralması müşahidə edilir. Adətən görmə itiliyinin kəskin azalması görmə sahəsinin daralması ilə müşayiət olunur.

Görmə analizatorunun xəstəliklərindən biri aqnoziyadır¹² - adətən baş-beyin qabığının alt hissələrinin zədələnməsi zamanı baş verir. Aqnoziyanın görmə, eşitmə, ehtizaz (xəfif surətdə titrəmə və titrəyiş) və digər növləri fərqləndirilir:

1. Görmə aqnoziyası - beyin qabığının ənsə payının zədələnməsi zamanı yaranan aqnoziya vaxtı insanın görmə qabiliyyətini itirməsinə baxmayaraq, cismi gördükdə onu bütövlükdə qavraya bilmir və onların ancaq müəyyən hissəsini görür. Bəzən xəstə bu və ya digər cismin kiçik nəzərə çarpmayan hissələrini görür. Lakin həmin cismin səciyyəvi cəhətlərini sadalamaqda çətinlik çəkir. Beləliklə, görmə

¹²Aqnoziya - tanıma qabiliyyətinin itməsi, düzgün qavrayışın pozulması

- aqnoziyası zamanı (təfəkkür, hafizə və diqqət görmənin sağlam qalmasına baxmayaraq) xəstədə qavrama prosesi pozulur. Görmə prosesinin təşkilində görmə sahəsindən kənarada olan sahələr də iştirak edir. Ancaq qavrayış yalnız toxunma, hərəkəti və müvazinət qıcıqlarının təsiri sahəsində yaranır;
2. Məkan aqnoziyası - beyinin ənsə aşağı əmgəh hissənin zədələnməsi zamanı xəstə müstəqil görməyi bacarmır, aşağı, yuxarı, sağ və sol tərəfləri bir-birinə qarışdırır, özünə yer tapa bilmir və s. Məkan aqnoziyası zamanı xəstə əlini məkanda istənilən vəziyyətdə saxlaya bilmir, üfüqi və şaquli vəziyyətləri dəyişik salır və kibritlərdən tələb olunan hündürlüyü fiquru düzgün düzəldə bilmir. Görmə məkan pozğunluğu olan xəstələrdə hərflərin ifadə olunmasında da çətinliklər ilə müşahidə edilir. Belə xəstələr barmaqlarının adlarını deməkdə belə çətinlik çəkirlər. Baş barmağı dördüncü, dördüncü barmağı isə baş barmaq adlandırırlar;
 3. Eşitmə aqnoziyası - xəstə uşaqlar müəyyən cisimləri onlar üçün səciyyəvi olan xüsusiyyətlərə görə (məsələn, saatın taqıltısı, quzunun mələməsi və itin hürməsi) tanıyırlar. Lakin səs gələn tərəfi müəyyən edə bilmirlər. Aqnoziyanın bu forması baş-beynin gicgah sahələrinin zədələnməsi zamanı baş verir;
 4. Ehtizaz aqnoziyası - xəstə həssaslığı itirilməyinə baxmayaraq, gözüyumulu vəziyyətdə və əllə yoxlamaqla ona tanış olan cisimləri tanımaqda çətinlik çəkir. Lakin gözünü açan kimi o, həmin cismi tanıyır. Aqnoziyanın bu formasına beyin əmgək hissəsinin zədələnməsi zamanı təsadüf edilir. Aqnoziya zamanı bəzən elə hallar da baş verir ki, xəstə hətta öz bədən üzvlərini belə tanımaqda çətinlik çəkir və yuxarı və aşağı ətrafların yoxluğu haqda onlarda yanlış təsəvvür yaranır. Aqnoziya zamanı qavrayışda əmələ gələn qüsurlar və xəstəliyin müalicəsini təlimin xüsusi üsullarından istifadə edilməklə aradan qaldırmaq olar.

Məlumdur ki, normal inkişaf edən uşaqların həyat və fəaliyyətində görmənin rolu çox böyükdür. Dünyaya yeni göz açan uşaq ilk gündən görmə qabiliyyətinə malik olur.

Görmə və taktil genetik əlaqə yaradır ki, bu da öz növbəsində bütün psixi proseslərin əsasını təşkil edir: göz, baş və beyin qabığı ilə sıx əlaqədə olub onun təsiri altında fəaliyyət göstərir. Görmə zamanı göz torundan keçən şüalar baş beyinə daxil olur.

Görmə üzvü digər analizatorlardan daha zərif və təkmilləşdirilmiş anatomik orqandır. O, çox mürəkkəb qəbuledici və təhliledici periferik aparatdır. Kiçik yaşdan görmə insanın inkişafı üçün əhəmiyyətli bir prosesdir. Görmənin itməsi və ya zədələnməsi inkişafı ləngidir. Bunun nəticəsində şifahi nitq inkişafdan qalır və əqli fəaliyyət zəifləyir. Kor insanların psixi inkişafına dair çoxlu tədqiqat işi vardır. 1924-cü ildə V. Şteynberq qeyd edirdi ki, görmə sistemində ciddi qüsuru olan uşaq yaxşı yaddaşa malik olur. Yaddaşın belə möhkəm olması onun passiv olan və yaxud fəaliyyətdən qalan görmə orqanının hesabına olur.

Məlumdur ki, kor uşaqlarda diqqət çox davamlı olur. Görmə analizatoru uşaqlarda kiçik yaşlardan başlayır. Onların həyatının ilk anlarında yalnız qeyri-ixtiyarı diqqət özünü büruzə verir. Bu dövrdə uşaqlar əvvəlcə kəskin xarici qıcıqlar, qaranlıqdan işığa keçməyə temperaturun dəyişməsi, qəflətən eşidilən səslər və digərlərinə reaksiya verirlər. Məsələn, qırx günü tamam olmamış çağa yüksək səsdən bərk diksinir və ağlamağa başlayır. Bir cəhəti

də unutmaz ki, yaş artdıqca psixi fəaliyyətin ixtiyari olaraq tənzim edilməsində kor uşaqda diqqət daha mühüm rol oynayır. Təlim prosesində görmə qüsuru olan uşaqların diqqətinin səmərəli təşkil edilməsi zəruridir.

Görmə funksiyasının inkişafı və təşəkkülünə görə normal inkişaf etmiş uşaqların psixofizioloji tədqiqatları göstərir ki, baş-beynin qabıq sahələrinin ilkin yetişməsi normal görən uşaqlara sensor informasiyanın ilk saatlardan qəbul edilməsinə imkan verir. İlkin inkişaf mərhələlərində görmə qavrayışında aparıcı rol sağ yarımkürəyə ayrılır, yaş ötdükdə isə sol yarımkürənin rolunun artması digər təsnifatlarla və nitqin inkişafı ilə bağlıdır. Ali inteqrasiya bəndinin rolunu yerinə yetirən gicgah-əmgək-peysər sahələrinin gec yetişməsi müşahidə olunur. İlkin sensor deprivasiya (insanın əsas duyğu üzvlərinin funksiyalarının pozulması zamanı yaranan vacib informasiyanın deprivasiyası) diqqətin motivasiya komponenti, ətraf təsirlərə emosional neqativlik və yeni informasiyadan çəkinməyin defisitini yaradır, bu da uşağın psixi inkişafının ikincili qüsurlarına gətirib çıxara bilər.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda ilk yaşlarından sensor deprivasiya olduqda onların psixi inkişafı normal uşaqlar ilə müqayisədə həm psixi inkişafın özünəməxsusluğu, həm də xarakteristikalarının keyfiyyətinə görə fərqlənir.

Normal görən və kor uşaqların davranışında olan cüzi fərqlər psixi aktların strukturunun xüsusiyyətləri onlarla informasiyanın qəbul edilməsi ilə bağlıdır.

Obyektlərin hərəkətləri sensor inkişafın stimulusuna çevrilir (J.Piaje). Bu prosesdə görmə analizatorunun uşaq üçün vacib olan həyat fəaliyyəti ilə sıx əlaqəsi bildirilir. Bu, qıcıqlanma kompleksindən diferensial görmə komponentlərinə keçidi təmin edir. Uşaqda yeni davranışın əmələ gəlməsi eşitmə stimullarının diferensiasiyalarının ayrılması ilə bağlıdır və ətraf aləmin əşyavi təxəyyülünü təmin edən faktordur.

Görmə pozulmaları olan uşaqlar normal görən uşaqlar kimi doğulandan sonra kəskin səsələrə reaksiya verir. 3-cü həftədə səsin ucılığına reaksiya verir, 1-ci ayın sonunda insan səsinə reaksiya verir, 3-cü ayda isə, ona yönəldilmiş nitqə gülümsəmə, əllər və ayaqların hərəkətləri ilə cavab reaksiyalarını nümayiş edir. Uşaqlarda 5-ci aydan eşitmə qavramasının diferensiasiyası inkişaf etmiş olur, bu ayda uşaq əşyaları səslənmə əlamətinə görə fərqləndirir. Görmə qavramasının təşəkkülündə eşitmə bələdləşməsinin reaksiyası və səs böyük rol oynayır. Lakin hələ ki uşağın görmə qabiliyyəti müəyyən olunmayıb və davamlı xarakter daşımır, təxmini reaksiyaları yaradan hər bir səs qıcıqlandırıcısı təsadüfi olaraq əhəmiyyətli və sensomotor fəaliyyətin daimi sistemə daxil deyil.

Görmə qabiliyyəti pozulmuş uşaqlarda az psixi fəallıq görmə təssuratların olmaması ilə bağlıdır və psixi inkişafın tempini ləngidən amildir. Psixi inkişaf prosesi intensiv surətdə hər bir yaş dövrünün aparıcı fəaliyyət növündə baş verir. Ünsiyyətin inkişafı və onun normada olduğu vəzifə, metod və vasitələrlə həyata keçirilir. Sığallama, incə səs və xoşagəlməli duyğular cavab reaksiyalarını yaradan həmin stimullardır. Bu mərhələdə situativ-şəxsi emosional ünsiyyət situativ-iş ünsiyyətinə keçir.

Görmə pozulmaları olan uşaqların pedaqoji-psixoloji inkişaf xüsusiyyətləri

Görmə qüsurlu uşaqların psixi inkişafının spesifik xüsusiyyətlərini müəyyən edən əsas amil görmənin pozulmasıdır. Buna görə də görmə pozulmaları olan insanın həyatında

görmə və eşitmə duyğularının rolu böyükdür. Bu analizatorların normal fəaliyyəti uşaq psixikasının formalaşdırılmasına və inkişafına təsiri danılmazdır.

Demək lazımdır ki, dünya tiflopsixoloji ədəbiyyatında görmə pozulmaları olan insanların psixologiyasının normal görünlən psixikasının xüsusiyyətlərinə yaxın olması və ya əksinə özünəməxsusluğu barədə iki mövqe vardır.

Onlardan bəziləri görmənin itirilməsini psixi inkişafda əsas götürərək onun funksional əhəmiyyəti və bütövlükdə inkişafın gedişinə mənfi təsiri və qüsurun digər sensor sistemlərin fəaliyyəti hesabına kompensasiya imkanlarının qiymətləndirilməməsinə gətirib çıxarması fikrini irəli sürürlər. Görmə pozulmaları olan insanlarda idrak fəaliyyətinin özünəməxsus olduğunu rus tədqiqatçıları A.İ.Skrebitskiy (1903) və A.M.Şerbina (1916) qeyd etmişdilər. 1913-cü ildə F.Tsex görən insanların dilindən fərqli bir dilin "korların dili"nin yaradılmasını təklif etmişdir. 1924-cü ildə K.Bryurklen isə qeyd edirdi ki, görmə pozulmaları olan insanlar cəmiyyətdən təcrid olunduqlarına görə xüsusi qrup insanlara aid edilməlidirlər. Beləliklə, bu tədqiqatçıların hamısı görmə pozulmaları olan insanların psixi inkişafının spesifikliyini iddia edirdilər. Digər qrup araşdırmaçılar: T.Kantsford (1951), Qomulitskiy (1961), Maksfild (1963), V.Uilyams (1968), M.Tobin (1972), A.Q.Litval, M.İ.Zemtsova, L.İ.Solntseva və digərləri kiçik yaşlı kor uşaqların psixi inkişafının dinamikasını izləyərək belə bir fikrə gəlmişlər ki, erkən yaş dövründə görən və görməyənlərin ümumi psixi inkişafındakı nəzərə çarpan fərqliliklər, sonralar isə görmə pozulmaları olan uşaqların psixi inkişafının dinamikasının yaxşılaşdırılması nəticəsində aradan qalxmış olur. Məsələn, Qərb tədqiqatçısı M.Tobin qeyd edirdi ki, hər bir yaş qrupunda görmə pozulmaları olanlar arasında ən yaxşı uşaq özünün psixi inkişafına görə görən həmyaşdını qabaqlaya bilirlər. Müasir dövrdə görmə qüsurlarının korreksiya və kompensasiyasının nəzəri və praktik məsələlərinin araşdırılması nəticəsində görən və görmə pozulmaları olan uşaqların psixi inkişafının yaxın olması fikrinin öz təsdiqini tapmasına kömək etmişdir.

Demək olar ki, görmə pozulmaları korreksiya və kompensasiya sisteminin işlənilib hazırlanması şəxsiyyətin sensor, intellektual və emosional sahəsinin formalaşdırılmasına yardım edir və onların görmə qüsurları və bu qüsurların xüsusiyyəti nəzərə alınmaqla uşaqların tələbat və imkanlarından qaynaqlanaraq həyata keçirilir.

"Kor uşaq" anlayışı iki kateqoriyalı uşaqlara - görməsi 0 və işıqduyumu, eləcə də korreksiya olunmuş gözdə görməsi olan və görmə qalığı itiliyi 0,04-ə qədər olan və Brayl əlifbası və duyğu ilə qavranılan dərsliklərdən istifadə edilməklə savad təlimi alan uşaqlara şamil edilir.

1979-cu ildə A.İ.Kaplan tərəfindən görmə pozulmaları olan uşaqlarda görmə qalığı və işıq duyumunun tədqiqi göstərdi ki, görmə qalığını normal görmənin ən ağır dərəcəsi kimi qiymətləndirmək olmaz. Görmə qalığı müxtəlif kiliniki formalardan asılı olaraq fərqli xarakteristikalara malikdir. Görmə qalığı özündə görmə sisteminin ən ağır zədələnməsinin müəyyən inteqral xüsusiyyətlərini əks etdirir. Bu xüsusiyyətlərə müxtəlif görmə funksiyalarının qeyri-bərabər mənalı çatışmazlıqları, görmə prosesinin bütövlükdə və ayrı-ayrı komponentlərinin stabilliyi, davamsızlığı və çox tez yorğunluğun baş vermə meylli

aiddir. A.İ.Kaplan görmə itiliyinin 0,04 və görmə funksiyalarının pozulma mürəkkəbliyindən asılı olaraq görmə qalığının üç formasını fərqləndirmişdir:

Birinci forma daha yüksək funksional imkanlarının olması ilə xarakterizə olunur. Bu formada görmə sahəsinin bir qədər daralması və işığa həssaslığın aşağı olması ilə trixromatik işığın fərqləndirilməsi qeyd edilir;

İkinci forma gözün torlu qişasında "kor" yerlərin olması, görmə sahəsinin daralması və işığın fərqləndirilməsinin işığa həssaslıq, parlaqlıq və davamlılığın aşağı koeffisientinin patologiyası ilə xarakterizə edilir;

Üçüncü formada görmə sahəsinin kəskin konsentrik (birgə) daralması, görmə sahəsində mərkəzi və ya çoxlu sayda yerli çatışmazlıqların olması, koeffisient meyarların mütənəsbisizliyinin aşağı düşməsi ilə yayılmış işığın fərqləndirmə patologiyasının olması qeyd edilir. Uşaqlarda mövcud olan bu çatışmazlıqlar onları əhatə edən fondan əşyaları, yalnız onların identifikasiya edilən tərkib elementləri olmadan fərqləndirməyə imkan verir.

Aparılan müşahidələr göstərir ki, son zamanlar mürəkkəb və kompleks görmə qüsurlu uşaqların sayı artmaqdadır. Yalnız müəyyən uşaqlarda görmə funksiyalarının pozulması tək-tək hallarda müşahidə edilir. Görmə pozulmaları olan uşaqlar üçün məktəblərdə uşaqlarda aparılan görmə vəziyyətinin təhlili göstərir ki, uşaqların, demək olar ki, əksəriyyətində bir neçə müxtəlif göz xəstəliyi vardır.

Bu cür halların olması həm rus (A.Q.Litvak, L.İ.Solntseva və L.İ.Kirillova), həm də alman alimləri (R.Froydenrayx və R.Pasilleya) tərəfindən aparılmış tədqiqatlarda da öz əksini tapmışdır.

Uşaqlarda görmə pozulmaları ilə yanaşı, eyni zamanda digər müşaiyyətedici çatışmazlıqların olması hamiləliyin erkən mərhələsində dölün mərkəzi sinir sisteminin inkişafına müəyyən mənfi amillərin təsiri nəticəsində yaranan pozulmaların sonralar baş beynin fəaliyyəti, eləcə də görmə analizatorunun funksional kənara çıxmalarının ümumi səbəbləri kimi izah edilir. Çox zaman uşaqlarda ilkin və birincili görmə sistemindəki dəyişikliklərlə yanaşı, eyni zamanda ikincili qüsurlar qlaukoma, torlu qişanın deqenerasiyası və mikrokorneya mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətinin pozulmaları ilə birgə özünü göstərir.

Beləliklə, görmə qüsurlular aşağıdakı kimi müəyyənləşdirilir:

- Görmə qüsuru olan şəxslərin daha dəqiq diferensiasiyası: total kor, işıqduyumu olan insanlar;
- Görmə pozulmaları olan bütün şəxslərin bir qrupda cəmləndirilməsi;

Bu tendensiya görmə pozulmaları olan uşaqların psixoloji xarakteristikasına da təsir göstərir: uşağın psixi inkişafına müxtəlif görmə patologiyalarının təsir dərəcəsi və ağırlığı, onlarla fərdi iş və xüsusi korreksiya məşğələləri prosesində qüsurların kompensasiya imkanları müxtəlif cür müəyyənləşdirilir.

Dünya praktikasında görmə pozulmaları olan uşaqlar iki kateqoriyaya ayrılırlar: anadangəlmə görmə qüsuru olan uşaqlar və sonradan qazanılmış görmə qüsuru.

Adətən, anadangəlmə görmə pozulmaları olan və sonradan qazanılmış görmə qüsuru olan uşaqlarda görmə təsəvvürləri olmadığından onların bütövlükdə psixi inkişafı

zədələnməmiş və mühafizə edilmiş məhdud sensor sistem əsasında həyata keçirilir. Qüsurlu nə qədər erkən inkişaf mərhələsində yaranırsa, onda psixi inkişafda bir o qədər böyük kənar çıxmalar formalaşır. Görmənin daha gec pozulması isə idrak fəaliyyətində əvvəlki görmə əsasında formalaşdırılmış təsəvvür və sürətlərdən istifadə edilməsi və qüsurlu kompensasiyasında yeni əlaqələrin qurulmasına imkan yaradır.

Beləliklə də, həm uşaqlar, həm böyüklərin psixi inkişafında qüsurlu yaranma zamanı çox vacib xüsusi amillərdən biridir. Korluğun ağır dərəcələrində inkişaf prosesinə neqativ təsir bütün dərk etmə prosesləri, hətta inkişafın görmə ilə bağlı olmadığı sahələrdə - alınan informasiyaların kəmiyyət və keyfiyyətə dəyişməsi, görmə duyğusu və qavrayışı və təsəvvürlərin formalaşdırılmasında hafizə də özünü göstərir. Analizatorların qarşılıqlı əlaqə sistemində keyfiyyət dəyişmələri, sürət və anlayışlar, nitqin formalaşdırılmasında, məkanda bələdləşmə və idrak fəaliyyətində sürət və anlayışların nisbətində spesifik xüsusiyyətlərin yaranması baş verir. Bütün bunlarla yanaşı, eyni zamanda uşağın fiziki inkişafında da nəzərə çarpan dəyişmələr: hərəkətlərin dəqiqlik və intensivliyinin pozulması, yerləş və digər hərəkət aktlarının spesifikliyi özünü göstərir.

Görmə pozulmaları olan uşaqların psixi inkişafında yaş dövrlərinin rolu

Məlumdur ki, insanın bioloji prosesləri - boyunun inkişafı, çəkisinin dəyişməsi, cinsi yetişmə və digər müəyyən yaş dövrlərində baş verir və insanın normal inkişafı üçün sağlam orqanizmin olması çox vacibdir. İnsanın bütün həyatını inkişaf mərhələləri əhatə edir. Belə ki, hər bir yaş mərhələlərinin özünəməxsus fiziki, psixi və sosial inkişaf səviyyəsi və yaş xüsusiyyətləri vardır. İnsan həyatının müəyyən dövrü üçün xas olan anatomik-fizioloji və psixi keyfiyyətlər onun yaş xüsusiyyətlərini müəyyən edir. Hər bir normal insanlar kimi görmə qüsurluların da əqli, psixi və fiziki inkişafında yaş dövrlərinin çox böyük rolu vardır. Yaş mərhələlərinin düzgün müəyyənləşdirilməsi, onun inkişaf qanunauyğunluqlarının nəzərə alınması, həm də təlim-tərbiyə işinin düzgün qurulmasına imkan yaradır. Elmi ədəbiyyatda yaş mərhələləri, onların xüsusiyyətləri və qanunauyğunluqları ilə bağlı müxtəlif fikirlər təsnifatların mövcud olmasına baxmayaraq, müasir dövrdə yaş mərhələləri aşağıdakı kimi müəyyən edilmişdir:

1. Çağalq dövrü (0-1 yaş);
2. Körpəlik dövrü (1-3 yaş);
3. Məktəbəqədər yaş dövrü (3-6);
4. Məktəb yaşı dövrü (6-18 yaş).

Qeyd etmək lazımdır ki, görmə qüsurlu uşaqlarda da bu yaş dövrləri eyni olsa da, hər bir mərhələ özünəməxsus inkişafı və qanunauyğunluqları ilə fərqlənir.

Çağalq dövründə normal inkişaf etmiş körpənin işığa reaksiya verməyi, başını işıq mənbəyinə çevirməyi, hərəkət etməyən əşyaya uzun müddət baxmağı və gözünə kənar təsir olduqda qırpmağı bacarırsa, görmə qüsurlu körpə bunları edə bilmir. Uşaq ana və yaxın qohumların üzünü görərək tanımaqda və ünsiyyətdə olmaqda çətinlik çəkir.

2-3 aylıq körpənin davranış və inkişafının müşahidələri göstərir ki, bu yaşda olan həmyaşlıd görənlərdən reaksiya və davranışlarına görə onlar bir o qədər də fərqlənmirlər.

Bu yaşda olan uşaqların bütün qıcıqlandırıcılar, xüsusilə də, qidalanma, ana və südün qoxusu və bələnməyə reaksiyası xarakterikdir. J.Piaje bu davranışı "Pozalı" davranış adlandırmışdır. Normalda körpələrdə belə ilkin reaksiyalar sintetik və qovuşuq xarakter daşıyır və uşağın həyat əhəmiyyətli fəaliyyəti üçün vacib olan hər hansı bir qıcıqlandırıcı komplekslərdən görmənin tam yoxluğu və ya məhdudluğu onun sonrakı inkişaf hazırlığına çox böyük zərbə vurmuş olur.

Təqribən 2-3 aylığında normal görünən uşaqda gözlə hərəkəti izləmək və gözünü dikmək kimi görmə funksiyaları görməsi olmayan və ya ağır görməsi olan uşaqlarda onların psixi inkişafını məhdudlaşdıran əsas amilə çevrilir.

Hərəkət edən əşyanın gözlə izlənməsi uşağın 3-5 ay aralığı dövründə də formalaşdırılır. Bununla da, hərəkət edən obyekt uşağın sensor inkişafı üçün bir stimül olur. Görmə pozulması olan uşaq isə 5-6 ayında kompleks qıcıqlandırıcılarla bələdləşməyə başlayır. Ağır görmə qüsurlu uşaqlarda yeni tip davranışın yaranması qavrayışın duyğu sahələrinin formalaşdırılması prosesində ətraf aləmdəki əşyaların əks edilməsini təmin edən distant eşitmə stimullarının diferensiasiya və seçilməsi ilə bağlıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, dərəcəsindən asılı olmayaraq görmə pozulmaları olan uşaqlar da normal görünənlər kimi anadan olduqları andan kəskin səslər, 3-cü həftəsində uca səslər, 1 ayın tamamında isə insan səsinə reaksiya verir və 3-cü ayda isə ona müraciət olunan nitqə gülümsəmə, səs və əl-ayaq hərəkətləri ilə cavab verməyi bacarırlar. Lakin görünən uşaqlardan fərqli olaraq görmə pozulmaları olanlar eşitdiyi informasiyanın istifadə edilməsi, təhlil və yadda saxlanmada seçim edilməsindən daha çox asılıdırlar. Bu uşaqlarda fərqləndirilmiş eşitmə qavrayışının inkişafı təqribən 5-ci ay, əşyaların səsli əlamətlərinə görə seçilməsi və fərqləndirilməsi bacarığı yarandığı vaxta təsadüf edir. Görünən uşaqlarda bu fəaliyyət qavrayışı əşyaviliyin görmə və eşitmə analizatorlarının birgə əlaqə və fəaliyyətinin inkişafı ilə sıx bağlıdır. Görünən uşaqlarda görmə qavrayışının inkişafında böyük rolu səs və səsle bələdləşmə reaksiyaları oynayır. Lakin uşaqda bələdləşmə reaksiyasını yaradan bütün səs qıcıqlandırıcıları görmə sahəsi müəyyənləşdirilmədiyi və davamlı xarakter qazanmadığı və tamamilə təsadüfi səciyyə daşmadığı halda onun sensomotor fəaliyyətinin davamlı sistemə daxil olmur.

Beləliklə də, erkən inkişaf mərhələsində görmə pozulmasının olması və ya uşağın 3-4-cü ayında görmənin pozulması hərəkət və duyğuların inkişafına bir o qədər də mənfi təsir göstərmir. Hərəkət sahəsinin yetişdirilməsi, əllərin inkişafı və əşyaların əl ilə tutulması və buraxılması bacarığı görmənin bu fəaliyyətlərdə iştirakından asılı olmayaraq formalaşdırılır. Əşyalar uşaqda hərəkəti inkişaf etdirir.

4-5-ci ayında hərəkət reflekslərinin təkamülü ilə bağlı əşyalarla təmin edilməsi mürəkkəb hərəkət sisteminin formalaşdırılması bazasında uşaqlarda taktil hissiyat və kinesteziyaların inkişafında çox böyük irəliləyişlər baş verir. Məlumdur ki, hər bir yaşın aparıcı fəaliyyəti psixi inkişaf prosesinə təsir edən amillərdən biridir. Körpənin erkən yaş dövründə aparıcı fəaliyyəti böyüklərlə ünsiyyətdə ətraf aləm haqqında biliklərə yiyələnməsi prosesidir. Görmə pozulması olan körpələrdə fəallığın nəzərə çarpacaq dərəcədə aşağı olması böyüklərlə ünsiyyət çətinliyinin yaranmasına səbəb olur. İlk aylarda dərəcəsindən

asılı olamayaraq görmə pozulmaları olan körpələrdə ünsiyyətin stimullaşdırılması və inkişafı eyni ilə görən uşaqlar üçün olan vəzifə, üsul və metodlarla həyata keçirilir. Sığallama, mehriban və yumşaq səs, xoş olan istilik duyğusu, ananın qoxusu və bədənində toxunuş həmin qeyd etdiyimiz kimi qavranılıb və cavab reaksiyasının yaranmasına səbəb ola bilər. Uşağın yaş yarımında ikinci yarım ilin keçid forması olan situativ-əməkdaşlıq ünsiyyətinə keçidi təmin ediləcək situativ şəxsiyyətli emosional ünsiyyət çox böyük rol oynayır. Beləliklə, həyatının birinci yarım ilində kor uşağın inkişafı özünəməxsus şəkildə və psixi funksiyaları qeyri-mütənasib inkişaf edir.

Duyğu sahələrinin ləng formalaşdırılması ilə bağlı olan diferensiallaşmış eşitmə qavrayışının əvvəlcə görmə pozulmaları olmayanlardan müəyyən qədər geri qalması, sonra onunla bərabərləşdirilməsi, daha sonra isə görmə qüsurlu uşağın eşitməsi inkişaf etmiş həmyaşını geridə qoyması müşahidə edilir. Görmə pozulması olan uşağın özünəməxsus psixi ainkişafı görmə pozulmaları ilə bağlı inkişaf çatışmazlıqlarının kompensasiya edilməsinə imkan yaradır. Artıq altıncı ayında uşaq hərəkət sahəsi, kinesteziya (proprio reseptorlardan gələn siqnallara əsaslanan bədən hissələrinin məkanda hərəkət etməsi və onun vəziyyətinin duyulması) və ya, eşitmə və digər duyğulara istinad edərək bu çatışmazlıqların kompensasiya edilmə prosesinə qoşulur.

Görmə pozulmaları olan uşağın psixi inkişafının normallaşdırılması üçün böyüklərin bir neçə istiqamətdə fəal yardımı: qavrayışın polisensor təməlini yaradan mürəkkəb sinir sistemi əlaqələrinin yaradılması üçün bütün zədələnməmiş analizatorların fəaliyyətinin fəallaşdırılması əsasında ünsiyyətin təşkili və xarici mühitin kompleks qıcıqlandırıcılara reaksiyanın təmin edilməsi baxımından qabaqlayıcı fəaliyyətin yaradılması məqsədi ilə funksiyalararası və funksiyalardaxili əlaqələrin əsas sistemlərinin formalaşdırılması çox vacibdir.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda bu əksətmə forması özü-özlüyündə meydana çıxıb inkişaf etmir. Onlar ətraf aləmdə toxunma, iybilmə, xüsusilə də, eşitmə ilə dərk edə bilirlər.

Görmə pozulması olan uşaq 1,5-2 yaşında əsas ünsiyyət vasitəsi kimi inkişafetdirici nitqdən istifadə etməyə başlayır. Aktiv nitqli ünsiyyət lüğətin zənginləşdirilməsi və nitqin qrammatik quruluşunun təkmilləşdirilməsinə gətirib çıxarır. Sensitiv mərhələdə fəal sözlü ünsiyyətə istinad, dərəcəsindən asılı olmayaraq görmə pozulmaları olan uşaqda əşya fəaliyyətini formalaşdırmağa mane olan çətinlikləri aradan qaldırmağa imkan verən və onun psixi inkişafını şərtləndirən əsas yollardan biridir.

Lakin bu yaşda görmənin olmaması və ya pozulması uşağın inkişafına elə bir zərbə vurur ki, o nə məktəbəqədər yaşdan əvvəl, nə də məktəbəqədər yaş dövründə kompensasiya edilə bilmir.

Məktəbəqədər yaş mərhələsi uşağın inkişafı və onun məktəbəqədər hazırlığında xüsusi rol oynayır. Görmə pozulmaları olan uşaqlarda məktəbəqədər yaş dövrü həm fiziki, həm də əqli inkişaf ilə fərqlənir. Normal həmyaşlarından fərqli olaraq onların əzələ və sümük sisteminin möhkəmləndirilməsi ləngiyir və müvazinət və hərəkətlərin koordinasiyası və düzgün yerinə yetirilməsi və məkanda bələdləşmə kifayət qədər inkişaf edə bilmir. Görmə pozulması olan uşaqda şəxsiyyətin inkişaf probleminin ortaya çıxmasına

səbəb olur. Uşaqlar ana dilinin qrammatik quruluşunu mənimsəmək və fikri məntiqi şəkildə çatdırmağı bacarsalar da, yaxınları və normal həmyaşidlari ilə ünsiyyət qurmaqda müəyyən çətinliklər çəkirlər. Məktəbəqədər yaşlı uşaq üçün xarakterik olan oyun fəaliyyəti onlar üçün öz məzmun və formasını dəyişir. Görmə pozulmaları olan uşaqlar kollektiv oyuna maraq göstərmir, həmyaşidlari ilə qarşılıqlı fəaliyyətdə olmaqdan çəkinir və təklikdə oynamaq və hərəkət tələb etməyən oyunlara üstünlük verirlər.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda əşyalarla bağlı bir və ya iki əllə hərəkət və əl işində yüksək dəqiqlik tələb edən mürəkkəb əməliyyatı iki yaşdan sonra meydana çıxmağa başlayır və 3 yaşın sonunda görmə pozulmaları olan uşaqların hamısında özəl aparıcı əşyavi fəaliyyətin yaranması və formalaşdırılması müşahidə olunmur. Lakin əşyavi fəaliyyət üçün bir zəmin yaranır. Uşaqlar əşyaların funksional təyinatını başa düşməyə başlayır və onlardan tez-tez sadə praktik fəaliyyətdə istifadə etməyi öyrənirlər. Əgər məktəbəqədər yaşlı, dərəcəsiindən asılı olmayaraq, görünən uşaqlar əşyanın funksional təyinatı haqqında sözlü biliklərə müstəqil yiyələnmə bilirlərsə, o zaman onlara manual-hərəkət komponentlərini mütləq öyrətmək lazımdır.

Diferensiallaşmış eşitmə qavrayışı və əşyalarla hissi tanışlıq zamanı yaranmış müstəqil səslənmə ətrafdakı insanlarla ünsiyyət vasitəsi kimi getdikcə daha mühüm rol oynamağa başlayır. Görmə dərəcəsiindən asılı olmayaraq uşaq özünə diqqət cəlb etmək və bu və digər əşyanı əldə etmək üçün nitq səsləri və sözlərdən istifadə edir. Böyüklərin kor uşağı dindirməsi və onların buna emosional münasibəti, onlarda səs və sözlərin qavranılması və tələffüzünün həyata keçirilməsini tezləşdirir və gücləndirir. Sözlərin mənasının başa düşülməsi görmə dərəcəsiindən asılı olmayaraq görmə qüsurlu uşaqlarda bir neçə mərhələdə baş verir.

Məktəbəqədər yaş mərhələsində konkret praktik fəaliyyətdə nominativ və ümumiləşdirici funksiya daşıyan nitqə istinad edilməklə görmə pozulmaları olan uşaqda ətrafdakı əşyaların qavranılmasında ümumiləşdirici vasitələrin formalaşdırılmasına başlanılır. Məhz böyüklər və həmyaşidlari ilə nitqli ünsiyyət vasitəsi ilə məktəbəqədər yaşlı görmə pozulması olan uşağa həm praktik inkişaf, həm də məkanda bələdləşmədəki geriləmənin aradan qaldırılmasına imkan verir.

Erkən və məktəbəqədər yaş dövründə praktik fəaliyyət görmə pozulması olan uşağın inkişafında kompensator rol oynayaraq əsas dərketmə fəaliyyəti proseslərinin inkişafına kömək edir. Bu zaman görmə pozulmaları olan uşaqda, ilk növbədə, qavrayış və onun diferensiasiya prosesləri inkişaf edir (A.B. Zaparajets, L.A. Venqer və digərləri). Praktik fəaliyyət eyni zamanda məktəbəqədər yaşlı görmə pozulmaları olan uşaq qarşısında yeni perspektiv bələdləşmə vasitələri və onların həyata keçirilmə üsullarının işlənməsi tələbatını yaradır.

Məktəbəqədər yaşda korluğun kompensasiyasının ən vacib məqamlarından biri uşağın əyani-obrazlı formada məntiqi əməliyyatların aparılma bacarığının yaradılmasıdır. Lakin əşya aləmi haqqında biliklər və təsəvvürlərin diferensiasiyasının kasadlığı uzun müddət kor uşaqların fikri əməliyyatlara deyil, praktik təhlil və sınaqlara istinad etməsini şərtləndirir.

Qeyd etmək lazımdır ki, görmə pozulmaları olan uşaqlarla görünənlər arasındakı psixi

inkişaf və digər spesifik xüsusiyyətlər üzrə fərqlərin zəiflədilməsində birincilərin kompensator imkanlarının rolu çox böyükdür. Kor uşaqlarda mühafizə edilərək saxlanmış analizatorların fəallaşdırılaraq görmə analizatorunun funksiyalarının əvəz edilməsi nəticəsində onlar təlim prosesində bilik, bacarıq və vərdislərə yiyələnə bilirlər.

Təlim prosesinin təsiri altında kor uşaqlarda eşitmə, dəri, qoxu, taktil-vibrasiya analizatorlarının funksiyası, xüsusilə də lamisə və vibrasiya həssaslığı daha da fəallaşmış kompensator fəaliyyət xarakteri qazanılır və 3-4 ildən sonra kor uşaqlara normal həmyaşlılarına çatmaq, hətta onları geridə qoymaq imkanı verir.

Ağır görmə qüsurlu uşaqların təlim-tərbiyəsinin qabaqcıl təcrübəsi göstərir ki, ikincili qüsurun (məkanda bələdləşmə) və onunla bağlı psixi və fiziki inkişafın ləngiməsinin aradan qaldırılması üçün erkən vaxtda təlim-tərbiyənin təşkili çox böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Demək lazımdır ki, kor uşaqlarda hissi dərk etmə əvvəlcə çox ləng inkişaf etsə də, sonralar xüsusi təşkil olunmuş korreksiya-pedaqoji işin təsiri altında intensiv olaraq inkişaf etməyə başlayır. Nəzərə almaq lazımdır ki, kor uşaqlarda analizatorların kompensator funksiyası məhz ikinci siqnal sisteminin inkişafından asılı olur. Baş beyində ikinci siqnal sisteminin tədricən formalaşdırılması nəticəsində onun ali formalarının yaradılması ilə bağlı kor uşağın əqli fəaliyyəti keyfiyyətcə dəyişilir.

Məlumdur ki, uşaq şəxsiyyəti tədricən cəmiyyətin sosial təcrübəsini mənimsəmə gedisində və böyüklərlə ünsiyyət prosesində formalaşdırılır. Görmə dərəcəsindən asılı olmayaraq uşaq şəxsiyyətinin formalaşdırılması normal həmyaşlıları ilə müqayisədə özünəməxsus xüsusiyyətlərə malik olub məktəb yaş dövründə təlim fəaliyyəti ilə psixi inkişafın qarşılıqlı vəhdətində inkişaf edir. Təlim uşaqda iradəlilik, intizamlılıq və özü, kollektiv və ətrafdakılara qarşı tənqidi münasibətin formalaşdırılması və davranış, sosial, mədəniyyət vərdislərinin inkişaf etdirilməsinə təkan verir. Lakin məktəb yaş dövründə də görmə qüsurlu uşaqların qarşılaşdıqları çətinliklər özünü göstərir:

Birincisi, görmə pozulması olan məktəbli ətrafdakı normal insanlarla ünsiyyətdə çətinlik çəkməsələr də, hərəkət və məkani bələdləşmədə normal insanlardan geri qalırlar.

İkincisi, görmə analizatorunun fəaliyyət pozulması görmə pozulmaları olan uşağa həyat təcrübəsinin fəal qazanılması, emosional-iradi inkişaf üçün çox gərəkli olan gerçəklik və reallığın dərk edilməsində müəyyən çətinliklər törədir.

Üçüncüsü, xüsusi təhsil müəssisələrində (məktəbəqədər və məktəbdə) təlim-tərbiyə prosesində cəmiyyətin sosial təcrübəsinin çox böyük hissəsini birbaşa mənimsəyən görmə pozulmaları olan uşaqların hərəkət məhdudiyyətinə görə bu təcrübənin həyata keçirilməsi onların imkanları xaricində olur.

Müəyyən xarakter və şəxsiyyət xüsusiyyətlərinə malik olan kor uşaq yalnız görənlərlə özləri arasında fərqi dərk edə bildiyi sosial-situasiya şəraitində formalaşdırıla bilər. Başqa sözlə desək, normal insanlar arasında yaşayaraq həmyaşlılarından özlərinə qarşı münasibətdə fərqli yanaşmanın dərk edilməsi ilə onlarda müəyyən qədər, az və ya çox davamlı xarakter və şəxsiyyət cizgiləri formalaşdırılır. Onlarda emosional gərginlik tələb edən vəziyyətlərə qarşı yüksək dözümlülük, utancaqlıq və digər xüsusiyyətlər qeyd edilir.

Məktəb yaş dövrünün böhran mərhələsi 11-15 yaşları əhatə edən yeniyetməlik

mərhələsidir. Bu mərhələ bir çox ədəbiyyatlarda “Böhran dövrü”, “Orta yaş dövrü”, “Keçid dövrü” və “Çətin tərbiyə olunan mərhələ” kimi müəyyənləşdirilir. Həqiqətən də bu mərhələ həm fizioloji, həm psixoloji və pedaqoji baxımdan uşaqların ən çətin dövrü kimi xarakterizə edilir. Bu dövrdə istər tipik, istərsə də görmə qüsurlu uşaqların təlim fəaliyyətinin xarakteri dəyişdirilir (böyüklər və həmyaşıdları ilə ünsiyyətdə qarşı cinsə maraq, təlim fəaliyyətinin bir qədər azaldılması və ya onun üçün əhəmiyyətsizləşdirilir). Bu mərhələdə şəxsiyyətin formalaşdırılması, özünəqiymət və tənqidi münasibətdə prioritetlər dəyişilir, yaşlılıq hissi artır, onlarda daha çox müstəqillik, sərbəstliyə can atma müşahidə edilir. Yeniyetmə üçün ictimai rəy xüsusi məna kəsb edir, müstəqilliyi özünü təsdiq kimi qəbul etdiyi üçün məktəbdə müəllim-şagird və ailədə valideyn-uşaq münasibətlərinin dəyişilməsi nəticəsində çox zaman münaqişə yaranır. Yeniyetmələr əxlaqi prinsiplərin dərk edilməsində də yanlışlığa yol verir, prinsiplərlə inadkarlığı və məqsədyönlülüklə dözümsüzlüyü qarışdırırlar.

Məlumdur ki, cəmiyyət tərəfindən hasil olunmuş əxlaq və davranış kateqoriyaları əsasında gerçək hadisələrin şəxsiyyətin əxlaqi tələbləri baxımından qavranılması zamanı insanın keçirdiyi bütün hislər əxlaqi hislərə aiddir.

Deməli, əxlaqi hislər və yaşantılar insanın özü, ətrafdakıların fəaliyyəti və əməllərinə yalnız şüurlu münasibətdən meydana çıxıb bilər. Əxlaqi hislərin əsasını şəxsiyyətin sosial təcrübəsi və əxlaqi təsəvvürlər təşkil edir. Görmə pozulmaları olan uşaqda tam və kamil əxlaqi təsəvvür və tələblər sözlü nitqin inkişafı ilə bağlıdır. Sözlü nitqin olması görmə pozulmaları olan uşağın şəxsiyyətinin əxlaqi hislərinin formalaşdırılması və inkişafı üçün təkan rolunu oynayır.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda məkani təsəvvürlərin xüsusiyyətləri

Öz modallığına görə hafizə təsəvvürləri görmə, eşitmə, qoxubilmə və toxunma məzmununa görə məkani, riyazi, musiqili və ümumiləşdirmə dərəcəsinə görə fərdi, ümumi, sxematik və tipik olmaqla bir-birindən fərqlənir. Bundan əlavə elmi ədəbiyyatda təsəvvürlərin böyük fərdi parlaqlığı, davamlılığı və dəqiqliyi də qeyd edilir. Görmənin pozulması zamanı görmə qavrayışının məhdudluğu mütləq görmə təsəvvürlərinə də mənfi təsir göstərir. Ətraf aləmdəki hadisə və əşyaların vizual qavranılmasının mümkünsüzlüyü təsəvvürlərin inkişafını ləngidir. Görmə pozulmaları olan uşaqlarda əşya və canlıların rəngi, həcmi və forması haqqında qeyri-dəqiq, düzgün və kifayət qədər dolğun məlumat olmur.

Görmə pozulması və normal görən uşaqlarda təsəvvürlərin formalaşdırılması prosesi mahiyyətə eynilik təşkil edir. Onların hər ikisində təsəvvürlərin formalaşdırılmasının diferensiasiya səviyyəsi hissi və anlama nisbətində görə üç fazada qeyd edilir. Bununla yanaşı, zəif görən uşaqlarda təsəvvürlərin saxlanması bir qədər məhdud və zəifdir.

Beləliklə, görmə pozulmaları olan uşaqlarda təsəvvürlərin birinci xarakterik xüsusiyyəti görmə obrazlarının tam və ya qismən olmaması səbəbindən onun kəskin daralmasıdır. Bundan əlavə görmə pozulmaları olanlar normal görənlərdən hafizənin hissi obrazının həm kəmiyyət, həm də keyfiyyətinə görə də fərqlənirlər. Onlar üçün fraqmentlik, sxematizm, ümumiləşmənin aşağı səviyyəsi və verbalizm xarakterikdir. Görməsi pozulmuş şəxslər üçün təsəvvürlərin fraqmentliyi obrazların modelləşdirilməsi və rəsmnin çəkilməsi

yolu ilə yaradılması ilə yanaşı, obyektlərin tanınmasında özünü göstərir. Görmə pozulmaları olan insanların reproduktiv təsəvvürlərində vacib və çox dəyərli detal olmur. Bu, görmə pozulmaları olan insanlarda təsəvvürlərin fraqmentliyi əşya haqqında hissi biliklərin tam və dolğun olmamasının nəticəsidir. Əşyaların qeyri-dəqiq və tam olmayan təsviri isə ümumiləşmə səviyyəsinin aşağı düşməsinə və bir o qədər də əhəmiyyətli olmayan əlamətlərin fərqləndirilməsinə gətirib çıxarır.

Görmə pozulmaları olan insanlarda təsəvvürlərin sxematikliyi kifayət qədər tam görmə və hissi əks olunma ilə bağlıdır. Təsəvvürlərin sxematikliyi zəif diferensiasiya olunan obrazların kasadlığının nəticəsidir, lakin görmə çatışmazlığı olan uşaqlarda qavrayış prosesinin təşkili, istiqamətləndirilməsi, müşahidəçilik və tədqiqatçılıq vərdişlərinin formalaşdırılıb inkişaf etdirilməsində təsəvvürlərin sxematizmiyinin aradan qaldırılması mümkündür. Obyektiv gerçəklik daha dolğun, tam və dəqiq əks oluna bilər. Görmə pozulmaları olan uşaqların xüsusi məktəbdə təlim-tərbiyə təcrübəsi göstərir ki, düzgün təşkil olunmuş korreksiya işi kifayət qədər ətraf mühitdə düzgün bələdləşməyə imkan verən çox və gərəkli təsəvvür ehtiyatının qazanılmasına şərait yaradır. Bu obrazlar sonralar anlayışların formalaşdırılması üçün zəmin rolunu oynayır.

Görmə pozulmaları olan şəxslər anlayışların formalaşdırılması prosesinin əsl mahiyyətinə - hissələrə ayrılmamış, sxematik və kifayət qədər mənalandırılmadan daha tam, ümumiləşdirilmiş və uyğun gələn obraza keçilməsinə təsir göstərə bilmirlər. Anlayışların sensor sahənin tam və qismən görmə funksiyalarının itirilməsi hesabına daralması, öz inkişafı və mühafizəsi normada olduğu fazalarda baş verir. Görmə pozulmaları olan zaman anlayışların formalaşdırılma prosesi ümumi qanunauyğunluğa tabe olmaqla yanaşı, eyni zamanda özünün xarakterik xüsusiyyətlərinə malik olur və öz dinamikası ilə normadan artıq ləngiməsi və mərhələlərarası keçidlərin çətinliyi ilə fərqlənir. Görmə pozulmaları olan uşaqlar bir mərhələdən digərinə keçərkən normal görənlərdən fərqlənir və təsəvvürlərin formalaşdırılmasında onlardan xeyli geri qalır.

Görmə itiliyindən birbaşa asılı olaraq aşağı fazadan ali fazaya keçidin sürət və asanlıqına görə görmə pozulmaları olan uşaqlar bir-birindən ciddi fərqlənirlər, yəni görmə itiliyi nə qədər çox olarsa, bir fazadan digərinə keçmə sürəti də bir o qədər yüksək və keçirilmə asan olar. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu asılılıq yalnız görmə pozulmalarının dərəcəsinin 0,2-dən aşağı olması zamanı özünü göstərir və bu asılılıq görmə qüsurlu uşağın yaş xüsusiyyətləri ilə sıx bağlı olaraq meydana çıxır.

Təsəvvürlərin formalaşdırılması prosesinə görmə itiliyinin təsiri uşaqda yaşın artması ilə zəifləyir və yuxarı siniflərdə, xüsusilə, zəif görən uşaqlarda artıq bir o qədər də rol oynamır. Görmə təsəvvürlərinin tamlığı, parlaqlığı və diferensiasiyası təkcə görmə itiliyindən deyil, həmçinin bir sıra səbəblərdən - yaş, görmənin itirilmə zamanı və öz fəaliyyətində görmə sürətlərindən istifadə təcrübəsindən çox asılıdır. Erkən yaş dövründə görmə qabiliyyətini itirmiş şəxslərdə hafizə sürətləri çox az sayda olur, yalnız özünün əşya və hadisələrlə əlaqədar güclü emosional yaşantılarını əks etdirir. Kiçik məktəbli yaşında (6-7 yaşında) görməsini itirmiş uşaqlarda görmə təsəvvürləri ehtiyatı daha zəngin olur və təlim prosesində bu təsəvvürlərin həcmi daha da genişlənir.

