

თამარ გაბოშიაძე

**გავშვის ფსიქიკური
განვითარების
დარღვევები**

თბილისი 2007

რეცენზენტები:

*მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი,
მარინე გეგელიშვილი*

ნათელა ყურაშვილი

სამედიცინო კონსულტანტი:

*მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი,
სოფიო კასრაძე*

დაკაბადონება და ყდის დიზაინი:

გიორგი ბაგრატიონი

© თამარ გაგოშიძე, 2007

გამომცემლობა „ნეკერი“ 

ISBN 978-99940-986-9-9

გამომცემლობა „ნეკერი“

ო. თაქთაქიშვილის 12; ტელ./ფაქსი 91-35-16

ელ. ფოსტა nekeripub@yahoo.com

სარჩევი

შესავალი	5
განვითარების დარღვევების მოდელები და კლასიფიკაცია	6
გონებრივი ჩამორჩენილობა	43
დასწავლის უნარის დარღვევა	65
ვერბალური დასწავლის უნარის დარღვევები	75
დისლექსია	77
მეტყველების დარღვევები (<i>შ. მამუკაძის თანამონაწილეობით</i>)	92
ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი	146
აუტიზმი	169
სხვა პერვესიული აშლილობები	199
ქალა-ტვინის ტრავმა	215
ჰიდროცეფალია	226
ცერებრული დამბლა	231
ეპილეფსია	241
ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი	261
ტიკური აშლილობა	267
ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომი	273
ექვევითი აშლილობა	281

ქრომოსომული დაავადებები	297
დაუნის სინდრომი	300
ვილიამსის სინდრომი	306
მყიფე X სინდრომი	312
ფენილკეტონურია	320
ლიტერატურა	325

შესავალი

ბავშვის ნორმალური განვითარებიდან გადახრის იდენტიფიკაცია და პროგნოზირება ცენტრალურ პრობლემას წარმოადგენს როგორც ფსიქოლოგიური, ასევე ნეირობიოლოგიური და სამედიცინო მეცნიერებისათვის. ბავშვის განვითარებაზე მრავალი ფაქტორი მოქმედებს: გენეტიკური, ბიოლოგიური, სოციალური. შესაბამისად, პრობლემებს ფსიქიკურ განვითარებაში მულტიფაქტორული ბუნება აქვს. სირთულეს წარმოადგენს ის, რომ გარეგნულად ერთნაირ ქცევით, კოგნიტურ თუ ემოციურ დარღვევას განსხვავებული მიზეზები შეიძლება ედოს საფუძვლად და თანაც არაერთი. შეიძლება ბავშვს ჰქონდეს ერთდროულად ორი კლინიკური მდგომარეობა. ამის გამო ბავშვის განვითარების დარღვევის დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია და ადეკვატურ საკლასიფიკაციო სისტემას და მულტიდისციპლინურ მიდგომას მოითხოვს. მცდარი დიაგნოზის შედეგი კი არაადეკვატური მკურნალობა, ბავშვის დამახინჯებული მომავალი და სტიგმატიზაციაა.

ბავშვის ფსიქიკური განვითარების პრობლემების საიდენტიფიკაციოდ დასავლეთში ხელმძღვანელობენ ძირითადად ორი საკლასიფიკაციო სისტემით: ევროპაში ICD-10-ით (International Classification of Diseases) და აშშ-ში DSM-IV-R-ით (Diagnostic and Statistical Manual). ამ მრავალგანზომილებიან სისტემებში წარმოდგენილია განვითარების დარღვევების კლინიკური სინდრომებიც.

დღეს საქართველოში უკვე დაიწყო ICD საკლასიფიკაციო სისტემის კლინიკურ პრაქტიკაში დამკვიდრების ტენდენცია. შესაბამისად, ბავშვთა ფსიქიკური განვითარების დარღვევების დიაგნოსტიკისას აუცილებელია ამ საკლასიფიკაციო სისტემის შედარება DSM-IV-R-თან და მათი ძლიერი და სუსტი მხარეების განხილვა.

DSM და ICD საკლასიფიკაციო სისტემების დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებთან ერთად კლინიკური პრაქტიკის მქონე ფსიქოლოგებისთვის, პედიატრებისთვის, ბავშვთა ნევროლოგებისა და ფსიქიატრებისათვის მნიშვნელოვანია განვითარების დარღვევების მრავალფეროვანი სპექტრის კლინიკური, ფსიქოლოგიური და ნეიროფსიქოლოგიური ნიშნების ცოდნა. ეს მნიშვნელოვანწილად ზრდის დიაგნოსტიკის სიზუსტეს.

აღნიშნული სახელმძღვანელო სასარგებლო იქნება პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის, პედიატრებისთვის, ბავშვთა ნევროლოგებისა და ფსიქიატრებისთვის, ფსიქოლოგიის ბაკალავრებისა და მაგისტრებისათვის.

განვითარების დარღვევის მოდელები და კლასიფიკაცია

ბავშვთა ფსიქოპათოლოგიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას ბავშვის ნორმალური განვითარებიდან გადახრის ფსიქოლოგიური კვალიფიკაცია წარმოადგენს. მოზრდილებისაგან განსხვავებით, ბავშვის შემეცნებითი და ემოციური სფერო მუდმივი ცვლილებებისა და ჩამოყალიბების პროცესშია, ეს პროცესი ასაკობრივი თავისებურებებით ხასიათდება. ამავ დროს, ბავშვის განვითარებაში მეტად მნიშვნელოვანია ის სენზიტიური ასაკობრივი პერიოდები, როდესაც მიმდინარეობს თვისობრივად ახალი გამოცდილების ათვისება და ახალი უნარების განვითარება. ამიტომ, ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევის დიაგნოსტიკისას აუცილებელია ნორმალური განვითარებისა და ასაკობრივი ფაქტორების გათვალისწინება, რადგან აღნიშნულის გარეშე, შეუძლებელია, როგორც განვითარების ანომალიის კანონზომიერების ზუსტი შეფასება, კლასიფიცირება და დიაგნოსტიკა, ისე რეაბილიტაციისა და სწავლების სტრატეგიის სწორად შერჩევა.

ნორმალური განვითარებიდან გადახრა ხშირად განიმარტება როგორც **ანომალური განვითარება**, ანუ **დიზონტოგენეზი** (ნორმალური ონტოგენეზური განვითარების დარღვევა).

პრობლემურ განვითარებაზე მოქმედი ფაქტორები

ცნობილია, რომ ბავშვის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე როგორც ბიოლოგიური, ისე ფსიქო-სოციალური ფაქტორების ხანგრძლივი პათოლოგიური ზემოქმედება იწვევს ნორმალური განვითარებიდან გადახრას. განვითარების დარღვევები განსხვავდება გამომწვევი ფაქტორების ანუ ეტიოლოგიის, პათოგენეზური მექანიზმების, ფაქტორების ზემოქმედების პერიოდისა და ხანგრძლივობის მიხედვით. ამიტომ, განვითარების დარღვევების კლასიფიცირება და დიაგნოსტიკა შეუძლებელია განვითარებაზე მოქმედი ფაქტორების ანალიზის გარეშე.

განვითარების დარღვევების ცნობილ კლასიფიკაციებში ზოგადაა გამოყოფილი ბავშვის განვითარებაზე მოქმედი ენდოგენური და ეგზოგენური ფაქტორები. ეს კლასიფიკაციები უფრო სამედიცინო ხასიათისაა და მათში, ძირითადად, განხილულია პრენატალური, პოსტნატალური და პერინატალური მიზეზები (Han-

dbook of Psychiatry, 1969; ვ. ლებედინსკი, 1985; Developmental Disorders ed. S. Hooper, 1992). ა. კარის მიერ მოწოდებულ ორიგინალურ კლასიფიკაციაში (1999) ბავშვის განვითარებაზე მოქმედ ბიოლოგიურ მიზეზებთან ერთად აქცენტი გამახვილებულია მრავალ ფსიქოლოგიურ ფაქტორზე.

ბავშვისა და მოზარდის ფსიქოლოგიური პრობლემების განვითარებაში ა. კარი გამოყოფს შემდეგ ფაქტორებს:

- ფსიქოლოგიური პრობლემების წარმომშობი **პრედისპოზიციური ანუ რისკ-ფაქტორები**;
- **დამაჩქარებელი** ანუ ბიძგის მიმცემი (**ტრიგერები**), ან ფსიქოლოგიური სირთულეების გამაძლიერებელი ფაქტორები;
- **ხელშემწყობი** (შემანარჩუნებელი) მიზეზები ანუ ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს უკვე აღმოცენებული ფსიქოლოგიური პრობლემების გახანგრძლივებასა და განმტკიცებას;
- **დამცავი ფაქტორები**, რომლებიც ამუხრუჭებს აღმოცენებული პრობლემების შემდგომ გაღრმავებას და გავლენას ახდენს პროგნოზსა თუ მკურნალობაზე.

ეს ფაქტორები ორ ზოგად სფეროდ ნაწილდება: **პერსონალურად და კონტექსტუალურად**. პერსონალური ფაქტორების ქვეშ იგულისხმება ბავშვის ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური, ხოლო კონტექსტუალურში – ბავშვის ფსიქო-სოციალური გარემოს მახასიათებლები (ოჯახური, სკოლის, თანატოლების, დამხმარე ორგანიზაციების).

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოლოგიური პრობლემების განმაპირობებელი ფაქტორების სტრუქტურა, შეიძლება, შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ:

ბავშვთა ფსიქოლოგიური პრობლემების პრედისპოზიციური, დამაჩქარებელი, შემანარჩუნებელი და დამცავი ფაქტორები
ა. კარის მიხედვით (1998)

პრედისპოზიციური ფაქტორები

პერსონალური პრედისპოზიციური ფაქტორები

ბიოლოგიური:

- გენეტიკური მოწყვლადობა;
- პრე- და პოსტნატალური გართულებები;

- ადრეული ასაკის ინსულტები, ტრავმები და ავადმყოფობა.

ფსიქოლოგიური:

- დაბალი ინტელექტი;
- რთული ტემპერამენტი;
- დაბალი თვითშეფასება;
- კონტროლის გარეგანი ლოკუსი.

კონტაქტუალური პრედიკციური ფაქტორები

ადრეულ ბავშვობაში ბავშვი-მშობლის ურთიერთობის ფაქტორები:

- მიჯაჭვულობის პრობლემები;
- ინტელექტუალური განვითარების სტიმულირების ნაკლებობა;
- ავტორიტარული მშობლები;
- გულგრილი მშობლები;
- ყველაფრის ნებადამრთველი მშობლები;
- არათანმიმდევრული დისციპლინა;

ბავშვის ადრეულ ასაკში ოჯახური პრობლემების არსებობა

- მშობლების ფსიქოლოგიური პრობლემები;
- მშობლების ალკოჰოლიზმი და ნარკომანია;
- მშობლების კრიმინალურობა;
- ცოლ-ქმრული უთანხმოებანი და ძალადობა;
- ოჯახური დეზორგანიზაცია;
- დელიქვანტური და-ძმა.

ადრეული ბავშვობის სტრესი;

- განშორება;
- ახლობლის დაკარგვა;
- ძალადობა;
- ინსტიტუციონალური აღზრდა;
- არახელსაყრელი სოციალური პირობები.

დამაჩქარებელი ფაქტორები

- მწვავე ცხოვრებისეული სტრესი;
- ტრავმა, ავადმყოფობა;
- ძალადობა;
- ცემა;
- ახლობლის დაბადება ან დაკარგვა;
- ცხოვრებისეული ციკლის გარდამავალი პერიოდები;
- სკოლის გამოცვლა;
- თანატოლების ან მეგობრების დაკარგვა;
- ახლობლებთან განშორება ან მშობლების გაყრა;
- მშობლების უმუშევრობა;
- საცხოვრებელი ადგილის გამოცვლა;
- ეკონომიკური სირთულეები.

შემანარჩუნებელი ფაქტორები

პარსონალური შემანარჩუნებელი ფაქტორები

ბიოლოგიური ფაქტორები

- ფსიქოფიზიოლოგიური სისტემების დეზინტეგრაცია

ფსიქოლოგიური ფაქტორები

- დაბალი თვით-ეფექტურობა;
- დისფუნქციური ატრიბუციული სტილი;
- დაცვის მოუმწიფებელი მექანიზმები;
- დისფუნქციური დაძლევის სტრატეგიები.

კონტექსტუალური შემანარჩუნებელი ფაქტორები

მკურნალობის სისტემის ფაქტორები:

- ოჯახის მიერ პრობლემის იგნორირება;
- პრობლემის გადაწყვეტისადმი ამბივალენტურობა;
- პრობლემასთან გამკლავებაში ოჯახის გამოუცდელობა;
- ოჯახის მიერ დიაგნოზისა და მკურნალობის დაგეგმვის უარყოფა;
- მკურნალობაში ჩართულ პროფესიონალებს შორის კოორდინაციის არარსებობა.

ოჯახის სისტემის ფაქტორები:

- პრობლემური ქცევის უნებლიე განმტკიცება;
- არამდგრადი მიჯაჭვულობა;
- ძალადობრივი ურთიერთობა და ავტორიტარული აღზრდა;
- ოჯახის გათიშულობა და პრობლემისადმი გულგრილი და-მოკიდებულება;
- ჭარბი მზრუნველობა და ყველაფრის ნებადამრთველი აღზრდა;
- არათანმიმდევრული დისციპლინა;
- ბუნდოვანი კომუნიკაცია ოჯახის წევრებს შორის;
- ტრიანგულაცია;
- ქაოტური ოჯახი;
- ცოლ-ქმრული უთანხმოებანი;
- არასრული ოჯახი, მშობლების განქორწინება.

მშობლების ფაქტორები:

- მშობლებს მსგავსი პრობლემა აქვთ;
- მშობლების ფსიქოლოგიური პრობლემები ან კრიმინალურობა;
- ბავშვის განვითარებისადმი არაადეკვატური მოლოდინები;
- მშობლების დაბალი თვითშეფასება;
- მშობლების კონტროლის გარეგანი ლოკუსი;
- მშობლების დაბალი თვით-ეფექტურობა;
- დეპრესიული ან ნეგატიური ატრიბუციული სტილი;
- მოუმნიფებელი დაცვის მექანიზმები;
- დისფუნქციური დაძლევის სტრატეგიები;

სოციალური კავშირების ფაქტორები:

- მწირი სოციალური მხარდაჭერა;
- ძლიერი ოჯახური სტრესი;
- სოციალური წარუმატებლობა;
- ბავშვისათვის არაადეკვატური საგანმანათლებლო სივრცე;
- დასაქმების მცირე შესაძლებლობა;
- ძალადობა საინფორმაციო საშუალებებში.

დამცავი ფაქტორები

პერსონალური დამცავი ფაქტორები

ბიოლოგიური ფაქტორები:

- კარგი ფიზიკური ჯანმრთელობა;

ფსიქოლოგიური ფაქტორები

- ინტელექტის მაღალი კოეფიციენტი;
- ახალ გარემოსთან იოლი ადაპტაცია;
- მაღალი თვითშეფასება;
- კონტროლის შინაგანი ლოკუსი;
- მაღალი თვით-ეფექტურობა;
- ოპტიმისტური ატრიბუციული სტილი;
- დაცვის მომნიშვნელოვანი მექანიზმები;
- დაძლევის ფუნქციური სტრატეგიები.

კონტაქტუალური დამცავი ფაქტორები

მკურნალობის სისტემის ფაქტორები:

- ოჯახის მიერ პრობლემის მიმღებლობა;
- ოჯახის მიერ პრობლემის გადანაცვებაზე ვალდებულების აღება;
- ოჯახის მსგავს პრობლემასთან გამკლავების გამოცდილება;
- ოჯახის მიერ დიაგნოზისა და მკურნალობის გეგმის მიმღებლობა;
- ოჯახსა და პროფესიონალებს შორის კარგი კოორდინაცია.

ოჯახის სისტემის ფაქტორები:

- უსაფრთხო მიჯაჭვულობა;
- ავტორიტარული აღზრდა;
- მკაფიო, ცხადი ოჯახური კომუნიკაცია;
- მოქნილი ოჯახური ორგანიზაცია;
- მამის ჩართულობა;
- ცოლ-ქმრული თანხმობისა და კმაყოფილების მაღალი ხარისხი.

მშობლების ფაქტორები:

- ბავშვის განვითარებისადმი ადეკვატური მოლოდინები;
- მშობლების ადეკვატური თვითშეფასება;
- მშობლების კონტროლის შინაგანი ლოკუსი;
- მშობლების მაღალი თვით-ეფექტურობა;

- ოპტიმისტური ატრიბუციული სტილი;
- მომნიშვნელოვანი დაცვის მექანიზმები;
- ფუნქციური დაძლევის სტრატეგიები.

სოციალური კავშირების ფაქტორები:

- ძლიერი სოციალური მხარდაჭერა;
- ბავშვისათვის ადეკვატური საგანმანათლებლო სივრცე;
- მაღალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი.

ასაკობრივი განვითარების მახასიათებლებისა და განვითარების დარღვევის სიმპტომების მიმართება

განვითარების დარღვევის დიაგნოსტიკისას დიდი მნიშვნელობა აქვს დიზონტოგენეზის სიმპტომებისა და ნორმალური განვითარების ასაკობრივი ნიშნების დიფერენცირებას. ნორმალური განვითარების სხვადასხვა პერიოდში ბავშვი განსხვავებულად რეაგირებს გარემოს მავნე ზემოქმედებაზე. ბუნებრივია, განვითარების დარღვევის შემთხვევაშიც, დიზონტოგენეზის სიმპტომებთან ერთად, სახეზეა ბავშვის ასაკობრივი განვითარებისათვის დამახასიათებელი ნიშნებიც.

განასხვავებენ ნერვულ-ფსიქიკური რეაგირების ოთხ ტიპს (ვ. კოვალიოვი, 1979):

- რეაგირების სომატო-ვეგეტატიური დონე (0-3 წელი) – ხასიათდება ვეგეტატიური სიმპტომებით, როგორიცაა ძილის, მადის, კუჭ-ნაწლავის ფუნქციონირების დარღვევები, სხეულის ტემპერატურის მატება;
- რეაგირების ფსიქომოტორული დონე (4-10 წელი) – ხასიათდება სხვადასხვა წარმოშობის ჰიპერდინამიკური ტიპის დარღვევებით, როგორიცაა ფსიქომოტორული აგზნება, ტიკები, ენა-ბორძიკობა, ენურეზი;
- რეაგირების აფექტური დონე (7-12 წელი) – ხასიათდება სხვადასხვა სახის შიშებით, იოლი აფექტური აგზნებადობით, ნეგატივიზმისა და აგრესიის გამოვლინებებით;
- რეაგირების ემოციურ-იდეატორული დონე (12-16 წელი) – ხასიათდება პუბერტატის ასაკისათვის ჩვეული თავისებურებებით.

რეაგირების აღნიშნული დონეები, როგორც წესი, კონკრეტულ

ასაკობრივ პერიოდებს შეესაბამება, თუმცა, ყოველ ასაკობრივ ჯგუფში, შესაძლებელია, მეტ-ნაკლები ხარისხით გამოვლინდეს რეაგირების ოთხივე დონე. ამიტომ გარემოს მავნე ზემოქმედებაზე რეაგირების ზემოაღნიშნული ტიპით დაყოფა პირობითია, რადგან ასეთ შემთხვევებში ასაკის შესაბამისი **რეაგირების ტიპის უპირატესობაზეა** საუბარი. განვითარების დარღვევების შეფასებისას, ასევე, მნიშვნელოვანია კრიტიკული ასაკობრივი პერიოდებისათვის დამახასიათებელი თავისებურებების გათვალისწინებაც; კრიტიკული, კრიზისული ანუ სენზიტიური პერიოდი წარმოადგენს განვითარების ერთი საფეხურიდან მეორეზე გადასვლის შუალედურ სტადიას. ამ დროს ჩნდება ბავშვის უკვე შეძენილ, დაუფლებულ უნარებსა და გარემოს გაზრდილ მოთხოვნებს შორის კონფლიქტი. გარემოსთან ბავშვი უკვე ველარ ურთიერთობს ძველი საშუალებებით, ახალი უნარები კი ჯერ ისევ ჩამოყალიბების პროცესშია. ასეთ შემთხვევებში, შეიძლება, რეგრესი, ანუ წინა ასაკობრივ საფეხურზე დროებითი ჩამოცურების ფენომენი განვითარდეს. ნორმალური განვითარების ეს კანონზომიერება აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული ანომალური განვითარების შეფასების დროს.

ბავშვის ფსიქიკური ფუნქციების და უნარების ნორმალური განვითარების კანონზომიერება და დარღვევა

ფუნქციის და განვითარების შეფასებისას დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქიკური უნარის ჩამოყალიბების პროცესის რომელ ეტაპზე მოხდა მავნე ზემოქმედება. ამის მიხედვით შესაძლებელია იმის დადგენა, თუ განვითარების რა სახის ანომალიასთან შეიძლება გვეკონდეს საქმე. ფსიქიკური ფუნქციის და უნარის მომწიფების სამი ძირითადი ეტაპი გამოიყოფა: აღმოცენება, ჩამოყალიბება და განმტკიცება (Dennis, Burnes, 1994). უნარის მომწიფებაში შესაძლებელია გამოდიფერენცირდეს შემდეგი ასპექტები:

აღმოცენება:

აღმოცენების დრო — განვითარების ის ეტაპი, როდესაც პირველად ვლინდება კონკრეტული უნარი. ის შეიძლება იყოს დროული ან დაგვიანებული.

თანმიმდევრობა — უნარის აღმოცენების დრო სხვა უნარებთან მიმართებაში: რა თანმიმდევრობით ხდება კონკრეტული უნარის პირველი გამოვლინება. ის შეიძლება იყოს

ნორმალური ან დარღვეული, რაც გულისხმობს უნარის აღმოცენების თანმიმდევრობის არევის სხვა უნარებთან მიმართებაში.

განვითარება:

ჩამოყალიბების ტემპი — უნარის განვითარების სისწრაფეა. ის შეიძლება იყოს ნორმალური, ან დროში გახანგრძლივებული.

სტრატეგია — უნარის გამოყენების გზა და საშუალებები. ის შეიძლება იყოს ჩვეული, ნორმალური ან შემოვლითი, რაც გულისხმობს უნარის გამოყენების ატიპურ, არაეფექტურ გზას.

გავარჯიშება — გულისხმობს საბოლოო კომპეტენციის მიღწევას, როდესაც უნარის ფუნქციონირება შედეგიანია და დიდ ძალისხმევას აღარ მოითხოვს. ის შეიძლება იყოს ნორმალური ან დეფიციტური — ამ დროს არ ხდება უნარის სრული ჩამოყალიბება და მის განხორციელებას დიდი ძალისხმევა ესაჭიროება.

განმტკიცება:

კონტროლი — უნარის კონტროლი გულისხმობს მის სრულად გამოყენების შესაძლებლობას მოკლე დროში შეფერხების გარეშე. კონტროლი შეიძლება იყოს ნორმალური ან სიმპტომური, რაც მიუთითებს უნარის დროებით დაქვეითებასა და დარღვევაზე.

შენარჩუნება — გულისხმობს უნარის ხანგრძლივად შენახვასა და გამოყენებას. ის შეიძლება იყოს ნორმალური ან დარღვეული, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ვერ ხერხდება განვითარებული უნარის ხანგრძლივად შენახვა.

განვითარების დარღვევის დიაგნოსტიკისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, თუ რა პერიოდში აღინიშნა ამა თუ იმ უნარის ასაკისათვის შეუსაბამო განვითარება და რა იყო მისი ქცევითი გამოვლინებები. ეს გვაძლევს ინფორმაციას ბავშვის არა მხოლოდ დეფიციტის, არამედ მისი შესაძლებლობების შესახებ და მეორეს მხრივ გვეხმარება დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების ადეკვატურად გამოყენებაში.

განვითარების ფსიქოპათოლოგიის მოდელები

განვითარების ფსიქოპათოლოგიის მრავალფეროვანი თეორიებიდან სამი ძირითადი პროტოტიპული მოდელია გამოყოფილი: ნიშნების მოდელი, გარემოს მოდელი და ინტერაქციული მოდელი.

განვითარების დარღვევების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის მიხედვით ეს მოდელები მრავალი ვარიაციის სახით გვხვდება.

ნიშნების ანუ სტატუსის მოდელს სამედიცინო მოდელსაც უწოდებენ. მისი ძირითადი დებულება შემდგომში მდგომარეობს: დროის კონკრეტული პერიოდისათვის არსებული ნიშნებითა და სტატუსით შესაძლებელია ბავშვის შემდგომი პერიოდის სტატუსის წინასწარმეტყველება. ეს მოდელი არ არის ინტერაქციული ტიპის და, აქედან გამომდინარე, გარემოს გავლენის ეფექტს არ განიხილავს. ამ მოდელში განიხილება ისეთი შემთხვევები, როდესაც გარკვეული ნიშანი შეიძლება კიდევ ურთიერთქმედებდეს გარემოსთან, მაგრამ იგი გარემოს გავლენით არ იცვლებოდა. ნიშნების ტრანსფორმაცია რთული ფენომენია. ნიშნები, შეიძლება, მოიცავდეს პროცესებს, დაძლევის უნარებს, რეაგირების ტენდენციებს, ტემპერამენტს, გენეტიკურ კოდებს და ა.შ. ამასთან, ნიშნები, შეიძლება, სწავლის პროცესში იქნას შეძენილი ინტერაქციის შედეგად. შეძენის შემდეგ იგი შედარებით უცვლელად რჩება და შემდეგი ინტერაქციის მერე არ ხდება მისი ტრანსფორმაცია.

გენეტიკური და ბიოლოგიური მიზეზების შედეგად აღმოცენებული ფსიქოპათოლოგიური პრობლემების გასარკვევად ეფექტურია ნიშნების მოდელი და მას ხშირად იყენებენ ფსიქიკური დაავადებების გენეტიკური მიზეზების კვლევისას. კონკრეტული ნიშანი პათოლოგიის კონკრეტული ტიპის გამომწვევია. ბავშვს, რომელიც ერთი ან რამდენიმე გენის ცვლილებითაა დაბადებული, ფსიქოპათოლოგიის ნიშნები მოგვიანებით უვლინდება. ამ შემთხვევაში პოტენციურ შედეგებზე გარემოს ზეგავლენის როლი უმნიშვნელოა. ამ მოდელს ნაკლიც გააჩნია:

- ფსიქოპათოლოგია შეიძლება არ გამოვლინდეს იმ პირებში, რომლებიც კონკრეტული სტატუსის, ან ნიშნის მატარებელნი არიან. მაგ.: შიზოფრენიით დაავადებული მშობლების შვილს შიზოფრენია, შეიძლება, არ განუვითარდეს; მყიფე X სინდრომის მქონე ქალებს, შეიძლება, არ გამოუვლინდეთ დარღვევები, ისევე, როგორც ფენილკეტონურიის გენური მუტაციის მქონე ყველა პირს, შეიძლება, არ აღენიშნოს ფსიქოპათოლოგია ან განვითარების პრობლემები.

გარემოს მოდელი. ქცევაზე გავლენას ახდენს წარსული გამოცდილებაც. დროის კონკრეტულ მომენტში ზოგიერთი გარემო ფაქტორი მნიშვნელოვნად მოქმედებს ქცევაზე. მაგალითად, ადრეული ასაკის პერიოდში გარემოს ნეგატიური გავლენა ბევრად მნიშვნელოვანია, ვიდრე მოგვიანებით ასაკში. ასევე, ბავშვის განვითარებაზე მასტიმულირებელი და ყურადღებიანი გარემო დაბადებიდან პირველ წელს უფრო დადებითად მოქმედებს, ვიდრე მეორე წელს. ბავშვის კონკრეტული გამოცდილება შემდგომში ახდენს გავლენას მის ქცევასა და გარემოსადმი რეაგირებაზე.

ინტერაქციული მოდელი. ამ მოდელის მიხედვით (Lewis, 1972; Sameroff, Chandler, 1975) ბავშვის განვითარებაზე გავლენას ახდენს როგორც გარემო, ასევე ბავშვისთვის დამახასიათებელი ნიშნები. ბავშვის განვითარებაში ცვლილება ამ ორი ფაქტორის ფუნქციაა. განვითარების აღნიშნული მოდელის ცენტრალური საკითხია ტრანსფორმაცია. განარჩევენ ინტერაქციული მოდელის ორ ვარიანტს. პირველ შემთხვევაში ახალ ქცევებს ნიშნისა და გარემოს ურთიერთქმედება იწვევს და ამ ურთიერთქმედების შედეგად არ იცვლება არც ნიშანი, არც გარემო. ამ მოდელის მიხედვით ახალი ქცევები აღმოცენდება ძველი ქცევებისა და გარემოსთან მათი ინტერაქციის საფუძველზე; მაგრამ, ეს მხოლოდ ახალი ქცევების ძველ რეპერტუარზე დამატებაა. მეორე შემთხვევაში ახალი ქცევები აღმოცენდება გარემოსა და ნიშნის ურთიერთქმედებით, რის შედეგადაც იცვლება როგორც გარემო, ისე ნიშანი. ამ უკანასკნელ მიდგომას ლ. ვიგოტსკის მოდელი (1982) ეკუთვნის.

მორგების მოდელი (Thomas, Chess, 1977; Lerner, 1984). ამ მოდელის ძირითადი დებულების საფუძველია ბავშვის პრობლემების მახასიათებლებსა და გარემოს მოთხოვნებს შორის შეუთავსებლობა. შეგუების პრობლემები არა ბავშვის ბუნებაში, ან გარემოს მოთხოვნებშია, არამედ მათ შეუთავსებლობაში. მორგების მოდელის მიხედვით ფსიქოპათოლოგია ბავშვის ნიშნებისა და გარემოს შეუსაბამობის შედეგს წარმოადგენს.

ლ. ვიგოტსკის მოდელი. ანომალური ონტოგენეზური განვითარების შესასწავლად გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს განვითარების ორი ფაქტორის – ბიოლოგიურისა და სოციალურ-ფსიქოლოგიურის ურთიერთმოქმედების გათვალისწინებას. განვითარების პროცესში იცვლება ფსიქიკური აქტივობის უზრუნველყოფის ნერვული მექანიზმები, ხოლო ბიოლოგიური და სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორების ურთიერთქმედება ცვლის ბავშვის

ქცევას; ბავშვის გამოცდილება იცვლება გარემოსთან აქტიური ურთიერთმოქმედების პროცესში.

ვ. ლებედინსკიმ ლ. ვიგოტსკის დებულებებზე დაყრდნობით გამოყო ფსიქიკური განვითარების დარღვევის განმსაზღვრელი შემდეგი პარამეტრები:

- **დარღვევის ფუნქციური ლოკალიზაცია.** ლოკალიზაციის მიხედვით გამოიყოფა კერძო და ზოგადი დეფიციტი. კერძო დეფიციტი ფსიქიკური ფუნქციების (გნოზისის, პრაქსისის, მეტყველების), ხოლო ზოგადი დეფიციტი რეგულატორული სისტემების დარღვევას გულისხმობს, რაც ფსიქიკური აქტივაციის დონის, ყურადღების კონცენტრაციის, ემოციური სფეროს რეგულაციის, მოქმედების დაგეგმვისა და კონტროლის დარღვევებში ვლინდება.
- **დაზიანების დრო.** განვითარების დარღვევის ტიპი დამოკიდებულია ნერვული სისტემის დაზიანების პერიოდზე. დროითი ფაქტორის ქვეშ არა მხოლოდ დაზიანების მომენტი, არამედ ონტოგენეზში მოცემული ფუნქციის განვითარების პერიოდის ხანგრძლივობაც იგულისხმება. ბავშვის განვითარების პროცესში ფსიქიკური ფუნქციების ჩამოყალიბებისათვის განსხვავებული დროა საჭირო. ზოგიერთ ფუნქციას განვითარების ხანმოკლე ციკლი აქვს, ზოგს კი - ხანგრძლივი. ასე რომ, ონტოგენეზში ფსიქიკური ფუნქციები ჰეტეროქრონულად ვითარდება ანუ ფუნქციათა ჩამოყალიბება ერთდროულად კი არ ხდება, არამედ, თითოეულ მათგანს განვითარების მისთვის დამახასიათებელი დროითი ციკლი აქვს. მაგალითად, მოტორული ფუნქციის ჩამოყალიბებას ხანგრძლივი პერიოდი სჭირდება – დაბადებიდან 7 წლამდე, მაშინ, როცა მხედველობითი და ტაქტილური ალქმის ჩამოყალიბების ციკლი უფრო ხანმოკლეა – 3 წლამდე. ამავე დროს, განვითარების ყოველ ეტაპზე რომელიმე ფსიქიკური ფუნქციის ჩამოყალიბება დროში წინ უსწრებს სხვა ფუნქციების განვითარებას. მაგ.: ონტოგენეზის ადრეული პერიოდის წამყვანი ფუნქციაა ალქმისა და მეტყველების განვითარება და ამ ფუნქციების ჩამოყალიბება წინ უსწრებს პრაქსისის განვითარებას. განვითარების ადრეულ საფეხურზე ალქმის წამყვანი როლი პიაჟეს ცნობილ ფენომენებში ვლინდება. შემდგომში მიმდინარეობს საგნობრივი მოქმედებების უნარისა და პრაქსისის განვითარება. მოტორულ აქტივობაში სიტყვის მარეგულირებელი როლის გაზრდა იწვევს ალქმის,

მეტყველების, ნებით მოტორულ ქმედებათა შორის ფუნქციური ურთიერთობის მნიშვნელოვან ცვლილებას.

დროის პარამეტრში, ასევე, იგულისხმება განვითარების სენზიტორი პერიოდებიც. გარემოს მავნე ზემოქმედების მიმართ ზღურბლი განსაკუთრებით დაბალია 0-3 წლამდე და 11-15 წლის ასაკში. ამ პერიოდებში განსაკუთრებით ხშირია რეგრესის მოვლენა. რეგრესი შეიძლება განიცადოს არა მხოლოდ ჩამოყალიბების პროცესში მყოფმა, არამედ უკვე ჩამოყალიბებულმა ფუნქციებმაც. აუცილებელია რეგრესის მოვლენისა და განვითარების დარღვევის განსხვავება, რადგანაც პირველ შემთხვევაში ფუნქციის განვითარების წინა დონეზე გადასვლა ხდება, ხოლო მეორე შემთხვევაში – ფუნქციის უხეში, ან ნაწილობრივი დარღვევა.

განვითარებაში ჩამორჩენა არასდროს არაა ერთნაირი. ნერვული სისტემის დაზიანება, პირველ რიგში, იმ ფსიქიკური ფუნქციების განვითარების დარღვევას იწვევს, რომლებიც ამ კონკრეტულ მომენტში იმყოფება ჩამოყალიბების სენზიტორ პერიოდში და განსაკუთრებულად მოწყვლადია.

- **ურთიერთმიმართება პირველად და მეორად დეფექტებს შორის.**

ლ. ვიგოტსკის მიხედვით დეფექტს სისტემური აგებულება აქვს. პირველადი დეფექტი უშუალოდ უკავშირდება ანომალური განვითარების ბიოლოგიურ ფაქტორებს (მაგ. სმენის და მხედველობის დაზიანება, ბავშვთა ცერებრული დამბლა, გენეტიკური დარღვევები, თავის ტვინის დაზიანება და ა.შ.); მეორადი დეფექტი კი პირველადი დეფექტით განპირობებული ანომალური განვითარების პროცესის შედეგია. მაგ.: სმენის დაქვეითება შეიძლება იყოს პირველადი დეფექტი, ხოლო მეორადი დეფექტის სახით წარმოჩინდება მეტყველების განვითარების პრობლემები და კომუნიკაციური ფუნქციის დარღვევა. მეორადად შეიძლება დაირღვეს ის ფსიქიკური ფუნქციებიც, რომლებიც დაზიანების მომენტში განვითარების სენზიტორ პერიოდში იმყოფება. მაგ.: სკოლამდელ ასაკში განსაკუთრებით მოწყვლადია ნებითი მოტორიკა და მეტყველება, ამიტომ სხვადასხვა დაზიანებისა და განსხვავებული პირველადი დეფექტების შემთხვევაში ხშირია მათი განვითარების დარღვევა.

- **ფუნქციათაშორისი კავშირების დარღვევა.** ონტოგენეზში ფუნქციები არა იზოლირებულად, არამედ ერთმანეთთან ურთიერთკავშირში ვითარდება. ნორმალური განვითარების პროცესში ფუნქციას, შეიძლება, რამდენიმე სახის კავშირი ჰქონდეს სხვა ფუნქციებთან:

1. **ფუნქციის დროებითი დამოუკიდებლობით** ხასიათდება ონტოგენეზის ადრეული ეტაპი. მაგალითად, ლ. ვიგოტსკის მიხედვით, 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში მეტყველებისა და აზროვნების განვითარება ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად მიმდინარეობს, ასევე ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელია მეტყველების ფონეტიკური და აზრობრივი მხარეების განვითარების პროცესებიც.
2. **ფუნქციის ასოციაციური კავშირებიც** განვითარების ადრეულ ეტაპებს ახასიათებს. დროსა და სივრცეში სიახლოვის მიხედვით, სხვადასხვა მოდალობის შთაბეჭდილებები ერთ მთლიან ასოციაციურ კომპლექსებად ერთიანდება. შეიძლება, ეს ასოციაციური კომპლექსები სხვადასხვა სირთულის იყოს, თუმცა, ასეთი სახის კავშირები ფსიქიკური ფუნქციების სუსტ დიფერენციაციაზე მიუთითებს.
3. **ფუნქციათა შორის იერარქიული კავშირები** ყალიბდება საგნობრივი მოქმედებების დაუფლებისა და სოციალური ურთიერთობის პროცესში. ფუნქციათა შორის იერარქიული და მრავალდონიანი კავშირები გულისხმობს ფუნქციის წამყვანი, მარეგულირებელი და ფონური, ტექნიკური დონეების გამოდიფერენცირებას; ფუნქციის განხორციელებაში ყოველ მათგანს შესატყვისი დანიშნულება გააჩნია.

ნორმალური სისტემოგენეზის პირობებში სახეზეა ყველა ტიპის კავშირი, რომლებიც ასახავენ ფსიქიკური ფუნქციების ფუნქციური ორგანიზაციის სხვადასხვა დონეებს. ფსიქიკური ფუნქციების გართულება თუ ფუნქციური სტრუქტურის შეცვლა გარკვეული ქრონოლოგიური თანმიმდევრობით მიმდინარეობს და ჰეტეროქრონიის კანონს ემორჩილება.

განვითარების დაღვევისას ადგილი აქვს ფუნქციათა შორის კავშირების დარღვევას. მაგ.: როდესაც ფუნქცია მოწყვეტილია სხვა ფსიქიკურ ფუნქციებს და დამოუკიდებლად ვითარდება, ფუნქციის დროებით დამოუკიდებლობას მისი იზოლირებული განვითარება ცვლის. განვითარების დარღვევის დროს ასოციაციური კავშირები მაღალი ინერტულობით ხასიათდება, რის შედეგადაც ხდება მათი პათოლოგიური ფიქსაცია, ვეღარ ხერხდება ფუნქციის გართულება და მისი იერარქიულ კავშირებში ჩართვა. ირღვევა ფუნქციათა განვითარების ჰეტეროქრონულობის კანონი და ადგილი აქვს ასინქრონიას, ანუ განვითარების დისპროპორციას; ერთი ფუნქციის განვითარების ციკლის დარღვევა იწვევს

სხვა ფსიქიკური ფუნქციების განვითარების დეფიციტს. შეიძლება, ადგილი ჰქონდეს განვითარების ცალკეული პერიოდის ჩამორჩენას ანუ რეტარდაციას; ან ცალკეული ფუნქციების ნაადრევ, იზოლირებულ განვითარებას – აქსელერაციას.

აღნიშნული მექანიზმები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ სხვადასხვა სახის განვითარების დარღვევის ჩამოყალიბებაში.

განვითარების ფსიქოპათოლოგიის შეფასება

განვითარების დარღვევების დიაგნოსტიკაში ცენტრალურ საკითხს წარმოადგენს ბავშვთა პრობლემებისა და შესაძლებლობების შეფასება. შეფასების პროცედურის დროს ხდება დარღვევის ტიპის განსაზღვრა, ბავშვის ინდივიდუალური პრობლემის იდენტიფიკაცია, ინტერვენციის (ჩარევის) შერჩევა და შედეგების განჭვრეტა.

იმის მიხედვით, თუ ვისთან ურთიერთობს, ბავშვის ქცევა იცვლება სიტუაციურად. ამიტომ, შეფასებისათვის მხოლოდ ერთი პროცედურის გამოყენება არ იქნება მართებული; ბავშვის შეფასებისას ასევე მიზანშეუწონელია ინფორმაციის მხოლოდ ერთი წყაროს გამოყენება. ინფორმაციის მიღება მეტად მნიშვნელოვანია იმ პირებისგან, ვინც სხვადასხვა სიტუაციაში და პირობებში ურთიერთობს ბავშვთან. ამავე დროს, აუცილებელია, შეფასების, როგორც მრავალგანზომილებიანი სისტემის განსაზღვრა, რომლის მიზანია სხვადასხვა სფეროში და პირობებში ბავშვის სუსტი და ძლიერი მხარეების იდენტიფიკაცია. ასეთი მრავალმხრივი შეფასება საშუალებას იძლევა დავინახოთ თუ ინტერვენციის როგორი სახეა საჭირო მოცემულ კონტექსტში. ერთსა და იმავე ბავშვთან ინტერვენციის ტიპის შერჩევა კონტექსტის გათვალისწინებით უნდა მოხდეს. ბ. აშენბახი ბავშვის დამაკმაყოფილებელი შეფასების მიზნით გამოყოფს 5 განზომილებას. თითოეული განზომილების ფარგლებში გამოიყენება შესაბამისი ინსტრუმენტები. აღსანიშნავია, რომ განვითარების სხვადასხვა პერიოდისათვის ყველა განზომილება თანაბრად მნიშვნელოვანი არ არის.

მრავალგანზომილებიანი შეფასების მოდელი გულისხმობს: მშობლის ანგარიშს, მასწავლებლის ანგარიშს, კოგნიტურ შეფასებას, ფიზიკურ შეფასებასა და უშუალოდ ბავშვზე დაკვირვებას.

ბავშვის შეფასების მიზანია მისი სირთულეებისა თუ პოტენ-

ციური შესაძლებლობების იდენტიფიკაცია და დახმარების სტრატეგიის განსაზღვრა. რაიმე სისტემის მიხედვით იდენტიფიკაციის ნებისმიერი ფორმა სხვადასხვა მდგომარეობის ერთმანეთისაგან განსხვავების მიზნით კატეგორიზაციასა და კლასიფიკაციას ეფუძნება. ამიტომ, ბავშვის მდგომარეობის იდენტიფიკაცია და მისი სხვა ბავშვის მდგომარეობისაგან განსხვავება შეუძლებელია კლასიფიკაციის გარეშე. კლასიფიკაცია კი მხოლოდ კონკრეტული კრიტერიუმების საფუძველზეა შესაძლებელი და ტაქსონომიას გულისხმობს.

ტაქსონომია კლასიფიკაციის მეცნიერებაა, რომელიც გარკვეული წესით ჯგუფის ელემენტების (ტაქსონების) ქვეჯგუფებად (ტაქსებად) გამოყოფას გულისხმობს ისე, რომ ამ ქვეჯგუფებს მკაფიო საზღვრები ჰქონდეს და სხვადასხვა ქვეჯგუფში შემავალი ელემენტები არ ფარავდნენ ერთმანეთს. პრაქტიკაში ტაქსონომია უნდა იყოს მარტივი და ადვილად გამოსაყენებელი.

კლასიფიკაციის ფუნქცია

ადამიანის განვითარების დარღვევების კლასიფიკაციას შემდეგი დანიშნულება აქვს:

- უზრუნველყოფს თეორიის, გაგებისა და ახსნის საფუძვლებს;
- აღწერს მდგომარეობას და ხელს უწყობს მის შესახებ ინფორმაციის შეკრებას;
- უზრუნველყოფს სტანდარტულ ლექსიკონს, სახელდების საერთო სისტემას მოვლენების, ნიშნებისა და სიმპტომების აღსანიშნავად;
- განსაზღვრავს ცხოვრებისეულ მოვლენებსა და დარღვეულ მდგომარეობებს შორის კავშირს;
- ახდენს მდგომარეობის წინმსწრები და შემდგომი მოვლენების იდენტიფიკაციასა და ხელს უწყობს მკურნალობის ტიპის განსაზღვრას;
- იძლევა პროგნოზისა და მდგომარეობის კონტროლის საშუალებას.