Böyük yaşda görmə təsəvvürləri isə görməsi olanlarla, demək olar ki, eynilik təşkil edib praktiki xarakter daşıyır. Bu zaman onlardakı təsəvvür dairəsi təkcə yaşla bağlı deyil, həm də ali sinir fəaliyyətindən çox asılıdır. Lakin bu təsəvvürlərin davamlılığı nisbi xarakter daşıyır və əgər möhkəmləndirmə olmasa, bu təsəvvürlər getdikcə dağılar və əvvəlki görmə qıcıqları silinə bilər. Nəticədə görmə təsəvvürlərinin sönməsi hafizə proseslərinin qanunauyğunluqlarına təsir edib unutmazlığa gətirib çıxarar. Məkanda bələdləşmə bacarığı insanın seçdiyi hesabat sisteminin üç ölçülü məkanının nəzərə alınması əsasında onun özünün olduğu yerin təyin edilməsi imkanını şərtləndirir.

Korlarda məkanda bələdləşmə və topoqrafik təsəvvürlər məkani qavrayış bacarığı əsasında formalaşdırılır.

Görmə pozulmaları olan uşaqların erkən və məktəbəqədər yaş dövründə məkanda bələdləşməsi problemi L.İ.Soltse tərəfindən geniş araşdırılmışdır. O, uşağın ilk birinci ayından başlayaraq məktəb yaş dövrünə qədər məkanda bələdləşmə prosesinin inkişafını şərti olaraq bir neçə mərhələyə ayırmışdır. Onun fikrinə görə artıq 5-6 ayında görmə pozulmaları olan uşaqlarda məkanda bələdləşmənin ilkin elementləri formalaşdırılmağa başlayır. Körpə qucaqda olmağı xoşlayır, əşyanı tutmaq üçün əllərinin hərəkətini koordinasiya edir, səsin istiqamətinə görə yaxınlarının olduğu yeri müəyyənləşdirir, səsə görə onları tanıyır və ayaqüstə və ya oturaq vəziyyətdə bədəninin müvazinətini saxlamağa çalışır.

Bu mərhələdə duyulan obyektə obyektin işarə elementi kimi onun səsli xarakteristikası arasında qurulan əlaqələr çox böyük rol oynayır. Bu da bu yaşda olan uşağın əlləri, başı və gövdəsinin hərəkətləri ilə yanaşı, eyni zamanda məkanda bələdləşməsinin inkişafına kömək edir. Görmə qalığı bu mərhələdə kinestetik, eşitmə vestibulyar məkanda bədənin və başın vəziyyətinin dəyişməsinə qəbul edən orqandır, daxili qulağın hissəsidir, hissiyatla müqayisədə bir o qədər də rol oynamır.

Məkanda bələdləşmə strukturunda ən başlıca faktorlardan biri də həm passiv, həm də aktiv nitqin inkişafıdır. Nitqin hərəkət və əşya fəaliyyəti arasındakı əlaqəsi məkanda bələdləşmənin inkişafına təkan verir. Bu mərhələdə məkanda bələdləşmənin uğuru uşağın fiziki keyfiyyətləri və onun hərəkət sahəsinin inkişafından çox asılıdır. Bu zaman bələdləşmədə görmə qalığının rolu daha da artır və uşaq ətrafdakı əşyaların xüsusiyyətlərini distant yolla fərqləndirmə bacarığına malik olmağa başlayır.

Növbəti mərhələ, ilkin qüsurun korreksiyasının fəal yerinə yetirilməsi və ətraf aləmin sensor təhlilinin təkmilləşdirilməsinə imkan verən və bununla da məkanı dolduran əşyaların surətinin dəqiqləşdirilməsi və mürəkkəbləşdirilməsinə kömək edən bələdləşmə bacarığının inkişafı mərhələsidir. Yaradıcı oyun və məhsuldar fəaliyyətin müxtəlif növləri uşaqda müxtəlif əşyaların təhlili, sistemləşdirilməsi və təsnifləşdirilməsinin təhlil edilməsi məcburiyyəti yaradılır və onun hərəkət fəallığı inkişaf etdirilir.

Böyük məktəbəqədər yaşın sonunda görmə pozulmaları olanlar təsəvvür surətinin strukturunu mürəkkəbləşdirmək, ümumiləşdirmək və konkretləşdirməyi bacarır. Bu zaman nitq, hafizə və təfəkkürü fəal daxil edilməklə əyani-praktiki, əyani-obrazlı və anlama formaları kimi xarakterizə edilən mürəkkəb psixoloji sistemlərin meydana çıxarılmasına

səbəb olur.

Məkanda bələdləşmənin inkişafında ən böyük rolu görmə pozulmaları olan uşaqların məktəb yaşı mərhələsi oynayır. Məhz məktəb yaşı mərhələsi həm sensor, həm də müəyyən dərəcədə məntiqi komponentləri özündə cəmləməklə məkan haqqında mürəkkəb və sistemli kompleks təsəvvürlər formalaşdırmağa başlayır. Bu mərhələdə müxtəlif hissi biliklərin ümumiləşdirilməsinə imkan verən sistemli təlimin başlanması, məkanın ümumi əlamətləri və məkani əlaqələri müəyyən edən məkan haqqında terminlərin formalaşdırılması baş verir. Məkanda bələdləşmənin formalaşdırılmasının çətinliyi görmə pozulmaları olan uşaqlarda təkə görmənin itirilməsi ilə deyil, həm də digər ikinci dərəcəli qüsurların mövcudluğu ilə bağlıdır.

Qeyd edilənləri ümumiləşdirərək demək olar ki, görmə pozulması olan uşaqlarda məkanda bələdləşmə prosesi ətraf aləmi tam və ümumiləşdirilmiş şəkildə qavramaq, həm konkret, həm də ümumiləşdirilmiş orioentirlərdən istifadə etməklə onu təhlil etmək bacarığının formalaşdırılması və inkişafı ilə bağlıdır.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda nitqin və hafizənin inkişaf xüsusiyyətləri

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda nitqin inkişafı normal uşaqlarda olduğu kimidir, lakin görmənin pozulması və ya onun ağır qüsurları əlaqələrin yenidən qurulması ilə bağlı görmə analizatorlarının qarşılıqlı fəaliyyəti dəyişdirildiyindən nitqin formalaşdırılmasında bir qədər fərqli əlaqələr sistemi özünü göstərir.

Görmə pozulmaları olan uşaqların nitqi norma daxilində insanın spesifik ünsiyyət fəaliyyəti çərçivəsində, lakin özünəməxsus xüsusiyyətlərlə inkişaf edir: nitqin lüğət-semantik (məna) tərəfinin pozulması və leksikanın istifadəsində "formalizm" və konkret məna kəsb etməyən söz yığınının olması ilə fərqlənir.

Bir çox tədqiqatçılar (L.S.Volkova, Z.Q.Yermoloviç, S.L.Jilsova, M.İ.Zemnova və s.) və tiflopedaqoqlar görmə pozulmaları olan uşaqların ətrafdakılarla əşya-əməli fəaliyyət prosesində kifayət qədər fəal qarşılıqlı əlaqəsinin olmaması nəticəsində nitqin ilkin inkişaf mərhələsinin çox ləng formalaşdırılmasını qeyd etmişlər. Görmə pozulmaları olan uşaqların həyatlarının birinci ilində zədələnməmiş analizatorların funksiyasının inkişafı onların qarşılıqlı fəaliyyətində görmə komponentinin olmamasına görə görənlərdən bir qədər fərqlənir. Bu yaşda ünsiyyət əsas fəaliyyət kimi görmə pozulmaları olan uşaqların inkişafı və ictimai təcrübənin mənimsənilməsində müstəsna rol oynayır.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda sözlü nitqin inkişaf xüsusiyyətləri erkən məktəbəqədər və kiçik məktəb yaşı dövründə özünü daha parlaq göstərir. Həyatlarının birinci ilində görmə pozulmaları olan uşaqlarda görən uşaqlarla müqayisədə mühafizə olunmuş sensor funksiyalarının inkişafı daha az münbit şəraitdə baş verir. Bu yaşda aparıcı fəaliyyət olan ünsiyyət görmə pozulmaları olan uşağın inkişafı və ictimai təcrübənin mənimsənilməsində çox fəal rol oynayır. Əşyalarla hiss etmə ilə yaranmış diferensiallaşmış eşitmə qavraması və müstəqil səsənmə (səsli reaksiyalar) görmə pozulması olan uşaq üçün ətrafdakılarla ünsiyyət vasitəsi kimi çox vacib rol oynamağa başlayır. Görmə pozulmaları olan uşaq danışq səs və sözlərdən istifadə edib özünə diqqət cəlb etməklə müəyyən əşyaları əldə etməyə başlayır. Böyüklərin cavabı və buna emosional münasibət görmə pozulması

olan uşaqda səs və sözlərin ifadə edilməsi və onları eşitməsi ilə qavramanı stimullaşdırır. O, səslərə görə öz doğma və yaxınlarını tanıyır və onları yad insanlardan fərqləndirməyi bacarır. Qığıldama dövrünün bəzi görmə pozulmaları olan uşaqlarda daha böyük zamana təsadüf etməsinə baxmayaraq, o, normal həmyaşıdlarından heç nə ilə fərqlənmir. Böyüklər görmə pozulması olan uşağa müraciət olunan nitqi sadəcə fəaliyyət kimi müşayiət etməklə yanaşı, görmə pozulması olan uşağın diqqətinin əşyanın tədqiq edilməsinə yönəldilməsi ilə ona qarşı maraq yaradırlar. Bununla da, sözlə duyulan əşya arasında möhkəm əlaqənin yaradılması ilə nitq situasiyalarında korların dərk etmə dairəsi genişləndirilir və görmə pozulması olan uşaqda nitqin məna tərəfi inkişaf etdirilir. Onlar səs mənbəyini axtarmağa başlayır və əllərini o istiqamətə uzadırlar. Belə bir axtarış vəziyyətində bir neçə dəfə sözlərin işlədilməsi (uşağın əlinə keçən əşyanın adının söylənməsi) gələcəkdə həmin əşyanın axtarışı üçün bir signal rolunu oynayır. Kor uşaq görən həmyaşıdları kimi özünün axtarışını səs reaksiyaları və ya danışıq səsləri ilə müşayiət etməyə başlayır. Bunun əsasında görmə pozulmaları olan uşaqda intensiv nitq inkişafı, onun başa düşülməsi və ondan fəal və müstəqil istifadə bacarığı formalaşdırılır. Görmə pozulmaları olan uşağın sözün dərk edilmə prosesi də normal görən uşaqlardakı kimi bir neçə mərhələdən keçir. İlk mərhələdə uşaq anlamında sözün mənası bütöv situasiyanın emosional yaşantıları ilə əlaqələndirilir. Bu ona görə baş verir ki, söz həmin situasiyaya daxil olan geniş dairədəki müxtəlif əşya və fəaliyyətlə müqayisə edilir. Sonralar söz konkret əşya ilə əlaqələndirilərək qavranılır, yalnız bir qədər sonra uşaq əşyanın mövcud olmadığı zaman formalaşdırılan təsəvvürlərə istinad edərək sözü dərk etməyi bacarır. Yaş yarımında görmə pozulmaları olan uşaqda sözün mənası daha davamlı olmağa başlayır, o, məhdud dairədəki onu əhatə edən və onlarla fəaliyyətdə olan əşyalar və onların ayrı-ayrı keyfiyyətinin adını bilir və onu qiymətləndirməyi (böyük-balaca, pis-yaxşı və s.) bacarır.

Görmə pozulmaları olan uşaq nitqinin loqopedik araşdırılmaları (L.S.Volkova,1983) göstərir ki, nitqin inkişafında özünəməxsus cəhətlərin olması görmə qüsuru ilə bağlıdır. Bu özünəməxsusluq nitqin sistemli inkişafsızlığı və onun quruluşunun müxtəlifliyi ilə özünü göstərir. Buna əşyanın hissi obrazları ilə əlaqələndirilməyən, yalnız təmiz şifahi əsasda mənimsənilən sözlərin məna tərəfinin başa düşülməməsi, exolaliya (əks sədalı nitq) və görmə təəssüratlarının yoxluğu səbəbindən sadə geniş cümlələrdən istifadə olunmaması aiddir. Görmə pozulmaları olan uşaqların şifahi nitqinin araşdırılması zamanı onlarda, əsasən tələffüz nöqsanlarının olması aşkarlanır. Bu qüsurlar çox zaman fonematik qavramanın, yəni eşitmə ilə fonemləri fərqləndirmək bacarığının bir qədər inkişafsızlığı və artikulyasiya aparatında bəzi üzvi qüsurlar və onun sümük və əzələ quruluşundakı çatışmazlıqlarının olması ilə şərtlənmiş olur. Görmə pozulmaları olan uşaqlarda bəzi samitlərin (fitli, fişiltılı və sonor samitlərin) tələffüz pozulmalarının başlıca səbəblərindən biri kimi dilaltı pərdənin qısa və yoğun olmasını göstərmək olar. Bu zaman dilaltı pərdənin qısa və yoğun olması nəticəsində dilin hərəkətləri (yuxarı, irəli, geri və s.) məhdudlaşdırılır və səslərin tələffüzündə pozulmalar müşahidə olunur. Bundan əlavə, çənə quruluşu (proqnatiya, progeneya, dişləm çatışmazlıqları - açıq və yan dişləm) və dişlərin quruluşundakı qüsurlar görmə pozulmaları olan uşaqlarda düzgün səs tələffüzünün

yanmasına maneə törədir.

Qeyd etmək lazımdır ki, görmə pozulmaları olan uşaqlarda daha çox özünü göstərən nitq qüsurlarından biri yazılı nitq çatışmazlıqlarıdır. Yazılı nitq qüsurlarının yaranma səbəbi kimi artikulyasiya aparatının perefirik şöbəsinin üzvlərinin quruluş çatışmazlıqları və eşitmə fəaliyyətinin normal olmaması, fonematik təhlil və tərkib bacarığının inkişaf etməməsi, fonematik qavrama və görmə fəaliyyətinin səviyyəsini və s. göstərmək olar.

Görmə pozulmaları olan uşaqlar normal görənlərdən fərqli olaraq daha çox şeyləri yadda saxlamaq məcburiyyətindədir. Müasir dövrdə elm və texnikanın sürətlə inkişafı isə görmə pozulmaları olan şəxslərdən hafizəni daha da təkmilləşdirməyi və sürətləndirməyi tələb edir.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda hafizənin ümumi inkişaf qanunauyğunluqları ilə yanaşı, eyni zamanda spesifik xüsusiyyətləri də tədqiqatçılar tərəfindən qeyd edilir. L.P.Qriqoryevaya görə bu spesifikliyə təsəvvürlərin ümumiləşdirmə səviyyəsinin aşağı olması, əşya və onların təsvirindəki əsas və ikinci dərəcəli əlamətlərin zəif diferensiasiyası ilə bağlı dəqiq, davamlı və tam olmaması ilə şərtləndirilmiş hafizə proseslərinin gedişi aiddir.

Görmə pozulmaları olan uşaqlarda duyğular aparıcı analizator olmaqla yanaşı, həm də geniş idraki imkanlara malikdir. Zəif görən uşaqlarda duyğular tam olmayan görmə ilə qarşılıqlı əlaqədə inkişaf edib kor və normal görənlərin xarakterik duyğuları ilə tanıma səviyyəsinə çata bilmirlər. Lakin buna baxmayaraq, zəif görənlərin duyğuları inkişaf üçün çox böyük imkanlara malik olur və lazımı biliklərin qazanılmasında iştirak edən idrak vasitəsi olması üçün onun daima məşq etdirilməsi vacibdir.

Görmə pozulmaları olan uşaqların əyani materialları yadda saxlamasının uğurlu olması bir çox amillərdən - görmə qavrayışı və ətraf aləmdəki əşyalar, onların informativ əlamətləri nəzərə alınmaqla görmə obrazlarının formalaşdırılması, əşyalar arasında mənə əlaqəsi və münasibətlərin yaradılması bacarığı, əşyalar və onların təsviri ilə fəaliyyətin yerinə yetirilmə xarakteri, fəallıq və müstəqillik və əşyanın sözlü adlandırılma səviyyəsindən asılıdır.

Tam və düzgün formalaşdırılmış sensor obrazlar onların yadda saxlanması və uzun müddət hafizədə saxlanması üçün münbit imkanlar yaradır. Bu ilkin qavranılmadan sonra obyektlərin şagirdlər tərəfindən adekvat adlandırılması və dəqiq tanınması onların uğurla yadda saxlanması və yada salınmasında öz təsdiqini tapmışdır. İbtidai siniflərdə şagirdlərin əşyaları düzgün adlandırma və tanıma çatışmazlığı yaddasaxlama və yadasalmanın tamlığı, dəqiqliyi və sürətinə mənfi təsir göstərir. Təhrif olunmuş və qeyri-dəqiq əşya surətləri hafizədə çox pis yadda qalır. Hafizə prosesində nitqin də kompensator rolunu qeyd etmək lazımdır. Belə ki, yadda saxlamaq üçün yalnız əşyalar və onların təsviri deyil, həm də sözlər, söz sırası, rəqəm və mətnlər material ola bilər.

Zəif görən uşaqlar təlim prosesində qavranılmış sözlərin yadda saxlanması və yada salınmasında daha çox "eşitmə üsulu"ndan istifadə edirlər. Bu üsuldan daha çox orta siniflərdə istifadə edilir. Bu yaşdakı kor uşaqlar isə qavrayışın hissi üsulundan istifadəsinə daha çox üstünlük verirlər. Onlar Brayl şriftinə çox yaxşı yiyələnməklə yanaşı, eyni zamanda "danışan kitablar"dan istifadə etməyi bacarırlar. Belə uşaqlarda yadda saxlamanın

məhsuldarlığı qavranılmış sözlü materialın dəfələrlə təkrar olunması və yada salınması ilə bağlıdır. Bundan əlavə, görmə qüsurlu ibtidai sinif şagirdlərinin sözlü materialı iradi yadda saxlama üçün sözlərin qruplaşdırılması və mənalandırılması bacarığından da çox asılıdır. Sözlərin yadda saxlanması, əsasən onların mənalandırılması və dərk olunması nəticəsində baş verir. Yadasalma zamanı o sözlərin mənası aktullaşdırılır ki, şagirdlərin hafizəsində onlar təcrid olunmuş şəkildə deyil, müəyyən əşyaların təsəvvürləri ilə əlaqə və münasibətlərdə yadda qalmış olsun. Sözlərin qruplaşdırılması onların məna və xarici oxşarlığı və əşyaların müəyyən həyati situasiyalarla bağlılığı nəzərə alınmaqla həyata keçirilir. Görmə qüsurlu uşaqların sözləri qruplaşdırmaqla yadda saxlama bacarığı çox erkən mərhələdə sözlü hafizənin inkişafı nəticəsidir.

Görmə pozulmaları olan uşaqların yeniyetməlik dövründə şəxsiyyət çatışmazlığının ümumi səciyyəsi

A.İ. Zotov və A.Q.Litvak görmə pozulmalarının psixi proseslər və şəxsiyyətin inkişafı ilə birbaşa əlaqəsinin olduğu fikrini bir daha irəli sürdülər. A.Q.Litvak görmə pozulmasının və zəif görmənin şəxsiyyətin inkişafına təsirini üç qrup və ya blokda fərqləndirmişdir:

1. Psixi proseslər;
2. Psixi vəziyyətlər;
3. Şəxsiyyətin psixi xüsusiyyətləri;

Psixi proseslərə - görmənin pozulmasından *asılı* olaraq təfəkkür və nitqin formalaşdırılması aid edilir;

Psixi vəziyyətlərə - müvəqqəti xarakter daşıyan qüsurun təsiri aid edilir. Buraya qüsurun meydana gəlməsi və ya onun normadan fərqli olmasının dərk edilməsi ilə bağlı emosiyalar daxildir;

Şəxsiyyətin psixi xüsusiyyətlərinə - temperament, xarakter, bacarıq və şəxsiyyətin yönəlmişliyinə insan şəxsiyyətini müəyyənləşdirən ən davamlı xüsusiyyətlər kimi baxılması.

Görmə pozulmaları olan uşaqların əksəriyyətində bu keyfiyyətin formalaşdırılmaması onda digər şəxsiyyət keyfiyyətlərinin - müstəqillik, təşəbbüskarlıq, yaradıcılıq, özünəqiymət, tənqid və digərlərinin inkişafına mənfi təsir göstərir.

Görmə pozulması olan uşağın fərdi-psixoloji xüsusiyyətləri müxtəlif amillərin təsiri altında onun həyat şəraiti, fəaliyyəti və ya təlim-tərbiyə prosesində formalaşdırılır və inkişaf edir.

Normal görən həmyaşlıları ilə müqayisədə kor 11-15 yaşlı uşaq şəxsiyyətinin formalaşdırılması özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir.

Birincisi: o, ətrafdakı görənlərlə ünsiyyətdə çətinlik çəkdiyi üçün təbii ki, informasiyanın alınıb mənimsənilməsində geri qalır. Görənlərlə ünsiyyət çətinliyi və özünəməxsus qarşılıqlı əlaqə kor uşaq şəxsiyyətinin formalaşdırılmasına xüsusi iz qoymuş olur;

İkincisi: görmə analizatorunun fəaliyyət pozulması görmə pozulmaları olan uşağın həyat təcübəsini kəsədləşdirir, emosional inkişaf üçün çox gərəkli olan gerçəklik və vizual real tərəfin (predmetlərin rəngarəngliyini, həcmi, ölçü və keyfiyyətlərini) dərk edilməsinə

imkan vermir;

Üçüncüsü: cəmiyyətin sosial təcrübəsinin çox böyük hissəsini birbaşa görmə ilə mənimsəyən görənlərdən fərqli olaraq görmə pozulmaları olan uşaqlar üçün xüsusi müəssisələrdə təlimə qədərki dövrdə bu təcrübənin mənimsənilməsi imkan xaricində olur.

Görmə pozulmaları olan uşaqların yeniyetməliyə keçid dövründə özünüqiymətləndirmə və iddia səviyyəsinin öyrənilməsi göstərir ki, onların münasibətlərinin əsasını monoloji nitq təşkil edir. Bu prosesdə ünsiyyət sahəsində ciddi problemlər müşahidə olunur. Yəni, ünsiyyətin tərəf müqabilindən onun müsahibi kimi deyil, dinləyici kimi istifadə olunur.

Görmə pozulmaları olan uşaqların şəxsiyyətlərarası münasibətləri çox fərqli şəkildə inkişaf edir. Şəxsiyyətlərarası münasibətlərin qurulması üçün ən əsas istək ətraf aləmin qavranılmasına qarşısız alınmaz canatma kimi özünü göstərən perseptiv tələbatlarıdır. Görməni itirmiş uşaqlarda bu tələbatların formalaşdırılması planlaşdırılmamış şəkildə inkişaf zamanı ləngiyir və birinci yeri daha asan təmin edilən üzvi tələbatlar tutur. Perseptiv tələbatlar və idraki maraqlarının çatışmazlıqları həm də digər analizator sistemlərinin məhdud imkanlarının olması ilə şərtlənir.

Kollektiv yeniyetməliyə keçid dövründə görmə pozulmaları olan 11-15 yaşlı uşaqlarda iradə və xarakterin inkişaf etdirilməsi və onda inadkarlıq, öz məqsədinə çatmaq, qarşıya çıxan maneə və çətinlikləri dəf etmək kimi müsbət cəhətlərin inkişafında da böyük rol oynayır.

Özünüqiymətləndirmə görmə pozulmaları olan uşağın özünüqəbul mexanizmlərindən biridir. Uşaq dünyaya gəldiyi ilk gündən ailə üzvlərinin ona münasibəti nəticəsində formalaşdırılır. Yüksək özünüqiymətləndirmə nəticəsində, bir qayda olaraq, uşaq qarşısına qeyri-real məqsədləri qoymaqla özü üçün müəyyən çətinliklər yaradır və uşaqlarda uğursuzluq kompleksi formalaşır. Şəxsi qüsurlarını şişirtmək və öz dəyərini qiymətləndirə bilməmək görmə qüsurlu uşaqlarda aşağı özünüqiymətləndirmə, naqislik və natamamlıq hissənin yaranmasına səbəb olur. Nəticədə uşaq həyatda öz yerini tapa bilməyib passiv vəziyyətdə qalır və ətrafındakı insanlarla münasibət qurmaqda çətinlik çəkir.

Görmə pozulmaları olan şəxslərin psixoloji reabilitasiyanın son məqsədi T.Rupponenə görə elə bir psixoloji hala çatmaqdır ki, o zaman insan görmə pozulmalarını özünün keyfiyyətlərindən biri kimi, yəni onu digərlərindən bir o qədər də fərqləndirməyən müəyyən fərdi xarakteristika kimi dərk edə bilsin. Belə bir vəziyyətə nail olmaq isə, yalnız fərdlə aparılmış müəyyən psixoloji iş sayəsində sosial mühit tərəfindən ona qarşı adekvat münasibətdən əlavə, insanların geniş dairədə müəyyən psixoloji dəstəyi ilə mümkündür.

Görmə pozulmaları olan şəxslərdə özünəqiymətin dəyişkənliyi onun öz vəziyyətinə adaptasiyası ilə bağlıdır., Bu həm də anadangəlmə görmə pozulmaları olan uşaqların inkişafı gedişində digər həmyaşlıları kimi olmadıqlarını dərk etmələri və bu proseslə bağlı müəyyən psixoloji böhran keçirmələri ilə əlaqədardır. Yeniyetməlik dövründə bu krizis özünü daha kəskin şəkildə özünü göstərir.

Müşahidələr göstərir ki, bəzən ailədə düzgün olmayan qarşılıqlı münasibətlər görmə qüsurlu uşaqlarda mənfi şəxsiyyət keyfiyyətlərinin formalaşdırılmasına gətirib çıxarır. Bu

mənfi keyfiyyətlərin yaranması, əsasən ailədə qarşılıqlı münasibətlərin üç variantında müşahidə edilir:

1. Ailə üzvlərinin görmə qüsurlu uşağa həddindən artıq qayğı göstərməsi və hiper qəyyumluğu. Bu zaman ailə üzvləri uşağa nəsə öyrətməyə çalışmaq əvəzinə ona hər şey edir, bütün istəklərini yerinə yetirir, şıltaqlarına dözür, onu əzizləyir və ən kiçik səylərdən belə azad edirlər. Uşağa belə bir yanaşma onda fəallıq, müstəqillik, əməksevərlik və borc hissi kimi müsbət keyfiyyətlərin inkişafını əngəlləyir və onu qətiyyətsiz, tənbel, despot və egoist bir insana çevirir.
2. Uşağa qarşı qəddar və despotik münasibəti olan ailələr. Bu cür ailələrdə böyüyüb tərbiyə alan uşaqlar az təşəbbüskar, özünəqapanmış və ünsiyyətdən qaçan və qorxaq və iradəsiz olurlar.
3. Görmə pozulması olan uşağa münasibətdə valideyn və ailə üzvlərinin etinasızlığı. Belə ailədə olan kor uşaqlarda valideyn və ailə üzvləri ilə ünsiyyət tələbatı olmur. Onlar öz dünyasına qapanaraq dar maraqlarla yaşayırlar.

Beləliklə, görmə pozulmaları olan uşaqlarda özünəqıymət və iddia səviyyəsinin aşağı olması onların ciddi korreksiya işinin aparılmasına ehtiyacın olduğunu göstərir.

2.2.5. Dayaq-hərəkət problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

İnsanın dayaq-hərəkət aparatı – sümük-əzələ sistemi, bədənin dayağını və məkanda hərəkət etməsini, həmçinin bədənin ayrı-ayrı hissələrinin və orqanlarının (başın, ətrafların və s.) hərəkətini təmin edən sümüklərdən, oynaqlardan, əzələlərdən, onların sinir törəmələrindən ibarət olan vahid kompleksdir. Bu kompleks daim nəhəng yüklənmələrə məruz qalır. Dayaq-hərəkət aparatın hər hansı hissəsinin xəstəliyi və zədələnməsi halında, bütün orqanizmin dinamikası və statikası pozulur, çox vaxt daxili orqanların işi də pozulur.

Dayaq-hərəkət aparatın pozuntuları, yayılma dərəcəsi üzrə yalnız ürək-damar xəstəliklərindən geridə qalır. Əksər insanlar oynaq və ya onurğa problemləri ilə rastlaşır. Bu arada, son onilliklər ərzində bu xəstəliklər daha çox cavanlarda müşahidə olunur. Bunun səbəbi – az hərəkətli həyat tərzidir: biz, az piyada gəzirik, vaxtımızın çoxunu kompüter arxasında keçiririk və idmanla məşğul olmuruq. Lakin həddindən artıq fiziki yüklənmələr də sağlamlıq üçün zərərli, çünki travmalarla nəticələnə bilər.

Dayaq-hərəkət aparatı pozulmuş uşaqlara müxtəlif emosional və nitq çatışmazlıqları xarakterikdir. Emosional pozuntular, emosional aktivliklə, ətraf mühitin adi qıcıqlarına yüksək həssaslıqla, əhval ruhiyyənin tez-tez dəyişməsilə özünü büruzə verir. Yüksək emosional aktivlik sevinc hissi ilə, eyforik əhval ruhiyyə ilə, həmçinin davranış pozuntularıyla, aqressivliklə, böyüklərə qarşı etiraz reaksiyaları ilə də müşahidə olunur. Bəzi hallarda bu aktivlik qorxularla müşahidə olunur. Hündürlük qorxusu xüsusilə tipikdir. Bütün bu təzahürlər yorğunluq vaxtı və şəxs yeni mühitdə olduğu zaman daha da güclənir və məktəb və sosial dezadaptasiyasının bir səbəbi ola bilər.

Həddən artıq fiziki və intellektual yüklənmə vaxtı bu reaksiyalar bərkəyir və patoloji xarakterin formalaşması təhlükəsi yaranır.

Bu kateqoriyadan olan şəxslərin tərbiyəsi zamanı onların emosional-iradi sferalarının inkişafına nəzər salmaq vacibdir.

Dayaq-hərəkət aparatı pozulmuş şəxslərin psixi inkişafında olan geriləmələrində hərəkətedici, nitq və sensor çatışmazlıqların rolu böyükdür.

Hərəkət pozulmaları praktik fəaliyyəti məhdudlaşdıraraq, əşyavi qavrayışın inkişafına, əşyalarla manipulyasiyaya, lamisə qavramaya mane olur. Bu çatışmazlıqlar göz-hərəkət koordinasiyasının və nitqin pozulmaları ilə birgə idrak fəaliyyətinin inkişafını məhdudlaşdırır.

Bu kateqoriyadan olan şəxslərin psixi inkişafının geriləməsi əksər halda praktik fəaliyyətin, sosial təcrübənin, oyun fəaliyyətinin və ətraf mühitlə kommunikativ əlaqənin məhdudluğundan irəli gəlir.

Hərəkət çatışmazlığı, praktik təcrübənin məhdudluğu və məkan təsəvvürlərinin formalaşmaması beyin qabığının funksiyaların inkişafsızlığından irəli gəlir. Bu şəxslərin idrak fəaliyyətində olan çatışmazlıqlara nitq qüsurları da səbəb olur.

Psixi pozulmaların xüsusiyyəti baş-beyin zədələnməsinin lokallaşmasından asılıdır.

Bu kateqoriyadan olan şəxslər psixi tez yorulmalarla, intellektual gərginliyə dözümsüzlüklə xarakterizə olunurlar (L.A.Danilova, 1997). Həmçinin bu şəxslər müxtəlif xarici qıcıqlara qarşı (yüksək səslər, parlaq işıq, müxtəlif toxunuşlara və s.) yüksək həssaslıqla xarakterizə olunurlar. Onların təfəkkür prosesləri olduqca ləngdir.

Təfəkkür fəaliyyətinin pozulmaları abstrakt təfəkkürün formalaşmamasıyla özünü büruzə verir. Baxmayaraq ki, təlim-təhsilin başlanğıcında çox uşaqlarda kifayət qədər söz ehtiyatı artıq formalaşmış olur, onların sözlərin anlayışında müəyyən çətinliklərin olmasına rast gəlmək mümkündür. Bu ilk olaraq şəxsin praktik təcrübəsinin məhdud olması ilə bağlıdır.

Praktik təcrübənin məhdudluğu ilə əlaqədar tək cə bilik ehtiyatın azlığı deyil, həm də praktik fəaliyyət prosesi zamanı alınan informasiyanın qəbulu və qavramasında yaranan müəyyən spesifik çətinliklər özünü büruzə verir.

Əksər hallarda təfəkkürün ləngliyi müşahidə olunur.

İntellekt səviyyəsinə görə bu şəxslər müxtəlif kateqoriyalara ayrılı bilirlər. Bəziləri normal intellektə sahib olurlar, əksəriyyətində psixi inkişafın ləngiməsi, o birilərində isə əqli gerilik müşahidə olunur (E. F. Arxipova, 1989).

Bu kateqoriyanın əsas kontingentini serebral iflicli şəxslər təşkil edir. Uşaq serebral iflicli formalaşmamış beyinin xəstəliyidir, bu xəstəlik müxtəlif mənfi amillərin təsiri nəticəsində yaranır. Bu amillər bətdaxili, doğuş zamanı və uşağın ilk inkişaf dövründə uşağa təsir edə bilər. Bu halda, ilk növbədə baş-beynin hərəkət mərkəzləri zədələnmiş olur və nəticədə onun ləngiməsi və formalaşmasının pozulması baş verir. Buna görə serebral iflicli şəxslərdə müxtəlif pozulmalar müşahidə olunur: hərəkət pozulmaları, intellektual pozulmaları, nitq çatışmazlıqları, ali qabıq funksiyaların pozulmaları. Bu kateqoriyadan olan şəxslərin kütləvi məktəbdə təhsil almaları mümkün deyil, onların psixi və fiziki inkişafının xüsusiyyətləri ümumtəhsil məktəblərinin proqramı üzrə təlim almaqlarını qeyri-mümkün edir.

Patoloji tonik refleksdən asılı olaraq serebral iflicli şəxslərdə 3 forma müşahidə olunur:

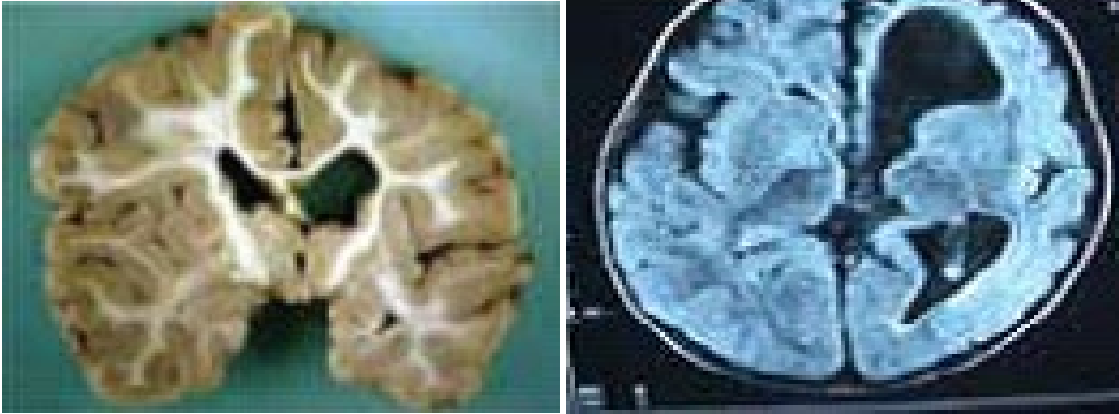
1. Baş sinəyə əyilmiş, qollar və ayaqlar bükülmüş vəziyyətdə.
2. Baş sağ tərəfə çevrilmiş, sağ əl və ayaq açılmış, sol tərəf isə bükülmüş olur və əksinə. Bu vəziyyət ona gətirir ki, uşaq qarşısındakına və ya əlindəki əşyaya baxa bilmir.
3. Baş yuxarı qalxmış və arxaya çevrilmiş, qol və ayaqlar gərgin və açılmış olur. Bu vəziyyət düz durmağa, oturmağa mane olur, əşyanı götürüb manipulyasiya etməyə mane olur.

Hər 3 forma əmək və təlim vərdişlərini mənimsəməyə mane olur.

Dayaq-hərəkət aparatının pozulması olan şəxslərin təlim prosesləri – poliomelit və serebral iflicli uşaqlar üçün xüsusi internat məktəblərində keçirilir. Bu məktəblərə məktəbyaşlı uşaqlar qəbul olunur, lakin bu uşaqlar müstəqil hərəkət edən və fərdi yanaşma tələb etməyən uşaqlardır. Serebral iflicli şəxslər bu məktəblərdə xüsusi siniflərə ayrılırlar.

Uşaq serebral iflici (USİ)

Uşaq serebral iflici (USİ) inkişafı davam edən beyində (18 aylığa qədər) qalıcı xəsarət nəticəsində yuxarı və aşağı ətraflarda, gövdədə əmələ gələn, zamanla artmayan hərəkəti pozulmaya deyilir. Onurğa beyni və əzələlər normal struktura sahibdirlər. Bundan başqa hərəkət və duruş pozulmaları əmələ gəlir. Xəstələr görmə, nitq və udma aktlarında da problem yaşayırlar. Beyindəki xəsarət (Şəkil 2.22) inkişaf etməməsinə və qalıcı olmasına baxmayaraq, uşaq böyüdükcə və yeni hərəkəti bacarıqlar əldə etdikcə hərəkət pozulmasının xüsusiyyəti də dəyişməyə davam edir. (62)



Şəkil 2.22. Zədələnmiş beyin

Təqribən hər 400 doğuşdan birinə USİ diaqnozu qoyulur. Bu göstərici müxtəlif ölkələrdə müxtəlif nisbətlərdə olur. Dünyada USİ ilə doğulanların sayı az da olsa artmaqdadır. Müasir tibb imkanları daha az çəkili və vaxtından əvvəl doğulan körpələrin həyatda qalma ehtimalını artırdığı üçün bu xəstəliyin sayı artmaqdadır. Normal doğulan uşaqlarda bu xəstəliyin sayı dəyişməmişdir. USİ olan körpələrin təqribən yarısının çəkisi aşağıdır və bunların da 1/4-i 1500qr-ın altındadır. USİ eyni zamanda hamiləlik həftəsi ilə də

əlaqəlidir. USİ riski vaxtında doğulan bir körpədə 1/2000 olduğu halda, 24 ilə 33 həftə aralığında doğulan körpədə 1/8 nisbətində rastlanır. USİ-nin spastik diplegiya variantı ilə erkən doğuş(32 həftədən əvvəl) arasında ciddi mütənasiblik mövcuddur. Əkiz və digər çox döllü hamilləliklərdə USİ riski yüksəlir. Əkizlərdə bu nisbət 1/100, üçəmlərdə 4/100, dördəmlərdə 110/1000 təşkil edir. (62)

USİ-nin səbəbləri perinatal, doğuş zamanı və doğuşdan sonra olmaqla şərti olaraq üç hissəyə ayrılır.

1. Perinatal səbəblər:

- Ananın keçirdiyi infeksiyalar (ciftdən keçə bilən infeksiyalar dölün mərkəzi sinir sistemində qalıcı xəsarət yarada bilər, məs: toksoplazmoz, su çiçəyi, sitomeqalovirus, herpes, sifilis);
- Ananın spirtli içki və narkotik istifadəsi;
- Ananın bəzi dərmanlar qəbul etməsi;
- Qan uyğunsuzluğu (Rh qrupu uyğunsuzluğu nəticəsində beyindəki bəzi mərkəzlər xəsarət alır, Rh mənfi qanı olan analarda problemlər çıxmasın deyə düzgün müalicə edildikdə bunun qabağı alınabilir);
- Anada böyrək çatışmazlığı;
- Ciftə bağlı səbəblər (cift anomaliyaları, cift çatışmazlığı, cift infeksiyaları);
- Radiasiya;
- Travma;
- Genetik faktorlar;
- Anada hipotermiya və ya hipoqlisemiya yaranan vəziyyətlər, ağır xəstəliklər, ananın müxtəlif mənşəli zəhərlənməyə məruz qalması;
- Eklampsiya.

2. Doğuş zamanı yaranan səbəblər:

- Az çəkili körpə;
- Erkən doğuş (32 həftədən tez);
- Anoksiya. Gərgin göbək ciyəsi, cift qopması kimi vəziyyətlər körpənin beyninin oksigensiz qalmasına səbəb olur. Bu səbəb 1/3700 nisbətində görülür;
- Çox döllülük;
- Neonatal dövrdə sepsis.

3. Doğuşdan sonrakı səbəblər:

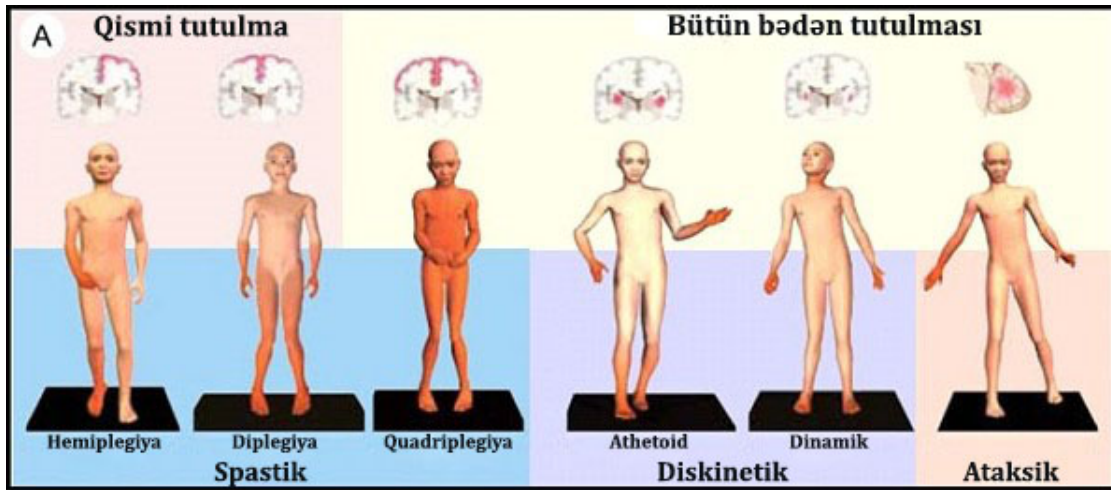
- Neonatal dövr hiperbilirubinemiyası (sarılığı);
- Ensefalit (beyin iltihabı), Meningit, sepsis;
- Anadangəlmə ürək qüsurlarına bağlı cərrahi əməliyyatlarda ürək durması, qıcolmalar, boğulmaq kimi havasız qalma vəziyyətləri;
- Kəllə-beyin travması.

Səhiyyə xidməti səviyyəsi artdıqca doğuş zamanı və sonrası neonatal dövrdə rast

gəlinən USİ tezliyi də azaldıla bilər. Məs., neonatal dövrdəki sarılığa bağlı əmələ gələn xoreoatetoid tipi çox əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Doğuşun normal və ya keysəriyyə yolu ilə olması ilə USİ arasında əlaqə yoxdur.

Hərəkət pozulmasına görə təsnifat (Şəkil 2.23):

1. Spastik tip;
2. Diskinetik tip;
3. Ataksik tip;
4. Qarışıq tip. (62).



Şəkil 2.23. Hərəkət pozulmasına görə təsnifat

Spastik tip. Spastiklik hərəkətə cavab olaraq əzələdə artmış yığılma və tutulma halıdır. Spastiklik beyinin iradi hərəkəti idarə edən qabığının (korteksinin) xəsarət alması nəticəsində yaranır.

Spastik xəstələrdə yuxarı, aşağı ətraf və gövdə əzələlərinin tonusunda (istirahətdəki əzələ gərginliyi) artım mövcuddur. Spastik əzələlər passiv hərəkət nəticəsində əmələ gələn gərgilməyə qarşı həddindən çox əzələ yığılması ilə cavab verirlər. Tonusdakı artım o əzələnin hərəkət etdirilməsindəki sürətə bağlıdır; yəni, belə bir uşaqda dirsəyi sürətlə açmaq istədikdə dirsəyi kontrol edən əzələlər sürətlə yığılır və dirsək hərəkəti çətinləşir, ancaq eyni dirsəyi yavaş olaraq açmaq istədikdə bu müqavimətin daha az olduğu görülür.

Digər tərəfdən, dirsəyi sürətlə açmaq istədikdə dirsəyi kontrol edən əzələlər öncə buna sürətlə dirənirlər, ancaq qısa vaxtdan sonra dirsək əzələləri boşalır. Dirsek əzələləri boşaldıqdan sonra yenə təkrarən yığılır və hərəkətə müqavimət göstərir.

Bu yığılma və boşalma hadisəsi dirsəyin açılması tamamlanana qədər bir neçə dəfə təkrarlanır. Bu hala dişli çarx hərəkəti deyilir. Spastik əzələdəki tonus artışı o əzələdə müxtəlif nisbətdə gücsüzlüyə səbəb olur. Uşaq serebral iflici xəstələrinin çoxu bu spastik qrupa aiddir və müalicədən ən çox da bu qrup fayda görür.

Diskinetik tip. Beynin daha dərinədəki mərkəzlərinin (talamus, beyincik) xəsarət görməsi nəticəsində ortaya çıxır. Bu mərkəz koordinasiya, müvazinət və incə motor hərəkətlərə cavabdehdir. Diskinetik tipdə zamanla tonus dəyişikliyi göstərən qeyri-iradi hərəkətlər olur. Xəstələrdə ümumiyyətlə başlanğıcda tonus aşağı olur. Zamanla atetoz,

distoniya, ya da xoreya inkişaf edir. Atetoz qeyri-iradi edilən soxulcanvari qıvrılma hərəkətlərini ifadə edir.

Aqonist və antoqonist əzələlər birlikdə yığılır. Uşaq müəyyən bir hərəkəti etməyə başladığında bu qıvrılma daha da artır. Daha çox üz, dil, aşağı və yuxarı ətrafların distal hissələrini tutur (əllər və ayaqlar). Distoniyada artmış tonus mövcuddur, ancaq spastiklikdəki kimi əzələnin hərəkət sürətinə bağlı deyildir. Belə bir uşaqda dirsəyi açmaq istədikdə nə qədər yavaş və incə olsaq da tonusu azaltmaq mümkün deyil. Buna rigidlik deyilir. Xəstədə duruş pozulması açıq aydındır. Ümumiyyətlə, gövdəni, aşağı və yuxarı ətrafların proksimal hissələrini tutur. Xoreya qeyri-iradi edilən ani, kiçik hərəkətlərdir.

Ümumiyyətlə, ayaqlarda və əllərdə rastlanır. Diskinetik tiplər həyəcanlananda qeyri-iradi hərəkətlər artır. Danışq qabiliyyəti pozulmuşdur, uşağı başa düşmək çətindir. Zəkası ümumiyyətlə normal olmasına baxmayaraq, danışq qabiliyyətini nasazlıq səbəbi ilə başa düşülməsində çətinlik yaranır. Sıx-sıx eşitmədə olan pozulmalar bu problemi gücləndirir. Xəstələrdə udma aktı pozulur, ağız suyunu tuta bilmirlər. Ən çox xoreoatetoid tip görülür. Doğuş sonrası uşaqda inkişaf edən sarılığa bağlıdır. Sarılığa yol açan qandakı yüksək miqdarda bilirubin maddəsi beyində uyğun mərkəzlərdə toplanır və bu mərkəzlərdə qalıcı xəsarət əmələ gətirərək bu problemin ortaya çıxmasına səbəb olur.

Ataksik tip. Ataksiya müvazinətin pozulmasıdır. Uşaqlar müvazinəti saxlamaq üçün ayaqlarını aralı tutaraq yeriməyə çalışırlar. Beyincik (serebellum) xəsarət görür. Uşaqlar başlanğıcda hipotonik olurlar. 3 yaşından sonra tonus düzəlir və müvazinət problemi ortaya çıxır.

Qarşıq tip. Uşaq serebral iflici xəstələrində çox vaxtı yuxarıda sadalanan əlamətlərdən bir neçəsi eyni anda görülür. Ancaq bu əlamətlərdən biri ön planda olur. Məs., spastiklik və ataksiya sıx-sıx birlikdə görülür. Bu tipdə çox vaxt hidrosefaliya olur.

Topoqrafik xüsusiyyətə görə sinifləndirmə

Uşaq serebral iflici xəstələrini vücutun hansı bölgəsinin tutulmasına görə sinifləndirdikdə (Şəkil 2.24):

1. Hemiplegiya;
2. Diplegiya;
3. Triplegiya;
4. Monoplegiya;
5. Bütün bədən tutulması (kuadriplegiya və ya tetraplegiya).



Şəkil 2.24. USİ-nin siniflənməsi

Hemiplegiyada vücudun yarısı (sağ və ya sol) tutulur, ancaq qollardakı funksiya ayaqlardan daha çox pozulur. Ən sıx rastlanan növdür. Daha çox periventrikulyar leykomalaziya deyilən beyin xəsarəti alan erkən doğulan uşaqlarda görülür.

Diplegiyada vücudun hər iki yarısı tutulur, ancaq əllər və qollardakı problem aşağı ətraflardan azdır. Assimetrik diplegiyada vücudun bir yarısı (sağ və ya sol) digərinə görə daha çox tutulur.

Triplegiyada hər iki aşağı ətraf və qollardan biri tutulur.

Monoplegiyada yuxarı və ya aşağı ətraf tutulur. Çox kiçik beyin xəsarətində görülür.

Quadriplegiyada (baş və boyun daxil gövdə ilə) bütün yuxarı və aşağı ətraflar tutulur. Çox vaxt mental gerilik, görmənin pozulması və qıcolmalar da rast gəlinir.

Klinik xüsusiyyətlər

Nevroloji xüsusiyyətlər

USİ xəstələrdə əzələ tonusunda və reflekslərdə fərqlənmə müşahidə olunur. Kiçik uşaqlar hipotonik (əzələ tonusunda azalma) bir dönmə keçirirlər. Hipotonuslu dönmənin vaxtı və dərəcəsi irəlində olacaq hipertonusun (əzələ tonusunda artma) dərəcəsi ilə əlaqəlidir. Spastiklik inkişaf edəcəksə 6-18 ay içərisində əzələ tonusunda getdikcə artışı gözlənilir. Hipotoniya və hipertoniya arasında sürətli keçid diskinetik tiplərə məxsusdur.

Neonatal dövrdə hərəkəti kontrol edən iki mərkəz var: beyin qabığı və qabıqaltı nüvələr. Neonatal dövrdə hərəkətin çoxu qabıqaltı nüvələr tərəfindən primitiv reflekslərlə idarə olunur. Uşaq böyüdükcə qabıq nüvələri inkişaf edir və qabıqaltını əvəz edir. Buna görə də primitiv reflekslər zamanla itir və daha inkişaf etmiş postural reflekslər ortaya çıxır. USİ xəstələrdə beyindəki xəsarət nəticəsində beyin qabığının inkişafı geri qalır və qabıqaltı nüvələrə bağlı primitiv reflekslər normadan daha çox davam edir. Müvazinəti saxlayan postural reflekslər geri qalır və uşaq normal inkişafın müəyyən fazalarına gec çatır və ya heç çatmır. Məs., dəstəksiz oturmada gecikmə ilk fərq edilən motor (hərəkəti) geriliktir. Gecikmənin vaxtı nevroloji qüsurun ciddiyəti ilə düz mütənasibdir. Normal inkişaf vaxtı içində başını tutma 3 ilə 4 ayda (ən gec 6 ayda), dönmə 3 ilə 6 ayda (ən gec 8 ayda), oturma 5 ilə 8 ayda (ən gec 9 ayda), iməkləmə 6 ilə 9 ayda, dik durma və tutunaraq yerimə 10-13 ayda və müstəqil yerimə 12 ilə 18 ayda (ən gec 20 ayda) həyata keçməlidir. Motor inkişaf incələnmərkən yarımçıq doğum araşdırılmalıdır. 3 ay erkən doğulan və 15 aylıq yeriyə bilməyən uşaq tələsik USİ olaraq dəyərləndirilməməlidir.

Fiziki vəziyyət. Körpənin zəif əmməsi, yüksək səslə ağlaması, daima narahat olması və qəribə duruşu beyin travmasına işarə olan ilk xüsusiyyətlər ola bilər. Məs., bir yaşına qədər olan uşağın bir əlini digərinə görə daha çox istifadə etməsi spastik hemiparezin əlaməti ola bilər. Quadriplegiyalı xəstələr iməkləmək yerinə yuvarlanırlar. İncə motor hərəkətlər geri qalır. Uşağa oyuncaq və ya qələm verilərkən sadəcə bir əli ilə oynayarsa hemiplegiya düşünülə bilər. Ən çox quadriplegiyada görülən epilepsiya (qıcolma) neonatal dövrdə başlayır. Hemiplegiyada qıcolmalara dərman müalicəsi bəzən cavab vermir. Qıcolmaların sıxlığı 5-6 yaşa gəldikdə artır.

USİ xəstələrdə udma aktı pozulduğu üçün tüpürcəklərini tuta bilmirlər. Tüpürcəyin və

qidanın ağciyəyə qaçması nəticəsində aspirasiya pnevmoniyasına (sətəlcəm) rastlana bilər. Bu kimi hallar uşağın, xüsusilə yarımçıq doğulmuşların həyatını təhlükəyə ata bilər. Bu tip uşaqlarda görmə problemləri, xüsusilə çəpgözlük (daha çox spastiklərdə) sıx görülür.

Doğuş sonrası sarılığı olanlarda eşitmə pozğunluqları yarana bilər. Sidiyi saxlaya bilməmə tez-tez görülür və böyük uşaqlarda problemlərə yol açır. Xəstələrdə diş çürüməsi çoxdur. Sarılığa səbəb olan bilirubin maddəsinin diş minasına çökməsi, spastikliyə bağlı olaraq dişlərin sıxılıqla təzyiqa uğraması, qıcolmalar, epilepsiya səbəbi ilə istifadə olunan dərmanlar və qidalanmada pozulmalar diş problemlərini yaradan amillərdir. Nitq qüsurları çoxdur. Döş qəfəsi əzələlərinin tutulmasına görə tənəffüs çətinliyi, qırtlaq əzələlərindəki çatışmazlıqla bağlı səs çıxmasında gücsüzlük və ağız içi əzələ kontrolundakı pozulma nitq çətinliyi yaradır. Çəkisi az olan, yarımçıq doğulmuş və bütün vücut tutulması olanlarda mental (zəka) geriliyi sıx rastlanır. Nitq qüsuru mental geriliklə qarışdırıla bilər (Cədvəl 2.4).

Xarakteristikası	Qazanılmış	Anadangəlmə
Linqvistik	Fonetik sistemin dağılması fonematik sistemin saxlanması	Fonetik və fonematik sistemlərin təhrif olunmuş şəkildə formalaşması
Nevroloji	Rigitlər, ifliclər, parezlər, hiperkinezlər, ataksiya, apraksiya. Hipersalivasiya. Oral avtomatlaşdırma simptomları	Rigitlər, ifliclər, parezlər, hiperkinezlər, ataksiya, apraksiya. Hipersalivasiya. Azaldılmamış oral reflekslər
Anatomo-patofizioloji	Nevroloji simptomatika mərkəzi sinir sistemindəki zədə ocağının yerdəyişməsinə müvafiq gəlir, bu isə kinestetik formaların ayırd edilməsi üçün əsas hesab edilir.	Mərkəzi sinir sisteminin üzvi zədələnməsi diffuz xarakter daşıyır, erkən inkişaf dövründə nitqin funksional sistemi qeyri-tipik lokalizasiya ilə formalaşa bilər – klinik təsnifatın bir başa ötürülməsi düzgün deyil.
Neyrofizioloji	Tələffüz xüsusiyyətləri artikulyasiya-fonasiyalı-tənəffüs əzələ sistemində ifliclər, parezlər, hiperkinezlərin bölünməsi və təzahürü ilə ataksiya və apraksiyanın olması və ya olmaması ilə müəyyən edilir.	Artikulyasiya, fonematik qavrayışın inkişafsızlığı şəraitində patoloji əsas üzərində formalaşır -artikulyasiyanın spesifikasi təkcə motor imkanlar ilə müəyyən edilmir. Artikulyasiya praksiisi həmişə təhrif olunmuş şəkildə formalaşır.
Psixoloji	Xəstə öz nitqində fonetik təhrif olunmalara diqqət yetirir və onları dəf etməyə çalışır, spontan kompensasiya simptomları əmələ gəlir.	Öz nitqi normal səslənən kimi qavranılır, spontan kompensasiya simptomları mövcud olmur
Digər nitq potologiyası ilə birliyi	Afaziya, üzvi və ya postkontuziyalı kəkələmə	Nitq inkişafının ləngiməsi, disleksiya, disqrafiya ikincili şəkildə əmələ gələ bilər. Əksər hallarda mərkəzi sinir sisteminin üzvi zədələnmələri - nitq inkişafının ləngiməsi, alaliya, kəkələmə, taxilaliya ilə şərtlənən, digər nitq potologiyası ilə birgə müşayət olunur. Rinolaliyanın və bradilaliyanı müstəqil potologiya kimi və ya dizartriyanın simptomlarından biri kimi nəzərdən keçirmək olar.
Müşayiət olunan nevroloji simptom və sindromlar	Zədələnmə ocağının yerləşməsinə müvafiq olaraq –apraksiyalar, ifliclər, parezlər, ümumi əzələ sistemində hiperkinezlər, alaliyalar	Əsasən mərkəzi sinir sistemi zədələnmələrinin digər sindrom və simptomları ilə müşayiət olunur- sensorluğun, motorikanın, emosional-iradi sferanın, diqqətin, yaddaşın pozulması, uşaq serebral iflici, oliqofreniya və s.
Loqopedik iş	Nevroloji pozulmalar zamanı hərəkətlərin bərpa olunmasının ənənəvi sistemi, üstəgəl ənənəvi quruluş və avtomatlaşdırma (adətən hərəkətlərin bərpa olunması zamanı spontan şəkildə baş verir)	Mütləq şəkildə fonematik sistemin inkişafından baza komponentlərinin formalaşdırılmasından başlamalıdır - tənəffüs, səs, ötürülmə, tələffüzün temp və ritmi. Demək olar ki, bütün fonetik-fonematik sistemi yenidən formalaşdırma vacibdir.

Cədvəl 2.4. USİ zamanı anadangəlmə və qazanılma simptomatika

Yeni doğulmuşda USİ cəhətdən risk faktorları:

1. Çəkinin az olması (2500 qr-dan az);
2. Yarımçıq doğulmuş (36 həftədən tez);
3. Çətin doğuş və asfiksiya olması;
4. Arqar şkalasının kiçik olması;
5. Yeni doğulmuş sarılığı;
6. Əkiz hamiləlik.

10 aylıqdan kiçik uşaqlarda kliniki müayinə ilə USİ diaqnozu qoymaq çətindir, çünki ən sıx görülən spastiklik 12 aydan sonra, atetoz və ataksiya 24 aydan sonra müəyyənləşir. Bu səbəbdən də 2 yaşından tez uşaqlara USİ diaqnozu qoymağa tələsmək lazım deyil. Yaş artdıqca neyromuskulyar sistemdəki yetişmə başlanğıcdakı tablonun dəyişməsinə səbəb olur. Beyindəki sağlam hissələr xəsarətli hissələrin bir çox funksiyalarını öz üzərinə götürə bilər və beyindəki sinir hüceyrələri arasında keçidlər əmələ gələrək beyin hüceyrələri müəyyən zaman sonra yenidən tənzimləyə bilər (neyronal plastiklik). Bu dəyişiklik 3-6 yaş aralığında müəyyən bir sabit vəziyyətə gəlir.

Yerimə qabiliyyəti. Ailələrin maraqlandığı mövzuların başında USİ diaqnozu qoyulmuş, hal-hazırda yeriməmiş uşaqların gələcəkdə yerimə qabiliyyəti durur. Müstəqil yerimə bu uşaqlarda 2 ilə 7 yaş arasında reallaşır, ancaq yerimə qabiliyyətini əvvəlcədən müəyyən etmək çətindir. Uşağın 2 yaşına qədər oturma bilməməsi, primitiv reflekslərin ən az ikisinin 15 aydan daha uzun davam etməsi, başın 20 aya qədər sərbəst tutula bilinməməsi, 8 yaşına qədər yeriməmiş olması sərbəst yerimə qabiliyyətinə mənfi yöndə təsir edən amillərdir. Uşağın 9 aya qədər baş kontrolunu qazanması, 2 yaşına qədər oturma bilməsi, 30 aya qədər iməkləməsi yerimə mövzusunda ümid verici göstəricilərdir. Mental geriliklə yerimə qabiliyyəti arasında əlaqə yoxdur. Uşağın yeriyə bilməsində gövdə və aşağı ətrafların tutulmasının ağırlıq dərəcəsi önəmli rola sahibdir. Statistika görə spastik hemipleqiyalıların hamısı, spastik diplegiyalıların 10-dan 9-u, spastik quadripleqiyalıların isə 10-dan sadəcə 1-2-si yeriyə bilir. Yerimə spastik hemipleqiyada 2 yaşından tez, spastik diplegiyalılarda isə 4 yaşından sonra reallaşır. USİ xəstələrin həyat müddəti çox qısa deyil.

Xəstələrin 90%-i 30 yaşın üstündə yaşaya bilir. Yeriyə bilən, əl qabiliyyəti olan, mental geriliyi olmayan xəstələrdə normal həyat müddəti olur. Bu göstərici spastik hemipleqiya və spastik diplegiyalı uyğun müalicə alan və ailələri tərəfindən yetərli qayğı görən xəstə uşaqlar üçün də keçərlidir.

Epilepsiyası olan, mental gerilik və ya bütün vücut tutulumu olan quadripleqiyalı xəstələrdə həyat müddəti daha qısa olur. USİ xəstələrin bütün həyatları boyu tibbi dəstək görmə və həyatı asanlaşdırıcı imkanlardan yararlanmaya ehtiyacları vardır. Bu tibbi dəstək fizioterapiya tətbiqindən cərrahi müdaxilələrə qədər geniş müalicəni əhatə edə bilər.

2.2.6. Autizm spektr pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

Autizm spektr pozulmalarının etiopatogenezi və simptomatikası

Autizm spektr pozulmaları (ASP) - inkişaf pozuntuları olaraq sosial vərdişlər və nitq və davranış pozuntuları ilə xarakterizə olunur. Müasir dövrdə ASP-nin etiologiyasında müxtəlif fərziyyələr mövcuddur. Buraya həm sosial, həm psixoloji, həm də bioloji və ekoloji fərziyyələr daxildir. Tədqiqatçıların əksəriyyəti ASP-nin endogen, ekzogen və genetik amillərin kompleks təsiri ilə müəyyən edilməsi haqqında fikirlər bölüşürlər.

Genetik fərziyyələr daha çox əsaslandırılmış fərziyyələrdən biri hesab edilir. EUA özlüyündə kifayət qədər heterogen bir qrupu ifadə edir. Bu qrup ümumi davranış xüsusiyyətləri sırası prinsipi üzrə birləşdirilir. Bununla əlaqədar olaraq buraya müxtəlif etiologiyalı xəstəliklər daxil edilir.

Dizneyroontogeneti fərziyyələr sinir sisteminin inkişaf pozulmalarına əsaslanmış olur. Bu fərziyyələrdə autizm erkən ontogenetik mərhələdə beynin inkişaf qüsurları əsasında yaranmış bir xəstəlik kimi nəzərdən keçirilir. Beynin inkişaf pozulmalarına əsaslanan neyrokimyəvi fərziyyələrin köməkliyi ilə neyromediatr sistemlərində olan pozulmalar nəzərdən keçirilir. Neyrokimyəvi fərziyyələr EUA-nin yaranma səbəbi olaraq beynin neyromediatr sistemində olan pozulmaları göstərir. Onlar müxtəlif dərman preparatlarının müsbət təsiri ilə qurulur. Autizmlə xəstələrdə serotonin səviyyəsində pozulma müəyyən edilib.

Autoimmun fərziyyələrin formalaşdırılmasının əsasını yerli və xarici tədqiqatçıların araşdırmaları təşkil edir. Bu araşdırmalar erkən uşaq autizmlə xəstələrin qanında beyin antigenləri üçün autoantitel səviyyəsinin artmış olması haqqındadır. Qeyd etmək lazımdır ki, orqanizmin bütün antigenləri, eləcə də beyin antigenləri üçün antitellərin müəyyən fon səviyyəsi hər bir insanın qanında mövcuddur. Bu antitellər ontogenezin müxtəlif mərhələlərində sintez olunmağa başlayır və tənzimlənmə funksiyasını yerinə yetirir.

Autizm spektr pozulmalarının digər immunoloji fərziyyələri. Neyroantigenlər üçün antitellərin artmış səviyyəsi ilə yanaşı, eyni zamanda erkən uşaq autizmlə xəstələrdə immunoloji göstəricilərdə digər geriləmələr də müəyyən edilə bilər.

Opioid fərziyyələr - endogenopioid sistem və autistik pozulmaların tərkibinə daxil olma ehtimalını ilk dəfə 1979-cu ildə alman tədqiqatçısı J.Panksepp ortaya çıxartdı. O, autizmlə morfidən istifadənin uzunmüddətli təsiri arasında oxşarlığı qeyd elədi: ağrı hissetmənin aşağı səviyyədə olması, inkişafda gerilik və sosial kontaktların azalması. Bu müşahidələr əsasında belə güman edildi ki, autizmlə uşağın orqanizmində beta-endorfinin miqdarı yuxarı ola bilər. Sonrakı tədqiqat təcrübələri göstərdi ki, həqiqətən də autizm zamanı qan plazması və onurğa beyni mayesində endogen opioidin tərkibi yuxarı qalxıb. Bu nəinki uşaqlar, eləcə də anaların yarından çoxuna aiddir.

Affektiv və idrak nəzəriyyələri. Bu fərziyyələr autizmin humaitar sahələrdə autizm simptomlarının olmasını izah edir. Bu fərziyyələr əsasında autizm idrak fəaliyyəti və emosional sferanın pozulmasının nəticəsi kimi nəzərdən keçirilir. Bu nəzəriyyə geniş vüsət almadı. İdrak nəzəriyyəsi isə əksinə daha da inkişaf edir. Bu əsasən, erkən uşaq autizminin sosializasiya və kommunikasiya kimi sferalarına toxunur. Bununla yanaşı, xəstəliyin

emosional spektrlərinə da toxunulur.

Autizmin səbəbi məlum olmadığı kimi tam müalicəsi üçün də hal-hazırda hansısa üsul və ya dərman mövcud deyil. İstifadə olunan preparatlar, əsasən hiperaktivliyi azaldan və diqqətin artmasına kömək edən bilavasitə uşaqların təlimlərdən daha çox faydalanmasına kömək edən köməkçi preparatlardır.

Autizm adı altında uşağın ünsiyyətinin pozulması nəzərdə tutulur. Autizmin bildirdiyi əlamətlərə şəxsin öz dünyasında yaşaması, əlaqələrdən qaçması, ünsiyyətsizlik və kontaktlardan qaçması prosesi göstərilə bilər. Hərdən bu xüsusiyyət uşağın əsas xarakterik xüsusiyyəti kimi nəzərə alın bilər. Amma uşağın görmə, eşitmə inkişafsızlığı, dərin intellektual inkişafsızlığı, nevroitik pozulmaları və ağır nitq qüsurları zamanı da özünü göstərmiş ola bilər. İlk növbədə, valideynlər uşağa diqqət və qayğı göstərməlidirlər. Valideynin bu mərhələdə müşahidə etdiyi əlamətləri, ilk növbədə ixtisasçı görməyə bilər. Uşaqların davranışında valideynləri daha çox narahat edən xüsusiyyətlər:

1. Ünsiyyətdən qaçma, hətta ən yaxınlardan belə;
2. İnsanlarla əlaqədən qaçma;
3. Həmyaşıdları ilə oynama bacarığının olmaması;
4. Uşağın əsaslı marağının olmaması;
5. Xüsusi davranış tipi;
6. Qorxular;
7. Yaşla əlaqəli olan intellektual geriləmə;
8. Təlimin çətinliyi müşahidə olunur.

Adətən valideynlər uşaqlarının zehni cəhətdən geridə qalmasını qəbul etmirlər. Uşaqların ağır vəziyyətə gəlmələrinə səbəb olurlar. Ağır söz birləşmələrinin birdən gözlənilməz deyilməsi, müqayisə həssaslığı, təbii hallarda həssaslıq və ağıllı ciddi sima və belə bir üz quruluşu valideynlərə ümid verir ki, uşaq hər şeyi bacarır.

Autizm diaqnozu qoyulan insanların mürəkkəb simptomları vardır və bu fərqlilik sosial və kommunikativ pozulmalarda büruzə verir. Bu pozuntu digər mövzuda əks olunacaq. Ünsiyyət pozulması təxminən 60+ olduğu halda, sosial və kommunikativ pozulmaların simptomlarını fərqləndirmək çətin olur. Hələ indiyədək aydın edilməmişdir:

a) bu simptomlar bir-birindən ayrı ola bilərmi? Buna baxmayaraq, verbal və qeyri-verbal pozulmalar, qeyri-verbal kommunikasiya kimi kommunikativ çətinliklərin müzakirəsi zamanı jestlər, mimika və bədən dilindən istifadə edilir. Ənənəvi baxışa görə autizm zamanı triada-üçlük mövcuddur:(qeyd- bədən dili nədir?bilmirəm)

1. Sosial pozuntular;
2. Davranış pozuntuları;
3. Kommunikasiya pozulmaları.

Kommunikasiya pozulmaları və sosial pozuntular bir-birindən fərqlənir. Həyatın ilk ili bəzi autizmlili uşaqlarda psixikanın inkişafının pozuntusu ola bilər. O ya tamamilə olmaya bilər, ya da monoton və ya qeyri-kommunikativ məqsədlər üçün yarana bilər. Lakin autizmə

tutulmuş bir çox uşağın valideyni bildirir ki, bu tərəfdən onların uşaqlarının inkişafında heç bir problem olmamışdır.

Ünsiyyətin pozulmaları - bir çox hallarda sosial və kommunikativ pozuntuların simptomlarını fərqləndirmək çətin olur. Bu simptomların bir-birindən fərqli olması səbəbi anlaşılmır. Buna baxmayaraq preverbal və verbal pozuntular- əl hərəkəti, mimika və bədən dili istifadə edilərkən autizmdə kommunikasiyanın çətinliyinin müzakirəsi zamanı bunlar araşdırılır. Ənənəvi baxışa uyğun olaraq autizm vaxtı triada mövcuddur:

1. Sosial pozuntular;
2. Davranış pozuntuları;
3. Kommunikasiya pozuntuları.

Lakin, kommunikativ və sosial pozuntuların bölgüsü bir çox oxucular üçün qeyri-təbii görünə bilər. Bir çox valideyn deyir ki, uşağı adı ilə çağırıqda o fikir vermir. Başqa cür onun diqqətini cəlb etdikdə də reaksiya görünür. Uşaqlar özlərini kar kimi göstərə bilirlər, amma bu- uşaq qətiyyətlə cavab vermir kimi- başa düşülməməlidir. Bəzən uşaqlarda nitqə dərhal reaksiya vermək istəyi yaranır. Bu zaman o, müəyyən səslər çıxarır və ya reaksiyasını başqa cür bürüzə verir. Başqa hallarda eyni hərəkətlər onun diqqətini cəlb etmir. Bu, əsəb sisteminin hazır olub-olmaması kimi görünür. Bir çox başqa hallarda autizm olan uşaqlar vacib informasiyanı ümumi vəziyyətdə ayırd edə bilmir. Bu daha çox diqqətin kənarında cəmləşdirilməsi ilə özünü göstərir. Autizmlı uşaqların bəziləri hiperaktivdirlər. Hətta bunu ömürlərinin ilk aylarından bürüzə verirlər. Başqaları isə hipoaktivdirlər. Bu iki qrup autizmi olan uşaqların kommunikasiya stili bir-birindən xeyli fərqlənir. Hiperaktiv uşaq daha ünsiyyətçi görünə bilər. Digər tərəfdən hipoaktiv uşağa daha az problem olan fərd kimi baxıla bilər. Yəni, inkişafda əhəmiyyətli pozuntular olsa belə, xəstə kimi görünməyə bilər.

Stereotiplər və stereotip davranışlar. Autizmin tipik forması olan uşaqların bir çoxunda həyatlarının ilk ilində motor stereotipləri inkişaf edir. Motor stereotip insan bədəninin bir və bir neçə hissəsinin təkrar olunan hərəkətləri deməkdir. Bu hər hansı tiklərə bənzər ola bilər ki, bunu da tikdən ayırd etmək bəzən mümkün olmur. Tik, adətən heç nədən asılı olmadan spazmatik və əzələlərin ritmik qısalması nəticəsində baş verir ki, onlar da yalnız qismən iradəyə tabe olur. Ən balaca autistli uşaqlarda rast gəlinən tipik stereotiplər əl-qolun atılması, dövrə vurulması və iki əlin qaldırılıb endirilməsi şəklində olur. Bir sıra hallarda autizm diaqnozu gec qoyulmuş uşaqlar əl-qol təxəllüsü alırlar. Əllərin biri barmaqları aralı tutularaq uşağın üzünə yaxın gözün qarşısında ola bilər. Uşaqlar əllərini qabağa-arıya hərəkət etdirir və barmaqlarının arasından baxırlar. Sanki onların diqqətini şüa effekti cəlb edir. Autizm zamanı rast gəlinən motor stereotiplərin ən geniş yayılmış variantı aşağıdakılardır:

- Hər iki əlləri, yaxud dirsəkləri ilə simmetrik atılması;
- Barmaqlarla yüngül zərbələr;
- Bədənin silkələnməsi;
- Başın hərəkəti, yaxud dairəvi fırladılması.

Bütün bədənin donub qalması, yaxud iti şəkildə barmaqlarının ucunda gəzmə, həmçinin təkraredici davranış formaları sayıla bilər. Bu hal, xüsusən həyəcan zamanı özünü göstərir. Bəzi stereotip formalar özlərini autist uşaqların özlərinə xəsarət yetirmələri, zərbə vurmaları və özlərini dişləmələri ilə artması şəklində müşayət olunur.

Bir çox autizmlə insanda ağır hissiyyatı azaldıqda özünə xəsarət yetirmə xroniki hal alır. Autizmlə insanların bəzilərində stereotiplər ömrün ilk ilində yaranır. Başqalarında bu tip davranış az da olsa, 4 yaşına qədər özünü göstərir. 1-3 yaş arası uşaqlarda stereotip davranışın orta ağır səviyyəsi özünü büruzə verir. Daha sonra isə bu tip davranışın özünü göstərməsi azalır. Stereotip davranışın orta səviyyədə özünü büruzə verməsində barmaqların dartınması, əl və barmaqlarla döyücləmə sonradan qala da bilər, lakin müşahidə edilməyə də bilər.

Davranışın məhdudiyyətləri - davranışın pozulması əlaməti yalnız motor stereotipi deyildir. Həmçinin davranışın məhdudiyyətidir. Bir çox autistlər intellektdən asılı olmayaraq davranış və maraqlarının məhdud xarakterlərini büruzə verirlər. Bir çox hallarda uzun müddət eyni hərəkətləri təkrar edirlər.

Autizm spektr pozulmalarının müxtəlif təsnifatları

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (XBT) və Diaqnostika və Amerika Psixiatriya Assosiasiyasına (DSM) görə 2012-ci il Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatına görə 10-cu baxış, V sinif təsnifatlaşdırma Psixoloji inkişafın ümumi pozğunluğu adlanır. Bu pozğunluqlar qrupu sosial münasibətlər və ünsiyyət yaratmaq göstəricilərində keyfiyyətdən kənara çıxmaları ilə, o cümlədən məhdud, stereotip və təkrarlanan maraq və hərəkət kompleksləri ilə xarakterizə olunur. Bu keyfiyyət kənarçıxmaları fərd və bütün vəziyyətlərdə fəaliyyətin ümumi xarakterik xüsusiyyətidir.

Uşaq autizmi - uşaq autizmi inkişafın ümumi tip pozğunluğu olub:

1. 3 yaşına qədər inkişaf ləngiməsi və anomaliyası;
2. məhdud, stereotip və monoton davranış, ünsiyyət funksiyaları və ekvivalent sosial qarşılıqlı təsirlərdə psixoloji dəyişikliklərlə müəyyən olunur.

Bu spesifik diaqnostik xüsusiyyətlər, fobiyalar, yuxu və qida qəbulu pozğunluqları və özünə qarşı aqressivlik kimi qeyri spesifik problemləri tamamlayır. Uşaq autizmində autik pozğunluq 2 yerə bölünür: infantil (autizm və psixoz) və Kanner sindromu.

Atipik autizm - tipik autizm ümumi inkişaf pozğunluğu olub uşaq autizmindən pozğunluğun başlanma vaxtına görə və ya uşaq autizmi diaqnozunun qoyulması üçün zəruri olan patoloji pozğunluq triadasının olmaması ilə fərqlənir. Atipik autizm diaqnozundan inkişaf ləngiməsi və anomaliyası 3 yaşından sonra inkişaf etdikdə və uşaq autizmi diaqnozu qoyulması üçün psixopatoloji əlamətlərdən biri və ikisi aydın təzahür etmədikdə istifadə etmək tövsiyə olunur. Atipik autizm ən çox dərin inkişaf ləngiməsi olan və ağır və spesifik reseptiv nitq pozğunluğu olan şəxslərdə rast gəlinir. Atipik autizmin 2 formasına rast gəlinir: atipik uşaq psixozu və autizm əlamətləri ilə müşayət olunan əqli gerilik.

Retta sindromu - bu vaxta qədər yalnız qızlarda rast gəlinən bu sindrom əvvəl normal

olan inkişafın nitq və lokomotor vərdişlərin tam və ya hissəvi itirilməsi, iki əlli işləmək vərdişi və başın inkişafının ləngiməsi ilə ağırlaşır. Həyatının 7-24 aylığında rast gəlinir. Əllərlə iradi hərəkətlər, əllərin stereotip dairəvi hərəkətləri və dərin tənəffüsün itirilməsi xarakterikdir. İctimai inkişaf və oyunların inkişafı dayandırılrsa da, ünsiyyətə meyil saxlanır. 4 yaşından etibarən gövdənin xoreoatetoid hərəkətləri ilə müşayiət olunan adaksiyası (koordinasiyanın pozulması) və apraksiyası (məqsədyönlü hərəkətlərin pozulması) inkişaf etməyə başlayır. Dəyişilməz ağır əqli gerilik qeyd edilir. Uşaqda 4 yaşında digər dezintegrativ pozğunluğu - inkişafın ümumi tip pozğunluğu olub pozğunluq əlamətlərinin təzahür etməsinə qədər tam normal inkişaf dövrünün olması ilə xarakterikdir. Pozğunluğun başlanması ilə həmin dövrə qədər qazanılmış vərdişlər itirilir. Bu vərdişlərin itirilməsi bir neçə ay ərzində baş verir. Bu ətraf mühitə qarşı marağın itirilməsi, stereotip və monoton hərəkət davranış və autizm üçün xarakterik olan ictimai qarşılıqlı təsir və ünsiyyət funksiyalarının itirilməsi ilə müşayiət olunur. Bəzi hallarda bu pozğunluğun ensefalopatiya (beyin toxumasında ümumilikdə baş verən degenerativ dəyişiklik) ilə əlaqədar olması müəyyən edilsə də, diaqnoz davranış xüsusiyyətlərinə əsaslanmalıdır.

Bu sindrom özünü 4 formada göstərir: şaq demensiyası, Dezintegrativ psixoz, Qeller sindromu, Simbioz psixoz.

Əqli gerilik və stereotip hərəkətlərlə birgə rast gəlinən hiperaktiv pozğunluq - bu kateqoriya diqqət pozğunluğu, stereotip davranış və hiperaktivliyi aydın nəzərə çarpan əqli geri qalmış (IQ 34-dən aşağı) uşaq qrupları üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bu uşaqlarda stimulyasiyaedici preparatlar normal IQ səviyyəsi olan uşaqlardan fərqli olaraq disforik (ətrafa marağın itməsi və yüksək oyanıcılıqla əhval ruhiyyənin aşağı düşməsi, bəzən psixomotor retardasiya ilə hərəkətlərdə yavaşım) reaksiyaya səbəb olur. Yeniyetmə dövründə hiperaktivlik zəiflədilmiş aktivliklə əvəz olunmağa meyilli olur. Bu sindrom, əsasən müxtəlif ümumi və spesifik xarakterli inkişaf geriliyi ilə bağlı olur. Aşağı IQ və beynin üzvi zədələnməsinin bu pozğunluğun etiologiyasında rolu məlum deyil.

Asperqer sindromu - bu pozuntunun nozoloji müstəqilliyi təyin olunmayıb, uşaq autizmi üçün sosial qarşılıqlı əlaqələrin keyfiyyətə pozulması, məhdud stereotipiya, təkrarlanan maraq və məşğuliyyət yığını ilə xarakterizə olunur. Autizmdən fərqli olaraq, burada nitq və koqnitivin ümumi ləngiməsi və ya yox olmasına rast gəlinmir. Əksər uşaqlarda normal intellekt olur, amma yöndəmsizlik qeyd olunur və bu vəziyyət çox hallarda 8:1 nisbətindədir. Bu pozuntuların yeniyetmə və yetkin yaşda da qalmaq tendensiyası vardır. Ehtimal ki, bunları fərdin xüsusiyyətləri kim göstərmək olar, hansılar ki, mühitin təsirinə məruz qalmır. Çox az hallarda gənclik yaşında psixotik epizodlar inkişaf edə bilər.

Asperqer sindromunun 2 forması var:

- Autik psixopatiya;
- Uşaq yaşında şizoid pozğunluq.

2012-ci il Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatına görə, 10-cu baxış, V sinif təsnifatlaşdırma:

F84.0 - "Uşaq Autizmi" adlanır. Autistik pozulmalar - uşaq autizmi, uşaq psixozu və Kanner sindromu

F84.1 - "Atipik autizm"- atipik uşaq psixozu və autizm xarakterli əqli gerilik

F84.2 - "Rett sindromu"

F84.3 - "Uşaqlarda dezinteqrativ" pozulmalar - uşaq demensiyası, Qeller sindromu, simbioz psixozu

F84.4 - "Əqli geriliklə və stereotip hərəkətlərlə birgə qarşılıqlı hiperaktiv pozulmalar"

F.84.5 - "Asperger sindromu"- autistik psixopatiya və uşaq yaşlarında şizoid pozulmalar

F84.8 - digər ümumi inkişaf pozulmaları

F84.9 - qeyri-məlum ümumi inkişaf pozulmaları

Autizm spektrli pozuntular və onların DSM-5-ə görə təsnifatı

DSM-5-ə (Diaqnostika və Amerika Psixiatriya Assosiasiyasının Beşinci Nəşri) görə autizm spektri beş pozuntuya ayrılıb:

- Autizm pozuntusu;
- Asperger sindromu;
- Uşaq disinteqretiv pozuntusu;
- Rett sindromu.

Autizm pozuntusu üç sahənin pozulması ilə səciyyələnir: sosial kommunikasiya, məhdud və təkrarlanan davranış və nitqin inkişafı və onun işlədilməsinin pozulması. Asperger sindromunda diaqnostik meyar kimi nitqin pozuntusu nəzərdə tutulmur. Son klinik konsensusa əsasən autistik spektrli pozuntular başlıca istiqamət olaraq iki sahəni əhatə edir: sosial rabitə, məhdud və təkrarlanan davranış pozuntuları. Nitqin inkişafı və onun düzgün işlədilməsinin pozulması artıq autizm spektrli pozuntular üçün xarakter hesab edilmir. Bu diaqnostika dəyişməsi və autizm spektrli pozuntusu olan bacı və qardaşlar üzərində aparılmış tədqiqatlara əsaslanır, belə ki, nitqin pozulması və ondan düzgün istifadə olunmaması simptomları ayrı-ayrılıqda rast gəlinə bilər, lakin bəzi autizm spektrli şəxslər üçün səciyyəvi xarakter daşıyır. Autizm spektr pozuntular, adətən həyatın ikinci ili ərzində özünü büruzə verir və ağır hallarda sosial münasibətlərdə əqli cəhətdən müvafiq marağın olmamağı, hətta həyatın birinci ilində qeyd etmək mümkündür. Bəzi tədqiqatlar göstərir ki, sosial fəaliyyətin pozuntuları həyatın birinci və ikinci dövrü arasında yarana bilər. Lakin yüngül hallarda autizm spektr sindromunun əsas pozuntularını bir neçə il ərzində təyin etmək mümkün olmur. Nitqin pozulması autizm spektr sindromunun əsas diaqnostik meyar olmamağına baxmayaraq, həkimlər və valideynlər 12 aydan 18 aya qədər uşaqlarda sosial davranış məhdudluğu ilə müşayiət olunan nitqin pozuntuları tez-tez autizm spektr sindromunun simptomları barədə xəbər verir. Autizm spektr pozuntusu olan uşaqların 25 faiz hallarda nitqi inkişaf edir və sonra itir. Həm də akademik və sosial tələblər artdıqca normal intellektual inkişaf etmiş və nitqin mülayim dərəcədə pozuntusu olan uşaqlarda onların orta yaşına qədər autizm spektrli pozuntuları aşkar edilməsi mümkün deyil.

Autizmlı uşaqlar tez-tez öz fəaliyyətlərinə özünəməxsus maraq göstərirlər, öz həmyaşıdlarına uyğun hərəkətləri nümayiş etdirə bilmədikləri səbəbindən sosial mühitdə qeyri-adekvat davranış təqdim edirlər. DSM-5 diaqnostik meyarlarına əsasən autizm spektr pozuntulu uşaqların üçdə birində intellektual əmək qabiliyyətinin itirilməsi (əlillik) müşahidə olunur.

Autistik pozulmaların tipologiyası, Atipik autizm, Rett, Kanner və Asperger sindromu

Rett sindromu nevroloji bir narahatlıqdır. İlk dəfə Rett sindromu 1966-cı ildə avstriya pediatri Andreas Rett tərəfindən təsvir edilmişdir. O qızları müşahidə edərək 6 ayından 2 yaşınadək gözlənilmədən baş ölçüsünün inkişafının ləngiməsi, psixi inkişafın reqresi, ünsiyyətdən imtina, məqsədyönlülüyün itməsi və steriotip hərəkətləri - əllərini sıxma və yuma kimi hərəkətlərin meydana gəlməsini müşahidə etmişdir.

Rett sindromunun diaqnozunun qoyulması üçün 6 əlamətdən üçünün olması lazımdır:

1. Əl vərdişlərinin zəifləməsi və ya olmaması;
2. Nitqin pisləşməsi və ya itirilməsi;
3. Əllərin steriotip hərəkətləri;
4. Kommunikasiyanın itirilməsi;
5. İlk uşaqlıq yaşında baş ölçüsünün inkişafının ləngiməsi;
6. Müşayiət olunan qarşılıqlı münasibətlərin bərpa olunmasının reqresi (tamamlayıcı əlamətlərdən isə 11-dən 6-sı olmalıdır). Onlara aiddir:
 - Hiperventilyasiya və nəfəsin tutulması epizodları;
 - Köpmüş qarın;
 - Bruksizm
 - Yerişin dispraksiyası;
 - Kürəyin deformasiyası;
 - Ayaqların vəziyyətinin deformasiyası;
 - Hipoplastik soyuq əllər və dabanların olması;
 - İzah olunmaz gülüş və qışqırıq tutmaları;
 - E.E.Q-də xarakterik dəyişikliklər;
 - Ağrı hissənin itirilməsi;
 - Göz təmasının köməyi ilə intensiv kontakt.

Bu kriteriyaların çox hissəsi DSM-4 və XBT-10-un əsas təsnifatına daxildir ki, burada Rett sindromu ilk dəfə "ümumi inkişafın pozulması" dairəsinə daxil edilmişdir. Uşaqlar arasında yayılması: Hər 10.000 qızdan 1-i Rett sindromundan əziyyət çəkir.

Rett sindromu, degenerativ monogen xəstəlik olub gene-requlyativ MESR2-də mutasiyalarla şərtlənmiş, neyron sisteminin pozulması ilə müşahidə olunub, qızlarda erkən uşaq yaşlarında autistik davranışla, psixomotor inkişafın reqresi, steriotiplərlə və demensiyaya meyilliliklə xarakterizə olunur. X xromosomu üzərində olan MESR2 geninin

qüsurlu olmasından ötəri meydana gəlir. Xüsusilə qız uşaqlarında görülməsinin səbəbi kişilərin bir ədəd X və bir ədəd Y xromosomu daşımaları, yaradıldığı zaman qüsurlu olan xromosomun kompensasiya edilə biləcək ehtiyatın olmaması və beləcə MESR2 mutasiyasının erkək fetusun ölümünə yol açmasıdır. Qızlar oğlanlardan fərqli olaraq 2 ədəd X xromosomu daşıyırlar. Və nəticədə digər X xromosomu kompensasiya rolunu oynayaraq həyatda qalmanı təmin edir. MESR2 mutasiyaları klassik Rett sindromunda 95% və atipik Rett sindromunda 75% miqdarında göstərilir. Rett sindromu klassik (tipik) və atipik (varyant) olmaq üzrə ikiyə ayrılır.

1. Klassik (tipik) Rett sindromu üçün lazım olan meyarlar:

- Geriləmə dönməni izləyən yaxşılaşma, yaxud durğunluq dönmə;
- Bütün ana meyarların təmin edilməsi və artifakt meyarlarının olmaması;
- Tipik Rett sindromunun çoxunda olmasına baxmayaraq, dəstəkləyici meyarların lazımlı olmaması.

2. Atipik (Varyant) Rett sindromu üçün lazım olan meyarlar:

- Dörd əsas meyardan ən az ikisinin olması;
- On bir dəstəkləyici meyardan beşinin olması.

Əsas meyarlar

- Məqsədli əl hərəkətlərinin qismən, yaxud tamamilə itirilməsi;
- Qazanılmış nitqin/sözlərin qismən, yaxud tamamilə itirilməsi;
- Tipik əl hərəkətləri (əlləri qıvrma, sıxma, bir-birinə vurma, alqışlama, əlləri ağza salma və ovma);
- Tarazlıq anomaliyaları: pozulma (dispraksi) ya da itirilmə.

Atipik Rett sindromu üçün dəstəkləyici meyarlar:

- Oyanıq ikən nəfəs anomaliyaları;
- Diş qıcıratmalar;
- Yuxu rejiminin pozulması;
- Anomal əzələ pozuntusu;
- Periferik vasomotor pozuntusu;
- Skalyoz/kifoz;
- İnkişaf geriləməsi;
- Balaca və soyuq əl və ayaqlar;
- Yersiz gülmə;
- Ağrı hissənin azalması;
- Göz dikmə davranışı.

Skolioz Rett sindromunun nəzərə çarpan xüsusiyyətləri arasındadır. Bir çox Rett sindromlu qadınlar yaşına görə olduqca kiçik görünürlər. Görülən işlər və güclü iştahları varmış kimi görünmələrinə baxmayaraq, böyük nisbətlərdə qeyri-kafi bəslənmə

problemləri ilə qarşı-qarşıya olduqları görülür. Bunun səbəblərini belə sıralaya bilərik:

1. Çeynəmə çətinlikləri;
2. Udma çətinlikləri;
3. Qidaları geri çıxarma;
4. Dişlərini sıxma;
5. Qidaları ağıza apara bilməmə və dəstəyə möhtac olması;
6. Enerji istifadəsində disbalans.

XBT-10 diaqnostikası

- Əllərin sərbəst hərəkətinin tam itirilməsi;
- Nitqin tam və ya qismən itirilməsi;
- Baş ölçüsünün böyüməsinin normadan kənar inkişafı;
- Əllərin özünəməxsus atetoid (fırlanan) hərəkəti.

Klassik Rett sindromu həyatın 1 və 2-ci ilində başlayır, 16-18 aylıqda manifestasiyanın pik nöqtəsinə çatır və aşkara çıxır, öz inkişafında müəyyən mərhələlərdən keçir.

1-ci mərhələdə “autistik” göstəricilər 2 və 3 ay davam edir və ətraf mühətdən qopma, ixtiyari hərəkətin aktivliyinin pozulması, psixi inkişafın dayanması və baş ölçüsünün böyüməsinin inkişafı gecikir.

2-ci mərhələdə “Cəld reqres” bir neçə həftədən bir neçə aya qədər autistik ətraf mühətdən qopma, ümumi narahatlıq, sözlərin tələffüzündə əldə edilmiş vərdişlərin itirilməsi, məqsədyönlü hərəkətlərin reduksiyası, aparıcı əlin əvəzlənməsi və əşyaları tutmaq və saxlamaq bacarığının itirilməsi baş verir. Əllərin rəngi göyümtül olur və qazanılmış motor aktların total çökməsi və itirilməsi halı müşahidə olunur. Əl hərəkətlərində qədim arxaik səviyyədə hərəkətlər - “yuyan və silən” tipli, əllərin arxaya qatlanması və çənəyə vurma kimi hərəkətlər yaranır. Əzələ distoniyası (spazm) qeyd olunur.

3- cü mərhələdə aparıcı hal kimi demensiya qeyd olunur. Autistik ətrafdan qopmalar azalır, hissə-hissə kommunikasiya və nitqin anlaşılması və ayrı-ayrı sözlərin tələffüzünün bərpa olunması müşahidə olunur. Lakin hər bir fəaliyyət qısamüddətli xarakter daşıyır və qazanılanların tez tükənməsi və itirilməsi baş verir. Nevroloji pozuntular progressivləşir: kürəyin düz əzələləri otarasıya olunur, kifoz və skaleroz yaranır. 1/3 hallarda epilepsiya tutmaları yaranır.

4-cü mərhələ “total demensiya” nevroloji pozulmalar ilə xarakterizə olunur. Yerləşin tam itirilməsi.

Beləliklə klassik Rett sindromu zamanı xəstəliyin klinik təsvirində potoloji proseslərin qabıq strukturlarından qabıqaltı strukturlar, beyin qabığı və spinallara hərəkəti müşahidə olunur.

Atipik Rett sindromunun klinik xarakteristikası. Xəstəlik ərzində autizmin saxlanması ilə Rett sindromunu C. Gillberg (1995) atipik variantına aid edir. Rett sindromunun atipik variantına dünyada aid edilir:

- Ümumi normal motorika ilə mozaik formalı Rett sindromu;
- Exolaliyalı və təkrarlana bilən nitqli Rett sindromu.

Rett sindromu oğlanlarda:

- Psixotik Rett sindromu;
- ADP ilə oxşar digər genезisli Rett sindromu (N.V. Simaşkova, L.P.Yakupova, 2006).

Atipik Rett sindromu zamanı böyük motorikanın kobud pozulması müşahidə olunmur, xəstəliyin 4-cü mərhələsi baş vermir (yerişin itməsi) və nitq sahəsində sözlərin qısa söz birləşmələrinin exolalik təkrarı müşahidə olunur. Xəstəlik müddətində ağır autizm dəf olunmur.

Kanner sindromunun ağırlıq formaları onun əlamətlərinə görə tərtib olunur.

1. Sosial qarşılıqlı fəaliyyətin pozuntusu (məsələn, sosial və emosional siqnalların qeyri-müvafiq olması; sosial siqnalların kifayət qədər istifadə olmaması);
2. Ünsiyyətin pozuntusu (məsələn, ünsiyyət zamanı nitqdən kifayət qədər istifadə edilməməsi, digər insanlarla verbal və qeyri-verbal yaxınlıq və nitqin melodiyasının dəyişməsi);
3. Spesifik maraqlar və stereotip davranışlar (məsələn, gündəlik rutinə sərt və bağlı şəkildə olmaq və dəyişikliklərə qarşı müqavimət göstərmək);
4. Qeyri-spesifik problemlər - qorxular, fobiyalar, yemə pozuntuları, qəzəb tutmaları, aqressiya və özünə ziyan vurma).

L.Vinqin təsnifatına görə uşaqlarda erkən autizmin tipləri

İngiltərə tədqiqatçısı L.Vinq sosial təmas qurmaq imkanlarına görə autistik uşaqları “tənha”, yəni ünsiyyət qurmayan “passiv” və “aktiv”, amma qəribə (axmaq) olaraq ayırır.

L. Vinq müxtəlif davranış tipli uşaqları 4 tipə ayırırdı. Bu qrupların onları əhatə edən mühit və insanlarla qarşılıqlı münasibətlərin inkişafında müxtəlif pillələri əks etdirmişdir:

- 1-ci qrup - ətrafdan tam uzaqlaşma;
- 2-ci qrup - ətrafı aktiv qəbul edilməmiş;
- 3-cü qrup - autistik maraqlarla əsir alınmış;
- 4-cü qrup - əlaqə və ünsiyyətin həddən artıq çətinlik təşkil etdiyi.