მიდგომები შეფასებისადმი

განასხვავებენ კლასიფიკაციის *აღწერით*, *დიაგნოსტიკურ* და *მულტივარიაციულ მიდგომებს*. მათ შესაფასებლად ყველა შემთხვევაშია აუცილებელი იმ კრიტერიუმების გათვალისწინება, რომელთა საფუძველზეც ფასდება აღნიშნული მიდგომა.

დიაგნოსტიკა ხორციელდება სიმპტომების, ნიშნების აღწერით და ამ სიმპტომების კონკრეტულ სინდრომში გაერთიანებით. ეს პროცესი საკმაოდ რთულია, რადგან მსგავსი სიმპტომები ახასიათებს განსხვავებულ სინდრომებს. დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა იმ საერთო ფაქტორის მოძიება, რომელიც სიმპტომებს სინდრომში გააერთიანებს და კონკრეტული დიაგნოზის ფარგლებში მოაქცევს. დიაგნოზი წარმოადგენს მდგომარეობის შესახებ დასკვნას სისწორის გარკვეული ალბათობის ხარისხით, რაც დამოკიდებულია აღნიშნული მდგომარეობის შესახებ ცოდნასა და ემპირიულ ფაქტებზე. სიტყვა „დიაგნოზი“ ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს „განსხვავებას“ ან „ორს შორის გარჩევას“.

დიაგნოსტიკური დასკვნები ვალიდური, ანუ ვარგისიანი უნდა იყოს, შესაბამისად უნდა არსებობდეს მათი ვალიდობის დადგენის გზები. როდესაც დიაგნოზის დადგენა საფეხურებრივად ხდება და მკურნალობა ინიშნება, აუცილებელია, რომ იგი მოიცავდეს მისი წინმსწრები მოვლენებისა და გამონეული შედეგების აღწერას; შესაბამისად, დიაგნოსტიკური პროცესი შემდეგ ნაბიჯებს გულისხმობს:

- მდგომარეობის „პათოგენეზის“ ან ეტიოლოგიის აღწერა – იდენტიფიკაცია, თუ როგორ და რა მიზეზით აღმოცენდა მდგომარეობა;
- მდგომარეობის განვითარების შესაძლებელი მიმართულების განსაზღვრა;
- დიაგნოზი – დასკვნა მოცემული მდგომარეობის შესახებ, იმის განსაზღვრა, თუ რა დაავადება აქვს პაციენტს;
- მკურნალობის განსაზღვრა კონკრეტული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით;
- პროგნოზი – როგორ განვითარდება მდგომარეობა მკურნალობის ფონზე და მისი შეწყვეტის შემდეგ;
- ადეკვატური მკურნალობის გაგრძელება;
- დიაგნოზის შემოწმება შედეგების შეფასებით.

აღწერიითი მიდგომა

ამჟამად გავრცელებულია ორი საერთაშორისო სადიაგნოსტიკო სისტემა – **DSM-IV**, ამერიკული და **ICD-10**, საერთაშორისო, შემუშავებული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ.

DSM-IV მრავალგანზომილებიანი კატეგორიალური სისტემაა. სხვადასხვა მდგომარეობის განმასხვავებელი სიმპტომები და ნიშნები 5 განზომილებაზეა აღწერილი.

I განზომილება – კლინიკური სინდრომები. ამ განზომილებაზე აღწერილია სხვადასხვა ფსიქიური აშლილობები და მათი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები გარდა პიროვნული აშლილობებისა და გონებრივი ჩამორჩენილობისა.

II განზომილება – პიროვნული აშლილობები; გონებრივი ჩამორჩენილობა. ამ განზომილებაზე აღწერილია პიროვნული აშლილობები და გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ხარისხების მიხედვით.

III განზომილება – ზოგადი სამედიცინო მდგომარეობა. ამ განზომილებაზე მოცემულია სხვადასხვა დაავადებები, რომლებიც არ კლასიფიცირდება როგორც ფსიქიური აშლილობა. ამავე დროს, მრავალი სომატური თუ ნერვული დაავადება შეიძლება მნიშვნელოვან კავშირში იყოს სხვადასხვა სახის ფსიქიურ აშლილობასთან.

IV განზომილება – გარემოს და ფსიქოსოციალური პრობლემები. ამ განზომილებაზე აღწერილია ის ფსიქოსოციალური პრობლემები, რაც შეიძლება კავშირში იყოს ფსიქიურ აშლილობასთან ან გავლენა მოახდინოს მის მკურნალობასა და პროგნოზზე.

V განზომილება – ფუნქციონირების გლობალური შეფასება (ადაპტაციის ხარისხი). ამ განზომილებაზე ფასდება ინდივიდის ზოგადი ფუნქციონირების დონე, რაც მოიცავს ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და დასაქმების ასპექტებს.

ბავშვთა და მოზარდთა დარღვევები, ისევე როგორც სხვა ძირითადი დიაგნოზები გარდა გონებრივი ჩამორჩენილობისა აღწერილია I განზომილებაზე.

ჩვილობის, გავშვობისა და მოზარდობის ასაკის ძირითადი დარღვევები DSM-IV-ის მიხედვით:

გონებრივი ჩამორჩენილობა:

(მოთავსებულია II განზომილებაზე)

317. მსუბუქი – საშუალოზე მნიშვნელოვნად დაბალი ინტელექტი IQ-50-70, თუმცა შეუძლია გარემოს სოციალურ მოთხოვნებთან გამკლავება.

318.0 საშუალო – საშუალოზე მნიშვნელოვნად დაბალი ინტელექტი IQ-35-55, ესაჭიროება პერიოდული დახმარება.

318.1 ძლიერი – საშუალოზე მნიშვნელოვნად დაბალი ინტელექტი IQ-20-35, ესაჭიროება მუდმივი დახმარება, შეუძლია ელემენტარული ჩვევების დასწავლა;

318.2 მძიმე – 20-ზე დაბალი IQ; ესაჭიროება მოვლა და მუდმივი ზედამხედველობა.

319. გონებრივი ჩამორჩენილობა, სიმძიმის დადგენა შეუძლებელია

განვითარების პერვესიული დარღვევები

299.00 აუტიზმი – კომუნიკაციური ჩვევების დარღვევა, სოციალური ურთიერთობებისა და ქცევის დარღვევა, აფექტური სფეროს დარღვევა და გარემოს მიმართ გულგრილობა, რაც ვლინდება დაბადებიდან 30 თვემდე;

299.80 რეტის სინდრომი;

299.10 ბავშვობის დეზინტეგრაციული აშლილობა;

299.80 ასპერგერის სინდრომი;

299.80 განვითარების პერვესიული დარღვევა (დაუზუსტებელი), რომელიც არ თავსდება აუტიზმის კრიტერიუმებში.

დასწავლის უნარის დარღვევები

315.00 კითხვის უნარის განვითარების დარღვევები – კითხვის მწირი ჩვევები, რაც არ არის გამოწვეული გონებრივი ჩამორჩენი-

ლობით; კითხვის ჩვევების ათვისების გაძნელება, ენობრივი და მეტყველების დარღვევები;

315.1 მათემატიკური უნარის განვითარების დარღვევა – მწირი არითმეტიკული ჩვევები, რაც არ არის გამოწვეული გონებრივი ჩამორჩენილობით ან სხვა ფაქტორებით; არითმეტიკის ათვისების გაძნელება;

315.2 წერის უნარის განვითარების დარღვევები – მწირი წერითი ჩვევები, რაც არ არის გამოწვეული გონებრივი ჩამორჩენილობით; წერის ათვისების გაძნელება;

315.9 დასწავლის უნარის დაქვეითება - ყველა სხვა, დაუზუსტებელი.

კომუნიკაციის დარღვევები

315.31 ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა – აზრის გამოთქმის გაძნელება და სიტყვების სიმწირე;

315.32 შერეული იმპრესიული (რეცეპტული)-ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა – მეტყველების გაგების და აზრის სიტყვებში ჩამოყალიბების სიმწირე;

315.39 ფონოლოგიური დარღვევა (არტიკულაციის განვითარების დარღვევა) – არტიკულაციის გაძნელება, ბგერების მწირი არტიკულაცია, რაც არ არის დაკავშირებული სხვა კლინიკურ მდგომარეობებთან;

307 ენაბორძიკობა

307.9 კომუნიკაციის სხვა, დაუზუსტებელი დარღვევები.

მოტორული ჩვევების დარღვევა

315.4 კოორდინაციის განვითარების დარღვევა – მოძრაობათა კოორდინაციის სიმწირე;

ყურადღების დეფიციტისა და ქცევითი აშლილობა

314.XX ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი – ასაკთან შეუსაბამო უყურადღებობა, იმპულსურობა, ჰიპე-

რაქტივობა;

314.01 კომბინირებული ტიპი;

314.00 უპირატესად უწყურადღებო ტიპი;

314.01 უპირატესად იმპულსური ტიპი;

314.9 ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის დარღვევა – ყველა სხვა, დაუზუსტებელი.

312. XX ქცევითი აშლილობა – ქცევის დარღვევის მუდმივი გამოვლინება, როდესაც სხვების უფლებები და სოციალური ნორმები სისტემატურად ირღვევა; ვლინდება აგრესიის სახით ჯგუფებში და ინდივიდურად;

312.81 დასაწყისი ბავშვობაში

312.82 დასაწყისი ყმაწვილობაში

312.89 დასაწყისის განსაზღვრა შეუძლებელია

313.81 ოპოზიციური დევიანტური აშლილობა – ნეგატიური და მავნე ქცევის გამოვლინება სოციალური ნორმების დარღვევის გარეშე.

312.9 ქცევის სხვა, დაუზუსტებელი აშლილობა

კვებითი აშლილობა

52.52 პიკა – არასაკვები ნივთიერებების მუდმივად საკვებად გამოყენება;

307.53 ჩვილობის ლექვის დარღვევა;

307.59 ჩვილობის და ბავშვობის კვების სხვა, დაუზუსტებელი აშლილობები.

სქესობრივი იდენტიფიკაციის აშლილობა

302.6 ბავშვობის სქესობრივი იდენტიფიკაციის აშლილობა – სქესთან დაკავშირებული ინტენსიური დისტრესი და მისი შეცვლის სურვილი;

302.6 სქესობრივი იდენტიფიკაციის სხვა დარღვევები

ტიკური აშლილობა

307.23 ჟილ დე ლა ტურეტის დაავადება – მრავლობითი მოტორული და ვოკალური ტიკები;

307.22 ქრონიკული მოტორული და ვოკალური ტიკური აშლილობა – ან მოტორული, ან ვოკალური ტიკები;

307.21 გარდამავალი ტიკური აშლილობა – ზემოაღნიშნული ტიკები, მაგრამ არა უმეტეს 12 თვის ხანგრძლივობით;

307.20 სხვა ტიკური აშლილობა.

გამოყოფის აშლილობა

787.6 ენკოპრეზი – უნებლიე დეფეკაცია შეკრულობით;

307.7 შეკრულობის გარეშე

307.6 ენურეზი – უნებლიე შარდვა.

ჩვილობის, ბავშვობისა და ყმანვილობის სხვა აშლილობა

309.21 დაშორებით გამოწვეული შფოთვითი აშლილობა;

313.23 ელექტიური მუტიზმი – ერთ ან რამდენიმე სოციალურ სიტუაციაში ურთიერთობისათვის ენის გამოყენების აკრძალვა;

313.89 მიჯაჭვულობის რეაქტიული დარღვევა ჩვილობის და ადრეული ბავშვობის ასაკში – სხვებთან ურთიერთობის მნიშვნელოვანი გაძნელება 5 წლამდე, რაც არ არის დაკავშირებული სხვა კლინიკურ მდგომარეობებთან;

307.3 სტერეოტიპული მოძრაობების აშლილობა;

313.9 ჩვილობის, ბავშვობისა და ყმანვილობის სხვა, დაუზუსტებელი აშლილობა

ICD-10 დაავადებათა საერთაშორისო საკლასიფიკაციო სისტემა, რომელიც ასევე კატეგორიალურია და მრავალგანზომილებიანი. სხვადასხვა დაავადებებისა და მდგომარეობების სიმპტომები და განმასხვავებელი კრიტერიუმები 6 განზომილებაზეა აღწერილი.

- I განზომილება — კლინიკური ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები. ამ განზომილებაზე მოთავსებულია ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები გარდა ფსიქიური განვითარების სპეციფიკური დარღვევებისა, რომლებიც II განზომილებაზეა წარმოდგენილი და გონებრივი ჩამორჩენილობისა, რომელიც III განზომილებაზეა მოთავსებული. ბავშვობისა და მოზარდობის განვითარების, ქცევითი და ემოციური აშლილობების კლინიკური სინდრომებიც ამ განზომილებაზეა წარმოდგენილი.
- II განზომილება – ფსიქიკური განვითარების სპეციფიკური დარღვევები. ამ განზომილებაზე წარმოდგენილი მდგომარეობების კოდირება აღწერითი ხასიათისაა. ფსიქიკურ განვითარებაში სპეციფიკური შეფერხებების დიაგნოსტიკა და კოდირება მათი ეტიოლოგიისგან დამოუკიდებლად ხდება ამ განზომილებაზე. გამონაკლისს წარმოადგენს პედაგოგიური მიშვეულობა და არასრულფასოვანი სწავლება.
- III განზომილება – ინტელექტის დონე. ამ განზომილებაზე აღინიშნება ინდივიდის აქტუალური ინტელექტუალური ფუნქციონირების დონე. ამ შემთხვევაშიც, კოდირება აღნიშნულ განზომილებაზე ხდება მიუხედავად ეტიოლოგიური ფაქტორისა და პროგნოზისა. კერძოდ, მიუხედავად სოციალურ-კულტურული დეპრეზაციისა, სოციალურ-ეკონომიკური სიდუხჭირისა, დაავადებისა (მაგ. დაუნის სინდრომი), გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოსტიკა III განზომილებაზე ხდება და აღწერითი ხასიათისაა. განმსაზღვრელი ფაქტორებისა და პროგნოზის კოდირება კი დამატებით IV, V, და VI განზომილებაზე ხდება.
- IV განზომილება – სომატური მდგომარეობა. ამ განზომილებაზე კლასიფიცირდება სომატური და ნერვული სნეულებები და მოცემულია მათი სინდრომების სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები.
- V განზომილება – თანმხლები ანომალური ფსიქოსოციალური სიტუაციები. ამ განზომილებაზე აღწერილია ანომალური ფსიქოსოციალური სიტუაციები, რომელთაც შესაძლოა გავლენა მოახდინონ ფსიქიური აშლილობის აღმოცენებაზე ან შეიძლება დიდი მნიშვნელობა ჰქონდეს მკურნალობისა და დახმარების დაგეგმვისას.
- VI განზომილება – ფსიქოსოციალური პროდუქტულობის დარღვე-

ვის ზოგადი შეფასება. ამ განზომილებაზე აღინერება ინდივიდის ფსიქიკური, სოციალური და შრომითი ფუნქციონირების ხარისხი, რომელიც შეიძლება გამონეული იყოს ფსიქიური აშლილობით, ფსიქიკური განვითარების სპეციფიკური დარღვევით და გონებრივი ჩამორჩენილობით.

**ჩვილოვის, ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკის
ძირითადი დარღვევები ICD-10-ის მიხედვით:**

I განზომილება: კლინიკური ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები

F84 განვითარების ზოგადი დარღვევები

F84.0 ბავშვთა აუტიზმი

F84.1 ატიპური აუტიზმი

F84.2 რეტის სინდრომი

F84.3 ბავშვთა ასაკის სხვა დეზინტეგრაციული აშლილობები

F84.4 ჰიპერაქტიური დარღვევა გონებრივ ჩამორჩენილობასა და სტრუქტურულ მოძრაობებთან ერთად

F84.5 ასპერგერის სინდრომი

F84.8 განვითარების სხვა ზოგადი დარღვევები

F84.9 განვითარების ზოგადი დარღვევები, დაუზუსტებელი

F90-F98 ქცევითი და ემოციური აშლილობები, რომლებიც ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში იწყება:

F90 ჰიპერკინეტიკური აშლილობა

F90.0 აქტივობისა და ყურადღების დარღვევა

F90.1 ქცევის ჰიპერკინეტიკური აშლილობა

F90.8 სხვა ჰიპერკინეტიკური აშლილობა

F90.9 დაუზუსტებელი ჰიპერკინეტიკური აშლილობა

F91 ქცევითი აშლილობა

F91.0 ქცევითი აშლილობა მხოლოდ ოჯახურ გარემოში

F91.1 არასოციალიზებული ქცევითი აშლილობა

F91.2 სოციალიზებული ქცევითი აშლილობა

F91.3 ოპოზიციური-გამომწვევი ქცევითი აშლილობა

F91.8 სხვა ქცევითი აშლილობა

- F91.9** დაუზუსტებელი ქცევითი აშლილობა
- F92** შერეული ქცევითი და ემოციური აშლილობა
- F92.0** დეპრესიული ქცევითი აშლილობა
- F92.8** სხვა შერეული ქცევითი და ემოციური აშლილობა
- F92.9** დაუზუსტებელი შერეული ქცევითი და ემოციური აშლილობა
- F93** ბავშვობის ასაკის ემოციური აშლილობა
- F93.0** ბავშვთა ასაკის შფოთვისითი აშლილობა, დაკავშირებული განშორების შიშთან
- F93.1** ბავშვთა ასაკის შფოთვისით-ფობიური აშლილობა
- F93.2** ბავშვთა ასაკის სოციალური შფოთვისითი აშლილობა
- F93.3** და-ძმასთან კონკურენციის აშლილობა
- F93.8** ბავშვთა ასაკის სხვა ემოციური აშლილობა
- F93.9** ბავშვთა ასაკის დაუზუსტებელი ემოციური აშლილობა
- F94** სოციალური ფუნქციონირების დარღვევა, რომელიც ბავშვობის ასაკში იწყება
- F94.0** ელექტიური მუტიზმი
- F94.1** ბავშვთა ასაკის მიჯაჭვულობის რეაქტიული აშლილობა
- 94.8** ბავშვთა ასაკის სხვა სოციალური ფუნქციონირების დარღვევა
- 94.9** დაუზუსტებელი ბავშვთა ასაკის სოციალური ფუნქციონირების დარღვევა
- F95** ტიკური აშლილობა
- F95.0** ტრანზიტორული ტიკური აშლილობა
- F95.1** ქრონიკული მოტორული და ვოკალური ტიკური აშლილობა
- F95.2** დე ლა ტურეტის სინდრომი
- F95.8** ტიკური სხვა აშლილობები
- F95.9** დაუზუსტებელი ტიკური აშლილობა
- F98** ქცევითი და ემოციური სხვა აშლილობები ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში დასაწყისით
- F98.0** არაორგანული წარმოშობის ენურეზი
- F98.00** პირველადი ენურეზი, დაუზუსტებელი
- F98.01** პირველადი ღამის ენურეზი
- F98.02** პირველადი დღის (და ღამის) ენურეზი

F98.03 მეორადი ენურეზი, დაუზუსტებელი

F98.04 მეორადი ღამის ენურეზი

F98.05 მეორადი დღის (და ღამის) ენურეზი

F98.1 არაორგანული წარმოშობის ენკოპრეზი

F98.2 ბავშვობისა და მოზარდობის კვების აშლილობა

F98.3 ბავშვობისა და მოზარდობის არასაკვები ნივთიერებების მიღების აშლილობა (პიკა)

F98.4 სტერეოტიპული მოძრაობის აშლილობა

F98.5 ენაბორძიკობა

F98.6 უნესრიგო მეტყველება

F98.8 ბავშვობისა და მოზარდობის სხვა დაზუტებული ქცევითი და ემოციური აშლილობები (მასტურბაცია, ფრჩხილების კვნეტა, ცხვირში თითით ჩიჩქნა; თითის წოვა).

F98.9 ბავშვობისა და მოზარდობის დაუზუსტებელი ქცევითი და ემოციური აშლილობები

II განზომილება: ფსიქიკური განვითარების სპეციფიკური დარღვევები

XX ფსიქიკური აშლილობის გარეშე

F80 მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევები

DSM -ის და ICD-ის დადებითი მხარეები:

- **კომპლექსურობა** – აღწერილია მდგომარეობათა ფართო სპექტრი, რომლებიც დეტალურადაა დიფერენცირებული და გაერთიანებულია კატეგორიებში;
- **საერთო ლექსიკონი** – კლასიფიკაცია უზრუნველყოფს სტანდარტულ ლექსიკონს, რომლის საშუალებითაც ხდება ბავშვთა მდგომარეობის იდენტიფიკაცია;
- **სანდოობა** – სხვადასხვა მდგომარეობის ერთმანეთისაგან გარჩევა მაღალი სანდოობის დონითაა შესაძლებელი;
- **კროს-კულტურული გამოყენების შესაძლებლობა** – შესაძლებელია სხვადასხვა ქვეყნის კლინიკისტების მონაცემებისა და დაკვირვებების ერთმანეთთან შედარება.

DSM-IV-ის ICD-10-ის უარყოფითი მხარეები:

- ორივე სისტემა კატეგორიალურია. კატეგორიალური ტიპის კლასიფიკაცია ზუსტი და სანდოა მაშინ, როდესაც სადიაგნოსტიკო კლასი ჰომოგენურია, კლასებს შორის მკაფიო საზღვრებია და სხვადასხვა კლასი გამორიცხავს ერთმანეთს. **DSM-IV-სა და ICD-10 —ში** ფსიქიკური აშლილობების კატეგორიები არ არის დისკრეტული, არა აქვს მკაფიო საზღვრები და სხვადასხვა კატეგორიის წევრები მკვეთრად შეიძლება არ გამორიცხავდნენ ერთმანეთს. ასევე, ერთი დიაგნოსტიკური კატეგორიის წევრები ჰეტეროგენული ჯგუფია; მიუხედავად მსგავსი დიაგნოსტიკური ნიშნებისა, მასში შემავალი ინდივიდები განსხვავდებიან და მათი დიაგნოსტიკება გარკვეული ხარისხის ალბათობით ხდება;
- როდესაც მდგომარეობა აშკარა და გარკვეულია (მაგ. ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის დროს), სანდოობა მაღალია, მაგრამ, თუ მდგომარეობა ნაკლებად აშკარაა (მაგ. ყურადღების დეფიციტი ჰიპერაქტივობის გარეშე), სანდოობის ხარისხი ბევრად მცირდება. იგივე შეიძლება ითქვას სხვა მდგომარეობების, მაგ. დასწავლის უნარის დარღვევების შესახებაც;
- ბავშვობისა და ყმაწვილობის ასაკის დიაგნოზებში დროში სტაბილურობის შესახებ ინფორმაცია თითქმის არ არის;
- დიაგნოსტიკურ სისტემებს მდგომარეობის დიაგნოსტიკურ კატეგორიაში, მდგომარეობის პათოლოგიზაციაში მოქცევის უხეში ტენდენცია აქვს. ბავშვების უმეტესობას შერეული მდგომარეობები აქვს და სახელმძღვანელოში აღწერილი კლასტერები სუფთა სახით მათ მცირე ნაწილს უვლინდება; შერეული მდგომარეობების გამო დიაგნოზი სხვადასხვა დიაგნოსტიკურ კატეგორიებს შორის თავსდება. კლინიცისტებისთვის კარგადაა ცნობილი, რომ კატეგორიალური შეფასებები ზუსტი არ არის;
- დიაგნოზები, ნაწილობრივ, სქემატურ ხასიათს ატარებს. აქცენტი ძირითად „კლინიკურ სინდრომზე“ კეთდება და, მიუხედავად სხვა განზომილებების არსებობისა, არ ხდება ბავშვის ყოველმხრივი შეფასება;
- დიაგნოზი ნაკლებად ითვალისწინებს განვითარების პერსპექტივას, კულტურულ და სოციალურ განსხვავებებს. (A.Carr,

1997; Harris, 1995). ამ პრობლემის დასაძლევად DSM-IV-TR-ში ნაცადია კულტურული და ეთნიკური განსხვავებების გათვალისწინება დიაგნოსტიკისას. სპეციალურ დამატებაში მოცემულია სპეციფიკური სინდრომები, დამახასიათებელი განსხვავებული კულტურებისთვის, ასევე გავრცელებული სინდრომების შესაძლო კულტურული ვარიაციები.

მულტივარიაციული მიდგომა

ეს მიდგომა, მდგომარეობების ძირითადი კლასტიკებისა და მათთვის დამახასიათებელი ძირითადი ნიშნების იდენტიფიკაციის მიზნით იყენებს სტატისტიკურ ანალიზს. იგი მთლიანად ეფუძნება სტატისტიკურ პროცედურას და ნაკლებად ეყრდნობა პროფესიულ ექსპერტულ მოსაზრებას. აღნიშნულმა მიდგომამ ბავშვთა დარღვევების ორი ფართო განზომილება მოგვცა (კლასტიკების ჯგუფები). პირველი მოიცავს „ქცევით“ პრობლემებს და განისაზღვრება როგორც „ექსტერნალიზებული“, დაკავშირებულია აგრესიასთან და მის გამოვლინებებთან: მაგ. ჩხუბი, ურჩობა, ბანდიტურ დაჯგუფებაში გაერთიანება. მეორე განზომილებით პიროვნების პრობლემები განისაზღვრება როგორც „ინტერნალიზებული“, რომელიც დაკავშირებულია შფოთვისასთან, ჩაკეტილობასთან და ვლინდება მაგ. ტირილში, წუხილში, სევდასა და დეპრესიაში. ეს მიდგომა ჩამოყალიბდა Achenbach, Hewith-ის, Jenkins-ის, Quay-სა და Werry-ის კვლევების საფუძველზე (Cullinan, 1983). მათ გამოყვეს მდგომარეობათა კლასტიკები. მდგომარეობა აღწერილია ყოველი კლასტიკის ფარგლებში და ეთანხმება ემპირიულ მონაცემებსა და დაკვირვებებს:

1. **არასოციალიზებული აგრესიული ქცევითი აშლილობა:** ჩხუბობს, ურტყამს, სცემს, ძალადობს, აშინებს, დასცინის, ურჩევნია უმცროსებთან ურთიერთობა, გამომწვევია, ურჩი, თავხედი, გაუფრთხილებელი, აქვს სიბრაზისა და სიჯიუტის შეტევები, გულგრილია, ხმაურიანი, ნეგატიური, მოუსვენარი, იტყუება, არაკეთილსინდისიერია, ჭირვეული, ზედმეტად აქტიური.
2. **სოციალიზებული აგრესიული ქცევითი აშლილობა:** აცდენს სკოლას, სახლიდან გარბის, იპარავს სხვებთან ერთად, იპარავს სახლიდან, თაღლითობს, იტყუება, ერთიანდება ბანდიტურ დაჯგუფებაში, შენიშნულია სამართალდამცავი ორგანოების მიერ.

3. **ყურადღების დეფიციტი:** ყურადღების მწირი კონცენტრაცია, ყურადღების მცირე მოცულობა, ცუდი კოორდინაცია, მეოცნებე, მოუხერხებელი, პასიური, უინიციატივო, მოუსვენარი, ცქმუტავს, სწრაფად გადაერთვება, არ ამთავრებს საქმეს, იმპულსურია, ადვილად წყინდება, ჰიპერაქტიურია, ინერტულია.
4. **შფოთვა, განმარტოება (ჩაკეცვა):** დაძაბულია, მორცხვი, დეპრესიული, გამოირჩევა ძლიერი შფოთვით, მშიშარაა, სევდიანი, გაუბედავი, მგრძნობიარე, ნუხს, ხშირად ტირის, ნაკლებად თვითდარწმუნებულია, ადვილად უცრუვდება იმედი, აქვს უმაქნისობისა და უვარგისობის განცდა.
5. **„შიზოიდი“ (გულცივი):** ჩაკეტილია, ცივი, არაგულისხმიერი, გაუბედავი, სევდიანი, მორცხვი, გულჩათხრობილი, არეული, დახურული, არ საუბრობს, აქვს ინტერესის ნაკლებობა.
6. **სოციალური შეუსაბამობა:** მწირი ურთიერთობა აქვს თანატოლებთან, განმარტოებულია, მორცხვი, გაუბედავი, იგნორირებულია ტოლების მიერ, ურთიერთობს უფროსებთან.
7. **ფსიქოტური აშლილობა:** აბნეულია, უცნაური, აქვს განმეორებადი მეტყველება, მხედველობითი ან სმენითი ჰალუცინაციები, უცნაური იდეები და ქცევები.
8. **მოტორული ზეაქტიურობა:** მოუსვენარია, იმპულსური, ჰიპერაქტიური, აგზნებული, არ შეუძლია დაცდა, ბევრს ლაპარაკობს, უცნაურ ხმებს უშვებს.

მულტივარიაციული მიდგომის დადებითი მხარეები:

- ეს მიდგომა აღწერს იმ მდგომარეობებს, რომლებიც იდენტიფიცირებულია კლინიკისტიების მიერ, ე.ი. ეყრდნობა რეალურ გამოვლინებებს და არა ჰიპოთეტურ კონსტრუქტებს;
- ის რანჟირების ინსტრუმენტია, რომლის საშუალებითაც იზომება ბავშვის ნორმიდან გადახრა;
- ის იძლევა დარღვევის სხვადასხვა კონტექსტში განხილვის საშუალებას.

მულტივარიაციული მიდგომის უარყოფითი მხარეები:

- ვინაიდან ეს მიდგომა აღწერით კვლევებს ეყრდნობა, დგება მათი სანდოობისა და ვალიდობის პრობლემა;

- აღნიშნული სკალებით ინდივიდის მთლიანი მდგომარეობის განსაზღვრა ძნელია, მაგ. **ც.ნ.ს.**-ის დაზიანების მქონე, დასნავლის უნარის დაქვეითების თუ დისლექსიის მქონე ბავშვის იდენტიფიცირება შეუძლებელია;
- დარღვეული ქცევა დამოკიდებულია იმ სპეციფიკურ პირობებზე, რომელშიც ხდება მისი განსაზღვრა. მიუხედავად მსგავსებისა, ერთ სიტუაციაში მიღებული მონაცემი, შეიძლება, არათავსებადი იყოს სხვა სიტუაციაში მიღებულ მონაცემთან.

თუ ერთმანეთს შევადარებთ მულტივარიაციულ და კატეგორიალურ მიდგომებს, დავინახავთ, რომ ექსტერნალიზებული და ინტერნალიზებული განზომილებები **Achenbach-ის Child Behavioral Checklist**-ში ეთანხმება **ICD**-ისა და **DSM**-ის დიაგნოზებს. ამავე დროს, ის ბავშვები, რომლებიც ამ განზომილებათა კიდევში ხვდებიან, **DSM** და **ICD** კატეგორიალური სისტემებით ვერ კლასიფიცირდებიან. ექსტერნალური და ინტერნალური მახასიათებლები პოპულაციაში ნორმალურად ნაწილდება, ამიტომ ბავშვთა უმრავლესობას პრობლემები ორივე განზომილებაში აქვს. მულტივარიაციული მიდგომებით იოლია ხშირი, გავრცელებული სინდრომების იდენტიფიკაცია, მაგრამ ძნელად ხერხდება შედარებით იშვიათი სინდრომების განსაზღვრა; ეს უკანასკნელნი უკეთესად განისაზღვრება კატეგორიალური სისტემით (მაგ. როგორიცაა აუტიზმი, ან ენკოპრეზი). კატეგორიალური სისტემები, რომელთა რიცხვსაც მიეკუთვნება **DSM** და **ICD**, სასარგებლოა ისეთი სინდრომების დიაგნოსტიკებისათვის, როგორიცაა განვითარების პერვესიული აშლილობები, ტიკები და ერთეული სიმპტომების გამოვლინება – პიკა, ღამის პანიკური შიშები.

კლინიკურ პრაქტიკაში, ბავშვის სტატუსის დასადგენად, ქცევისა და სწავლის პრობლემების მრავალგანზომილებიანი შეფასება აუცილებელია. სანდო და ვალიდური მონაცემების მიღების მიზნით წარმატებით იყენებენ ქცევის შესაფასებელ კითხვარებს, უნარების თუ განვითარების შესაფასებელ ტესტებს, ნეიროფსიქოლოგიურ ტესტირებას.

მედიკალიზებული მდგომარეობა

ეს მდგომარეობა მულტივარიაციული მდგომარეობის ვარიანტია და Edlbrock-ის, Achenbach-ისა და McConaughy-ის სახელებს უკავშირდება. იგი ეყრდნობა შემდეგ ფსიქომეტრულ პრინციპებს:

- შეფასება უნდა ეყრდნობოდეს სტანდარტულ პროცედურას;
- ბავშვის ყოველი ასპექტის შესაფასებლად გამოყენებული უნდა იყოს ინფორმაციის მრავალი წყარო;
- ტესტირების შედეგები რაოდენობრივ მონაცემებს უნდა იძლეოდეს;
- ქულები უნდა გვიჩვენებდეს მოცემული ინდივიდის ადგილს მის შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფში;
- გათვალისწინებულ უნდა იქნეს განვითარების ფაქტორები;
- შეფასება უნდა იყოს ვალიდური და სანდო.

აღნიშნული კრიტერიუმები, ზოგადად, შეფასების ყველა სისტემისთვისაა მონოღებული. ეს მრავალგანზომილებიანი მდგომარეობა 5 განზომილებას მოიცავს: 1 – მშობლები, 2 – მასწავლებლები, 3 – კოგნიტური შეფასება, 4 – ფიზიკური შეფასება, 5 – ბავშვის პირდაპირი შეფასება.

სამივე საკლასიფიკაციო სისტემას გააჩნია სუსტი და ძლიერი მხარეები. ბავშვებს ხშირად აქვთ კომპლექსური პრობლემები, რის გამოც ვერ ხერხდება ვერც მულტივარიაციული და ვერც კატეგორიული შეფასების გამოყენება. **DSM** და **ICD** კლასიფიკაცია შეიძლება, მოსახერხებელი იყოს კვლევისა და კლინიკური პრაქტიკისათვის, მაგრამ მათ არ გააჩნიათ ისეთი სანდოობა და ვალიდობა, რომელიც მათი საყოველთაოდ გამოყენების გარანტი იქნებოდა. აღნიშნული სისტემები პიროვნების სტიგმატიზაციას უწყობს ხელს; ისინი, შეიძლება, გამოყენებულ იქნას მხოლოდ შესაბამისად მომზადებული ფსიქიატრებისა და კლინიკური ფსიქოლოგების მიერ.

აქედან გამომდინარე:

- ორივე მდგომარეობა – კატეგორიული და მულტივარიაციული – გამოიყენება ბავშვის ქცევისა და განვითარების შეფასებისას;
- კატეგორიული მდგომარეობები უფრო სანდო და ეფექტურია კვლევითი მიზნებისათვის;

- მულტივარიაციული მიდგომები უფრო ეფექტურია ბავშვის სირთულეების თავის ასკობრივ ჯგუფთან მიმართებაში განსასაზღვრად.

ეთიკური თვალსაზრისით გასათვალისწინებელია, რომ დიაგნოზი ინვესს ბავშვების პათოლოგიზაციას. დიაგნოზში ყურადღება მახვილდება უარყოფით მხარეებზე, დარღვევებზე და არ მოიცავს ბავშვის დადებით, ძლიერ მხარეებს. ტრადიციული დიაგნოსტიკის პროცესი ბავშვში ინვესს დეფექტურობის აღქმას და სტიგმატიზაციას, რადგანაც ძირითადი აქცენტი მის პათოლოგიასა და დეფიციტზე კეთდება. დიაგნოზი უნდა მოერგოს მხოლოდ მდგომარეობის აღწერას, შესაბამის მკურნალობას, ან სტრატეგიის დაგეგმვას. იგი არ უნდა წარმოადგენდეს ბავშვისა და მისი ოჯახისათვის „იარლიყის მინებების“ საბაბს. მდგომარეობა მაქსიმალურად ფრთხილად უნდა განისაზღვროს და მოიცავდეს არა მხოლოდ ბავშვის დეფიციტის აღწერას, არამედ მის ძლიერ მხარეებსა და შესაძლებლობებსაც.

ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური სახელმძღვანელოების გამოყენება დიაგნოსტიკისათვის შესაძლებელია მხოლოდ გავარჯიმებული და კლინიკურად მოცდილი სპეციალისტებისათვის. DSM-IV-სა და ICD-10-ს გამოყენება დაუშვებელია მექანიკურად არაპროფესიონალების მიერ. ეს სისტემები შეიძლება განვიხილოთ როგორც სახელმძღვანელო (გაიდლაინი) კლინიკური დასკვნების გასაკეთებლად და კონკრეტული ფსიქიკური მდგომარეობის ინტერპრეტაციისათვის.

განვითარების დარღვევების კლასიფიკაცია

განვითარების დარღვევების, კერძოდ კი აუტიზმისა და გონებრივი ჩამორჩენილობისადმი აქტიურ ინტერესს დიდი ხნის ისტორია აქვს. მიუხედავად იმისა, რომ ტერმინი „დასწავლის უნარის დაქვეითება“ მხოლოდ 1960-იან წლებში იქნა შემოღებული, ლიტერატურაში სწავლის სპეციფიკური პროფილის მქონე ბავშვები უკვე 1800-იანი წლებიდანაა აღწერილი; უკვე 1700-იანი წლებიდან გვხვდება გონებრივი ჩამორჩენილობის სულით ავადმყოფებისაგან განსხვავების მცდელობა; ასევე, მრავალი მცდელობა არსებობდა განვითარების დარღვევების სხვადასხვა ფსიქიატრიულ

ნომენკლატურაში ჩართვისა და პირველადი ფსიქიკური აშლილობებისგან მათ გამოსაცალკევებლად. დღეისათვის, **DSM**-ში, განვითარების დარღვევები I განზომილებაზეა მოთავსებული.

Achenbach-ი (1985) აღნიშნავდა, რომ კლასიფიკაცია გულისხმობს დაკვირვებადი მდგომარეობების ჯგუფებად და ტიპებად სისტემურ მოწესრიგებას. იგი განასხვავებს ზოგად კლასიფიკაციას და ტაქსონომიას. ეს უკანასკნელი სხვადასხვა კლასებს შორის შინაგანი განსხვავებების ასახვას ნიშნავს. ცხადია, რომ ეს შინაგანი განსხვავებები განისაზღვრება სხვადასხვა რაოდენობის პარამეტრებითა და მათი კომბინაციით. ასეთ პარამეტრებს მიეკუთვნება ეტიოლოგია, სპეციფიკური ქცევები, ფიზიკური მახასიათებლები.

მიუხედავად მრავალი ხარვეზისა, კლასიფიკაციის სისტემას ბევრი დადებითი მხარე აქვს. **Blashfield-ი (1984)** თვლიდა, რომ კლასიფიკაციის ადეკვატური სისტემა უზრუნველყოფს რელევანტურ ინფორმაციას, რომელიც მოიცავს სიმპტომების სახესა და რაოდენობას, პროგნოზს, მკურნალობას, მკურნალობის შედეგებს, კომორბიდულ მდგომარეობებს, ეტიოლოგიურ ვარაუდებს. სხვადასხვა მკვლევრები კლასიფიკაციის სისტემისთვის შემდეგი მახასიათებლების აუცილებლობას აღნიშნავენ:

- უნდა იყოს მარტივი;
- უნდა ეყრდნობოდეს ფართო გამოყენების განსაზღვრებებს და ფართო სპექტრის ცვლადებს;
- ასახავდეს მოცემულ სფეროში უპირატესად გავრცელებულ კლინიკურ და თეორიულ შეხედულებებს;
- მისი გამოყენება უნდა იყოს ადვილი.

ამავე დროს, ზოგიერთი მკვლევარი ეჭვს გამოთქვამდა კლასიფიკაციის სისტემის გამოყენების სარგებლიანობასთან დაკავშირებით. **Huschka (1941)** იცავდა იდეოგრაფიულ მიდგომას და თვლიდა, რომ კლასიფიკაციის სისტემაში ინდივიდური განსხვავებების იგნორირება ხდება, რის გამოც ბრკოლდება განვითარების დარღვევების გაგება. **Szasz-ი (1978)** თვლიდა რომ დიაგნოზი პიროვნების მნიშვნელოვან სოციალურ სტიგმატიზაციას იწვევს.

ამრიგად, კლასიფიკაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეების გათვალისწინება მეტად მნიშვნელოვანი და აუცილებელია. კლასიფიკაციის სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს სანდოობის, ვალიდობისა და კლინიკური ვარგისიანობის კრიტერიუმებს. **Can-twell-მა (1988)** აღნიშნა, რომ სანდოობისა და ვალიდობის საკი-

თხები უპირველესი მნიშვნელობისაა ნებისმიერი კლასიფიკაციის სისტემისათვის. კლასიფიკაციისას გასათვალისწინებელია:

- გამოყენებული განსაზღვრებების სიზუსტე;
- შესასწავლი შერჩევითი ერთობლიობის ბუნება;
- რამდენადაა გათვალისწინებული შერჩევითი ერთობლიობის ცვლადები – სქესი, ასაკი, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი და ა.შ.;
- განვითარების კანონზომიერება.

საკლასიფიკაციო მოდელები

განვითარების დარღვევების მქონე ბავშვების კლასიფიკაცია ორ ძირითად მიდგომას ეყრდნობა:

1. კლინიკური დასკვნის მიდგომის საფუძველს წარმოადგენს სფეროს სპეციალისტების კლინიკური დაკვირვებები და დასკვნები; ბავშვთა ფსიქოპათოლოგიის კლასიფიკაციაში სწორედ აღნიშნული მიდგომა დომინირებს და მასვე ეფუძნება **DSM** და **ICD**. აღნიშნული მიდგომა ნაკლებად სისტემატიზებულია; კლასიფიკაციური სქემა ჰიპოთეზების წამოყენებას გულისხმობს, მათი შემოწმება კი პირდაპირი გზით ვერ ხერხდება. კლინიკური დასკვნის მიდგომის ნაკლი მისი მეთოდოლოგიური სისუსტე, დაბალი ვალიდობა და სანდოობაა. მიდგომის საკლასიფიკაციო სქემების კლინიკური ვარგისიანობა საკმაოდ შეზღუდულია, რადგან განვითარების ფსიქოპათოლოგია არა რომელიმე, არამედ მრავალ ურთიერთმოქმედ ცვლადთანაა დაკავშირებული.

2. ემპირიული კლასიფიკაციის ტექნიკა. ეს მიდგომა ეფუძნება ქცევის რაოდენობრივ მახასიათებლებს და, „სულ ან არაფრის“ კატეგორიების საზღვარგარეთ, ფსიქოპათოლოგიის „პროტოტიპული“ პროფილების შექმნას ცდილობს. აღნიშნული საკლასიფიკაციო სისტემის გამოყენებამ გამოავლინა განვითარების სპეციფიკური დარღვევების ჰეტეროგენულობა. კლინიკური დასკვნის მიდგომასთან შედარებით მისი უპირატრესობის მიუხედავად, ემპირიულ მიდგომასაც გააჩნია ნაკლი. მულტივარიაციული კლასიფიკაციის ტექნიკის სიმარტივე ძალზე მიმზიდველია, რის გამოც მკვლევრებს „გულუბრყვილო ემპირიზმისაკენ“ უბიძგებს. ემპირიული კლასიფიკაციის მეთოდზე დაფუძნებული მოდელის

ადეკვატურობა და სიძლიერე დამოკიდებულია თეორიულ ორიენტაციაზე, პოპულაციისა და ცვლადების შერჩევაზე. მაგ. თუ პოპულაციის შერჩევითი ერთობლიობა კარგად არ არის განსაზღვრული, ნაკლებად კონტროლდება დამოუკიდებელი ცვლადები, ხოლო დამოკიდებული ცვლადები თეორიული საფუძვლის მიხედვით არაა შერჩეული, მაშინ ემპირიული ანალიზის საფუძველზე მიღებული განზომილებები და ჯგუფები სხვა პოპულაციაში, ან სხვა სიტუაციაში გამოსაყენებლად არ გამოდგება.