1-ci qrupdan olan uşağın ailəsinin mütəxəssisə bildirdiyi əsas şikayətlər - nitqin olmaması, uşağın fikrini cəmləyib düzgün nitqi təşkil edə bilməməsi, göz təması ilə cavab təbəssümünə nail olmaq, şikayət və xahişini dinləməmək, çağırışına cavab verməmək və onun diqqətini təlimata yönəltmək problemi tapşırıqların yerinə yetirilməsinə nail olmaq mümkünsüzlüyü. Bu cür uşaqların erkən yaşlarda daha çox narahatlıq və aktivliyinin pozulması nümayiş etdirilir. Bu qrupdan olan uşaqlar özlərini təcrid olunmuş hiss edirlər. Onlar hiyləgər və ağıllı üz ifadəsilə, heç bir xahiş etməmələri, hərəkətlərində xüsusi məharət, hətta ağrıya reaksiya verməməklə istənilən digər bir uşağın qorxa biləcəyi halda, qorxu hiss etməmələri ilə anlaşılmaz qəribə təəssürat yaradırlar.

2-ci qrupdan olan uşaqlar ilkin olaraq daha aktivdir və ətraf mühitlə münasibətdən

daha az təsirlənirlər. Onların autizmi də daha aktivdir. Özünü təcrid olunmuş kimi deyil, dünyanın çox böyük bir hissəsini uşaq üçün qəbul edilə bilməyən istənilən bir varlıq kimi qəbul edirlər.. Valideynlər çox vaxt bu cür uşaqların psixi inkişafı, ilk növbədə, nitqin inkişafının gecikməsindən şikayət edirlər. Digər çətinliklər barədə daha sonra məlumat verirlər. Bu çətinliklər valideynlərin şikayətində ikinci plana keçir, çünki onlar çox şeyə öyrəşmişlər-uşaq artıq onları onun lazım olan həyat şərtlərinə, ilk növbədə şərait və adət edilmiş hərəkətlər, bütün günün proqramı və yaxınlarla ünsiyyət qurma üsullarını özündə ehtiva edən, formalaşan həyat stereotipinə ciddi surətdə riayət etməyi öyrətmişdir. Digər qruplardan olan uşaqlarla müqayisədə onlar qorxularının altında qalır və hərəkət və nitq stereotiplərinə sanki cəlb edirlər. Onlarda qarşısızalmaz meyillər, impulsiv hərəkətlər, ümumi aqressivlik və şiddətli şəkildə özünə zərər vermə hallarının bürüzə verməsi mümkündür. Uşağın bu qədər ciddi dezadaptasiya vəziyyəti qiymətləndirilərkən biz unutmamalıyıq ki, bu uşaqlar birinci qrupdan olan uşaqlarla müqayisədə həyata daha çox uyğunlaşmışlar. İkinci qrupdan olan uşağın əsas problemi ondan ibarətdir ki, onun üstünlük verdiyi məqamlar çox dar çərçivələr və sərt şəkildə sabitləşdirilir və onların diapazonunun genişləndirilməsi üçün edilən istənilən cəhd onu dəhşətə gətirir. 1-ci qrupdan olan uşaqlarla müqayisədə bu cür uşaqların hərəkəti inkişafı ilk baxışda daha çox pozulmuş kimi təəsürat yaradır. Bu qrupdan olan uşaqlar üçün stereotip hərəkətlərin bolluğu səciyyəvi xarakter daşıyır. Onların hərəkəti stereotipləri qəribə və kəskin xarakterlidir.

3-cü qrupdan olan uşaqları zahiri təzahürləri, ilk növbədə autistik müdafiə üsullarına görə fərqləndirmək daha asandır. Bu cür uşaqlar artıq hər kəsdən uzaqlaşır və ətrafındakıları rədd edirmiş kimi görünürlər. Əksinə, stereotip formada özünü bürüzə verən və özlərinə məxsus sabit maraqlara bağlanmış olurlar. Bu halda valideynlər mütəxəssislərin köməyinə nitq və əqli inkişafı bağlı olmayan bu cür uşaqla qarşılıqlı əlaqənin çətinlikləri, onun ekstreminal konfliktliyi, onun tərəfindən güzəştə getməyi, başqalarının maraqlarını nəzərə almağın mümkünsüzlüyü və eyni məşğələ və maraqlar ilə məşğul olmaqla əlaqədar problemlərlə bağlı müraciət etmiş olurlar. İllər keçdikcə uşaqlar eyni mövzuda danışaraq eyni süjeti çəkir və ya ifa edirlər. Belə uşağın töhməti bəyənmediyi və ya tərslik edərək hər işi acıqla deyilənin tərsinə etmək istəyi valideynləri nadir hallarda narahat edir. Onun maraqları və fantaziyalarının məzmunu qorxulu təəsüratlar ilə əlaqəli olur. Bu cür uşaqlar zahirən tipik görünürlər. Bu qrupdan olan uşaqlar doğmaları üçün kifayət qədər problem yaratsalar, səhvlərin düzəldilməsi baxımından daim yardıma ehtiyac duysalar da, onlar mühit və insanlarla fəal münasibətlərin inkişafında geniş və ilkin imkanlara malikdirlər.

4-cü qrupun uşaqları üçün autizmin ən yüngül forması xarakterikdir. Artıq müdafiə münasibətləri və təmaslarda ləngimə, ünsiyyət formalarının inkişaf etməməsi və uşağın özünün diqqətini cəmləyə bilməməsi və onu təşkil etməkdə çətinlik çəkməsi 1-ci plana çıxır. Beləliklə, autizm burada dünyadan müəmmalı şəkildə uzaqlaşmaq, onu rədd etmək və qəbul etməmək kimi hər hansı xüsusi autistik maraqlara aludə olmaq kimi qarşımızda durmur. Duman dağılır və mərkəzi problem gün işığına çıxarılır: digər insanlarla qarşılıqlı əlaqənin təşkil edilməsində imkanların kifayətsizliyi. Ona görə də bu cür uşaqların valideynləri

emosional əlaqə qurmaqdakı çətinliklərdən deyil, bütünlükdə psixi inkişafın ləngiməsindən şikayət edirlər.

Bunlar fiziki baxımdan kövrək və tez yorulan uşaqlardır. Onlar zahirən 2-ci qrupun uşaqlarını xatırladırlar. Onlar da sərbəstlikdən məhrum olmuş kimi görünürlər, ancaq onların hərəkətləri daha az gərgin və mexanikdir. Onlar daha çox bacarıqsız və yöndəmsizlik təssüratı yaradırlar. Onlar üçün süstlük və həvəsizlik səciyyəvi xarakter daşıyır. Ancaq bu xüsusiyyət asanlıqla həddən artıq həyəcanlanma ilə əvəz edilə bilər, onların üzərində təlaşlı qorxu deyil, həyəcan və çaşqınlıq donub qalmışdır. Belə ki, 2-ci qrup üçün aydın intonasiya ilə oxuma, 3-cü qrup üçün isə boğazda tıxanan cəld danışma və iti danışma səciyyəvi xarakter daşıyır.

Bu təmasın köməyi ilə onlar ünsiyyət zamanı təşəbbüsü öz əllərinə ala bilirlər. 4-cü qrupun uşaqları birbaşa öz mühasibinin üzünə baxmaq qabiliyyətinə malikdirlər, lakin onlarla təmas qurmaq qeyri-müntəzəm xarakter daşıyır. Psixi inkişaf burada ən az səviyyədə təhrif edilmişdir və onun çoxsaylı pozuntuları üzə çıxarılır. Hərəkəti bacarıqların mənimsənilməsində çətinliklər müşahidə olunur: uşaq özünü itirir, uğursuz şəkildə təqlid edir və hərəkətləri öyrənə bilmir. Nitq inkişafındakı problemlər də göz qabağındadır. O, təlimatları anlaya bilmir və onun nitqi kəsək, pozulmuş və aqrammatikdir. İntellektual maraqlara görə deyil, eyni zamanda 2-ci qrupun uşaqları ilə müqayisədə onların ayrı-ayrı bacarıq və qabiliyyətlərinə görə, hətta 1-ci qrupdan olan dalğın və ağıllı uşaqlarla müqayisədə geri qalırlar. 4-cü qrupdan olan uşaqların üzlərində hər şeydən əvvəl qorxaqlıq və gərgin çaşqınlıq müşahidə edilir. Lakin biz hər zaman yadda saxlamalıyıq ki, aqrammatiklik, bacarıqsızlıq və anlaşıqlı onlar dialoq qurmaq, insanlarla qarşılıqlı ünsiyyət qurmağa cəhd göstərərkən bürüzə verdikləri halda, digər qruplardan olan uşaqlar, ilk növbədə müdafiə və autostimulyasiya ilə məşğul olurlar. Beləliklə, 4-cü qrupdan olan uşaqlar onları əhatə edən mühitlə təmas qurmaq və bu mühitlə mürəkkəb münasibətlər yaratmağa cəhd göstərərkən çətinlik çəkirlər. Onların adətən qeyri-şifahi sahə: Musiqi və ya konstruksiya sahəsi ilə bağlı ayrı-ayrı bacarıqlarının özünü bürüzə verməsi bu cür uşaqların potensial imkanları haqqında təsəvvür verə bilər. Bu bacarıqların daha az stereotip və daha çox yaradıcı formada özünü bürüzə verməsi böyük əhəmiyyət daşıyır. Məsələn, uşaq həqiqətən də pianonun dillərini fəal sürətdə mənimsəyir və eşidərək müxtəlif melodiya ifa etməyə başlayır. Maraqları daimi xarakter daşıyır, ancaq daxildə uşaq daha az stereotip hərəkət edir, deməli, daha sərbəst olur və yaradıcılıqla daha çox məşğul olur.

Autostimulyasiyanın (xarici qıcıqlandırıcıların təsiri olmadan şəxsin daxili imkanları hesabına özünü stimullaşdırılması prosesidir) formaları burada yetişməmişdir: məhz bu əlamət 2 və 4-cü qrupdan olan uşaqları daha aydın şəkildə fərqləndirir. Hərəkəti stereotiplər yalnız gərgin vəziyyətdə meydana gələ bilər, ancaq bu halda da onlar o qədər inkişaf etmiş olmayacaqlar. Gərginlik daha çox xüsusi narahatçılıqlar, hərəkətlərin tələskənliyi, qərarlılıq və diqqəti cəmləmə bacarığının azalmasında özünü bürüzə verəcəkdir. Sakitləşmək və canlandırmağa burada daha təbii üsulla – yaxınına müraciət edilməklə nail olunur. Bu uşaqlar, həmçinin hər şeyin qaydasında olmasının müntəzəm şəkildə təsdiq olunması və emosional dəstəklənmədən fəvqəladə dərəcədə asılıdır. Yaxınları ilə ayrılarkən

onlar 2-ci qrupa xas olan autostimulyasiyanın (xarici qıcıqlandırıcıların təsiri olmadan şəxsin daxili imkanları hesabına özünü stimullaşdırılması prosesidir) formalarını inkişaf etdirə bilirlər.

4-cü qrupdan olan uşaqlar çox vaxt psixi inkişafdan geri qalan adi uşaqlar kimi qiymətləndirilə bilirlər. Lakin yalnız onların koqnitiv çətinliklərinin düzəliş edilməsinə yönələn iş bu uşaqların problemini həll etmir, əksinə tez-tez onların çətinliklərini sabitləşdirir.

Burada affektiv və koqnitiv problemlərin ümumi sırasına diqqətləri cəmləyən xüsusi düzəliş üsullarını həyata keçirmək lazımdır. İxtiyari qarşılıqlı fəaliyyətin inkişafı uşağın böyüklərdən həddən artıq asılılıqdan azad edilməsi üzrə işlə birləşdirilməlidir.

Autizm spektr pozulmaları olan şəxslərin psixi fəaliyyətlərinin xarakteristikası

Duyğu və qavrayış - duyğu və qavrayış erkən autizmlə uşaqlarda sensor qıcıqlandırıcılara qarşı özünəməxsus reaksiya xarakterikdir. Bu yüksək sensor həssaslıqda təzahür edilir. Qarşılıqlı təsirlərə məhəl qoymamaq və reaksiyaların xarakterində əhəmiyyətli fərqliliklər xarakterikdir. Bu fərqliliklər sosial fiziki stimullar tərəfindən yaradılır. Autizmlə uşaqların qavrayışının inkişafında məkanda bələdləşmənin pozulması, real obyektiv aləmin təsvirinin təhrif olunması, öz bədəni, eləcə də səslər, rənglər və ətrafdakı əşyaların formalarının ayrı-ayrı affektiv əhəmiyyətli hissiyyatların yüksək inkişafı təcrid olunması qeyd oluna bilər. Göz və ya qulağa stereotip təziqlər, əşyaların yalanması, iylənməsi və qığılcım və kölgələrlə oynanması uşaqlar üçün adi haldır.

Diqqət - ümumi və psixi tonusun çatışmazlığı yüksək sensor və emosional həssaslıqla birgə müşayiət edilir. Fəal diqqətin çox aşağı səviyyədə olmasına səbəb olur. Ətraf aləmdəki əşyalara uşağın diqqətini cəlb etməyə cəhd göstərilərkən erkən uşaqlıq dövründən neqativ reaksiyalar və ya hər hansı bir reaksiyanın ümumiyyətlə olmaması halları qeyd olunur. Erkən uşaq autizmindən əziyyət çəkən xəstələrdə diqqətin ixtiyariliyi və məqsədyönlülüğünün kobud pozulmaları müşahidə edilir. Bu isə ali psixi funksiyaların normal formalaşdırılmasında maneələr törədir. Lakin ətraf aləmdəki əşyalardan gələn görmə və ya eşitmənin parlaq təəssüratları uşaqları heyrtləndirə bilər. Bundan isə uşağın diqqətinin cəmlənməsində istifadə oluna bilər. Bu hər hansı bir səs, nəğmə, parlaq əşya və s. ola bilər. Xarakterik cəhət yüksək psixi dolğunluqdur. Erkən autizmlə uşaqların diqqəti bir neçə dəqiqə, bəzən isə saniyələr ərzində davamlı ola bilər.

Hafizə - autizm spektr pozulmaları zamanı mexaniki hafizənin olması qeyd olunur. Bu da emosional narahatçılıq izlərinin saxlanması üçün şərait yaradır. Emosional yaddaş ətrafdakı qavrayışları stereotipləşdirir: informasiya uşağın şüuruna bütövlükdə təcrid olmuş halda daxil olur. Uşaqlar eyni səslər və sözləri təkrar edir və ya dayanmadan eyni sualı verə bilirlər. Eşitmə ritminə əsasən uşaqlar yırğalana və ya öz mətnlərini bəstələyə bilirlər. Bu kateqoriyaya daxil olan uşaqlar hər şeyi yaxşı yadda saxlayırlar. Sonra isə müxtəlif hərəkətlər və səsləri bütöv nağılları birmənalı təkrar edə bilirlər. Bütün sensor kanallar tərəfindən qəbul edilən tanış olan duyğuların əldə edilməsinə çalışırlar: görmə, eşitmə, dadbilmə, toxunma və iybilmə.

Təfəkkür - erkən uşaq autizmlilər üçün intellektual çatışmazlıq mütləq deyil. Təfəkkürün autistik istiqaməti saxlanılmış olsa da, bu uşaqlar ayrı-ayrı sahələrdə istedad nümayiş etdirə bilirlər. Bu uşaqların təfəkkürünün inkişafında qeyd olunan çətinliklər bunlardır: ixtiyari təlimdə çətinliklər və real mövcud olan tapşırıqların məqsədyönlü şəkildə yerinə yetirilməsindəki çətinliklər. Autizm spektr pozulmaları zamanı ümumiləşdirmədə baş verənlərin sətiraltı mənasının başa düşülməməsi və şərhlərin birmənalılığında olan çətinliklə özünü göstərir. Belə uşaq üçün hadisənin zaman ərzində inkişafının başa düşülməsi və səbəb-nəticə əlaqələrinin ardıcılıqla düzülməsi çətin olur. Təlim materialları haqqında danışılan zaman və süjetli şəkillərlə bağlı olan tapşırıqların yerinə yetirilməsi zamanı bu hal özünü daha aydın büruzə verir.

Nitq - autizmlili uşağın nitqinin inkişafı oxşar özünəməxsus xarakter daşıyır. Məqsədyönlü kommunikativ nitqin ümumi inkişafının pozulması zamanı ayrı-ayrı nitq formaları ilə məşğul olmaq, səslər, hecalar və sözlərlə daimi oyunlar, qafiyələndirmə, oxuma, sözlərin çevrilməsi, şeirlərin əzbərdən oxunması və digər hallar qeyd oluna bilər. Uşaqlar bir çox hallarda başqa insana istiqamətləndirilmiş şəkildə müraciət edə bilmirlər.

Emosional-iradi sfera - erkən uşaq autizm sindromu zamanı emosional-iradi sferanın pozulması əsas aparıcı əlamət hesab olunur. Doğuşdan sonra tez bir zamanda əmələ gələ bilər. Autizm zamanı ətraf aləmdəki insanlarla sosial qarşılıqlı əlaqənin ən erkən sistemi olan kompleks canlanma birdən-birə öz inkişafından geri qalmağa başlayır. Bu insan simasındakı baxışın fiksasiyası, gülüş formasında emosional cavablar və gülüş və böyüklər tərəfindən göstərilən diqqətə qarşı nitq və hərəkəti fəaliyyətin olmaması ilə təzahür edir. Yaş artımı ilə əlaqədar olaraq böyüklər ilə yaxın emosional təmaslarda olan zəiflik daha da artmağa başlayır. Yuxarıda qeyd edilən əlamətlər autizmin ilkin patoloji amillərindən birinin, daha dəqiq desək, ətraf aləmlə təmasın emosional narahatçılıq astanasının təzahürüdür. Erkən autizmlili uşaqlarda ətraf aləm ilə ünsiyyətə davamlılıq həddən artıq aşağı səviyyədədir. O, hətta xoşagələn ünsiyyətdən belə tez yorula bilər. Qorxuların formalaşdırılmasına, xoşagəlməyən təəssüratlar üzərində fiksasiya etməyə meyillidir. K.S.Lebedinskaya və O.S. Nikolskaya qorxuların 3 qrupunu müəyyən edib:

- Uşaqlıq yaş dövrünə tipik olan qorxular (ananı itirmək qorxusu, eləcə də keçirilmiş qorxudan sonra şəraitə əsaslanan qorxu);
- Uşaqların emosional və sensor həssaslığına əsaslanan qorxular (təbii və məişət səsləri, yad insanlar və yad məkanlara qarşı qorxular);
- Qeyri-adekvat sayaqlamaya bənzər qorxular, yəni özlüyündə heç bir real əsası olmayan qorxular.

Bu xüsusiyyətlər, həmçinin qorxaqlıq, ani ton, yüksək səs və özünəünvanlanmış hər hansı bir irada qarşı xüsusi həssaslıqda təzahür edir.

Autizmlili uşağın öz dünyasına qapanması və təcrid olunma dərəcəsi onun intellektual inkişaf səviyyəsinin məzmunu xarakteri və natamamlığı ilə müəyyən edilir.

Autizmlili uşağın emosional iradi və kommunikativ ehtiyacları sferasının xüsusiyyətlərini qiymətləndirən zaman autistik dizontogenezin əsas kriteriyalarına əsaslanılmalıdır. Bu

kriteriyalar O.S.Nikolskayanın təsnifatlaşdırmasında müəyyən edilib:

- Ətraf aləmdən yüksək dərəcədə təcridolunma və bütün növ təmaslardan imtina;
- Sensor qıcıqlandırıcılara qarşı ifadələnmiş passivlik (uşağın əlinin içinə qoyulmuş əşya və ya oyuncaq onun əlindən yerə düşür);
- Göz kontaktının olmaması (baxışlar həmsöhbətinin üzərində cəmlənmir və yavaş-yavaş yayınır);
- Ətrafdakı emosiya və stimulların idarə olunan davranışın olmaması (məqsədyönlü olmayan davranış);
- Mutizm - istənilən növ verbal təmaslara ehtiyac olmaması;
- Hərəkəti duruşlarda zəifliyin təzahürü.

Oyun fəaliyyəti - stereotip şərait çərçivəsində autizmlı uşaqlar ümumiləşdirməyi, oyun simvollarından istifadə etməyi və fəaliyyət proqramını qurmağı bacarırlar. Lakin onlar informasiyanı fəal şəkildə emal etmək və gündəlik dəyişən həyat və digər insanların niyyətlərinin daimi olmamasına uyğunlaşmaq üçün öz bacarıqlarını fəal şəkildə istifadə etmək iqtidarında olmurlar. Autizmlı uşaq üçün öyrəşdiyi oyundan hər hansı bir simvolun çıxarılması dözülməzdir. Bu, ətraf aləmdə onun üçün tələb olunan daimiliyi pozur. Fəaliyyət proqramının daimi cəld düzəlişi də belə uşaqlar üçün əzabvericidir. Davamlılıq mənasında şəraiti silkələyən sətiraltı mənanın olması ehtimalı belə uşaqlarda qorxunun yaranmasına səbəb olur. Qarşıdakı insandan onun öz məntiqinin olması belə uşaqlar üçün qəbuləilməzdir. Bu hal uşağın özü tərəfindən qeyd etdiyi qarşılıqlı əlaqənin perspektivini daima təhlükə altına qoyur.

Oyun fəaliyyətinin inkişaf prosesinin öyrənilməsi uşağın affektiv sferasını müəyyən etməyə kömək edir.

Autizmlı uşaqlarda qorxular - autizm zamanı qorxular böyük problem təşkil edir. Bu qorxular ətrafdakı insanlar üçün başa düşülməmiş ola bilər. Çünki onlar bilavasitə belə uşaqların xüsusi sensor həssaslığı ilə əlaqədardır. Bu uşaqlar əksər hallarda qorxuqları zaman nədən qorxuqlarını izah edə bilmirlər. Xeyli vaxt keçdikdən sonra emosional kontaktın qurulması və kommunikasiya bacarıqlarının inkişafı ilə əlaqədar bu uşaqlar, məsələn, 4 yaş dövründə nəyə görə qışqıraraq otaqlarına girməkdən imtina etdiklərini izah edə bilərlər. Bunun səbəbi pəncərədən otağa uşaq üçün dözülməz olan işığın ani olaraq düşməsidir. Ani səslər çıxaran obyektlər- hamam otağındakı boruların səsi və məişət elektron avadanlıqları uşağı qorxuda bilər. Taktil yüksək həssaslıq ilə əlaqədar olan qorxuların olması da mümkündür. Məsələn, corabın üzərindəki deşik hissəyə qarşı dözümsüzlük və ya yorğanın altından çıxan ayaqların qorunmaması hissi buna aid edilə bilər. Bəzən qorxular hər bir insan tərəfindən instinktiv olaraq tanınan real təhlükə əlamətlərinin olduğu şəraitə qarşı uşağın çox kəskin reaksiya verməyə meyilli olması ilə əlaqədar yarana bilər.

Autizmlı uşaqlarda aqressiya - autizmlı uşaq özünü narahat və pis hiss etdikdə ətrafdakı insanlar və əşyalara, hətta özünə qarşı belə aqressiv davranma bilər. Əksər hallarda onun aqressiyası nəyinsə üzərinə bilərəkən yönəlmişdir. O sadəcə ətraf aləm, onun həyatına

olan müdaxilə və onun steriotipliyinin pozulması cəhdlərindən vurnuxaraq azad olmağa çalışır. Çarəsizlik və ümitsizliyin ən ağır təzahürü özünəaqressiyadır. Bu, əksər hallarda uşaq üçün həqiqi fiziki təhlükəli hal yaradır və o, özünə xəsarət yetirə bilər.

2.2.7. Davranış pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

Şəxslərin düzgün tərbiyəsi, təlim aldığı müəssisənin düzgün seçilməsi, bu şəxslərdə olan psixi imkanlarını optimal sürətdə realizasiya etməyə imkan verir və nəticədə adi sosial şəraitdə adaptasiyasını mümkün edir. Yeniyetmə dövründə, xüsusilə cinsi yetişkənlik mərhələsində, orqanizm bütövlükdə ağır formada dəyişir və nəticədə bioloji və sosioloji cəhətdən müxtəlif mənfi təsirlərə məruz qalır.

Davranış pozulmalarının tipləri bir neçə formada olur. Ən əhəmiyyətli olan psixopatika bənzər pozulmalardır. Bu pozulmalar sosial adaptasiyaya maneəçilik törədir və davranışın asosial formalaşmasına imkan yaradır.

Bu pozulmaların kliniki-psixoloji strukturu iki psixopatoloji varianta bölünə bilər (K.S. Lebedinskaya, 1976):

- Nevrotik tipli psixi dekompensasiya;
- Psixopatika bənzər tipli psixi dekompensasiya.

Nevrotik tipli psixi dekompensasiya şəxsi intellektual inkişafsızlıq hissənin narahatçılığı ilə bağlıdır. Bu zaman yeniyetmələrdə psixi zəiflik, öz imkanlarına inamsızlıq, gələcək qarşısında qorxu və s. hislər qeyd olunur.

Psixopatik vəziyyətə bənzər psixi dekompensasiya müxtəlif variantlarda bürüzə verilir: emosional-iradi sferanın zəifliyi, affektiv oyanma, hərəkətlərin qeyri-dəqiqliyi və müxtəlif formalı patologiyalar.

“Davranış pozuntusu” 6 aydan çox davam edən, təkrarlanan, davamlı, sosial normalara uyğun gəlməyən davranış nümunələrini ifadə edən termindir. Davranış pozuntusu uşaq psixiatriyasında ən çox rast gəlinən diaqnozlardan biridir. Uşaqlarda epidemiologiyası 5% təşkil edir. Bu pozuntunun gender asılılığı var – davranış pozuntularından daha çox oğlan uşaqları əziyyət çəkirlər.

Uşaqlarda davranış pozuntularının yaranma səbəbləri

Davranış pozuntularının inkişafı həm bioloji, həm də mühit təsirindən asılıdır. Tədqiqatçılar bildirirlər ki, davranış pozuntusunun inkişafında əsas yeri tərbiyə tutur. İrsi, psixofizioloji xüsusiyyətlər isə risk faktoruna aiddir. Uşaqlarda davranış pozuntuları aşağıdakı səbəblərdən yaranma bilər:

Fizioloji proseslər. Hormonal disbalans, oyanma-tormozlanma prosesləri yanlış qavrama, həmçinin, metabolik pozuntular. Epilepsiya, uşaq serebral iflici də risk qrupuna aiddir.

Psixoloji xüsusiyyətlər

Uşaqlarda davranış pozuntularının yaranmasına aşağıdakı faktorlar da təsir edir:

- Emosional davamsızlıq;

- Özünəgüvənin aşağı olması;
- Əhval-ruhiyənin aşağı olması;
- Valideynlərlə tez-tez konfliktə girmə;
- Səbəb-nəticə bağlılığının yanlış qavranması;
- Öz uğursuzluqlarına görə başqalarını günahlandırma;
- Diqqət çəkmək istəyi - uşaqlar həmişə diqqət mərkəzində olmaq istəyirlər və ailədən lazımi diqqəti almayan uşaq həmin diqqəti üzərinə çəkmək üçün mənfi yollara əl atır. Məsələn, əlinə keçən hər şeyi yerə atır, aqressiv davranır, ondan nəyisə alanda durmadan qışqırır və s.;
- Özünü təsdiqləmək istəyi - bəzən valideynlər uşaqlarını ya çox sıxır, çox qadağa qoyur, ya da onları aşırı qoruyur, hətta uşağın işini onun əvəzinə yerinə yetirirlər. Hər iki halda uşaqlarda özlərini, öz bacarıqlarını təsdiqləmək istəyi ortaya çıxır. Bunun əsas səbəbi uşaqlarda fəaliyyətsizliyin və diqqətsizliyin ortaya çıxardığı pozuntudur. Belə ki, valideynlər uşaqları üçün xeyirli bir şey etdiklərini düşünürlər, ancaq, əslində bu uşaqda davranış pozuntusunu ortaya çıxarır;
- Valideynlərdən intiqam almaq istəyi - bu əsasən diktator tipli ailələrdə meydana çıxan davranış qaydasıdır. Belə ki, valideyn uşağın istək və arzularını nəzərə almır və uşağa yetərincə sevgi və diqqət vermir. Belə halda uşaqda bir növ valideyndən intiqam almaq istəyi formalaşır və onda yuxarıda sadalanan davranışlar ortaya çıxmağa başlayır;
- Özünü xatırlatma - bu ən çox mühafizəkar ailə tipində böyüyən uşaqlarda görünür. Belə ailələrdə valideyn uşağı hədsiz dərəcədə çox qoruyur. Hətta, onun məsuliyyətinə daxil olan işləri də valideynlər yerinə yetirir və bunun uşağı üçün xeyirli olduğunu düşünür. Belə halda, uşağın şəxsiyyət inkişafı da ləngiyir. Çünki, psixi inkişafın əsası odur ki, şəxsiyyət fəaliyyət zamanı inkişaf edir. Şəxsiyyət tam formalaşmadıqda isə uşaqda özgüvən aşağı olur. Özgüvən aşağı olduqda isə uşaq mənfi davranışla diqqət çəkməyə başlayır. Şüuraltı bir növ "Özünü ailəyə xatırlatmağa çalışır".

Ailə münasibətləri. Uşağın davranış sindromları patoloji tərbiyə üsullarından, valideynlər arasında tez-tez baş verən münaqişələr fonunda da yarana bilər. Bu cür hallara bir və ya hər iki valideynin psixi xəstəliklərdən əziyyət çəkdiyi təqdirdə, onlar əxlaqdan kənar həyat tərzini sürdükdə, patoloji asılılığı (narkotik, alkohol) olduqda rast gəlinir.

Sosial münasibətlər. Uşaq bağçalarında, məktəblərdə təhsil-tərbiyə proseslərinin düzgün qoyulmaması, pedaqoqların əxlaqi dəyərlərinin aşağı olması, sinif yoldaşları (qrup yoldaşları) arasında münaqişələr və s. uşaqlarda davranış pozuntularına səbəb olan sosial faktorlara aiddir.

Uşaqlarda davranış pozuntularının simptomları

Davranış pozuntularının üç əsas əlaməti var: böyüklərə tabe olmamaq istəyi, aqressivlik, antisosiallıq. Bunların əsasında ətrafdakıların hüquqlarını pozan, onların

əmlakına, şəxsiyyətinə xələl gətirən aktivlik dayanır.

Davranış pozuntusu olan uşaqlar tez-tez böyüklərlə mübahisə edir, onlara acıqlanır, emosionalını kontrol edə bilmir, günahlarını başqasının üzərinə atmağa meyilli, küsəyən olurlar. Əksər hallarda başqasının əşyalarını dağıtmağa və sındırmağa can atırlar.

Kliniki simptomlara əhval-ruhiyənin aşağı, disforik olması, diqqət pozuntusu, narahatlıq və impulsivliklə müşayiət edilən hiperaktivliyi aid etmək olar.

Davranış pozuntusunun əsas xüsusiyyəti təkrarlayıcı və qalıcı davranış modelləridir ki, burada başqaların haqları, yaxud şəxsin yaşına uyğun sosial normaları pozulur. Bu davranışlar dörd əsas qrupa bölünür:

1. İnsalara və heyvanlara qarşı hücum;
2. Əşyaları qırıb dağıtmaq;
3. Oğurluq və xuliqanlıq;
4. Qaydaları pozmaq.

Əksər hallarda davranış pozuntusunu aşılınmayan özünəxidmət vərdişləri və sosial bacarıqlarla qarışdırırlar. burada olan əsas fərq, aşılınmayan özünəxidmət vərdişləri və sosial bacarıqların mənimsənilməməsi tərbiyə qüsurudur, davranış pozuntusu isə psixi və fiziki inkişafda yaranan narahatlıqlardır. Bu xüsusiyyətlər həmin uşaqların davranış göstəricisidir.

Klassik davranış pozuntusu aşağıdakı kimi sərgilənir:

- Uzun müddət davam edən aqressiv davranışlar;
- Yalanlar, yaxud hadisənin şişirdilməsi;
- Təcavüzkar davranışlar;
- Uyğunsuz ifadələrin işlədilməsi və s.;
- Altını islatma;
- Dırnaq yemə və barmaq əmmə;
- Əsassız qorxular;
- Masturbasiya;
- İştahasızlıq;
- Yuxu problemləri (gec yuxuya getmə, yuxudan qəfil oyanma, yuxuda danışma və s.);
- Kaprizlər;
- Aşırı hərəkətlilik.

Bu davranış pozuntuları sosial, məktəb və ya iş ilə bağlı funksionallıqda klinik olaraq müəyyən zəifliyə gətirib çıxardır. Tez-tez başqalarına qarşı kobudluq edir, gözünü qorxudur, tez-tez dalaşmaq, başqalarını ağır yaralayacaq vasitələrdən istifadə edir (taxda, daş, qırıq şüşə parçası, bıcaq, odlu silah), heyvanlara qarşı acımasız davranma, insanların gözü önündə nəsə oğurlamaq və ya cinayət törətmək (hücum edib, soyğunçuluq etmək, məcbur pulunu almaq, silahlı soyğun etmək, kiməsə qarşı cinsi məzmunlu davranışlar etmək, ağır zərər vermə məqsədi ilə qəsdən yanğın törətmək, başqaların əşyalarına bilə-bilə zərər vermək, başqasının evinə və ya maşınına zorla girmək). Davranış pozuntusu diaqnozunu

tam qoymaq üçün yuxarıda sadalanan kriteriyalardan ən azı üçünün son 6 ayda davam etməsi ilə özünü göstərməlidir.

Peşmançılıq, və ya günahkarlıq hiss etməmə: səhv bir hərəkət etdiyi zaman özünü pis hiss etmir və ya günahkarlıq keçirtmir. Həmin şəxs gördüyü işin mənfi nəticələri ilə bağlı olaraq narahatlıq keçirtmir. Məsələn, insan birini yaraladıqdan sonra peşmançılıq hiss etmir və ya qaydaları pozduğu zaman nəticələr onu maraqlandırmır.

Duyğusuzluq – empatiya əksikliyi: başqaların duyğusu onu maraqlandırmır, soyuqqanlı və heç nəyə fikir verməyən biri kimi insanda təəssürat yaradır. Öz əməlləri ilə başqalarına böyük ölçüdə pislik etsə də, həmin davranışların başqaları üzərində təsirindən çox öz üzərindəki təsirindən maraqlanır. Səmimilikdən uzaq və hər zaman duyğularını öz mənfəəti üçün istifadə edir.

Bir şeyi etmənin narahatçılığını keçirtməmə: məktəbdə, iş yerində, ya da hansısa başqa bir yerdə yaxşı bir iş ortaya çıxara bilməmə və ya yaratdığı problemlə maraqlanmamaq. Ona qarşı gözləntilər çox olsa da bir işi yaxşı görmək üçün cəhd göstərmir və işinin nəticəsi yaxşı olmadıqda başqalarını günahlandırır.

Ağrılıq dərəcəsi:

1. Ağır olmayan (yüngül): əlamətlərdən bəziləri ola bilər, lakin bu davranış problemləri başqalarına olduqca az neqativ təsir göstərir (yalan danışmaq, məktəbdən qaçmaq, hava qaralandan sonra icazəsiz çölə çıxma, bəzi qaydalara əməl etməmə).
2. Orta dərəcə: davranış problemlərinin sayı ağır olmayana nisbətə daha çoxdur (başqa birinin gözü qarşısında oğurluq etmək, acımasız davranışlar nümayiş etdirmə).
3. Ağır dərəcəli: diaqnoz qoymaq üçün lazımi davranış problemlərinin bir çoxu olmalıdır və ya başqalarına çoxlu miqdarda neqativ təsir göstərməlidir (cinsi istismar, acımasız davranışlar etmək, heç kimi görmədən oğurluq etmək üçün qapını qıraraq içəri girmək və s.).

Alt-tipləri:

Davranış pozuntusunun 3 alt tipi müəyən edilir, hansılar ki xəstəliyin başlama yaşına görə təyin olunur:

1. *Uşaqılıqda başlanan tip* (davranış pozuntusunun ən azından biri özünü 10 yaşdan əvvəl göstərir) – başlanğıc davranış pozuntusu olaraq adətən oğlanlarda rast gəlinir, onlar başqalarına qarşı tez-tez fiziki aqressiya göstərir, bu da öz yaşidları ilə əlaqədə çətinliklər yaradır. Bu alt tipə sahib olan bir çox uşaqda eyni zamanda diqqət əksikliyi hiperaktivlik, sinir sisteminin inkişafında çətinliklər müşahidə olunur.
2. *Yeniyyətlikdə başlanan tip* (əlamətlər 10 yaşdan sonra görülür) – uşaqılıqda başlanan növü ilə müqayisədə davranış pozuntusunda aqressiv davranışları daha az görülür və adətən həmyaşidlara ilə daha çox normativ münasibətlərdə olur.
3. *Başlanğıcı müəyyənləşdirilməyən tip* - davranış pozuntusu üçün diaqnoz kriteriyaları

qeyd olunmuşdur, lakin 10 yaşdan əvvəl başlayıb-başlanmaması dəqiq müəyyən etmək olmur.

Risk faktorları:

- *Temperamentli:* temperamentli risk faktorlarına çətin idarə olunan temperamentlər, aşağı dərəcəli zəka və IQ səviyyəsinin aşağı olması daxildir.
- *Ətraf mühət:* ailə səviyyəsində risk faktoru özündə valideyn tərəfindən imtina edilmə və laqeyidlik, düzgün olmayan tərbiyə metodu, ağır disiplin, fiziki və ya cinsi zorakılıq, nəzarətin olmaması, tərbiyəçilərin tez tez dəyişməsi, ailənin böyük olması səbəb ola bilər.
- *Genetik və fizioloji faktorlar:* daha çox valideynlərin alkoqol istifadəsindən sonra depressiya, bipolyar pozuntu, yaxud şizofreniya və davranış pozuntusu olanda.

Davranış pozuntusu olan şəxslərdə əhval ruhiyədə pozulma, posttravmatik stres, psixotik pozuntu, somatik simptom pozuntuları və yetkinlərdə asılıq riskləri görülür.

Davranış pozuntusunun funksional nəticələri: məktəbdə təhsilin dayandırılması və ya məktəbdən qovulma problemlərə səbəb ola bilər, iş tənzimlənməsi, hüquqi çətinliklər, cinsi yolla keçən xəstəliklər, plansız hamiləlik, qəza və ya döyüslərdə fiziki zədə almaq və s.

Fərqli diaqnozlar:

- *Yıxıcı davranış pozuntusu (Oppositional defiant disorder):* həm davranış pozuntusu, həm də yıxıcı davranış pozuntusu, hər ikisi simptomlarla əlaqəlidir, hansılar ki şəxslər başqaları ilə konfliktdə girir.
- *Diqqət əskikliyi/hiperaktivlik sindromu:* diqqət əskikliyi və hiperaktiv olan uşaqlar tez-tez hiperaktiv və impulsiv davranışlar göstərməklərinə baxmayaraq, bu hərəkətlər sosial normaları və ya digər insanların haqlarını pozmur.
- *Aralıqlı partlayıcı pozuntu (Intermittent explosive disorder):* həm davranış pozuntusu, həm də aralıqlı partlayıcı pozuntuda hər ikisinə yüksək aqressiya səviyyəsi daxildir. Lakin aralıqlı partlayıcı pozuntusu olan şəxslərdə impulsiv aqressiya məhduddur və qəsdən baş vermir, bəzi müəyyən bir məqsədə (məsələn, pul, hökmranlıq, kimisə qorxutma) nail olmaq üçün törədilmiş deyil.

Komorbidliyi:

Diqqət əksikliyi hiperaktivlik sindromu və yıxıcı davranış pozuntusu hər iki davranış pozuntusunda görülə bilər və bu komorbidlik çox pis nəticə verə bilər. Antisosial şəxsiyyət pozuntusu olan şəxslərdə tez-tez başqalarının hüquqlarını pozma müşahidə olunur və nəticə olaraq onların davranışları, davranış pozuntularının meyarlarına cavab verir.

Davranış pozuntusu bir və ya bir neçə psixi pozuntularla görülə bilər: xüsusi öyrənmə pozuntusu, təşviş pozuntusu, depressiv yaxud bipolyar pozuntu. Akademik bacarıqlar, xüsusilə yazma və digər verbal (sözəl) bacarıqlar, yaş və intellekt səviyyəsinin aşağı olması müşahidə oluna bilər.

Davranış pozuntusunun yayılması müxtəlif ölkələrdə fərqlidir, hansılar ki öz irqi və etnik baxımından asılı olaraq dəyişir. Uşaqlıqdan yeniyetməliyə qədər yayılma dərəcəsi

yüksəlir və kişilərdə qadınlardan çox rast gəlinir.

Belə uşaqlarla necə davranmalı?

1. Uşağa zaman ayırmaq, onun maraqları və istəkləri ilə maraqlanmaq. Onun xoşladığı tərzdə oyunlar oynamaq (macərə, axtarış və s.)
2. Sevgi göstərmək - uşağa qətiyyənlə aqressiya göstərmək olmaz. Krizlər zamanı sadəcə onu iqnora salın və bu durum keçdikdən sonra onunla bu hadisə haqqında danışın. Hər bir şey haqqında fikrini soruşun. Seçim haqqını ona verin.
3. Özgüvən vermək - onun yerinə yetirdiyi hər xırda yaxşı işi belə tərifləyin. Daha da yaxşı davranması üçün cəsərləndirin. Ona güvədiynizi və onu təmənnasız sevdiiynizi bildirin.

Uşaqlıq dövründə baş verən hər hansısa bir hal gələcək dövrlərdə də öz təsirini göstərir. Ziqmund Freyd qeyd edirdi ki, uşaqlara tualet vərdişi düzgün edilmədikdə onlar gələcəkdə xəsis, simic, inadkar bir şəxs olurlar. Buna görə də uşaqların tərbiyəsində düzgün diqqət edilməlidir.

Davranış pozuntuları uşağın müxtəlif psixi və fizioloji səbəblərə bağlı olaraq daxili qarşıdurmalarını davranışlarına köçürməsi nəticəsində ortaya çıxır. Hər 10 uşaqdan 7-sində rast gəlinir. Buna görə də, dövrün ən aktual məsələlərindəndir. Bəzən davranış pozuntuları aşılarmayan özünəxidmət vərdişləri, sosial bacarıqlarla qarışdırırlar. Ancaq burada olan əsas fərq, aşılarmayan özünəxidmət vərdişləri və sosial bacarıqların mənimsənilməməsi tərbiyə qüsurudur, davranış pozuntusu isə psixi və fiziki inkişafda yaranan narahatlıqların davranışda göstəricisidir. Hiperaktiv uşaqlarda daha çox rast gəlinir. Ancaq hər hiperaktiv uşağa davranış pozuntusu diaqnozunu qoymaq düzgün deyil.

Davranış pozuntusu daha çox 3-6 yaş arasındakı uşaqlarda rast gəlinir. Bu yaş dövrü şəxsiyyət keyfiyyətlərinin və "mən" obrazının formalaşdığı bir dövr kimi xarakterizə olunur. Ona görə də, bu yaş dövründəki uşaqlara daha çox diqqət göstərilməli, davranış pozuntusu aşkar edildikdə gecikmədən korreksiya edilməlidir.

3-6 yaşlı uşaqlarda inadkarlıq müşahidə olunur. Bu yaş dövrü üçün inadkarlıq normal bir haldır. Ancaq qarşısı alınmadıqda davranış pozuntusuna çevrilə bilər. Belə uşaqlarla inadlaşmaq, şiddət göstərmək düzgün deyil. Onun yerinə səbirli və dözümlü davranmaq lazımdır.

Bundan əlavə, şiddət göstərilən, qayğı göstərilməyən, sevgi məhrumiyyəti olan uşaqlarda da davranış pozuntusuna sıxlıqla rast gəlinir.

Davranış pozuntulu uşaqlarla daha çox vaxt keçirmək, ona sevgi göstərmək, özgüvən vermək, problemləri ilə maraqlanmaq lazımdır.

2.2.8. Kompleks pozulmaların forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

Uşaq inkişafının mürəkkəb pozulmasına bir uşaqda 2 və ya daha çox psixofiziki pozulmaların (görmə, eşitmə, nitq, əqli inkişaf və s.) birləşməsi aiddir. Məsələn, karlıq və zəifgörmənin birləşməsi, intellektual çatışmazlığı və korluğun birləşməsi, dayaq-hərəkət aparatının pozulması və danışma pozulmalarının birləşməsi. Müasir xüsusi ədəbiyyatda

mürəkkəb pozulmalar nominasiyasında yalnız ilkin pozulmalar, məsələn, kar-korluq kimi pozulmalar göstərilir.

"Mürəkkəb pozuntu" termininin sinonimi kimi ədəbiyyatda ona bərabər olan digər terminlərdən də istifadə edilir: "mürəkkəb qüsurlar", "inkişafın mürəkkəb anomaliyaları", "birləşdirilmiş pozulmalar" və son zamanlar daha çox təsdiqlənən - "pozulmanın mürəkkəb strukturu".

Kompleks pozulması olan şəxslər 3 əsas qrupda birləşdirilmiş pozulmalarla fərqlənir.

1. 2 qabarıq psixofiziki pozulması olan uşaqlar: kar+kor şəxslər, əqli cəhətdən geri qalmış+karlar, psixi inkişafın ləngiməsi+zəif eşidənlər (ilkin şəxslər).
2. 1 əhəmiyyətli psixofiziki pozuntuya (aparıcı) malik olan və onu müşayiət edən digər pozuntu zəif dərəcədə ifadə edilmiş, lakin inkişafını nəzərəcərpacaq dərəcədə ağırlaşdıran gedişi: eşitmə qabiliyyətinin az olması ilə əqli cəhətdən zəif olan şəxslər. Belə hallarda "mürəkkəbləşmiş" defektdən söhbət gedə bilər.
3. 3 və ya daha çox pozuntu (ilkin) olan, müxtəlif dərəcələrdə ifadə edilən və şəxsin inkişafında əhəmiyyətli pozulmalara gətirib çıxaran çoxlu sayda pozulmalar olan şəxslər daxildir: əqli cəhətdən geri qalan+ zəif görünən +kar şəxslər. Bir çox qüsurlar, xüsusilə də bir uşağın mənfi təsiri olan bir sıra kiçik pozulmaları birləşdikdə, (məsələn, kiçik motorika, görmə və eşitmə pozulmaları) şəxsin nitqinin inkişafsızlığı baş verə bilər.

Hesab olunur ki, mürəkkəb inkişaf pozulmaları olan şəxslər atipik şəxslərin nadir, statistik əhəmiyyətsiz kateqoriyasıdır. Lakin, təcrübəli korreksiyaedici pedaqoqların araşdırmalarına və müşahidələrinə görə, bu şəxslər xüsusi təhsil müəssisələrinin kontingentinin orta hesabla 40%-ni təşkil edir.

Bu şəxslərin öyrənilməsinə, onların təhsil ehtiyaclarının müəyyən edilməsinə və onların reabilitasiya sisteminin işlənilməsinə ehtiyac olduqca böyükdür.

Mürəkkəb pozulmaları olan şəxslərin təlim-tərbiyəsi xüsusi pedaqogikanın kifayət qədər az öyrənilmiş və ən çətin problemlərindən biridir. Bu yaxınlara qədər ölkəmizdə belə şəxslərin bir çoxuna, ümumiyyətlə, real pedaqoji yardım göstərmək mümkün deyildi. Lakin son illərdə vəziyyət dəyişməyə doğru gedir.

Mürəkkəb problemləli şəxslərin təhsil almasına artan diqqət müasir xüsusi pedaqogikanın inkişaf tendensiyalarından biridir.

Mürəkkəb çatışmazlıqları olan şəxslər kateqoriyasına, intellektual çatışmazlıqla uzlaşan (əqli gerilik, oliqofreniya), sensor funksiyaların inkişafında anomaliyası olan (görmə, eşitmə) aiddir. Hal-hazırda mürəkkəb qüsurlu şəxslər kateqoriyasına aşağıdakılar ayrılırlar:

- Əqli cəhətdən geri qalan kar və ya zəif eşidənlər;
- Əqli cəhətdən geri qalan kor və zəif görənlər;
- Lal-kar-korlar;
- Kar zəif görənlər.

Şəxsdə mürəkkəb qüsurlar müşahidə olanda, təlim prosesi müəyyən dərəcədə ağırlaşır.

Mürəkkəb qüsurlar iki qüsurların nəticəsi deyil, onun öz strukturu və özünəməxsusluğu var. Bu özünəməxsusluq anomaliyaların mürəkkəbliyini tərtib edir. Bütün atipik şəxslərin müayinəsi kimi, mürəkkəb qüsurlu şəxslərin müayinəsi də kompleks xarakter daşıyır və kliniki-psixoloji-pedaqoji müayinə hesab olunur. Bu müayinədə defektoloqların, psixoloqların, fizioloqların, psixiatrların və həkim-mütəxəssislərin iştiraki vacibdir.

İlk öncə, intellektual çatışmazlığı və eşitmə pozuntuları olan şəxslər öyrənilmişdir. Bu kateqoriya şəxslərin öyrənilməsinin ağırlığı ondan ibarətdir ki, eşitmənin zəifləməsi və ya olmaması (xüsusilə ilk yaşlarında) təkrar intellektin pozulmasını yaradır.

Xüsusi təşkil olan tədqiqatlar göstəriblər ki, eşitməni pozulan intellekt çatışmazlığı olan şəxslərdə qüsurların strukturu həm irsi, həm də ekzogen amillərlə şərtlənmiş olur. Bu şəxslərin öyrənilmələri nəticəsində diferensial diaqnostik kriteriyalar ayrılıb. Həmin kriteriyalar əsasında zəif eşidən intellekt çatışmazlığı olan şəxsi normal intellektə malik olan zəif eşidən şəxsdən fərqləndirmək mümkündür.

Əqli cəhətdən geri qalan kor şəxslərin kliniki öyrənilməsi imkan verir ki, bu qüsurların etiologiyasında bir sıra struktur qanunauyğunluqlar əldə olunsun. Bu qanunauyğunluqlar ağır inkişaf anomaliyalarını xarakterizə edir (irsi şərtlənmiş, bətdaxili mərhələdə dölün zədələnməsi, postnatal meningitlər və s.).

Onu da qeyd etmək vacibdir ki, kor şəxslər düzgün xüsusi təlimin təşkili zamanı oxu, yazı və sayı müvəffəqiyyətlə əldə edə bilirlər. Əqli cəhətdən geri qalan kor şəxslərin bu prosesləri bir qədər ağır formada keçir və müəyyən qədər çətinliklərlə rastlaşır və bu, bir sıra amillərlə izah olunur. Birincisi, mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi nəticəsində əqli cəhətdən geri qalan şəxslərin kompensator imkanları bir qədər aşağı olur və taktik mexanizmləri və eşitmə analizatoru xüsusi iş olmadan kompensator fəaliyyətə daxil olmur. İkincisi, təsəvvür, anlayış və ümumiləşdirmə formalaşması üçün normal görünən əqli cəhətdən geri qalan şəxslərin təlimi zamanı müxtəlif vasitələrdən istifadə olunur. Bu və ya digər halda, tədrisin fəal olması üçün abstrakt təfəkkürün, təhlilin və ümumləşdirmənin müəyyən qədər yüksək səviyyəsi tələb olunur. Həmin bu səviyyə üçün tələb olunan psixi proseslər və funksiyalar intellektual problemi olan şəxslərdə ilk növbədə pozulmuş olur.

Ən böyük töhfə kor-kor şəxslərin tərbiyəsinin psixoloji-pedaqoji sisteminin inkişafına verilir. Pedaqoji nöqtədən nəzərdən bu qədər çətin olan şəxslər kateqoriyasına müraciət etmək və bu istiqamətdə əldə olunan uğurlar bütövlükdə mürəkkəb qüsurların bütün problemi üçün izsiz ötürməyib. Axı, sistemli tədqiqat zamanı bu problemin öyrənilməsi ümumi qərarlara gəlinməsinə, ilkin pozulmaların ayrı-ayrı formaları olan şəxslərin inkişafında kompleks qüsurlu olan şəxsin inkişaf prosesinin prinsipial fərqlərinin müəyyənləşdirilməsini nəzərdə tutur.

Mütəxəssislərin qarşısında duran ilkin vəzifələr sırasına mürəkkəb qüsurların erkən diaqnostikası məşələsidir. Çox gec qalmış diaqnostika belə şəxslərdə iş təcrübəsində tipik haldır. Müasir, erkən və mövcud metodlarla kifayət qədər hazırlanmış diaqnostika ilə bağlı hallar - ümumi praktikada daha çox istisnadır. Bunun nəticəsində mürəkkəb inkişaf pozuntusu olan şəxslər adətən çox gec xüsusi təhsil sahəsinə düşürlər. Adətən belə bir fürsət onlar üçün yalnız məktəb yaşının başlanğıcında, hətta daha sonra düşür.

Bir çox valideynlər həyatının ilk illərində uşağının inkişafında ciddi pozulmalarla üzləşərək, yalnız tibb işçilərinin köməyini axtarırlar, pedaqoqlara müraciət etmirlər. Mürəkkəb problemlə bir çox uşaqlar xəstəxanalarda lazımi müalicə kursu keçərək uzun mədəni və ana deprivasiyasına məruz qalırlar, bu da onların emosional və əqli inkişafına mənfi təsir edir. Lakin mütəxəssis-pedaqoqlara vaxtında müraciət etmək də həmişə istənilən nəticə vermir. Bu sahədə korreksiya pedaqoqlarının əksəriyyətinin biliyi əhəmiyyətsiz dərəcədə azdır və onlar valideynlərə tam şəkildə məsləhət verə bilmirlər. Mütəxəssislərin yalnız müəyyən hissəsi bu problemlə tanış olur, praktiki-oriyentasiyalı diaqnostikaya malik olurlar - bunlar, əsasən, ali dərəcəli mütəxəssislərdir. Bu mütəxəssislərin sayı cüzi olduğundan bütün valideynlər konkret, geniş psixoloji-pedaqoji tövsiyələr ala bilmirlər. Ətraflı, elmi cəhətdən əsaslandırılmış və təcrübə cəhətdən sınaqdan keçirilmiş təlim texnologiyası kar-kor uşaqlar üçün yaradılmışdır. Mürəkkəb problemlə uşaqların kateqoriyası o qədər rəngarəngdir ki, belə uşaqların hər bir qrupunun tərbiyə və təlim proqramları ayrı-ayrılıqda yaradılmalıdır. Hazırda belə uşaqlar, əgər kompleks qüsurlar imkan verirsə, xüsusi məktəb siniflərində təhsil alır.

Erkən diaqnostikada obyektiv tədqiqatın neyrofizioloji metodlarının əhəmiyyəti güclənir. Müasir elm və texnika uşağın həyatının ilk ilində orta və daha ağır dərəcəli sensor pozulmaların mövcudluğunu müəyyənləşdirməyə imkan verir. Belə ki, 2-3 yaşlı zəif görən uşaqda nitqin olmaması uşağın psixi inkişafının ləngiməsinə dair fərziyyənin irəli sürülməsinə səbəb ola bilər. Lakin birdəfəlik elektroфизиoloji müayinə zamanı bu uşaqda zəif eşitmə aşkar edilməsi uşaqda nitqin formalaşmasının ləngiməsinə gətirib çıxaran başqa, daha çox ehtimal olunan səbəbi göstərməyə və müvafiq olaraq tamamilə başqa kompensasiya vasitələrini göstərməyə imkan verir.

Əhəmiyyətli çətinliklər erkən diaqnoz üçün psixoloji tədqiqatı ehtiva edir. Uşağın əqli və emosional inkişafında geriləmələrə gətirən ya sosial-pedaqoji şəraitdə (ailədə erkən tərbiyə şəraiti) və ya qüsurlu strukturu ilə bağlı bioloji amillər və ya hər ikisində baş verən səbəbləri aydınlaşdıranda böyük çətinliklər yaranır.

Tibbi-genetik tədqiqatlar mühüm əhəmiyyət kəsb edir, çünki mürəkkəb pozulmaların böyük əksəriyyəti genetik faktorun təsiri ilə əlaqəlidir. Bu sindromal formaları müəyyən etmək bir çox hallarda mövcud fiziki və psixi funksiyaların mümkün inkişafı proqnozunu verməyə imkan verir. Belə ki, lal şəxsədə Uşer sindromunun bir formasının vaxtında müəyyən edilməsi uşağı tədricən gələcək görmə itkisinə hazırlamaq vəzifəsini qabaqcadan müəyyən etməyə imkan verir: onun Brayl sistemində relyefli-nöqtəvi mətnlərin oxunmasını, yeniyetməlik üçün yeni olan qavrayış şərtlərində perseptiv fəaliyyətin faydalı üsullarının öyrədilməsi, psixoloji baxımdan yeni vəziyyətə hazırlanması və s.

2.2.9. Emosional-iradi sferanın pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

Sensor (görmə və eşitmə) pozulmalar zamanı emosional-iradi sferanın ağırlıq dərəcələrini müəyyən edir

Sensor pozulmaları olan uşaqların emosional-iradi sferasının xüsusiyyətlərinin

öyrənilməsi gələcək korreksiya-reabilitasiya işlərinin düzgün qurulmasına müsbət şərait yaradır. Bundan əlavə, emosiyaların təhlili və xüsusiyyətlərinin dəqiqləşdirilməsi sensor pozulmaların formalarının müəyyən edilməsi üçün vacibdir.

Emosional-iradi sferanın xüsusiyyətlərinin öyrənilməsini, ilk növbədə, hislərin təhlilindən başlamaq lazımdır. Hislər çoxcəhətli və müxtəlif xarakterlidir. Onlar həmişə səbəblə şərtlənmiş, insan fəaliyyəti, əşya və hadisələrə təsir nəticəsində meydana çıxır.

Qeyd etmək lazımdır ki, kar uşaqlarda eşidən uşaqlarda olduğu kimi hislər özünü göstərir. Bu hislərin mənbəyi uşaq orqanizminin vəziyyəti və onun üzvi tələbatlarıdır. Bu üzvi hiss etmə, emosiyalara aclıq, susuzluq, ağrı və digər hislər aiddir. Eşidənlərdə olduğu kimi kar uşaqlarda da ali hislər onların həyat və tərbiyə şəraiti ilə bağlıdır. Lakin ictimai-siyasi və əxlaqi hislərinin inkişafı üçün xarici mühit və tərbiyənin bütövlükdə rolu böyükdür. Əgər kar uşaq məktəbəqədər yaşdan əvvəlki və məktəbəqədər yaş dövründə qapalı bir mühit, ailə daxili, təlimə cəlb edilmədən və sözlü nitqə yiyələnmədən tərbiyə edilirsə, o zaman onun hislərinin inkişafı ləngiyəcəkdir. Bu halda onun hisslərinin mənbəyi yalnız dar əhatədə - ata, ana və ailə üzvləri olur.

Demək lazımdır ki, ümumiyyətlə kar uşaqların hisləri çox kasaddır. Hislərin inkişafı üçün vacib olan səslər aləminin ananın mülayim və mehriban səsi, laylası, xüsusilə də müsiqi sədalarının qavranılmaması nəticəsində onda eşidən uşaqlar üçün xarakterik olan uyğun emosional vəziyyət yaranmır və o, lal-kar kimi yalnız əşya qıcıqlandırıcılarının birbaşa təsiri altında qalır. Kar uşaqlarda hislərin inkişafına mane olan əsas amil sözlü nitqin olmaması və ya inkişafdan qalmasıdır. Hislərin ən güclü, əsas sosial mənbəyi və inkişafının təkan vericisi olan söz nə öz məzmunu, nə də forması ilə kar uşaqda uyğun emosional fon yaratmır. Emosiya hər hansı bir hislərin bilavasitə keçirilməsi olub psixi proseslərin gedişinin yalnız konkret formasıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, hislərin inkişaf xüsusiyyətlərinə görə kar uşaqlarla onların eşidən həmyaşıdları arasında həm ümumi, həm də fərqli və xüsusi cəhətlər vardır. Xüsusi cəhətlər karlığın təbiəti ilə bağlı olmayıb onların ailə və məktəbdə aldığı tərbiyənin xarakteri ilə izah edilir. Kar uşaqlarda hislər özünəməxsus şəkildə sözlü nitqə yiyələnmə səviyyəsindən asılı olaraq inkişaf edir. Cəmiyyət tərəfindən hasil olunmuş əxlaq kateqoriyaları əsasında gerçəkliyin, hadisələrin əxlaqi tələbləri baxımından qavranılması zamanı insanın keçirdiyi bütün hislər əxlaqi hislərə aiddir. Deməli, əxlaqi hislər və yaşantılar özünün və ətrafdakıların fəaliyyəti və əməllərinə yalnız şüurlu münasibətdən meydana çıxıb bilər. Əxlaqi hislərin əsasını şəxsiyyətin sosial təcrübəsi və əxlaqi təsəvvürlər təşkil edir. Kar uşaqda tam, kamil əxlaqi təsəvvür və tələblər sözlü nitqə yiyələndikdən sonra mümkündür. Sözlü nitqin olmaması kar uşaq şəxsiyyətinin əxlaqi hislərini kasadlaşdırır və onları birtərəfli edir.

Kar uşaqlarda mimika şifahi nitqi əvəz etmədiyindən əxlaqi təsəvvürlərin ifadəçisi ola bilmir və lal-kar əxlaq baxımından bir çox məsələlərə başqa cür yanaşırlar. Kar uşaqların əxlaqi hislərinin inkişafında nitqin böyük rolu nəzərə alınmaqla bərabər, tərbiyənin də rolu kiçildilməməlidir. Əxlaq hislərinin tərbiyəsi məktəbəqədər və məktəb yaş dövründə uşaq tərbiyə müəssisəsinin bütövlükdə iş sisteminin vacib halqalarından birini təşkil edir. Bu

uşaq kollektivində kor uşağın həyat və fəaliyyətinin məqsədyönlü şəkildə təşkili, uşaq müəssisənin hər gündü iş praktikasında yaranan əxlaqi qaydaların yaradılması ilə həyata keçirilir.

Kor uşaq münbit inkişaf mühitində təlim-tərbiyə almaqla yanaşı, eyni zamanda özü və insanlara qarşı bir sıra əxlaqi hislər: borc, xeyirxahlıq, ədalətlik, dostluq, məhəbbət və s. formalaşdırır.

İ.P.Pavlova görə insanlardakı duyğu və görmə analizatoru digər çatışmazlıqları tamamilə əvəz etməyə kifayət edir. Kor uşaqda eşitmədən başqa, digər analizatorların tam fəaliyyət göstərməsi onlarda lazımi səviyyədə psixi inkişaf imkanlarını artırır. Kor uşaqlarda əxlaqi hislərin inkişaf səviyyəsini öyrənmək məqsədi ilə aparılmış təcrübələr göstərir ki, ibtidai sinif şagirdlərinin hamısına həyatsevərlik, yüksək əhval-ruhiyyə və kifayət qədər emosional həyat xasdır.

İ.P.Pavlova görə insanlardakı duyğu və eşitmə analizatoru digər çatışmazlıqları tamamilə əvəz etməyə kifayət edir. Kor uşaqda eşitmədən başqa digər analizatorların tam fəaliyyət göstərməsi onlarda lazımi səviyyədə psixi inkişaf imkanlarını artırır. Kor uşaqlarda əxlaqi-estetik hislər və şəxsiyyətin inkişaf səviyyəsini öyrənmək məqsədi ilə aparılmış müşahidələr göstərir ki, məktəbəqədər yaşlı kor uşaqların hamısında həyatsevərlik, yüksək əhval-ruhiyyə və kifayət qədər emosional həyata xas deyildir.

İnsanın gerçəklik haqqında biliklərə yönəldilmiş böyük və rəngarəng fəaliyyəti də emosional münasibət doğura bilər. Bu müxtəlif nəzəri və əməli məsələlərin həlli, biliklərin qavranılması və real fəaliyyətə tətbiqi ilə bağlı olan hislərdir. İnsanın idrak fəaliyyəti, bu və ya digər hadisə, fakt və elmi müddəalar haqqında fikri və düşüncəsi xüsusi səciyyə daşıyan hislər əmələ gətirir.

Kor uşaqda tam və kamil əxlaqi təsəvvür və tələblər sözlü nitqin inkişafı ilə bağlıdır. Sözlü nitqin olması kor uşaq şəxsiyyətinin əxlaqi hislərinin formalaşdırılması və inkişafı üçün bir təkan rolunu oynayır. Kor və zəif görən uşaqların əxlaqi hisləri və şəxsiyyətin inkişafında nitqin böyük rolu nəzərə alınmaqla bərabər, tərbiyənin də rolu kiçildilməməlidir. Əxlaq hislərinin tərbiyəsi məktəbəqədər və məktəb yaş dövründə uşaq tərbiyə müəssisənin bütövlükdə iş sisteminin ən vacib halqalarından birini təşkil edir. Bu uşaq kollektivində kor uşağın həyat və fəaliyyətinin məqsədyönlü şəkildə təşkili uşaq müəssisəsinin hər gündü iş praktikasında yaranan əxlaqi qaydaların yaradılması ilə həyata keçirilir.

Təlim-tərbiyə nəzəriyyələri göstərir ki, görmə pozulması olan uşağın əxlaqi hisləri tərbiyəçi-müəllim tərəfindən təşkil edilmiş onun öz fəaliyyəti şəraitində formalaşdırılır. Kor uşaqların təlim-tərbiyə təcrübəsi göstərir ki, onlar əxlaqi inkişafın ən yüksək səviyyəsinə çatmaq xaricində olur.

Müəyyən xarakter və şəxsiyyət xüsusiyyətlərinə malik olan kor və zəif görən uşaq yalnız görənlərlə özləri arasında fərqi dərk edə bildiyi sosial vəziyyət şəraitində formalaşdırıla bilər. Başqa sözlə desək, normal insanlar arasında yaşayaraq özlərinə münasibətdə həmyaşlarından fərqli yaşamanı dərk etməklə onlarda müəyyən qədər az və ya çox davamlı xarakter və şəxsiyyət cizgiləri formalaşır. Onlarda emosional gərginlik

tələb edən vəziyyətlərə qarşı yüksək dözümlülük və utancaqlığın olması qeyd edilir.

Cəmiyyət tərəfindən hasil olunmuş əxlaq və davranış kateqoriyaları əsasında gerçək hadisələrin şəxsiyyətin əxlaqi tələbləri baxımından qavranılması zamanı insanın keçirdiyi bütün hislər əxlaqi hislərə aiddir.

İntellektual pozulmaları olan şəxslərin emosional-iradi sferasının xüsusiyyətləri

İnsanın hisləri və həqiqətin əks etdirilməsinin özünəməxsus forması olaraq onun ümumiyyətlə dərk etmə fəaliyyətindən asılıdır. Əqli cəhətdən geri qalan uşaqların hisləri diferensiasiya edilmir, qeyri-adekvat ətraf aləmə qarşı disporsional olur. Bir çox uşaqlarda ciddi həyat hadisələrinə qarşı yüngül dərəcəli həyəcanlar müşahidə olunur. Hislərin intellektual reqlyasiyasının zəifliyi müxtəlif situasiyalarda özünü büruzə verir. Onlar hər hansı bir situasiyaya qarşı öz hislərini tənzimləyə bilmirlər. Hislərin intellektual reqlyasiyasının zəifliyi ali hislərin gec və çətinliklə formalaşdırılmasına gətirib çıxarır (məsuliyyətlik, vətənpərvərlik və s.). Ali hislərin formalaşdırılması üçün hislər və fikirlərin əlaqəsi vacibdir. Yardımçı məktəb şagirdi situasiyanı qiymətləndirməli və həmin situasiyada öz yerini bilməlidir. Fikirlərin zəifliyi ali hislərin formalaşdırılmasını tormozlandırır. Belə hislər oliqofrenlərdə xüsusi tərbiyə işinin aparılması nəticəsində tərbiyə oluna bilər. Lakin ali hislərin əvəzinə onların həyatında elementar tələbatlar və hislər yer tutur. Belə hislər yaş ötdükdə daha da güclənir və nəticədə yardımçı məktəb şagirdinin bütün ümumi surətində iz qoyur. Hislərin vaxtında tərbiyəsi ali hislərin formalaşdırılmasına şərait yaradır və oliqofren uşağın xarakterində aparıcı yol oynayır.

Qeyd etmək vacibdir ki, oliqofrenlərin emosional həyatının ümumi inkişafsızlığı ilə yanaşı, onların ümumi vəziyyətinin zəifliyi də müşahidə olunur. Əhval-ruhiyyənin pozulması onun dəyişkənliyi ilə büruzə verilir. Dərketmənin psixoloji pozulması uşağın təəssürat aləmi, əxlaqi və xarakterində özünü göstərir. Təəssürat aləmində yaranan pozulması özünü səbəbsiz olaraq əhval-ruhiyyənin pozulması, depressiya, aqressiya, emosional kövrəklik, qorxu və vahimə formasında göstərir. Bu zaman uşağın hərəkət fəallığı kəskin dəyişir, o, gözlənilməz davranış nümayiş etdirir. Oliqofrenlərdə iradənin inkişafsızlığında olan pozulmalar özünü iki formada göstərir: onun zəifləməsi və güclənməsində. Oliqofrenlərdə "iradə tərbiyəsi" anlayışı altında onların öz hərəkətlərinin ixtiyarı tərzdə qurulması, düşünülmüş hərəkət nümayiş etdirilməsi və bu zəmində öz iradəsinin şəxsiyyətin digər xassələrinə münasib formalaşdırılması nəzərdə tutulur. Əqli cəhətdən geri qalan uşaqlarda hislər və iradənin tərbiyəsi, onlarda təfəkkürün inkişafı və şəxsiyyətin formalaşdırılmasından asılıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, oliqofrenlərin xarakteri tərbiyədən asılıdır, yəni xarakterin formalaşdırılması şəraitdən tam asılıdır. İlk növbədə, diqqəti cəlb edən fakt baş-beyinin oxşar xəstəlikləri olan uşaqların xarakterində xüsusiyyətlər eyni cəhətlərlə büruzə verilir. Xarakterin təhlili zamanı bu kimi sual yaranır: tərbiyənin xəstəliyin xarakterinin formalaşdırılmasına nə kimi təsiri var? Bu sual nəzəri baxımından çox mürəkkəbdir, lakin onun həlli yardımçı məktəb şagirdi üçün çox əhəmiyyətlidir.

Bu kateqoriyalı uşaqların xarakterlərinin tərbiyə vasitəsinin əsas meyarı onlarda

vərdislərin tərbiyəsidir. Bu prosesdə, ilk növbədə müsbət vərdislərin formalaşdırılmasına fikir vermək lazımdır. Hər bir vərdisin müəyyən yaranma müddəti var, yəni hər yaş mərhələsində yeni vərdislər yaranır. Onlar uşağın yeni fəaliyyət növlərinin yaranması prosesində aşkar olunur. Vərdislərin düzgün tərbiyəsi məsələləri çox vacibdir, ona görə ki, bu birbaşa xarakterə təsir göstərir. Xarakter fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərdən biri olsa da, o, sosial mühitdə formalaşdırılır. Bu baxımdan onun endogen və ekzogen amillərin qarşılıqlı əlaqəsi şəraitində inkişafı şərtləri oliqofrenlər üçün də xarakterikdir. Lakin oliqofrenləri normal uşaqlardan fərqləndirən cəhət onların xarakterində kliniki təsirlərə yaranan özünəməxsus və hər bir xəstəlik üçün spesifik əlamətlərin yaranmasıdır. Tərbiyə işi oliqofrenlərdə məhz bu xüsusiyyətlərin inkişafının qarşısının alınması və onların cəmiyyət üçün yararlı şəxs kimi inkişafını nəzərdə tutur.

İntellektual pozulmaları olan uşaqların təlimi üçün onun məktəbə hazırlığı və emosional-iradi xüsusiyyətlərinin formalaşdırılmasıdır. İradi əməliyyətlərin komponentləri bu yaşda hələ tam inkişaf etmir, burda məqsəd o qədər də şüurla dərk edilmir və dayanıqlı olmur və bu tapşırığın çətinliyindən asılıdır. 6 yaşlı uşaqda “hərəkətlərin əsasını ancaq hislər yox, həm də fikir və mənəvi hiss təşkil edir, buna görə də hərəkət artıq müəyyən mənə daşımağa başlayır”. Bütün tədqiqatçılar qeyd edirlər ki, məktəbəqədər yaş dövründə oyun vasitəsi ilə məqsədə nail olmaq daha asandır.

İntellektual pozulmaları olan uşaqlarda bu sahənin inkişafının özünəməxsus cəhətləri var. Belə ki, böyük məktəbəqədər yaş dövründə bu uşaqlar kiçik məktəbəqədər yaş dövrünün əlamətlərini saxlayır və fəaliyyət növlərindən oyunu üstün tuturlar, davranışlarında infantillik cizgiləri mövcud olur və özünəxidmət vərdislərinə gec yiyələnirlər. Xüsusi müəssisədə bu cəhətlər onları o biri uşaqlardan o qədər də fərqləndirmir. Belə uşaqlar məktəbə gələndə təlim fəaliyyətinə gec yiyələnir, məktəb tapşırıqlarını kafi yerinə yetirir, proqramı mənimsəyə bilmir, məktəb qaydalarını pozur, özlərini bağçadakı kimi aparır və təlim üçün “yetişdirilməmiş” olurlar. İntellektual pozulmaları olan uşaqlara xüsusi təhsil məktəbində (ləngimənin hansı sahəni əhatə etməsindən asılı olmayaraq) fərdi yanaşmaq lazımdır, yəni təlim prosesinə (savad təlimi, riyaziyyet və s.) oyun elementlərini daxil etmək və parlaq çalarlarla işlənmiş əyani vəzifədən istifadə etmək lazımdır, bəzi tapşırıqların həcmi azaltmaq da zəruri olur. Qeyri-müstəqillik, qeyri-təşəbbüskarlıq, öz hərəkətlərinə nəzarət edə bilməmək, yəni neqativizm əlamətləri ön plana çıxır.

İradiliyin bu yanlış kontrastları şəxsiyyətin tam formalaşdırılmamasının əlamətləridir.

İradə, dözümlü və səbrin olmaması nəticəsində uşaqlar müxtəlif xarici qıcıqlandırıcılara reaksiya verirlər. Bu reaksiyalar eksploziv tipli olur (qəzəblənmə və aqressivlik) və ya qısa affektiv impuls şəklində (qeyri-adekvat reaksiya) özünü büruzə verir. Bu reaksiyalar da intellektual pozulmaları olan uşaqların şəxsiyyətinin tam formalaşdırılmamasının əlamətidir.

Autizmlı uşaqların emosional-iradi keyfiyyətlərinin ağırlıq dərəcələrinin müəyyən edilməsi

Autizm spektr pozulmaları olan şəxsiyyətin formalaşdırılmasında emosional-iradi

sfera əsas rol oynayır. İradə davranış və düşüncənin ixtiyari şəkildə idarə olunmasıdır. Emosional-intellekt müxtəlif vəziyyətlərdə başqa insanlarla qarşılıqlı təsirdə olarkən öz emosiyalarını başqalarını başa düşmək, eləcə də başqalarını idarə etmək bacarığıdır.

Autizmlı uşaqların emosional intellektinin idarə olunmasının 4 istiqaməti qeyd edilir:

1. Emosiyaları qavramaq:

- Öz emosiyalarını anlamaq;
- Digər insanlarla ünsiyyətdə olmamağı;
- Filmlərdə və kənardan gördüyü insanların emosiyaları;
- Emosiyalar və emosional tələbatları ifadə etməyi bacarmaq, təbii olan və olmayan emosiyaları fərqləndirmək.

2. Düşüncəni emosiyalarla yönləndirmək:

- Fikri əməliyyatların yerinə yetirilməsi zamanı emosiyaların prosesə daxil edilməsi;
- Yadasalma və qərar qəbulunda emosiyaların istifadəsi;
- Müxtəlif fikir və baxışları qiymətləndirmək üçün dəyişkən əhval-ruhiyyənin istifadəsi;
- Hər hansı yeni bir şeyin yaradılması zamanı emosiyaların istifadəsi.

3. Emosiyaları başa düşmək və dərk etmək:

- Bir emosiyanın başqa emosiya ilə əlaqəli olduğunu;
- Hər hansı oyanan emosiyanın ardını dərk etmək bacarığı;
- Eyni anda müxtəlif emosiyaların yaranmasını başa düşmək;
- Bir insanın digər insanların emosiyalarına təsir etməsini.

4. Emosiyaları idarə etmək:

- Özünün və başqalarının emosiyalarını qəbul etməyi bacarmaq;
- Hər hansı emosiyanın yaranma səbəbləri haqda düşünmək;
- Müəyyən emosional hala keçib ondan çıxmağı bacarmaq;
- Öz emosiyalarını idarə etmək;
- Başqalarının emosiyalarına müsbət yöndə təsir etmək.

Asperger sindromu normal koqnitiv və nitq inkişafı fonunda stereotip, təkrarlanan hərəkətlərlə müşayiət olunan sosial davranışın pozulmasıdır. Oğlanlarda qızlara nisbətən 8 dəfə çox olur (8:1). Simptom əsasən irəli yaşlara qədər qalır. İş qabiliyyəti olan, ancaq digər insanlarla şəxsiyyətlərarası münasibətə daxil olanda çətinlik çəkirlər, nadir halda nigaha daxil olurlar. Belə insanlar 3 yaşa qədər tipik inkişaf edir. Bu yaşdan sonra yaşlıları və yaşlılarla ünsiyyətdə problemlər yaranır. Nitqi monoton olur, maraq dairəsi stereotipləşir. Davranışında emplusivlik, affekt müşahidə olunur. Bəzi uşaqlarda özünə və ətrafdakılara qarşı qeyri-adi dərkətmə müşahidə olunur. Məntiqi təfəkkür nisbətən yaxşı inkişaf edir, lakin bilik əldə etmə müəyyən çərçivədədir. İxtiyari və qeyri-ixtiyari diqqət yaxşı inkişaf etməyib. Ünsiyyətdə və sosial qarşılıqlı təsir sahəsində pozulma müşahidə olunur (erkən

autizmdən fərqli olaraq), məhdud stereotip davranış və təlimə maraq ümumi nitqin və koqnitiv inkişafın ləngiməsi olur.

Asperqer sindromundan əziyyət çəkən uşaqla təması olan hər bir şəxs (məktəb personalı və həmyaşıdları), bu uşaqların xüsusiyyətləri və təhsil tələbatları haqqında məlumatlı olmalıdır. Asperger sindromundan əziyyət çəkən uşaqlar daxil olan məlumatların işlənməsində çətinlik çəkirlər. Onların mənimsəmə, informasiyanı saxlama və ondan istifadə etmək qabiliyyətləri, normal uşaqlardan xeyli fərqlənir.

Birincilərdə dünyaya qeyri-adi baxış formalaşmış olur. Ona görə də Asperger sindromlu uşaqların təlim strategiyası normal inkişaf edən uşaqlardan fərqli olmalıdır.

Öz çətinliklərimizin öhdəsindən gəlmək üçün emosiyalarımızı nəzarətdə saxlamaq lazımdır, əks halda onlar depressiya, həyəcan, qəzəbin yaranmasına səbəb olacaqdır. Bu işə maneələri dəf etmək üçün ağıl və məntiqdən istifadə etməyə imkan verməyəcək. Əgər emosiyalara nəzarət etməsək, onda problemi müzakirə etmək mümkün deyil. Emosiyalarını anlamaq üçün onların iki varianta bölüşməsinə bilmək lazımdır: birincili və ikincili.

- Birincili emosiyaları biz hiss edirik;
- İkincili emosiya birincinin arxasınca baş verəndir.

Asperqer sindromu ilə uşaq üçün həyəcan əsas ilkin emosiyadır. Demək olar ki, bu çox zaman ikincili emosiya olan qəzəb, təcavüz, ağlamaq və digər pozuntulara səbəb olur. Həyəcanı tək-cə davranışın təzahürü və qeyri-verbal yol ilə tapmaq mümkün deyil. Uşaq öz narahatlığını tərslik, söyüş, ağlamaq, baş və qarında ağrılar, stolun altına girmək və s. vasitələrlə nümayiş edə bilər. Qeyd edilənlər həyəcanın təzahürləridir.

Autizmlilə uşaqlarda həyəcanın idarə olunmasını bir neçə hissəyə bölmək lazımdır:

1. Həyəcanın mənbəyi müəyyən edilməlidir;
2. Həyəcanın mənbəyi aşkar etməklə uşağa kömək edilməlidir;
3. Həyəcana səbəb olan çoxsaylı halların siyahısı tutulmalıdır (bu həyəcan xəritəsi adlanır);
4. Həyəcanın iyerarxiyası sadədən mürəkkəbə doğru qurulmalıdır;
5. Həyəcana nəzarət yolu ilə qarşısı alınmalıdır (şərait strukturlaşdırılmalı və təhlükəsiz olmalıdır);
6. Həyəcana nəzarət tədricən uşağa verilməli, ondan əvvəlki hadisələri, mümkün mənbələri, fəaliyyət variantları müzakirə edilməlidir. Əgər uşaq belə vəziyyətlərdə özünü rahat hiss edərsə, deməli həyəcan azalıb. Əgər uşaq kömək istəyirsə, müzakirələri davam etdirmək lazımdır;
7. Davranış variantlarının inkişafı davam etdirilməli, alternativ davranış formalarının sosial baxımdan məqbul olması uşağa göstərilməlidir. Uşağa mümkün variantlarda reaksiya nümayiş etdirməyə imkan verilməlidir. Məsələn, problemin araşdırılması üçün qışqırıqdan yox, sözlərdən istifadə etmək lazımdır;
8. Real vəziyyətlərə düşən zaman yeni davranış modeli hazırlanmalı və uşaqla məşq etdirilməlidir;
9. Nəhayət, həyəcan baş verən zaman, real vəziyyətlərdə davranışın yeni modelləri

tətbiq edilməlidir;

10. Uşaqda həyəcanın müxtəlif situasiyalarında bacarıqları inkişafetdirmək üçün onunla çox məşq edilməlidir. Həyəcanın idarəetmə prosesi onu törədən səbəbləri əkrar etmək məqsədi daşıyır.

Emosional sahənin inkişafsızlığı özünü başqaları ilə zəif emosional kontakda göstərir. Bu uşaqlar hətta xoş ünsiyyətdən tez yorulur, onlarda xoş olmayan təəssürat yaranır və nəticədə müxtəlif erkən uşaq yaşının tipik qorxuları (ananı itirmək, hansısa qorxduğu situasiya ilə əlaqədar qorxular) yaranır. Autizmlı uşaqların sensor və emosional həssaslığının artması nəticəsində müxtəlif fobiyalar yarana bilər (məişətdə və təbiətdə baş verən səslərdən, tanış olmayan məkanlardan və insanlardan). Bu qorxular real əsas olmayan qorxulardır. Qorxular autizmlı uşağın davranışında özünəməxsus rol oynayır və yeni davranış xüsusiyyətləri yaradır. Əgər uşaq ətraf aləmə adaptasiya və inteqrasiya olmazsa, qorxu hissi uzun müddət qalır və uşaq bu qorxu obyektlərinə qarşı və ya əsassız olan qorxular sayəsində özünü müdafiə üçün hərəkətlər formalaşdırır, bu da adət halını alır.

2.2.10. İntellektual pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

İntellektual pozulmaların yaranma səbəbləri, təsnifatı və cinsi xromosom patologiyaların forma və növləri

İntellektual pozulmalara daxil olan ən geniş uşaq kontingenti əqli geriliyə malik olan uşaqlar kateqoriyasıdır (olıqofrenuşaqlar). Bu zaman mərkəzi sinir sisteminin üzvü zədələnməsi nəticəsində idrak fəaliyyətinin davamlı və kobud şəkildə aşağı düşməsi nəzərdə tutulur.

Olıqofreniya - prednatal (bətndaxili), natal (doğuş zamanı) və ya postnatal (doğulan gündən etibarən) mərhələdə bu və ya digər səbəblərdən mərkəzi sinir sistemi, ilk növbədə, baş beyin qabığının zədələnməsi nəticəsində uşaqlarda əqli və psixi inkişafın ləngiməsidir.

İntellektual pozulmalar müxtəlif səbəblərdən yarana bilər. Bu səbəblərə, əsasən baş-beyin qabığının üzvi zədələnməsinə gətirib çıxaran müxtəlif ekzogen (xarici) və endogen (daxili) xarakterli mənfi amillər aid edilir.

Ekzogen (xarici) amillərə aiddir:

- Ananın hamiləlik dövründə müxtəlif yoluxucu xəstəliklərə (viruslu xəstəliklər, məxmərək, qızılca, botkin və s.) tutulması;
- Dölün ana orqanizmindən düşmüş parazitlərə yoluxması (toksiplazmoz);
- Düzgün qidalanmamaq;
- Müxtəlif doğuş xəsarətləri.

Endogen amillərə aiddir:

- Patoloji irsilik;
- Valideynlərdən hər hansı birinin zöhrəvi xəstəlikləri (sifilis, qonoreya və s.);
- Endokrin sisteminin pozulması;
- Xromosom dəstinin pozulması;

- Rezus-faktor uyğunsuzluğu;
- Valideynlərin hər hansı birinin əqli gerilikli olması;
- Valideynlərin alkoqolizm, narkomaniya və toksikomaniyaya meyilli olması.

Anadangəlmə anormallığı yaradan səbəblər müxtəlifdir. Birinci qrupa orqanizmin müxtəlif irsi genetik pozulmalar aiddir. Belə anadangəlmə qüsurlar irsi olaraq maddələr mübadiləsinin pozulması və xromosom çatışmazlığı nəticəsində uşaqda müxtəlif anomaliyaların yaranmasına səbəb olur.

İkinci qrupa isə bətin daxili mərhələdə rüşeymə patogen amillər mənfi təsir göstərir.

Sonradan qazanılan patologiyalar doğuş zamanı və doğuşdan sonra uşaq həyatının ilk illərində müxtəlif fiziki xəsarətlər, asfiksiyalar, yoluxucu xəstəliklər, zəhərlənmələr və digər mənfi hallar onlarda müxtəlif pozulmalar - əqli və fiziki cəhətdən pozulmalar meydana çıxardır. Doğuş zamanı pozulmalara doğuşun ağır keçməsi nəticəsində dölün mexaniki zədələnməsi aiddir. Doğuş zamanı maşalarla uşağın başının əzilməsi damarların zədələnməsinə gətirib çıxarır. Doğuşdan sonra patologiyalar, əsasən, körpəlik vaxtı qazanılır. Bunlara sinir sisteminin infeksiya xəstəlikləri (neyroinfeksiyalar) aiddir:

- Meningit (baş-beyin və onurğa beyni qişalarının iltihabi xəstəliyi);
- Ensefalit (baş-beyin iltihabı) nəticələri uşağın yaşından asılı olur. Körpəlik zamanı bu infeksiya dərin psixi ləngimə, motor inkişafsızlığı və tez-tez dəyişən əhval-ruhiyyəyə gətirə bilər;
- Meningoensefalit – ikincili ensefalitdir. Bu xəstəlik, əsasən, baş-beyin və onurğa beyni zədələyir;
- Paliomelit (sinir sisteminin kəskin infeksiya xəstəliyidir) – uşağın ağır hərəkət məhdudluğuna səbəb olur.

Psixi və davranış pozulmalarının beynəlxalq təsnifatında əqli geriliyin 10-cu baxışında (XBT-10) səviyyə üzrə aşağıdakı ümumi orientirlər nəzərdən keçirilmişdir:

- Yüngül (IQ-50-90-a qədər);
- Orta (IQ-35-49-a qədər);
- Ağır (IQ-20-dən 34-ə qədər);
- Daha ağır (IQ-20-dən aşağı).

Ənənəvi olaraq ağırlığına görə oliqofrenlik zamanı əqli gerilik intellekt testlərinə əsasən üç səviyyəyə ayrılır (V.V.Lebedinskaya):

1. İdiotluq (ən ağır səviyyə);
2. İmbesillik (orta səviyyə);
3. Debillik (yüngül səviyyə).

İdiotluq - intellektual problemin ən ağır dərəcəsi olub özünəməxsus keyfiyyət və əlamətləri ilə digərlərindən kəskin fərqlənir. Belə ki, idiot uşaqlarda baş-beyin qabığının zədələnməsi bir sıra mərkəzləri əhatə etdiyindən onlarda nəinki intellekt çox aşağı səviyyədə inkişaf edir, həm də hərəkət, nitq, eşitmə və digər analizatorlar da inkişafdan

qalmış olur. İdiot uşaqlar ətraf aləmi mənalandırır qavraya bilmir və onun emosional-iradi sferası və idrak prosesləri kobud çatışmazlıqlara malik olur. Onlarda nitqin hərəkət və tənzitmə funksiyası çox ləng və məhdud, bəzi hallarda isə heç inkişaf etməmiş olur. Bu cür xəstələr təlim-tərbiyəyə cəlb edilə bilmir və valideynlərinin razılığı ilə müvafiq dövlət qurumunun xüsusi uşaq evlərinə yerləşdirilirlər. Burada onlara lazımı tibbi yardım və qulluq göstərilir. İdiotiyanın kliniki xarakteristikası aşağıdakı kimi izah olunur. Mənşəyi: endogen-irsi, ekzogen və qarışıq amillər. Bu amillərə aşağıdakılar aiddir:

- Cinsi xromosomlar, onların çatışmazlığı və qüsurları;
- Sayının çox və az olması;
- Maddələr mübadiləsinin pozulması ilə bağlı sinir sisteminin anomaliyaları;
- Keçirilən infeksiya xəstəlikləri və doğuş travmaları.

İdiotiyanın formalarına aşağıdakılar aiddir: Daun sindromu, Rubinşteyn-Teybi sindromu, Sanfillipo sindromu, Felling sindromu, amin turşuların mübadiləsinin pozulması, toksoplazmoz, sifilis, listerioz, asfikasiya, mexaniki doğuş travması və s.

İmbesillik – idiotluğa nisbətən imbesillik oliqofreniyanın bir qədər yüngül formasıdır. İmbesil uşaqlar nitqə və çox çətin olmayan və sadə əmək vərdişlərinə yiyələnmək imkanına malikdirlər. Lakin dərk etmə, hafizə, təfəkkür, emosional-iradi proseslər və dilin kommunikativ funksiyalarının inkişafdan geri qalması onların təlim-tərbiyə işini qeyri-mümkün edir. Hüquqi cəhətdən belə uşaqlar idiotlar kimi, əmək qabiliyyətli hesab edilmir və valideyn himayəsinə verilir. Həddi buluğa çatdıqda isə idiotlar kimi xüsusi uşaq müəssisələrində saxlanılırlar. Amma son illərdə imbesil uşaqlara elementar hesab, oxu, yazı, hətta xüsusi müəssisələrdə xüsusi təşkil olunmuş emalatxanalarda elementar əmək vərdişlərinin əldə edilməsi imkanı yaradılır. İmbesilliyanın kliniki xarakteristikası belə izah olunur. Mənşəyi endogen-irsi, ekzogen və qarışıq amillərdən ibarətdir. İmbesilliyanın formaları: Daun sindromu, X-trisomiya, Martin-Bell sindromları, hemosisturiya, hidrocefaliya, hemolitik xəstəlik, mikrocefaliya, kretinizm və s.

Debillik – oliqofreniyanın yüngül formasıdır. Lakin bu uşaqlarda intellektin aşağı olması, emosional-iradi xüsusiyyətlərin kobud qüsurlarına görə onlar ümumtəhsil məktəblərinin proqramına yiyələnməkdə çətinlik çəkirlər. Tədris materiallarının öyrənilməsi və qavranılması belə uşaqlar üçün böyük çətinlik törədir. Debil uşaqlar yazılı və şifahi nitqin öyrənilməsi, sadə hesab vərdişləri, say anlayışı və yadda saxlamada çox böyük çətinliklə qarşılaşırlar. Debil uşaqlarda göstərilən qüsurlar ali sinir sisteminin fizioloji cəhətdən analitik-sintetik funksiyalarının geri qalması və eşitmənin fonematik və fonetik-fonematik pozğunluqları ilə şərtlənir. Hətta elementar riyazi biliklər və yüksək səviyyəli abstrakt təfəkkür tələb edir və bu funksiya debil uşaqlarda pozulmuş olduğundan onlar riyazi əməliyyatlara çətinliklə yiyələnirlər. Somatik pozulmalar, ümumi fiziki zəiflik, motorikanın pozulmaları, emosional-iradi sfera və davranış xüsusiyyətləri onların gələcək peşə-əmək fəaliyyətlərinin dairəsini əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşdırır. Debilliyanın kliniki xarakteristikası aşağıdakıları özündə birləşdirir. Mənşəyi X-xromosomunun qüsuru, alkoqol, şüalanma, infeksiya və s.

Q.Y.Suxarevanın klassifikasiyası (1965, 1972) ən çox yayılmışdır. O, oliqofreniyanın aşağıdakı formalarını fərqləndirmişdir:

1. *Endogen təbiətli oliqofreniya:*

- Daun xəstəliyi;
- Həqiqi mikrocefaliya;
- Anadangəlmə mübadilənin pozulması ilə şərtlənmiş oliqofreniyalar;
- Dəri və sümük zədələnmələri ilə əlaqədar oliqofreniyalar.

2. *Embrio və fetopatiyalı oliqofreniya:*

- Ananın hamilə vaxtı keçirdiyi qızılca, məxmərəyi ilə şərtlənmiş oliqofreniya;
- Digər viruslarla şərtlənmiş oliqofreniya;
- Toksoplazmoz və listeriozla şərtlənmiş oliqofreniya;
- Anadangəlmə siflis əsasında yaranmış oliqofreniya;
- Ana orqanizmindəki hormonal pozğunluqlar və toksik amillərlə şərtlənmiş oliqofreniya;
- Yeni doğulanların qemolitik xəstəliyi ilə şərtlənmiş oliqofreniya.

3. *Doğum və erkən postnatal dövrdə yaranmış oliqofreniya:*

- Doğum zamanı travma və asfiksiya ilə bağlı oliqofreniya;
- Erkən postnatal meningit, ensifalit, meninqo-ensifalidlə bağlı oliqofreniya.

İntellektual pozulmaların ağırlığını müəyyən etmək üçün müxtəlif təsnifatları təhlil etmək vacibdir. Buna əsaslanaraq intellektin pozulma formalarını ayırmaq mümkündür.

Cinsi xromosomların anomaliyası zamanı oliqofreniya - xromosom çatışmazlığı ilə şərtlənmiş oliqofreniyanın klinikasında özünəməxsus psixi və fiziki xüsusiyyətlərin yeri var. Bir sıra somatik əlamətlər, psixopatik sindromlar, somatik və psixi pozulmaların dinamikasının tipi müəyyən klinik mənzərəni yaradır. Bunların bəzilərini nəzərdən keçirək:

Klaynfelter sindromu zamanı oliqofreniya - bu sindroma yalnız kişilərdə rast gəlinir. Bu xəstələrin kariotipi əlavə X-xromosomun hesabına 47 xromosom təşkil edir (47XXY). Klaynfelter sindromlu xəstələr üçün qadın cizgilərinin olması xasdır. Belə ki, onlarda qadın üçün xarakterik olan bədən quruluşu (enli sağrı, uca boy, yumru ətli çənə və nazik tüklərlə örtülmüş incə üz) xarakterikdir. Xəstələrdə cinsiyyət vəziləri tamamilə inkişafdan qaldığı üçün onlar sonsuz olurlar. Xəstələrdə displaziyalar (çəçələ barmağın orta bükümünün olmaması, dişlərin düzgün inkişaf etməməsi, qulaqların deformasiyası, qotik damaq, kəllənin düzgün olmayan quruluşu) döş qəfəsinin, pəncənin kobud deformasiyaları və mikrocefaliya müşahidə edilir. Xəstələrin çoxunda kəskin olmayan nevroloji simptomatika, diffuz əzələ hiperoniyası və vegetativ distoniya simptomları müşahidə edilir.

Psixi pozulmaların tipi 2 ümumi əlamətlə xarakterizə olunur:

- İntellektin aşağı olması;
- Şəxsiyyətin xüsusiyyəti ilə (psixi infantilizm, diqqətsizlik və nevrotik reaksiyalara meyillik).

Belə uşqlarla vaxtında düzəliş-tərbiyə işi təşkil edilsə, onda intellektin inkişaf dinamikasının olması qeyd edilir, yəni ətrafdakılar haqqında bilik və təsəvvürlər ehtiyatı, əmək, bacarıq və vərdişlərin səviyyəsi və təlimə maraq artır.

Cinsi polisomiyası zamanı oliqofreniya - X-xromosomların miqdarının artması (XXX-trisomiya, XXXX-tetrasomiya, XXXXX-pentosomiya) ilə intellektin zədələnmə səviyyəsi də ağır imbesil səviyyəsinə qədər artır. Xəstələrdə somotik displaziyalar özünü daha kobud şəkildə büruzə verir. Onlarda olan ağır əqli inkişafsızlıqla çoxsaylı somatik anomaliyaların olması belə xəstələrin Daun sindromlu xəstələrə bənzədilməsinə gətirib çıxarır.

Daun sindromu - xromosom xəstəliyidir, əqli gerilik və xəstənin özünəməxsus xarici görkəmi ilə xarakterizə olunan oliqofreniyanın bir növüdür. Cinsindən asılı olmayaraq 600-800 sağlam doğulan uşağa 1 Daun sindromlu uşaq düşür. Daun sindromlu uşağın doğulması ananın yaşından asılıdır. 30 yaşın altında olan ananın göstəricisi 1:600 nisbətidir, 34 yaşın üstündə isə Daun sindromlu uşaqların doğulması hər il iki dəfə artır. Xəstələrin 95% trisomiya, yəni 47XXY xromosom aşkarlanır (21-ci cütlüyün genişlənməsi hesabına). Qalan 5%-də isə xromosomların translasiya və ya mozaikliyi qeyd olunur.