ვ. ლებედინსკის კლასიფიკაცია

ეს კლასიფიკაცია ეფუძნება ფსიქიკური განვითარების კანონზომიერების დარღვევის მახასიათებლებს. კერძოდ, აღნიშნული კლასიფიკაციის საშუალებით ხდება განვითარების ანომალიის ტიპის დიფერენცირება არა ნოზოლოგიური პრინციპით, არამედ დარღვევის ეტიო-პათოგენეზისა და ფსიქოლოგიური სტრუქტურის საფუძველზე. ვ. ლებედინსკი გამოყოფს ფსიქიკური დიზონტოგენეზის შემდეგ ვარიანტებს: განუვითარებლობა, შეფერხებული განვითარება, დაზიანებული განვითარება, დეფიციტური განვითარება, დამახინჯებული განვითარება, დისჰარმონიული განვითარება.

- განუვითარებლობის ტიპის დიზონტოგენეზისათვის დამახასიათებელია დაზიანების ადრეული – პრე- ან პოსტნატალური პერიოდი, რაც განაპირობებს თავის ტვინის სისტემების ტოტალურ ჩამოუყალიბებლობას. განვითარების ამ ტიპის დარღვევას ახასიათებს, ერთის მხრივ, ელემენტარული ფსიქიკური ფუნქციების გარკვეული ხარისხით ჩამოყალიბება, მეორეს მხრივ, უმაღლესი, სიმბოლური ფუნქციების განვითარების დარღვევის გამო სათანადოდ ვეღარ ვითარდება ელემენტარული ფსიქიკური ფუნქციებიც (მეტყველების და აზროვნების განვითარების დარღვევა იწვევს ასაკის შესაბამისი განვითარების დეფიციტს აღქმასა და მოტორიკაში). განუვითარებლობა ორი ძირითადი ნიშნით ხასიათდება: ნერვულ-ფსიქიკური განუვითარებლობის ტოტალურობით და ფსიქიკური დეფექტის იერარქიულობით. ტოტალურობა გულისხმობს მოუმწიფებელ სომატურ ფუნქციებსა და ჩამოუყალიბებელ მეტყველებას, მეხსიერებას, აზროვნებას, სენსომოტორულ და პიროვნულ-ემოციურ სფეროებს. იერარქიულობის ქვეშ იგულისხმება შედარებით ჩამოყალიბებული ელემენტარული

ფსიქიკური ფუნქციების ფონზე მეტყველებისა და აზროვნების განვითარების დარღვევა და ინტელექტუალური ფუნქციების განსაკუთრებული მოშლა. ამასთან, ეს ორივე ნიშანი შეუქცევადია.

განუვითარებლობის ტიპურ მოდელს გონებრივი ჩამორჩენილობა წარმოადგენს.

- შეფერხების ტიპის დიზონტოგენეზისათვის დამახასიათებელია შემეცნებითი და ემოციური სფეროს განვითარების შენელება, ფუნქციათა განვითარების ციკლის დროში გაწელვა. განვითარების შეფერხება შეიძლება გამომწვეული იყოს გენეტიკური, ფსიქოგენური, რეზიდუალური ხასიათის ცერებრულ-ორგანული ფაქტორებით.

განვითარების შეფერხებისათვის დამახასიათებელია ორი ნიშანი: დაზიანების მოზაიკურობა – ზოგიერთი ფსიქიკური ფუნქციის განვითარება დეფიციტურია, ხოლო ზოგიერთი ფუნქცია კი შენახულია. ძირითადად, შენელებულია ელემენტარული, ბაზისური უნარების მომზადება (მაგ. ნატიფი მოტორიკა, ფონოლოგიური ანალიზი, ვიზუალურ-სივრცითი გარჩევა).

შეფერხების ტიპს შეიძლება განსაზღვრავდეს შემდეგი სახის დარღვევები: 1. ფსიქიკური ფუნქციების დინამიკური პარამეტრების დეფიციტი (აქტივაციის დონე, ნერვული პროცესების აგზნება-შეკავების მოქნილობა, მდგრადობა); 2. ფსიქიკური ფუნქციების პარციალური დეფიციტი (მეტყველების, გნოზისის, პრაქსისის); 3. აღმასრულებელი ფუნქციების დეფიციტი, რომლებიც უზრუნველყოფს მოქმედების დაწყებას, დაგეგმვას, კონტროლს, გადართვას.

შეფერხების ტიპურ მოდელს მიეკუთვნება და სწავლის უნარის დარღვევა, დისლექსია.

- დეფიციტური განვითარება დაკავშირებულია ანალიზატორული სისტემების – სმენის, მხედველობის, მამოძრავებელი სისტემის პირველად დარღვევებთან. ანალიზატორის პირველადი დეფექტი იწვევს იმ ფუნქციების განვითარების დარღვევას, რომლებიც მასთან უშუალოდაა დაკავშირებული და ამავე დროს, აფერხებს იმ ფუნქციების განვითარებასაც, რომლებიც ამ დარღვეულ ფუნქციასთან არის დაკავშირებული. დეფიციტური განვითარების ტიპური მოდელია ცერებრული დამბლა, სიბრმავე, სმენის დაქვეითება.

- დაზიანებული განვითარების პათოგენეზის დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მავნე ზემოქმედება ხდება სიცოცხლის უფრო გვიანდელ პერიოდში (2-3 წელი), როდესაც თავის ტვინის სისტემების უმეტესობა უკვე ჩამოყალიბებულია. დიზონტოგენეზის ამ ტიპის მოდელია დემენცია, როდესაც ხდება ფუნქციათა შორის რთული იერარქიული კავშირების რღვევა, ინტელექტისა და ქცევის შეუქცევადი რეგრესი.
- დამახინჯებულ განვითარებას ერთდროულად ახასიათებს განუვითარებლობის, ცალკეული ფუნქციების შეფერხებული და აქსელერირებული განვითარების ნიშნები. ასეთი ტიპის დიზონტოგენეზის მოდელია პერვესიული აშლილობა, კერძოდ, აუტიზმი.
- დისჰარმონიული განვითარებისათვის დამახასიათებელია ზოგიერთი ფუნქციური სისტემის განვითარების შეფერხება და ზოგის პარციალური აქსელერაცია. დარღვევის საფუძველია კონსტიტუციური, მემკვიდრეობით მიღებული, ან ადრე შეძენილი ემოციურ-ნებელობითი სფეროს განვითარების დისპროპორციული განვითარება. აღნიშნული ტიპის დიზონტოგენეზის მოდელია პიროვნების აშლილობები და ფსიქოპათია.

გონებრივი ჩამორჩენილობა

რა არის გონებრივი ჩამორჩენილობა?

გონებრივი ჩამორჩენილობა ფსიქიკური განვითარების დარღვევის ფორმაა. აღნიშნული მდგომარეობა აღმოცენდება ადრეულ ასაკში და მთელი ცხოვრების მანძილზე ახდენს გავლენას ადამიანის ფსიქიკურ განვითარებასა და ჩვევების ჩამოყალიბებაზე.

ამერიკის გონებრივი ჩამორჩენილობის ასოციაციის (AAMR) განმარტების მიხედვით: გონებრივი ჩამორჩენილობა არის მნიშვნელოვანი გადახრა ზოგადი ინტელექტუალური ფუნქციონირების დონიდან, რომელიც ადაპტაციური ქცევის დეფიციტს უკავშირდება და ვლინდება ადამიანის განვითარების პერიოდში. „ზოგადი ინტელექტუალური ფუნქციონირება“, ანუ IQ — ინტელექტის კოეფიციენტი — არის ინტელექტის ინდივიდუალურად ჩატარებულ ტესტში მიღებული ქულა. „მნიშვნელოვანი გადახრა“ ნიშნავს ისეთ IQ მაჩვენებელს, რომელიც ნორმაზე საგრძნობლად დაბალია. ნორმალური IQ _ 90-110-ის ფარგლებშია, 80-89 — ნორმის ქვედა ზღვარია, 70-79 — მოსაზღვრე მდგომარეობაა. ჩამორჩენილობის შესახებ მსჯელობა შესაძლებელია მაშინ, როდესაც IQ _ 70-ზე დაბალია.

„ადაპტაციური ქცევის დეფიციტი“ ნიშნავს მომნიშვნელოვან ჩამორჩენას და სწავლაში, პიროვნულ დამოუკიდებლობასა და სოციალურ პასუხისმგებლობაში შეზღუდვებს. „განვითარების პერიოდში“- დაბადებიდან 18 წლამდე, თუმცა უკანასკნელ ხანს მუცლადყოფნის პერიოდიდან 18 წლამდე პერიოდს გულისხმობენ.

გონებრივი ჩამორჩენილობა ხასიათდება ინტელექტუალური უნარების დაქვეითებით და ადაპტაციური უნარების (კომუნიკაცია, თვითმომსახურება, სოციალური ჩვევები, სწავლა, მუშაობა, დასვენება, საოჯახო საქმიანობა) ორ ან მეტ სფეროში დარღვევით.

განმარტებიდან ჩანს, რომ გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოზი დამოკიდებულია როგორც პიროვნების ინტელექტის, ისე სხვა იგივე ასაკისა და კულტურის ადამიანებთან მიმართებაში ამ პიროვნების სოციალური უნარებისა და დამოუკიდებლად ფუნქციონირების შეფასებაზე.

გონებრივი ჩამორჩენილობა სხვადასხვა ხარისხისაა. იგი და-

მოკიდებულია განვითარების დარღვევის ხარისხზე, რაც ვლინდება შემეცნებითი, ემოციური და ნებელობითი სფეროს განვითარების დონის ასაკობრივ ნორმასთან შედარებით. ძველი კლასიფიკაციით გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხს განსაზღვრავდნენ IQ ტესტში მიღებული ქულების მიხედვით:

50-55 — 70 ქულა იოლი გონებრივი ჩამორჩენილობა;

35-40 — 50 ქულა საშუალო გონებრივი ჩამორჩენილობა;

20-25 — 40 ქულა ძლიერი გონებრივი ჩამორჩენილობა;

<20-ზე ქულა მძიმე გონებრივი ჩამორჩენილობა.

1992 წლიდან გონებრივი ჩამორჩენილობის კლასიფიკაცია ხორციელდება ინდივიდის შესაძლებლობების, მისი ძლიერი და სუსტი მხარეების, მისი გარემოსთან შეგუების ხარისხის მიხედვით. შესაბამისად, გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხი განისაზღვრება იმის მიხედვით, თუ რა დონის და ხარისხის დახმარება ესაჭიროება პიროვნებას, ანუ რამდენად დამოუკიდებელია იგი.

გამოყოფენ დახმარების 4 დონეს:

1. დროებითი: არ ესაჭიროება მუდმივი დახმარება, მაგრამ შეიძლება დასჭირდეს დროებითი მხარდაჭერა გარკვეულ შემთხვევებში, მაგ. პროფესიის ათვისება, სამუშაოს შოვნა.
2. შეზღუდული: პერიოდულად ესაჭიროება გარკვეული სახის დახმარება, მაგ. ფინანსების განკარგვასა და განაწილებაში, პროფესიის ათვისებასა და ჩვევების გავარჯიშებაში.
3. ექსტენსიური: ესაჭიროება ყოველდღიური დახმარება ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტში.
4. ყოვლისმომცველი: მოითხოვს მუდმივ, ინტენსიურ დახმარებას ცხოვრების ყველა ასპექტში.

გონებრივი ჩამორჩენილობის განსაზღვრება და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ჩამოყალიბებულია დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მე-4, გადასინჯულ გამოცემაში (**DSM-4**), დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გამოცემაში (**ICD-10**) და ამერიკის გონებრივი ჩამორჩენილობის ასოციაციის სახელმძღვანელოში (**AAMR**).

DSM-4-ის და **AAMR**-ის გონებრივი ჩამორჩენილობის განსაზღვრება უფრო ფუნქციონალური ხასიათისაა, ვიდრე სამედიცინო, ან ფსიქოპათოლოგიური. იგი მოიცავს ფუნქციურ შეზღუდვებს (ინტელექტის და ადაპტაციური ჩვევების) სპეციფიკურ

გარემოში (სახლი, სკოლა, საზოგადოება) და შესაბამისად, ნორმალური ცხოვრებისათვის სპეციალური დახმარების ხარისხს. **ICD-10** განმარტება, ტრადიციულად, სამედიცინო მიდგომას ეყრდნობა. **AAMR**-ის მიხედვით გონებრივად ჩამორჩენილი პიროვნების დიაგნოსტიკა და მისი მოთხოვნილებების განსაზღვრა ხდება 4 განზომილების მიხედვით:

- I განზომილება – ინტელექტუალური ფუნქციონირება და ადაპტაციური ჩვევები;
- II განზომილება – ფსიქოლოგიური და ემოციური სტატუსი;
- III განზომილება – ფიზიკური, ჯანმრთელობის და ეტიოლოგიური ფაქტორები;
- IV განზომილება – გარემოს ფაქტორები.

გონებრივი ჩამორჩენილობის (გრ) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

DSM-IV

საშუალოზე მნიშვნელოვნად დაბალი გონებრივი ფუნქციონირება; ინდივიდუალური ტესტირების დროს 70-ზე დაბალი IQ.

ადაპტაციური ფუნქციონირების თანმხლები დარღვევები შემდეგი ორი ან მეტი სფეროდან:

- კომუნიკაცია;
- თავის მოვლა;
- სახლის მოვლა;
- სოციალური ინტერპერსონალური ჩვევები;
- საზოგადოებრივი ურთიერთობის ჩვევები;
- თვითმართვა;
- აკადემიური ჩვევები;
- შრომითი საქმიანობა;
- დასვენება;
- ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება.

დანეყება 18 წლამდე კოდირებულია, როგორც:

- იოლი გრ IQ 50-55-70; **317.**
- საშუალო გრ IQ 35-40-50-55; **318.0**

- ძლიერი გრ IQ 20-25- 35-40; **318.1**
- მძიმე გრ IQ 20-25-ზე ქვემოთ. **318.2**

319 დაუზუსტებელი

ICD-10

დიაგნოზისათვის აუცილებელია ინტელექტუალური ფუნქციების დაქვეითებული დონე, რაც იწვევს სოციალური გარემოს მოთხოვნებისადმი ადაპტაციის დარღვევას.

ინტელექტის დონე უნდა შეფასდეს კლინიკური დაკვირვების, ადაპტაციური ქცევის სკალების და ფსიქომეტრული ტესტების გამოყენებით.

კოდირება:

- იოლი გრ IQ 50-69; **F70**
- საშუალო გრ IQ 35-49; **F71**
- ძლიერი გრ IQ 20-34; **F72**
- მძიმე გრ IQ 20-ზე დაბალი. **F73**

F78 სხვა

F79 დაუზუსტებელი

AAMR

გონებრივი ჩამორჩენილობა იწვევს შეზღუდვებს ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

იგი ხასიათდება:

- საშუალოზე მნიშვნელოვნად დაბალი ინტელექტით;
- თანმხლები შეზღუდვებით ადაპტაციურ ჩვევებში შემდეგი ორი ან მეტი სფეროდან:

- კომუნიკაცია;
- თვითმომსახურება;
- სახლის მოვლა;
- სოციალური ჩვევები;
- საზოგადოებრივი ურთიერთობის ჩვევები;
- თვითრეგულაცია;
- აკადემიური ფუნქციონალური ჩვევები;

- ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება;
- შრომითი საქმიანობა;
- დასვენება.

გონებრივი ჩამორჩენილობა ვლინდება 18 წლამდე

რით ხასიათდება გონებრივი ჩამორჩენილობა?

გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევას ფართო დიაპაზონი აქვს. ზოგიერთ ბავშვში ეს იოლად ვლინდება, ზოგიერთს კი ძლიერად აქვს გამოხატული. გონებრივი ჩამორჩენილობა ბავშვის ფსიქიკური განვითარების შეუქცევად დარღვევას გულისხმობს. ეს ასეთი ბავშვის განათლებისა და განვითარების შეუძლებლობას კი არ ნიშნავს, არამედ გულისხმობს გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის განვითარების განსხვავებულ კანონზომიერებასა და ტემპს. ამიტომ, ყოველი ინდივიდუალური ბავშვის სწავლის შესაძლებლობების დასადგენად, მნიშვნელობა აქვს მისი განვითარების ინდივიდუალურ ტემპს და ინდივიდუალურ შესაძლებლობებს. გონებრივი ჩამორჩენილობის დასახასიათებლად აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ ბავშვის ფსიქიკური განვითარება შემდეგ სფეროებს მოიცავს: შემეცნებითი უნარები, მეტყველებისა და კომუნიკაციის უნარი, მსხვილი და ნატიფი მოტორული უნარები, სოციალურ-ემოციური განვითარება.

- გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირებში ყველაზე გამოხატულად მათი აზროვნების სპეციფიკური ხასიათი ჩანს. მაგალითად, მსგავსების პოვნა თავგესა და სპილოს შორის: ამ ამოცანის გადაჭრა მოითხოვს ალქმით მიღებული თვალსაჩინო შთაბეჭდილებებისა და ასოციაციური განსხვავებების იგნორირებას და მსგავსების პოვნას ორი ობიექტის ისეთი თვისების მიხედვით, რომელიც, ერთი შეხედვით, არ ჩანს. გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვებში ძირითადი პრობლემა მდგომარეობს იმაში, რომ არ შეუძლიათ დომინირებული, თვალსაჩინო ხატის საფუძველზე აღმოცენებული აზრის უკუგდება. გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე და არმქონე ბავშვებმაც იციან, რომ თავიციან და სპილოც ცხოველია, მაგრამ, მათ უნდა შეძლონ ზომაში სხვაობის იგნორირება. გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის დასკვნაზე ამ განსხვავების გავლენა ძალიან ძლიერია. იგი ვერ პოულობს საერთო ნიშანს,

რადგან მთელი მისი ყურადღება განსხვავებაზეა მიპყრობილი. ამ დროს, ბავშვის აზროვნება კონკრეტულ-თვალსაჩინო ხასიათს ატარებს. ბავშვის ცოდნაც კონკრეტულ-სიტუაციურია და ძნელია მისი განზოგადება სხვა სიტუაციაში.

- გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვებს აბსტრაქტულ აზროვნებასთან ერთად სხვა შემეცნებითი ფსიქიკური ფუნქციების განვითარებაშიც აქვთ სირთულეები. კერძოდ:
 1. სწავლის ნელი ტემპი: ჩვევების ასათვისებლად, ახალი ინფორმაციის შესაძენად ბავშვს ხანგრძლივი პერიოდი და ხშირი გამეორება ესაჭიროება.
 2. ყურადღების დარღვევა: ბავშვისათვის დიდი პრობლემაა ნებითი ყურადღების წარმართვა და ახალ მოქმედებაზე მისი გადანაცვლება.
 3. პრობლემის გადაწყვეტის სირთულეები: ბავშვს უჭირს დამოუკიდებლად გაიგოს პრობლემის ხასიათი და იპოვოს მისი გადაწყვეტის გზები. გადაწყვეტის დასწავლის შემთხვევაში კი უჭირს შეძენილი გამოცდილების სხვა მსგავს სიტუაციაში გამოყენება.
- გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს ხშირია მეტყველების პრობლემები. მეტყველების განვითარების დონე დამოკიდებულია ფსიქიკური განვითარების დარღვევის ხარისხზე. რაც უფრო გამოხატულია გონებრივი ჩამორჩენილობა, მით უფრო მეტი პრობლემა აქვს ბავშვს მეტყველების დაუფლებაში. მეტყველების განვითარების სირთულე მეტად მრავალფეროვანია, დაწყებული ლექსიკური მარაგის, არტიკულაციის, სინტაქსის გამოყენების, ამბის მოყოლის პრობლემებით, დამთავრებული მეტყველების განვითარების ძლიერი დარღვევით, როდესაც ბავშვს არ შეუძლია ურთიერთობის დამყარება ენის საშუალებით.
- გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს ბავშვს მოტორული სფეროს პრობლემებიც აქვს:
 1. ჩვილობის ასაკში ასეთი ბავშვი გვიან სწავლობს დაჯდომას, დგომას, სიარულს.
 2. სკოლამდელ ასაკში მისი მოძრაობები მოუქნელია, უჭირს შეთანხმებული მოძრაობების განხორციელება, მაგ. სირბილი, ბურთით თამაში, კოვზის, დანა-ჩანგლის ხმარება.
 3. უჭირს ნატიფი მოძრაობების განხორციელება და შესაბამ-

ისად, ისეთი ჩვევების ათვისება, რომელიც ხელების და თითების ნატიფ, მოქნილ მოძრაობას მოითხოვს: დანის, მაკრატლის, ფანქრის ხმარება.

4. ბავშვისათვის რთულია ნებითი მოტორული მოქმედების დაგეგმვა და კონტროლი: ისეთი მოძრაობების შესრულება, რომლებიც თანმიმდევრობას და შეთანხმებულობას მოითხოვს. უჭირს თვითმომსახურების ჩვევების დამოუკიდებლად ათვისება (ჭამა, ჩაცმა, ტუალეტი, დაბანა). მოტორული ჩვევების გარკვეული ხარისხით ათვისება მხოლოდ ხანგრძლივი ვარჯიშის შემდეგ ხდება შესაძლებელი.

- შემეცნებითი სირთულეებისა და კომუნიკაციური შეზღუდვების გამო ბავშვებს უჭირთ სოციალური ადაპტაცია. ისინი გვიან და რთულად ითვისებენ სოციალურ ჩვევებს: როგორ უნდა მოიქცნენ ოჯახში, საზოგადოებაში, საზოგადოებრივ ადგილებში (მაღაზია, ტრანსპორტი, კაფე). ასეთ ბავშვებს, საკუთარ ასაკთან შედარებით, მოუმნიფებელი სოციალური უნარები აქვთ.
- ბავშვების მოუმნიფებელობა ემოციურადაც ვლინდება. მათ შეუძლიათ უკიდურესად საპირისპირო ემოციების გამოხატვა, არიან იმპულსურები და უჭირთ ემოციების კონტროლი. ამავე დროს, ისინი ძლიერ მგრძნობიარენი არიან გარემოს დამოკიდებულებისადმი და მწვავედ რეაგირებენ, როდესაც ვერ გრძნობენ კეთილგანწყობას, სითბოს და ემოციურ მხარდაჭერას. გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის სოციალიზაციას ოჯახისა და საზოგადოების მხრიდან დიდი ძალისხმევა სჭირდება.

რა მიზეზები იწვევს გონებრივ ჩამორჩენილობას?

გონებრივი ჩამორჩენილობა, შეიძლება, მრავალი მიზეზით იყოს გამოწვეული. გამოყოფენ პრენატალურ (მუცლადყოფნის პერიოდის), პერინატალურ (მშობიარობის) და პოსტნატალურ (დაბადების შემდგომ) ფაქტორებს.

პრენატალური ფაქტორებია:

- გენეტიკური:
— ქრომოსომული დაავადებები (მაგ. დაუნის სინდრომი, მყიფე

X სინდრომი)

–მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი დარღვევები
(მაგ. ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია)

- შეძენილი:
 - ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი;
 - დედის ინფექციები (ციტომეგალოვირუსი, ლისტერიოზი);
 - დედის ჯანმრთელობის სხვა მდგომარეობები;
 - დედის ინტოქსიკაცია წამლებით.
- ემბრიონალური განვითარების ადრეული ცვლილებები:
 - კონგენიტალური ანომალიები;
 - ნერვული მილის განვითარების დეფექტები.

პერინატალური ფაქტორებია:

- მწვავე პლაცენტარული უკამრისობა;
- რთული მშობიარობა;
- ასფიქსია;
- ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსია (ჟანგბადის უკმარისობა).

ნეონატალური ფაქტორებია:

- ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია;
- ინტრაკრანიალური ჰემორაგია;
- რესპირატორული დარღვევები;
- ქალა-ტვინის სამშობიარო ტრავმები;
- ინფექციები: მენინგიტი, ენცეფალიტი.

პოსტნატალური ფაქტორებია:

- ქალა-ტვინის დაზიანება;
- ინფექციები (ჰერპესი, სოკოვანი, პარაზიტული ინფექციები, მენინგიტი, ენცეფალიტი);
- ტოქსიკურ-მეტაბოლური დარღვევები;
- გულყრითი სინდრომები (ვესტის სინდრომი, ლენოქს-გასტოს სინდრომი);
- გარემოს ქრონიკული დეპრივაცია (არახელსაყრელი ყოფითი პირობები, ძალადობა და შეურაცხყოფა, იზოლირება).

რამდენად ხშირია გონებრივი ჩამორჩენილობა?

სხვადასხვა ქვეყნების მონაცემებით, გონებრივი ჩამორჩენილობა აღენიშნება საერთო პოპულაციის 1%-ს. თუმცა სხვადასხვა კვლევაში გავრცელების განსხვავებული მაჩვენებელია, რაც დამოკიდებულია გამოყენებულ კრიტერიუმებსა და განსაზღვრებებზე, ასევე საკვლევ პოპულაციაზე. გონებრივი ჩამორჩენილობის თანხვედრა ხშირია აუტიზმთან, ცერებრულ დამბლსთან, ეპილექსიასთან. შემთხვევათა 80%-ს აღენიშნება იოლი გონებრივი ჩამორჩენილობა; 12%-ს – საშუალო, 7%-ს – ძლიერი, ხოლო 1%-ს კი მიძიმე.

შეფასება

ბავშვის გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოზის დადგენაში წამყვანი როლი კლინიკურ ფსიქოლოგს, განვითარების პედიატრს და ბავშვის ნევროლოგს ეკუთვნით. დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის მულტიდისციპლინურ, ანუ სხვადასხვა სპეციალისტის მიერ შეფასებას.

- დღეისათვის, გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოზის დადგენა ორი ნიშნის მიხედვით ხდება: ინტელექტის ტესტის მაჩვენებლითა და ადაპტაციური ფუნქციონირების ხარისხის მაჩვენებლით. ინტელექტის გაზომვა ხორციელდება IQ, ანუ ინტელექტის კოეფიციენტის საზომი ტესტებით. ისინი შეიცავენ სხვადასხვა ტიპის დავალებებს. ტესტის მაჩვენებლები სტანდარტიზებულია ბავშვების ასაკის, კულტურის, თითოეული ქვეყნის რეგიონებში მშობელთა განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიური სტატუსის მიხედვით. ინტელექტის ტესტების მეშვეობით შესაძლებელია დადგინდეს, თუ რა უნარები გააჩნია ბავშვს მისი ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვებთან მიმართებაში. თუმცა, აუცილებელია, ტესტის მაჩვენებლების მეტად ფრთხილი ინტერპრეტაცია, რომელიც მხოლოდ გამოცდილ ფსიქოლოგს შეუძლია.

IQ (ინტელექტის კოეფიციენტი) გამოიხატება ციფრებში სტანდარტულ სკალაზე რომელზეც საშუალო ქულაა 100, ხოლო სტანდარტული გადახრა – 16. საშუალო, ანუ 80-110 შორის ქულები, ყველაზე გავრცელებული მაჩვენებლებია. 70-79 ქულები – მოსაზღვრე მდგომარეობაა, ხოლო 70-ს ქვემოთ – გონებრივი

ჩამორჩენილობის მაჩვენებელია. ამავე დროს, ინტელექტის ტესტში დაბალი მაჩვენებლები, შეიძლება, სხვა ფაქტორებმაც განაპირობოს; მაგალითად, ოჯახურმა მდგომარეობამ, ტესტის მასალის სხვა კულტურაზე პირდაპირმა გადატანამ (ტესტი ამერიკულ კულტურაშია შექმნილი) და დიდ პოპულაციაზე მისი სტანდარტიზაციისა თუ ადაპტაციის უგულვებელყოფამ, არასწორმა ტესტირებამ, ფსიქოლოგის არასაკმარისმა კვალიფიკაციამ. ამიტომაც მნიშვნელოვანი ტესტის ჩატარება განვრთვნილი სპეციალისტის მიერ და მისი მაჩვენებლების პროფესიულად კვალიფიციური ინტერპრეტაცია. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ საკმარისი არ არის გონებრივი ჩამორჩენილობის შეფასება მხოლოდ IQ ტესტებით. ასეთი მიდგომა, ხშირად, ბევრ გაუგებრობას იწვევს. მაგ. ორი ბავშვის ერთნაირ IQ მაჩვენებელში იგულისხმება მათი სწავლის ერთნაირი პოტენციალი, რაც არ შეესაბამება რეალობას. ერთნაირი გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხის და ინტელექტის კოეფიციენტის მქონე პირებს სხვადასხვა შესაძლებლობები და შეგუების სხვადასხვა ხარისხი გააჩნიათ, რასაც IQ ტესტი ვერ გვიჩვენებს. ამიტომ, აუცილებელია, ბავშვის თუ მოზრდილის ადაპტაციური ფუნქციონირების ხარისხის შეფასება. ეს ტერმინი ყველა იმ უნარს მოიცავს, რაც დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვისაა საჭირო: თვითმომსახურების, სწავლის, შრომითი, სოციალური, სახლის მოვლის ჩვევები. აუცილებელია, ბავშვის სოციალური გამოცდილებისა და სოციალური ჩვევების გათვალისწინება, რომელთა შესაფასებლად ყველაზე გავრცელებულია **ABS (Adaptive Behavior Scales)**. აღნიშნული სკალის საშუალებით ხდება პიროვნების ჩვევების შეფასება სხვადასხვა ცხოვრებისეულ სფეროში, მაგ. თვითმომსახურების, საზოგადოებრივ ადგილებში ქცევის, ფულის ბანკნოტის გამოყენების, სახლის მოვლის, ახლობლებთან და უცხო პირებთან ურთიერთობის და ა.შ. შესაბამისად, გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხის განსაზღვრა ხდება არა მხოლოდ ინტელექტის კოეფიციენტის გათვალისწინებით, არამედ იმ დახმარების ხარისხის შეფასებით, რომელიც ინდივიდს ესაჭიროება დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და გარემოსთან ადეკვატური ურთიერთობისათვის.

გონებრივი ჩამორჩენილობის შეფასება უნდა მოხდეს ზემოაღნიშნული ოთხი განზომილების მიხედვით.

პირველი განზომილებით პიროვნების მდგომარეობის შეფასება ხდება IQ ტესტებით და ადაპტაციური ქცევის შეფასების სკა-

ლებით. თუ IQ 70-ზე დაბალია, ადაპტაციური ქცევის სკალებში ორზე მეტ სფეროშია დარღვევები, მათი დაწყების ასაკი კი 18 წლამდეა, ამ შემთხვევაში სახეზეა გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი.

შეფასების ტესტები:

ჩვილობის ასაკში გამოიყენება **ბეილის სკალები** (1-დან 42 თვის ასაკის ბავშვებისათვის);

გრიფიტის ფსიქიკური განვითარების სკალები (1 თვიდან 8 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის);

5 წლამდე ასაკის (სკოლამდელი ასაკის) ბავშვებისათვის გამოიყენება **ბავშვთა უნარების მაკკარტის სკალები** (2.5-8.5 წლის ბავშვებისათვის), **კაუფმანის ბავშვების შესაფასებელი ბატარეა K-ABC** (2.5-12.5 წლის ბავშვებისათვის), **ვექსლერის სკოლამდელი ასაკის ბავშვების ინტელექტის სკალა WPPSI-R** (3-5 წლის ბავშვებისათვის);

5 წლის ზემოთ და ყმაწვილებისათვის გამოიყენება **ბრიტანული უნარების სკალები BAS** (2-18 წლები), **სტენფორდ-ბინეს IQ ტესტი** (2-23 წლები), **ვექსლერის ინტელექტის სკალა ბავშვებისათვის WISC-R** (6-დან 17 წლამდე), **ვექსლერის ინტელექტის სკალა მოზრდილებისათვის WAIS-R** (16-74 წლები).

მაორა განზომილების მიხედვით უნდა შეფასდეს ბავშვის ქცევა სხვადასხვა სიტუაციაში და ემოციური სფეროს სუსტი და ძლიერი მხარეები. ახლობლების ინტერვიუებისა და დაკვირვების მონაცემების გარდა იყენებენ პიროვნების ადაპტაციური ქცევების შესაფასებელ სტანდარტიზებულ სკალებს. ყველაზე ფართოდ გამოიყენება:

ადაპტაციური ქცევის სკალები, ABC, რომელიც სტანდარტიზებულია 3-დან 69 წლამდე ასაკისათვის. არსებობს მისი ორი ვერსია: სკოლისათვის და ინსტიტუტებისათვის. მისი საშუალებით ფასდება 10 სფერო, მაგ. დამოუკიდებელი ფუნქციონირება, ფიზიკური განვითარება, ეკონომიკური აქტივობა, თავის მოვლა და ა.შ. და 14 პრობლემური ქცევა, მაგ. ძალადობა, დესტრუქციული ქცევა და ა.შ.

ვაინლენდის ადაპტაციური ქცევის სკალები, რომლებიც სტანდარტიზებულია 0-დან 19 წლამდე. ფასდება 4 სფერო – ყოველდღიუ-

რი ცხოვრების ჩვევები, კომუნიკაცია, სოციალიზაცია, მოტორული განვითარება.

ბრუნინესის დამოუკიდებელი სოციალური ქცევის სკალებით ფასდება 14 ადაპტაციური ქცევა, რომელიც 4 ქვესკალაშია გაერთიანებული (მოტორული, სოციალური ინტერაქცია და კომუნიკაცია, ყოველდღიური დამოუკიდებელი ცხოვრების ჩვევები, საზოგადოებრივი ცხოვრება) და 8 დეზადაპტაციური სახის ქცევა, რომელიც 3 სფეროდაა დაჯგუფებული (ინტერნალიზებული ქცევის პრობლემები, ექსტერნალიზებული ქცევის პრობლემები, სოციალური დეზადაპტაციური ქცევა).

მასაჰი განზომილებით სათანადო სპეციალისტების მიერ ფასდება პიროვნების ფიზიკური და ჯანმრთელობის მდგომარეობა და პათოლოგიური მდგომარეობის ეტიოლოგიური ფაქტორები.

მაიოთხა განზომილებაზე უნდა შეფასდეს პიროვნების ოჯახური და სასკოლო გარემო. მეტად მნიშვნელოვანია, სკოლაში და ოჯახში ბავშვის შემდეგი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება და მათი განხორციელების ხარისხის შეფასება: ნორმალურ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვის მოთხოვნილება; ასაკისათვის შესაფერისი დამოუკიდებელი ფუნქციონირებისათვის საჭირო ჩვევების განვითარების მოთხოვნილება.

ბავშვის ოთხივე განზომილების მიხედვით შეფასებასთან ერთად უნდა შეფასდეს სათანადო დახმარების ხარისხი. დახმარება კლასიფიცირდება როგორც პერიოდული, შეზღუდული, ექსტენსიური და მუდმივი. ეს აუცილებელი მომენტია, რადგან მის მიხედვით განისაზღვრება, თუ რა სახისა და ინტენსივობის სპეციალური მომსახურება ესაჭიროება პიროვნებას სახლში, სკოლაში, საზოგადოებაში და ა.შ.

იდეალურ შემთხვევაში ჯამდება შეფასების შედეგები, აღინიშნება ბავშვის სტატუსი ოთხი განზომილების მიხედვით და ბავშვის მდგომარეობის სპეციფიკური მოთხოვნილებებიდან გამომდინარე, ჩამოყალიბდება დახმარების განხორციელების კონკრეტული გეგმა.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს?

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის განვითარებას თავისი კანონზომიერება აქვს, რომელიც ძლიერ განსხვავდება საშუალო ბავშვის განვითარების ჩვეული მიმდინარეობისგან და ეს განსხვავება უკვე ჩვილობის ასაკიდან ფიქსირდება.

მთავარი სირთულე, რასაც მშობლები აწყდებიან გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის აღზრდისას, არის ის, რომ მას დიდი დრო და დიდი ძალისხმევა სჭირდება ყოველდღიური ჩვევების, თუ ახალი ინფორმაციის ასათვისებლად. იმაში, რასაც სხვა ბავშვები თითქოსდა ბუნებრივად ითვისებენ (ჭამა, ჩაცმა, ტუალეტით სარგებლობა, ფერების, ფორმების, სიდიდის გარჩევა) გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვს სპეციალური პირობები და სწავლება ესაჭიროება.

მეორე სირთულე, რომელიც ხელს უშლის გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის განვითარებას, ჩვევის ან ინფორმაციის განზოგადების სიძნელეა. ასეთი ბავშვისათვის, ერთ კონკრეტულ სიტუაციაში ათვისებული ჩვევის, ან მიღებული ცოდნის სხვა სიტუაციაში გამოყენება დიდი პრობლემაა. მათ უჭირთ სხვადასხვა სიტუაციებს შორის მსგავსების დანახვა. ამიტომ, თვალსაჩინოდ და პრაქტიკულ განხორციელებაში სჭირდებათ დაინახონ, თუ როგორ ხდება ერთი ჩვევის ან კონკრეტული ცოდნის სხვადასხვა სიტუაციაში გამოყენება.

იმის გამო, რომ ბავშვის აბსტრაქტული აზროვნების განვითარება ძლიერ ჩამორჩება, უჭირს ზოგადი მიმართების გაგება, მიზეზ-შედეგობრივი მიმართების წვდომა, პრობლემის გაგება, შინაარსიდან აზრის გამოტანა. ბავშვის აღზრდაში ეს პრობლემა ერთ-ერთი მთავარია.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირებში ემოციური და ქცევის დარღვევები შემთხვევათა 25-50%-ში გვხვდება; 12-15%-ს – მხედველობის, ხოლო 8-20%-ს სმენის პოზიტივები აქვს; 15-30%-ს აღენიშნება ეპილეფსია; ყოველი 100.000-იდან 20-ს სერიოზული თვითდამაზიანებელი და საშიში ქცევა აქვს.

როგორ დავუხმართ გონებრივი ჩამორჩენილობის გეგმას?

როგორც წესი, ოჯახისათვის ბავშვის გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოზის გაგება ძლიერი სტრესია. ძალზე რთულ და მძიმე გამცდებთანაა დაკავშირებული იმ აზრთან შეგუება, რომ ბავშვის მდგომარეობა ქრონიკული ხასიათისაა და მას არ ექნება ისეთი მომავალი, როგორც ეს ოჯახს ჰქონდა წარმოდგენილი. მიუხედავად ამისა, მდგომარეობა არც ისე უიმედოა. ბავშვის შესაძლებლობების შესატყვისი აღზრდისა და სწავლის პირობებში, გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვი და შემდეგ, მოზრდილი, მშვენივრად ეგუება სოციალურ გარემოს.

რას ნიშნავს შესატყვისი აღზრდა და სწავლება გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს?

- პირველი და მნიშვნელოვანი, რაც აუცილებელია, რომ დროულად ჩატარდეს, ბავშვის გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხის დადგენაა. ეს გულისხმობს არა მხოლოდ იმის გარკვევას, თუ რისი გავრცელება არ შეუძლია ბავშვს, ან რისი დეფიციტი აქვს და რას ვერ ახერხებს, არამედ იმის ცოდნასაც, თუ რა შეუძლია, რა მოსწონს, რაზე რეაგირებს, როგორ იყენებს დახმარებას.
- აუცილებელია, ჩვენი მოთხოვნებისა და მოლოდინების მისადაგება ბავშვის შესაძლებლობებთან. გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის აღზრდა იმ პოტენციური შესაძლებლობების გამოვლენასა და განვითარებას ანუ ბავშვის ინდივიდუალობის გათვალისწინებას ნიშნავს, რაც კონკრეტულ ბავშვს გააჩნია. უნდა გავაცნობიეროთ, რომ ჩვენი მიზანი საკუთარი წარმოდგენისა და სურვილის მიხედვით ბავშვის შეცვლა და მისადმი მოთხოვნების წაყენება კი არაა, არამედ ბავშვისათვის მისაწვდომი გზებით იმ უნარების ამოქმედება, რომელიც მას გააჩნია. ამიტომ, აუცილებელია, საკუთარი ინტერესებიდან და მოთხოვნილებებიდან ყურადღება გადავიტანოთ ბავშვის მოთხოვნილებებზე და ინტერესებზე. არაადეკვატური აღზრდის პირობებში (ბავშვის მიმართ შეუსაბამოდ მაღალი ან შეუსაბამოდ დაბალი მოთხოვნები) ბავშვს იმ უნარების განვითარებისა და გამომჟღავნების შესაძლებლობაც კი არა აქვს, რაც მას გააჩნია. მაგალითად, ყოველ მშობელს სურს, რომ მი-

სმა შვილმა წერა-კითხვა მაინც იცოდეს. მძიმე ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს სიმბოლური ჩვევების (წერა, კითხვა, თვლა) ჩამოყალიბება ვერ ხერხდება. მშობლები უიმედობას ეძლევიან, რადგან მათი მოლოდინები არ გამართლდა და ბავშვის განათლების მცდელობაც სრულდება. ხშირად, მშობლები ვერ აცნობიერებენ, რომ განათლება ფართო ცნებაა და იგი მხოლოდ წერა-კითხვისა თუ თვლის დასწავლას არ გულისხმობს; განათლება აუცილებელია გარკვეული ჩვევების ათვისების (ყოველდღიური, თავის მოვლის, სოციალური, შრომითი ჩვევები), გარემოსთან კომუნიკაციის, ადამიანებთან ურთიერთობის საკითხებშიც. რაც უფრო ბევრ სხვადასხვა სიტუაციაში მიიღებს ბავშვი პრაქტიკულ გამოცდილებას, მით უფრო მიზანშეწონილი და ადეკვატური ხდება მისი ქცევა.

- აუცილებელია, შრომითი საქმიანობისათვის მოზარდის უკვე გარდამავალი ასაკიდან მომზადება. იოლი და საშუალო ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობის შემთხვევაში მოზარდები წარმატებით ეუფლებიან სხვადასხვა ხელობასა და პროფესიას. ეს მეტად მნიშვნელოვანია მათი ემოციურ-მოტივაციური სფეროს განვითარების, პიროვნული ზრდისა და დამოუკიდებლობისათვის.
- გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვების მომსახურების მიზნით საზოგადოებაში უნდა არსებობდეს კარგი ინფრასტრუქტურა: აუცილებელია, საბავშვო ბალებსა და სკოლებში ინტეგრირების პროგრამების არსებობა; ასეთი ბავშვებისა და მათი ოჯახების დასახმარებლად, სპეციალურ სასწავლო პროგრამასთან ერთად, უნდა არსებობდეს ფსიქიკური განვითარების სტიმულირების პროგრამები და ფსიქო-სოციალური სამსახურები; ასევე, აუცილებელია, ასეთი მოზარდებისა და შემდეგ, მოზრდილებისათვის პროფესიული ორიენტაციის, დასაქმებისა და ხელობის სწავლების ცენტრების არსებობაც.

შეიძლება თუ არა გონებრივი ჩამორჩენილობის განკურნება?

გონებრივი ჩამორჩენილობა ქრონიკული მდგომარეობაა, რომელიც მთელი ცხოვრების განმავლობაში თან ახლავს ადამიანს. იგი განვითარების დარღვევაა, რომელიც ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვადასხვა მიზეზით დაზიანების შედეგადაა გამოწვეული.

თუ ზემოხსენებული კითხვა საბოლოო და სრულ გამოჯანმრთელებას გულისხმობს, მაშინ პასუხი უარყოფითი იქნება. თუმცა, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ სპეციალური მკურნალობით ბავშვის მდგომარეობის შეცვლა შეუძლებელია.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვს ესაჭიროება როგორც მედიკამენტური მკურნალობა, ასევე ქცევითი თერაპია, ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია, სამკურნალო-პედაგოგიური ღონისძიებების გატარება.

სხვადასხვა სომატური პრობლემების გამო, რომელიც გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა ფორმას ახლავს თან, ბავშვებს ესაჭიროებათ სიმპტომური სამედიცინო მკურნალობა შესაბამის სპეციალისტებთან.

რადგანაც, გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს, თავის ტვინის ფუნქციონირება განსხვავდება ჩვეულებრივი, საშუალო ბავშვის თავის ტვინის ფუნქციონირებისა და განვითარებისაგან, ასეთ ბავშვებს, ხშირად, მკურნალობა ენიშნებათ ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტივობის გაუმჯობესების მიზნით.