Daun sindromlu uşaqlar özünəməxsus xarici görünüşü var (bu, uşaq doğularkən diaqnozunun müəyyənləşdirilməsini asanlaşdırır): mikrosefaliya, yastılanmış ənsə, epikantuslu (göz kənarlarında dəri qırıqları), göz yarıqlarının kənarlarının aşağı yönəlməsi, qalın dil, qulaqların müxtəlif deformasiyaları və s. Skeletin deformasiyası, döş qəfəsinin quruluşu və ətraflarda (əsasən əl barmaqlarında) anomaliyalar da müşahidə olunur.

Daun sindromlu uşaqların 75%-də əqli gerilik orta səviyyədə (imbesillik), 20%-dənin ağır səviyyədə (idiotiya) və yalnız 5%-də yüngül səviyyədə (debillik) olur. Daun sindromlu xəstələrin müalicəsi az effektivdir.

Şerşevski-Terner sindromu zamanı oliqofreniya - bu sindroma yalnız qadınlarda rast gəlinir. Bütün hüceyrələrdə (XO) və ya hüceyrələrin bir hissəsinin (mozaika variantı) bir cinsi xromosomun olmaması ilə xarakterizə olunur. Xəstələrin somatik görünüşü tipikdir. Boylarının kəskin inkişafdan qalması ilə bərabər onlar öz yaşidlərindən yaşlı görünürlər. Üzləri qocaya bənzər qırıq-qırıq, alın və boyunda saç sərhəddinin pozulması, çox aşağıda yerləşən və deformasiyalı qulaqlar, enli və qısa boyun və peysərdən çiyinlərə sıx tüklərlə örtülmüş qanadabənzər dəri qatları müşahidə olunur. Xəstələrə bədən quruluşunun displastikliyi - döş qəfəsinin boçka şəkilli olması, süd vəzilərinin olmaması, damağın qotik, diş sırası və inkişafının pozulması, dişləmin anomaliyası, çox dərində oturmuş dördkünc formada dırnaqlar və dəridə piqment ləkələrinin çoxluğu xarakterikdir. Bədən və sifət quruluşunun özünəməxsusluğu "sfinks" görüntüsünə bənzəyir. Şerşevski-Terner sindromu intellektin inkişafına xüsusi təsir göstərir və onu atipik edir. Belə ki, psixi infatilizmin cizgiləri mimikanın donuqluğu, oyuna maraqların üstün olması və fantaziyanın primitivliyinə səbəb olur. Xəstələrdə intellektual inkişafın quruluşunda məkanın təhlil və tərkibinin inkişafsızlığı ilə fərqlənir. Xəstələrdə motorikanın pozulması və dinamik praksis qeyd edilir.

Martin-Bell sindromu (kövrək X-xromosom sindromu) - psixomotor, nitq və

intellektin birgə pozulmalarının ən geniş yayılmış genetik patologiya növüdür. Əqli cəhətdən geri qalan oğlanların 1,9-5,9%-i, oliqofren oğlanların 8%-ni təşkil edir. Bütün doğulmuş oğlanlarda 1:1250, qızlarda isə 1:200 nisbətində rast gəlinir. 1/3 geteroziqot daşıyıcısı olan qadınlarda əqli geriliyə rast gəlmək olar. Diaqnoz sitogenetik və molekulyar-genetik metodların köməyi ilə qoyulur. Bu metodlar sindromun diaqnostikasının dəqiqləşdirilməsi, dölün bətnədaxili diaqnostikasında dəqiq məlumatın alınması və riskli geteroziqot daşıyıcısı olan qadınların müəyyənləşdirilməsinə imkan verir. Martin-Bell sindromunun tipik əlamətləri: baş, biləklər və pəncələrin həcmələrinin böyük olması, böyük qulaqlar, burunun özünəməxsus forması (enli kökü və yumru burun), hündür və irəli çıxmış alın, dolixosifal formalı kəllə (qotik) və uzunsov sifət (orta hissəsi yastı, çənə böyük). Çox vaxt hündür damaq və progeniya, seyrək dişlər ola bilər. Xarakterik əlamətlərdən biri də mikroorhizmdə (endokrin sisteminin dəyişikləri ilə əlaqəli deyil). Martin-Bell sindromlu körpələr "çinli"yə oxşayırlar: şişkin sifət və qıyıq gözlər. Get-gedə cizgiləri dəyişilir: 2-3 yaşda başlarının forması böyüyür və uzanır (hidrosifaliyadan fərqli olaraq bu uşaqların başı proporsional böyüyür, yəni həm beyin, həm də sifət hissələri). Elə bu dövr üçün də ümumi motor çatışmazlıqları daha aydın hiss olunur. Martin-Bell sindromlu uşaqların gözləri, saçları və dəriləri (çox elastik) açıq rəngdə olur. Bütün bu xarici əlamətləri ilə bərabər, özünəməxsus davranış, psixi və nitqi inkişafının ləngiməsi də müşahidə olunur. Adətən, intellektual problemi orta və ya dərin səviyyəli olur. Lakin kövrək X-xromosom sindromuna yalnız intellekti pozulmuş uşaqlarda rast gəlinmir, o həm də autizmlə, nitq pozulmaları və sizofrenə bənzər psixozları olan uşaqlarda da rast gəlinir.

Neyropsixoloji müayinələr zamanı APF lokal pozulmaları (diskalkuliya, disqrafiya, barmaq aqnoziyası, konstruktiv apraksiya) müəyyən olunur. Bu uşaqların hiperfəallığı və diqqət pozulmaları təlim zamanı ciddi problemə çevrilir. 7 yaşa qədər Martin-Bell sindromlu uşaqlarda paraautistik əlamətlər müşahidə olunur və yeniyetmə yaşa qədər bu əlamətlər silinir.

Ağırlaşmış hidrosefaliya zamanı oliqofreniya - hidrosefaliya baş beyində likvor ifrazının mübadiləsinin (ifrazı və sorulması) pozulması nəticəsində meydana çıxır. Bu zaman baş-beyində likvor maddəsinin az sorulması nəticəsində baş-beynin mədəcik subaraxnoidal məkanlarını həcmcə doldurduğundan uşağın xarici görünüşünü özünəməxsus edir. Uşağın başı çox böyük armuda bənzəyir və postnatal inkişaf edir.

Hidrosefaliya xüsusiyyətlərinə görə *proqressiv və kompensasiya* olunmuş növlərə bölünür. Proqressiv hidrosefaliyanın gedişində vaxtında tibbi yardım göstərilərsə, bu zaman xəstənin kəllədaxili təzyiqi normallaşdırılır və xəstəlik kompensativ formaya çevrilir. Amma hidrosefaliyanın bu formasında da beyin mədəcikləri genişləndirilmiş olaraq qalır. Bəzi əlimlər hidrosefaliyaya müxtəlif patologiyaların bir simptomu kimi, bəziləri isə müstəqil xəstəlik kimi baxırlar.

Hidrosefaliyanın etiologiyasına görə, müxtəlif fikirlər söylənilir. Bir sıra müəlliflər anadangəlmə hidrosefaliyanın əmələ gəlməsində irsi faktorların rolunu qeyd edirlər. Başqaları isə hidrosefaliyanın əmələ gəlməsində doğuş patologiyası faktorunu vacib sayırlar. Doğuş travmaları zamanı kəllədaxili qansızmalar və qanın likvora qarışmasına tez-

tez rast gəlinir. Hidrosefaliya zamanı əqli cəhətdən geri qalan uşaqların sayı 0,4-2% təşkil edir. Hidrosefaliya üçün iş qabiliyyətinin aşağı düşməsi (diqqətin pozulması, tez yorulma halları), davranışın özünəməxsus dəyişməsi (eyforik əhval-ruhiya, özünə və başqalarına tənqidin aşağı olması və s.) daha xarakterikdir. Bu xüsusiyyətlər həm normal intellekt, həm də intellekt pozulmalarının müxtəlif səviyyələri ilə uzlaşa bilər. Hidrosefaliyalı uşaqların nitqi çox zaman ləngiyir, amma nitqin tələffüz tərəfi daha yaxşı inkişaf edir və onlar böyüklərin nitqindən götürülmüş ştaplar və frazalardan çox sayda istifadə edirlər.

Ali qabıq funksiyalarının tədqiqində çox zaman psevdooptik və psevdamnestic vəziyyətlər də qeyd olunur. Təlim prosesi zamanı bu uşaqların yazısında spesifik səhvlər müşahidə olunur (hərf, heca, sözlərin buraxılması və sözdə hərflərin yerinin dəyişdirilməsi). Onların rəqəm və sadə rəqəm münasibətləri haqqında anlayışları olsa da, şifahi hesab əməliyyətlərinə çətinliklə yiyələnir və sadə misalları və məsələlərin şərtlərini yadda saxlaya bilmirlər. Belə xəstələr impulsiv, davranışları motivsiz və tez əsəbləşən olurlar.

Oliqofreniyanın bu forması zamanı adi düzəliş-pedaqoji tədbirlərlə yanaşı, uşağın fəaliyyətinin təşkilinə yönəldilmiş xüsusi düzəliş tədbirlərinin də həyata keçirilməsi vacibdir.

Anadangəlmə sifilis zamanı oliqofreniya - anadangəlmə sifilis zamanı oliqofreniya ananın hamiləlik dövründə sifilise yoluxması nəticəsində əmələ gəlir. Bu zaman uşaqlarda ilkin anadangəlmə sifilisin somatik və nevroloji əlamətləri müəyyən olunur və kobud intellektual qüsurlar da əmələ gələ bilər.

Dölün patologiyası həm ciftədən boz troponemlərin dölə keçməsi, həm də troponemlərin ifraz etdiyi sifilitik toksinlərlə ("distrofik sifilis") şərtlənə bilər. Sifilitik bununla da gələcək embrionu zədələmiş olur. Bu növ xəstəliklər parasifilitik xəstəliklərə aiddir.

İntellektual inkişafsızlığı mürəkkəbləşdirən simptomlar kobud şəkil daşımasa da, psixi inkişafın (xüsusi ilə sosial-əmək adaptasiyası) nisbətən yaxşı dinamikası müşahidə olunur.

Ensefalit nəticəsində yaranan oliqofreniya - ensefalitin nəticələri müxtəlifdir və formasının ağırlığından xüsusi ilə lokallaşmadan asılıdır. Ensefalit keçirdən bir qrup uşaq, həddindən artıq hərəkətli olur, ətrafda baş verən hadisələrə cəld reaksiya verir və ətrafdakıların təsirinə tez düşürlər. Ciddi tərtib olunmuş iş rejimində uşaqlar özlərini düzgün aparırlar. Ensefalitlərin nəticələri müxtəlif ola bilər. Revmatik ensefalit zamanı uşaqların psixikası zəif olur, onların görmə qavraması pozulmuş olur, əhval-ruhiyyələri zəifləyir və xəstəliyin ağırlaşması müşahidə olunur.

Epilepsiya nəticəsində yaranan oliqofreniya – baş-beynin ağır xəstəliklərindən biri də epilepsiyadır. Bu xəstəlik zamanı ürəkkeçmənin olmasını mütləq nəzərə almaq vacibdir. Epilepsiyalı uşaqların psixikasının xüsusiyyətləri yaşla əlaqədar dəyişir. İlk növbədə, uşağın yaddaşı zəifləyir, lakin təlim prosesində bu qüsurlar kompensasiya olunur. Bu uşaqların təfəkkür prosesləri zəif inkişaf edir və emosional-iradi sferada həmin proses müşahidə olunur. Epilepsiyalı uşaqlar çox kobud və əsəbi olurlar. Müəllim düzgün nəzarəti və uşaqlarla müsbət münasibətləri inkişaf etdirir: bu istiqamətlərdən istifadə edərək uşaqlara

səliqəlilik və əmək vərdişlərini aşılamaq mümkündür.

Şizofreniya zamanı yaranan oliqofreniya – baş-beyin xəstəliklərindən biri də şizofreniyadır. Bu xəstəlikli uşaqlar yardımçı məktəbin kontingentinin az qismini təşkil edirlər. Şizofreniyalı uşaqların psixikasının əsas xüsusiyyəti - təfəkkürün pozulmasıdır. Psixikanın bir xüsusiyyəti də, emosional gərginliyin yaranmasıdır. Bu uşaqların özünəməxsus xüsusiyyətləri var: onlarda özünəxidmət vərdişləri ilə yanaşı, şəxsiyyətin də müxtəlif xüsusiyyətləri var.

Fenilketonuriya zamanı əqli gerilik - bu çatışmazlıq anadangəlmə metobolizmin (endokrin sisteminin sikresiya funksiyasının pozulması) pozulması ilə bağlı olub əqli cəhətdən geri qalmanın irsi formaları arasında xüsusi yer tutur.

Amin turşuları mübadiləsinin pozulmasının ən geniş yayılmış forması fenilketonuriyadır (FKU). FKU-nun etiologiya və mexanizmi yetərinə mürəkkəbdir, amma demək lazımdır ki, amin turşuları mübadiləsinin pozulması nəticəsində beyin həyatının ilk günlərindən normal inkişaf üçün qeyri-yararlı mühitə düşür, bu da onda degenerativ və destruktiv dəyişmələrə gətirib çıxardır.

FKU progressiv demensiya tipli degenerativ prosesdir. Sınır-psixi pozulmalar yalnız əqli cəhətdən geri qalma ilə məhdudlaşmış, davranış pozulmalarının müxtəlif formaları, diqqət və iş qabiliyyətinin aşağı düşməsi, serebrostenik əlamətlər və nevrozabənzər və psixopatik pozulmalarla müşahidə olunur. FKU uşaqların məktəbə adaptasiyasının analizi göstərir ki, onlarda çətinliklər, təlimin ilk iki ili ərzində özünü göstərir. Uşaqlar çətinliklə müəllim və şagirdlərlə ünsiyyət qurur. Onlar xarici mühitin dəyişməsinə çox pis uyğunlaşır, onlarla ünsiyyətə girmək istəyəndə isə neqativ reaksiya göstəriirlər. Buna baxmayaraq, düzgün pedaqoji yanaşma olarsa, uşaq məktəbə tez öyrəşir, sinifdə davranışı normallaşır və təlim-tərbiyə üçün əlverişli şərait yaranır. Amma müəllim, sinif və ya mühit dəyişdirildikdə yenidən patoloji reaksiyalar əmələ gəlir.

Kornelia de Lange sindromu - özünəməxsus sifət quruluşu, əqli gerilik və hipertrixoz (həddindən artıq tüklənmə) kimi əlamətləri özündə birləşdirən nadir irsi xəstəlikdir. Kornelia de Lange sindromunun əsas əlaməti müxtəlif səviyyəli əqli gerilikdir. Emosional-iradi sfera və davranışın pozulmaları ilə mürəkkəbləşə bilər. Bəzi hallarda eyni stereotip hərəkətlər və autoaqressiyaya meyillilik qeyd olunur.

Belə uşaqların təlimi intellekt pozulmalarının səviyyəsi və xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq aparılmalıdır.

Rubinşteyn-Teybi sindromu - nadir irsi xəstəlikdir. Belə xəstələrdə intellektual çatışmazlıq ilə bəzən nitq və görmə qüsurları, kəllə-sifət və barmaq anomaliyalarına da (oğlanlarda həm də cinsi inkişafsızlıq) rast gəlmək mümkündür. Bir qayda olaraq, diaqnoz xarici əlamətlər əsasında (qısa burun, çox sıx və alçaq qaşlar və s.) iki yaşa qədər qoyulur. Bu sindromlu uşaqların təlimi çox çətin həyata keçirilir. Bu yalnız intellektin pozulması ilə deyil, həm də emosional-iradi sfera, nitq, görmə və davranışın iradi pozulmasında olan çətinliklərlə əlaqədardır. Bu sindromlu bütün uşaqların loqoped və oliqofreno pedaqoqun ilkin yardımına ehtiyacları var.

Demensiyalı uşaqların formalarının ağırlıq səviyyələrinin xarakteristikası

Demensiya (lat. Dementia - ağılsızlıq, dəlilik) – idrak fəaliyyəti və hafizənin davamlı aşağı düşməsi, emosional-iradi sferanın zəifləməsi və kobudlaşmasıdır.

Uşaq yaşlarında demensiya şizofreniya, epilepsiya, baş-beynin iltihabı xəstəliklərinin (meningit, ensefalit, meninqoensifalit) üzvi zədələnməsi və baş-beynin travması (silkələnmələr) nəticəsində əmələ gəlir.

Üzvi demensiya - 1,5-2 yaşından sonra beyin zədələnmələri zamanı meydana çıxır. Beynin üzvi zədələnmələrinin qalıq təzahürləri ilə şərtlənmiş demensiya və baş-beyində cari orqanik proseslərlə bağlı olan demensiya fərqləndirilir. Hər şeydən əvvəl bu intellektual qüsurun başqa strukturudur. Üzvi demensiya zədələnmənin üstün lokallaşmasından asılı olaraq intellektual funksiyaların bəziləri əhəmiyyətli dərəcədə pozula bilər, bəziləri isə nisbətən qorunub saxlanıla bilər. Üzvü demensiya zamanı nitq pozğunluğu da lokal xarakter daşıyır, lakin oliqofreniya zamanı nitqin inkişafdan qalması onun kasadlığı, söz ehtiyatının az olması, aqrammatizmlərin olmasında və səs tələffüzü qüsurlarında təzahür edilir. Təfəkkürün pozulması ümumiləşdirmə funksiyasının ilkin zəifliyi ilə deyil, mühakimələrin məqsədyönlülüüyünün olmaması və qeyri-ardıcılığı ilə şərtlənmişdir. Üzvi demensiya zamanı mərkəzi pozğunluqlardan biri şəxsiyyətin dəyişməsi və tənqidiliyin pozulmasıdır. Bu uşaqlardan yalnız bəziləri öz qeyri-mükəmməlliyini duya bilər, bir qismi isə qüsurlarını dərk edə bilmir. Xəstələrin psixi statusunda oliqofeniya üçün xarakterik olan beyin quruluşu və kəllənin displaziyası və müxtəlif sistemlərin anadangəlmə qüsurları yoxdur.

Tuberoz sklerozu (Brunvel xəstəliyi) - irsi xəstəlikdir və onun əsasında bir çox neoplaziyalar və displaziyaların birləşməsi müşahidə olunur. Klinik mənzərə simptomların əsas triadasını əmələşdirir:

- Proqressivləşən ağıldankəmlilik;
- Dərinin sistemli zədələnməsi;
- Epileptik formalı ürəkkeçmələr.

Dərinin zədələnməsi sifət, bel və barmaqlarda şişəbənzər törəmələr şəklində olur. Tez-tez göz büllurunun bulanması kimi göz simptomları qeyd olunur. Ağıldankəmlilik əlamətlərinin təzahürü ürəkkeçmələrin başlanması ilə uzlaşır. Əgər ürəkkeçmələr 2-3 yaşında meydana çıxırsa, xəstəlik qorxulu hal alır və psixi retardasiya başlayır. Əgər tutmalar 2-3 yaşından sonra təzahür edib və nadir hallarda müşahidə edilirsə, demensiyanın proqressivləşməsi kəskin olmaya bilərsə, o halda həmin uşaqlar təlimə cəlb oluna bilərlər.

Ensefalotrigeminal aqniomatoz (Struge-Verer xəstəliyi) - proqressiv ağıldankəmlilik baş-beyində angiomaların olması ilə bağlıdır. Angiomatoz dəriyə və daxili üzvlərə yayılır. Simptomların klassik triadası xarakterikdir: sifətin dərisinin angioması, qıcolma tutmaları və ağıldankəmlilik. Anadangəlmə qlaukoma da müşahidə olunur. İntellektual çatışmazlıq debillik səviyyəsində olur. Leykoensefalit zamanı xəstəlik hərəki pozğunluqlardan başlayır və sonra nitqin pozğunluğu, piramid, ekstrapiramid və bulbar

pozğunluqları güclənir. Üzvü demensiyanın müxtəlif formalarının kliniki təsviri belədir: qüsurun bu kimi strukturu beyin strukturlarının zədələnməsinin göstəricisidir.

Epileptik demensiya - epileptik xəstəlik adlanan və beynin üzvi xəstəliyi zamanı müşahidə olunur. Epileptik tutmalar, təfəkkürün spesifik xüsusiyyətləri və emosional iradi sahənin spesifik xüsusiyyətləri qeydə alınır.

Şizofrenik demensiya - şizofreniya progressivləşən psixi xəstəlikdir, onun etiologiya və patogenezi müasir dövrə qədər müxtəlif tədqiqatların predmetidir. Şizofreniyanın klinik-psixoloji strukturunda əsas (neqativ) və əlavə (produktiv) simptomları fərqləndirmək mümkündür. Xəstəlik prosesinin distruktiv mahiyyətini əks etdirən neqativ simptomlar:

- Autizm (reallıqla əlaqənin zəifləməsi, xarici aləmdən təcrid olma və özünəqapanma);
- Emosional dəyişmələr (emosional reaksiyaların qeyri-adekvatlığı, yaxın adamlarla emosional əlaqələrin zəifləməsi və tədricən emosional yoxsulluq, şəxsiyyət vahidliyinin itirilməsi);
- Təfəkkürün pozulması (təfəkkürün paradoksallığı və intellektin qeyri-produktivliyi).

Bu əsas simptomların ifadə dərəcisini qüsurun ağırlığı müəyyən edir. Şizofreniya zamanı reproduktiv pozğunluq xəstəliyin kəskin davamının təzahürüdür. Onlara affektiv, hallyusinasiya, sayıqlama, nevroza bənzər hərəkətli simptomlar və şüur pozğunluğu aid edilir. Xəstəliyin fasiləsiz, tutmaşəkilli və qarışıq gedişi fərqləndirilir. Uşaq yaşında şizofrenik proses fasiləsiz, yaxud fasiləsiz tutmaşəkilli gedişə malikdir. Belə uşaq kütləvi məktəbdə təhsil ala bilər, yalnız fərdi təlim yolu ilə, ümumi vəziyyətləri ağırlaşan bir halda onlar xəstəxanalarda müalicə almağa məcburdurlar.

İntellektual pozulmaları olan uşaqların psixoloji xüsusiyyətlərinə əsasən pozulmanın ağırlıq dərəcələrinin xarakteristikası

Duyğular və qavrayışın xüsusiyyətləri - duyğular və qavrayış gerçəkliyin əks etdirilməsidir. Ətraf mühitdə o cisim və hadisələr duyulur və qavranılır ki, onlarmüxtəlif analizatorlara təsir göstərə bilər. Hər bir analizator üç hissədən ibarətdir:

- Periferik reseptor (göz, qulaq və dəri);
- Ötürücü sinir;
- Baş-beyin qabığındakı mərkəz.

Şərti reflekslərin yaranması və gələcək təcrübədə ondan istifadə etmək özünü qavrayışda göstərir. Oliqofrenlərdə duyğu və qavrayış ləng formalaşdırılır və bu formalaşma bir sıra fəsadlar və çatışmazlıqlarla müşayiət olunur. Normal duyma və normal qavrama prosesinin qarşısını alan simptomların oliqofrenlərdə baş vermə mexanizmini tamamilə izah etmək çətindir. Lakin onlarda dərkətmənin xarakterini öyrənmək olduqca vacibdir.

Əqli cəhətdən geri qalan məktəblilərin görmə qavramasının ləng tempi psixi inkişafı bütövlükdə ləngidir. Bu kateqoriyalı uşaqlarda qavramanın ləng tempi qavranılan

materialın həcmi ilə uzlaşır. Qeyd olunub ki, oliqofrenlər insanın emosional vəziyyətini qavramaqda da çətinlik çəkirlər. Ümumiyyətlə, süjetli şəkillərin izahı və verilmiş emosional vəziyyətlərin şərhini onlar üçün problemdir. Bu uşaqlar oxşar əşyaları fərqləndirə və tanıya bilmirlər. Oliqofrenlərin əsas xüsusiyyətlərindən biri, tanıma və diferensiasiya prosesləri zamanı lazım olan qədər fəallığın göstərilməməsi və zəif məqsədyönlüdür. Hər hansı bir şəkil və ya əşyaya baxaraq oliqofren həmin əşyanın xırda detallarını izləməyə çalışır, çünki əşyanın ümumi tanınması onlar üçün bəs edir. Oliqofrenlərdə hərəkəti, zaman və məkan qavrayışının özünəməxsus ləngiməsi görmə qavrayışı ilə sıx bağlıdır. Eyni zamanda, onların özlərinə xas olan subyektiv pozuntular da qeydə alınmışdır. Nəticədə, bu pozuntular ətraf aləm, cisim və hadisələr haqqında düzgün məlumat alınmasına mane olur və oliqofrenlərin təlim fəaliyyətinin müvəffəqiyyətli təşkilinə imkan vermir. Bu baxımdan oliqofrenlərin təlimində hər zaman dinamikanın gözlənilməsi mümkün deyildir. Hətta, yardımçı məktəblər və xüsusi proqramla təlim keçilmiş şəraitdə belə nəticələr həmişə müvəffəqiyyətli alınmır. Yardımçı məktəb şagirdlərinin əsas kontingentinin qavrama xüsusiyyətləri belə izah olunur. Müxtəlif tipli oliqofrenlərdə (dərkətmə fəaliyyəti pozulan şəxslər) duyğu və qavrama prosesləri fərqlənir. Birinci tip uşaqlarda oyanma prosesi bir qədər zəif, ilk planda qavramanın ləng tempi və qavranılan materialın həcmində daralması olur. İkinci tip uşaqlarda fəal tormozlama prosesinin zəifliyi müşahidə edilir və bu uşaqlarda duyğu və qavrama qeyri-dəqiq olmaqla izah olunur. Üçüncü qrup uşaqlar müdafiəedici tormozlama olan uşaqlardır. Onlar üçün xarakterik olan əlamət görmə duyğu və qavrayışın xüsusiyyətlərinin normadan kənar olmamasıdır.

Qeyd etdiyimiz duyğu və qavrayışın xüsusiyyətləri təlim-tərbiyə və inkişaf prosesində kompensasiya edilir. Görmə qavramasının tempi də sinifdən- sinfə keçirilərkən dəyişilir. Həyat təcrübəsinin zənginləşdirilməsi, bacarıqların əldə edilməsi və təsəvvürlərin genişləndirilməsi yardımçı məktəb şagirdlərinin duyğu və qavramasının keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasının əsas vasitələridir.

Təfəkkür və nitqin xüsusiyyətləri - təfəkkürün konkret xarakteri əqli cəhətdən geri qalan uşaqların dərkətmə fəaliyyətinin əsas qüsurdur. Nitqin ləng inkişafı, lüğətin və ümumiləşdirmələrin zəifliyi və ayrı-ayrı analizatorların qüsurları təfəkkürün funksiyalarının zəifliyinə gətirib çıxarır. Təfəkkür mürəkkəb xarakter və beynin şərti-reflektor fəaliyyətinin mükəmməlləşdirilməsini tələb edir.

Oliqofrenlərdə yeni, xüsusi ilə də mürəkkəb şərti əlaqələr çətinliklər formalaşdırılır. Mürəkkəb ikinci siqnal sisteminin şərti reflekslərinin inkişafı mümkündür, lakin onlar gecikir və çətinləşir. Şərti əlaqələrin diferensiasiyası uzun müddət tam inkişaf etməmiş olur. Bu baxımdan, demək olar ki ümumiləşdirmənin zəifliyi idrak proseslərinin əsas qüsurdur. Onların təfəkkürü konkret olaraq qalır və izahedici xarakter daşıyır. Sadə ümumiləşdirmə qavrayış prosesindən başlanır, ona görə də psixologiyada təfəkkür qavramasının növbəti mərhələsi kimi qəbul edilir. Ümumiləşdirmə fərqləndirmə, müqayisəetmə, təsnifləşdirmə və qruplaşdırma ayrılıqda təfəkkür prosesləri kimi öyrənilir. Bu proseslərin hər hansı birinin pozulması bütövlükdə təfəkkürün pozulması deməkdir. Nitq inkişafının gec başlanmasından əlavə, bu uşaqlarda passiv və fəal lüğətin zəifliyi müşahidə edilir. Mənimsənilən sözlər onun

fəal lüğətinə daxil edilsə də, onunla düzgün mənimsənilmir. Oliqofrenlərdə sözün mənasının mənimsənilməsi çox hallarda onun gerçəkliyinə uyğun olmur. Nitqin qrammatik quruluşu zəif inkişaf edir, mürəkkəb cümlələr olmur və onlar öz fikirlərini izah etmək üçün sözlərdən istifadə etməyə çətinlik çəkirlər. Bundan əlavə, bu kateqoriyalı uşaqlar üçün yeni ümumi anlayışlar və qaydaların mənimsənilməsi çətinlikləridə müşahidə olunur. Stereotip təfəkkür, analiz və sintezin xüsusiyyətləri də oliqofrenlərə xas bir xüsusiyyətdir. Əqli cəhətdən geri qalan uşaqlar əyani vəsait vasitəsilə hər hansı bir materialı asanlıqla mənimsəyə bilirlər. Lakin buna baxmayaraq, onların təlimində təkcə əyani vəsaitin istifadə edilməsi vacib deyil və onlarda məntiqi, sözlü ünsiyyətin inkişaf etdirilməsi vacibdir. Təfəkkürün əsas çatışmazlığından əlavə, təfəkkürün tənzimləmə funksiyasının zəifliyi də müşahidə edilir.

Yardımcı məktəb şagirdlərinin təfəkkürünün bir xüsusiyyəti də öz fikirlərinin ardıcılığının izlənməməsidir. Təhlilin düzgün gedişinə təfəkkürün dinamikasının pozulması aiddir. Beləliklə, əqli cəhətdən geri qalan məktəblilərin təfəkkür xüsusiyyətlərini aşağıdakı kimi izah etmək mümkündür:

- Ümumiləşdirmənin zəifliyi;
- Təfəkkürün tənzimləmə funksiyasının zəifliyi;
- Fikirlərin ardıcıl olmaması;
- Təfəkkür prosesinin zəifliyi və qeyri-dinamik olması.

Yardımcı məktəb şagirdlərinin təfəkkürlərinin əsas inkişaf vasitəsi təlim və əmək tərbiyəsinin düzgün qurulmasıdır. Əqli cəhətdən geri qalan məktəblilərin təfəkkürlərinin əsas inkişaf yolu müəyyən məktəb proqramının əsasında bilik və bacarıqların sistemə mənimsənilməsidir. Məhz tədris fənlərinin öyrənilməsi prosesində uşaq ümumiləşdirmə, təhlil etmə və məntiqi düşünməni əldə edə bilər.

Əqli cəhətdən geri qalan uşaqlarda hafizə və diqqətin xüsusiyyətləri - bu kateqoriyalı uşaqlarda yeni şərti əlaqələrin formalaşdırılması və dəyişkənliyinin ləngliyi müşahidə olunur. Tədqiqatlar göstərir ki, oliqofrenlər hər bir yeniliyi ləng mənimsəyir, qavranılan materialı tez yaddan çıxarır və əldə edilən bilik və bacarıqlardan vaxtında istifadə edə bilmirlər (X.S.Zamski). Yeni bilik və bacarıqların zəif mənimsənilməsinin səbəbləri oliqofrenlərin sinir proseslərinin xüsusiyyətindəndir.

Oliqofrenlərdə yeni materialın mənimsənilməsi üçün çox təkrarlamaq vacibdir ki, sonradan həmin materialı yada sala bilsinlər. Lakin bir çox hallarda bu prosesi yaddaşın zəifliyi ilə əlaqələndirilməsi lazım deyil. Yardımcı məktəb şagirdlərinin verilən suala cavab verməməkləri bir çox halda onların əqli inkişafı ilə bağlı olur. Yaddaşın belə zəifliyinin xarakterik cəhəti lazım olan məqamda lazım olan məlumatın yada düşməməsidir. Bunun fizioloji əsası yeni əlaqələrin sönməməsidir, yəni qabıq fəaliyyətinin müvəqqəti xarici tormozlaşdırılmasıdır (müdafiəedici tormozlaşma). Təfəkkürün zəifliyindən irəli gələn əlaqələrin zəifliyi yaddaşın keyfiyyətini kəskin zəiflədir. İradi yaddaşın pozulmasının 2 səbəbi var:

1. Əgər uşaq hansısa bir psixi əməliyyatı müstəqil intellektual fəaliyyət kimi mənimsəməyibsə;

2. Əgər uşaq onu mümkün olan intellektual əməliyyatı yadda saxlamaq məqsədi ilə işlədə bilmirsə.

Uşaqlar təsnifatlaşdırılmanı müstəqil halda mənimsəmədiklərindən, ondan yadda saxlamaq üçün istifadə edə bilmirlər və nəticədə assosiativ anlayışların formalaşması prosesində yaddaşdan istifadə mürəkkəbləşir. Yardımçı məktəb şagirdləri hər hansı qəbul etdiyi materialın xarici əlamətlərini yadda saxlayaraq onun daxili məntiqi əlaqələri və münasibətlərini ayıra bilmirlər. Buna görə dərs materialının izahı zamanı əyani vəsaitlərin mütləq sözlü izah ilə müşayiət edilməsi vacibdir. Konkret və hissi yolla ətraf aləmin təəssüratlarının yadda saxlanması patoloji forma daşıyır və eydetik yaddaş adlanır (**eydetizm** – az yayılmış haldır, lakin yardımçı məktəb şagirdləri arasında daha çox bu hala rast gəlmək mümkündür).

Bütün əqli cəhətdən geri qalan uşaqların xarakterik xüsusiyyətləri məqsədyönlü əzbərləmə və yadasalmanın qeyri-mümkün olmasıdır. Yardımçı məktəb şagirdlərinin məqsədyönlü fəaliyyətinin zəifliyi əzbərlənən materialın yada salınmasının zəifliyi ilə bürüzə verilir. Yeni materialın mənimsənilməsinin keyfiyyətinin yüksəldilməsi üçün müxtəlif didaktik prinsiplər işlədilir və bu prinsipə tədris materialının təkrarı zamanı müxtəliflik prinsipi aiddir. Müəllimin qarşısında duran əsas vəzifə hər hansı bir materialın əzbərlənməsi və hər hansı bir vəziyyətdə bu bacarıqdan istifadə etmək bacarığının formalaşdırılmasıdır. Yaddasaxlama bacarığı mənimsənilən materialın əsas elementinin ayrılması və sonra o əsaslar arasında əlaqələrin yaradılmasıdır.

Diqqətin qeyri-kafi olmasının əsas əlamətləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- Dəyişkənlik;
- Yüksək yayınıqlılıq;
- Obyekt üzərində toplanmağın olmaması.

Əgər iş yerinə yetirilərkən uşağın diqqəti tez-tez ətrafdakı qıcıqlandırıcılara görə yayınarsa, onda bu, çoxsaylı səhvlərə gətirib çıxara bilər. Diqqətin qeyri-sabitliyi qavrama prosesinə də mənfi təsir göstərə bilər. Uşaqda sensor səviyyədə pozulma yoxdursa, onda o, ətraf mühətdən lazımi qədər düzgün duyğular ala bilər. Qavramanın qeyri-kafiliyindən bu uşaqlar ətraf mühit, əsasən, ayrı-ayrı, gözə çarpan əlamətlər və təzahürləri seçirlər və nəticədə onlarda ətraf mühitin təsviri qeyri-bütöv və qeyri-ahəng olur.

Oliqofrenlərdə şəxsiyyət və emosional-iradi sferanın xüsusiyyətləri - insanın hisləri həqiqətin əks etdirilməsinin özünəməxsus forması olaraq onun ümumiyyətlə dərk etmə fəaliyyətindən asılıdır. Əqli cəhətdən geri qalan uşaqların hisləri diferensiasiya edilmir və qeyri-uyğun ətraf aləmə qarşı qeyri-bərabər olur. Bir çox uşaqda ciddi həyat hadisələrinə qarşı yüngül dərəcəli həyəcanlar müşahidə olunur. Hislərin intellektual tənziplənməsinin zəifliyi müxtəlif vəziyyətlərdə özünü bürüzə verir. Onlar hər hansı bir vəziyyətə qarşı öz hislərini tənzipləyə bilmirlər. Hislərin intellektual tənziplənməsinin zəifliyi ali hislərin gec və çətinliklə formalaşdırılmasına gətirib çıxarır (məsuliyyətlik, vətənpərvərlik və s.). Ali hislərin formalaşdırılması üçün hislər və fikirlərin əlaqəsi vacibdir. Yardımçı məktəb şagirdi vəziyyəti qiymətləndirməli və həmin vəziyyətdə öz yerini

bilməlidir. Fikirlərin zəifliyi ali hislərin formalaşdırılmasını tormozlayır. Belə hislər oliqofrenlərdə xüsusi işlərin aparılması nəticəsində tərbiyə oluna bilər. Lakin ali hislər tərbiyə ilə yanaşı, eyni zamanda onların həyatında elementar tələbatlar və hislər yer tutur. Belə hislər yaş ötdükdə daha da güclənir və nəticədə yardımçı məktəb şagirdinin bütün düşüncəsində iz qoyur. Hislərin vaxtında tərbiyəsi ali hislərin formalaşdırılmasına şərait yaradır və oliqofren uşağın xarakterində aparıcı yol oynayır.

Qeyd etmək vacibdir ki, oliqofrenlərin emosional həyatının ümumi inkişafsızlığı ilə yanaşı, onların ümumi vəziyyətinin zəifliyi də müşahidə olunur. Əhval-ruhiyyənin pozulması onun dəyişkənliyi ilə bürüzə verilir. Dərketmənin psixoloji pozulması uşağın təəssürat aləmi, əxlaqı və xarakterində özünü göstərir. Təəssürat aləmində yaranan pozulma özünü səbəbsiz olaraq əhval-ruhiyyənin pozulması, depressiya, aqressiya, emosional kövrəklik, qorxu və vahimə formasında göstərir. Bu zaman uşağın hərəkət fəallığı kəskin dəyişir və gözlənilməz davranış nümayiş etdirir.

İntellektual inkişafsızlığı olan uşaqlarda nitqin inkişaf xüsusiyyətləri - əqli qüsurlu uşaqlar üçün nitq inkişafının gecikməsi xarakterikdir. Bu uşaqlar 2-3 yaşında tək-tək sözlər, 4-5 yaşında isə yalnız frazalılıq nitqə yiyələnməyə başlayırlar. Nitq-əşitmə analizator nahiyəsində fərqləndirici şərti əlaqələrin zəif inkişaf etdirilməsi ilə bağlı olaraq əqli qüsurlu uşaqlar uzun müddət nitq səslərini fərqləndirə bilmirlər. Uşağa artikulyasiyanı əmələ gətirən mürəkkəb kompleksi yaratmağı bacarmaq üçün nitq motorikasının normal inkişafı lazımdır. Əqli qüsurlu uşaqlarda isə həm ümumi, həm də nitq motorikasının inkişafı ləng diferensiasiyadan keçir. Bu uşaqlarda səslərin artikulyasiyası prosesində nitq hərəkətlərinin qarışıqlığı, onların həcmində azlığı və əvəz edilməsi, əzələ tonusunun süstlüyü (keyliyi) və kinestetik hissiyatın qarışıqlığı halları müşahidə olunur. Nitq inkişafı tək-cə ətrafdakıların nitqini yamsılamaq və imitasiya yolu ilə həyata keçirilmir. Nitqin mənimsənilməsinin əsasını dilin sistemə uyğun olan mürəkkəb funksional quruluşunun əmələ gətirilməsi təşkil edir. Belə quruluşun formalaşdırılmasının əsas şərti qavranılmış nitqin analizi və növbəti sintezi və ümumiləşdirmə imkanlarıdır. Beləliklə, nitq inkişafı dilin fonematik, leksis və qrammatik cəhətdən mənimsənilməsi ilə əmələ gəlir. Əqli qüsurlu uşaqlarda analitik-sintetik fəaliyyətin ümumi inkişafdan qalması ilə bağlı bütün dil birləşmələri çox çətinliklə formalaşdırılır və dilin bütün qanunauyğunluqları ləng qavranılır. Bütün göstərilən faktlar nitqin qavranma tempinin zəifliyi və komponentlərinin bütünlüklə keyfiyyətə inkişafdan qalmasına səbəb olur: fonetik-fonematik, taktil və qrammatik quruluş.

Əqli qüsurlu uşaqlarda nitqin fonetik tərəfinin pozğunluğu əsas əlamətlərdən biri hesab olunur.

2.2.11. Psixi inkişafın ləngiməsinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

PİL və onu yaradan səbəblər

Psixi inkişafın ləngiməsi (PİL) anlayışı

Psixi və psixofiziki infantilizm ilk dəfə Lasseq və Loren tərəfindən XIX əsrdə öyrənilib

və bu hala xas olan psixi inkişafsızlıq, elementar davranış və psixi funksiyaların xüsusiyyətləri açıqlanıb. Sonradan “psixi və psixofiziki infantilizm” termini öz kliniki əhəmiyyətin itirərək, təkcə müxtəlif növ intellektual çatmamazlıqlarda istifadə edilib.. A.Bleyler psixi infantilizmi bir tərəfdən oliqofreniyaya, o biri tərəfdən psixopatiyaya yaxın bir hal kimi göstərib. E.Kreçmer psixi infantilizmin əlamətlərini isterik psixopatiyalarda da üzə çıxarmışdı.

M.S.Pevzner belə sayırdı ki, infantilizm emosional-iradi və intellektual sferanın inkişafdan qalması ilə səciyyələnir.

L.S.Vıqotski (1934, 1960) infantilizmin mahiyyətini inkişafın gedişinin özünəməxsus pozulmasında görürdü və qeyd edirdi ki, bu halda uşaq yeni yaş mərhələsinə keçərək, əvvəlki mərhələyə xas olan xüsusiyyətlərdən təkcə bəzilərini əldə edir. Belə uşağın psixikasının əsasını inkişafca erkən yaşa məxsus psixi proseslər təşkil edir, yəni psixi proseslərin inkişafı, geri qalır. Bu gerilik daha çox məktəbəqədər və ibtidai məktəb dövründə özünü büruzə verir. Daha ətraflı psixi ləngimə ötən əsrin 30-cu illərində öyrənilməyə başlanılıb. Xarici müəlliflər psixi ləngiməyə birmənalı yanaşmayıblar.

1-ci yanaşma. Qərb ölkələrində yayılmış bu yanaşma psixi ləngiməni təkcə pedaqoji cəhətdən qiymətləndirir. Belə uşaqlar “təlimdə çətinlikləri olan uşaqlar” adlandırılır. Bu yanaşma, əlbəttə ki, özünü doğrultmayıb, çünki, təlimdə çətinliklər həm pedaqoji baxımsızlığın, həm də mərkəzi sinir sisteminin nəticəsi ola bilər.

2-ci yanaşmaya görə, psixi ləngimə əlverişsiz şəraitin və tərbiyənin, sensor təcrübənin və ətrafdakılarla ünsiyyətin nəticəsidir; belə uşaqlar “sosial və mədəni deprivasiyaya məruz qalmış uşaqlar” adlanırlar və bu yanaşma ABŞ və İngiltərədə yayılıb.

3-cü yanaşma. Almaniyanın korreksiya pedaqoqları bu uşaqları “davranışında çətinlikləri olan uşaqlar” adlandırırırlar.

4-cü yanaşma. Ştraus və Lettinenin (ABŞ) konsepsiyasına görə, psixi ləngimə erkən yaşda beyinin minimal zədələnmələrinin nəticəsidir.

Keçmiş SSRİ-də bu problemə hərtərəfli yanaşılıb və psixi ləngimə deyəndə nəzərdə psixi fəaliyyətin inkişafsızlığı tutulurdu; əsas səbəbi isə endo və ekzogen xarakterli minimal beyin zədələnmələridir.

Psixi ləngiməyə gətirən səbəblər

Psixi ləngiməyə öz işlərində M.O.Qureviç, V.A.Qilyarovski, Q.Y.Suxareva, M.S.Pevzner böyük yer ayırıblar. Bu tipli anomaliya mərkəzi sinir sisteminin ən gec formalaşan strukturlarının ləng yetişməsi ilə səciyyələnir. Bu əsil və ya ilkin ləngimədir. Bəzi xəstəliklər zamanı (epilepsiya, şizofreniya, somatik xəstəliklər) və ya lokal xarakterli defektlərdə psixi ləngimə ikincili simptom kimi ortaya çıxır. Psixi ləngiməyə gətirən səbəblər endogen və ekzogen xarakterli ola bilər.

Endogen səbəblərə hamiləliyin ümumi toksikozu, ananın qidalanmasının pozulması (vitamin, zülal və s. çatışmazlığı) və keçirdiyi infeksiyalar (qrip, məxmərək, toksoplazmoz və s.), qanda rezus-faktor uyğunsuzluğu, eklampsiya, nefropatiya aiddir.

Ekzogen faktorlar 2 cür olur:

1. Doğuş zamanı patologiya - baş-beyinin minimal travma və oksigen çatışmazlığı ilə

nəticələnir;

2. Somatogen postnatal patologiya - erkən yaş dövründə keçirdiyi xəstəliklərin və xüsusən də, beyin iltihabı proseslərinin və alimentar faktorun nəticəsidir. İrsi faktor psixi ləngimədə meyillilik faktoru rolunu oynayır. Axır tədqiqatlara görə, qalxanvari vəzinin və ürək-damar sisteminin xəstəliklərindən əziyyət çəkən analardan olan uşaqlarda psixi ləngiməyə daha çox rast gəlmək olur. Bəzi uşaqların psixi inkişafının səviyyəsi o qədər də yüksək olmur, amma bunların davranışları və fəaliyyəti uşaqlıq əlamətləri daşımır. M.S.Pevzner bu vəziyyətin səbəbini genetik şərtlənmə ilə izah edir və psixi ləngiməyə aid etmir.

N.İ.Ozeretski (1938) isə belə halları "psixi inkişafın yavaşması" adlandırır və belə uşaqlarda beyin strukturlarının dəyişməzliyini müəyyən edib. D.Veksler 1955-ci ildə belə uşaqları "zəif intellektli" uşaqlar qrupuna ayırd edib. Qeyd edək ki, həm psixi, həm də psixofiziki infantilizmin əsasın şəxsiyyətin komponentlərinin inkişafsızlığı təşkil edir. A.Q.Əsəfovanın (1965) məlumatlarına və katamnestic müşahidələrinə görə, 42% uşaqlarda psixi ləngimənin əlamətlərini xüsusi korreksiya yolu ilə aradan götürmək olar. A.Rzayeva, S.Rüstəmovə və S.Lukyanenko 1981-1982 və 1985-1986-cı illərdə Bakı məktəblərində müşahidə aparıblar və belə nəticəyə gəliblər ki, uşaqların cəmi 15%-ində xüsusi təlim nəticəsində psixi ləngimənin əlamətləri aradan götürülüb.

Onu da qeyd etmək istəyirik ki, PİL diaqnozu yalnız uşaqlara qoyulur. PİL diaqnozu 18 yaşdan sonra yüngül əqli gerilik kimi qeyd olunur.

Psixi inkişafın ləngiməsi və onun təsnifatı

Məktəbdə təlim-tərbiyə alan şəxslərin müəyyən hissəsinin təlim materiallarını mənimsəməməsi bir çox sahə mütəxəssislərini: pedaqoq, psixoloq, sosioloq və həkimləri narahat edir. Dərs materiallarının mənimsəməməsini çox zaman səhv olaraq uşaqların əqli cəhətdən geri qalması ilə əlaqələndirirlər. Lakin son dövrlərdə aparılan tədqiqat işləri nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, bu uşaqlar əqli cəhətdən geri qalan uşaqlardan tamamilə fərqlənirlər. Bu fərq ondan ibarətdir ki, belə uşaqlarda mövcud bilikləri həcmində ümumiləşdirmək bacarığı və geniş "yaxın inkişaf zonası" var. Belə uşaqlar - psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlar (PİL) ayrı, xüsusi bir kateqoriyaya ayrılmışdır

Psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların öyrənilməsində rus alimləri M.S.Pevzner və T.A.Vlasovanın rolları böyükdür. Onlar bu uşaqların şəxsiyyətin formalaşmasında emosional inkişafının roluna, neyrodinamik pozulmaların (astenik və serebrastenik vəziyyətlər) mənalarına diqqəti cəlb etmişlər. Və bununla əlaqədar alimlər psixi və psixofizioloji infantilizm əsasında yaranan psixi inkişafın ləngiməsini qeyd etmişlər. Psixi və psixofizioloji infantilizm hamiləlik dövründə MSS-in zərərli təsirləri və ya uşağın həyatının ilk illərində müxtəlif patogen faktorlar nəticəsində orqanizmi astenik və serebrastenik vəziyyətlərə gətirib çıxardan ləngimələrlə əlaqədardır.

Patogenetik mexanizmlərin aydınlaşdırılması proqnozların da ayrılmasını nəzərdə tutur. Mürəkkəbləşməmiş psixi infantilizm tipli PİL-in proqnozu daha qənaətbəxşdir və əsasən xüsusi təlim metodları tələb etmir. Neyrodinamik tipli PİL zamanı isə yalnız psixo-

pedaqoji tədbirlər deyil, həm də müalicə tədbirləri də lazım olur.