ინტერვენცია

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვებისა და მათი ოჯახებისათვის ინტერვენციის პროგრამები მოიცავს შემდეგ ხუთ სფეროს:

- ფსიქოლოგიური განათლება;
- ადეკვატური მხარდაჭერისა და პერიოდული შეფასების ორგანიზაცია;
- ბავშვის ყოველდღიური ჩვევების ტრენინგის უზრუნველყოფა;
- კონსულტაციები მძიმე ქცევითი დარღვევების დაძლევის მიზნით;

- კონსულტაციები პიროვნების ცხოვრებაში ცვლილებებთან დაკავშირებით, ოჯახის მხარდაჭერა და კონსულტაციები დარდის დასაძლევად.

ფსიქოლოგიური განათლება

გონებრივი ჩამორჩენილობის დროს ფსიქოლოგიური განათლების მიზანია ოჯახის წევრების დახმარება ბავშვის დიაგნოზისა და მისგან გამომდინარე შედეგების მიღებაში. ძირითადი ამოცანაა, მათთვის გასაგებ ენაზე ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდება და შემდგომში, დიაგნოზის გაგების სტრესთან გამკლავების მიზნით მშობლების დახმარება.

ადეკვატური დახმარების ორგანიზაცია ხორციელდება მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ. ბავშვისა და მისი ოჯახის დახმარების მოთხოვნილებები და მიზნები მკაფიოდ და გასაგებად უნდა იქნეს ჩამოყალიბებული. დახმარების კონკრეტული გეგმა შეთანხმებული უნდა იყოს ოჯახთან და გუნდის წევრებთან. განსაზღვრული უნდა იყოს მულტიდისციპლინური გუნდის თითოეული წევრის როლი დახმარების გეგმაში და პერიოდულ შეფასებაში.

ყოველდღიური ჩვევების ტრენინგი გულისხმობს ძალზე სტრუქტურირებული და დანაწევრებული აქტივობების შემცველ პროგრამებს; მათი მეშვეობით მშობლებს ასწავლიან ბავშვებისათვის სხვადასხვა ჩვევების ათვისების საშუალებებს. ამ მიზნით გამოიყენება ქცევის მოდიფიკაციის პრონციპები, ჩვევების შემუშავების სტრუქტურირებული პროგრამები, მშობლებისა და სკოლის პერსონალის ტრენინგი.

ძლიერ საზიანო ქცევასთან გამკლავება

თვით-საზიანო, აგრესიული და დესტრუქციული ქცევების შეფასება უნდა მოხდეს იმ ფაქტორების გამოვლენის კონტექსტში, რომლებიც ამ ქცევებს განამტკიცებენ. შემდეგ კი, ამ პრობლემის გადაწყვეტის მიზნით, ბავშვისა და ოჯახისათვის უნდა მოხდეს პროგრამის შემუშავება. ინტერვენციის პროგრამა უნდა ეფუძნებოდეს პრობლემური ქცევის უშუალო წინმსწრები და მისი მომდევნო მოვლენების დაწვრილებით ფუნქციონალურ ანალიზს. აუცილებელია, ფართო ეკოლოგიური ხასიათის შეფასებაც ფიზიკური და სოციალური გარემოს იმ ნიშნების გამოსავლენად, რომელიც ბავშვებსა და მათ მომვლელებს განაწყობს ურთიერთგანამტკიცებელი ქცევის განსახორციელებლად.

როგორ ვასწავლოთ გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვს?

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვს, ისევე როგორც სასკოლო ასაკის მის სხვა ნებისმიერ თანატოლს, სასკოლო გარემო ესაჭიროება სასწავლო და ფუნქციონალური ჩვევების ასათვისებლად. ამიტომ, მისთვის საჭიროა სპეციალური სასწავლო პროგრამა.

ძირითადი აკადემიური ჩვევების ქვეშ იგულისხმება: წერა, კითხვა, თვლა. ამავე დროს, მეტად მნიშვნელოვანია ე.წ. წინააკადემიური უნარები. სპეციალური სწავლების სასკოლო პროგრამა დიდ ყურადღებას აქცევს ისეთი წინააკადემიური უნარების ჩამოყალიბებას, როგორიცაა:

ძირითადი ჩვევები – ყურადღების მიმართვა და კონცენტრაცია, მოსმენა, თანმიმდევრობისა და წესის დაცვა, მითითების თანმიმდევრობით შესრულება;

მეტყველებითი და კომუნიკაციური უნარები – კითხვებზე პასუხის გაცემა, კითხვის დასმა, აზრის გამოხატვა;

ცნობის უნარები – სხეულის ნაწილების ცნობა და დასახელება, ფერების, ფორმების ცნობა;

წერისათვის მოსამზადებელი უნარები – კალმისტრისა და ფანქრის ხელში სწორად დაჭერა, ხაზების გავლება, მარტივი ფიგურების გადახატვა;

კითხვისათვის მოსამზადებელი უნარები – სიუჟეტური სურათების დათვალიერება და მოყოლა, ბგერების გარჩევა სიტყვებში.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვთა ნაწილი ჯერ კიდევ საბავშვო ბაღში, ან დანწყებით სკოლაში, ითვისებს წინააკადემიურ უნარებს. წინააკადემიური უნარების ჩამოყალიბების სისწრაფე დამოკიდებულია ბავშვის გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხზე და მის ინდივიდუალურ უნარებზე.

ფუნქციონალური ჩვევების ქვეშ იგულისხმება ისეთი ჩვევები, რომელიც საზოგადოებაში ყოველდღიური ცხოვრებისათვისაა საჭირო:

- თვითმომსახურების ჩვევები – ჭამა, ჩაცმა, ტუალეტი;
- სახლის მოვლის ჩვევები – საწოლის გასწორება, ოთახის დალაგება, საჭმლის მომზადება, საყიდლებზე წასვლა;
- ფუნქციონალური კითხვის ჩვევები – ქუჩების დასახელებების

ნაკითხვა და ცნობა, აბრების ნაკითხვა და ცნობა, მოძრაობის ნიშნების ცნობა;

- ფულად ბანკნოტებთან დაკავშირებული ფუნქციონალური ჩვევები – ფულის ნიშნების ცნობა, ხურდის მიღება, დახურვა-დაღება, თანხის გადახდა;
- საზოგადოებრივი ცხოვრების ჩვევები – ქუჩაში უსაფრთხოდ სიარული და ქუჩაზე გადასვლა, საზოგადოებრივი ტრანსპორტის გამოყენების ჩვევები, შრომითი ჩვევები.

ზემოთ ჩამოთვლილი ფუნქციონალური ჩვევების ასათვისებლად ჩვეულებრივ ბავშვსაც კი ბავშვობისა და მოზარდობის ხანგრძლივი პერიოდი ესაჭიროება. მაგრამ, თუ ჩვეულებრივი მოზარდი თვითონ, ბუნებრივად ახერხებს გამოცდილების შეძენას, გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვს სპეციალური ძალისხმევა სჭირდება.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვებისათვის განკუთვნილი სპეციალური სასწავლო პროგრამა უნდა აიგოს აკადემიური და ფუნქციონალური ჩვევების ათვისების ბალანსირებულ სისტემაზე.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვის სწავლებისას მეტად მნიშვნელოვანია ორი საკითხის გარკვევა:

- როგორ სკოლაში უნდა ისწავლოს ასეთმა ბავშვმა და როგორი სასწავლო გარემო უნდა ჰქონდეს მას?
- როგორი უნდა იყოს მისი სასწავლო პროგრამა და როგორ უნდა განხორციელდეს იგი?

პირველ კითხვაზე პასუხის გაცემა არც ისე იოლია. ფაქტია, რომ ბავშვს ესაჭიროება სასწავლო გარემო, მაგრამ როგორი? სხვადასხვა ქვეყნის განათლების სისტემაში ამ საკითხის გადასაჭრელად განსხვავებული მიდგომები არსებობს, ამასთან, ზოგადად, შეიძლება სამი ძირითადი სტრატეგიის გამოყოფა:

- სპეციალური სკოლებისა და ცენტრების მომსახურება, როდესაც გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვი განათლებას იღებს მისთვის სპეციალურად მოწყობილ გარემოში;
- ინტეგრაცია, როდესაც გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვები ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლის სპეციალურ კლასებში სწავლობენ და ზოგიერთი გაკვეთილი, ან აქტივობები ჩვეულებრივ ბავშვებთან ერთად აქვთ;

- სრული ჩართვა და თანამონაწილეობა (ინკლუზია) როდესაც გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვები, ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში, საკუთარი, ინდივიდუალური პროგრამით ჩვეულებრივ ბავშვებთან ერთად სწავლობენ ერთ კლასში.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვების ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში სწავლების მომხრე და სანინაალმდეგო მრავალი არგუმენტი არსებობს. შეიძლება რამდენიმე მათგანის გამოყოფა:

მომხრე არგუმენტებია:

- ჯანმრთელ ბავშვებთან ურთიერთობისას გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვი ადვილად ითვისებს სოციალურ ჩვევებს;
- იზოლაცია კიდევ უფრო ამძიმებს ბავშვის მდგომარეობას. ცნობილია, რომ ასეთი ბავშვები კონკრეტული მაგალითებითა და რეალური, კონკრეტული სიტუაციით უკეთ სწავლობენ, რადგან მეტად მწირი წარმოსახვისა და განზოგადების უნარი აქვთ. ამიტომ, გონებრივად ჩამორჩენილი ბავშვის ჩართვა სხვადასხვა სახის ურთიერთობებში, ხელს უწყობს მის განვითარებას;
- ბავშვი ისეთივე გარემოში სწავლობს, რომელშიც მას შემდგომში მოუხდება ცხოვრება. ეს ხელს უწყობს მის მორგებას საზოგადოების მოთხოვნებთან.

სანინაალმდეგო არგუმენტებია:

- გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვს არ გააჩნია საკმარისი ჩვევები და განვითარების ისეთი დონე, რომელიც ჩვეულებრივ კლასში წარმატების მიღწევის საშუალებას მისცემს. უფრო სასარგებლოა მისთვის ადეკვატური, სპეციალური სასწავლო გარემოს შექმნა;
- ასეთი ბავშვის უნარების თანატოლებისაგან საგრძნობი განსხვავება დაბალი თვითშეფასების მიზეზია და შეიძლება კლასში დაიჩაგროს;
- ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლას უნდა შეეძლოს გონებრივად ჩამორჩენილი ბავშვების სპეციალურად მომზადებული მასწავლებლებით უზრუნველყოფა, ვისაც ასეთ ბავშვებთან მუშაო-

ბის გამოცდილება აქვს. რეალურად კი ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლას, ასეთი ბავშვების სწავლებისათვის, სპეციალურად მომზადებული კადრები ან საერთოდ არ ჰყავს, ან არ ჰყოფნის;

- სპეციალურ სკოლაში ბავშვის მოთხოვნილებებისა და შესაძლებლობების შესაბამისი გარემოა შექმნილი, სადაც იგი თავს უფრო დაცულად გრძნობს.

ის, თუ როგორი სასწავლო გარემო უნდა ჰქონდეს ბავშვს, დამოკიდებულია მისი გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხზე. ზოგიერთი ბავშვისათვის მისაწვდომი და სასარგებლო ჩვეულებრივ კლასში სწავლა, ზოგიერთისთვის – სპეციალური კლასია ადეკვატური, ზოგს კი სპეციალური სკოლა ესაჭიროება.

ყველა შემთხვევაში, სპეციალური პროგრამის შინაარსი მორგებული უნდა იყოს ბავშვის ინდივიდუალურ უნარ-შესაძლებლობებზე. ამიტომ, აუცილებელი და მოსახერხებელიცაა, ინდივიდური სასწავლო პროგრამის შედგენა ცალკეული ბავშვის საჭიროებების გათვალისწინებით.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვების სწავლებისას გასათვალისწინებელია შემდეგი ფაქტორები:

- კლასში ბავშვების რაოდენობა უნდა იყოს მცირე და არ უნდა აღემატებოდეს 12-ს.
- მეტად მნიშვნელოვანია მასწავლებელი-მოსწავლის პროპორციის დაცვა; რაც უფრო მეტი მასწავლებელია ერთ მოსწავლეზე, მით უფრო ხარისხიანია მათი სწავლება. ზოგიერთ ბავშვს ინდივიდუალურად ესაჭიროება მასწავლებელი, ¹ ზოგიერთისათვის კი სწავლა მცირე ჯგუფთან ერთადაა ეფექტური.
- გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვების სწავლებისათვის, ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლას, პირველ რიგში, უნდა ჰყავდეს სპეციალურად მომზადებული მასწავლებლები, ხოლო ბავშვებისთვის შექმნილი უნდა ჰქონდეს შესაფერისი პირობები. მასწავლებლებს, რომლებიც ასეთ ბავშვებს სპეციალური პროგრამით ასწავლიან და მათთან ინდივიდუალურად მუშაობენ, უნდა ჰქონდეთ ბავშვის ანომალური განვითარების, სწავლების სპეციალური მეთოდებისა თუ მიდგომების და ასეთ ბავშვებთან ურთიერთობის საკითხებში სათანადო განათლება და გამოცდილება.
- გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვების სწავლებისას დიდი მნიშვნელობა აქვს სასკოლო დღის წესრიგის სტრუ-

ქტურას. გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვს უჭირს დავალების დამოუკიდებლად შესრულება, ახალი სიტუაციის დამოუკიდებლად გაგება და ესაჭიროება დეტალური მითითებები. ასეთი ბავშვები უკეთ სწავლობენ მრავალჯერადი გამეორების შედეგად. ამიტომ, აუცილებელია, მათი სასკოლო განრიგი სტრუქტურირებული იყოს და ყოველდღიურად ხორციელდებოდეს ერთნაირი თანმიმდევრობით. მეორეს მხრივ, საჭიროა, ბავშვმა ისწავლოს შეცვლილ სიტუაციაში ქცევა და ერთ სიტუაციაში შეძენილი ჩვევების სხვა სიტუაციაში გამოყენება. ამიტომ, ოპტიმალურ დღის წესრიგად მიჩნეულია ისეთი სიტუაცია, როდესაც გაკვეთილებისა და აქტივობების განრიგი თუ თანმიმდევრობა, ძირითადად, უცვლელი რჩება, ხოლო აქტივობის შინაარსი და გარემო სიტუაცია იცვლება.

- სასწავლო მასალების თვალსაჩინო სტილი ხელს უწყობს გონებრივად ჩამორჩენილი ბავშვის მიერ მასალის ათვისებას. ასეთი ბავშვების სწავლებისას, აუცილებელია, არა მარტო მრავალფეროვანი კონკრეტული თვალსაჩინო მასალის, არამედ თვალსაჩინო სიტუაციების გამოყენებაც. მაგ. ცხოველებისა და ფრინველების შესწავლისას, თვალსაჩინო სურათების გამოყენებასთან ერთად, სასარგებლოა, თუ არსებობს ბავშვების ზოოპარკში წაყვანის საშუალებაც. მასალა უნდა იყოს ასაკის შესაფერისი და შეესაბამებოდეს ბავშვის ინტერესებს. მაგ. შესაძლებელია, ასეთი მე-4 კლასელი ბავშვის კითხვის დონე შეესაბამებოდეს ჩვეულებრივი პირველი კლასელი ბავშვის დონეს, მაგრამ მას არ აინტერესებდეს ტექსტის ის შინაარსი, რაც ტიპური პირველკლასელისთვისაა საინტერესო.
- აუცილებელია, აკადემიური და ფუნქციონალური ჩვევების ათვისებაში ბალანსის დაცვა.

ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში სწავლების ერთ-ერთ ძირითად მიზანს წარმოადგენს ბავშვის სოციალიზაცია და ეს პროცესი განსაკუთრებულად უჭირთ გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე ბავშვებს. მათთვის არ არსებობს ერთი სწორი სასწავლო პროგრამა. ასაკის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია, თითოეული ასეთი ბავშვისთვის შემუშავდეს სათანადო სწავლების ინდივიდუალური პროგრამა, რომლის დახმარებითაც გონებრივად ჩამორჩენილ ბავშვს გაუადვილდება ახალი სოციალური ჩვევების ათვისება, მეგობრების შეძენა, ჩამოუყალიბდება ადეკვატური თვითშეფასება და დამოუკიდებლობის გრძნობა.

დასწავლის უნარის დარღვევა

რა არის დასწავლის უნარის დარღვევა?

დასწავლის უნარის დარღვევის ცნების შემოღებამდე ფართოდ გამოიყენებოდა ანალოგიური ტერმინი – დასწავლის უნარის დაქვეითება (**learning disability**). ის პირველად 1963 წელს შემოიღეს, ხოლო განმარტება 1975 წელს იქნა მიღებული აშშ-ის ფედერალური კანონმდებლობის მიერ. დასწავლის უნარის დარღვევა ჰეტეროგენული დარღვევების მქონე ჯგუფის ზოგადი სახელწოდებაა, რომლებიც ვლინდება კითხვის, წერის, მათემატიკური უნარების განვითარების დეფიციტში და სავარაუდოდ, დაკავშირებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის დისფუნქციებთან.

ტერმინით „დასწავლის უნარის დარღვევა“ აღინერება ინფორმაციის შენახვის, გადამუშავებისა და ახალი ინფორმაციის პროდუცირების სხვადასხვა სახისა თუ ხარისხის დაბრკოლებები (აშშ სწავლის უუნარობის ნაციონალური კომიტეტი – **NJCLD**); **IDEA**-ის (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ინდივიდთა განათლების აქტი) მიხედვით, დასწავლის უნარის დაქვეითების განსაზღვრება გულისხმობს შემდეგს:

1. ბავშვს დარღვევა აქვს იმ ერთ ან რამდენიმე ბაზისურ ფსიქიკურ პროცესში, რომლებიც საფუძვლად უდევს ზეპირი და წერიტი მეტყველების გაგებასა და გამოყენებას; იგი ვლინდება მოსმენის, აზრის გამოთქმის, წერის, კითხვის, არტიკულაციის, თვლის სიძნელეებში.
2. ბავშვს სირთულეები აქვს სწავლაში, კერძოდ, უჭირს წერა-კითხვისა და მათემატიკის ათვისება.
3. სწავლის პრობლემების მიზეზს არ წარმოადგენს სენსორული დეფიციტი (სმენის და მხედველობის დაქვეითება), მოტორული ნაკლი, გონებრივი ჩამორჩენილობა, ემოციური აშლილობა, ეკონომიკური, გარემოსა და სოციალურ-კულტურული არახელსაყრელი პირობები.
4. დიდი განსხვავებაა ბავშვის სწავლის პოტენციალსა და მისი მიღწევის დაბალ დონეს შორის.
5. დასწავლის უნარის დარღვევა უკავშირდება ცენტრალური ნერვული სისტემის დისფუნქციას (ანუ პრობლემას ბიოლოგიური საფუძველი აქვს).

6. დასწავლის უნარის დარღვევა შეიძლება არსებობდეს სხვა დარღვევებთან ერთად (მაგ. ემოციური აშლილობა, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი).
7. პრობლემა შესაძლებელია არსებობდეს მთელი ცხოვრების მანძილზე.

დასწავლის უნარის დარღვევა მრავალი ფორმა არსებობს. ამ ტიპის დარღვევათა სპექტრი იმდენად ფართოა, რომ დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ორი ერთნაირი ბავშვის მოძებნა, პრაქტიკულად, შეუძლებელია. დასწავლის უნარის დარღვევა შეიძლება ადამიანს მთელი ცხოვრება ჰქონდეს; ზოგ შემთხვევაში, იგი მოიცავს ადამიანის ცხოვრების ფართო სფეროს, სხვა შემთხვევაში კი წარმოადგენს იზოლირებულ პრობლემას.

წარსულში, დასწავლის უნარის დარღვევის აღსანიშნავად, იყენებდნენ შემდეგ ტერმინებს: თავის ტვინის მინიმალური დისფუნქცია, დისლექსია, ჰიპერაქტივობა.

დღეს ფსიქიური აშლილობების დიაგნოსტიკურ სახელმძღვანელოებში დასწავლის უნარის დარღვევის განსაზღვრებები მცირედ განსხვავდება DSM-IV-ისა და ICD-10-ის მიხედვით:

DSM-IV-TR	ICD-10
დასწავლის უნარის დარღვევა	აკადემიური უნარების სპეციფიკური განვითარების დარღვევები F81
315.00 კითხვის უნარის დარღვევა	F81.0 კითხვის უნარის სპეციფიკური დარღვევა
	F81.1 მართლწერის სპეციფიკური დარღვევა
315.1 მათემატიკური უნარის დარღვევა	F81.2 მათემატიკური უნარების სპეციფიკური დარღვევა
	F81.3 აკადემიური უნარების შერეული დარღვევა
	F81.8 აკადემიური უნარების განვითარების სხვა დარღვევები
315.9 დასწავლის უნარის დარღვევის დაუზუსტებელი დარღვევა	F81.9 აკადემიური უნარების განვითარების დაუზუსტებელი დარღვევა

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ICD-10-ში, განსხვავებით DSM-IV-გან ცალკეა გამოყოფილი მართლწერის, ორთოგრაფიის სპეციფიკური დარღვევები და აკადემიური უნარების შერეული დარღვევა.

დასწავლის უნარის დარღვევის დიაგნოსტიკისას მეტად მნიშვნელოვანია დიფერენცირება გაკეთდეს:

- ✓ გონებრივ ჩამორჩენილობასთან ICD-10, F70;
- ✓ სენსორული დეფიციტით გამოწვეულ განვითარების პრობლემებთან (სმენისა და მხედველობის დაქვეითება), ICD-10, IV განზომილება;
- ✓ განვითარების პერვესიულ აშლილობებთან ICD-10, F84;
- ✓ მეტყველების განვითარების სპეციფიკურ დარღვევებთან ICD-10, F80;
- ✓ პედაგოგიურ ხელმიშვეულობასა და არასრულფასოვან სწავლებასთან ICD-10, V განზომილება.

რა ახასიათებს დასწავლის უნარის დარღვევას?

ბავშვების გარკვეული კატეგორია, ვისაც სკოლაში შესვლამდე თითქოს განვითარების პრობლემები არ ჰქონია, სკოლაში სწავლისას სიძნელებს აწყდება. მასწავლებლებზე ისინი, ხშირად, უყურადღებო, ზარმაცი, უინტერესო მოსწავლის შთაბეჭდილებას ტოვებენ, რაც ნაკლებად შეესაბამება სინამდვილეს.

დასწავლის უნარის დარღვევა, პირველ რიგში, აკადემიურ მოსწრებაში ვლინდება, რადგან, ბავშვს, შეიძლება, აღმოაჩნდეს წერის, კითხვის, მათემატიკის ათვისების სიძნელებები.

დასწავლის უნარის დარღვევის დახასიათება საკმაოდ რთულია, რადგან იგი ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში განსხვავებულ ხასიათს ატარებს. ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ სწავლის სიძნელებებს ბევრი სხვადასხვა მიზეზი შეიძლება ედოს საფუძვლად. ამ დროს ბავშვის ფსიქიკური განვითარება მოზაიკურ ხასიათს ატარებს, რაც ფსიქიკური ფუნქციების არათანაბარ განვითარებას გულისხმობს.

დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვების ზოგიერთი ფუნქცია კარგად არის განვითარებული, ზოგიერთი კი განვითარებაში შეფერხებული, ან დარღვეულია. ზოგ შემთხვევაში, ძირი-

თადი პრობლემა მხედველობით-სივრცითი ფუნქციის დარღვევებია: ბავშვს უჭირს მარჯვენა-მარცხენა მხარის გარჩევა, საგნების სივრცითი განლაგების წარმოდგენა, ხატვა. ამავე დროს, უძნელდება არითმეტიკული ოპერაციების ათვისება, მრავალნიშნა რიცხვების წაკითხვა, საათის ცნობა, რაც სივრცით ანალიზს მოითხოვს. ზოგიერთ შემთხვევაში, პრობლემა მეტყველების ფუნქციებშია. განსაკუთრებით ეს ეხება: აზრის წინადადებაში ჩამოყალიბებას – გამონათქვამს და სხვისი სიტყვიერი ინსტრუქციის, ან სხვისი მონაყოლის ინტერპრეტაციას. ასეთ ბავშვს უჭირს მასწავლებლის მიერ ახსნილი მასალის გაგება, მასწავლებლის მითითების შესრულება, თანატოლებთან ურთიერთობა და გაკვეთილის მოყოლა. სხვა შემთხვევაში პრობლემა, შეიძლება, დახვეწილ მოტორულ კონტროლსა და ნატიფ მოძრაობებში იყოს. ასეთ დროს ბავშვს უჭირს დაიმასხოვროს, თუ როგორ უნდა შემოხაზოს და რა მოძრაობები აკეთოს ასოს დაწერისას. ზოგიერთ შემთხვევაში, პრობლემას წარმოადგენს თანმიმდევრულ მოქმედებათა რეგულაციისა და კონტროლის დარღვევა. სასკოლო მოსწრების წარმატება ბევრადაა დამოკიდებული ბავშვის უნარზე გაიგოს და სწორი თანმიმდევრობით შეასრულოს დავალებათა სერიები, დამოუკიდებლად შეძლოს დავალების შესრულება. ამ შემთხვევაში ბავშვს უჭირს თანმიმდევრული მოქმედებების შესრულება ზედამხედველობის გარეშე, უძნელდება მიყვეს მასწავლებლის მითითებას და შეასრულოს ისე, რომ თვითონ აკონტროლოს საკუთარი შეცდომები.

ასეთი ბავშვები იმპულსურები არიან, უჭირთ დამოუკიდებლად მოქმედება და დავალების შესრულება. ზოგჯერ, მათ ხანმოკლე მეხსიერებისა და ყურადღების პრობლემები აქვთ, რაც აქვეითებს მათი დასწავლის ეფექტურობას. ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი შეიძლება ზოგჯერ, მაგრამ არა ყოველთვის, თან ახლდეს სწავლის უნარის დაქვეითებას.

დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვს დიდი კომპენსატორული შესაძლებლობები გააჩნია; ერთი ფსიქიკური ფუნქციის დეფიციტის შემთხვევაში იგი კომპენსაციას სხვა განვითარებული ფუნქციების ხარჯზე ახდენს. ამიტომ, პირველ კლასებში, შესაძლოა, დასწავლის უნარის დაქვეითების სინდრომი არც კი გამოვლინდეს. მოგვიანებით, როდესაც დატვირთვა იზრდება, მასალა მატულობს და რთულდება, ბავშვი ველარ ახერხებს კომპენსირებას და სირთულეებიც წარმოჩინდება.

დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვი ძლიერ განიცდის საკუთარ წარუმატებლობას სკოლაში. იგი ბევრს ცდილობს, თუმცა გარშემო მყოფები ამას ნაკლებად თუ ამჩნევენ. მას მაინც აღიქვამენ როგორც ზარმაცს, უინტერესოსა და დაბალი მოტივაციის მქონეს (მოუწოდებელს), რის გამოც ხშირად აძლევენ შენიშვნებს და აკრიტიკებენ. მასწავლებლები და მშობლები, ხშირად, ვერ ხვდებიან, თუ რა ხდება ბავშვის თავს, რადგან იგი არ ჰგავს გონებრივად ჩამორჩენილს.

დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვები გამოირჩევიან დაბალი თვითშეფასებითა და შფოთვის მაღალი დონით. აღნიშნულ სინდრომს, ხშირად, თან ახლავს ემოციური პრობლემები და ზოგჯერ, ემოციური სფეროს დარღვევაც კი. ასეთი ბავშვების უმრავლესობა, განსაკუთრებით გარდამავალ ასაკში, გულს იცრუებს სწავლაზე და ძნელად აღსაზრდელი მოზარდების ჯგუფში ინაცვლებს.

რა სახის დასწავლის უნარის დარღვევა არსებობს?

D. Doehring იყო პირველი მეცნიერი, რომელიც ნეიროფსიქოლოგიურად იკვლევდა დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვებს და გამოყოფდა დარღვევის **ვერბალურ** და **არავერბალურ** ქვეტიპებს.

დასწავლის უნარის დარღვევაში განასხვავებენ:

- ვერბალური დასწავლის უნარის დარღვევა – ექსპრესიული და იმპრესიული მეტყველების ფუნქციების დეფიციტი, წერის, კითხვის პრობლემები. აღმოცენდება უპირატესად თავის ტვინის მარცხენა ჰემისფეროს დისფუნქციის დროს;
- არავერბალური დასწავლის უნარის დარღვევა – სივრცითი ორიენტაციის, თვლის და არითმეტიკული უნარის, სოციალური აღქმის დაქვეითება. აღმოცენდება უპირატესად მარჯვენა ჰემისფეროს დისფუნქციის დროს (Myklebust, 1978; Rourke, 1975, 1979).

რაში გამოიხატება არავერბალური დასწავლის უნარის დარღვევა?

ეს სინდრომი პირველად აღწერეს Myklebust-მა და Johnson-მა (1971) და მათვე დაუკავშირეს თავის ტვინის მარჯვენა ჰემისფეროს დეფიციტს.

Rourke (1975, 1979, 1990) ინტენსიურად იკვლევდა არავერბალური დასწავლის უნარის დარღვევის ნეიროფსიქოლოგიურ მახასიათებლებს. ამიტომ, აღნიშნული ტერმინი, ძირითადად, მის სახელს უკავშირდება.

Rourke-ს მიხედვით არავერბალური დასწავლის უნარის დარღვევა შემდეგი ნიშნებით ხასიათდება:

- სხეულის მარცხენა მხარეს ტაქტილური აღქმის გაძნელება;
- მოტორული კოორდინაციის დეფიციტი;
- ვიზუალურ-სივრცითი ორგანიზაციის პრობლემა;
- სირთულეები არავერბალური პრობლემის გადანყვეტაში, ჰიპოთეზების შემოწმებაში;
- იუმორის გაგების სიმწირე;
- მათემატიკური უნარების დეფიციტი;
- ახალ სიტუაციასთან შეგუების პრობლემა;
- მეტყველების პროსოდიკის დარღვევა;
- სოციალური აღქმის დეფიციტი.

ამ სინდრომის მქონე ბავშვებს კარგი ვერბალური მეხსიერება აქვთ, პრობლემები არ გააჩნიათ მართლწერაში, კითხვაში, მექანიკურ დასწავლაში. ამავე დროს, მათ პრობლემები აღნიშნებათ ემოციურ რეგულაციაში, მეტყველების პრაგმატულ ფუნქციაში (ენის ადეკვატური გამოყენება კონტექსტის და სიტუაციის შესაბამისად), სოციალური სიტუაციის გაგებაში, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებში და მათემატიკის ათვისებაში (Rourke, 1979, 1990).

აღნიშნული სინდრომის დიაგნოსტირება უკვე 8-9 წლის ასაკითვისაა შესაძლებელი. დასწავლის უნარის დარღვევა აღეწინააღმდეგება ზოგადი პოპულაციის 10%-ს, რომელთაგან 1% – არავერბალური დასწავლის უნარის დაქვეითების მქონეა.

რა არის დასწავლის უნარის დარღვევის მიზეზი?

დასწავლის უნარის დარღვევის მიზეზი ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციონირების დეფიციტია, რომელიც სხვადასხვა ხარისხისაა და ხშირად, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების გამოხატული ნიშნები, როგორც კლინიკურ-ნევროლოგიური, ისე ნეიროვიზუალური გამოკვლევებით არ ვლინდება. ამის გამო, წინათ, ასეთ მდგომარეობას თავის ტვინის მინიმალურ დისფუნქციას უწოდებდნენ.

თავის ტვინის ფუნქციონირების დეფიციტი შეიძლება ვლინდებოდეს სენსორული ინტეგრაციის დარღვევაში. ეს ნიშნავს, რომ ბავშვის თავის ტვინში კარგად ვერ ხერხდება მიღებული სენსორული და მოტორული ინფორმაციის მონესრიგება და ორგანიზაცია. ბავშვს, სამედიცინო თვალსაზრისით, თითქოს ყველაფერი ნესრიგში აქვს, მაგრამ ხშირად, დასწავლისა და ქცევის პრობლემები გააჩნია. მის თავის ტვინს უჭირს სხვადასხვა არხებით, გარედან და შიგნიდან მიღებული სენსორული ინფორმაციის დაკავშირება და კონკრეტულ სიტუაციაში რელევანტური გამოყენება. ვინაიდან, ასეთ შემთხვევაში, თავის ტვინის ფუნქციონირებას „დაზიანებულს“ ვერ დავარქმევთ, აღნიშნულს ვუწოდებთ „დისფუნქციას“. მაგალითისათვის, შესაძლებელია, შემდეგი შედარების მოყვანა: როდესაც კუჭი, სხვადასხვა მიზეზის გამო, სათანადოდ არ ფუნქციონირებს, ადგილი აქვს საჭმლის მონელების პრობლემებს, მაგრამ კუჭი, თავისთავად, შეიძლება დაზიანებული არ იყოს (J. Aires, 1979).

დასწავლის უნარის დარღვევა გარკვეულ შემთხვევებში, შეიძლება, ვლინდებოდეს თავის ტვინის დისფუნქციის იოლი ნევროლოგიური ნიშნები ან თავის ტვინის რაიმე ანატომიური თავისებურებები; ეს უკანასკნელი, შეიძლება, გამოვლინდეს ბავშვის თავის ტვინის ნეიროვიზუალური გამოკვლევებით (კომპიუტერული ტომოგრაფია, ბირთვულ - მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა, პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია).

დასწავლის უნარის დარღვევა შეიძლება გარემოს მავნე ზემოქმედებებმა (ჰაერის და წყლის ეკოლოგიური დაბინძურება, ტყვიით მოწამვლა, მავნე ნივთიერებების დედაზე და ნაყოფზე ზემოქმედება, ინფექციები) გამოიწვიოს. ეკოლოგიურმა დაბინძურებამ, შეიძლება, იმოქმედოს ბავშვის ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარებაზე. მისი აღმოცენება არ არის დამოკიდებული სოციალურ მდგომარეობაზე, აღზრდაზე, სწავლების ხარისხზე.

რა სიხშირით გვხვდება დასნავლის უნარის დარღვევა?

DSM-IV-ის მონაცემებით მოსახლეობის 2-10%-ს დასნავლის უნარის დარღვევის რომელიმე ფორმა აქვს და თითქმის ერთნაირი სიხშირით გვხვდება ქალებსა და მამაკაცებში. გავრცელების ასეთი ფართი დიაპაზონი გამოწვეულია სხვადასხვა კვლევაში გამოყენებული განსხვავებული კრიტერიუმებითა და შეფასებებით. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემებით, აღნიშნული პრობლემა სკოლის მოსწავლეთა 5-7%-ს აღნიშნება.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება დასნავლის უნარის დარღვევის დროს?

- ცხადია, მთავარ და ძირითად პრობლემას წარმოადგენს სასკოლო პროგრამის დაძლევის სირთულეები. ბავშვს უჭირს წერა-კითხვის, თვლის ათვისება და ცოდნის შეძენაში მას ვერ ეხმარება ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში გავრცელებული სწავლების მეთოდები.
- ამ ძირითად პრობლემასთან დაკავშირებულია ბავშვის პიროვნების განვითარების პრობლემებიც. ბავშვი კლასში საკუთარ თავს სხვებს ადარებს და ძლიერ განიცდის წარუმატებლობას. იგი ცდილობს მაქსიმალური გააკეთოს, მაგრამ ისე არ გამოსდის, როგორც საჭიროა ან როგორც სთხოვენ. ამიტომ, ხშირად არ არის დარწმუნებული საკუთარ შესაძლებლობებში; მისი ყველაზე ხშირი ფრაზაა: „მე არ შემიძლია ამის გაკეთება!“ რაც უფრო მტკიცდება ბავშვის წარუმატებლობა სკოლაში, სწავლაზე მით უფრო მეტად იცრუებს გულს. მისთვის სკოლა წვალეობასთან და დამცირებასთანაა ასოცირებული. ამიტომ, ცდილობს იპოვოს ისეთი სიტუაცია, სადაც არ იქნება უკანასკნელი და სადაც ექნება წარმატების სასიამოვნო განცდა. დასნავლის უნარის დარღვევის დროს ხშირია პრობლემები ემოციურ სფეროში: მაღალი შფოთვა, ემოციური არამდგრადობა, შიშები, აგრესია. ეს ართულებს ბავშვის გარემოსთან, უფროსებთან და თანატოლებთან ურთიერთობას. ზემოაღნიშნული მიზეზების გამო ასეთ ბავშვებს, გარდამავალ ასაკში, ანტისოციალური ქცევის დიდი რისკი გააჩნიათ.

როგორ დავუხმართ დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვებს?

პირველ რიგში, აუცილებელია, ბავშვის რაც შეიძლება დროული და სწორი ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა. ოჯახი დასწავლის უნარის დარღვევის პრობლემის წინაშე, ხშირად, ბავშვის სკოლაში შესვლის შემდეგ აღმოჩნდება ხოლმე. მაშინ, როდესაც, სკოლამდელ ასაკში რაც უფრო ადრე მოხდება ბავშვის ფსიქიკური განვითარების პრობლემების გამოვლენა და სპეციალური დახმარების ორგანიზება, მით უფრო სრულფასოვანი იქნება ბავშვის სასკოლო მზაობა.

ხშირად, ასეთ ბავშვებს, სამედიცინო შემოწმებით არანაირი პათოლოგია არ აღენიშნებათ და აუცილებელი ხდება ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა. თუ სკოლამდელ ბავშვს სენსომოტორული ინტეგრაციის პრობლემები აქვს, უჭირს თითებით ზუსტი, ნატიფი მოძრაობების შესრულება, მარჯვენა-მარცხენა მხარეში ორიენტაცია, ობიექტების სივრცითი მიმართებებისა და განლაგების ცნობა, თვალისა და ხელის კოორდინაცია, ამბის მოყოლა, მას ძალზე გაუჭირდება სასწავლო პროგრამის ათვისება.

ვინაიდან, დასწავლის უნარის დარღვევა ყოველ ბავშვში ინდივიდუალურად ვლინდება, აუცილებელია მისი უნარ-შესაძლებლობების, ძლიერი და სუსტი მხარეების დაწვრილებით აღწერა. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია, ოჯახის წევრების ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა შეუძლია ბავშვს, რა უჭირს, რა მოსწონს. ყოველივე ეს აუცილებელია ჯერ კიდევ სკოლამდელ ასაკში ბავშვის სენსორული ინტეგრაციის პრობლემების, მეტყველების, ყურადღების თუ მხედველობით-სივრცითი ფუნქციების განვითარებისათვის, სპეციალური დამხმარე ღონისძიებების დაგეგმვისათვის. რაც უფრო დროული და მიზნობრივი იქნება ბავშვის დახმარება, მით უფრო ნაკლები სირთულეები ექნება სკოლაში.

დასწავლის უნარის დარღვევას მრავალფეროვანი გამოვლინებები აქვს და ძალიან მნიშვნელოვანია, მისი დიაგნოსტიკა, რათა არ მოხდეს მისი აღრევა გონებრივ ჩამორჩენილობასთან, აუტიზმთან, ქცევით აშლილობასთან, სენსორული დეფიციტით გამოწვეულ დასწავლის პრობლემებთან. ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა ხდება ბავშვზე დაკვირვებით, მშობლების ინტერვიუებით, ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირებით.

როგორ შეიძლება დასწავლის უნარის დარღვევის მკურნალობა?

არსებობს მკურნალობის სხვადასხვა ფორმა: ფარმაკოლოგიური პრეპარატებით, ფიზიკური ვარჯიშებით, სპეციალური პედაგოგიური და ფსიქოლოგიური დახმარებით. დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვებს, ყველაზე მეტად, უკანასკნელი სახის მკურნალობა ესაჭიროებათ. ბავშვის ფსიქოლოგიური შეფასების შემდეგ, აუცილებელია, მშობლებსა და მასწავლებლებს მიენოქოს ინფორმაცია ბავშვის მდგომარეობის შესახებ; ასევე, ფსიქოლოგიური კონსულტაცია უნდა ჩაუტარდეთ ბავშვისათვის ადეკვატური სწავლების სტრატეგიის შემუშავების მიზნით.

დასწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბავშვების მკურნალობა, პირველ რიგში, გულისხმობს ბავშვის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე სპეციალურ, ინდივიდუალურ სასწავლო გეგმის შემუშავებას და მის თანმიმდევრულ განხორციელებას. ასეთ ბავშვებთან მასწავლებელი, ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი და მეტყველების თერაპევტი ერთობლივად მუშაობენ. ისინი ერთობლივად ქმნიან ინდივიდუალურ სასწავლო გეგმას, რომელსაც კლასის მასწავლებელი განხორციელებს ბავშვის სასწავლო პროცესში ეფექტური ჩართვის მიზნით. სასწავლო პროგრამა ეყრდნობა შემოვლით სტრატეგიებს; ეს ნიშნავს, რომ დასწავლის პრობლემების დაძლევა და სუსტი მხარეების განვითარება ხდება შემოვლითი გზით - იმ უნარების გამოყენებითა და სტიმულირებით, რომელიც ბავშვს კარგად აქვს განვითარებული. ამის პარალელურად ბავშვთან, მისი საჭიროებებიდან გამომდინარე ინდივიდუალურად მუშაობს ფსიქოლოგი, მეტყველების თერაპევტი ან ოკუპაციური თერაპევტი მისი სუსტი მხარეების, ჯერ კიდევ მოუშენებელი უნარების განვითარების მიზნით.

თუ ბავშვის ფიზიკური მდგომარეობა მოითხოვს, პედაგოგისა და ნევროლოგის კონსულტაციის შემდგომ, შეიძლება, მედიკამენტებიც დაენიშნოს.

საკმაოდ მავნეა ბავშვის არამიზნობრივი მკურნალობა. დასწავლის უნარის დარღვევის პედაგოგიურ-ფსიქოლოგიური მკურნალობა ხანგრძლივი პროცესია; იგი მთლიანად მოიცავს ბავშვის სწავლას, თამაშს, ცხოვრებას.

პერსონალური დასწავლის უნარის დარღვევები

კითხვის უნარის სპეციფიკური დარღვევა

კითხვის უნარის დარღვევა დასწავლის უნარის დარღვევის ერთ-ერთი გამოვლინებაა და შესამჩნევე ხდება ბავშვის სკოლაში წასვლის შემდეგ. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ კითხვისათვის საჭირო უნარების მომწიფებაში პრობლემების იდენტიფიკაცია ჯერ კიდევ სკოლამდელ ასაკშია შესაძლებელი.

კითხვის უნარის დარღვევის ძირითად ნიშანს წარმოადგენს როგორც სიტყვების წაკითხვის სირთულე ჩუმად ან ხმამაღლა, ასევე წაკითხულის გააზრება. კითხვის უნარის დარღვევის დიაგნოსტიკისათვის მეტად მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ბავშვის კითხვის დონე ბევრად უფრო დაბალია, ვიდრე მისი ასაკის შესაბამისი ინტელექტუალური განვითარება. ერთ-ერთი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია მნიშვნელოვანი განსხვავება ასაკის შესაბამის კითხვის დონესა და ინტელექტის მაჩვენებელს შორის. მისი შეფასება, ბუნებრივია, ხდება ასაკის შესაბამისი სტანდარტიზებული კითხვის ტესტისა და ინტელექტის ტესტის შედეგების შედარებით.

პირველივე კლასში ბავშვს ექმნება ანბანის ათვისების, ასოების გარჩევისა და მათი სიტყვად გაერთიანების პრობლემები. უფრო მოგვიანებით ბავშვს შეიძლება აღენიშნოს შემდეგი პრობლემები კითხვაში:

- ✓ კითხვის ნელი ტემპი;
- ✓ გამოტოვება, დამახინჯება ან დამატება სიტყვების ან სიტყვის ნაწილების;
- ✓ „სტრიქონის დაკარგვა“, ფრაზის არაზუსტი წაკითხვა, სიტყვის მრავალჯერადი გამეორება;
- ✓ სიტყვების წინადადებაში, ან ასოების სიტყვაში გადაადგილება;
- ✓ წაკითხულის შინაარსის მოყოლის შეუძლებლობა;
- ✓ წაკითხული ტექსტიდან აზრის გამოტანისა და დასკვნის გაკეთების შეუძლებლობა (ICD-10, 2003).