K.S.Lebedinskaya tərəfindən aparılan elmi-tədqiqat işi nəticəsində psixi inkişafın ləngiməsinin etiopatogenetik sistematikasını təklif olunmuşdur. Bu təsnifata görə psixi inkişafın ləngiməsi etiopatogenetik prinsipinə görə diferensiallaşdırılırlar: konstitusiyaya mənşəli, somatogen mənşəli, psixogen və serebra-üzvi mənşəli. Bu növlərin hər biri bir sıra əlamətlərlə mürəkkəbləşə bilər (somatik, ensefalopatik, nevroloji) və hər birinin öz klinik-psixoloji strukturu, öz emosional kəllənin və idrak fəaliyyətinin pozulma xüsusiyyətləri, öz etiologiyası var.

Müasir xüsusi pedaqogikada psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların daha bir neçə təsnifatları mövcuddur, lakin rus alimləri M.S.Pevzner və T.A.Vlasovanın təqdim etdiyi təsnifat daha təkmilləşmiş və dəqiq hesab olunur. M.S.Pevzner və T.A.Vlasova psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların aşağıdakı tiplərini müəyyənləşdirmişlər:

- Konstitusiyaya mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi;
- Somatogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi;
- Psixogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi;
- Serebral-üzvi mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi.

Konstitusiyaya mənşəli psixi inkişafın ləngiməsinə harmonik infantilizm də deyilir. Alimlərin təsnifatına görə, mürəkkəbləşməmiş psixi və psixofiziki infantilizm zamanı emosional-iradi sfera elə bil hələ erkən inkişafındadır, yəni uşağın yaşından aşağı yaş uşaqların normal emosional-iradi sferasına bənzəyir (davranışın emosional motivasiyası, əhval-ruhiyyənin yüksək fonu, emosiyaların parlaqlığı, səthi, davamsızlığı və asan, tez təlqin olunma və s.). Harmonik infantilizm psixi infantilizmin nüvə formasıdır və bu formada emosional-iradi sferanın kəllənin və infantil bədən quruluşu daha aydın görünür. Belə psixofiziki görkəmin harmoniyası, buna ailəlikcə rast gəlinməsi, psixi xüsusiyyətlərin patologiyasının olmaması imkan verir ki, bu tip infantilizmin anadangəlmə-konstitusional etiologiyalı olmasını söyləyək. Lakin, harmonik infantilizm bətdaxili və ya uşağın ilk illərində baş verən kobud olmayan mübadilə pozulmaları ilə əlaqəli ola bilər. Alınmış məlumatları təhlil edərkən bu vəziyyətin əsas səbəbi kimi doğuş zamanı patologiya, hamiləliyin uğursuz gedişi göstərilə bilər. Nevroloji müayinə zamanı kəllə-beyin sınırları tərəfindən, əsasən, soltərəfli əlamətlər müşahidə edilir.

EEQ zamanı beyinin oksigen çatışmazlığı və az hipertenziya da müşahidə edilir. Beyin qabığına olan ayrı-ayrı mərkəzlərin funksiyaları tərəfindən pozulmalar qeydə alınır: uşaqlar asanlıqla şəkillərdə adi və çevrilmiş halda təsvir edilən real əşyaları tanıyırlar, geometrik fiqurları, nümunəyə baxıb, 2-3 əlamətə görə ayırd edə bilirlər.

Məkani sintez funksiyasını yoxlayarkən, normadan kənara çıxma aşkar edilir. Belə ki, uşaqlarda “sağ”, “sol”, “yuxarı”, “aşağı”, “uzaq”, “yaxın” və bu kimi anlayışların nitqlə ifadəsi, demək olar ki, heç pozulmur. Hərəkət sahəsi yaxşı inkişaf edib, uşaqlar yoxlama zamanı bir hərəkətdən o birisinə tez keçə bilirlər. Bu uşaqların dərk etmə fəaliyyətləri də pozulmur: məktəbəqədər yaşlı uşaqlar süjetli şəkilləri lazımi ardıcılıqla düzür, şəkillərdə təsvir edilən əşyaları növlərinə görə birləşdirə bilirlər. Bu uşaqları normal uşaqlardan fərqləndirən əlamət onların emosional-iradi sahələrinin xüsusiyyətləridir: məktəb yaşına

çatmasına baxmayaraq, onlar hələ də məktəbəqədər maraq dairəsindən çıxmırlar, öz davranışlarını məktəbin tələblərinə tabe edə bilməyərək, məktəb fəaliyyətindən qıraqda qalırlar. Dərs zamanı onlar bir yerdə qərar tutmurlar, tez yorulurlar, baş ağrı və baş gicəllənmədən şikayətlənirlər. Amma hərəkətli oyunlar vaxtı bu uşaqlar çox cəld, məqsədyönlü və səmərəli olurlar, yəni oyun motivləri onların fəaliyyətində əsas yer tutur. Təlimdə bu uşaqlara fərdi yanaşma lazımdır, yəni oxu və hesab tədrisi prosesinə oyun elementlərini daxil etmək; canlı boyalarla tərtib edilmiş əyani vəsaitlərdən istifadə etmək; tədris və təlim ardıcıl olaraq, sadədən mürəkkəbə doğru qurulmalıdır.

Somatogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi müxtəlif mənşəli (xroniki infeksiyalar, allergik vəziyyətlər, somatik sahənin anadangəlmə və ya qazanılma inkişaf qüsurları, əsasən, (ürəkdə) uzunmüddətli somatik çatışmazlığı ilə əlaqədardır. Psixi inkişafın ləngliyinə durğun asteniya səbəbdir. O yalnız ümumi deyil, həm də psixi tonusu da aşağı salır. Çox vaxt somatogen infantilizm (özünə inamsızlıq, fiziki inkişafsızlığına görə qorxaqlıq) də müşahidə edilir.

Psixogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi uşağın şəxsiyyət kimi düzgün formalaşmasına maneçilik edən qeyri-münasib tərbiyə şəraiti ilə əlaqəlidir. Məlumdur ki, erkən yaranan və uzun müddət təsir göstərən qeyri-münasib tərbiyə şəraiti uşağın psixikasına mənfi təsir göstərir, əsasən, sinir-psixi sahəsində əvvəlcə vegetativ, sonra isə psixi funksiyaların durğun pozulmalarına gətirib çıxara bilər. Belə hallarda söhbət şəxsiyyətin patoloji inkişafından gedir.

Psixogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsini pedaqoji baxımsızlıqdan fərqləndirmək vacibdir. Belə ki, pedaqoji baxımsızlıq zamanı intellektual məlumat çatışmazlığı nəticəsində bilik və bacarıq defisiti əmələ gəlir.

Psixogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi psixi durğunsuzluq tipli şəxsiyyətin anomal inkişafı zamanı müşahidə edilir (Q.Y. Suxareva, 1959). Psixi durğunsuzluq isə hipoqayğı (baxımsızlıq, yiyəsizlik) nəticəsində əmələ gəlir. Uşağa lazımi qədər diqqət yetirilmir və affektin fəal tormozlanması ilə əlaqədar uşaq davranış qaydalarını bilmir, məsuliyyət və borc hislərini başa düşmür. İdrak fəaliyyətinin, intellektual maraq və təlimatın inkişafı stimullaşdırılmır. Ona görə də, emosional-iradi sferanın patoloji kallığı (affektiv labillik, impulsivlik, tez təsir altına düşmə və s.) çox zaman məktəb fənlərini mənimsəmək üçün vacib olan bilik və təsəvvürlərin aşağı səviyyəsi ilə uzlaşır.

“Ailənin kumiri” tipli şəxsiyyətin anomal inkişafı isə, əksinə, hiperqayğı ilə əlaqəlidir. Uşağı hər tərəfli “qoruyurlar”, ona sərbəstliyə, impulsivliyə, öz hərəkətlərinə cavabdehliyə yiyələnməyə imkan vermirlər. Bu psixogen infantilizm növü üçün eqoizm, əməyi sevməmək, hər zaman başqalarının yardımına ehtiyacı olması xasdır.

Nevrotik tipli şəxsiyyətin anomal inkişafı valideynlərin uşağa və ailənin başqa üzvlərinə qarşı kobud, qəddar, aqressiv olması zamanı baş verir. Belə vəziyyətdə şəxsiyyət qorxaq, özünə inamsız, emosional cəhətdən kal (qərarsız, təşəbbüссüz, qeyri-fəal və s.) formalaşır.

Serebral-üzvi mənşəli psixi inkişafın ləngiməsinə başqa tiplərə nisbətən daha tez-

tez rast gəlinir və PIL bölgüsündə əsas yer tutur.

Serebral-üzvi mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların anamnezlərinin tədqiqi çox vaxt sinir sisteminin kobud olmayan üzvi çatışmazlığını göstərir. Bu çatışmazlıq rezidual xarakter daşıyır, yəni hamiləlik patologiyası (ağır toksikozlar, infeksiyalar, intoksikasiyalar və s.), körpənin vaxtından əvvəl doğulması, doğuş zamanı asfiksiya və travma alması, postnatal neyroinfeksiyalar, həyatının ilk illərində toksik-distrofik xəstəlikləri nəticəsində əmələ gəlir.

Anamnestik məlumatlar inkişafın yaş fazalarının biri-birini əvəz edilməsinin ləngliyini göstərir: statik funksiyaların, yerimənin, danışmağın, oyun fəaliyyətinin mərhələlərinin gecikməsi müşahidə edilir.

Uşağın somatik vəziyyətində fiziki inkişafın ləngliyi ümumi hipotrofiya, bədən quruluşunun müxtəlif növ displaziyaları özünü büruzə verir, bu da vegetativ pozulmaların patogenetik rolunu danılmaz edir.

Nevroloji sahədə çox vaxt hidrosefal, bəzən isə hipertenzialı stiqmlərə (yüksək beyindəxili təzyiqi olan lokal sahələr), vegetativ damar distoniyalarına rast gəlinir.

Serebral-üzvi çatışmazlıq psixi inkişafın ləngiməsinin strukturunda (həm emosional-iradi kallığın xüsusiyyətlərinə, həm də idrak fəaliyyətinin pozulma xüsusiyyətlərinə) tipik iz qoyur.

Emosional-iradi kallıq üzvi infantilizmlə təqdim olunur. Uşaqlarda normal uşaqlara xas olan emosiya parlaqlığı yoxdur. Oyun fəaliyyəti yaradıcılıq və təxəyyülün kasadlığı, monotonluq ilə xarakterizə olunur.

Bu və ya digər emosional fondan asılı olaraq üzvi infantilizmin iki əsas növünü qeyd etmək olar:

- Dəyişkən - eyforik əhval-ruhiyyə və impulsivliyi ilə xarakterizə olunur;
- Ləngiyən – (burada nə isə bir söz olmalıdır) əhval-ruhiyyənin aşağı olması, qorxaqlıq və qərarlılıq ilə xarakterizə olunur.

Ümumiyyətlə, serebral-üzvi mənşəli psixi inkişafın ləngiməsinə hafizə, diqqətin kəmə olması, psixi proseslərin inertliyi və ləngliyi, ayrı-ayrı qabıq funksiyalarının çatışmamazlığı kimi idrak fəaliyyətinin pozulmaları xasdır.

Psixi ləngimənin M.S. Pevznerə görə təsnifatı

M.S.Pevzner (1966) sindromoloji prinsip əsasında qurulan təsnifatını vermişdir.

Psixi inkişafın ləngiməsinin təsnifatı:

I. İlkin sağlam intellektli, amma emosional-iradi sferanın inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən psixofiziki infantilizm.

II. Dərketmə fəaliyyətinin inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən psixofiziki infantilizm.

III. Dərketmə fəaliyyətinin inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən və neyrodinamik pozulmalarla ağırlaşan psixofiziki infantilizm.

IV. Dərketmə fəaliyyətinin və nitq funksiyasının inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən psixofiziki infantilizm.

I. İlkin sağlam intellektli, amma emosional-iradi sferanın inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən psixofiziki infantilizm psixi inkişafın ləngiməsinin əsas formasıdır. Psixi ləngimənin bu formasının əsas əlaməti emosional-iradi sferanın inkişafsızlığıdır, bu da iradi fəaliyyətin ali formalarının yetişməməsi və psixofiziki inkişafsızlıqla özünü büruzə verir.

Alınmış məlumatları təhlil edərkən, mən belə nəticəyə gəldim ki, bu vəziyyətin əsas səbəbi kimi doğuş zamanı patologiya, hamiləliyin uğursuz gedişi göstərilə bilər. Nevroloji müayinə zamanı kəllə-beyin sinirləri tərəfindən əsasən soltərəfli əlamətlər müşahidə edilir.

EEQ və Exo-EEQ zamanı beynin oksigen çatışmamazlığı və az hipertenziya da müşahidə edilir. Beyin qabığında olan ayrı-ayrı mərkəzlərin funksiyaları tərəfindən pozulma yoxdur: uşaqlar asanlıqla şəkillərdə adi və çevrilmiş halda təsvir edilən real əşyaları tanıyırdılar, geometrik fiqurları, nümunəyə baxıb, 2-3 əlamətə görə ayırd edə bilirdilər.

Məkani sintez funksiyasını yoxlayarkən, normadan kənara çıxma aşkar edilib. Belə ki, uşaqlarda “sağ”, “sol”, “yuxarı”, “aşağı”, “uzaq”, “yaxın” və bu kimi anlayışların nitqlə ifadəsi, demək olar ki, heç pozulmayıb. Hərəkət sahəsi yaxşı inkişaf edib, uşaqlar yoxlama zamanı bir hərəkətdən o birisinə tez keçə bilirlər. Dərketmə fəaliyyətləri də bu uşaqların pozulmayıb: məktəbəqədər yaşlı uşaqlar süjetli şəkilləri lazımı ardıcılıqla düzülür, şəkillərdə təsvir edilən əşyaları növlərinə görə birləşdirə bilirlər. Bu uşaqları normal uşaqlardan fərqləndirən əlamət onların emosional-iradi sahələrinin xüsusiyyətləridir: məktəb yaşına çatmasına baxmayaraq, onlar hələ də məktəbəqədər maraq dairəsindən çıxmırlar, öz davranışlarını məktəbin tələblərinə tabe edə bilməyərək, məktəb fəaliyyətindən qıraqda qalırlar. Dərs zamanı onlar bir yerdə qərar tutmurlar, tez yorulurlar, baş ağrı və baş gicəllənmədən şikayətlənirlər. Amma hərəkəti oyunlar vaxtı bu uşaqlar çox cəld, məqsədyönlü və səmərəli olurlar, yəni oyun motivləri onların fəaliyyətində əsas yer tutur. Təlimdə çətinliklər müəyyən edilən kimi, bu uşaqlara fərdi yanaşmaq lazımdır, yəni:

1. Oxu və hesab tədrisi prosesinə oyun elementlərini daxil etmək;
2. Canlı boyalarla tərtib edilmiş əyani vəsaitlərdən istifadə etmək;
3. Tədris və təlim ardıcıl olaraq, sadədən mürəkkəbə doğru qurulmalıdır.

II. Dərketmə fəaliyyətinin inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən psixofiziki infantilizm

Alınmış məlumatları təhlil edərkən, belə nəticəyə gəlmək olar: bu uşaqların analizində doğuş zamanı patologiya mühüm yer tutur (asfiksiya, gec və ya tezsürətli doğuş və s.), yəni beynin oksigen çatışmazlığı ilə müşayiət edilən hallar. Bəzi hallarda irsi ağırlaşdırıcı faktor kimi yaxın nığahlar göstərilə bilər. Belə uşaqlar erkən yaşlarından psixofiziki inkişafda ləngiyirlər: onlarda dişlərin gec çıxması, gec gəzmək və gec danışmaq müşahidə edilir, bəzilərinə yüksək temperatur zamanı qıjılmalar olur. Kütləvi məktəbdə oxuyarkən, onlar tədris proqramını mənimsəməyir, tez yorulur, baş ağrı və baş gicəllənmələri olur. Emosional-nəzarət sahəsi pozulur, yəni məktəb qaydalarına tabe olurlar, həmyaşıdları ilə ünsiyyət qura bilmirlər. Nevroloji cəhətdən kəllə-beyin sinirləri tərəfindən yüngül simptomatika aşkar olunur, vətər və sümüküstü reflekslər canlı, beyin təzyiqi bir az yüksək olur, beynin biopotensialları dəyişir. Görmə və eşitmə analizatorları normal inkişaf edir.

Dərketmə fəaliyyəti daha çox pozulur. Erkən yaşlı və məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda

görmə analizi və sintezini yoxlayarkən, aşkar edilir ki, onlar çevrilmiş hallarda əşyaların təsvirini tanımırırlar, qırıq xətlə çəkilmiş şəkilləri tanımırırlar. Məkana yaxşı bələddirlər. Xırda və ümumi motorika kifayət qədər inkişaf edib, nitq məkanı isə inkişafdan geri qalır. Əşyaların təsnifatı və qruplaşdırılması zamanı da bu uşaqlar çoxlu səhfə yol verir, hesabda geriye çışırlar. Bir çox əlamətlər - canlı mimika, ahəngi pozulmamış fiziki inkişaf, böyük söz ehtiyatı, oyunlarda səmərəli iştirak etmələri və ən əsası - göstərilən köməyi istifadə edə bilmələri - bunlar dərkətmə fəaliyyətinin inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən psixi ləngimənin xeyrinədir.

III. Dərəkətmə fəaliyyətinin inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən və neyrodinamik pozulmalarla ağırlaşan psixofiziki infantilizm

Adətən bu cür uşaqlar çoxluq təşkil edir. Bunlarda psixofiziki ləngimə və dərkətmə fəaliyyətinin inkişafsızlığı ilə yanaşı beyin qabığı fəaliyyətin funksional-dinamik pozulması da müşahidə edilir. Bu uşaqların fiziki və nevroloji statusu, demək olar ki, eynidir. Amma psixi proseslərin gedişi baxımından onları 2 qrupa ayırmaq olar: 1) tormozlanma prosesləri üstünlük təşkil edən və 2) həyəcanlanma prosesləri üstünlük təşkil edən.

Tormozlanma prosesləri üstünlük təşkil edən uşaqlar zəif, passiv, ləng olurlar, tez yorulurlar, həmyaşıdları ilə ünsiyyətləri çox məhdud olur.

Həyəcanlanma prosesləri üstünlük təşkil edən uşaqlar daima hərəkətdədirlər, çox əsəbidirlər, həmişə münaqişələrin səbəbkarları olurlar. Beyin qabığında tormozlanma prosesinin pozulması əsas xəstəliyi daha da ağırlaşdırır.

Alınmış məlumatları təhlil edərkən, belə nəticəyə gəlmək olar ki, ən əsas və aparıcı simptom - psixi inkişafın tempinin pozulmasıdır. Etioloji faktorlardan hamiləliyin I və II yarısının toksikozu, çətin keçən doğuş, nefropatiya və s., yəni ekzogen faktorları göstərmək olar. Beyinin bağlı travmasını əlavə etioloji faktor kimi göstərmək olar.

Bu uşaqlarda psixi inkişafın pozulmasının əlamətlərini bütün yaş dövrlərində görmək olar. Erkən məktəbəqədər dövrdə onlarda nitqin inkişafının müvəqqəti ləngiməsi, məktəbəqədər dövrdə dərkətmə fəaliyyətinin inkişafsızlığı, məktəb dövründə isə oxumaqda geri qalma, məktəb qaydalarına tabe olmamaq, çox əsəbi, və ya əksinə, çox passiv olmaq və s. müşahidə edilir. Nevroloji cəhətdən kəllə-beyin sinirləri tərəfindən simptomatika, vəteri və sümüküstü reflekslərin canlanması, müsbət koordinator probalar, bəzilərdə hidrosefal və hipertenzion formalı kəlləyə rast gəlmək olur. Görmə qabiliyyətini yoxlayarkən, görünür ki, bu uşaqlar çevrilmiş və ya qırıq xətlə təsvir edilmiş əşyaları tanımaqda çətinlik çəkirlər. Məkani, məkani-zamanı və kvaziməkani (yəni kəmiyyətlə ifadə edilmiş məkani-zamanı) anlayışlar da pozulmuş olur, halbuki uşağın intellektual səviyyəsi, oxuda, yazıda və hesabda olan çətinlikləri məhz bu anlayışların inkişafından asılıdır. Hərəkəti fəallığa gələrkən demək lazımdır ki, bu uşaqlar nitqlə ifadə edilmiş vəziyyəti ala bilmirlər, amma hərəkətlə bağlı dinamik vəziyyətləri çətinliklə yerinə yetirirlər. Xırda motorika da inkişafdan geri qalıb. Şəkilləri və əşyaları qruplaşdırmaqda çətinlik çəkirlər, ətraf mühit haqqında bilikləri çox az, dünya görüşü dar, lüğət ehtiyatı zəif olur. İntellektual səviyyənin aşağı olmasına baxmayaraq, onlar başqa sahələrdə çox məlumatlı olurlar.

Bu uşaqlar xeyli müşahidə tələb edirlər. Onları oliqofreniyadan ayırd edən cəhətlər

bunlardı: oxumaqdan başqa, qalan bütün fəaliyyət növlərində səmərəli olmaları, ətraf mühitə tez adaptasiya olmaları, göstərilən köməkdən istifadə edə bilmələri. Korreksiya - pedaqoji iş düz qurularsa, onda bu uşaqlar inkişafda öz həmyaşdlarına çatırlar.

EEQ-nin göstərdiyi kəllədaxili təzyiqin artması, oksigen çatışmamazlığı və travmatik genezli dəyişikliklər yenə də psixi ləngimənin xeyrinədir.

IV. Dərketmə fəaliyyətinin və nitq funksiyasının inkişafsızlığı ilə müşayiət edilən psixofiziki infantilizm

Bu cür uşaqları oliqofrenlərdən və lokal nitq defektli uşaqlardan ayırmaq üçün xeyli müddətli müşahidə lazımdır. Təsir edən etioloji faktorlar həm endo, həm ekzogen tipli olur; əlavə faktor kimi stress və travmanı göstərmək olar. Bu növ psixi ləngiməni hətta valideynlər özləri, birinci olaraq, görürlər, amma, təəssüf ki, uşağı həkimə çox gec gətirirlər. Bunun nəticəsində uşaqlar məktəbdə bir-iki sinif oxuyandan sonra geridə qalanların sırasına düşürlər. Belə olanda vaxt və korreksiya imkanları itirilmiş olur, emosional-iradi sahədə, dərketmə fəaliyyətində və nitqdə inkişafsızlıq dərinləşir və bütövlükdə bu şəxsiyyətin formalaşmasına təsir edir.

Nevroloji cəhətdən kobud patologiya müəyyən edilmir. Psixi statusda dəyişiklər var: uşaqlar emosional cəhətdən çox (labil- qeyri-sabit, möhkəm olmayan, qərarız), nitqdə defektin ucbatından ünsiyyətə çətin qoşulurlar. Görmə funksiyasını yoxlayarkən, bu nəticəyə gəlmək olur: çevrilmiş halda və ya qırıq xəttlə təsvir edilmiş əşyaları tanımırırlar, məkani və məkani-zamanı anlayışlar yaxşı inkişaf etməyib. Dərketmə fəaliyyətinin səviyyəsi yüksək olmur: şəkillərin təsnifatında, ümumiləşdirməsində, eyni, oxşar əşyaların qruplaşdırılmasında çətinlik çəkirlər. Bir süjetlə birləşən şəkilləri ardıcılıqla düzə bilmirlər. Ən gözə çarpan əlamət isə nitqin pozulması, yəni dislaliya, fonematik eşitmənin pozulması, artikulyasiyanın dəqiq olmamasıdır. Vaxtında müəyyən edilmiş diaqnoz və aparılan korreksiya bu vəziyyəti aradan bütövlükdə qaldırmasa da, stabilləşdirə bilər.

Serebroastenik hallar. Serebroastenik halların öyrənilməsi ilə Q.Y.Suxareva, Yurkova İ.A., E.Y.Hekelis və başqaları məşğul olublar. Patogenetik faktorlardan hidrosefaliyanın və qabıqaltı spesifik prosesləri, ali sinir sisteminin infeksiya və ya travmatik genezli zədələnmələrini göstərmək olar. Uşaqlıq dövründə qabıqaltı proseslər zəif olur, psixi funksiyalar isə tam formalaşmır. Əgər bu dövrdə beyinin zədələnməsi də baş verirsə, onda vəziyyət daha da ağırlaşır, tormozlanma - həyacanlanma proseslərinin nisbəti pozulur. Serebroastenik hallara gətirən amillərdən ən əsası erkən yaşlarında alınmış beyin travması və ya beyinin iltihabı prosesidir. Bu halın simptomları bunlardır: əsəbilik, tez həyacanlanma, tərslik, işgüzarlığın aşağı və diqqətin yayınıq olması, lap xırda məsələlərin belə "aktualizasiya" edilməsi. Serebroasteniyaya sinir proseslərinin inertliyi, intellektual fəaliyyətin pozulması xasdır. Serebroasteniyanın əmələ gəlməsində ağır və uzunmüddətli həyacan və somatik xəstəliklərin rolu böyükdür. Serebroastenik hallarda psixi inkişafın ləngiməsi ikinci dərəcəli simptomdur, bu ləngiməyə gətirən xəstəlik isə birinci dərəcəli defekt sayılır. Əgər serebroasteniyaya halı erkən yaşlarında əmələ gəlib və uzun sürürsə, onda psixi inkişafın gedişi kobud pozulur. Bu halın diaqnostikasında anamnestik, nevroloji və psixoloji məlumatların və laborator müayinənin göstəricilərinin rolu böyükdür. Asteniyanın

əlamətləri əsasən məktəb yaşında dərinləşir, emosional labillik, zəiflik, baş ağrıları, yuxunun pozulması, psixi proseslərin ləngiməsi, işgüzarlığın aşağı düşməsi müşahidə edilir.

Psixopatoloji simptomatika qeyri-sabit və paroksizmal xarakter daşıyır, yəni pozulmamış təfəkkür strukturu üzərində təfəkkür proseslərinin pozulması müşahidə edilir. Məsələn, qısa müddət ərzində uşaqların cavabları cürbəcür olur, uşaq ya oliqofren kimi, ya da yüksək intellektual səviyyəli görünə bilər.

Alınmış məlumatları təhlil edərkən, belə nəticələrə gəlmək olar: məktəb yaşlı uşaqlarda dərslərində müvəffəqiyyətsizlik, xasiyyətin və davranışın pozulması, əsəbilik və ya, əksinə, passivlik; beynin bağlı travmalarında somatoveqetativ simptomlar - baş gicəllənmələr, kəllədaxili hipertenziya və s. müşahidə edilir. Əsas etioloji faktor – doğuş zamanı patologiya və erkən yaşında alınan beyin travmasıdır. Uşaqların bəzilərində nitq pozulması, bəzilərdə isə - hərəkət sferanın, əsasən də xırda motorikanın pozulması və s. müəyyən edilir.

Bu simptomların stabilləşməsi və geri dönməsi üçün, birinci növbədə, müalicə, sonra isə, korreksiyanın aparılması vacibdir.

PİL olan uşaqların psixoloji-pedaqoji xüsusiyyətləri

Mənşəyindən və zərərətirici faktorların uşağın orqanizminə təsiri vaxtından asılı olaraq PİL emosional-iradi sferanın və idrak fəaliyyətinin müxtəlif pozulmaları yaranır.

Psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların psixi proseslərinin və təlim imkanlarının tədqiqi zamanı idrak, emosional-iradi sferalarında, davranışlarında və bütövlükdə şəxsiyyətlərində bir sıra spesifik xüsusiyyətlər aşkar olunmuşdur.

Bu xüsusiyyətlər PİL-in bütün növlərinə aiddir:

- Yüksək zəiflik nəticəsində iş qabiliyyəti aşağı olur;
- İradə və emosiyaların kallığı müşahidə edilir;
- Ümumi məlumat və təsəvvürlər ehtiyatı az olur;
- Lüğət ehtiyatı kasıb olur;
- İntellektual fəaliyyətinin vərdisləri formalaşmır;
- Oyun fəaliyyəti natamam formalaşır;
- Təfəkkürün söz-məntiqi əməliyyatlarında çətinliklər meydana çıxır. Əyani- hərəkət məsələlərin həlli zamanı isə əqli fəaliyyətin keyfiyyəti artır;
- Hafizənin bütün növlərində inkişafsızlıq müşahidə edilir. Sensor məlumatı qəbul edib qavramaq üçün normal uşaqdan fərqli olaraq, psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlara bir neçə dəfə artıq vaxt tələb olunur;
- Özünə nəzarət səviyyəsi aşağı olur;
- Məktəb təlimi üçün analiz, sintez, müqayisə, ümumiləşdirmə kimi təfəkkür əməliyyatları formalaşmamış olur (onlar öz fəaliyyətlərini planlaşdırma, məsələdə istiqamətləri tapa bilmirlər).

Bütün yuxarıda qeyd etdiklərimiz psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqları onların normal həmyaşlarından fərqləndirir. Kütləvi ümumtəhsil məktəbi şəraitində belə uşaqlar daimi yetirmiyənlər siyahısına düşür, bu da onların psixikasına mənfi təsir göstərir, təlimə

neqativ münasibət yaradır.

Yalnız müxtəlif sahələrin yüksək dərəcəli ixtisasçılardan təşkil edilmiş səriştəli tibbi-psixoloji-pedaqoji komissiyası (TPPK) psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqları əqli cəhətdən geri qalan uşaqlardan fərqləndirə bilər.

Əqli cəhətdən geri qalan uşaqlardan fərqli olaraq psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların öyrənmə qabiliyyəti daha yüksəkdir, müəllimin və böyüklərin yardımından daha düzgün və yaxşı istifadə edirlər. Onlara göstərilən hərəkət növünü analoji tapşırıqlarda istifadə edə və ya analoji vəziyyətdə adekvat olaraq davranış stereotipini seçə bilər.

Oxu, yazı, hesabın mənimsənilməsi zamanı psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlarda da əqli cəhətdən geri qalan uşaqlarda olduğu kimi, səhvlər aşkar olunur, lakin keyfiyyətcə onlardan fərqlənir. Məsələn, PİL olan uşaqlar zəif oxu texnikasına baxmayaraq, oxuduqlarını başa düşməyə çalışırlar, lazım gələrsə, mətni yenidən oxuyurlar (müəllimin göstərişi olmadan). Əqli cəhətdən geri qalan uşaqlar isə oxuduqlarını başa düşə bilmirlər.

PİL olan uşaqlarda yazı prosesində kalligrafiya vərdişlərinin olması nəzərə çarpır, bu da motorikanın, məkan qavramasının inkişafsızlığı ilə bağlıdır. Fonetik və fonetik-fonematik analizdə çətinliklər çəkilir. Əqli cəhətdən geri qalan uşaqlarda isə bu çatışmazlıqlar daha kobuddur.

R.D.Triger, N.A.Sıpina, S.Q.Şevçenko, Q.M.Kapustina və s. psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların tədqiqi ilə məşğul olublar. Onların gəldiyi nəticələrə görə, psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqların nitqi gündəlik ünsiyyət üçün kifidir. Onların nitqinin tələffüz, leksika, qrammatik tərəflərində kobud pozulmalar olmur. Lakin artikulyasiya aparatının az hərəkətliyi ilə əlaqədar nitqləri, ümumiyyətlə, kifayət qədər aydın olmur.

Hər hansı nitq qüsurlarının islahı üçün psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlardan ötrü xüsusi məktəblərdə loqopedik məşğələlər nəzərdə tutulub.

Məktəbə hazırlıq mərhələsinin əsas məqsədi uşaqların diqqətini sözə yönəltməkdir. Bu mərhələdə fonematik qavramanın, səs analiz və sintezinin, nitqin aydın olmasının formalaşması və inkişafı xüsusi məna kəsb edir. Məktəbə qəbul olunan psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlarda psixoloji-pedaqoji xüsusiyyətlər aşkar olunur: Məktəb təliminə lazım olan bilik, vərdiş və bacarıqlar ehtiyatı çox az, sərbəst fəaliyyətdə çətinliklər çəkilir.

PİL olan şagirdlərin sinir sistemi zəifləmiş olur, onlar normal uşaqlardan fərqli olaraq daha tez yorulurlar. Fikri fəaliyyətində də özünəməxsusluq və ləngimə müşahidə edilir. Bütün PİL olan uşaqlarda hafizə çatışmazlıqları hiss olunur. Hafizənin həm iradi, həm qeyri-iradi, həm qısamüddətli, həm də uzunmüddətli növləri ziyan çəkir. Fikri fəaliyyətin və hafizənin xüsusiyyətləri analiz, sintez, ümumiləşdirmə, abstraktlaşdırma kimi fikri fəaliyyətin komponentləri ilə əlaqəli məsələlərin həllində özünü daha parlaq, aydın göstərir. Bu xüsusiyyətlər kütləvi məktəb müəllimini əqli gerilik haqqında məsələ qaldırmağa vadar edir.

PİL olan uşaqların davranışı özünəməxsusluğu ilə fərqlənir. Məktəbdə, təlimin ilk mərhələlərində onlar özlərini məktəbəqədər yaşdakı kimi aparırlar. Oyun fəaliyyəti aparıcı fəaliyyət növü kimi qalır. Uşaqlarda təlimə, dərsə, məktəbə qarşı müsbət münasibət müşahidə olunmur. Təlim motivasiyası demək olar ki, yox səviyyəsindədir.

Diqqət yetirmək lazımdır ki, psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaq ilk dəfə olaraq kütləvi

məktəbdə özünü nöqsanlı, qeyri-normal hiss edir. Bu, bir tərəfdən natamamlıq hissənin yaranmasına və inkişafına, digər tərəfdən isə özünü başqa sahədə kompensasiya etdirmək cəhdlərinə (davranış pozulmalarının müxtəlif növləri) gətirib çıxardır.

Yuxarıda göstərdiyimizdən aydın olunur ki, psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlar təlim fəaliyyətlərinin, davranışlarının, emosional-iradi sferalarının xüsusiyyətlərinə görə öz həmyaşıdlarından fərqlənir. Bunun nəticəsi kimi bu kateqoriyalı uşaqların xüsusi təlim və tərbiyəsi spesifik korreksiya yönümlü olmalıdır.

Psixi inkişafın ləngiməsi olan uşaqlarla təlim-korreksiya işi çox həcmli, müxtəlif növlü və rəngarəngdir. Bu işin əsas prinsip və qaydaları aşağıdakılardır:

- Hər uşağa fərqi yanaşmaq lazımdır;
- Müxtəlif vasitələrdən istifadə edib, uşaqların tez yorulmasının qarşısını almaq vacibdir (fəaliyyət növlərini tez-tez dəyişdirmək, rəngarəng didaktik və əyani vəsaitlərindən istifadə etmək);
- Uşaqların idrak fəaliyyətlərini fəallaşdıran, nitqini inkişaf etdirən metodlardan təlim prosesində maksimal istifadə etmək lazımdır;
- Korreksiya tədbirlər sistemində hansısa materialın mənimsənilməsindən əvvəl mütləq hazırlıq dərslərinin keçirilməsi vacibdir;
- Dərslərdə dərslənkənar vaxtı uşaqların bütün fəaliyyət növlərinin korreksiyasına daimi diqqət yetirmək lazımdır;
- Müəllim uşaqlarla iş zamanı xüsusi pedaqoji takt nümayiş etdirməlidir. Uşaqların ən xırda müvəffəqiyyətlərini belə qeyd edib, tərifləmək lazımdır, uşaqlarda özünə inam yaratmaq vacibdir.

Psixi ləngimənin və oliqofreniyanın diferensial diaqnostikası

Bəzi müəlliflər psixi ləngiməyə oliqofreniyaya yaxın bir vəziyyət kimi baxırlar. Psixi inkişafda ləngiməsi olan uşaqlar xeyli müddət müşahidə edilməlidirlər ki, təsadüfən səhifə yol verilməsin və onlar yardımçı məktəblərə təyin edilməsinlər. Oliqofreniyanın və psixi ləngimənin əlamətlərini ibtidai sinif müəllimlərinin bilməsi çox vacibdir.

1) Oliqofreniyanın və psixi inkişafın ləngiməsinin səbəbləri başqadır.

Psixi ləngimənin səbəbləri əsasən ekzogen xarakter daşıyır. Əgər müalicə, korreksiya və tərbiyə işi düz təşkil edilibsə, onda psixi ləngimənin əlamətləri uşaqların əksəriyyətində dönmə qabiliyyətinə malikdir.

Oliqofreniyaya gətirən səbəblər əsasən endogen xarakter daşıyır, bəzən isə bu erkən yaşlarında mərkəzi sinir sisteminin xəstəliklərinin nəticəsi ola bilər. Xüsusi qeyd etmək lazımdır ki, oliqofreniya irsi xəstəliklərin nəticəsi də ola bilər.

2) Bu vəziyyətlərin patogenezi də, yəni patoloji prosesin əsasın təşkil edən daxili mexanizmlərin qarşılıqlı əlaqəsi, tam başqadır. Psixi ləngimədə evolyusiya baxımından beyin yarımkürələrinin daha cavan olan, yəni alın hissəsinin qabıq strukturlarının gec yetişməsi qeyd edilir.

Oliqofreniyada isə beyin yarımkürələrinin qabıq strukturlarının diffuz orqanik zədələnməsi qeyd edilir.

3) Psixi ləngiməsi olan uşaqlarda və oliqofrenlərdə ali sinir sisteminin fəaliyyəti də fərqlənir. Əsas əsəb prosesləri - həyacanlanma və tormozlanma - böyük qüvvə və dəyişkənliklə səciyyələnirlər. Tormozlanma prosesi həm də irradiasiyaya, yəni beyinin o biri strukturlarına yayılmaq qabiliyyətinə malikdir. Psixi ləngiməsi olan uşaqlarda birinci və ikinci siqnal sistemləri arasında sıx və qarşılıqlı əlaqə var. Oliqofrenlərdə isə bu iki sistem arasında rabitəsizlik var, yəni beyində əmələ gələn əlaqələr nitqlə möhkəmlənmirlər.

4) Klinik cəhətdən psixi ləngimə və oliqofreniya çox fərqlidir. Psixi ləngiməsi olan uşaqlar çəkiddə və boyda normal uşaqlardan geri qalırlar, amma skeletin quruluşu patologiyasızdır.

Oliqofrenlərdə isə bədən quruluşu -xüsusən kəllənin (mikro- və makrosefaliya) və yuxarı və aşağı ətrafların forması displastikdir.

Nevroloji cəhətdən psixi ləngiməsi olan uşaqlarda sol tərəfdə yüngül nevroloji əlamətlər - nistaqm, vətər və sümüküstü reflekslərin canlanması; oliqofrenlərdə isə sağ tərəfdə kobud dəyişiklər müəyyən edilir, bu da sol aparıcı yarımkürənin prosesə cəlb olunmasından xəbər verir.

Psixi ləngiməsi olan uşaqlarda hərəkət sferası xeyli inkişaf edib, hərəkətlər ahəngdardır. Oliqofrenlərdə bütövlükdə motorika inkişafdan geri qalır: hərəkətlər yavaşdır, ləngiyir; onlar nitqlə ifadə edilmiş hərəkətləri yerinə yetirə bilmirlər.

5) Oliqofrenlərdə nitqin formalaşması ləngiyir; sözlərin mənasını başa düşməzlər, oxşar səslənən fonemaları ayırd edə bilmirlər. Lüğət ehtiyatının kasıblığından öz fikirlərini ifadə edə bilmirlər, bu da oyunda və ünsiyyətdə nitqin az işlənməsinə gətirib çıxarır. Psixi ləngiməsi olan uşaqlar oyun zamanı nitqi daha fəal işlədirilər, lüğət ehtiyatları onlarda daha zəngindir; dislaliya, əgər varsa, korreksiya olunur.

6) Ən əsas fərqlər bu uşaqların təfəkkür fəaliyyətini yoxlayanda üzə çıxır. Psixi ləngiməsi olan uşaqlar oliqofrenlərdən əsas iki əlamətə görə fərqlənirlər:

- Məktəb vərdişlərinin mənimsənməsində çətinliklərə baxmayaraq, təfəkkür fəaliyyəti qənaətbəxşdir;
- Psixi ləngiməsi olan uşaqlar onlara göstərilən köməyi səmərəli istifadə edərək, oxşar məsələləri həll edə bilirlər.

Bu ondan xəbər verir ki, düz qurulmuş korreksiya işində inkişaf imkanları bu uşaqlarda var.

Diferensial diaqnostika üçün laborator müayinənin nəticələri də çox vacibdir.

Əlamətləri müxtəlif və dəyişkən olduğundan, psixi inkişafın ləngiməsi çox mürəkkəb bir problemə çevrilib. Uşağın bütün gələcək taleyi psixi ləngimənin dərəcəsini vaxtında və düzgün təyin edilməsindən asılıdır.

Kifayət etməyən inkişafın və psixi inkişafın ləngiməsinin xarakteristikası və ümumiləşdirilmiş cədvəli

Kifayət etməyən inkişaf qrupu bütün və ya ayrı-ayrı psixi funksiyaların kifayətsiz, ləng inkişafı ilə səciyyələnir. Bu pozulmada psixi fəallığın iradi requlyasiyası, məkani və məkani-zamanı anlayışlar ləng formalaşır.

Bu qrupda 3 variant var:

1. total inkişafsızlıq;
2. ləng inkişaf;
3. ali psixi funksiyaların parsial inkişafsızlığı.

Total inkişafsızlıq: bu tip dizontogenez əsas 2 qanun ilə müəyyən edilir: inkişafsızlığın totallığı və iyerarxlığı ilə. Bu vaxtı ali psixi funksiyaların inkişafsızlığı (yaddaş, diqqət və s.) daha az özünü büruzə verir, nəinki bütövlükdə təfəkkür fəaliyyətinin, şəxsiyyətin emosional komponentlərinin və ali motivasiya-iradi sferasının inkişafsızlığı. Ən zərər çəkən komponent isə ümumiləşdirmə, təhlil və sintez ilə bağlı mürəkkəb səviyyədir. Total inkişafsızlığın dərəcəsi bilavasitə mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin dərəcəsi ilə bağlıdır. Total inkişafsızlığın əlamətləri kimi nitq inkişafının ləngiməsi, adekvatlığın, özünü tənqidin və təlimin göstəricilərinin aşağı olması göstərilə bilər. Bu qrupa oliqofreniyanın debillik, imbesillik, idiotiya dərəcələri, oliqofreniyanın atipik, alın forması aiddir. Etiologiyada əsasən endogen, genetik faktorların rolu böyükdür.

Psixi inkişafın ləngiməsi ləng inkişaf qrupuna aiddir və bu təsnifatın əsasında XX əsrin 50-ci illərində Q.Y.Suxareva, M.S.Pevzner, T.A.Vlasova və V.I.Lubovskinin tərtib etdikləri klassik variant qoyulub. Psixi inkişafın ləngiməsi ekzogen faktorların təsirinin nəticəsidir və baş-beyin qabıq strukturlarının (alın və gicgah) ləng yetişməsi ilə səciyyələnir.

K.S. və V.V.Lebedinskilər bu qrupda 4 variant müəyyən ediblər:

1. Konstitusional mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi;
2. Somatogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi;
3. Psixogen mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi;
4. Serebral-orqanik mənşəli psixi inkişafın ləngiməsi.

Şübhəsiz ki, tək halda bu cür inkişaf müşahidə edilmir, çox vaxt qarışıq tipli psixi ləngiməyə rast gəlinir. Praktiki psixoloqa bilmək vacibdir ki, psixi ləngiməsi olan uşaqların bir hissəsi inkişafda öz həmyaşıdlarına çatırlar.

1. Harmonik infantilizm (tempcə bərabər ləngiyən inkişaf);
2. Disharmonik infantilizm (tempcə qeyri-bərabər ləngiyən inkişaf).

Harmonik infantilizmlə uşaqlar psixofiziki inkişafda geri qalırlar və yaşca balaca görünürlər.

Bu uşaqlar oynamaqdan yorulurlar, amma onların işgüzarlıqları aşağı olur, müstəqil olurlar, qayda-qanuna riayət etmirlər. Psixi inkişafın ilkin əsasları normal inkişafın gedişi qanunlarına tabe olurlar, amma elə bil ki, ləngiyirlər. Ona görə də belə uşaqlarda korreksiyaedici yox, inkişafedici, uşaq düşüncəsini nümayiş edən yaşa uyğun proqramlar vacibdir. İnkişafın proqnozu qənaətbəxşdir - 8,5-9 yaşında uşaq kütləvi məktəbin birinci sinfinə gedə bilər. Əgər uşaq tək yaşına görə 6 ya 7 yaşından məktəbə gedirsə, onda uşaqda disharmonik inkişaf əlamətləri özünü büruzə verir.

Disharmonik inkişafın əlamətlərindən emosional, şəxsiyyəti və iradi requlyasiya sahələrə baxmış, koqnitiv sahənin inkişaf səviyyəsi daha yüksəkdir. Zahirən və davranışına görə uşaqlar yaşca daha balaca görünürlər, onlarda somatik xəstəliklər, görmənin pozulması, işgüzarlığın aşağı olması, emosional labillik, gördükləri işə tənqidi yanaşmamaq

müəyyən edilir. Emosional reaksiyalar intrapunitiv (özünə yönəldilmiş) və ekstrapunitiv (ətrafdakılara yönəldilmiş) ola bilər. Psixi inkişafın ilkin əsaslarının formalaşmasında nisbətətsizlik və ya uyğunsuzluq aşkar edilir, yəni məkani anlayışlar inkişafda yaşı qabaqlayır, iradi psixi fəallıq isə, əksinə, inkişafda ləngiyir.

Psixi ləngiməni o biri inkişaf pozulmalarından fərqləndirən əlamət odur ki, psixi inkişafın ilkin əsaslarının formalaşması, normada olduğu kimi, bütün səviyyələri keçir. Çox vaxt psixi ləngiməni ali psixi funksiyaların qismən inkişafsızlığı hallarından fərqləndirmək lazım olur. Bu cür uşaqlar öz həmyaşıdlarına inkişafda nə 9, nə də 11 yaşında çatırlar, onlarda koqnitiv sferanın bəzi funksiyaları (təfəkkür, qavrama) pozulur. Belə uşaqlara “Oliqofrensayağı sindrom” və ya “Disqrafiya, disleksiya” diaqnozu qoyulur. Qismən (parsial) inkişafsızlıq erkən müəyyən, müalicə və korreksiya edilirsə, nəticəsi qənaətbəxş olur; əks təqdirdə, total inkişafsızlıq və ya asinxron inkişaf qrupuna keçid mümkündür (Cədvəl 2.5).

Psixonevroloji dispanserdə müşahidə və müayinə zamanı əldə edilən məlumatlar psixi ləngiməsi olan uşaqların xüsusiyyətlərini ümumiləşdirilmiş cədvəl kimi təqdim etməyə imkan verir. Bu xüsusiyyətləri araşdıraraq, nəzərdə aktual psixofiziki inkişafı, yəni uşaq nümayiş etdirən səviyyəni tutmaq lazımdır. İbtidai sinif müəllimlərinə də bu cədvəldəki əlamətləri bilmək vacibdir.

№	İnkişafın göstəriciləri	Tempcə bərabər ləngiyən inkişaf	Tempcə qeyri-bərabər ləngiyən inkişaf
1.	Zahiri görünüş, davranış	Öz yaşından balaca görünürlər, cəld, səmimi olurlar.	Yaşca balaca görünürlər, somatik xəstəliklər və görmənin pozulması müşahidə edilə bilər.
2.	Lateralizasiyanın xüsusiyyətləri (yəni sol və sağ əl, ayaq, göz və qulağa üstünlük verilir).	Nəzərə çarpmır.	Solaxaylıq müşahidə edilir.
3.	İşgüzarlıq, fəaliyyətin sürəti.	İşgüzarlıq aşağıdır, amma oynamaqdan yorulurlar, çox impulsiv olurlar.	İşgüzarlıq çox aşağıdır, xüsusən də somatik xəstəliklər olduğu vaxtda.
4.	Adekvatlıq Tənqidi yanaşma Təlimə uyğunluq.	Aktual psixofiziki inkişafa uyğundur. Aktual psixofiziki inkişafa uyğundur. Aktual psixofiziki inkişafa uyğundur.	Kifayət qədərdir. Bir qədər aşağıdır. Yaşa uyğundur.
5.	Koqnitiv sferanın inkişafı	Aktual psixofiziki inkişafa uyğundur	Kifayət qədər inkişaf edib və yaşa uyğun ola bilər.
6.	Oyun zamanı fəaliyyət	Aktual psixofiziki inkişafa uyğundur	Oyunlarının marağı və mənası yaşa uyğun olur, affektiv komponentlər daha gözə çarpar; belə uşaqlar oyunda aparıcı mövqe tutmağa çalışırlar.
7.	Emosional sferanın və şəxsiyyətin inkişafının xüsusiyyətləri	Cəld, səmimi, həmyaşdqları ilə az ünsiyyətdə olan, əsasən oyun maraqları ilə yaşayan uşaq.	Çox emosional, tərs, öz istəyinə hər hansı yolla nail olurlar; özünətənqid aşağı olduğundan özünüqiymətləndirmə yüksəkdir.
8.	Lazımi inkişaf - və korreksiyaedici iş.	Hərəkəti və koqnitiv korreksiya işi oyun kimi və oyunun motivasiyasını nəzərə alaraq, aparılmalıdır.	Hərəkəti korreksiya; affektiv (emosional) sferanın korreksiyası (oyun vasitəsi ilə).