კითხვის სპეციფიკურ დარღვევებს ანამნეზში წინ შეიძლება უსწრებდეს მეტყველების განვითარებაში სპეციფიკური შეფერხება, ან მეტყველების ნორმალური განვითარების პირობებში სმენითი ან მხედველობითი ინფორმაციის გადამუშავების სირთულეები.

კითხვის სპეციფიკური დარღვევის დიაგნოსტიკისას დიფერენცირება უნდა გაკეთდეს:

- ✓ შეძენილ დისლექსიასა და ალექსიასთან (კითხვის შეძენილ დარღვევასთან) ICD-10, R48.0;
 - ✓ მართლწერის, ორთოგრაფიის სპეციფიკურ დარღვევასთან ICD-10, F81.1;
 - ✓ ბავშვობის ასაკის ემოციურ აშლილობასთან, მეორადი კითხვის უნარის დარღვევა ICD-10, F93;
- კითხვის უნარის დარღვევის სინონიმებია:
- ✓ განვითარების დისლექსია;
 - ✓ კითხვის ათვისებაში სპეციფიკური შეფერხება;
 - ✓ ჩამორჩენა კითხვაში.

ქვემოთ განვიხილავთ კითხვის უნარის დარღვევის ყველაზე გავრცელებულ სინონიმს — განვითარების დისლექსიას.

დისლექსია

რა არის დისლექსია?

დისლექსია ბერძნული სიტყვაა: **dys** ნიშნავს მცირეს, **lexis** ნიშნავს სიტყვებს. დისლექსია პირველად მე-20 საუკუნის დასაწყისში აღწერეს **კ. მორგანმა** და **ჯ. ჰინშელუდმა**. **ს. ოსტონმა** მე-20 საუკუნის 20-იან წლებში აღწერა მდგომარეობა რომელსაც სტრეფოსიმბოლია უწოდა, ანუ საპირისპირო სივრცითი განლაგების, მაგრამ მსგავსი ასოების გარჩევის უუნარობა (მაგ. ხ,ძ,ლ,დ,პ,კ). დისლექსია ვიწრო მნიშვნელობით – კითხვის უნარის დაქვეითებას, ფართო მნიშვნელობით კი – მეტყველებით გაშუალებული დასწავლის უნარის დაქვეითებას ნიშნავს, რომელიც ხასიათდება კითხვის, წერისა და ზეპირი მეტყველების პრობლემებით. დისლექსია არ არის დაბალი ინტელექტის შედეგი. იგი არც ქცევით, მოტივაციურ, ან სოციალურ პრობლემას წარმოადგენს. დისლექსიის მქონე ბავშვებს სმენაც და მხედველობაც წესრიგში აქვთ. ბევრ მათგანს შემოქმედებითი აზროვნება აქვს. დისლექსიის შემთხვევაში მნიშვნელოვანი განსხვავებაა სწავლის პოტენციალსა და სასკოლო მიღწევებს შორის. მსოფლიო ნევროლოგთა ფედერაციამ (1968) განვითარების დისლექსია განმარტა, როგორც ადეკვატური ინტელექტის, სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული კეთილდღეობისაგან დამოუკიდებლად განვითარებული დარღვევა, რომელიც ვლინდება კითხვის ათვისების სირთულეებში და ხშირად კონსტიტუციური ხასიათისაა. დისლექსიის მქონე ბავშვების ჯგუფი მრავალფეროვანია. გამოყოფენ დისლექსიის შემდეგ სახეებს:

1. გენეტიკური, ანუ მემკვიდრეობითი დისლექსია: ხასიათდება ოჯახური შემთხვევებით; მსგავსი პრობლემები აქვთ ოჯახის სხვა წევრებს, ახლო ნათესავებს და ეს პრობლემები თაობებს გადაეცემა.
2. განვითარების დისლექსია – კონგენიტალური, დაბადებიდან არსებული და განვითარების პროცესში გამომჟღავნებული, მაგრამ არა მემკვიდრეობითი.

ორივე ტიპის დისლექსია მიეკუთვნება პირველად, ანუ სპეციფიკურ დისლექსიას – კითხვის უნარის დარღვევას.

3. შეძენილი დისლექსია – მოგვიანებით აღმოცენდება რაიმე

ფიზიკური მდგომარეობის, ან დაზიანების გამო (ტრავმები, ჰიპოქსია). ეს სიმპტომატური დისლექსიაა.

პირველად დისლექსიებშიც გამოყოფენ ქვეტიპებს, თუმცა, კლასიფიკაციის საფუძველი, შეიძლება, განსხვავებული იყოს:

- **დისფონეტიკური კითხვის უნარის დაქვეითება** – ასოსა და ბგერას შორის მიმართების გაგების სიძნელე. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს სიტყვის ფონეტიკური ანალიზის დარღვევას, სიტყვის წაკითხვა ვიზუალური ნიშნების ხარჯზე ხდება;
- **დისიდეტური კითხვის უნარის დაქვეითება** – სიტყვის მთლიანობაში აღქმის და წაკითხვის დარღვევა. ამ შემთხვევაში შეუძლებელია სიტყვების ვიზუალური კონფიგურაციის ცნობა, თუმცა ფონეტიკური ანალიზი შესაძლებელია.
- **დისფონეტიკურ-დისიდეტური კითხვის უნარის დაქვეითება** – როგორც ასოსა და ბგერას შორის მიმართების გაგების და იდენტიფიკაციის, ისე მთლიანი სიტყვის წაკითხვის პრობლემა.

L ტიპის დისლექსია – კითხვისას დარღვეულია მარჯვენა ჰემისფეროსათვის დამახასიათებელი სტრატეგიები;

P ტიპის დისლექსია – კითხვისას დარღვეულია მარცხენა ჰემისფეროსათვის დამახასიათებელი სტრატეგიები.

ეს დაყოფა ეყრდნობა თავის ტვინის ფუნქციური ასიმეტრიის მოდელს; ამა თუ იმ ფსიქიკური ფუნქციის უზრუნველყოფაში თავის ტვინის ორივე ჰემისფერო მონაწილეობს, მაგრამ ამავე დროს, ყოველ მათგანს უპირატესობა აქვს ფსიქიკური უნარის, ამ შემთხვევაში კითხვის რომელიმე კონკრეტული მხარის უზრუნველყოფაში. დასაწყისში, როდესაც ბავშვი კითხვას სწავლობს, ასოების კონფიგურაციის, სიტყვების ფორმის და მიმართულების გასარჩევად, აუცილებელია პერცეპტული ანალიზი. ამ პროცესებს მარჯვენა ჰემისფერო უზრუნველყოფს. ამიტომ, კითხვის ჩვევის ათვისება საწყის სტადიაზე დამოკიდებულია მარჯვენა ჰემისფეროს მობილიზაციაზე და განვითარების დონეზე. მას შემდეგ, რაც ბავშვი აითვისებს ფონემის გრაფიკულ შესატყვისობას, კითხვის ჩვევის ათვისებაში წამყვანი ხდება მარცხენა ჰემისფეროს აქტივობა. ამ სტადიაზე კითხვა მოქნილი, სწრაფი და ავტომატიზებული ხდება.

თუ უპირატესობის გადაცემა არ მოხდა მარჯვენა ჰემისფეროდან მარცხენაზე, მაშინ ინდივიდს პრობლემები ექნება კითხვაში

და ეცდება პერცეპტული ნიშნების მიხედვით წაკითხვას, შესაბამისად, წაკითხავს ნელა და ფრაგმენტულად. ეს არის **P** ტიპის დისლექსია. ამ ტიპის დისლექსიის მქონე ინდივიდისათვის ასოობიექტად უფრო აღიქმება, ვიდრე სიმბოლურ ნიშნად.

აგრეთვე, მარცხენა ჰემისფეროს მიერ უპირატესობის აღება პრობლემებს იწვევს კითხვის სანყის ეტაპზე. კითხვის დროს მარცხენა ჰემისფეროს სტრატეგია ეფექტურია, რადგან ტექსტის პერცეპტული ნიშნების გარჩევა ავტომატურად ხდება. თუ ამ სტრატეგიის გამოყენება მანამდე მოხდა, მაშინ ინდივიდი სწრაფად კითხულობს, მაგრამ ბევრ შეცდომებას უშვებს. ეს **L** ტიპის დისლექსიაა (Bakker, Licht, 1998).

დისლექსიების კლასიფიკაცია Bakker-ის მიხედვით

ქვეტიპი	კითხვის პერცეპტული ტიპი – P დისლექსია	კითხვის ლინგვისტური ტიპი – L დისლექსია
კითხვის უპირატესი სტრატეგია	ვიზუალურ-სივრცითი	ლინგვისტური (ფონოლოგიური).
უპირატესი ჰემისფერო	მარჯვენა	მარცხენა
კითხვის სტილი	ნელი, ფრაგმენტული, აკურატული.	სწრაფი, უზუსტო, ასოების გამოტოვებით.
მკურნალობა	მარცხენა ჰემისფეროს სტიმულაცია: • ირიბი სტიმულაციის ტექნიკა; • სპეციფიკური სტიმულაციის ტექნიკა.	მარჯვენა ჰემისფეროს სტიმულაცია: • ირიბი სტიმულაციის ტექნიკა; • სპეციფიკური სტიმულაციის ტექნიკა.

დისლექსიის დიაგნოზი ისმება იმ შემთხვევაში, როდესაც ბავშვის კითხვის მაჩვენებლები საშუალო დონეზე გაცილებით დაბალია და არ შეესაბამება ბავშვის ზოგად ინტელექტუალურ განვითარებას.

Rutter, Yule (1975) ერთმანეთისგან განასხვავებენ:

1. კითხვის სპეციფიკურ შეფერხებას;
2. კითხვაში ზოგად ჩამორჩენას.

პირველი განისაზღვრება, როგორც ნორმალური ინტელექტის ფონზე კითხვის ათვისებაში მძიმე ჩამორჩენა. იგი მნიშვნელოვან

კავშირშია მეტყველების ადრეულ დარღვევებთან და სამჯერ ხშირია მამაკაცებში. მისი აღმოცენების მაღალი გენეტიკური რისკი აქვთ ოჯახებს, სადაც კითხვის სპეციფიკური სიძნელებები მამრობითი სქესის ინდივიდებს აღენიშნებათ. მეორე სახის დარღვევა თან ახლავს დაბალ IQ მაჩვენებლებს და ერთნაირი სიხშირით გვხვდება ქალებსა და მამაკაცებში. იგი დაკავშირებულია ნევროლოგიურ დეფიციტთან, ვიზუალურ-მოტორული უნარების დეფიციტთან და არახელსაყრელ სოციალურ გარემოსთან.

Rourke, Petruskas-მა (1979), ნეიროფსიქოლოგიური დეფიციტის მიხედვით, გამოყვეს კითხვის ათვისების დაქვეითების სამი ქვეტიპი:

- მეტყველების პრობლემები და შენახული ვიზუალურ-მოტორული უნარები – თავის ტვინის მარცხენა საფეთქლის ქერქის დეფიციტი;
- ვიზუალური მეხსიერების, თანმიმდევრობის აღქმისა და დახსოვების, თითების იდენტიფიკაციის დეფიციტი – თავის ტვინის მარცხენა ჰემისფეროს კუთხის ზეულის დაზიანება;
- მეტყველებისა და ცნების ჩამოყალიბების დეფიციტი ვიზუალურ-მოტორული უნარების დაქვეითებასთან ერთად – თავის ტვინის მარცხენა შუბლის წილის დეფიციტი.

რით ხასიათდება დისლექსია?

ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ზოგიერთი ან რამოდენიმე მახასიათებელი და არ აღმოაჩნდეს ყველა მათგანი. ყველაზე გავრცელებული მახასიათებლებია:

- კითხვის ათვისების პრობლემა;
- წერის ათვისების პრობლემა;
- წაკითხვის გაგების სირთულე;
- არითმეტიკული ოპერაციების წარმოების სირთულე, რაც დაკავშირებულია მოქმედების თანმიმდევრობისა და სივრცითი მიმართებების ანალიზის პრობლემებთან;
- სიტყვაში ბგერებისა და მათი თანმიმდევრობის, მარცვლების თანმიმდევრობის აღქმის (ფონოლოგიური ანალიზის) სირთულე;

- სიტყვის დამარცვლის და მარცვლების სიტყვაში გაერთიანების (ფონოლოგიური ანალიზის) სირთულე;
- ვერბალური მოქნილობის მოუმწიფებლობა;
- ვერბალური ხანმოკლე მეხსიერების დაქვეითება;
- რიცხვში ციფრებისა და სიტყვებში ასოების თანმიმდევრობის აღქმის სირთულე;
- მუშა მეხსიერების პრობლემები;
- სივრცითი და დროის მიმართებების აღრევა;
- მარჯვენა-მარცხენა მხარეებში ორიენტაციის პრობლემა;

დისლექსიის ხარისხი ყველა შემთხვევაში სხვადასხვაა. პროგნოზი დამოკიდებულია ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში ბავშვის ძლიერი და სუსტი მხარეების სპეციფიკაზე და ინტერვენციის პროგრამის შესაბამისობაზე.

კითხვის დარღვევების მიხედვით:

- **L** (ლინგვისტური) - დისლექსიის მქონე ბავშვები სწრაფად კითხულობენ, მაგრამ ბევრი უზუსტობები აქვთ, ტოვებენ ასოებს, ამოკლებენ, ტოვებენ ან ამახინჯებენ სიტყვებს. ითვლება, რომ ამ დროს კითხვისას უფრო აქტიურია ბავშვის მარცხენა ჰემისფერო.
- **P** (პერცეპტული) — დისლექსიის მქონე ბავშვები უფრო ნელა, მაგრამ უფრო ზუსტად კითხულობენ. კითხვისას აკლიათ მოქნილობა. სიტყვებს იმეორებენ, კითხულობენ ფრაგმენტულად, მარცვალ-მარცვალ, თუმცა სწორად. ითვლება, რომ ამ დროს უპირატესად აქტიურია მარჯვენა ჰემისფერო.
- პრობლემები კითხვაში, წერასა და სასკოლო მიღწევებში ბავშვის განვითარებისათვის სხვა, მეორად არასასურველ პრობლემებს იწვევს, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია დისლექსიის შეფასებისას.
- დისლექსიის მქონე ბავშვები ძალიან მგრძნობიარენი არიან შენიშვნებისა და კრიტიკის მიმართ, ბავშვი ხშირად იწყებს ტირილს, როდესაც რაიმეს ვერ კითხულობს, ან წერის დროს რაიმე შეცდომას უშვებს. მათ უარყოფითი გამოცდილება აქვთ აკადემიური ჩვევების ათვისებასთან დაკავშირებით, რაც გავლენას ახდენს ემოციური სფეროს განვითარებაზე და პიროვნების ფორმირებაზე.
- იმის გამო, რომ მასწავლებლები და მშობლები ნაკლებად გათვითცნობიერებულნი არიან დისლექსიის მახასიათებლებსა თუ

დახმარების სტრატეგიებში, ბავშვები მათი მხრიდან ხშირად განიცდიან დამცირებას, დაცინვას, იგნორირებას, შენიშვნებს და უხემ მოპყრობას. ყოველივე ეს დამთრგუნველად და შეურაცხყოფელად მოქმედებს ბავშვზე და იწვევს: გულჩათხრობილობას, დაბალ თვითშეფასებას, დაურწმუნებლობას, ქცევის პრობლემებს; რაც შეიძლება გამოიხატოს სკოლის პერსონალის მიმართ აგრესიულ რეაქციებში, დაუმორჩილებლობაში, ასოციალურ ქცევაში, ჰიპერაქტივობაში.

- არასწორი მკურნალობისა და შეუფერებელი სასწავლო პროგრამის შედეგად ბავშვებს უჩნდებათ სასწავლო სიტუაციისა და სკოლის პერსონალის მიმართ შიში, ზიზღი, ხშირად უარს ამბობენ სკოლაში სიარულზე, ირჩევენ იზოლაციას, აღენიშნებათ ემოციური გაუნონასწორებლობა, ფსიქოსომატური ტკივილები; ამ სიმპტომებმა, შეიძლება, სერიოზული ხასიათიც კი მიიღოს.

Morris-ის (1988) მიხედვით კითხვის სპეციფიკური დარღვევები განსაზღვრდება ფონოლოგიური დეფიციტის, ვიზუალური დისკრიმინაციის, თუ ვიზუალური თანმიმდევრობის მესხიერების დეფიციტის ხარისხის მიხედვით. კითხვის სპეციფიკური დარღვევის ქვეტიპების გათვალისწინებით კითხვის სწავლების სპეციალური პროგრამების შედგენა საკმაოდ რთულია.

რა არის დისლექსიის მიზეზი?

დისლექსიის განსხვავებულ ეტიოლოგიურ ფაქტორებს აღნიშნავენ:

- **გენეტიკური, მემკვიდრეობითი ფაქტორი.** გამოკვლევების შედეგად აღმოჩნდა, რომ დისლექსიის მქონე პირების ნათესავებს მსგავსი დარღვევები ან პრობლემები ჰქონდათ. ითვლება, რომ მემკვიდრეობითი ფაქტორები დისლექსიის 60%-მდე შემთხვევაში გვხვდება. უკანასკნელი მონაცემებით, დისლექსიაზე პასუხისმგებელია მე-6 ქრომოსომის მოკლე მხარი. შთამომავლობაზე მისი გადაცემის ტიპი დომინანტურია.
- **ნეიროგანვითარების დეფიციტი,** რაც გულისხმობს ბავშვის თავის ტვინის იმ ქერქული ზონების, ან მათ შორის კავშირების დეფიციტს, რომელიც უზრუნველყოფს კითხვისათვის აუცილებელ ვიზუალურ (ასო)-ფონოლოგიური (ბგერა)

ასოციაციების ჩამოყალიბებას, მათ სინთეზს. აღნიშნული დეფიციტი ექტოპიის, ნაყოფის თავის ტვინის ჩამოყალიბების პერიოდში ნეირონების მიგრაციის პროცესის დარღვევის შედეგია. ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარების ამ პერიოდში მიმდინარეობს ნეირონების სათანადო მიმართულებით მასიური გადაადგილება და წინასწარ განსაზღვრული ადგილმდებარეობის დაკავება. ნეირონული მიგრაციის შედეგად ყალიბდება თავის ტვინის ქერქული ზონები და ქერქქვეშა სტრუქტურები. ზოგჯერ, ნეირონული მიგრაციის პროცესი ირღვევა და ნეირონები ან სცდებიან დანიშნულების ადგილს, ან ვერ აღწევენ მას. შესაბამისად, ისინი შეცდომით აღმოჩნდებიან თავის ტვინის ქერქის მათთვის არაადეკვატურ ადგილებში და ქმნიან ატიპურ ნეირონულ კავშირებს. ტვინის ქერქის ექტოპია ყალიბდება მუცლადყოფნის პერიოდის მე-9 თვემდე და იქმნება ექტოპიური ნეირონების განსხვავებული ნეირონული წრეები.

- **ცაცობა და ალერგიული დაავადებები** ხშირადაა დაკავშირებული კითხვის პრობლემებთან.
- **თავის ტვინის ფუნქციური ასიმეტრიის დისბალანსი**, რაც კითხვის პროცესის განხორციელებისას ინვერს მარჯვენა და მარცხენა ჰემისფეროს ერთობლივი ფუნქციონირების დარღვევას. ჩვეულებრივ, კითხვის სწავლის სანყის პერიოდში, როდესაც მიმდინარეობს ასოების აღქმა, გარჩევა, მათი სივრცითი ნიშნების ანალიზი, დომინირებს მარჯვენა ჰემისფერო; შემდგომ ეტაპზე, როდესაც იწყება ასოებისა და სიტყვების ბგერითი, ფონოლოგიური ნიშნების გარჩევა, უპირატესობას მარცხენა ჰემისფერო იღებს. დისლექსიის დროს ირღვევა მარჯვენა და მარცხენა ჰემისფეროს სტრატეგიების ადეკვატური გამოყენება (Bakker, Licht, 1998).

ფუნქციური ასიმეტრიის დისბალანსი ანატომიურ დონეზეც ვლინება. ნორმალური მკითხველების თავის ტვინისაგან განსხვავებით, დისლექსიის მქონე პირების თავის ტვინის საფეთქლის წილები სიმეტრიულია.

- **თვალის მოძრაობის, მზერის მოქნილი კონტროლის დეფიციტი**, რომელიც ინფორმაციის დეკოდირებას უშლის ხელს.

როგორია დისლექსიის სიხშირე?

სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემებით სკოლის ასაკის ბავშვების 15%-ს კითხვის პრობლემები აქვს. აშშ მონაცემებით სკოლის მოსწავლეთა 4%-ს აღენიშნება კითხვის უნარის დარღვევა. დისლექსია გვხვდება ყველა კულტურაში და ყველანაირ სოციალურ ჯგუფში. გავრცელებული იყო მოსაზრება იმის შესახებ, რომ მამაკაცებში დისლექსია უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. უკანასკნელი ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მიხედვით დისლექსიის სიხშირე მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება სქესის მიხედვით.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება დისლექსიის დროს?

დისლექსიის მთავარი პრობლემაა კითხვის ათვისების უნარის დაქვეითება.

- ბავშვს უჭირს სიტყვების ფონოლოგიური ანალიზი, დამარცვლა, ცალკეული ბგერების ერთ სიტყვად გამთლიანება;
- გაძნელებულია სიმბოლოებსა და ბგერებს შორის მიმართების დამყარება;
- ბავშვს აქვს ფონოლოგიური ინფორმაციის შენახვის დეფიციტი, რაც ხელს უშლის ასოების, სიტყვების გახმოვანებასა და გამოთქმას;
- აღენიშნება ასოების ერთ სიტყვაში გაერთიანების პრობლემა;
- უჭირს სიტყვის ფონემატური ანალიზი (მაგ. არის თუ არა ასო „კ“ სიტყვაში სოკო);
- კითხვის დროს დარღვეულია რიტმი და სუნთქვა;
- შეიძლება ადგილი ჰქონდეს თვალის მოქნილი მოძრაობების დიეფიციტს, რაც სიტყვის ჰორიზონტალური აღქმისთვისაა საჭირო;
- სკოლაში წარუმატებლობა იწვევს ქცევისა და ემოციური სფეროს პრობლემებს, რაც კიდევ უფრო ართულებს აკადემიური ჩვევების დაუფლებას.

როგორ უნდა დავეხმარეთ დისლქსიის მქონე ბავშვს?

- ბავშვის პირველი და მნიშვნელოვანი დახმარებაა მისი პრობლემის სწორად შეფასება და დიაგნოსტიკა. აუცილებელია, გამოკვლეულ და დადგენილ იქნას ის მიზეზები, რის გამოც ბავშვის აკადემიური მოსწრება ჩამორჩება თანატოლებს. დისლექსიის შეფასებისას აუცილებელად უნდა იქნას გათვალისწინებული:

- ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა;
- ოჯახის ისტორია;
- ზოგადი ინტელექტის დონე;
- ემოციური სფერო;
- ბავშვის შემეცნებითი ფუნქციების მდგომარეობა;
- განსაკუთრებული გულისყურით უნდა შეფასდეს კითხვა, წერა, იმპრესიული და ექსპრესიული მეტყველება.

ბავშვი უნდა შეაფასოს ბავშვთა ნევროლოგმა, ნეიროფსიქოლოგმა, მეტყველების თერაპევტმა და პედაგოგმა.

მეტად მნიშვნელოვანია, ოჯახის, ნეიროფსიქოლოგისა და მასწავლებლის ურთიერთთანამშრომლობა. ინფორმაციის შესაგროვებლად, აუცილებელია, მშობლისა და მასწავლებლის ინტერვიუება, ქცევის შესაფასებელი სკალების გამოყენება, სმენისა და მხედველობის რუტინული სამედიცინო გამოკვლევა. ბავშვის აკადემიური ჩვევების შესაფასებლად გამოიყენება ფსიქომეტრული ტესტები. წინა სასკოლო, სკოლის ასაკისა და მოზრდილების გამოსაკვლევად ყველაზე ხშირად იყენებენ ფართო სპექტრის მილწეების ტესტს – **WRAT, Wilkinson, (1993)**. აგრეთვე იყენებენ ვექსლერის ინდივიდუალური მილწევის ტესტს (**WIAT, Rust, 1995**), ვექსლერის **IQ** ტესტს, ან უნარების ბრიტანულ ტესტს (**BAS**).

- შემდეგი ნაბიჯია ბავშვის ძლიერი და სუსტი მხარეების გათვალისწინებით მისი კითხვის ან წერის პრობლემების დაძლევის მიზნით ინდივიდუალური სასწავლო პროგრამის შექმნა
- თუ დიაგნოსტიკა დროულია (პირველივე კლასში), მაშინ ბავშვისთვის მეტად მნიშვნელოვანია სენსორული ინტეგრაციის თერაპია, რაც ხელს უწყობს ბავშვის სენსომოტორული ინ-

ტეგრაციის დეფიციტის დაძლევის. ხშირად, დისლექსიისა და სხვა სწავლის პრობლემების მქონე ბავშვებს აღნიშნებათ სენსორული ინტეგრაციის დეფიციტი, რომელიც სამედიცინო გამოკვლევებით არ ვლინდება.

- აუცილებელია, ოჯახისა და სკოლის თანამშრომლობა და მათი ერთიანი სტრატეგია. ასეთ ბავშვებს ძლიერი მხარდაჭერა ესაჭიროებათ მშობლებისა და მასწავლებლების მხრიდან. კეთილგანწყობისა და მხარდაჭერის პირობებში დისლექსიის მქონე ბავშვები თავს დაცულად გრძნობენ, არ სძულთ სასწავლო პროცესი და ხალისით ასრულებენ დავალებებს.

შესაძლებელია თუ არა დისლექსიის განკურნება?

დისლექსიის მკურნალობა ფარმაკოლოგიური პრეპარატებით არ ხდება. დისლექსია სხვადასხვა ხარისხისაა, შესაბამისად, პროგნოზი დამოკიდებულია როგორც ბავშვის შესაძლებლობებზე ისე გარემო სიტუაციაზე, სწავლების ადეკვატური პირობებზე და ბავშვისადმი დამოკიდებულებაზე. ეფექტური და დროული დახმარების შემთხვევაში ბავშვები გადალახავენ კითხვისა და მართლწერის პრობლემებს, თუმცა, გარკვეულ შემთხვევებში, კითხვის პრობლემა მთელი ცხოვრების განმავლობაში რჩება.

დისლექსიის მქონე ადამიანს კითხვისა და მართლწერის სწავლებისათვის ესაჭიროება სპეციალური პროგრამა, რადგან იგი ჩვეული გზით ვერ ითვისებს აღნიშნულ აკადემიურ ჩვევებს.

როგორ ვასწავლოთ დისლექსიის მქონე ბავშვს?

საერთოდ, კითხვის სპეციფიკური დარღვევის – დისლექსიის ეტიოლოგია, ტრადიციულად, კითხვის ჩვევების განვითარების ორი თეორიის კონტექსტში მოიაზრება:

ფონოლოგიური თეორია თვლის, რომ კითხვის სწავლისას ბავშვმა ჯერ უნდა შეძლოს ასოს და ბგერის დაკავშირება და შემდეგ ეს ფონემური ბლოკები გამოიყენოს სიტყვების წაკითხვისა და გამოთქმისათვის. ძირითადი არგუმენტია ის, რომ ბავშვი აწყობს სიტყვას, მაგ. სიტყვა **თხა**, სამი ბგერისაგან შედგება, რომლებიც „თ“ „ხ“ და „ა“ ასოებს შეესაბამება.

მთლიანენობრივი თეორიის მიხედვით ბავშვი ჯერ მთლიანი სიტყვების ცნობას სწავლობს და არა ცალკეული ასოებისა თუ ბგერების შეერთებას. ამ თეორიის მიხედვით უცნობი სიტყვების ბგერები დაისწავლება კონტექსტში სიტყვის მნიშვნელობის მიხედვით, რასაც ხელს უწყობს მასწავლებლის მხრიდან აქტიური უკუკავშირი. ამიტომ, ბავშვისათვის ბგერების ერთობლიობა **თხა**, როგორც სიტყვა „თხა“ ჟღერს იმიტომ, რომ იგი აღიქმება თხის გამოსახულებასთან მთლიანობაში, ან სიტუაციის ამსახველ წინადადებაში, მაგ. „თხა ჭამს ბალახს“.

ფონოლოგიურ თეორიას ეყრდნობა კითხვის სწავლის **ფონოლოგიური მეთოდი**, რომლის საშუალებითაც ბავშვი სწავლობს ყოველი ასოს შესაბამის ბგერას. მთლიანენობრივი თეორია კი საფუძვლად უდევს **კონტექსტუალური სწავლების მეთოდებს**, მაგ. „შეხედე და დაასახელე“ – ამ მეთოდით ბავშვი მთლიან სიტყვას სწავლობს კონტექსტში.

რომელიმე თეორიის უპირატესობა არ დგინდება ექსპერიმენტული გამოკვლევებით. ბავშვები, ჩვეულებრივ, იყენებენ როგორც ფონოლოგიური დეკოდირების, ისე მთლიანენობრივ კონტექსტუალურ სტრატეგიებს, მათი კითხვის უნარების განვითარების დონის, მასალის ნაცნობობისა და მოტივაციის დონის მიხედვით.

დისლექსიის მქონე ბავშვის სწავლებაში მთავარ მიზანს წარმოადგენს ბავშვის მიერ ბგერებთან შესატყვისი ასოების დაკავშირება და მათი დიფერენცირება. ამ შემთხვევაში ე.წ. კონტექსტუალური სწავლების მეთოდი ნაკლებეფექტურია, თუმცა, პირველ ეტაპზე ხელს უწყობს კითხვისადმი დადებითი განწყობის ჩამოყალიბებას, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია. კითხვისა და წერის ჩვევების ათვისებისას დისლექსიის მქონე ბავშვებს ესაჭიროებათ მხედველობის, სმენის და ხელებისმოძრაობის შეთანხმებული მუშაობის სწავლა. ამიტომ, ასეთი ბავშვების სწავლების ერთ-ერთი ეფექტური მეთოდია **მულტისენსორული სწავლება**, რომელიც ს. ორტონს ეკუთვნის.

კითხვისა და მართლწერის სწავლებისას ხდება მხედველობითი (რას ვხედავთ), სმენითი (რა გვესმის) და კინესთეტიკურ-ტაქტილური (რას შევიგრძნობთ) არხების ურთიერთდაკავშირება. ამიტომ, მასწავლებელმა ერთდროულად უნდა გამოიყენოს ვიზუალური, ფონეტიკური და კინესთეტიკური მეთოდები. მაგ. როდესაც ბავშვს ერთმანეთში ერევა „შ“ და „წ“ ასო-ბგერები, მათ გასარჩევად ამ ასოების სხვადასხვანაირი გამოხატვა უნდა ასწავლონ.

კითხვის მულტისენსორული სწავლებისას საჭიროა მასალის ორგანიზება ელემენტარულიდან რთულისაკენ. ყოველი შემდეგი ნაბიჯი უკვე დასწავლილის განმტკიცებას და სისტემატურ გამოცდებს ეფუძნება. მასწავლებელი ხელმძღვანელობს წინასწარ შედგენილი პროგრამით, რომელიც კონკრეტული ბავშვის ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს შეესაბამება.

ბავშვისათვის სიტყვების ფონემატური ანალიზის, სიტყვების ბგერითი შემადგენლობის, ასო-ბგერის მიმართების სწავლება ხდება როგორც სინთეზური, ისე ანალიტური მეთოდით, რადგან ამ დროს შეგრძნებათა სამივე არხი აქტიურადაა ჩართული.

კითხვისას ბავშვის კონკრეტული პრობლემის საფუძველზე იქმნება ინდივიდუური, სპეციალური სავარჯიშოები იმის გათვალისწინებით, თუ რა სახის პრობლემა აქვს ბავშვს კითხვისას; ამის საფუძველზე ხდება სპეციალური სავარჯიშოების მიწოდება: მთლიანი სიტყვები ნახატებით, წინადადება სიუჟეტით, მხოლოდ სიტყვები და ტექსტი სხვადასხვა ზომის შრიფტით, ან რამდენიმე გაფერადებული ასოთი; სპეციალური ტექნიკის გამოყენება ასო-ბგერის მიმართების გასამტკიცებლად მარცვლებისა და ასოების კუბიკებით თამაში: აწყობა, ჩანაცვლება, შეერთება და ა.შ., პლასტილინით ასოების გამოძერწვა და სიტყვების აწყობა.

ბავშვის წახალისება მნიშვნელოვნად ზრდის ჩვევების გამომუშავების ეფექტურობას. შენიშვნას აუცილებლად უნდა ჰქონდეს ბავშვისათვის მისაღები ფორმა და ფორმულირებული უნდა იყოს მშვიდი ტონით. ბავშვი უნდა გრძნობდეს მასწავლებლის მხარდაჭერას.

თუ ბავშვი ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლის ჩვეულებრივ კლასში სწავლობს, მასწავლებელმა კლასში უნდა შეაფასოს სიტუაცია და ჩაატაროს პროფილაქტიკური ღონისძიებები, რათა ბავშვი დაიცვას თანატოლების დაცინვისაგან. ყოველთვის სასარგებლოა ბავშვების ძლიერი მხარეებისა და მათ შესაძლებლობების ხაზგასმა, ბავშვებთან საუბარი იმაზე, რომ ყველა ადამიანი განსხვავებულია, ყველას სხვადასხვა რაიმე ეხერხება.

ბავშვის დასახმარებლად ეფექტურია კითხვის სწავლების სპეციალური მეთოდების გამოყენება როგორც სახლში, ასევე სკოლაში.

- **წყვილში კითხვა.** ძალიან ეფექტურია კითხვის პროცესში მშობლების მონაწილეობა. ამ სტრატეგიის მიხედვით მშობელი ზის ბავშვის გვერდით და მასთან ერთად კითხულობს ხმამაღ-

ლა. ამ ფაზაში მშობელი ბავშვს უსწორებს შეცდომებს, აძლევს სიტყვის სწორად გამოთქმის მაგალითს. როდესაც ბავშვი მზად არის დამოუკიდებელი კითხვისათვის, მშობელი არავერბალურად ანიშნებს ბავშვს, რომ ჩუმად იქნება და მოუსმენს მის კითხვას. თუ ბავშვი შეცდომებს უშვებს, ან ვერ ახერხებს სიტყვის გამოთქმას, არავერბალურად ანიშნებს მშობელს და იგი ეხმარება ბავშვს: სწორად გამოთქვამს სიტყვას ბავშვთან ერთად. წყვილში კითხვის მეთოდი ეყრდნობა ვიგოტსკის მოდელს.

- **სიმულტანური ზეპირი მართლწერა.** მართლწერისადმი მულტისენსორული მიდგომებიდან ერთ-ერთი ეფექტური მეთოდია **სიმულტანური ორალური მართლწერის მეთოდი**. ბავშვს ჯერ სიტყვას აძლევენ გადასაწერად.; იგი იწერს მოდელს და გადანერის პროცესში ხმამაღლა გამოთქვამს ყოველ ასოს. ამდენად, გამოიყენება სმენითი, ვიზუალური, კინესთეტიკური მოდულობები სიტყვის გამოთქმისა და მართლწერის სწავლისას. ყოველი ცდის შემდეგ ბავშვს მოეთხოვება, შეამოწმოს გადანერილი სიტყვების ასოები. სამი თანმიმდევრული სწორი ცდის შემდეგ პროცედურა მეორდება, მაგრამ ბავშვს ახლა უკვე სიტყვის რეპროდუქცია ევალება. ეს პროცედურა სამი დღის განმავლობაში მეორდება სხვადასხვა სიტყვებზე. ასეთი მულტისენსორული მეთოდი შეიძლება ჩვეულებრივი სასწავლო პროცესის ფარგლებში იქნეს გამოყენებული. თუმცა, პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ უფრო ეფექტურია სპეციალური ჯგუფური მუშაობა, როდესაც ბავშვებს აქვთ თამამის, შეჯიბრის სიტუაცია და მაღალი მოტივაცია.

ამ მეთოდისათვის ყოველდღიურად 10 წუთია გამოყოფილი. გამოსათქმელი სიტყვების სია არ უნდა იყოს ხუთზე მეტი. ერთი და იგივე სია სამი დღის განმავლობაში უნდა მეორდებოდეს. ასე რომ კვირაში სულ 10 სიტყვა ისწავლება.

- დანერეთ სიტყვა ან სიტყვა აანყვეთ ასოებისგან, გამოთქვით ხმამაღლა და აუხსენით ბავშვს მისი მნიშვნელობა.
- თხოვეთ ბავშვს გადანეროს, ან აანყოს სიტყვა და ამავე დროს ხმამაღლა გაიმეოროს ყოველი ბგერა.
- თხოვეთ ბავშვს, მოდელს შეადაროს მის მიერ კოპირებული სიტყვა.

- როდესაც ბავშვი სწორად გადაწერს სიტყვას და გამოთქვამს ასოებს, თხოვეთ, ცოტა ხანს კარგად შეხედოს სიტყვას და დაიმახსოვროს. ამის შემდეგ დააფარეთ სიტყვას ფურცელი და თხოვეთ, აღადგინოს, თვითონ დაწეროს და თან ხმამაღლა გამოთქვას ასოები.
- თხოვეთ ბავშვს შეამონმოს, სიტყვის ასოები შეესაბამება თუ არა მოდელს. თუ ბავშვი სამ ცდაში სწორად წერს სიტყვას და ასახელებს ასოებს, გადადით შემდეგ სიტყვაზე.
- ასეთი წესით 5 სიტყვაზე უნდა ივარჯიშოთ სამი დღის განმავლობაში.

პედაგოგიური თვალსაზრისით მეტად სასარგებლოა აქტიური კითხვის მეთოდის გამოყენება ვერბალური დასწავლის პრობლემების მქონე ისეთ ბავშვებთან, ვისაც უჭირს წაკითხულის გაგება. მასწავლებელი ამ მეთოდს ნაბიჯ-ნაბიჯ ახორციელებს:

პირველი ნაბიჯი – ტექსტის სკანირება, ქვეთავების, ან აბზაცების აღნიშვნა;

მეორე ნაბიჯი – ტექსტის მიხედვით კითხვების შედგენა, რომელზეც ბავშვმა უნდა უპასუხოს დეტალური კითხვის დროს;

მესამე ნაბიჯია – ყოველი სექციის წაკითხვა შეკითხვის მიხედვით და შემდეგ პასუხის ჩაწერა.

მეოთხე ნაბიჯი – ყოველი სექციისათვის ამ პროცედურის დამთავრების შემდეგ უნდა წაკითხონ კითხვები და პასუხები.

მეხუთე ნაბიჯი – კითხვაზე ზეპირი პასუხების გაცემა.

მექვსე ნაბიჯია – გაცემული პასუხების სისწორისა და სიზუსტის შემოწმება.

მეშვიდე ნაბიჯი – მასალის ვიზუალურ-სივრცითი წარმოდგენა, დახატვა, სქემის გამოსახვა.

როგორ ხდება დისლექსიის შეფასება?

კითხვის უნარის ვიწრო შეფასებისათვის დასავლეთში იყენებენ კითხვის სტანდარტულ ტესტებს. ამავე დროს, ბავშვის აკადემიური ჩვევებისა და ინტელექტის შესაფასებლად გამოიყენება ინტელექტისა და მიღწევის ფსიქომეტრული ტესტები. სრულყოფილი სურათის მისაღებად, აუცილებელია, ინფორმაციის მოპოვება არა მხოლოდ ბავშვის ფსიქოლოგიური გამოკვლევისა და მის ქცევაზე უშუალო დაკვირვების მეშვეობით, არამედ მშობლისა და მასწავლებლის ინტერვიუების შედეგადაც.

მეტყველების დარღვევები

შესავალი

მეტყველების დარღვევები ძალზე მრავალფეროვანია. მათ განსხვავებული ბუნება და მიზეზები აქვთ. თუმცა, ყველა შემთხვევაში დარღვეულია **გარემოსთან ენის საშუალებით კომუნიკაცია**.

დარღვევები შეიძლება აღმოცენდეს მეტყველების ფონოლოგიურ, გრამატიკულ, სემანტიკურ, პრაგმატიკულ დონეზე.

ფონოლოგიური სიძნელეები ვლინდება არტიკულაციის გაძნელებაში, მსგავსი არტიკულაციების (უფრო თანხმოვნების) გამოთქმის სიძნელეებში; ხშირია სიტყვებში მათი გამოტოვება, შეცვლა, რედუქცია-შემოკლება.

სინტაქსის, ანუ გრამატიკული პრობლემები ვლინდება სხვადასხვა სირთულის წინადადების არასწორი გრამატიკული კონსტრუქციის გამოყენებაში, ქვემდებარის ბრუნვის, რაოდენობის და ა.შ. სწორი აღნიშვნის სირთულეებში.

სემანტიკური დონის სირთულეები ვლინდება იმაში, რომ ბავშვს აქვს ღარიბი ლექსიკონი, უჭირს სიტყვის სხვადასხვა მნიშვნელობის გაგება, სიტყვის ნიშნელობის გაფართოება, სიტყვების გახსენება.

პრაგმატიკის პრობლემები ვლინდება ენისა და შესტების მოცემულ კონკრეტულ კონტექსტში, სიტუაციაში გამოყენების სირთულეში. 5 წლამდე ვითარდება პრაგმატიკის აქტიური გამოყენების უნარი, რაც ჩანს ამბის მოყოლის, სიტუაციური დიალოგების დროს.

გარდა ამისა, **მეტყველების დარღვევაში გვხვდება ე.წ. მოქნილობის პრობლემები**. ესენია ენაბორძიკობა და მეტყველების უწესრიგო ხასიათი. პირველი გულისხმობს მეტყველების დროს მარცვლების, სიტყვების გამეორებებს, ბგერის გახანგრძლივებას, პაუზის და რითმის დარღვევებს; უკანასკნელი კი - მეტყველების ტემპისა და რითმის მოუწესრიგებლობას.

მეტყველების დარღვევების კლასიფიკაცია

მეტყველების დარღვევების კლასიფიკაცია DSM-IV-TR-ის მიხედვით:

კომუნიკაციური დარღვევები

1. ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა (315.31);
2. რეცეპტულ-ექსპრესიული მეტყველების შერეული დარ-

- ლევვა (315.32);
- 3. ფონოლოგიური დარღვევები (315.39);
- 4. ენაბორძიკობა (307.0);
- ჩვილობის, ბავშვობის, ან მოზარდობის ასაკის სხვა დარღვევები**
- 5. სელექტიური მუტიზმი.

მეტყველების დარღვევების კლასიფიკაცია ICD-10-ის მიხედვით:

I. მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევები (II F80):

- 1. არტიკულაციის სპეციფიკური დარღვევა (II F80.0);
- 2. ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა (ექსპრესიული ტიპის განვითარების აფაზია, ექსპრესიული ტიპის განვითარების დისფაზია) (II F80.1);
- 3. რეცეპტული მეტყველების დარღვევა (რეცეპტული ტიპის განვითარების აფაზია, რეცეპტული ტიპის განვითარების დისფაზია) (II F80.2);
- 4. აფაზია ეპილეფსიით (ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი) (II F80.3);
- 5. მეტყველების სხვა დარღვევები (II F80.8);
- 6. მეტყველების განვითარების დარღვევა, დაუზუსტებელი (II F80.9);

II. სოციალური ფუნქციონირების დარღვევები, რომლებიც ძირითადად ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში იწყება:

- 7. ელექტიური მუტიზმი (I F94.0);

III. სოციალური ფუნქციონირების სხვა დარღვევები, რომლებიც ძირითადად ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში იწყება:

- 8. ენაბორძიკობა (I F98.5);
- 9. უნესრიგო მეტყველება (I F98.6);

IV. მოძრაობებისა და შეგრძნებების დისოციაციური დარღვევები:

- 10. ფსიქოგენური აფონია, დისფონია (I F44.4).

მეტყველების დარღვევების კლინიკურ-პედაგოგიური კლასიფიკაცია რუსული ლოგოპედიური სკოლის მიხედვით:

I. გამონათქვამის ფონაციური (გარეგანი) გაფორმების დარღვევა (ამ დარღვევებს მეტყველების წარმოთქმითი მხარის დარღვევებსაც უწოდებენ):

- 1. დისფონია (აფონია) — ხმის აპარატის პათოლოგიური ცვლი-

ლებების შედეგად ფონაციის დარღვევები, ან უქონლობა. დისფონია ვლინდება ხმის ძალის, სიმაღლისა და ტემბრის დარღვევებში;

2. მეტყველების ტემპის ცვლილებები (მეტყველების პათოლოგიურად შენელებული ტემპი - **ბრადილალია** და მეტყველების პათოლოგიურად სწრაფი ტემპი - **ტაქილალია**);
3. **ენაბორძიკობა** - მეტყველების ტემპისა და რითმული ორგანიზაციის დარღვევა;
4. **დისლალია** - ბგერების წარმოთქმის დარღვევა ნორმალური სმენისა და სამეტყველო აპარატის შენარჩუნებული ინერვაციის დროს (სინონიმები: ბგერათწარმოთქმის დეფექტები, ფონეტიკური დეფექტები, ფონემების წარმოთქმის ხარვეზები);
5. **რინოლალია** — ხმის ტემბრისა და ბგერათწარმოთქმის დარღვევები, რომლებიც განპირობებულია სამეტყველო აპარატის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური დეფექტებით. რინოლალიის დროს დისლალიისაგან განსხვავებით დამახინჯებულად წარმოთქვამენ არა ცალკეულ ბგერებს, არამედ ყველა ბგერას;
6. **დიზართრია** - ბგერების მკაფიოდ გამოთქმის დარღვევა (განპირობებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებითა და სამეტყველო აპარატის ინერვაციის ორგანული უკმარისობით).

II. **გამონათქვამის სტრუქტურულ-სემანტიკური (შინაგანი) დარღვევა:**

7. **ალალია** — მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევა, განპირობებულია თავის ტვინის მეტყველების ზონების დაზიანებით მუცლადყოფნის ან ადრეულ (ე.წ. მეტყველებამდე) პერიოდში (სინონიმები: დისფაზია, ბავშვთა ადრეული აფაზია, განვითარების დისფაზია);
8. **აფაზია** — მეტყველების სრული ან ნაწილობრივი დაკარგვა. გამოწვეულია თავის ტვინის მეტყველების ზონების ლოკალური დაზიანებით.

სხვადასხვა კლასიფიკაციების ტერმინოლოგიის შეჯერება

ICD-10	DSM-IV-TR	რუსული ლოგოპედიური სკოლა
არტიკულაციის სპეციფიკური დარღვევა	ფონოლოგიური დარღვევა	დისლალია , სინონიმები: ბგერათწარმოთქმის დეფექტები, ფონეტიკური დეფექტები, ფონემების წარმოთქმის ხარვეზები
ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა	ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა	მოტორული ალალია სინონიმები: მოტორული დისფაზია, ბავშვთა ადრეული მოტორული აფაზია, განვითარების მოტორული დისფაზია.
რეცეპტული მეტყველების დარღვევა	რეცეპტულ-ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა	სენსორული ალალია სინონიმები: სენსორული დისფაზია, ბავშვთა ადრეული სენსორული აფაზია, განვითარების სენსორული დისფაზია.
აფაზია ეპილეფსიით (ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი)		აფაზია
ენაბორძიკობა	ენაბორძიკობა	ენაბორძიკობა

უწესრიგო მეტყველება		ტაქილალია
სელექტიური (ელექტიური) მუტიზმი	სელექტიური (ელექტიური) მუტიზმი	
ფსიქოგენური აფონია, დისფონია		
აფაზია (არაკლასი- ფიცირებული)		აფაზია
		დისფონია, აფონია
		რინოლალია
		დიზართრია

მეტყველების განვითარების დარღვევებზე ამომწურავი წარმოდგენის შექმნის მიზნით ტექსტში ICD-10-ის მიხედვით სადიაგნოსტიკური კრიტერიუმების გარდა მოცემულია სხვადასხვა დარღვევების სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები **DSM-4**-ის მიხედვითაც.

როგორია მეტყველების დარღვევის სიხშირე?

ექსპრესიული მეტყველების განვითარებაში ჩამორჩენა აღენიშნება 2 წლის ასაკის ბავშვების 17%-ს, სამწლიანების – 8%-ს და ხუთწლიანების – 3 %-ს. ხუთი წლის ასაკისათვის ბავშვების უმეტესობა კომპენსირებულია და უმკლავდება მეტყველების შეფერხებით გამოწვეულ პრობლემებს. 6-7 წლის ასაკის ბავშვების 2-3%-ს ფონოლოგიური დარღვევები აქვს, თუმცა 17 წლისათვის ეს დარღვევა მხოლოდ 0.5-1%-ში რჩება, უმეტესად მამაკაცებში. ენაბორძიკობა გვხვდება ბავშვების 1%-ში, შედარებით ხშირია მამაკაცებში. შემთხვევათა 60% სპონტანურად უკუვითარდება 16

ნლამდე. მამკაცებსა და ქალებს შორის მეტყველების განვითარების დარღვევების შეფარდებაა 3:1, ან 5:1, რაც გვიჩვენებს, რომ აღნიშნული დარღვევები მამკაცებში უფრო ხშირია.

მეტყველების განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვებში არცთუ იშვიათია ქცევის თანმხლები პრობლემები, რაც განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება მეტყველების მძიმე ექსპრესიული-იმპრესიული დარღვევის დროს და უვლინდება ექსპრესიულ-იმპრესიული მეტყველების დარღვევის მქონეთა 95%-ს, ექსპრესიული მეტყველების დარღვევის მქონეთა 45%-ს, ხოლო არტიკულაციური დარღვევების მქონეთა 29%-ს.

მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევა (ICD-10)

მეტყველების სპეციფიკური დარღვევების მქონე ბავშვები ჰეტეროგენული ჯგუფია; ისინი განსხვავდებიან მეტყველების განვითარების დარღვევის ხარისხით, მისი სხვადასხვა მხარეების უპირატესი დეფიციტით.

ბავშვის მეტყველების განვითარების დარღვევის თანამედროვე განსაზღვრება Benton (1964)-ს ეკუთვნის და გამორიცხვის პრინციპს ეყრდნობა. მოცემულ განსაზღვრებაში ამოსავალ დებულებას წარმოადგენს თუ **რა არ არის** მეტყველების სპეციფიკური დარღვევა. ბავშვს მეტყველების განვითარების დარღვევა აქვს, თუ ის არ არის დაკავშირებული სმენის დარღვევასთან, აუტიზმთან, გონებრივ ჩამორჩენილობასთან, ნეირომოტორულ დისფუნქციასთან, ემოციურ აშლილობასა, თუ დეპრივაციასთან.

სინდრომის აღსაწერად დღეისათვის გამოიყენება ტერმინები „დარღვეული მეტყველება“ და „დაზიანებული მეტყველება“. ამავე დროს, განსაზღვრისათვის იყენებენ სიტყვას „განვითარების“, რაც სპეციფიკურ ეტიოლოგიაზე მიუთითებს. ICD-10-ში გამოიყენება ტერმინი „მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევა“.

კლინიკისტიები და მკვლევრები ცდილობენ ამ მრავალფეროვანი დარღვევების კლასიფიცირებას. მეტყველების განვითარების დარღვევების კლასიფიკაცია ხდება ეტიოლოგიის, მეტყველების ფუნქციების, ნეიროფსიქოლოგიური და ნევროლოგიური პროფილის, ლინგვისტური პროფილის, ან მათი კომბინაციის მიხედვით.

მეტყველების განვითარების სპეციფიკურ დარღვევა სახეზეა, თუ აღინიშნება:

1. მეტყველების დარღვევა (მეტყველების შესაფასებელ სტანდარტიზებულ ტესტებში ქრონოლოგიურ ან გონებრივ ასაკზე 6-დან 12 თვეზე დაბალი მაჩვენებლები);
2. ნორმალური სმენა (ზღურბლის საზღვრები 250 და 6000 ჰერცს შორის);
3. ნორმალური არავერბალური ინტელექტი (არავერბალური IQ საშუალოზე 1 SD-ზე დაბალი არ არის);

არ აღინიშნება:

4. გამობატული ნევროლოგიური ნიშნები;
5. დაავადებები, რომლებიც ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებას იწვევენ;
6. ორალური მოტორული სტერეოტიპული და ფუნქციური ანომალიები;
7. ფსიქიატრიული, ემოციური და ქცევითი აშლილობები;
8. ძალადობის ისტორია;
9. მეტყველების შეძენილი დარღვევა.

მეტყველების სპეციფიკური დარღვევის გამომწვევი ფაქტორები

ეტიოლოგიური ფაქტორები ზუსტად არ არის გარკვეული. მკვლევრების მიერ სხვადასხვა მიზეზები სახელდება. კერძოდ, ხანმოკლე სმენითი მეხსიერების დარღვევა (Graham, 1988; Rapin, 1978), სმენითი სტიმულების თანმიმდევრული აღქმის დარღვევა, სმენითი ინფორმაციის სწრაფი გადამუშავების დარღვევა (Tallal, 1974), იერარქიული დაგეგმვის დარღვევა, გრამატიკული დარღვევები, მეტყველების ფონოლოგიური მხარის დარღვევა ან მათი კომბინაცია. მნიშვნელოვანი პრობლემაა იმის განსაზღვრა, თუ რა არის ლინგვისტური დეფიციტის მიზეზი, ბავშვის მეტყველების რომელიმე კომპონენტის სპეციფიკური დეფიციტი, თუ რაიმე უფრო ზოგადი ფაქტორი. მაგ. არსებობს მონაცემები, რომლებიც მოწმობენ, რომ მეტყველების განვითარების სპეციფიკური

დარღვევების მქონე ბავშვებს მშობლები ჯანმრთელ ბავშვებთან შედარებით განსხვავებულად ელაპარაკებიან, თუმცა ბუნდოვანია, რა რის შედეგია: მეტყველების სპეციფიკური დარღვევა იწვევს მშობლების მეტყველების განსხვავებულ სტილს, თუ პირიქით. მშობლები შეიძლება იმიტომ ესაუბრებიან ასეთ ბავშვს განსხვავებულად, რომ მოახდინონ მისი მეტყველების პრობლემების კომპენსაცია. ასევე, თუმცა გარკვეული კავშირი არსებობს შუა ყურის ანთებასა და მეტყველების განვითარების შეფერხებას შორის, კვლევების მიხედვით მეტყველების პრობლემები ქრება ყურთან დაკავშირებული სმენის პრობლემების მოგვარებასთან ერთად. Tallal, Piercy (1973, 1974) მეტყველების სპეციფიკური დარღვევის მიზეზად სმენითი ინფორმაციის სწრაფად გადამუშავებისა და ფონემების გარჩევის სიძნელეს მიიჩნევენ. ასეთი ბავშვების არავერბალური უნარები მათი ასაკის შესაფერისად არის განვითარებული.

ნერვული საფუძვლები. მეტყველების სპეციფიკური დარღვევების ნერვული საფუძველი ზუსტად გარკვეული არ არის. თანამედროვე ნეიროვიზუალური გამოკვლევებით აღმოჩნდა, რომ ასეთ ბავშვებს აქვთ პერისილვიანური ქერქის უბნების ბილატერალური დაზიანება. კომპიუტერულ ტომოგრაფიულმა და მაგნიტურ რეზონანსულმა გამოკვლევებმა გამოავლინეს, რომ ამ ბავშვების მარცხენა და მარჯვენა საფეთქლის წილების ზედაპირი სიმეტრიულია, მაშინ როცა ნორმამი ის ასიმეტრიულია. ამავე დროს, მეტყველების დარღვევების მქონე ბავშვების 56%-ს ნორმალური კომპიუტერულ ტომოგრაფიული მაჩვენებლები ჰქონდათ (Caparulo, Pothman, 1981). დიქტორი მოსმენის ცდებში და სმენითი გამოწვეული პოტენციალების ექსპერიმენტებში გამოვლინდა, რომ მეტყველების სპეციფიკური დარღვევის მქონე ზოგიერთ ბავშვს მეტყველების შეცვლილი ფუნქციური ასიმეტრია აქვს. ფოტონურ ემისიური კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებით, ნორმისაგან განსხვავებით ექსპრესიული მეტყველების იზოლირებული დარღვევის მქონე ზოგიერთ ბავშვთან ადგილი აქვს მარცხენა ჰემისფეროს შუბლის ქვედა მიდამოში ქერქის ჰიპერფუზიას (ბროკას არის ჩათვლით), ზოგიერთს შერეული ექსპრესიულ-იმპრესიული მეტყველების დარღვევით აქვს მარცხენა თხემ-საფეთქლის უბნის ქერქისა და მარჯვენა შუბლის ზედა და შუა უბნების ჰიპერფუზია.

ცნობილია, რომ მეტყველების სპეციფიკური დარღვევების

მქონე ბავშვების 40%-ს აქვს ეგ-ანომალია, მაგრამ უმრავლესობის ეგ ნორმის ფარგლებშია. კლასიკური ნევროლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე ამ ჯგუფის ბავშვებს აღენიშნებათ მოტორული ანომალიების უფრო მაღალი სიხშირე, ვიდრე სმენა-დაქვეითებულ ბავშვებს; ამავე დროს, მეტყველების დარღვევების მქონე ბავშვების 32%-ს არ გააჩნია იოლი ნევროლოგიური ნიშნებიც კი.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ბავშვთა მეტყველების დარღვევებში ყურადღება გადაიტანეს ნევროლოგიური მახასიათებლებიდან სინდრომის ფსიქოლოგიურ ასპექტებზე. თანამედროვე მიდგომა ეყრდნობა მეტყველების განვითარების დარღვევების ნეიროფსიქოლოგიურ მახასიათებლებს.

გენეტიკური საფუძვლები. 12 ყველაზე ცნობილი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც სწავლობდა ოჯახური მემკვიდრეობის როლს მეტყველების სპეციფიკურ დარღვევაში, ამტკიცებს, რომ ასეთი ბავშვების 30%-70%-ს აღენიშნებათ მეტყველების დარღვევების დადებითი ოჯახური ისტორია, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (11%-46%). კვლევების შედეგები მოწმობენ, რომ გარემოს ძალიან მცირე გავლენა აქვს, ან საერთოდ არ ახდენს ზეგავლენას ნორმალური განვითარების მქონე ბავშვის მიერ ენის ათვისებაზე. მონოზიგოტური და დიზიგოტური ტყუპების შედარებითი კვლევის მიხედვით, მეტყველების დარღვევების თანხვედრის ალბათობა მონოზიგოტურ ტყუპებში მნიშვნელოვნად მაღალია (51-84%), ვიდრე დიზიგოტურ ტყუპებში (20-34%). კვლევების თანახმად, გენეტიკური ფაქტორები გარკვეულ როლს თამაშობენ წერითი და ზეპირი მეტყველების დარღვევების აღმოცენებაში. გენეტიკური კვლევების შედეგები მოწმობს, რომ მეტყველების განვითარების დარღვევებს მკაცრად განსაზღვრული გენეტიკური კომპონენტი აქვთ. მეტყველების სპეციფიკური დარღვევა შეიძლება გენეტიკურად ჰეტეროგენული დარღვევა იყოს.

მეტყველების სპეციფიკური დარღვევების პროგნოზი

ლონგიტუდური კვლევების მიხედვით სკოლამდელ ასაკში გამოვლენილი მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევები ბავშვების 40-60%-ს შემდგომშიც აღენიშნებათ. ბავშვების 40%-ს, რომელთაც მეტყველების დარღვევა დაუდგინდათ 3 წლის ასაკში, იგივე დარღვევები 5 წლის ასაკშიც გამოუვლინდათ, ხოლო

5 წლის ასაკში მეტყველების დარღვევების მქონე ბავშვების 31%-ს იგივე პრობლემები აქვთ 7 წლის ასაკშიც (Silva, 1988).

მეტყველების სპეციფიკურ დარღვევებთან შედარებით მეტყველების ზოგადი დარღვევები უფრო მდგრადია და შემდგომშიც გრძელდება. მეტყველების დარღვევის მქონე 7 წლის ბავშვების 51%-ს 16 წლის ასაკშიც აქვთ მეტყველების რეზიდუალური პრობლემები.

მნიშვნელოვანი საკითხია, თუ რამდენადაა შესაძლებელი ბავშვის მეტყველების პრობლემების დაძლევის წინასწარმეტყველება. 4 წლის ბავშვებში, რომლებიც მეტყველების თერაპიაზე დადიოდნენ, 90%-მდე სიზუსტით შეიძლება ბავშვის მეტყველების განვითარების დონის პროგნოზირება 18 წლის ასაკისათვის (Bishop, Edmundson, 1987). ლონგიტუდური კვლევების მიხედვით, ფონოლოგიური პრობლემები ნაკლებად მძიმე და მდგრადია სემანტიკურ და სინტაქსურ პრობლემებთან შედარებით. ის ფაქტი, რომ მეტყველების ზოგადი დარღვევების კორექცია უფრო რთულია, ვიდრე სპეციფიკური დარღვევებისა, ვრცელდება არა მარტო მეტყველების ფუნქციებზე, არამედ სხვა კოგნიტურ უნარებზეც. მაღალი არავერბალური ინტელექტი უახლოესი 10 წლის მანძილზე მეტყველების პრობლემების დაძლევის კარგი პრედიქტორია (Adam, 1984).

მეტყველების პირველადი დარღვევები სხვა პრობლემებსაც იწვევენ, რომლებიც მეტყველების დარღვევის სიმპტომების გაქრობის შემდეგაც კი შეიძლება გამოვლინდეს. ამიტომაც მნიშვნელოვანი ბავშვის სხვა შემეცნებითი ფუნქციებისა და ემოციური სფეროს შესწავლაც.

კითხვის პრობლემების პროგნოზი. ბავშვებს, ვისაც წინასასკოლო ასაკში მეტყველების დარღვევა ჰქონდათ, ბევრად უფრო უძნელდებათ კითხვის ათვისება, ვიდრე იმ ბავშვებს, რომელთაც მეტყველების დარღვევები არ აღენიშნებოდათ (Silva, 1981; Bishop, Adams, 1990). 10 წლიანი ლონგიტუდური კვლევების თანახმად, წინასასკოლო ასაკის იმ ბავშვების 90%-ს, ვისაც მეტყველების დარღვევები ჰქონდათ, სკოლაში გაუჭირდათ აკადემიური ჩვევების ათვისება. დისლექსიის მქონე ბავშვების ნაწილს სკოლამდელ პერიოდში აღენიშნებოდათ ფონოლოგიური პრობლემები, ექსპრესიული და იმპრესიული ლექსიკონის სიღარიბე, სინტაქსის გაგებისა და ფორმულირების პრობლემები.

ინტელექტის პროგნოზი. მეტყველების დარღვევის მქონე ბა-

ვშვებს შემდგომში დაბალი IQ მაჩვენებლების დიდი ალბათობა აქვთ. ბავშვებს, რომელთაც 3 წლის ასაკში მეტყველების დარღვევები ჰქონდათ 7 და 9 წლის ასაკში ნორმასთან შედარებით დაბალი IQ მაჩვენებლები აღენიშნებოდათ. ეს უმეტესად ეხება ვერბალურ IQ-ს, ნაკლებად არავერბალურ IQ-ს, თუმცა სამივე IQ მაჩვენებელი დაქვეითებულია.

სოციალურ-ემოციური და ქცევითი პრობლემების პროგნოზი. მეტყველების დარღვევების მქონე ბავშვებს აქვთ ამ პრობლემების აღმოცენების დიდი რისკი. ლიტერატურაში ცნობილია სოციალურ-ემოციური და ქცევითი პრობლემების ფართო წრე - სოციალური ურთიერთობების ჩამოყალიბებისა და შენარჩუნების სირთულე, მაღალი შფოთვა, ყურადღების დეფიციტი, ანტისოციალური, აგრესიული ქცევა, ურჩობა. ასეთი პრობლემები ხშირია ბავშვებში, ვისაც მეტყველების ზოგადი დარღვევები და გაგების დარღვევა აქვთ, ექსპრესიული მეტყველების დარღვევის მქონე ბავშვებთან შედარებით. შფოთვა, ყურადღების და სოციალური ურთიერთობების პრობლემები იზრდება მეტყველების სპეციფიკური დარღვევის მქონე ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად (Cantwell, 1989; Rutter, 1991).

ამრიგად, ბავშვები, რომელთაც მეტყველების დარღვევათი სკოლამდელ ასაკში აქვთ მონწყვლადი ჯგუფია; ამავე დროს, პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ბავშვების 1/3-ს, ვისაც სკოლამდელ პერიოდში მეტყველების დარღვევები ჰქონდა, შემდგომში აღარ აქვთ რაიმე პრობლემა მეტყველებაში.

შეფასებისა და ინტერვენციის მიდგომები უფრო ფართო სპექტრის და მოქნილი უნდა იყოს, რათა მოიცავდეს ინტელექტუალურ, სოციალურ-ემოციურ და ქცევით პრობლემებს და არ უნდა იყოს ფოკუსირებული ვინაობა მეტყველების დარღვევებზე.

ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა

ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა განვითარების სპეციფიკური დარღვევაა, რომლის დროსაც ბავშვის ექსპრესიული მეტყველების გამოყენების უნარი მის გონებრივ ასაკთან შედარებით დაბალია. აღსანიშნავია, რომ მიმართული მეტყველების გაგება ნორმის ფარგლებშია. ზოგიერთ შემთხვევაში (თუმცა არა ყოველთვის) აღინიშნება არტიკულაციის დარღვევები.

ექსპრესიული მეტყველების დარღვევის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით

მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვის მეტყველებითი განვითარება ჩვეულებრივ მნიშვნელოვანი ინდივიდუალური თავისებურებებით ხასიათდება, თუ ბავშვი 2 წლის ასაკში არ ამბობს ცალკეულ სიტყვებს (ან მათ მსგავს მეტყველებით წარმონაქმნებს), ხოლო 3 წლის ასაკში ვერ ადგენს ორ სიტყვიან მარტივ ფრაზებს — ამგვარი მდგომარეობა უნდა შეფასდეს როგორც მეტყველების განვითარების მნიშვნელოვანი შეფერხება. შემდგომი დარღვევები მოიცავენ: სიტყვიერი მარაგის სიმწირეს, სიტყვათა გარკვეული ნაკრების გადაჭარბებულ გამოყენებას, შესაბამისი სიტყვების შერჩევის სირთულეებს, შემოკლებული ფრაზების გამოყენებას, წინადადების არასწორ სტრუქტურას: სინტაქსურ შეცდომებს (განსაკუთრებით დაბოლოებებისა და წინსართების გამოტოვება), ისეთი გრამატიკული ფორმების არასწორი გამოყენებას ან გამოტოვებას, როგორიცაა წინდებულები, ნაცვალსახელები. აგრეთვე პრობლემურია ზმნების უღლება, ან არსებითი სახელების ბრუნვა. შეიძლება აღინიშნებოდეს წესების არასწორი, ან გადამეტებულად განზოგადებული გამოყენება. აგრეთვე, შეიძლება აღინიშნებოდეს მეტყველების მოქნილობის დარღვევა და წარსული გამოცდილების მოყოლისას მოვლენათა თანმიმდევრობის აღდგენის სირთულეები.

ექსპრესიული მეტყველების დარღვევას ხშირად ახლავს არტიკულაციის დარღვევები.

ეს დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა ექსპრესიული მეტყველების განვითარების შეფერხება ცდება ბავშვის გონებრივი განვითარების ასაკის შესაბამის ნორმალური ვარიაციის ფარგლებს. ამასთანავე, რეცეპტული მეტყველების უნარები ნორმის ფარგლებშია (თუმცა, ხშირად ისინი საშუალო

დონეზე დაბლად). არავერბალური მიმანიშნებლების (როგორიცაა ლიმილი, ან ჟესტები) და „შინაგანი მეტყველების“ (რაც აისახება ფანტაზიებსა და როლურ თამაშებში) გამოყენება სიტყვების გარეშე სოციალური ურთიერთობის უნართან ერთად შედარებით შენახულია.

მეტყველების პრობლემების მიუხედავად, ბავშვს უნდა ურთიერთობა და სიტყვების ნაკლებობის კომპენსაციას ცდილობს ჟესტების, მიმიკის, ან არამეტყველებითი ვოკალიზაციების გამოყენებით. ამისდა მიუხედავად ხშირად, განსაკუთრებით სკოლამდელი ასაკის ბავშვებთან, აღმოცენდება თანმდევი დარღვევები, რომლებიც მოიცავს: პრობლემებს თანატოლებთან ურთიერთობისას, ემოციურ და ქცევით დარღვევებს და/ან გადაჭარბებულ აქტიურობასა და უყურადღებობას. შემთხვევათა უმნიშვნელო რაოდენობაში აღინიშნება სმენის ნაწილობრივი (ხშირად შერჩევითი) დაქვეითება, მაგრამ მისი სიმძიმე არ უნდა იყოს საკმარისი მეტყველების განვითარების შეფერხების აღმოცენებისათვის. სასაუბრო მეტყველების დარღვევა თვალშისაცემია ადრეული ბავშვობიდან. თუმცა ხანდახან ანამნეზში აღინიშნება რამდენიმე პირველი სიტყვის აშკარად სწორი გამოყენება, შემდგომში კი მეტყველების განვითარება ნელდება.

უნდა გამოირიცხოს:

- აფაზია ეპილეფსიით (ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი) (F80.3);
- რეცეპტული მეტყველების განვითარებასთან დაკავშირებული დისფაზია ან აფაზია (F80.2);
- დისფაზია ან აფაზია (არაკლასიფიცირებული) (R 47.0);
- ელექტიური მუტიზმი (F 94.0);
- გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-F79);
- განვითარების ზოგადი დარღვევები (F84 -).

ექსპრესიული მეტყველების დარღვევის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-TR-ის მიხედვით

- A. ექსპრესიული მეტყველების შესაფასებელ სტანდარტულ ტესტებში მიღებული ქულა მნიშვნელოვნად დაბალია არავერბალურად.

ლური ინტელექტის შესაფასებელ სტანდარტიზებულ ტესტებში მიღებულ ქულასთან შედარებით.

- B. A-ში გამოვლენილი დარღვევა დაკავშირებულია აკადემიურ მიღწევებთან, ან ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებთან, რომლებიც მეტყველების გამოყენებას გულისხმობს. ეს მიმე შემთხვევებში ვლინდება შეზღუდულ ლექსიკონში, მარტივი წინადადებების, მხოლოდ ანმყოს კონსტრუქციების გამოყენებაში. იოლ შემთხვევებში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მერყეობასა და შეცდომებს სიტყვების გახსენებაში, გრძელი და რთული წინადადებების ფორმულირებაში.
- C. არ არის დაკავშირებული განვითარების პერვესიულ აშლილობასთან, მეტყველების დარღვევა არ უნდა იყოს შერეული რეცეპტულ-ექსპრესიული დარღვევა.
- D. თუ ადგილი აქვს გონებრივ ჩამორჩენილობას, მეტყველების მოტორულ ან სენსორულ დეფიციტს, ან გარემოს მხრიდან დეპრეცაციას, მეტყველების სირთულეები, როგორც წესი, დაკავშირებულია ამ პრობლემებთან.

შენიშვნა: თუ ადგილი აქვს მეტყველების მოტორულ ან სენსორულ დეფიციტს, ან ნევროლოგიურ მდგომარეობას, უნდა გადახვიდეთ III ლერძზე.

გავრცელება

DSM-IV-ის მიხედვით 3 წლამდე ბავშვებში მეტყველების დარღვევა აღინიშნება ბავშვების თითქმის 10-15%-ში, სასკოლო ასაკისათვის ეს მაჩვენებელი 3-7 %-ია.

როგორ დავეხმაროთ ექსპრესიული მეტყველების დარღვევის მქონე ბავშვს

- პირველ რიგში უნდა მეტყველების პრობლემები უნდა შეფასდეს მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელშიც შევლენ სხვადასხვა სპეციალისტები (ფსიქოლოგი, ლოგოპედი, ნევროლოგი, პედიატრი). ბავშვის შესაფასებლად გამოიყენება ინტერვიუ, დაკვირვება, მეტყველების შესაფასებელი სტანდარტული ტესტები, არავერბალური ინტელექტის შესაფასებელი ტესტები.

- რაც უფრო ადრეულ ასაკში მოხდება დიაგნოსტიკა, მით უფრო ეფექტური იქნება ბავშვის პრობლემაზე მუშაობა.
- ადეკვატური დიაგნოსტიკის შემდეგ აუცილებელია შესაბამისი სპეციალისტების ბავშვთან მუშაობა. აღსანიშნავია, რომ ბავშვის პრობლემაზე მუშაობა ხანგრძლივი პროცესია და გრძელდება 1-3 წელი, შეიძლება მეტიც.
- სპეციალისტის პარალელურად ბავშვის მეტყველებაზე მუშაობის პროცესში აუცილებელია მშობლის აქტიური თანამონაწილეობა. ძალზე მნიშვნელოვანია ის, რომ ბავშვი არ აიძულოთ წარმოთქვას რაიმე სიტყვა ან წინადადება, ან სწორად გაიმეოროს სიტყვა, ან ბგერები. გარშემომყოფთა დაჟინებული მოთხოვნა ბავშვს უარყოფით დამოკიდებულებას უყალიბებს თავად მეტყველების პროცესისადმი, რადგან მას გამუდმებით თხოვენ იმის გაკეთებას რაც მას არ შეუძლია, ან უჭირს.
- სამაგიეროდ, ბავშვისათვის აუცილებელია სამეტყველო მასტიმულირებელი გარემოს შექმნა. კერძოდ, უნდა გაუხმოვანოთ ყველაფერი (თქვენი მოქმედებები, მისი მოქმედებები, რასაც ხედავს და ესმის), ამ დროს თქვენი მეტყველება უნდა იყოს მკაფიო, სწორი არტიკულაციით, წინადადებები უნდა იყოს მარტივი. მაგ.: სუფრას შლით და აჭმევთ, მოქმედების პარალელურად ამბობთ: „აი კოვზი, სუპი, ჭიქა დავდე, აი დანა, ტაფიდან გადმოვიღეთ კატლეტი“; ან მაგ.: აცმევთ, პარალელურად ეუბნებით: „მომეცი ხელი, აი შარვალი, აი პერანგი, გამოსწიე ფეხი“. სეირნობთ ქუჩაში და ეუბნებით, მაგ.: „ნახე ჩიტი, გოგო მიდის, მანქანა მოდის, ბიჭი დგას, აი ხე და ა.შ.“ ასეთი აქტიური მეტყველებითი სტიმულაცია ხელს შეუწყობს ბავშვის მიერ უნებლიე დონეზე სიტყვების წარმოთქმას; იგი უნებლიედ იწყებს იმის წარმოთქმას, რისი თქმაც მას ნებისმიერად არ შეუძლო. გახმოვანების დროს განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ანტონიმების დასახელებას (მაგ: „კურდღელს მოკლე კუდი აქვს, მელიას გრძელი“, „ეს სახლი მაღალია, ეს დაბალი“ და ა.შ.), რაოდენობას (მაგ: „ნახე 3 კარტოფილი ავიდე; ერთი, ორი, სამი“ და ა.შ.), საგნების დანიშნულების ახსნას (მაგ: „საათი გვჭირდება, რომ გვაჩვენოს დრო“, „ტაფა გვჭირდება, რომ რაიმე შევწვათ“ და ა.შ).
- იმდერეთ მისი საყვარელი მელოდიები ერთად.

- თუ ბავშვის ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა მძიმეა, შეიძლება შესთავაზოთ ცხოველების ფიგურებით თამაში: იღებთ ცხოველების ფიგურებს და ეუბნებით: „აი ძროხა. როგორ აკეთებს ძროხა? მუუუ; აბა ვიპოვოთ ძაღლი, როგორ ყეფს? აუ, აუ, აუ“ და ა.შ. ყოველივე ამას აკეთებთ მკვეთრი, წამლერებული ინტონაციით.
- ითამაშეთ სხვადასხვაგვარი როლური თამაში (მაგ: „მაღაზიობანა“, „სტუმრობანა“, „მძღოლობანა“ და ა.შ.). თამაშის პროცესში ლექსიკა და წინდადადებების სირთულე უნდა იცვალოს ბავშვის ექსპრესიული მეტყველების დარღვევის სიმძიმის მიხედვით. ამ თამაშების დროს ხდება მარტივი საყოფაცხოვრებო სიტუაციების გათამაშება. მაგ: „მაღაზიობანას“ თამაშის დროს შეიძლება თქვენ იყოთ მყიდველი, ბავშვი — გამყიდველი. თქვენ შორის უნდა წარიმართოს მარტივი დიალოგი. თავიდან შეიძლება ორივე როლი (ბავშვის და თქვენი) გაახმოვანოთ თქვენ თვითონ; შემდეგ როდესაც ბავშვი გაერკვევა, თუ რა ტიპის თამაშს თხოვთ და მარტივი ფრაზებიც (მაგ: მყიდველი - „რა ღირს ბურთი?“ გამყიდველი - „ერთი ლარი“ და ა.შ.) ნაცნობი გახდება, შეიძლება თვითონაც გაახმოვანოს დიალოგი. ითამაშეთ მანამ, სანამ ბავშვი თვითონ არ დაიწყებს გახმოვანებას (ამას შეიძლება დასჭირდეს 5-ჯერ, ან გაცილებით მეტჯერ თამაში). მნიშვნელოვანია შემდეგი: ერთი და იგივე კითხვას ერთ ჯერზე ბევრჯერ ნუ გაუმეორებთ და მაშინვე პასუხს ნუ მოსთხოვთ. ჯერ თქვენ ეკითხებით, თუ ბავშვი არ პასუხობს - თქვენვე უპასუხებთ კითხვას და აგრძელებთ მოქმედებას.
- აარჩიეთ სურათი, რომელზეც გაშლილია მოქმედება, აღუწერეთ ბავშვს სურათი და მიუთითეთ თითოთ (მაგ: „ნახე, აქ ძროხა ბალახს ძოვს“ და ა.შ.), თხოვეთ გიპოვოთ თქვენს მიერ დასახელებული ობიექტები, ამ ობიექტების ნაწილები. დაუსვით კითხვები (თავიდან დაიწყეთ მიმთითებელი კითხვები, რომელიც ნაწილობრივ შეიცავს პასუხს, მაგ: „მოკრიფა ბავშვმა ვაშლი?“, შემდეგ კითხვები გაართულეთ მაგ: „რას აკეთებდა ბავშვი ბაღში?“), თუ ვერ გიპასუხებთ, თქვენ თვითონვე უპასუხეთ.
- ბავშვის მეტყველების განვითარება მჭიდროდაა დაკავ-

შირებული ბავშვის ნატიფი მოტორიკის განვითარებასთან, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია ამ მიმართულებით მუშაობაც.

ითამაშეთ მოზაიკით; თავიდან მოზაიკის ლილაკები ჩაარჭოს ცალ-ცალი ხელით. მას შემდეგ რაც მოძრაობები უფრო დახვეწილი გახდება (უფრო იოლად ჩაარჭობს მოზაიკის ლილაკებს, ალები-სას აღარ გაუვარდება ისინი ხელიდან და ა.შ.), უთხარით ბავშვს, რომ მოზაიკების ლილაკები ჩაარჭოს ორივე ხელით ერთ-დროულად;

ხატეთ ხელის საღებავებით: ხელის საღებავი წაუსვით მხოლოდ ცერზე, ბავშვმა იმავე ხელის დანარჩენი თითებით აილოს ეს საღებავი და ისე დახატოს (გააკეთეთ ორივე ხელზე);

ძერწეთ პლასტელინით სხვადასხვა ობიექტები, თავიდან მარტივი მაგ: ბურთი, გველი, შემდეგ კი უფრო რთული;

რეცეპტული მეტყველების დარღვევა

რეცეპტული მეტყველების დარღვევა განვითარების სპეციფიკური დარღვევაა, რომლის დროსაც მიმართული მეტყველების გაგების უნარი ჩამორჩება ბავშვის გონებრივ ასაკს. თითქმის ყველა შემთხვევაში ექსპრესიული მეტყველებაც დარღვეულია. ხშირად აღინიშნება სიტყვებისა და ბგერების წარმოთქმის დეფექტები.

რეცეპტული მეტყველების დარღვევის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით

იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი 18 თვის ასაკში არ რეაგირებს ნაცნობ რამდენიმე საგანზე, 2 წლის ასაკში კი არ ასრულებს მარტივ საყოფაცხოვრებო ინსტრუქციებს, სახეზეა მეტყველების განვითარების შეფერხების არსებითი ნიშნები. შემდგომი დარღვევები მოიცავენ: გრამატიკული სტრუქტურების (უარყოფა, შეკითხვა, შედარება და ა.შ.) გაგების უუნარობას, მეტყველების სხვადასხვა ასპექტების (მაგ: ხმის ტონი) გაგების სირთულეებს.

ეს დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ იმ შემთხვევებში,

როდესაც რეცეპტული მეტყველების განვითარების შეფერხების სიმძიმე ცდება ბავშვის გონებრივი განვითარების ასაკის შესაბამის ნორმალური ვარიაციის ფარგლებს, და იმ შემთხვევაში, თუ დარღვევა არ აკმაყოფილებს განვითარების ზოგადი დარღვევის კრიტერიუმს. თითქმის ყველა შემთხვევაში ექსპრესიული მეტყველების განვითარებაც მნიშვნელოვნად ფერხდება, ხშირად აღინიშნება სიტყვებისა და ბგერების წარმოთქმის პრობლემები. რეცეპტული მეტყველების დარღვევას თითქმის ყოველთვის თან ახლავს სოციალური, ემოციური და ქცევითი დარღვევები. ხშირია ჰიპერქტივობა და უყურადღებობა, სოციალური **შეუგუებლობა** და თანატოლებისაგან იზოლაცია, შფოთვა, ან ზედმეტი სიმორცხვე. რეცეპტული მეტყველების დარღვევის უფრო მძიმე ფორმების მქონე ბავშვები შეიძლება ძალიან ჩამორჩნენ სოციალურ განვითარებაში, შესაძლებელია ბავშვს შეეძლოს მიბაძვით მეტყველება (ამ დროს არ ესმის წარმოთქმულის აზრი) და ინტერესების წრის შეზღუდვა. თუმცა ისინი განსხვავდებიან აუტიზმის მქონე ბავშვებისაგან იმით, რომ შეუძლიათ სოციალური ურთიერთობა, თანატოლებთან როლურ თამაშებს თამაშობენ, აქვთ ადეკვატური დამოკიდებულება მშობლებთან (მაგ: მათ ნუგეშისათვის მიმართავენ, როდესაც რაიმე უჭირთ), იყენებენ ჟესტებს და აქვთ არავერბალური ურთიერთობის უმნიშვნელო დარღვევები. ხშირად აღინიშნება მაღალი ტონებისადმი სმენითი მგრძნობელობის დაქვეითება, მაგრამ მისი სიმძიმე არ უნდა იყოს საკმარისი მეტყველების განვითარების შეფერხების აღმოცენებისათვის.

მეტყველების განვითარების პირველადი დარღვევები გავლენას ახდენს ბავშვის სხვა ფსიქიკური ფუნქციების განვითარებაზეც. სწავლის პრობლემები (კერძოდ წერა-კითხვის ათვისება) ხშირად უკავშირდება მეტყველების დეფიციტს. ასეთ ბავშვებში ხშირია ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი. მათ ხშირად აქვთ ქცევითი და ემოციური პრობლემები. მეტყველების განვითარების დარღვევა შეიძლება ინვერსულ ინტელექტის განვითარების დეფიციტს, რადგანაც სწორედ მეტყველებითაა გაშუალებული სიმბოლური ფუნქციების განვითარება ადრეულ სასკოლო ასაკში. ამავე დროს შესაძლებელია, რომ მეტყველების დარღვევები გამოწვეული იყოს კოგნიტური უნარების იოლი დეფიციტით.

უნდა გამოირიცხოს:

- აფაზია ეპილეფსიით (ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი) (F80.3);
- აუტიზმი (F84.0,F84.1);
- დისფაზია ან აფაზია (არაკლასიფიცირებული) (R 47.0);
- ექსპრესიული მეტყველების განვითარებასთან დაკავშირებული დისფაზია ან აფაზია (F80.1);
- ელექტიური მუტიზმი (F 94.0);
- გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-F79);
- სიყრუის შედეგად მეტყველების განვითარების შეფერხება (H90-H91).

რეცეპტულ-ექსპრესიული მეტყველების შერეული დარღვევის (ICD-10-ის მიხედვით რეცეპტული მეტყველების დარღვევის) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-ის მიხედვით

- A. რეცეპტული მეტყველების შესაფასებელ სტანდარტიზებულ ტესტში მიღებული ქულა მნიშვნელოვნად დაბალია არავერბალური ინტელექტის შესაფასებელ სტანდარტიზებულ ტესტში მიღებულ ქულასთან შედარებით.
- B. A-ში გამოვლენილი დარღვევა ზეგავლენას ახდენს აკადემიურ მიღწევებსა, ან ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებზე, რომლებიც მოითხოვენ რეცეპტულ მეტყველებას. მძიმე შემთხვევებში ეს ვლინდება მარტივი სიტყვებისა და წინადადებების გაგების დარღვევაში. იოლ შემთხვევებში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს გარკვეული ტიპის სიტყვების, სპეციალური ტერმინების გაგების გაძნელებას, ან რთული წინადადების გაგების გაძნელებას.
- C. არ არის დაკავშირებული განვითარების პერვესიულ აშლილობასთან.
- D. თუ ადგილი აქვს გონებრივ ჩამორჩენილობას, მეტყველების მოტორულ ან სენსორულ დეფიციტს, ან გარემოს დეპრივაციას, მეტყველების სირთულეები, როგორც წესი, დაკავშირებულია ამ პრობლემებთან.

შენიშვნა: თუ ადგილი აქვს მეტყველების მოტორულ ან სენსორულ დეფიციტს, ან ნევროლოგიურ მდგომარეობას, უნდა გამოიყენოთ III ლერძი.

გავრცელება

DSM-IV-ის მიხედვით სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში რეცეპტული მეტყველების დარღვევა აღინიშნება ბავშვების თითქმის 5%-ში; სასკოლო ასაკისათვის ეს მაჩვენებელი 3%-ია.

როგორ დავეხმაროთ რეცეპტული მეტყველების დარღვევის მქონე ბავშვს

- პირველ რიგში უნდა შეფასდეს მეტყველების პრობლემები მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელშიც შევლენ სხვადასხვა დარგის სპეციალისტები (ფსიქოლოგი, ლოგოპედი, ნევროლოგი, პედიატრი).
- რაც უფრო ადრეულ ასაკში მოხდება სწორი დიაგნოსტიკა, მით უფრო ეფექტური იქნება ბავშვის პრობლემაზე მუშაობა.
- ადეკვატური დიაგნოსტიკის შემდეგ აუცილებელია შესაბამისი სპეციალისტების ბავშვთან მუშაობა. აღსანიშნავია, რომ ბავშვის პრობლემაზე მუშაობა ხანგრძლივი პროცესია (ხანგრძლივობა 1-3 წელი, შეიძლება მეტიც).
- **სპეციალისტის მუშაობის პარალელურად აუცილებელია მშობლის აქტიური თანამონაწილეობა ბავშვის მეტყველებაზე მუშაობის პროცესში. ძალზე მნიშვნელოვანია ის, რომ ბავშვი არ ვაიძულოთ წარმოთქვას რაიმე სიტყვა ან წინადადება, ან სწორად გაიმეოროს სიტყვა, ან ბგერები. გარშემომყოფთა დაუინებელი მოთხოვნა ბავშვს უარყოფით დამოკიდებულებას უწყალიბებს თავად მეტყველების პროცესისადმი, რადგან მას გამუდმებით თხოვენ იმის გაკეთებას, რაც მას არ შეუძლია, ან უჭირს.**
 - ბავშვს ელაპარაკეთ ენის მოჩლექვის გარეშე, სწორი გამოთქმით.
 - ბავშვს უნდა ჰქონდეს კარგად სტრუქტურირებული დღის რეჟიმი: კვებისა და ძილის დრო არ უნდა იცვლებოდეს. დაძინების რიტუალი უნდა იყოს ყოველთვის მსგავსი.
 - აუცილებელია დედა ეთამაშოს ბავშვს ყოველდღე ნახევარი

საათი. ეს მეტად მნიშვნელოვანია ბავშვის ემოციური სფეროს ნორმალური განვითარებისათვის, მისი კომფორტისა და უსაფრთხოების შეგრძნებისათვის; ამ ფონზე მეტყველების განვითარების სტიმულაცია ბევრად უფრო ეფექტურად მოხდება.