Cədvəl 2.5. Ləngiyən inkişaf



Tələbələr üçün fəaliyyətlər

Psixi dizontogenez və onun növləri

1. Psixi inkişafın pozulmalarının əsas tiplərini müzakirə edin.
2. Psixi inkişafın bazasını nə təşkil edir?
3. Bağça və məktəb dövrlərinə əsaslanaraq uşaq inkişafı neçə dövrə bölünür?
4. Birincili qüsurları yada salıb, onlardan yarana biləcək ikincili qüsurları təxmin edin.
5. Səslənməsinə görə bənzər samit səslərini təhlil edin.
6. Şəxsi təcrübələrinizə əsaslanaraq uşaq nitqinin inkişaf mərhələlərini söyləyib, nümunələr verin.
7. Nitq qüsurlarının səbəbləri hansılardı?
8. Real həyatda hansı nitq qüsurlarına rast gəlmisiniz və bu qusurlarda nitqin hansı komponenti zərər çəkib?
9. Öz səsinizdə nə zaman problem olub və fikrinizcə bunun səbəbi nə idi?
10. Artikulyasiya aparatının patologiyalarını yada salıb, onların tələffüzə təsirini müzakirə edin.
11. Dizartriya uşaqların əlamətlərini ümumiləşdirin.
12. Nitqin ritminin, tempinin və ahəngdarlığının pozulmasını təsvir edin.
13. Xüsusişdirilmiş uşaq bağçasında uşaqları müayinə edib alaliyanın hansı forma və səviyyəsi olduğunu müəyyən edin.
14. Afaziya xəstələrin dəftərlərini analiz edib afaziyanın hansı forması olduğunu müəyyən edin.
15. ÜNİL-in səviyyələrinin pozulmalarının nümunələrini verin.
16. Verilmiş mətni müxtəlif formalı disleksik kimi oxuyun.
17. İmlanı müxtəlif formalı disqrafik kimi yazın.

Eşitmə problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Sualları cavablandırın:
 - Eşitmə pozulmaları olan uşaqlar hansı uşaqlardır?
 - Eşitmə pozulmalarının etioloji səbəblərini təhlil edin.
 - Eşitmə pozulmalarının təsnifatı.
 - Eşitmə pozulmaları olan uşaqların xüsusiyyətlərini xarakterizə edin.

- Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin pedaqoji-psixoloji xüsusiyyətləri dedikdə hansı meyarlar nəzərdə tutulur?
 - Eşitmə qüsurlu uşaqlarda duyğu və qavrayışın inkişaf xüsusiyyətlərinin uşağın inkişafına təsirini açıqlayın.
 - Eşitmə qüsurlu uşaqlarda duyğu və qavrayışın aradan qaldırılma yollarını qeyd edin.
 - Kar uşaqlarda hafizənin öyrənilmə məqsədini açıqlayın.
 - Kar uşaqlarda əvəz olunan sözlərin xarakteri nədən asılıdır?
 - İ.Solovyov kar uşaqlarda sözlü hafizənin formalaşdırılmasının hansı mərhələlərini müəyyənləşdirmişdir?
2. Qrup işi: 3 qrupa bölünərək mövzular üzrə təqdimatlar hazırlayın:
- 1-ci qrup: “Eşitmə pozulması olan uşaqlarda təfəkkürün inkişaf xüsusiyyətləri”;
 - 2-ci qrup: “Kar uşaqların mücərrəd təfəkkürünün tərbiyəsi”;
 - 3-cü qrup: “Kar şagirdlərin həll etdikləri riyazi məsələnin əsas tiplərinin xüsusiyyətləri”.
3. Sualları cavablandırın:
- Kar uşaqlarda sözlü nitqin inkişafı üçün əsas şərtlər hansılardır?
 - Kar uşağın sözlü nitq inkişafının sistemləşdirilməsini müəyyən edin.
 - Üçüncü ünsiyyət sistemini təhlil edin.
 - Birinci ünsiyyət sistemini təhlil edin.
 - İkinci ünsiyyət sistemini təhlil edin.
4. Eşitmə pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi ilə bağlı istənilən mövzuya aid referat hazırlayın.
5. Qrup işi: 3 qrupa bölünərək mövzular üzrə təqdimatlar hazırlayın:
- Mövzular:
1. “Eşitmə pozulması olan şəxslərdə şəxsiyyətin sosiallaşdırılması üçün lazımı amillər”;
 2. “Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin adaptasiyasında sosial yardım və reabilitasiyanın rolu”;
 3. “Eşitmə pozulmaları olan şəxslərin adaptasiyasında sosial inteqrasiyanın rolu”.

Görmə problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Sualları cavablandırın:
- Görmə qüsurlu uşaqların əsas xüsusiyyətləri hansılardır?
 - Görmə xəstəliklərinin təsnifatı hansılardır?
 - Görmə pozulmalarının görmə itiliyinin ağırlığına görə təsnifatını izah edin.
 - Görmə patologiyası olan uşaqların pedaqoji-psixoloji xüsusiyyətlərini təhlil edin.
 - Pozulma mürəkkəbliyindən asılı olaraq görmə qalığının üç formasını izah edin.

- Pozulma mürəkkəbliyindən asılı olaraq formaların təsnifatı kim tərəfindən təqdim olunmuşdur?
2. Təqdim olunan mövzular üzrə Power Point formatında təqdimatlar hazırlayın və müzakirə aparın:
- “Görmə patologiyası olan uşaqların yaş xüsusiyyətləri”;
 - “Məktəbyaşlı dövründə görmə qüsurlu uşaqların qarşılaşdıqları çətinliklər”;
 - “Kor uşaqlarda ilkin spesifik manipulyasiya və ayrı-ayrı funksional fəaliyyət”.
3. Karusel üsulu ilə¹³ görmə pozulmaları olan uşaqlarda görmə təsəvvürlərinin formalaşdırılması xüsusiyyətlərinin ümumi inkişafının mənfi və müsbət cəhətlərini müəyyənə bilərsiniz. Verilən xüsusiyyətlərin müsbət cəhətlərini müəyyən edin. Verilən xüsusiyyətlərin mənfi cəhətlərini təyin edin.
- 1-ci qrup: Təsəvvürlərin formalaşdırılma prosesində görmə itiliyi (itilik və dərəcə fərqlidir);
 - 2-ci qrup: Məkanda bələdləşmə;
 - 3-cü qrup: Görmə obrazlarının tam və ya qismən olmaması;
 - 4-cü qrup: Əşyaların qeyri-dəqiq və tam olmayan təsviri;
 - 5-ci qrup: Ətraf aləmdəki hadisə və əşyaların vizual qavranılmasının mümkünsüzlüyü;
 - 6-cı qrup: Sxematizm və ümumiləşmənin aşağı səviyyədə olması;
 - 7-ci qrup: Fraqmentliyin aşağı səviyyədə olması.

İş vərəqinin nümunəsi:

3-cü qrup	
Görmə obrazlarının tam və ya qismən olmaması	
+	-

4. Sualları cavablandırın:

- Görmə patologiyası zamanı nitq inkişafının xüsusiyyətlərini təhlil edin;
- Kor uşaqların şifahi nitqinin araşdırılması zamanı tələffüz nöqsanlarının aşkarlanmasının kriteriyalarını qeyd edin;
- Görmə pozulmaları olan uşaqlarda hafizənin inkişaf xüsusiyyətlərini təhlil edərək görmə səviyyəsinə təsirini izah edin.

¹³Dərsdən əvvəl iri ağ kağızlarda (vatman) mövzuya aid suallar yazılır. Müəllim qruplara müxtəlif suallar yazılmış bir kağız verir. Qrup üzvləri sualı oxuyur və cavab yazır. Kağızlar saat əqrəbi istiqamətində müəllimin köməkliyi ilə qruplara ötürülür. “Karusel” kimi kağızlar bütün digər qruplardan keçilərək axırda öz qrupuna qayıdır. Müəllim bu kağızları yazı lövhəsinə yapışdırır və bütün sinifdə cavablar müzakirə edilir.

5. Akvarium üsulundan¹⁴ istifadə edərək müzakirə aparın. Müzakirə mövzusu: Sübut edin ki, ünsiyyət çətinliyi görmə pozulmaları olan uşaqlarda qarşılıqlı əlaqələrinin formalaşması üçün vacib şərtdir.

Dayaq-hərəkət aparatı pozulmaları problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Şəkillər əsasında dayaq-hərəkət aparatı pozulmalarının forma və növlərini dəqiqləşdirin.
2. Şəkillər əsasında uşaq serebral iflicinin forma və növlərini dəqiqləşdirin.

Autizm spektr pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Sualları cavablandırın:
 - Autizmin etiologiyasına dair irəli sürülən fərziyyələr hansılardır?
 - Opioid fərziyyənin mahiyyəti nədən ibarətdir?
 - Genetik və neyrogenetik fərziyyələrin fərqli cəhətləri nədir?
 - EUA-nın əsas simptom kompleksi nədən ibarətdir?
 - Autizmlı uşaqların ünsiyyət pozulmasındakı triada hansılardır?
 - Davranışda məhdudiyətlər özünü necə göstərir?
2. Qrup işi.
 - 1-ci qrup: "Autizmlı uşaqların davranışlarındakı stereotiplər"
 - 2-ci qrup: "Autizm zamanı ünsiyyətin pozulması."

Hər qrupa 20 dəqiqə vaxt verilir. Sonda hər qrupun spikeri öz təqdimatını edir, o biri qrupların üzvləri diqqətlə dinləyir və öz suallarını hazırlayırlar. Müzakirə qrup işinin son mərhələsidir.

¹⁴ Bu üsulun məqsədi müzakirə vərdişlərini inkişaf etdirməkdir. Akvarium üsulu bir neçə variantda keçirilə bilər. "Akvarium" üsulunun keçirilməsinin 1-ci variantı: Şagirdlərin köməyi ilə müzakirə aparma qaydaları (məsələn, reqlamentə əməl etmək, bir-birinin sözünü kəsməmək və s.) müəyyən edilir. Şagirdlər 2 qrupa bölünür. Birinci qrupun üzvləri dairənin daxilindəki stullarda əyləşərək müəllimin təklif etdiyi problemi müzakirə edir. Dairədən kənardakı stullarda əyləşmiş digər qrupun üzvləri isə müzakirənin müəyyən edilmiş qaydalara uyğun aparıldığını müşahidə edir. Müəyyən olunmuş mövzu üzrə birinci qrupun üzvləri müzakirə aparır. 15-20 dəqiqədən sonra müzakirə dayandırılır, "xarici dairə"nin iştirakçıları müzakirənin gedişini qiymətləndirir və hər iki qrupun üzvləri yerini dəyişərək bu və ya digər problemin müzakirəsini davam etdirirlər.

"Akvarium" üsulunun keçirilməsinin 2-ci variantı: "Daxili dairə"nin iştirakçıları müəllimin təklif etdiyi problemi müzakirə edir və birinci variantdan fərqli olaraq iştirakçılar bu zaman yalnız problemin lehinə olan dəlilləri söyləyirlər.

Digər qrupun üzvləri xarici dairədə stullarda əyləşir, dəlilləri dinləyir, yazıya alır, təhlil edir və öz əks dəlillərini hazırlayırlar. 15-20 dəqiqədən sonra müzakirə dayandırılır, xarici və daxili dairədən olan şagirdlər öz yerlərini dəyişirlər. Onlar əvvəlki iştirakçıların dəlillərini təkzib etmək üçün müzakirə aparırlar. Burada hər iki qrupun üzvlərinin vahid fikrə gəlməsinin önəmli olmamasından yola çıxaraq fəaliyyəti təşkil edin.

3. Sualları cavablandırın.

- Autizmin təsnifatlarında hansı spesifik xüsusiyyətləri nəzərə almaq vacibdir?
- XBT-nin təsnifatına görə Autizm spektr pozulmalarını təsnifatlaşdırın.
- Müasir dövrdə autizmin hansı təsnifatı əsasında kompleks bölgü aparılır?
- Aspergeri təsnifata görə qısa xarakterizə edin.
- Uşaq və atipik autizmi təsnifata görə qısa xarakterizə edin.

4. Ziqzaq üsulundan¹⁵ istifadə edərək mətni təhlil edin:

Mətn: 2012-ci il Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatına görə, 10-cu baxış, V sinif təsnifatlaşdırma Psixoloji inkişafın ümumi pozğunluğu adlanır. Bu pozğunluqlar qrupu sosial münasibətlərdə və ünsiyyət yaratmaq göstəricilərində keyfiyyət kənarı çıxmaları, o cümlədən məhdud, stereotip və təkrarlanan maraq və hərəkət kompleksləri ilə xarakterizə olunur. Bu keyfiyyət kənarı çıxmaları fərdin bütün vəziyyətlərdə fəaliyyətinin ümumi xarakterik xüsusiyyətidir.

Uşaq autizmi. Uşaq autizmi İnkişafın ümumi tip pozğunluğu olub:

- 3 yaşına qədər inkişaf ləngiməsi və anomaliyası;
- Məhdud, stereotip və monoton davranış, ünsiyyət funksiyaları və ekvivalent sosial qarşılıqlı təsirlərdə psixoloji dəyişikliklərlə müəyyən olunur.

Bu spesifik diaqnostik xüsusiyyətlər, fobiya, yuxu və qida qəbulu pozğunluqları, özünə qarşı aqressivlik kimi qeyri-spesifik problemləri tamamlayır. Uşaq autizmində autik pozğunluq 2 yerə bölünür: İnfantil (autizm və psixoz) və Kanner sindromu.

Atipik autizm. Atipik autizm - beynin inkişaf pozğunluğundan irəli gələn və sosial qarşılıqlı əlaqə və ünsiyyətin açıq və hərtərəfli çatışmazlığı, habelə məhdud maraqlar və təkrarlanan hərəkətlərlə xarakterizə olunan ümumi inkişaf pozğunluğudur. Atipik autizmin inkişaf ləngiməsi və anomaliyası 3 yaşdan sonra inkişaf etdikdə və uşaq autizmi diaqnozunun qoyulması üçün psixopatoloji əlamətlərdən biri və ikisi aydın təzahür edilmədikdə istifadə edilməsi tövsiyə olunur. Atipik autizm ən çox dərin inkişaf ləngiməsi olan və ağır və spesifik reseptiv nitq pozğunluğu olan şəxslərdə rast gəlinir. Atipik autizmin formasına rast gəlinir:

Atipik uşaq psixozu və Autizm əlamətləri ilə müşayiət olunan əqli gerilik.

Retta sindromu. Demək olar ki, yalnız 1:10000 - 1:15000 tezliyi olan, qızlarda baş verən neyropsikiatrik irsi xəstəlik qızlarda şiddətli zehni geriləmənin səbəbidir. Uşağın həyatının 7-24 aylığında rast gəlinir. Əllərlə iradi hərəkətlərin, əllərin stereotip dairəvi hərəkətləri və dərin tənəffüsün itirilməsi ilə xarakterikdir. İctimai inkişaf və oyunların inkişafı dayansa da, ünsiyyətə meyl saxlanılır. 4 yaşdan etibarən gövdənin xoreoatetoid

¹⁵ Qeyd: Bu üsul mətnin məzmununun qısa müddət ərzində şagirdlər tərəfindən mənimsənilməsi üçün imkan yaradır. Şagirdlər dörd nəfərlik qruplara bölünür (əsas qrup). Qruplardakı şagirdlər yenidən nömrələnir. Hər qrupdakı eyni rəqəmli şagirdlərdən yeni qrup (ekspert qrupu) yaradılır. Öyrəniləcək mətn qrupların sayı qədər hissələrə bölünür və ekspert qruplarına verilir. Ekspert qrupları onlara verilən hissəni oxumalı və məzmununu qavramalı və öz əvvəlki qrupuna qayıdaraq öyrəndiyi hissəni onlara danışmalıdır. Müəllim informasiyanın dəqiq verildiyinə əmin olmaq üçün suallar verə bilər.

hərəkətləri ilə müşayiət olunan adaksiyası (koordinasiyanın pozulması) və apraksiyası (məqsədyönlü hərəkətlərin pozulması) inkişaf etməyə başlayır. Dəyişilməz ağır əqli gerilik qeyd edilir. 4 yaşlı uşaqda digər dezinteqrativ pozğunluğu (inkişafın ümumi tip pozğunluğu olub pozğunluq əlamətlərinin təzahür etməsinə qədər tam normal inkişaf dövrünün olması) xarakterikdir. Pozğunluğun başlanması ilə həmin dövrə qədər qazanılmış vərdişlər itirilir. Bu vərdişlərin itirilməsi bir neçə ay ərzində baş verir. Bu ətraf mühitə qarşı marağın itməsi, stereotip və monoton hərəkət davranış və autizm üçün xarakterik olan ictimai qarşılıqlı təsir və ünsiyyət funksiyalarının itirilməsi ilə müşayiət olunur. Bəzi hallarda bu pozğunluğun ensefalopatiya (beyin toxumasında ümumilikdə baş verən degenerativ dəyişiklik) ilə əlaqədar olması müəyyən edilsə də, diaqnoz davranış xüsusiyyətlərinə əsaslanmalıdır. Bu sindrom özünü 4 formada göstərir: uşaq demensiyası dezinteqrativ psixoz, Qeller sindromu, Simbioz psixoz.

Əqli gerilik və stereotip hərəkətlərlə birgə rast gəlinən hiperaktiv pozğunluq. Bu kateqoriya diqqət pozğunluğu, stereotip davranışı və hiperaktivliyi aydın nəzərə çarpan əqli geri qalmış (IQ 34-dən aşağı) uşaq qrupları üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bu uşaqlarda stimulyasiyaedici preparatlar normal IQ səviyyəsi olan uşaqlardan fərqli olaraq disforik (ətrafa marağın itməsi, yüksək oyanıcılıqla əhval ruhiyyənin aşağı düşməsi) və psixomotor retardasiya ilə hərəkətlərdə yavaşma) reaksiyaya səbəb olur. Yeniyetmə dövründə hiperaktivlik zəifləmiş aktivliklə əvəz olunmağa meylli olur. Bu sindrom, əsasən müxtəlif ümumi və spesifik xarakterli inkişaf geriliyi ilə bağlı olur. Aşağı IQ və beynin üzvi zədələnməsinin bu pozğunluğun etiologiyasında rolu məlum deyil.

Asperger sindromu. Bu pozuntunun nozoloji müstəqilliyi təyin olunmayıb, uşaq autizmi üçün sosial qarşılıqlı əlaqələrin keyfiyyətcə pozulması, məhdud stereotipiya, təkrarlanan maraq və məşğuliyyət yığımı ilə xarakterizə olunur. Autizmdən fərqli olaraq, burada nitq və koqnitivin ümumi ləngiməsi və ya yox olmasına rast gəlinmir. Əksər uşaqlarda normal intellekt olur, amma, yəndəmsizlik qeyd olunur, bu vəziyyət çox hallarda 8:1 nisbətindədir. Bu pozuntuların yeniyetmə və yetkin yaşda da qalmaq meylli vardır. Ehtimal ki, bunları fərdin xüsusiyyətləri kimi göstərmək olar, hansılar ki, mühitin təsirinə məruz qalmır. Çox az hallarda gənclik yaşında psixotik epizodlar inkişaf edə bilər.

Asperger sindromunun 2 forması var:

- Autik psixopatiya;
- Uşaq yaşında şizoid pozğunluq.

5. Akvarium üsulundan istifadə edərək mövzu ətrafında müzakirə aparın. Müzakirə mövzusu: Autizm spektr pozulmaları olan uşaqların tipologiyasına əsaslanaraq subut edin ki, məhz qeyd edilən simptomatika, Asperger və Kanner sindromlarını ayırır. Niyə bu sindromlar ayrılıb?

6. Sualları cavablandırın:

- L.Vingin təsnifatına görə autizmin 1-ci tipini xarakterizə edin.
- L.Vingin təsnifatına görə autizmin 2-ci tipini xarakterizə edin.
- L.Vingin təsnifatına görə autizmin 3-cü tipini xarakterizə edin.
- L.Vingin təsnifatına görə autizmin 4-cü tipini xarakterizə edin.

7. Qrup işi: Tələbələr 4 qrupa bölünür. Hər qrup üzvlərinə mövzu təqdim olunur və onlar mövzuya aid qedlərini edir. Hər qrupdan bir lider seçilir, təqdimat edir və onlara suallar verilir. Sonda müzakirə edilir.

- 1-ci qrup: "Autizm spektr pozulmaları olan şəxslərin psixi fəaliyyətlərinin xüsusiyyətləri".
- 2-ci qrup: "Autizmlı uşaqlarda aqressiyalar".
- 3-cü qrup: "Qorxular və onların autizmlı uşaqların inkişafına təsiri".
- 4-cü qrup: "O.S.Nikolskaya autizmlı uşaqların emosional iradi və kommunikativ ehtiyaclı sferasının xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsi və dizontogenezin əsas kriteriyaları".

Davranış pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Dərsin əvvəlində şəxsi təcrübədən davranış pozulmalarının növlərini qeyd edib səbəblərini təxmin edin.

Kompleks pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Dərsin əvvəlində kompleks qüsurları təxmin edib onların pozulma formalarını izah edin.

Emosional-iradi sferanın pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. **Qrup işi:** Karusel üsulu ilə görmə pozulmaları olan uşaqlarda görmə təsəvvürlərinin formalaşdırılması xüsusiyyətlərinin ümumi inkişafını, inkişafın mənfi və müsbət cəhətlərini müəyyən edin.

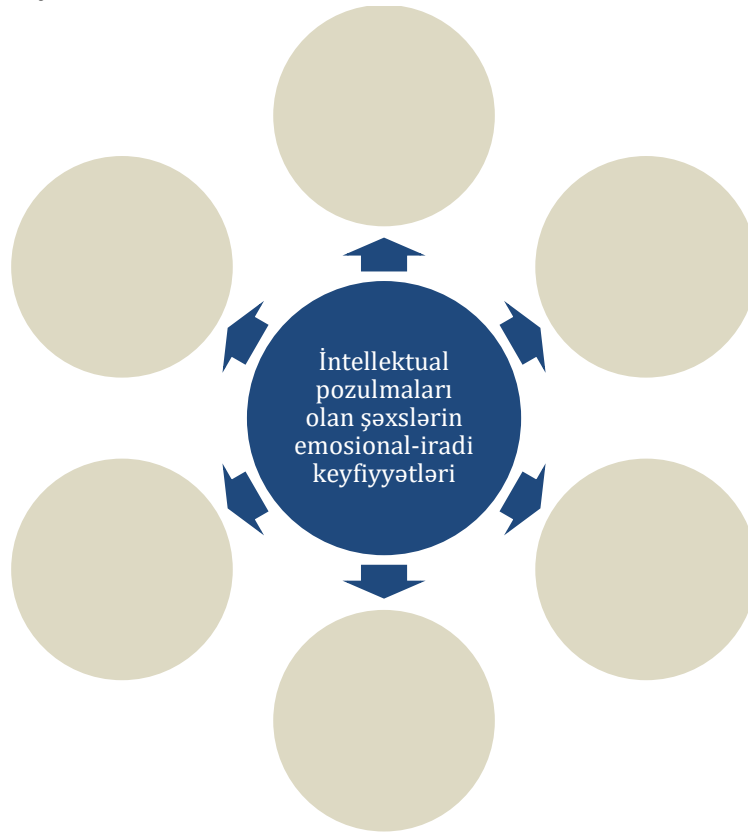
Qeyd: İstifadə edilərək sensor pozulmaları olan şəxslərin emosional-iradi xüsusiyyətlərini müəyyən edin.

2. Görmə pozulması olan şəxslərin emosiyalarının xüsusiyyətlərini təhlil edin.

3. Eşitmə pozulması olan şəxslərin emosiyalarının xüsusiyyətlərini təhlil edin.

Xüsusiyyətlər	Görmə pozulmaları	Eşitmə pozulmaları
	+	
		+

4. Klasteri tamamlayın:



5. Aşağıdakı mövzulara aid təqdimatlar edin:

- Mövzu 1: “Autizm spektr pozulmaları zamanı emosiyaların idarə olunmasının xarakteristikası”.
- Mövzu 2: “Emosional intellekt” anlayışı.

Qeyd: İki tələbə mövzular üzrə təqdimat hazırlayır. Digərləri diqqətlə dinləyir və qeydlər edirlər. Təqdimatlar bitəndən sonra təqdim edən tələbə suallara cavab verir.

İntellektual pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Sualları cavablandırın:

- İntellektual pozulmalarının əsas kontingentini hansı uşaqlar təşkil edir (xarakterizə edin)?
- İntellektual problemi yaradan səbəbləri təhlil edin.
- İntellektin mənimsəmə səviyyələri hansılardır?
- Oliqofreniyanın ənənəvi formalarını qeyd edin və onların ağırlıq səviyyələrini bildirin.
- Xromosom patologiyaları zamanı intellektual pozulmaların formalarını müəyyən edin.
- Xromosom patologiyalarını xarakterizə edin.

2. Qrup işi: aşağıdakı mövzularda təqdimatlar edin və müzakirə aparın.
 - 1-ci qrup: “İntellektual pozulmaların yaranma səbəbləri və təsnifatı”
 - 2-ci qrup: Q.Y.Suxarevaya görə oliqofreniyanın təsnifatı”
 - 3-cü qrup: “Cinsi xromosomlar”
3. “Demensiya uşaqların formalarının xarakteristikası” mövzusunda müzakirə¹⁶ təşkil edin.
4. Aşağıdakı sualları cavablandırın və intellektual məhdudluğu olan uşaqların psixoloji xarakteristikasını tərtib edin:
 - İntellektual problemi olan uşaqların qavrayış və duyğularının xarakterik əlamətləri hansılardır?
 - İntellektual problemi olan uşaqların təfəkkür və nitqinin inkişaf xüsusiyyətlərini açıqlayın.
 - Şəxsiyyətin inkişaf xüsusiyyətlərinin intellektual pozulmalarına təsirini bildirin.
 - İntellektual problemi olan uşaqların emosional-iradi sferasının xüsusiyyətlərinin ümumi xarakteristikasını verin.
 - İntellektual problemi olan uşaqların diqqətinin həcmi və onun istifadə müddətini təhlil edin.

Psixi inkişafın ləngiməsinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Psixi ləngiməyə gətirən səbəbləri təxmin edin.
2. “Hansı simptom PİL-in hansı növünə aiddir” oyunu oynayın.
3. PİL olan uşaqların xüsusiyyətlərini təsvir edin.

¹⁶Müzakirə mövzusu ətrafında ideya, məlumat, təhlil və təkliflərin qarşılıqlı mübadiləsidir. Onun əsas vəzifəsi problemi təhlil edərək həlli yolunu tapmaq və düzgün qərar qəbul etmək üçün imkan yaratmaqdır.

Müzakirə dinləmək, təqdim etmək və sual vermək mədəniyyətinin formalaşdırılması, şagirdlərin məntiqi və tənqidi təfəkkürünü və şifahi nitqinin inkişaf etdirilməsinə kömək edir.

Müzakirə aparılarkən əvvəlcədən şagirdlərə müzakirə qaydaları xatırladılır. Mövzu aydın şəkildə ifadə olunur. Müzakirə prosesini inkişaf etdirən sualların verilməsi və şagirdlərin cavablarının nəzərdən keçirilməsi ilə müəllim tərəfindən müzakirə tənzimlənir. Bu zaman cavabı “Bəli” və ya “Xeyr” olan qapalı sualların verilməsi məqsəduyğun hesab edilmir. Müzakirədə mövzuya aid “Demensiya nədir”, “Demensiyanın əlamətləri hansılardır?”, “Demensiyanın hansı formaları var?” və s. kimi suallardan istifadə olunur.



Qiymətləndirmə

Aşağıdakı qiymətləndirmə meyarına əsasən qiymətləndirəcəksiniz:

“SİMŞ-nin problemlərinin forma və ağırlıq dərəcəsini müvafiq meyarlar əsasında müəyyən edir”.

Psixi inkişaf

1. Psixi inkişafın pozulmalarının neçə əsas tipləri var?
2. Psixi inkişaf nəzəriyyələri hansılardır və müəllifləri kimdir?
3. Psixi inkişaf nəyin əsasında inkişaf edir?
4. Tipik uşaqların neçə inkişaf dövrü var?
5. Atipik inkişafın əlamətləri hansı faktorlardan asılıdır?
6. Atipik inkişafın strukturuna hansı şəraitlər təsir göstərir?
7. Psixi inkişaf nəzəriyyəsini açıqlayın.
8. Birincili və ikincili qüsurların nəzəriyyəsinin mahiyyəti nədən ibarətdir?

Nitq pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Nitqin hansı formaları var?
2. Nitqin əsas struktur komponentlərinə nələr aiddir?
3. Uşağın nitqi inkişafını neçə mərhələyə bölmək olar? Hansılardır?
4. Psixologiyada nitqi hansı formalara bölürlər?
5. Nitq pozulmaları hansı səbəblərdən yaranır?
6. Nitq qüsurlarına təkanverici şərait hansılardır?
7. Hansı ailələrə “Yüksək riskli” ailələr demək olar?
8. Nitq qüsurlarının yaranmasında irsi faktorların rolu.
9. Hansı səbəblər ekzogen-üsvü hesab olunur? Niyə?
10. Nitq qüsurlarının yaranmasında sosial faktorları qeyd edin.
11. Mövcud olan nitq qüsurları təsnifatlarının əsasına hansı meyarlar qoyulmuşdur?
12. Müasir loqopediyada əsasən hansı təsnifatlar istifadə olunur?
13. Səs tələffüzü qüsurları olan nitq qüsurlarını qeyd edin.
14. Nitq tempinin pozulmaları hansılardır?
15. Alaliya, afaziya hansı nitq qüsurlarına aiddir?
16. Yazılı nitq qüsurlarını qeyd edin.
17. Səs necə yaranır?

18. Səsin hansı keyfiyyətləri var?
19. Səs pozulmaları hansılardır?
20. Onları yaradan səbəblər nə ola bilər?
21. Dislaliyanın formalarını qeyd edin.
22. Dislaliyanın növlərini qeyd edin.
23. Rinolaliyanın əsas səbəblərini qeyd edin.
24. Rinolaliyanın neçə forması var?
25. Dizartriyanın neçə forması var?
26. Dizartriyanın əsas əlamətlərini söyləyin.
27. Nitqin tempo-ritmik pozulması qüsurları hansılardır?
28. Taxilaliyanın simptomatikası hansıdır?
29. Bradilaliyanın simptomatikası hansıdır?
30. Kəkələmənin etioloji faktorlarını söyləyin.
31. Kəkələmənin formaları və onların aparıcı simptomlarını qeyd edin.
32. Alaliyanın mürəkkəb nitq qüsuru olduğunu sübut edin.
33. Afaziyanın təsnifatını verin.
34. Akustik-qnostik sensor afaziyanın simptomlarını açıqlayın.
35. Akustik-nmestik afaziyanın simptomlarını açıqlayın.
36. Afferent kinestetik motor afaziyanın simptomlarını açıqlayın.
37. Efferent, kinetik motor afaziyanın simptomlarını açıqlayın.
38. Semantik afaziyanın simptomlarını açıqlayın.
39. Dinamik afaziyanın simptomlarını açıqlayın.
40. ÜNİL-ü bir nitq qüsuru kimi açıqlayın.
41. I səviyyə ÜNİL-in simptomlarını qeyd edin.
42. II səviyyə ÜNİL-in simptomlarını qeyd edin.
43. III səviyyə ÜNİL-in simptomlarını qeyd edin.
44. Oxu pozulmalarının formalarını qeyd edin.
45. Yazı pozulmalarının formalarını qeyd edin.

Eşitmə pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Auksion üsulundan¹⁷ istifadə edərək eşitmə pozulmalarının yaranma səbəbləri və təsnifatı qeyd edin.
2. Eşitmə pozulması olan şəxslərin psixo-pedaqoji xarakteristikasını cədvələ uyğun doldurun:

Psixi proseslər	Xarakteristika
1. Duyğu və qavrayışın inkişaf xüsusiyyətləri	
2. Hafizə və iradi yadda saxlamanın xüsusiyyətləri	
3. Təfəkkür və onun inkişaf xüsusiyyətləri	
4. Nitqin formalaşdırılma xüsusiyyətləri	
5. Şəxsiyyətin xüsusiyyətləri	

3. Eşitmə qabiliyyəti pozulmuş şəxslərin peşəkar sosial uyğunlaşdırılmasına müvafiq olaraq sosiallaşma formalarını cədvəldə qeyd edin:

Nö	Məzmun	Sosial yardım	Sosial adaptasiya
1	İqtisadi cəhətdən təmin olunmayan, sosial zəif, psixoloji həssas təbəqə və sosial fəaliyyət qabiliyyətlərinin yüksəldilməsi məqsədi güdülmən əhalinin bir qrupunun nümayəndələrinə göstərilən hümanitar (hüquqi, tibbi, psixomüalicəvi, təhsil, reabilitasiya ön konsultasiya və xeyriyyəçilik) xidmətləri sistemi.		
2	Şəxsiyyətin əsas sosial funksiyalarının bərpası prosesi.		
3	Eşitmə pozulması olan şəxsin korreksiya-kompensasiya istiqamətində sosial-pedaqoji fəaliyyətinin təşkilinin səmərəlilik göstəricisidir. Sosial pedaqoq normadan artıq intellektual, pedaqoji, psixoloj və sosial yayınmaları olan uşaqlara köməklik göstərir.		
4	Eşitmə pozulması olan şəxsin inkişafı və fərd olması jest dili submədəniyyəti şərtində və ya eşidənlərin cəmiyyətində baş verə bilər, hansı ki bu sosio-mədəni identifikasiyanın formalaşdırılmasında həlledici rol oynayır.		

¹⁷Müəllim tərəfindən öyrənilən məsələ müəyyən edilərək tələbə auksionunun keçirilmə qaydaları haqqında təlimatlandırılır. Hamı növbə ilə eşitmə pozulmaları və onların təsnifatı haqqında bildiyi məlumatı verir. Hər bir fikirdən sonra müəllim sayır: "Bir, iki...". Bu zaman başqa iştirakçı tez mövzu ilə bağlı öz fikirlərini ifadə edə bilər. Sonuncu təklif verən qalib sayılır. Fikirlər bir-birini təkrarlamamalıdır. Bunun üçün hamı bir-birini dinləyir.

Görmə pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Görmə qüsurunun dərəcəsinin 0-0,04-ə qədər olan uşaqlar hansı uşaqlardır?

- A) Tam kor uşaqlar;
- B) Zəif görən uşaqlar;
- C) Nitqində qüsurlu olan uşaqlar;
- D) Sonradan kor olan uşaqlar;
- E) Kar uşaqlar.

2. Cədvələ uyğun (“+” işarəsi ilə) görmə pozulmalarının yaranma səbəblərinə görə qruplaşdırın:

Səbəblər	Anadangəlmə	Sonradan qazanılma
• Orqanizmin ümumi xəstəliklərindən sonra ağırlaşması (məxmərək, qrip və skarlatina);		
• Dölün xəstəlik keçirməsi;	+	
• görmə orqanlarının xəstəliyi;		
• MSS-nin xəstəliyi (meningit və beyin şişləri);		
• Beyin və gözün travmatik zədələnməsi;		
• Dölün ana bətnində inkişafı zamanı zədələnməsi;		

3. Görmə qüsurlu uşaqların pedaqoji-psixoloji inkişaf xüsusiyyətləri mövzusunun məzmununa dair inşa yazın.

4. Görmə itiliyinin 0,04 və görmə funksiyalarının pozulma mürəkkəbliyindən asılı olaraq görmə qalığının neçə forması fərqləndirilir (A.İ.Kaplan)?

- A) 4;
- B) 3;
- C) 7;
- D) 1;
- E) 5.

5. Görmə qabiliyyətinin pozulması olan uşaqların xüsusiyyətlərini inkişaf dövrlərinə aid cədvəldə qeyd edin:

İnkişaf dövrləri	Xüsusiyyətlər
Çağalıq dövrü (0-1 yaş)	
Körpəlik dövrü (1-3 yaş)	
Məktəbəqədər yaş dövrü (3-6)	
Məktəb yaşları dövrü (6-18 yaş)	

6. Görmə pozulmaları olan şəxslərin psixo-pedaqoji xarakteristikasını cədvələ uyğun doldurun:

Psixi proseslər	Xarakteristika
1. Məkani təsəvvürlərin xüsusiyyətləri	
2. Nitqin inkişaf xüsusiyyətləri	
3. Şəxsiyyətin xüsusiyyətləri	
4. Hafizənin inkişaf xüsusiyyətləri	

7. Görmə pozulmaları olan uşaqların psixo-pedaqoji xüsusiyyətlərinin mövzusunə aid təqdimat hazırlayın.

Dayaq-hərəkət aparatı pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

- İnsanın dayaq-hərəkət aparatını izah edin.
- Dayaq-hərəkət aparatı pozulmalarını qeyd edin.
- USİ-nin yaranma səbəbləri hansılardır?
- USİ-nin forma və dərəcələrini qeyd edin.

Autistik spektr pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

- Autizm spektr pozulmalarının etiopatogenezi və simptomatikasına aid fərdi tədqiqat aparın və təqdimat edin.
 - Autizm spektr pozulmalarının simptomlarını qeyd edin.
 - Sosial pozuntular.
 - Ünsiyyətdən qaçma.
 - Qorxular və aqressiya.
 - Davranış pozulmaları.
 - Həmyaşlıqları ilə vaxt keçirmə bacarığının olmaması.
- A) 2, 3, 5.
 B) 5, 1, 4.
 C) 3, 4, 1.
 D) 2, 5, 4.
 E) 1, 4, 2.
3. Autizm spektr pozulmalarını XBT (Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı) və DSM-ə (Amerika Psixiatriya Assosiasiyası) görə bölün:

XBT (Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı)	DSM (Amerika Psixiatriya Assosiasiyası)
1.	1.
2.	2.
3.	3.

4. Sindromlara uyğun meyarları cədvəldə qeyd edin:

Nö	Dəstəkləyici meyarlar	Klassik Retta sindromu	Atipik Retta sindromu
1.	Məqsədli əl hərəkətlərinin qismən, yaxud tamamilə itirilməsi (A)		
2.	İxtiyari hərəkət aktivliyinin pozulması (K)		
3.	Qazanılmış nitqin/sözlərin qismən yaxud tamamilə itirilməsi (A)		
4.	Bütün ana meyarların təmin edilməsi və artifakt meyarlarının olmaması (K)		
5.	Steriotip əl hərəkətlərinin (əlləri qıvırma, sıxma, bir-birinə vurma, alqışlama, əlləri ağıza salma və ovma) (A)		
6.	Geriləmə dönməni izləyən yaxşılaşma yaxud durğunluq dönməsi (K)		

5. Təsnifata uyğun hər tipi xarakterizə edin və cədvəldə qeyd edin:

Erkən uşaq autizminin tipləri (L.Vinqin təsnifatına görə)			
1-ci tip	2-ci tip	3-cü tip	4-cü tip

6. "ASP-1 olan uşaqların psixi fəaliyyətlərinin xüsusiyyətləri" mövzusunda təqdimat hazırlayın.
8. Autizm spektr pozulmaları olan şəxslərin müxtəlif psixi prosesləri üzrə fərdi tədqiqat aparın və təqdimat edin.

Davranış pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Davranış pozulmalarının təsnifatını verin.

Kompleks pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Kompleks pozulmaları olan uşaqlar anlayışını izah edin və onların təsnifatını verin.

Emosional-iradi sferanın pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Qeyd edilən pozulmaların emosional-iradi sferalarının xüsusiyyətlərinə əsasən ağıllılıq dərəcəsinə müəyyən edin:

Pozulmaların formaları	Emosional-iradi sferanın xüsusiyyətləri	Ağırlıq dərəcəsi
Sensor pozulmalar		
İntellektual pozulmalar		
Autizm spektr pozulmaları		

İntellektual pozulmaların forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Cədvələ uyğun qeyd edin:

İntellektual pozulmaların yaranma səbəbləri	
Endogen (daxili) səbəblər	Ekzogen (xarici) səbəblər

2. Oliqofreniyanın səviyyələrini intellekt göstəricisinə görə cədvəldə qeyd edin:

Oliqofreniyanın formaları	Oliqofreniyanın səviyyələri (ağır, orta, yüngül)	İntellektual göstərici (İQ)
İdiotluq		
İmbesillik		
Debillik		

3. Demensiyanın formalarını seçin:

1. Üzvü, epileptik, şizofrenik;
2. İdiotluq, imbesillik, debillik;
3. Psixogen, konstitusion, somotogen;
4. Üzvü, debillik, somotogen;
5. Psixogen, somotogen, epileptik.

- A) 3;
- B) 5;
- C) 1;
- D) 4;
- E) 2.

İntellektual pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. Cədvəli doldurun:

Psixi proseslər	Xarakteristika
1. Duyğular və qavrayışın xüsusiyyətləri	
2. Təfəkkür və nitqin xüsusiyyətləri	
3. Şəxsiyyət və emosional iradi sferanın xüsusiyyətləri	
4. Hafizə və diqqətin xüsusiyyətləri	

Psixi inkişafın ləngiməsinin forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi

1. PİL anlayışı və onun etioloji amilləri hansılardır?
2. M.S. Pevznerə görə PİL-in formalarını qeyd edin.
3. PİL olan uşaqların pedaqoji xüsusiyyətləri hansılardır?

CAVANLAR

Təlim nəticəsi 2 üzrə düzgün cavablar	
Qiymətləndirmə meyarı 2	
Görmə pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	
Sual 1	A
Sual 2	B
Autistik spektr pozulmalarının forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	
Sual 2	A
İntellektual pozulmaların forma və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsi	
Sual 3	A

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Ağayeva T. Görmə pozğunluqlarının psixokorreksiyası. Bakı 2017.
2. Ağayeva T.H. Eşitmə pozğunluqlarının psixokorreksiyası. Bakı 2015.
3. Ağayeva T.H., "Nitqin formalaşması sosial adaptasiyanın bir istiqaməti kimi", Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyası, "Fəlsəfə və Həyat" elmi məqalələri məcmusu, I buraxılış, Bakı, 2005.
4. Çələbiyev N.Z. Psixodiaqnostika məsələləri. Bakı, ADPU- nun mətbəəsi, 2013.
5. Dostuzadə D. Eşitməsi qüsurlu kiçikyaşlı məktəblilərin idrak fəaliyyətinin inkişaf etdirilməsi. Məktəbəqədər və ibtidai təhsil. № 2.2015.
6. Dostuzadə D. Ümumtəhsil məktəblərində eşitməsi qüsurlu uşaqların nitqinin inkişaf etdirilməsi. Məktəbəqədər və ibtidai təhsil. № 1. 2012.
7. Dostuzadə D.Ə. Görməsində problemləri olan uşaqlarla pedaqoji işin təşkilinin əsasları Bakı, 2010
8. Ə.Əlizadə, Ə. Bayramov "Psixologiya dərsliyi" Bakı, 1989
9. Hüseynova N.T. - "İntellektual inkişafı ləngiyən uşaqların pedaqogikası", Bakı, ADPU, 2017, 103 səh.
10. Hüseynova N.T., Ağayeva T.H – "Loqopediya", Bakı, 2018.
11. Hüseynova N.T., Loqopedik atlas. Bakı, 2014.
12. Hüseynova N.T., Məlikov M.Ş. - "Xüsusi pedaqogikanın müasir problemləri", ADPU, Bakı, 2018, 230 səh.
13. XBT -10 (Xəstəliklərin Beynəlxəlf Təsnifatı).
14. İmanova-Rüstəмова L.H., Afaziya. Bakı, 2011.
15. N.T. Hüseynova, S.R. Aslanova – Xüsusi psixologiya, I-II cild, B.2018.
16. Rüstəмова L.H., Hüseynova N.T., Xüsusi pedaqogika.-Bakı, 2007.
17. Sadıyev S. "Loqopediya". Bakı, 2006. 213 s.
18. A.B. Запорожец "Избранные психологические труды", Москва, 1986 г.
19. A.H. Леонтьев "Проблемы развития психики", Москва, Изд-во АПН, 1959 г.
20. Алмазова Е.С. Логопедическая работа у детей с нарушениями речи. -М., 1973.
21. Алмазова Е.С. Логопедическая работа у детей с нарушениями речи. Москва, "Педагогика", 1973 г.
22. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие для студентов пед. вузов. - М.: АСТ., 2007. - 224 с.

23. Аутизм. Методические рекомендации по коррекционной работе / Под. ред. С.А.Морозова 2002
24. Аутизм. Методические рекомендации по коррекционной работе / Под. ред. С.А.Морозова 2002
25. Б.В.Зейгарник "Патопсихология", Изд-во МГУ, Москва, 1976 г.
26. Башина В. М. "Ранний детский аутизм" Альманах М., 1993.
27. Башина В.М., Симашкова Н.В. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом
28. "Большая Медицинская Энциклопедия" т. 21, Москва, 1983 г.
29. Волкова К.А, Казанкая В.Л, Денисова О.А Методика обучения глухих детей произношению Москва.: ВЛАДОС, 2008, 224 с.
30. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушением речи. - СПб.: Детство, 2004.
31. Вроно М.Ш. "О психическом дизонтогенезе у детей" Вести АМН СССР, Москва, 1979 г.
32. Гилберт, Питерс: Аутизм: Медицинское и педагогическое воздействие М.: Гуманитарный издательский центр "Владос", 2002
33. Д.Б.Элконин "К проблеме периодизации Ж-л "Вопросы психологии", 1971 г.
34. Дети с проблемами в развитии: комплексная диагностика и коррекция / Под ред. Л. П. Григорьева. - М.: ИКЦ "Академкнига", 2002
35. Ефименкова Л.Н., Мисаренко Г.Г. Организация и методы работы коррекционной работы логопеда. - М.: Просвещение, 2005.
36. Забрамная С.Д.- «Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей» М. 1995.
37. И.А.Менчинская "Психологические проблемы неуспеваемости школьников", Москва, 1971 г.
38. Й.Лангмейер, З.Матейчек "Психическая депривация в детском возрасте", Прага, 1963 г.
39. К.С.Лебединская "Клинико-педагогические проблемы ЗПР" Москва, 1979 г.
40. Л.С.Выготский "Проблемы общей психологии", Москва, "Педагогика", 1982 г.
41. Л.С.Выготский "Проблемы развития психики", Москва, "Педагогика", 1983 г.
42. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии М., 1991. 143 с.

43. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб.пособие для студ. сред. пед. учеб, заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001
44. Логопедия/ под. ред. Л.С.Волковой. – М., 2001.
45. Лубовский В.И. - Специальная психология . М .2007г.
46. М.С.Певзнер “Дети с отклонениями в развитии”, Москва, “Просвещение”, 1966 г.
47. М.С.Певзнер “Клиническая характеристика детей с ЗПР”, Москва.
48. Никольская О.С. Аутичный ребенок : пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. - 2-е изд.. Стереотип. - М.: Теревинф, 2000
49. Никуленко, Т. Г. Коррекционная педагогика: Учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006
50. П.Й.Галперин, А.В. Запорожец, С.Н.Карпова “Актуальные проблемы возрастной психологии”, Москва, 1980 г.
51. П.П.Блонский “Избранные психологические труды”, Москва, 1964 г.
52. Принципы отбора детей во вспомогательные школы /Под ред. Г.М.Дульнева, А.Р.Лурия. М., 1973
53. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития : методический материал / сост. и общ. ред. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. - СПб.: Питер, 2001
54. С.Л.Рубинштейн “Проблемы общей психологии”, Москва, 1976 г.
55. С.С.Ляпидевский, Б.И.Шостак “Клиника олигофрении”, Москва, 1973
56. Сорокина В.А. Особенности комплексного изучения детей с церебральным параличом //Логопедия: Методические традиции и новаторство. М. - Воронеж 2003, с. 56 - 57
57. Специальная психология / Под ред. В.И, Лубовского. - М.: ВЛАДОС, 2003. - 402 с
58. Т.А.Власова, В.И.Лубовский, Н.А.Цыпина “Дети с задержкой психического развития”, Москва, “Педагогика”, 1984 г.
59. Т.А.Власова, М.С.Певзнер “Учителю о детях с отклонениями в развитии”, Москва, “Просвещение”, 1967 г.
60. <https://vemakids.com.ua/educenter-disleksija-u-vzroslyh>
61. <http://azkurs.org/ders-vesaiti-azerbaycan-respublikas-tehsil.html?page=4>
62. <https://drzeynalov.az/2016/04/11/usaq-serebral-iflici/>