- პირველ რიგში მნიშვნელოვანია ბავშვმა ისწავლოს მიმართულ მეტყველებაზე ყურადღების გამახვილება. ამისათვის საჭიროა ინტონირებული მეტყველება – წამლერებით. ბავშვს უნდა ელაპარაკოთ ერთ სიტყვიანი წინადადებით და მკაფიო ინტონაციით, განსხვავებულ სიტყვებს განსახვავებული ინტონაციით ან წამლერებით გამოთქვამთ. ეს აუცილებელია, რადგან ბავშვისთვის სიტყვის მუსიკალური ინტონაცია უფრო ინფორმატულია, ვიდრე ბგერითი. მაგ. წადი, მოდი, ადექი, წაილე, მოიტანე — ამ სიტყვებს ყველას უნდა ჰქონდეს განსხვავებული ინტონაცია, რომლითაც ბავშვი მათ გამოადიფერენცირებს.
- ბავშვისათვის აუცილებელია სამეტყველო მასტიმულირებელი გარემოს შექმნა. კერძოდ, უფროსი ახმოვანებს ყველა თავის მოქმედებას ბავშვთან ყოფნისას 2 სიტყვიანი ფრაზებით. ასეთი აქტიური მეტყველებითი სტიმულაცია ხელს შეუწყობს ბავშვის მიერ უნებლიე დონეზე სიტყვების წარმოთქმას.
- იგივე მიზანს ემსახურება ცხოველებით თამაში: იღებთ ცხოველების ფიგურებს და ეუბნებით: „აი კატა. როგორ კნავის კატა? მიაუუ“; „აბა ვიპოვოთ თხა, როგორ აკეთებს თხა? ბე, ბე, ბე“ და ა.შ. ყოველივე ამას აკეთებთ მკვეთრი, წამლერებული ინტონაციით.
- ითამაშეთ კუბიკებით, ააშენეთ კოშკი და მერე დაანგრით, თან გაახმოვანეთ – ბახ, ბუხ.
- ძალზე მნიშვნელოვანია, მოხდეს ბავშვის სხვადასხვა სენსორული არხების სტიმულაცია შესაბამისი გამღიზიანებლებით.
- მეტყველების განვითარება მჭიდროდაა დაკავშირებული ბავშვის ნატიფი მოტორიკის განვითარებასთან, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია ამ მიმართულებით მუშაობაც.

ითამაშეთ მოზაიკით;

ხატეთ ხელის საღებავებით: ხელის საღებავი წაუსვით მხოლოდ ცერზე, ბავშვმა იმავე ხელის დანარჩენი თითებით აილოს ეს საღებავი და ისე დახატოს (გააკეთეთ ორივე ხელზე);

ძერწეთ პლასტილინით სხვადასხვა ობიექტები, თავიდან მარტივი, მაგ: ბურთი, გველი, შემდეგ კი უფრო რთული.

მეტყველების არტიკულაციის სპეციფიკური დარღვევა

მეტყველების არტიკულაციის სპეციფიკური დარღვევა განვითარების სპეციფიკური დარღვევაა, რომლის დროსაც მეტყველებითი ბგერების წარმოთქმის დაუფლების უნარი ჩამორჩება ბავშვის გონებრივი ასაკის შესაბამის დონეს. ამასთანავე, მეტყველების სხვა უნარების განვითარების დონე ასაკის შესაბამისია.

არტიკულაციის სპეციფიკური დარღვევის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით

ბგერათწარმოთქმის უნარის დაუფლების ასაკი და ის თანმიმდევრობა, რა თანმიმდევრობითაც სწავლობს ბავშვი ცალკეული ბგერების წარმოთქმას ძალიან ცვალებადობს.

ნორმალური განვითარება. 4 წლის ასაკში ბავშვებს ხშირად აქვთ ბგერათწარმოთქმის პრობლემები, მაგრამ მათი მეტყველება გასაგებია გარშემომყოფთათვის. მეტყველებითი ბგერების უმრავლესობის დაუფლება ხდება 6-7 წლის ასაკისათვის, თუმცა შესაძლოა ცალკეული ბგერების კომბინაციის წარმოთქმა ჯერ კიდევ პრობლემატური იყოს, მაგრამ ეს არ უნდა იწვევდეს ურთიერთობის პრობლემებს. 11-12 წლის ასაკისათვის ბავშვს უნდა შეეძლოს ყველა სამეტყველო ბგერის სწორად წარმოთქმა.

განვითარების დარღვევაზე ეჭვი ჩნდება მაშინ, როცა ბავშვის მიერ ბგერების დაუფლება იგვიანებს, და/ან ცდება ნორმის ფარგლებს, რაც იწვევს არასწორ ბგერათწარმოთქმას და გარშემომყოფთათვის მეტყველება გაუგებარი ან ძნელად გასაგები ხდება: ადგილი აქვს ბგერების გამოტოვებას ან ჩანაცვლებას, აგრეთვე, ბგერათშეთანხმების წარმოთქმის ცვლილებებს (ანუ, ზოგიერთ სიტყვებში ბავშვი ფონემებს სწორად წარმოთქვამს, სხვა სიტყვებში კი ვერ ახერხებს სწორ გამოთქმას).

ეს დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ შემდეგ შემთხვევებში: 1) არტიკულაციის დარღვევის სიმძიმე ცდება ბავშვის გონებრივი განვითარების ასაკის ნორმალური ვარიაციის ფარგლებს, 2) არავერბალური ინტელექტი ნორმის ფარგლებშია, 3) არტიკულაციის დარღვევები უშუალოდ არ არის განპირობებული სენსორული, ანატომიური ან ნევროლოგიური ანომალიებით, 4) ექსპრესიული და რეცეპტული მეტყველების უნარი ნორმის ფარგლებშია, 5) ბგერათწარმოთქმა ნამდვილად დარღვეულია იმ სუბკულტურის მეტყველების გათვალისწინებით, რომელსაც მიეკუთვნება ბავშვი.

უნდა გამოირიცხოს:

- არტიკულაციის დარღვევა შემდეგი მდგომარეობების შემთხვევაში:
 - აფაზია (არაკლასიფიცირებული) (R 47.0);
 - აპრაქსია (R 48.2);
- არტიკულაციის დარღვევები, რომელიც თან ახლავს მეტყველების განვითარების შემდეგ დარღვევებს:
 - ექსპრესიული მეტყველების განვითარებასთან დაკავშირებული დისფაზია ან აფაზია (F80.1);
 - რეცეპტული მეტყველების განვითარებასთან დაკავშირებული დისფაზია ან აფაზია (F80.2);
 - სასის გახლეჩვა ან პირის ღრუს სხვა ანატომიური ანომალიები (Q35-Q38);
 - სმენის დაკარგვა (H90-H91);
 - გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-F79).

ფონოლოგიური დარღვევების (ICD-10-ის მიხედვით არტიკულაციის სპეციფიკური დარღვევის) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-TR-ის მიხედვით

A. განვითარების შესაბამისი მეტყველებითი ბგერების გამოყენების სირთულეები (მაგ: შეცდომები ბგერების წარმოთქმისას, გამოყენებისას, ინტერპრეტაციისას, ან ორგანიზაციისას. შეც-

დომები არ შემოისაზღვრება ერთი ბგერის მეორეთი ჩანაცვლებით, ან ბგერების გამოტოვებით).

- B. მეტყველებითი ბგერების წარმოთქმის დარღვევა დაკავშირებულია აკადემიურ მიღწევებთან, ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებთან, ან სოციალურ კომუნიკაციასთან.
- C. თუ ადგილი აქვს გონებრივ ჩამორჩენილობას, მეტყველების მოტორულ ან სენსორულ დეფიციტს, ან გარემოს დებრივაციას, მეტყველების სირთულეები, როგორც წესი, დაკავშირებულია ამ პრობლემებთან.

შენიშვნა: თუ ადგილი აქვს მეტყველების მოტორულ ან სენსორულ დეფიციტს, ან ნევროლოგიურ მდგომარეობას, უნდა გამოიყენოთ III ლერძი.

გავრცელება

DSM-IV-ის მონაცემების მიხედვით 6-7 წლის ასაკის ბავშვების დაახლოებით 2%-ს აღენიშნებათ ზომიერი ან მძიმე ხარისხის ფონოლოგიური დარღვევები, უფრო მსუბუქი დარღვევები კი გაცილებით ხშირია. 17 წლისათვის გავრცელება იკლებს 0,5%-მდე.

მეტყველების შეძენილი დარღვევები ბავშვებში

რა არის ბავშვთა მეტყველების შეძენილი დარღვევა?

ბავშვთა მეტყველების შეძენილი დარღვევა – აფაზია, თავის ტვინის დაზიანების შემდგომ აღმოცენებული, უკვე განვითარებული მეტყველების დარღვევაა.

1980 წლამდე წარმოებულ კვლევებში ხაზგასმული იყო უფროსებისა და ბავშვთა აფაზიებს შორის განსხვავება. ბავშვთა აფაზიას ახასიათებდნენ ნეგატიური ნიშნებით – ბავშვებში ძირითადი აქცენტი კეთდებოდა იმ სიმპტომებზე, რომლებიც არ ახასიათებდა მოზრდილთა კლასიკურ აფაზიას, ე.ი. მოზრდილთა აფაზია შესადარებელი ეტალონი იყო. ადრეული შეხედულების მიხედვით, ბავშვთა აფაზია ხასიათდება ექსპრესიული მეტყველების გარდამა-

ვალი დეფექტებით, რაც აღმოცენდება დიფუზური, თავის ტვინის ნაკლებად ლატერალიზებული ნერვული მექანიზმების დარღვევის საფუძველზე. ამ თვალსაზრისით, ბავშვთა და მოზრდილთა აფაზია ერთმანეთისაგან განსხვავდება მეტყველების დარღვევის სიმპტომებით, მეტყველების აღდგენის ტემპით, დაზიანების ლოკალიზაციითა და ლატერალიზაციით. ამ განსხვავებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს ასაკობრივი სხვაობა.

1980 წლის შემდგომ ძველი წარმოდგენები ბავშვთა აფაზიაზე მნიშვნელოვნად შეიცვალა, რაც განაპირობა ნეიროვიზუალური კვლევის ტექნიკის დახვეწამ და მეტყველების განვითარების შესაფასებელი ადეკვატური სტანდარტული ინსტრუმენტების რაოდენობის გაზრდამ. ძველი შეხედულებით, ბავშვებს, მოზრდილებთან შედარებით, ასაკობრივი უპირატესობა გააჩნიათ. ამჟამად ცნობილია, რომ ეს უპირატესობა (თუ ასეთი რამ არსებობს) ძალზე ხანმოკლეა და მწვავე აფაზიური სიმპტომების შემცირებასთანაა დაკავშირებული. ბავშვებსა და მოზრდილებს თავის ტვინის დაზიანების მწვავე პერიოდში ერთნაირი აფაზიური სიმპტომები აქვთ. ასეთ დროს აფაზიის გამოსავალისთვის ასაკს ნაკლებად აქვს პროგნოსტული მნიშვნელობა. ამავე დროს, მოზრდილებისაგან განსხვავებით, ბავშვებს უფრო სწრაფად უქრებათ აფაზიის სიმპტომები, თუმცა, მეტყველების ფუნქცია, შეიძლება, თანატოლებთან შედარებით, მნიშვნელოვნად ჰქონდეთ დაქვეითებული ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში.

რა სიმპტომებით ხასიათდება ბავშვთა აფაზია?

ბავშვთა აფაზიას ისტორიულად ახასიათებდნენ ექსპრესიული მეტყველების მოშლით, ლარიზი და მოუქნელი სპონტანური მეტყველებით, პრობლემებით სინტაქსში, ტელეგრაფული მეტყველებით, სიტყვის მოძებნის სირთულეებით. ბავშვთა აფაზიის ექსპრესიული ხასიათის შესახებ ტრადიციული შეხედულების საფუძველს წარმოადგენდა ის ფაქტი, რომ ბავშვებში აღწერილი არ იყო რეცეპტული მეტყველების დარღვევისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები (ლოგორეა, ვერბალური სტერეოტიპები, ჟარგონი). მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი პერიოდის გამოკვლევებმა ბავშვებშიც დაადასტურა სენსორული აფაზიისათვის დამახასიათებელი ფონეტიკური ჟარგონის, პარაფაზიების, ნეოლოგიზმები-

სა და გაგების დეფიციტის არსებობის ხშირი შემთხვევები, იგი ამჟამადაც, უპირატესად, ექსპრესიული მეტყველების დარღვევადაა მიჩნეული. აღმოჩნდა, რომ ბავშვთა აფაზიური სიმპტომები ბევრად მრავალფეროვანია, ვიდრე ეს ადრე იყო აღწერილი; შესაბამისად, მოზრდილებისათვის დამახასიათებელი აფაზიის სიმპტომები სხვადასხვა სიხშირით ბავშვებშიც გვხვდება. მაგალითად, 1957 წელს ბავშვებში აღწერილი ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი, რომელიც ხასიათდებოდა მეტყველების გამოხატული და ხანგრძლივი აკუსტიკურ-გნოსტიკური დარღვევით; მარცხენა შუა არტერიის ანევრიზმის არსებობის დროს კი აღწერილ იქნა გაგების ისეთივე დეფიციტი, როგორიც მოზრდილთა სენსორული აფაზიისთვისაა დამახასიათებელი.

ბავშვებში მეტყველების აღდგენის ტემპი სწრაფია, თუმცა, 25-50%-ში სიმპტომები ერთი წლის შემდეგაც რჩება. დარღვეული მეტყველების აღდგენის ხანგრძლივი გამოკვლევების საფუძველზე დადგენილია, რომ მეტყველების პრაგმატული ფუნქცია შეიძლება დაქვეითებული იყოს აფაზიის სიმპტომების შესუსტებისა და გაქრობის შემთხვევაშიც; სასკოლო ასაკის ბავშვებში, აფაზიური სიმპტომების გაქრობის მიუხედავად, აკადემიური მოსწრება დაქვეითებულია, მასალის ათვისება კიდეც უფრო რთულდება მაღალ კლასებში, რადგანაც იზრდება მასალის მოცულობა და მის ასათვისებლად სწრაფი ვერბალური გადამუშავებაა საჭირო.

ადრინდელ მოსაზრებას იმის შესახებ, რომ ბავშვთა აფაზია ნაკლებად ფოკალურია და აღმოცენდება ტვინის არაფოკალური მექანიზმების საფუძველზე, რამდენიმე მიზეზი აქვს. პირველ რიგში, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ დასკვნები ეფუძნება ისეთი დაკვირვებების შედეგებს, რომელშიც ჯგუფები შედგება თავის ტვინის ტრავმული, ან ინფექციური ეტიოლოგიის, არცთუ იშვიათად ბილატერალური დაზიანების მქონე ბავშვებისაგან. თანამედროვე გამოკვლევების მიხედვით, აფაზიის გამომწვევ თავის ტვინის დაზიანებებს განსხვავებული ეფექტი აქვს ბავშვებსა და მოზრდილებში. ადრეულ ასაკში განვითარებულ დაზიანებებს, შეიძლება, იოლი ფოკალური რეზიდუალური ცვლილებებიც დაერთოს.

ფიქრობდნენ, რომ ადამიანის სიცოცხლის პირველი 10 წლის განმავლობაში მეტყველების ლატერალიზაცია თანდათანობით ყალიბდება. ამ შეხედულების არგუმენტად იშველიებდნენ მონაცემებს, რომელთა მიხედვითაც მარჯვენამხრივი დაზიანებე-

ბის დროს, მოზრდილებთან შედარებით, ბავშვებში უფრო ხშირი იყო აფაზიის შემთხვევები. უკანასკნელი პერიოდის კვლევების მიხედვით მარცხენა ჰემისფეროს დაზიანებისას აფაზიის რისკი ერთნაირია მემარჯვენე ბავშვებსა და მოზრდილებში. ბავშვებში აფაზიის უკუგანვითარება მარცხენა ჰემისფეროს დაუზიანებელი არეების ინტეგრირებას უფრო მეტად უკავშირდება, ვიდრე მარჯვენა ჰემისფეროს მიერ მეტყველების ფუნქციების საკუთარ თავზე აღებას.

ასაკი კორელაციაშია აფაზიის ეტიოლოგიასთან. კერძოდ, მოზრდილებში აფაზია ყველაზე ხშირია ინსულტების შემდეგ, მაშინ, როცა ბავშვებში ყველაზე ხშირად გვხვდება ქალა-ტვინის ტრავმისა და ეპილეფსიის შემთხვევებში. ვინაიდან ბავშვისა და მოზრდილის აფაზია ერთმანეთისაგან განსხვავდება ეტიოლოგიისა და ასაკის მიხედვით, აღდგენაც განსხვავებული ხასიათისაა.

რა ინვოქს გავშვით აფაზიას?

- გულყრები და მასთან დაკავშირებული დაავადებები;
- ვასკულური დაავადებები;
- ქალა-ტვინის ტრავმა;
- ტვინის სიმსივნეები;
- რადიო- და ქიმიოთერაპია ლეიკემიის დროს;
- ინფექციები (ვირუსული ენცეფალიტები);
- მეტაბოლური დაავადებები.

აფაზია ლანდაუ-კლეზნერის სინდრომის (ლკს) დროს

ბანსაზღვრება:

- **ლკს** არის მეტყველების შეძენილი დარღვევა, როდესაც ბავშვებში ასაკის შესაბამისად განვითარებული მეტყველების ფონზე აღმოცენდება აფაზია კონვულსიურ დაავადებასთან ერთად.

- შესაძლებელია ტიპოლოგიური ვარიაცია.
- **ლკს**-ის დროს ორსულობა, მშობიარობა და ადრეული განვითარება ნორმალურია. კლასიკურად **ლკს** აღმოცენდება მეტყველების ნორმალური განვითარების გარკვეული პერიოდის შემდეგ. მოგვიანებით აღმოჩნდა, რომ შემთხვევათა 75%-ში მეტყველების დეფიციტი ჯერ კიდევ აფაზიამდე ვლინდება (Soprano, 1994), ე.ი. მეტყველების განვითარების პათოლოგია, შეიძლება, წინ უსწრებდეს მეტყველების დარღვევას და შემდეგ დაკარგვას.
- მეტყველების დაკარგვა უკავშირდება გულყრებს (გენერალიზებული, მარტივი ან რთული პარციალური, აბსანსები), ან უნილატერალურ, ხშირად, მარჯვენამხრივ ევგ პაროქსიზმულ აქტივობას (პიკები, ან მახვილი რხევები, ან პიკ-ტალღოვანი კომპლექსები), რომლებიც, ძირითადად, ძილის ნელ ფაზაში აღმოცენდება.
- ამტკიცებენ, რომ **ლკს** თანხვედრილია სხვა ეპილეფსიურ მდგომარეობებთან: მაგ. ძილის ელექტრულ ეპილეფსიურ სტატუსთან.

ძირითადი ნიშნები:

- გაგების გამოხატული დეფიციტი – ვერბალურ-სმენითი აგნოზია, რაც მოიცავს მეტყველებით სმენას;
- შემთხვევათა 70-75%-ს აღენიშნება ეპილეფსიური გულყრები;
- 75%-ს უვლინდება ქცევითი აშლილობა. 7 წლის და მეტი ხანგრძლივობის გამოკვლევები მიუთითებს მსუბუქ ქცევით აშლილობაზე (ჰიპერაქტივობა, იმპულსურობა, ოპოზიციური ქცევა), რაც ქრონოლოგიურად დაკავშირებულია მეტყველების დარღვევასთან და იცვლება მის ფლუქტუაციასთან ერთად;
- ზეპირი მეტყველება ბევრად მწირია, ვიდრე წერითი, თუმცა აღინიშნება წერისა და მათემატიკური უნარების გამოხატული დარღვევებიც;
- ნევროლოგიური გამოკვლევით პათოლოგია არ ვლინდება;
- არავერბალური ინტელექტი კარგადაა შენახული;
- გამოქვეყნებულ შემთხვევათა ნახევარში პირველად სიმპტომად

გაგების დარღვევებია მითითებული, ნახევარში კი – გულყრები;

- **ლკს**-ის მეორე პაციენტთა უმრავლესობის ეპილეფსია მკურნალობას ექვემდებარება; გულყრები უკუვითარდება პუბერტატის პერიოდისათვის;
- მიუხედავად იმისა, რომ გულყრებსა და აფაზიას შორის კორელაცია არსებობს, მათი გამოვლინება, შეიძლება, ერთმანეთს არ ემთხვეოდეს ფაზაში. ამდენად, მათი ურთიერთმიმართება ჯერ კიდევ გაურკვეველია.

შემთხვევათა სიხშირე და რისკ-ფაქტორები:

- 1957-1995 წწ.-ში გამოქვეყნებული იყო 200 შემთხვევა;
- მამრობითი და მდედრობითი სქესის პაციენტთა პროპორცია – 2:1;
- უცნობია ეპიდემიოლოგიური მონაცემები სხვადასხვა გეოგრაფიული არეალიდან, ინფექციურ დაავადებებთან, კვებისა და გარემოს დაბინძურებასთან მიმართებაში.

ასაკობრივი ფაქტორები:

- შემთხვევათა 50%-ში დაავადება იწყება 3-დან 8 წლამდე;
- იშვიათად იწყება 8 წლის შემდეგ, თუმცა, აღწერილია მეტყველების დარღვევის რამდენიმე შემთხვევა 9 წლის შემდეგაც. უფრო მოზრდილი ასაკის შემთხვევაში ადგილი აქვს, უპირატესად, ექსპრესიული მეტყველების მოშლასა და სიტყვის მოძებნის პრობლემებს;
- ასაკთან დაკავშირებული პროგნოზი შემდეგია: რაც უფრო მცირეწლოვანია ბავშვი, მით გაძნელებულია აფაზიის აღდგენა.

აფაზიის ხანგრძლივობასთან დაკავშირებული ფაქტორები:

- მეტყველების დარღვევები **ლკს**-ის დროს, შეიძლება, გრძელდებოდეს თვეები და წლებიც კი;
- ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ, ხშირად, ცუდი გამოსავალია.

აფაზიის გამოვლინებიდან 10-28 წლის შემდეგ გამოკვლევები ადასტურებს მეტყველების დარღვევებს;

- ეეგ მაჩვენებლების გაუმჯობესებისა და კონტროლირებადი ეპილეფსიური გულყრების მიუხედავად, აფაზიის საბოლოო გამოსავალი ძნელად პროგნოზირებადია. პროგნოზი ინდივიდუალურია – ყველა შემთხვევაში აფაზიისა თუ ეეგ-პატერნების რემისია და ფლუქტუაცია განსხვავებულია;
- პათოლოგიური ეეგ-პატერნები აფაზიის მდგრადობის მნიშვნელოვანი პრედიქტორია. როდესაც ეეგ ნორმალიზდება, მოგვიანებით, პაციენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს მეტყველების ნორმალურ დონემდე მიღწევის უნარი; ეეგ-ზე მდგრადი პათოლოგიური პატერნების არსებობის შემთხვევაში რთულდება მეტყველების აღდგენა.

პათოლოგია:

- თავდაპირველად გაურკვეველი იყო, **ლკს**-ის დროს აღმოცენებულ მეტყველების დარღვევას ორგანული ხასიათი ჰქონდა თუ ფუნქციური. **ლკს**-ის, როგორც ორგანული პათოლოგიის შესახებ მოსაზრება შემდგომში საყოველთაოდ აღიარეს;
- ითვლება, რომ **ლკს**-ის დროს ადგილი აქვს თავის ტვინის სამეტყველო ზონებში ფოკალურ, სუბკლინიკურ ეპილეფსიურ განტვირთვებს;
- აფაზიის გამო **ლკს**, შეიძლება, დაკავშირებული იყოს ძილის დროს ელექტროფიზიოლოგიური ეპილეფსიური სტატუსის არსებობა-არარსებობასთან. თუმცა, ასეთი სტატუსის მქონე ბავშვთა მცირე რაოდენობას მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევები გააჩნია;
- თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში ადგილი აქვს ცილების იოლ და საშუალო ხარისხით მომატებას, რაც თავის ტვინში იოლ ფოკალურ ანთებით პროცესზე მიუთითებს და შეიძლება, **ლკს**-ის დროს აფაზიის საფუძვლად იყოს მიჩნეული;
- **ლკს** ზოგიერთ შემთხვევაში ტვინის ბიოფსიამ გამოავლინა ცვლილებები, რომლებიც ნელა მიმდინარე ვირუსულ ინფექციაზე

მიუთითებდა; აქედან გამომდინარე, მკვლევრებმა ივარაუდეს, რომ ქვემნეშე ვირუსული ენცეფალიტები ორივე ჰემისფეროს დაზიანების შედეგად, შეიძლება, ერთდროულად იწვევდეს აფაზიასაც და გულყრებსაც;

- **ლკს**-ის დროს აღმოჩენილი იყო მიელინის პოზიტიური აუტოი-მუნური რეაქცია, რის შედეგადაც დაასკვნეს, რომ ამ დროს დარღვეულია მიელინის მეტაბოლიზმი; ასევე, დადგინდა, კორტიკოსტეროიდების, როგორც იმუნოსუპრესორების მკურნალობაში ჩართვის დადებითი ეფექტიც;
- კომპიუტერული ტომოგრაფიითა და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევებით თავის ტვინის ანომალია არ ფიქსირდება;
- ანგიოგრაფიულად აღინიშნება საძილე არტერიების ზოგიერთი განშტოების იზოლირებული არტერიტი, რაც მიუთითებს ფოკალურ ცერებრულ ვასკულიტზე, როგორც **ლკს**-ის ერთ-ერთ პათოგენეზურ მექანიზმზე;
- პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფიული გამოკვლევით გამოვლინდა გლუკოზის მეტაბოლიზმის დარღვევები ძილში. ამასთან, მეტაბოლიზმის დონე უფრო დაბალი იყო ქერქქვეშა, ვიდრე ქერქულ არეებში.

მკურნალობა:

- ეფექტური მკურნალობის საბოლოო ტაქტიკა ჯერ კიდევ შეუმუშავებელია;
- სხვადასხვა სახის ნაცადი მკურნალობა (ანტიენცეფალიტური, კორტიკოსტეროიდებით) წარმატებული იყო ინდივიდუალურ შემთხვევებში;
- **ლკს**-ის დროს, ფოკალური ვასკულიტის მოდელის გამოყენების საფუძველზე, ნავარაუდევია იყო კალციუმის ბლოკატორებით შესაძლო თერაპია;
- **ლკს**-ის მქონე პირების რეაბილიტაციაში ფართოდ იყენებენ მეტყველების თერაპიას, ვიზუალური სფეროს ინტენსიურ ტრენინგს (კომპიუტერი, ჟესტები, ნიშნების ენა), მულტიმოდალურ მიდგომას.

აღსანიშნავია, რომ დამოუკიდებლად არც ერთი თერაპიული პროგრამა არ არის ეფექტური და საჭიროა სხვადასხვა სახის ინდივიდური მიდგომის გამოყენება.

მეტყველების სისხლძარღვოვანი ეტიოლოგიის გონა- დარღვევები

ბანსაზღვრება:

- აფაზია აღმოცენდება თავის ტვინის სისხლძარღვოვანი დაზიანების (ინსულტის) დროს, როდესაც ბავშვი უეცრად ან თანდათანობით კარგავს მეტყველების ასაკის შესაბამისად განვითარებული უნარებს.
- დაზიანების ლოკალიზაცია დამოკიდებულია ინსულტის პათოფიზიოლოგიაზე. ბავშვებში ინსულტი მეორეულად ვითარდება, ინტრაკრანიალური ოკლუზიის შედეგად და ძირითადად, ლოკალიზდება ბაზალურ განგლიებში; მარცხენა თხემ-საფეთქლის არეებში ცერებრული არტერიტებისა და არტერიოვენოზური მალფორმაციების შედეგად განვითარებული კორტიკული ვასკულური დაზიანებები იწვევს აფაზიას.

ძირითადი ნიშნები:

- აფაზიის ტიპი დაზიანების ლოკალიზაციაზეა დამოკიდებული: როდესაც ზიანდება მარცხენა ჰემისფეროს უკანა სამეტყველო კორტიკული არეები, აფაზიას სენსორული ხასიათი აქვს და მოტორული ხასიათისაა, თუ უპირატესად ქერქქვეშა მიდამოა დაზიანებული;
- სენსორული აფაზიის დროს ვლინდება ანომია, სიტყვების ძიების გაძნელება, პარაფაზიები;
- ქერქული დაზიანების დროს წერა-კითხვის უნარი, შესაძლებელია, გარკვეულწილად შენახული იყოს;
- კითხვისა და წერის დარღვევები, ჩვეულებრივ, თან ახლავს მწვავე და ქრონიკულ ქერქქვეშა ვასკულურ დაზიანებას.

შემთხვევათა სისხირა:

- აღწერილია ერთეული შემთხვევები.

რისკ-ფაქტორები:

ასაკთან დაკავშირებული ფაქტორები:

- აფაზია, შეიძლება, აღმოცენდეს ბავშვობის ნებისმიერ ასაკში.

დროსთან დაკავშირებული ფაქტორები:

- ვასკულური დაზიანების შემდეგ ადგილი აქვს აფაზიის სიმპტომების მნიშვნელოვან აღდგენას, თუმცა, სახელდებისა და სიტყვის მოძებნის პრობლემები, შეიძლება, ვრცელდებოდეს შორეული აღდგენის პერიოდის სტადიაზეც.

პათოლოგია:

- ქერქული დაზიანების ლატერალიზაცია და ლოკალიზაცია ისეთივეა, როგორიც მოზრდილებში;
- ბავშვებში სისხლძარღვოვანი სუბკოტრიკული აფაზიები აღმოცენდება ზუსტად ისეთივე სუბკოტრიკული დაზიანების შედეგად, როგორითაც მოზრდილებში.

მკურნალობა:

- არასპეციფიკურია.

ქალა-ტვინის ტრავმის თანმხლები მეტყველების დარღვევები

ბანსაზღვრება:

- აფაზია, შეიძლება, აღმოცენდეს ქალა-ტვინის ტრავმის, ჩვეულებრივ, დაზარალებული ტრავმის შემდეგ;
- აფაზიას წინ უძღვის თავის ტვინის დაზიანება (კონტუზიები, დიფუზური აქსონალური დაზიანება) და ექსტრაკრანიალური ფაქტორები (ჰიპოქსია, ჰიპერტენზია);
- მიღებული ტრავმის ადგილმდებარეობის მიუხედავად, ტვინის ფოკალური კონტუზიის დროს, ყველაზე ხშირად, თავის ტვინის შუბლისა და საფეთქლის ნილები ზიანდება.

ძირითადი ნიშნები:

- ქალა-ტვინის ტრავმის შემდეგ ბავშვებს აღენიშნებათ აფაზიის სიმპტომები;
- იშვიათად აღმოცენდება მოზრდილების მსგავსი და წმინდა აფაზიური სინდრომები;
- ქალა-ტვინის ტრავმის შემდგომ, ხანმოკლე პერიოდში, ხშირად ქვეითდება ვერბალური პროდუქცია და ვითარდება მუტიზმი.

შემთხვევათა სიხშირე და რისკ-ფაქტორები:

- ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და ევროპაში ბავშვთა სიკვდილიანობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს ქალა-ტვინის ტრავმა წარმოადგენს. წელიწადში ბავშვთა ტრავმის 10000-ი შემთხვევიდან დაახლოებით 20 მთავრდება ლეტალური გამოსავლით. ქალა-ტვინის მძიმე ტრავმის მქონე გადარჩენილი ბავშვებიდან 80%-ს აღენიშნება სწავლის პრობლემები და ვერბალური უნარების გამოხატული დაქვეითება.

ასაკობრივი ფაქტორები:

- ტრავმას, შეიძლება, ადგილი ჰქონდეს ბავშვობის ნებისმიერ პერიოდში;
- ადრეულ ასაკში მიღებული ტრავმის აღდგენით პერიოდში (ტრავმიდან 8 თვის შემდგომ), ძირითადად, ექსპრესიული მეტყველების დეფიციტია გამოხატული;
- 7 წლამდე მიღებული ქალა-ტვინის ტრავმა შემდგომში, შეიძლება, ხანგრძლივი სირთულეების მიზეზი გახდეს სახის ექსპრესიის ცნობასა და მეტალინგვისტურ უნარებში.

დროსთან დაკავშირებული ფაქტორები:

- ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგად აღმოცენებული აფაზიური სიმპტომები გარკვეული პერიოდის შემდეგ ქრება;
- ბავშვთა ქალა-ტვინის ტრავმის შემდეგ ანომია და დაქვეითებუ-

ლი ვერბალური მოქნილობა მდგრადი დეფიციტია, ტრავმიდან თუნდაც 18 თვის შემდეგ;

- ქალა-ტვინის ტრავმის შემდეგ ბავშვებს აღენიშნებათ პრობლემათა მთელი რიგი, რასაც, შეიძლება, პირობითად არააფაზიური მეტყველების დარღვევა ეწოდოს. ტრავმიდან ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ბავშვებს აღენიშნებათ მსჯელობის დეფიციტი – ამბის მოყოლისას, იდიომატური გამოთქმების გაგებისა და გამოყენების დროს; უქვეითდებათ გარკვეული კონტექსტის შესაფერისი სამეტყველო აქტების განხორციელების უნარი; კომუნიკაციის პრობლემები შედარებით იშვიათია;
- ტრავმის შემდგომ ბავშვებს ხანგრძლივად რჩებათ გაგების პრობლემები ისეთი დავალებების შესრულებისას, როდესაც საჭიროა გაურკვეველი სემანტიკური შერჩევის ნებსებისა და რთული გრამატიკული სტრუქტურების მომცველი მსჯელობების შეფასება;
- ბავშვებს, რომლებსაც ქალა-ტვინის ტრავმა ადრეულ ასაკში აქვთ მიღებული, ტრავმიდან ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში დაქვეითებული აქვთ მიმართული კომუნიკაციის უნარი, რაც გულისხმობს ინსტრუქციის შესაფერისი დასკვნის გამოტანის პრობლემებსა და მეტაკოგნიტური ფუნქციის დეფიციტს;
- ქალა-ტვინის ტრავმის შემდგომ ბავშვებს საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში უჭირთ ენის გამოყენება სოციალურ-კომუნიკაციური მიზნების მისაღწევად;
- ქალა-ტვინის ტრავმის შემდგომ, ბავშვებში ხანგრძლივი პერიოდითაა დაქვეითებული მეტყველებასთან დაკავშირებული აკადემიური ჩვევები;
- დროთა განმავლობაში, შეიძლება, ქვეითდებოდეს ლექსიკონის ტესტების მაჩვენებლები, რადგანაც ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე ბავშვებს უჭირთ ლექსიკური მარაგის შეძენა მათი ასაკის შესატყვისად.

პათოლოგია:

- მეტყველების რეზიდუალური დარღვევის ხარისხი დამოკიდებულია ქალა-ტვინის ტრავმის სიმძიმეზე. მსუბუქი ტრავმის შემდეგ მეტყველების ფუნქციები უფრო სწრაფად აღდგება, ვიდრე შედარებით მძიმე ტრავმის შემდეგ;
- ბავშვთა ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგად აღმოცენებულ მეტყველების დარღვევებისა და კლინიკურ-პათოლოგიური მონაცემების კორელაცია ნაკლებადაა გარკვეული, განსაკუთრებით, როცა კონტუზიური დაზიანება მოიცავს შუბლისა და საფეთქლის არეებს. თუმცა, ცნობილია, რომ ბავშვებსა და მოზარდებში შუბლისა და მარცხენა ჰემისფეროს კონტუზიები დაკავშირებულია მეტალინგვისტური უნარის დეფიციტთან.

უკანა ფოსოს სიმსივნეებთან თანხლებული მეტყველების დარღვევები

ბანსაზღვრება:

აფაზია აღმოცენდება ნათხემის, მეოთხე პარაკუჭისა და ტვინის ღეროს ასტროციტომის, მედულობლასტომის, ან ეპენდიომის დროს და ვლინდება შეძენილი მეტყველების უნარების სწრაფი, პროგრესირებადი დაქვეითებით.

ძირითადი ნიშნები:

- ბავშვებში მუტიზმი ხშირია ნათხემის დაზიანების მწვავე პერიოდში;
- მუტიზმი არ არის დამოკიდებული სიმსივნის სპეციფიკაზე; იგი ვლინდება სხვადასხვა სახის სიმსივნის დროს;
- სახეზეა მუტიზმის სინდრომი შემდგომი დიზართრიით, რაც არ არის დაკავშირებული ნათხემის ატაქსიასთან. იგი ხასიათდება მეტყველების სრული, მაგრამ გარდამავალი დაკარგვით და შემდგომში, დიზართრიაში გადაზრდით;
- ბავშვებში უკანა ფოსოს სიმსივნესთან თანხლებული დიზარ-

თრია ძალზე წააგავს მოზრდილთა დიზართრიას არტიკულატორული შეფერხებებით, გახანგრძლივებული ფონემებით, ინტერვალებით, მეტყველების ნელი ტემპით, ხმის სიმაღლის კონტროლის ნაკლოვანებით, უხეში ხმით, ხმის ტონის სიმაღლის ცვალებადობით;

- ბავშვთა უკანა ფოსოს სიმსივნეების დროს მოზრდილთა მსგავსი მოტორული ან სენსორული აფაზია არ ვლინდება, თუმცა, ადგილი აქვს მეტყველების დარღვევებს ზეპირ ექსპრესიაში, ან გაგებაში.

შემთხვევათა სიხშირე და რისკ-ფაქტორები:

- 1994 წლამდე მუტიზმისა და მისი შემდგომი დიზართრიის სულ 34 შემთხვევა იქნა აღწერილი;
- უკანა ფოსოს სიმსივნეების მქონე ბავშვებში მუტიზმისა და მისი შემდგომი დიზართრიის აღმოცენების რისკ-ფაქტორია ჰიდროცეფალია ან ტეგმენტუმის პოსტოპერაციული შეშუპება.

ასაკთან დაკავშირებული ფაქტორები:

მუტიზმისა და მისი შემდგომი დიზართრიის მქონე პაციენტების 90%-ის ასაკი 10 წელზე ნაკლებია; ეს მდგომარეობა 2 წლის ბავშვებშიცაა აღწერილი.

დროსთან დაკავშირებული ფაქტორები:

- მუტიზმისა და მისი შემდგომი დიზართრიის შემთხვევაში დიზართრიის ნორმალურ მეტყველებამდე აღდგენა დაკავშირებულია ენისა და პირის (სამეტყველო აპარატის) კომპლექსური მოძრაობის აღდგენასთან;
- უკანა ფოსოს სიმსივნის მქონე ბავშვებს ხანმოკლე და ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ, სხვადასხვა ხარისხით ალენიშნებათ ინტელექტუალური, ნეიროფსიქოლოგიური და აკადემიური სიძნელეები. ნათხემის ასტროციტომასთან შედარებით, აკადემიური სიძნელეები უფრო ხშირია უკანა ფოსოს მედულობლასტომის მქონე ბავშვებში.

პათოლოგია:

- მუტიზმი, ჩვეულებრივ, აღმოცენდება უკანა ფოსოს სიმსივნის დროს, რომელიც ნათხემის ქიაში ან ორივე ჰემისფეროშია ლოკალიზებული და ღრმა ბირთვებსაც მოიცავს;
- მუტიზმი, შეიძლება, აღმოცენდეს შუამდებარე ლოკალიზაციის სიმსივნის პოსტოპერაციულ გართულების შედეგად, როდესაც ზიანდება შუამდებარე სტრუქტურები და თავის ტვინის ფეხები;
- ნათხემის სტრუქტურების იზოლირებული დაზიანება საკმარისი არ არის მუტიზმისა და დიზართრიის აღმოცენებისათვის; მისი განვითარებისათვის ასევე აუცილებელია, სიმსივნის ვენტრიკულური ლოკალიზაცია და მისი ტვინის ღეროს დორზალურ ნაწილთან შეხება;
- მუტიზმისა და მისი შემდგომი დიზართრიის მქონე ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ პირამიდული ნიშნები, თვალის მოძრაობის დარღვევები;
- მუტიზმისა და მისი შემდგომი დიზართრიის დროს სიმსივნის ტვინის ღეროში ლოკალიზაცია, ჩვეულებრივ, მოგრძო ტვინის როსტრალურ და შუა ტვინის კაუდალურ ნაწილებს მოიცავს;
- ფიქრობენ, რომ მუტიზმი დაკავშირებულია ნათხემის დაკბილული ბირთვის დისფუნქციასთან, მისი შემდგომი დიზართრია კი – ნათხემის მექანიზმების აღდგენაზე მიუთითებს.

მკურნალობა:

ასეთ შემთხვევებში მუტიზმის თერაპიული ტაქტიკა არასპეციფიკურია და გულისხმობს მხოლოდ სიმსივნის სანინააღმდეგოდ მიმართულ მკურნალობას.

თავის ტვინის დაზიანების შემდეგ, ბავშვებში კლინიკურად ვლინდება სხვადასხვა სახის მეტყველების დარღვევები. მათ დასაძლევად მიმართავენ ნეიროფოსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას და მეტყველების თერაპიას.

ასაკთან დაკავშირებული საკითხები:

- ადრეულ ასაკში შედარებით ხშირია მეტყველების პრაგმატული დარღვევები, სხვისი განზრახვისა და მდგომარეობის გაგების სირთულე კომუნიკაციის პროცესში;
- თავის ტვინის დაზიანების შორეული ეფექტი მეტყველების სხვადასხვა ფუნქციის შემთხვევაში სხვადასხვაა: თუ ეპილეფსიის დაწყება ემთხვევა წერა-კითხვის შესწავლის დაწყების ასაკს, ადგილი ექნება წერითი მეტყველების ათვისების დარღვევას. გამოკვლევების მიხედვით დადგენილია, რომ ის უნარები რომლებიც დაზიანების მომენტში აქტიური განვითარების პერიოდში იმყოფება და ჯერ კიდევ ჩამოუყალიბებელია, განსაკუთრებით მგრძნობიარეა დაზიანებისადმი.
- თავის ტვინის სხვადასხვა ეტიოლოგიის დაზიანება ბავშვებში გაცილებით ხშირად იწვევს მუტიზმს, ვიდრე უფროსებში;
- მოზრდილთა და ბავშვთა აფაზია ჰგავს ერთმანეთს, რაც არ ნიშნავს მათი აფაზიური სიმპტომების იდენტურობას. მაგალითად, აფაზიის ერთნაირი ეტიოლოგიის პირობებში მოზრდილთა და ბავშვთა მეტყველების დეფიციტი მსგავსია; ბავშვებში, ისევე როგორც მოზრდილებში, მარცხენა ჰემისფეროს უკანა სამეტყველო არეების დაზიანება იწვევს სენსორულ აფაზიასა და მიმართული მეტყველების გაგების დარღვევას. კომპიუტერული ტომოგრაფიის მაჩვენებლების კორელაცია აფაზიის სიმპტომებთან მოზრდილების მსგავსია. ამავე დროს, ბავშვთა და მოზრდილთა აფაზია არ არის იდენტური; ერთი შეხედვით მსგავს აფაზიურ სიმპტომებს, შეიძლება, სხვადასხვა ნეიროანატომიური საფუძველი ჰქონდეს;
- მოზრდილებში, გარკვეული დროის შემდეგ, სხვადასხვა ხარისხითა და ტემპით უმჯობესდება მეტყველება და უკუვითარდება აფაზია. ბავშვებში, დრო ყოველთვის დადებითად არ მოქმედებს აფაზიის სიმპტომებზე: ბავშვებში, შეიძლება, აფაზიის სიმპტომები აღარ იყოს სახეზე, მაგრამ ხშირად ვლინდებოდეს ახალი ვერბალური ცოდნის შეძენის პრობლემების ხანგრძლივი ეფექტი, რაც ლექსიკური მარაგისა და კითხვის ქრონიკული პრობლემების მიზეზი ხდება.

როგორია გავშვთა აფაზიის აღდგენის დინამიკა?

ეტიოლოგიური ფაქტორის მიხედვით, აფაზიის აღდგენის დრო და ხანგრძლივობა განსხვავდება. ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგად აღმოცენებული აფაზიის სიმპტომები ბევრად უფრო ადრე აღდგება, ვიდრე ინფექციის, ან ვასკულური პათოლოგიის შემთხვევაში. აფაზიის ხანგრძლივობისა და დროში აღდგენის საკითხი მეტად მნიშვნელოვანია ბავშვთა აფაზიის თეორიული მოდელის ასაგებად. თუმცა, დღეისათვის ჯერ კიდევ არაა მოწოდებული თეორია, რომელიც გამოდგებოდა ბავშვის აფაზიის მექანიზმების საფუძვლების ასახსნელად. თანამედროვე სამუშაო ჰიპოთეზით, ერთი და იგივე აფაზიური სიმპტომები, შეიძლება, ნერვული მექანიზმების სხვადასხვა სახის დაზიანების შედეგი იყოს. მაგ. აფაზიური მუტიზმის აღდგენის ხანგრძლივობა განსხვავებულია სუპრატენტორული და სუბტენტორული დაზიანების შემთხვევებში; უკანა ფოსოს სიმსივნის დროს მუტიზმი დიზართრიაში გადადის, ხოლო ვასკულური სუბკორტიკული დაზიანების დროს იგი დიზართრიაში არ გადაიზრდება.

ბავშვთა აფაზიების ტაქსონომია საკმაოდ რთულია, მოზრდილთა მეტყველების დარღვევების კლასიფიკაცია კი ადეკვატურად ვერ აღწერს ბავშვთა მეტყველების შეძენილი დარღვევებს, რადგან მოზრდილთა მეტყველების დარღვევების კლასიფიკაციაში არ არის გათვალისწინებული კოგნიტური ფუნქციებისა და მეტყველების განვითარების ფაქტორები. აღნიშნულის გამო ბავშვთა აფაზიის შემთხვევათა 30-50%-ი ვერ კლასიფიცირდება.

როგორია გავშვთა აფაზიის პროგნოზი?

აფაზიის აღდგენის პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა ინფექციური ეტიოლოგიის, ვერნიკეს ზონის დაზიანებისა და ძლიერ დარღვეული გაგების ფუნქციის შემთხვევებში.

მეტყველების განვითარების დარღვევა, დაუზუსტებელი

ICD 10-ის მეტყველების განვითარების დარღვევების კლასიფიკაციის მიხედვით მეტყველების განვითარების სპეციფიკურ დარღვევებში ცალკეა გამოყოფილი მეტყველების განვითარების დაუზუსტებელი დარღვევა. ამ რუბრიკის გამოყენება მოწოდებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სახეზეა მეტყველების გაურკვეველი დარღვევები, რომლებიც არ არის გამოწვეული გონებრივი ჩამორჩენილობით, ან ნევროლოგიური, სენსორული თუ ფიზიკური დეფექტებით.

სოციალური ფუნქციონირების სხვა დარღვევები, რომლებიც ძირითადად ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში იწყება (ICD-10)

ICD-10-ის მიხედვით სოციალური ფუნქციონირების სხვა დარღვევებში, რომლებიც ძირითადად ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში იწყება, გამოყოფილია მეტყველების ისეთი დარღვევები, როგორიცაა ენის ბორძიკი და უნესრიგო მეტყველება.

ენაბორძიკობა

ენაბორძიკობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით

ენაბორძიკობა მეტყველების ისეთი დარღვევაა, როდესაც ადგილი აქვს ლინგვისტური კომუნიკაციის მხოლოდ გამოსავლის და არა მთლიანი პროცესის დარღვევას. გაძნელებულია ზოგიერთი ბგერის გამოთქმა. ამ დარღვევის დროს მეტყველება ხასიათდება ბგერების, მარცვლების ან სიტყვების ხშირი გამეორებებითა და პროლონგაციით, მეტყველების დროს ხშირი შეფერხებებით ან პაუზებით, რაც მეტყველების რითმულ მიმდინარეობას არღვევს. მსგავსი ტიპის მსუბუქი დიზრითმიები საკმაოდ გავრცელებული ფენომენია და ხშირია როგორც განვითარების გარდამავალი ფაზა ადრეულ ბავშვობაში. ასეთი დიზრითმიები შეიძლება იყოს უფრო უფროსი ბავშვებისა და ზრდასრულების მეტყველების მუდმივი თავისებურება. მსგავსი რამ უნდა კლასიფიცირდებოდეს, როგორც

დარღვევა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ის იმდენადაა გამოხატული, რომ საკმარისად არღვევს მეტყველების მოქნილობასა და გაუგებარს ხდის მას. გამოორებებს, პროლონგაციებს ან პაუზებს მეტყველებაში შეიძლება თანხვდებოდეს სახისა და/ან სხეულის სხვა ნაწილების ასოცირებული მოძრაობები. ენაბორძიკობა უნდა გამოდიფერენცირდეს უნესრიგო მეტყველებისა და ტიკებისაგან. ზოგიერთ შემთხვევაში ენაბორძიკობა შეიძლება იყოს მეტყველების განვითარების სპეციფიკურ დარღვევებთან ერთად.

უნდა გამოირიცხოს:

- უნესერიგო მეტყველება (F 98.6);
- ნევროლოგიური დარღვევები, რომლებიც განაპირობებენ მეტყველებით დიზორთმიებს (ICD 10, თავი VI);
- ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (F 42-);
- ტიკური აშლილობა (F95-).

ენაბორძიკობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-TR-ის მიხედვით

- A. მეტყველების მოქნილობისა და დროითი მახასიათებლების (ინდივიდის ასაკთან შეუსაბამოდ) დარღვევა, რომელიც ხასიათდება ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობებიდან ერთით ან რამდენიმეთი:
1. ბგერის და მარცვლის გამეორება;
 2. ბგერის პროლონგაცია;
 3. წამოძახილი;
 4. სიტყვის განყვეტა (მაგ.: პაუზა სიტყვის შიგნით);
 5. ჩუმი ან გასაგები ბლოკირება (შევსებული ან შეუვსებელი პაუზები მეტყველებაში);
 6. ჩანაცვლება (უზესიტყვაობა) (სიტყვის ჩანაცვლება პრობლემური სიტყვის თავიდან არიდების მიზნით);
 7. სიტყვის წარმოთქმა ფიზიკური დაძაბულობით;
 8. ერთმარცვლიანი სიტყვების გამეორება (მაგ.: მე-მე-მე-მე ვხედავ მას).

- B. მოქნილობის დარღვევა ზეგავლენას ახდენს აკადემიურ მიღწევებზე, ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებზე ან სოციალურ კომუნიკაციაზე.
- C. თუ ადგილი აქვს მეტყველების მოტორულ ან სენსორულ დეფიციტს მეტყველების სირთულეები, როგორც წესი დაკავშირებულია ამ პრობლემებთან.

შენიშვნა: თუ ადგილი აქვს მეტყველების მოტორულ, ან სენსორულ დეფიციტს, ან ნევროლოგიურ მდგომარეობას, უნდა გამოიყენოთ III ლერძი.

ენაბორძიკობის გამომწვევი მიზეზები

ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მიზეზებია: ფიზიკური დაავადებები, რომლებიც იწვევენ ენცეფალოპათიებს, თავის ტვინის ტრავმები, თავის ტვინის ორგანული დაზიანებები, რომლებიც იწვევენ მოძრაობის რეგულაციაზე პასუხისმგებელი ქერქქვეშა სტრუქტურების დაზიანებას, ნერვული სისტემის გადაღლა ან გამოფიტვა ინტოქსიკაციის ან სხვა დაავადებების შედეგად (ნიტელა, ყივანახველა, ტიფი, რაქიტი, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა), ბგერათნარმოთქმის პრობლემები მეტყველების სხვადასხვა დარღვევების დროს.

ფსიქოლოგიური და სოციალური მიზეზებია: ხანმოკლე ერთჯერადი ფსიქიკური ტრავმა (შეშინება), ხანგრძლივად მოქმედი ფსიქიკური ტრავმა, რაც გულისხმობს ოჯახში ბავშვის არასწორ აღზრდას (განებივრება, აღზრდის იმპერატიული სტილი, „სამაგალითო“ ბავშვის აღზრდა), ხანგრძლივი უარყოფითი ემოციები, გადაჭარბებული სიხარული, ბავშვობაში მეტყველების არასწორი ფორმირება (მეტყველება ჩასუნთქვისას, სწრაფი მეტყველება), ბგერათნარმოთქმის დარღვევა, მშობელთა სწრაფი მეტყველება, უმცროსი ასაკის ბავშვის სამეტყველო მასალით გადატვირთვა, პოლიგლოსია (ადრეულ ასაკში რამდენიმე ენის შესწავლამ შესაძლოა გამოიწვიოს ენაბორძიკობა ერთ რომელიმე ენაზე), ენაბორძიკობის მიბაძვა, ცაციობასთან ბრძოლა (აუცილებლად მარჯვენა ხელით წერა), ხშირი შენიშვნები (იწვევს ბავშვის დაძაბვას, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს ენაბორძიკობა).

გავრცელება

ენაბორძიკობის გავრცელება პრეპუბერტატის ასაკის ბავშვებში შეადგენს 1 %-ს, ხოლო ზრდასრულებში — 0,8%-ს. მამაკაცთა და ქალთა პროპორციაა 3:1.

როგორ ღაპხეხართ ენაბორძიკობის მქონე ბავშვს?

- დიაგნოსტიკებისა და მეტყველების პრობლემების დაძლევისათვის მშობლებმა აუცილებლად უნდა მიმართონ ლოგოპედს, ფსიქოლოგს, ნევროლოგს.
- ბავშვთან ურთიერთობისას ახლობლებმა უნდა დაიცვან შემდეგი წესები:
 - არ შეაწყვეტინოთ საუბარი, აცალეთ ფრაზის დამთავრება; არ დაამთავროთ ბავშვის მაგივრად არც სიტყვა, არც ფრაზა; მეტყველების ხშირი შეწყვეტა სხვების მხრიდან ბავშვს აიძულებს აჩქარდეს და შეშფოთდეს; მას გაუჩნდება სურვილი, რომ უფრო სწრაფად ილაპარაკოს, რათა ყველაფრის თქმა მოასწროს, ეს კი თავის მხრივ ხელს შეუწყობს ენაბორძიკობის გაძლიერებას;
 - მას შემდეგ რაც ბავშვმა დაამთავრა რაიმე ფრაზის თქმა, გააკეთეთ მცირე პაუზა, რითაც ბავშვს მისცემთ დასვენების საშუალებას; თქვენც გააკეთეთ პატარა პაუზა მანამ, სანამ კომენტარს გაუკეთებდეთ მის ნათქვამს;
 - ეცადეთ, რომ ოჯახში ყველამ რიგ-რიგობით ისაუბროთ, ბოლომდე მოუსმინოთ ერთმანეთს, არ შეაწყვეტინოთ ერთმანეთს ლაპარაკი, ისაუბრეთ ნელი ტემპით;
 - გამოყავით დრო, რომელსაც მთლიანად თქვენს ბავშვს დაუთმობთ. ამ დროს ესაუბრეთ ბავშვს ძალიან ნელა, მშვიდად. დიალოგი წარმართეთ **ჩურჩულით ან წამლერებით** (ამ დროს ბავშვის ყურადღება გადადის იმაზე, რომ ილაპარაკოს რაც შეიძლება ჩუმად და არ ფიქრობს ენის დაბმვაზე).
 - არ მოსთხოვოთ ბავშვს რაიმე სიტყვების ან წინადადებების გამეორება;

- ნუ გააკრიტიკებთ თქვენი ბავშვის მეტყველებას. ფრაზები: „შენწყვიტე“, „მოიცადე“, „ჯერ დაფიქრდი და მერე თქვი“ არა თუ არ ეხმარება, არამედ კიდევ უფრო აძლიერებს ენაბორძიკობას. ბავშვი იძაბება, ცდილობს არ დაეხმას ენა, ხოლო დამატებითი დაძაბულობა კიდევ უფრო აძლიერებს ენაბორძიკობას;
- თავი აარიდეთ ისეთ სიტუაციებს, სადაც ბავშვი იძაბება, განიცდის ზეწოლას. ბავშვებს უძლიერდებათ ენაბორძიკობა, თუ მათ ძალიან ბევრ კითხვას უსვამენ, ან რაიმეს მოყოლას თხოვენ (მაგ: „მოუყევი მამას, ან დეიდას დღეს რა გავაკეთეთ“);
- ეცადეთ დაიცვათ ბავშვის დღის რეჟიმი, არ გადატვირთოთ ინფორმაციით დღის მანძილზე და განსაკუთრებით ძილის წინ (იქნება ეს ტელევიზორთან ხანგრძლივი ჯდომა, თუ მისთვის რთული ტექსტების მოყოლა);
- თხოვეთ მასწავლებელს, რომ თავიდან ბავშვს დაფასთან გასვლა და რაიმეს მოყოლა არ მოთხოვოს, გაკვეთილი (თუნდაც სურათის აღწერა) შეიძლება გამოკითხოს კითხვა-პასუხით;
- კარგი იქნება თუ ბავშვს შეიყვანთ ცეკვის ან სიმღერის წრეზე.
- სასკოლო ასაკის ბავშვებს უნდა აუხსნათ შემდეგი წესები:
 - სანამ საუბარს დაიწყებდეს მოიფიქრე, რისი თქმა გსურს;
 - ნუ აჩქარდები პასუხის გაცემის დროს — პასუხი ჯერ შენთვის, ჩუმიად ჩაილაპარაკე;
 - საუბრის დროს მოსაუბრეს უყურე თვალებში;
 - დიდი წინადადება დაყავი აზრობრივ ნაწილებად (3-5 სიტყვა), მათ შორის დაიცავი პაუზა;
 - ეცადე ისაუბრო ხმამაღლა და გარკვევით;
 - საუბრის დაწყების წინ ჩაისუნთქე, საუბარი დაიწყე ამო-სუნთქვისას.

უნესრიგო მეტყველება

უნესრიგო მეტყველების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით

ეს დარღვევა ხასიათდება მეტყველების სწრაფი ტემპით, მეტყველების მოქნილობა იმდენადაა დარღვეული (ენაბორძიკობის დამახასიათებელი გამოვლინებებისა და შეფერხებების გარეშე), რომ მეტყველება გაუგებარი ხდება. მეტყველება, როგორც წესი, არის უწესრიგო, დიზრითმიული, დამახასიათებელია უცარი მკვეთრი „ბიძგები“. ხშირად ირღვევა ფრაზების აგება (მაგ.: პაუზები უეცრად იცვლება „ძლიერი სამეტყველო ნაკადით“, რომლის დროსაც სიტყვათა ჯგუფები წინადადების გრამატიკულ წყობასთან შეუთვასებელია).

უნდა გამოირიცხოს:

- ნევროლოგიური დარღვევები, რომლებიც განაპირობებენ მეტყველებით დიზრითმიებს (ICD 10, თავი VI);
- ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (F 42-);
- ენაბორძიკობა (F 98.5);
- ტიკური აშლილობა (F95-).

DSM-III-ში კატეგორიაში “მეტყველების დარღვევები, რომლებიც კლასიფიკაციას არ ექვემდებარება” ენაბორძიკობის გარდა აღინიშნება უწესრიგო მეტყველება.

DSM-III-ის მიხედვით უწესრიგო მეტყველება მეტყველების მოქნილობის ისეთი დარღვევაა, რომელიც მეტყველების სისწრაფეს და რიტმს მოიცავს. მეტყველება დიზრითმიული, წყვეტილი, არათანაბარი ხასიათისაა. DSM-IV-ში მეტყველების დარღვევის ეს კატეგორია აღარ გვხვდება.

ელექტიური მუტიზმი (სელექტიური მუტიზმი)

ეს მდგომარეობა მეტყველებითის უნარების გამოვლენის ემოციურად განპირობებული შერჩევითობით ხასიათდება. ამგვარად, გარკვეულ პირობებში ბავშვი მეტყველების ფლობის საკ-

მარის უნარს ავლენს, ხოლო სხვა (განსაზღვრულ) სიტუაციებში არა. ყველაზე ხშირად დარღვევა ვლინდება ადრეულ ბავშვობაში. ის ორივე სქესის ბავშვებში ერთნაირი სიხშირით გვხვდება. მუტიზმი, როგორც წესი, თანხვედრილია ისეთ პიროვნულ თავისებურებებთან, როგორიცაა სოციალური შფოთვა, გარიყულობა, სენსიტიურობა ან ნეგატივიზმი. ტიპურ შემთხვევებში, ბავშვი ლაპარაკობს ოჯახის წევრებთან და ახლო მეგობრებთან და დუმს სკოლაში, უცხო ადამიანებთან.

ელექტიური მუტიზმის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით ელექტიური მუტიზმის დიაგნოზი გულისხმობს შემდეგს:

- მიმართული მეტყველების ნორმალური ან პრაქტიკულად ნორმალური გაგება;
- ექსპრესიული მეტყველების განვითარების დონე უნდა იყოს საკმარისი სოციალური ურთიერთობისათვის;
- დემონსტრაციული დადასტურება იმისა, რომ ბავშვს აქვს უნარი (და იყენებს ამ უნარს) ნორმალურად ან პრაქტიკულად ნორმალურად მეტყველებდეს გარკვეულ სიტუაციებში.

აღსანიშნავია, რომ ელექტიური მუტიზმის მქონე ბავშვების მნიშვნელოვან ნაწილს აღენიშნება მეტყველების განვითარების შეფერხება. ამ შემთხვევებში ეს დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ იმ პირობით, რომ მეტყველება საკმარისად არის განვითარებული ეფექტური ურთიერთობისათვის გარშემომყოფებთან და ამასთან, ადგილი აქვს გამოხატულ შეუსაბამობას მეტყველების განვითარების დონესა და მეტყველების კომუნიკაციისათვის გამოყენების ხარისხს შორის: ბავშვი კარგად მეტყველებს გარკვეულ სიტუაციებში და სრულიად ან თითქმის სრულიად დუმს სხვა სიტუაციებში. დიაგნოზის დასმისათვის აუცილებელია მეტყველების დარღვევის დროში მდგრადობა და იმ სიტუაციების თანმიმდევრობა და წინასწარმეტყველების შესაძლებლობა, რომლებშიც ბავშვი მეტყველებს ან დუმს.

შემთხვევების უმრავლესობაში ბავშვებს აღენიშნებათ სოციალური ემოციების სხვა დარღვევებიც, მაგრამ ისინი არ შედიან იმ კრიტერიუმების რიცხვში, რომლებიც აუცილებელია ამ დიაგნოზის დასმისათვის. თავისებურებები (კერძოდ, სოციალური სენსიტიურობა, სოციალური შფოთვა და სოციალური გარიყულობა) და ოპოზიციური ქცევა.

უნდა გამოირიცხოს:

- განვითარების ზოგადი დარღვევები (F 84.-);
- შიზოფრენია (F 20.-);
- მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევები (F 80.-);
- ტრანზიტორული მუტიზმი, როგორც შფოთვითი აშლილობის ნაწილი, რომელიც აღმოცენდება უმცროსი ასაკის ბავშვებთან განშორების შიშის ნიადაგზე (F93.0-).

სელექტიური მუტიზმის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-TR-ის მიხედვით

- A. სპეციფიკურ სოციალურ სიტუაციებში (მაგ.: სკოლაში) მეტყველების მდგრადი დარღვევა, მაშინ როცა სხვა სიტუაციებში მეტყველება არ არის დარღვეული.
- B. დარღვევა ზეგავლენას ახდენს აკადემიურ მიღწევებზე, ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებზე ან სოციალურ კომუნიკაციაზე.
- C. დარღვევის ხანგრძლივობა უნდა იყოს მინიმუმ 1 თვე (არ უნდა შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ სკოლაში მისვლის პირველი 1 თვით).
- D. მეტყველების პრობლემა არ არის გამომწვეული სოციალურ სიტუაციაში მეტყველების გამოყენების არცოდნით ან სოციალურ გარემოში მეტყველების დისკომფორტით.
- E. დარღვევა უფრო მეტად არ უნდა მიესადაგებოდეს კომუნიკაციურ დარღვევებს (მაგ.: ენაბორძიკობა) და არ უნდა გვხვდებოდეს ისეთი მდგომარეობების დროს, როგორიცაა განვითარების პერვესიული აშლილობა, შიზოფრენია, ან სხვა ფსიქოტური აშლილობა.

გავრცელება

სელექტიური მუტიზმი, სავარაუდოდ იშვიათია და ამ მდგომარეობის მქონე ადამიანები ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში მოხვედრილი ინდივიდების 1 %-ზე ნაკლებს შეადგენენ.

როგორ ხდება მეტყველების დარღვევის შეფასება?

გამოყოფილია შეფასების შემდეგი ფუნქციები:

- ბავშვის მეტყველების დარღვევის იდენტიფიკაცია;
- დარღვევის ხასიათის დიაგნოსტიკა;
- ინტერვენციის დაგეგმვა;
- ინტერვენციის პროცესში ბავშვის პროგრესის მონიტორინგი;
- ბავშვის მეტყველების განვითარების პროგნოზირება.

იდეალურ შემთხვევაში მეტყველების პრობლემების შეფასება ხდება მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელშიც ერთიანდებიან სხვადასხვა დარგის სპეციალისტები. აუცილებელია, ბავშვის პედაგგიური და ნევროლოგიური გამოკვლევის შედეგების ცოდნა. ბავშვის შესაფასებლად გამოიყენება ინტერვიუ, დაკვირვება, მეტყველების შესაფასებელი სტანდარტული ტესტები, არავერბალური ინტელექტის შესაფასებელი ტესტები. შესაფასებლად სასარგებლოა ვექსლერის IQ ტესტისარავერბალური სუბტესტების გამოყენება.

თუ არავერბალური ინტელექტის ტესტის, ექსპრესიული და იმპრესიული მეტყველების ტესტებისა და ადაპტაციური ქცევის სკალების მაჩვენებლები 2 სტანდარტული გადახრით ნაკლებია საშუალო მაჩვენებელზე, მეტყველების პრობლემა მეორადი ხასიათისაა. თუ არავერბალური ინტელექტი ნორმაშია, ხოლო ექსპრესიული და იმპრესიული მეტყველების მაჩვენებლები საშუალოზე 1.5-2 სტანდარტული გადახრით დაბალია, ადგილი აქვს მეტყველების განვითარების სპეციფიკურ შეფერხებას.

მეტყველების განვითარების სპეციფიკური შეფერხება საჭიროებს დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას შემდეგ სინდრომებთან: აუტიზმი, ლანდაუ-კლეფენერის სინდრომი და ელექტიური მუტიზმი.

აუტიზმის დროს ხშირია ექოლალიების, სტერეოტიპული გამოთქმების, ჟესტების სიმწირე, ხმის ტემბრისა და ინტონაციის მიმართ ინდიფერენტულობა, წარმოსახვითი თამაშის შეუძლებლობა.

ლანდაუ-კლეფენერის სინდრომის დროს (ეპილეფსია თანდართული აფაზიით) მეტყველების ნორმალური განვითარებისა და

ნორმალური ინტელექტის ფონზე დარღვეულია ექსპრესიული და იმპრესიული მეტყველება. ეს სინდრომი 3-7 წლის ასაკში აღმოცენდება და ეეგ-ზე თან ახლავს საფეთქლის ბილატერალური პათოლოგიური აქტივობა. შერეული ექსპრესიულ-იმპრესიული მეტყველების დარღვევა შემთხვევათა 1/3-ში უკუვითარდება, ხოლო 2/3-ში მყარად რჩება.

ელექტიური მუტიზმის დროს ბავშვის მეტყველების განვითარება ნორმალურად მიმდინარეობს, მაგრამ ფსიქო-სოციალური მიზეზების გამო ბავშვი არ მეტყველებს კონკრეტულ სიტუაციებში: ასეთი ბავშვი ლაპარაკობს ოჯახის სიტუაციაში და ახლო ნაცნობ-მეგობრებთან, მაგრამ ჩუმადაა სკოლასა და საზოგადოებრივ ადგილებში.

Lahey (1988) მიუთითებს იმ საშუალებებზე, რომელთა გამოყენებითაც მეტყველების დარღვევა ფასდება ფართო სპექტრით – სტანდარტული შეფასებიდან დანყებული, დამთავრებული ბუნებრივი დაკვირვებით.

მეტყველების სპეციფიკური დარღვევის შესაფასებლად აუცილებელია ყურადღების გამახვილება ენის 5 ასპექტზე:

- **ფონოლოგია** – გულისხმობს ფონემების ჟღერადობას და სიტყვაში თუ მორფემაში მათი ფუნქციონირების წესებს. ტრადიციულად, ფონოლოგია მოიაზრება არტიკულაციური უნარების ტერმინებში, შესაბამისად, შეფასებისას ბავშვებს თხოვენ საგნები დაასახელონ სურათების მიხედვით. ამით დგინდება, თუ რამდენად შეუძლია ბავშვს რთული ბგერებისა და ბგერათა წყობის გამოთქმა სიტყვებში. ფონოლოგიის გამოკვლევა ჩვეულებრივ ექსპრესიულ მეტყველებაში ხდება, თუმცა, ხანდახან სმენითი აღქმისა და ფონემების გარჩევის შეფასებასაც ახდენენ. ფონოლოგიის შესაფასებელი ტესტების ვალიდობა კითხვის ნიშნის ქვეშაა.
- **სემანტიკა** – გულისხმობს მნიშვნელობებს, რომელიც სიტყვებსა და წინადადებაშია კოდირებული. უფრო ხშირად იგი ლექსიკონის ტესტებით ფასდება. კერძოდ, ხდება როგორც ექსპრესიული (დასახელება), ისე იმპრესიული (სურათების იდენტიფიკაცია) უნარების გამოკვლევა. სემანტიკის სხვა ასპექტები, როგორიცაა სიტყვების განსაზღვრება, ანალოგიები, სიტყვებს შორის მიმართების დადგენა, ხშირადაა ჩართული ლინგვისტური უნარების საკვლევ ტესტებში.

- **სინტაქსი** – გულისხმობს გრამატიკული სტრუქტურისა და კონსტრუქციის გაგების უნარს. რეცეპტული (იმპრესიული) სინტაქსი ხშირად ფასდება სურათის ამორჩევის ფორმატის ტესტებით, როდესაც წაკითხული წინადადების მიხედვით რამდენიმე სურათიდან ერთ-ერთი, შესაფერისი სურათი უნდა იქნას არჩეული. ექსპრესიული სინტაქსი, ანუ გრამატიკულად გამართული წინადადების გამოთქმის უნარი, ხშირად მონმდება წინადადების სწორი გამეორებით. თუმცა, უკანასკნელი პერიოდის კვლევები ამ ტექნიკას საეჭვოდ მიიჩნევენ, რადგან წინადადების გამეორება არ არის მისი ფორმულირების უნარის ანალოგიური. შესაბამისად, ბავშვები ამ ორ შემთხვევაში განსხვავებულ შეცდომებს უშვებენ. თანამედროვე პრაქტიკაში შედარებით ხშირად მიმართავენ ბუნებრივ გარემოში ბავშვის მეტყველებაზე დაკვირვებას, სპონტანური მეტყველების დროს გამონათქვამების შეგროვებასა და ანალიზს.
- **მორფოლოგია** – გულისხმობს სუფიქსების, პრეფიქსებისა და სხვადასხვა ნაწილაკების დართვით სიტყვის ჩამოყალიბების წესებს. მორფოლოგიური ცოდნა მოიცავს მრავლობითის, წარსულის, მომავლის, ზმნის ფორმების, კუთვნილებითი ფორმების წარმოებასა და გამოყენებას. ზოგადად, ეს უნარი ექსპრესიულ მეტყველებაში მონმდება, როდესაც ბავშვს თხოვენ უაზრო სიტყვისათვის შესაბამისი მორფემის დამატებას. მაგ. „ეს არის **გვარლი**. ეს კი ორი ცალი **გვარლია**. ესენი **გვარლებია**“. სხვა შემთხვევაში ბავშვს თხოვენ წინადადების დამთავრებას. მაგ. „ნინოს აქვს ჩანთა. ეს ნინოს. . . ., ნინოს ნიგნები. . . . დააქვს.“ რეცეპტული (იმპრესიული) მორფოლოგიური ცოდნის შემოწმება რეცეპტული სინტაქსის ტესტების საშუალებით ხდება.
- **პრაგმატიკა** – გულისხმობს ენის გამოყენებას სოციალურ კონტექსტში პიროვნებათაშორის ურთიერთობისას გარკვეული მიზნების მისაღწევად. რეალურ საუბარში წინადადების გამოთქმა გრამატიკის, მორფოლოგიის თუ სემანტიკის სწორი გამოყენების გამო კი არ ხდება, არამედ საკუთარი აზრის გამოსახატავად და მოსაუბრეზე გავლენის მოსახდენად. შეტყობინების მიღების და ჩამოყალიბების უნარი შეიძლება დამოუკიდებლად შეფასდეს. ბავშვებს პრაგმატული უნარის განსხვავებული პროფილები აქვთ. დღეისათვის მხოლოდ რამდენიმე

ტესტით ფასდება ექსპრესიული და რეცეპტული პრაგმატული უნარები. ფართო პრაქტიკა აქვს ენის სოციალურ კონტექსტში გამოყენებაზე ბუნებრივი დაკვირვების მეთოდს.

მეტყველების სპეციფიკური განვითარების დარღვევის ზუსტი შეფასება მულტიდისციპლინურ მიდგომას მოითხოვს, რათა სწორად დადგინდეს პირველადი დეფექტების (სიმპტომების), მათთან დაკავშირებული მეორადი სიმპტომებისა და სინდრომთან დაკავშირებული სფეროების დეფიციტი. მართალია, მეტყველების ზემოაღნიშნულ დარღვევას სპეციფიკურს უწოდებენ, მაგრამ იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის ფსიქიკური განვითარების მრავალ სფეროზე.

მეტყველების ტესტების კლასიფიკაცია
R. Paul-ის (1997) მიხედვით

ტესტი	ასაკი	შესაფასებელი სფერო					
		ექსპრესიული			იმპრესიული		
		ფონოლოგია	სემანტიკა	სინტაქსი	ფონოლოგია	სემანტიკა	სინტაქსი
Assessment of Children's Language Comprehension (Foster, Gidden, Stank, 1973)	3-7					✓	✓
Boehm Test of Basic Concepts (Boehm, 1971)	5-7					✓	
Clinical Formulation of Language Functions (Semel, Wiig, 1980)	5-18	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Developmental Articulation Test (Hejne, 1968)	all	✓					
Development Sentence Structure (Lee, 1974)	2-7			✓			
Environmental Language Inventory (McDonald, 1978)	1-3		✓	✓			
Expressive one world Picture Vocabulary Test (Gardner, 1979)E	3-12		✓				

Evaluating Commu- nica-tive Competance (Si- mon,1984)	5-18		✓	✓		✓	✓	
Illinois Test of Psycholin- guistic Abilities (Kirk,Mc Carthy, Kirk,1968)	2-10		✓	✓	✓	✓	✓	
Let's talk Inventory for adolescents (Wiig, 1982)	9- adult							✓
Fullerton Language Test for Adolescents(Thorun, 1980)	11- 18			✓	✓	✓	✓	✓
Preschool Language Scale (Zimmerman, Stemer, 1969)	1-7		✓	✓		✓	✓	
Test of Language Devel- opment-primery (New- comer, Hammill, 1988)	4-8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Peabody Picture Vocabu- lary Test (Dunn, Dunn, 1981)	2- adult						✓	
Test of Language Devel- opment -Interme-diate (Newcomer, Hammill, 1984)	8-13		✓	✓		✓	✓	
Sequenced Inventory of Communicative Deve-lop- ment (Prather, Tobin,1975)	0-4		✓	✓		✓	✓	
Test of Auditory Com- prehension of Language -revised (Carrow- Woofolk,1985)	3-7					✓	✓	

ADHD— ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი

რა არის ADHD?

(ADHD) – ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციონირების, ანუ ნეირობიოლოგიური დარღვევით გამოწვეული სიმპტომების ერთობლიობას, რომელიც მოიცავს:

- ყურადღების კონცენტრაციის დეფიციტს (უყურადღებობა, გონებაგაფანტულობა);
- იმპულსურობას (უნებლიე ქცევის შეჩერებისა და გაკონტროლების სირთულე);
- ჰიპერაქტივობას (მოტორული მოუსვენრობა, მოძრაობათა სიჭარბე), რასაც ხშირად ერთვის ემოციური მოუმნიფებლობა, აგრესიულობა და დაბალი აკადემიური მოსწრება. თუ ბავშვს სკოლაში აქვს სწავლისა და კლასელებთან, მასწავლებლებთან ურთიერთობის პრობლემები, თუ იგი ვერ ახერხებს კონცენტრაციას საკლასო ოთახში, არ ასრულებს და თავს არიდებს სამუშაოს – შესაძლოა, მას ჰქონდეს ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი. ასეთ ბავშვებს ხშირად „ჰიპერაქტიურებს“ უწოდებენ, თუმცა, ცნობილია, რომ ზოგ შემთხვევაში, ყურადღების პრობლემები, შეიძლება, დამოუკიდებლად არსებობდნენ იმპულსურობისა და ჰიპერაქტივობის გარეშე.

ADHD-ის სინდრომში ერთიანდება ინდივიდების ორი ჯგუფი: პირველი ჯგუფი – ყურადღების დეფიციტით, ჰიპერაქტივობის გარეშე; მეორე ჯგუფი – ყურადღების დეფიციტით, იმპულსურობითა და ჰიპერაქტივობით. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე ჯგუფის ბავშვების დიაგნოზი ერთი სინდრომით აღინერება, მათ შორის მნიშვნელოვანი კლინიკური განსხვავებანი არსებობს.

პირველ ჯგუფში გაერთიანებული ბავშვები ხასიათდებიან როგორც უფრო აპათიური, მეოცნებე, ინერტული, მოდუნებული, ზანტი, მორცხვი ინდივიდები; აქვთ სწავლის პრობლემები და მათი ოჯახის ისტორიაში ხშირია სწავლის პრობლემები თუ ემოციური აშლილობა;

მეორე ჯგუფში გაერთიანებული ბავშვები ხასიათდებიან იმპულსურობითა და ძლიერი აქტიურობით, მოუსვენრობით, ხში-

რად, აგრესიული ქცევით; სკოლის პრობლემებიდან შედარებით ხშირია ქცევის პრობლემები. ოჯახის ისტორია, უმეტესად, ანტისოციალური პრობლემებითაა დატვირთული (ნარკომანია, დამნაშავეობა). ასეთ ბავშვებს ანტისოციალური ქცევისა და ცუდი სოციალური შეგუების დიდი რისკი აქვთ (Hinshaw, 1994). ბავშვები, რომელთაც ADHD აქვთ, განსხვავდებიან სიმპტომების გამოვლინების ხარისხითა და ინტენსივობით. სიმპტომთა მრავალფეროვნებისა და ცვალებადობის გამო ზუსტი დიაგნოზის დადგენა საკმაოდ რთული პროცესია. ADHD-ს გამოვლენის სპეციფიკა იმაში მდგომარეობს, რომ სიმპტომები თითქმის შეუმჩნეველია ან ქრება ახალ, ბავშვისათვის საინტერესო სიტუაციაში, ხშირი ნახალების და ინტენსიური მეთვალყურეობის დროს, ერთ ადამიანთან ურთიერთობისას. შესაბამისად, კლინიკური დაკვირვების, ტესტირების პროცესში შეიძლება ეს სიმპტომები შეუმჩნეველი დარჩეს. ამიტომ მნიშვნელოვანია მშობლებისა და მასწავლებლების ინფორმაცია ბავშვის ქცევის შესახებ სახლისა და სკოლის გარემოში.

ADHD-ს ხშირად თან ახლავს ემოციური აშლილობა – შფოთვა და დეპრესია. ასეთი პროფილის მქონე ბავშვებში სინდრომისთვის დამახასიათებელი ნიშნები გვიან ვლინდება. ნაკლებად აღენიშნებათ სირთულეები აკადემიურ და კოგნიტურ სფეროში. სტიმულანტებით მკურნალობა მათ შემთხვევაში ნაკლებეფექტურია.

ADHD-ის სიმპტომები, ძირითადად, ადრეული ბავშვობიდანაა შესამჩნევი. ჩვილობის ასაკიდანვე შეუძლებელი ხდება ასეთი ბავშვის ქცევის წინასწარმეტყველება. ერთ წუთს ტირის და კივის, მეორე წუთს კი მშვიდდება. იგი ხასიათდება გაღიზიანებულობით, დაძაბულობით, დაუკმაყოფილებლობით, მომთხვენელობითა და მოუსვენარი ძილით. სიარულისა და მეტყველების განვითარება შენელებულია. ხშირია მოუქნელობა. ასეთი ბავშვების ნახევარი უკვე 3 წლის ასაკიდან რთული სამართავია. მათ ხშირად ეცვლებათ გუნება-განწყობა, ღიზიანდებიან, უჭირთ ტუალეტის ჩვევების ათვისება. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ხშირ შემთხვევაში, მშობლებს ADHD-ის სიმპტომები შეუმჩნეველი რჩებათ ბავშვის სკოლაში წასვლამდე, რადგან პრობლემები მთელი სიმძაფრით სწორედ ამ დროს იჩენს თავს. ADHD-ის დადგენისათვის ოპტიმალურ პერიოდად მიჩნეულია სკოლამდელი ასაკი და სკოლაში ყოფნის პირველი წელი (7 წლამდე ასაკი).

რითი სასიათღება ADHD?

მოუხედავად იმისა, რომ ADHD-ის მქონე ბავშვები განსხვავებულ სიმპტომებს ამჟღავნებენ, მათთვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელია უყურადღებობა, იოლი გადართვადობა, დეზორგანიზებულობა, იმპულსურობა, ჰიპერაქტივობა. ასეთი ბავშვის ქცევა, ძირითადად, შემდეგნაირად შეიძლება ილიწეროს:

- არ ამთავრებს დაწყებულს, ერთი დაუმთავრებელი ამოცანიდან მეორეზე ხტება;
- ხშირად ტოვებს შთაბეჭდილებას, რომ სხვებს არ უსმენს;
- ადვილად ეფანტება ყურადღება;
- უჭირს კონცენტრაცია ისეთ დავალებებზე, რომლებიც მის ინტერესს არ იწვევს, მაგ. საშინაო დავალება; მაშინ როდესაც, შეუძლია საათობით უყუროს ტელევიზორს, ან ითამაშოს კომპიუტერზე;
- ვერ ახერხებს სამუშაოს ორგანიზებას;
- ხშირად იცვლის საქმიანობას;
- უჭირს მითითების შესრულება;
- საჭიროებს მუდმივ მეთვალყურეობას;
- ხშირად კარგავს ნივთებს;
- არ შეუძლია ლოდინი;
- ვერ ემორჩილება განრიგს;
- უჭირს ერთ ადგილზე ჯდომა;
- ხელებსა და ფეხებს მოუსვენრად ამოძრავებს, ცქმუტავს სკამზე;
- ბევრს დარბის, მოუსვენრობს;
- უჭირს საკუთარი ჯერის დალოდება;
- ყოველთვის მზადაა გასაქცევად;
- ხშირად უმიზეზოდ ტოვებს მერხს, საკლასო ოთახს;
- მოქმედებს დაუფიქრებლად;
- ერევა ლაპარაკში და იჭრება სხვა ბავშვების თამაშის პროცესში;
- ხშირად გადაჭარბებულად ბევრს ლაპარაკობს;

- ერთგება ფიზიკურად საშიშ ქმედებებში და არ ფიქრობს შედეგებზე;
- ზოგ შემთხვევაში აგრესიულია და შემტევი.

ასეთ ბავშვებს უჭირთ სკოლაში სწავლა, აქვთ სოციალური და ემოციური ადაპტაციის პრობლემები, რადგან ისინი ზედმეტად მგრძნობიარენი არიან მარცხისა და წარუმატებლობის მიმართ. ორ ყველაზე მნიშვნელოვან სფეროში – სწავლასა და ურთიერთობებში.

ყველა ამ ძირითადი სიმპტომისათვის დამახასიათებელია სიტუაციური სხვადასხვაობა; გარკვეული სიტუაციები მეტად პრობლემატურია ADHD-ის მქონე ბავშვებისთვის. მაგ. ყურადღების დეფიციტი ხშირად ისეთ სიტუაციებში ვლინდება, სადაც განმეორებადი, ჩვეული, მოსაწყენი მოქმედებებია საჭირო. ასევე, ბავშვი შეიძლება, ზედმეტად აქტიური, აგზნებული და მოუსვენარი იყოს სიტუაციაში, სადაც მას კონცენტრირება და მონესრიგებულობა მოეთხოვება, ჯგუფური აქტივობების დროს, მაგრამ სანინალმდეგოდ იქცეოდეს თავისუფალი თამაშის დროს. ამის გამო, ADHD-ის მქონე ბავშვები, შეიძლება, არც კი განსხვავდებოდნენ თანაკლასელებისაგან შედარებით თავისუფალ, ნაკლებად სტრუქტურირებულ გარემოში.

თავად ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი (ADHD) განსხვავებულია სირთულის ხარისხების მიხედვით. განასხვავებენ ADHD-ს შემდეგ ფორმებს:

- **სუსტი** — უმნიშვნელოდ გამოხატული სიმპტომები, არანაირი, ან მხოლოდ მინიმალური ჩამორჩენა სასკოლო და საზოგადოებრივ საქმიანობაში.
- **საშუალო** — გამოხატულია სიმპტომები, ან ფუნქციური ჩამორჩენა „სუსტსა“ და „მძიმე“ შემთხვევებს შორის.
- **მძიმე** — ჩამოთვლილი სიმპტომების გარდა, ვლინდება მრავალი სხვა სიმპტომიც; მნიშვნელოვანი და ფართო სპექტრის ჩამორჩენა საშინაო, სასკოლო საქმიანობასა და თანატოლებთან ურთიერთობაში.

ქვემოთ მოყვანილია **DSM-IV-TR**-ისა და **ICD-10**-ის საკლასიფიკაციო სისტემებში ADHD-ის მრავალფეროვანი სინდრომების ურთიერთშესაბამისობა, რაც აადვილებს მდგომარეობის იდენტიფიკაციას.

ICD-10 ქცევითი და ემოციური აშლილობები, ჩვეულებრივ აღმოცენებული ბავშვობის ან მოზარდობის ასაკში F90	DSM-IV-TR ყურადღების დეფიციტისა და უმართავი ქცევის აშლილობები 314. XX
არა აქვს პირდაპირი შესატყვისი ან F90.0 აქტივობისა და ყურადღების დარღვევა ან F90.8 სხვა ჰიპერკინეტიკური დარღვევა	314.01 კომბინირებული ტიპი
F90.0 აქტივობისა და ყურადღების დარღვევა	314.00 უპირატესად უყურადღებო ტიპი
F90.1 ქცევის ჰიპერკინეტიკური დარღვევა	314.01 უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსური ტიპი
F90.8 სხვა ჰიპერკინეტიკური დარღვევა	
F90.9 გაურკვეველი ჰიპერკინეტიკური დარღვევა	314.9 გაურკვეველი ტიპი

ADHD-ის კლასიფიკაცია და კლინიკური ნიშნები:

DSM-IV-TR, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი

ა. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ექვსი ან მეტი სიმპტომი უნდა ვლინდებოდეს ექვსი თვის განმავლობაში იმ ხარისხით, რომ მოცემული ასაკის ბავშვს ხელს უშლიდეს გარემოსთან შეგუებაში:

უყურადღებობა:

- უჭირს ყურადღების გამახვილება დეტალებზე, შეცდომებს უშვებს სკოლისა და საშინაო სამუშაოში;
- უჭირს ყურადღების შენარჩუნება დავალების შესრულების, ან თამაშის დროს;
- თითქოს არ გისმენთ, როცა ელაპარაკებით;
- ხშირად ვერ ახერხებს მისდიოს და შეასრულოს მითითებები;
- უჭირს სკოლისა თუ საშინაო დავალების ბოლომდე დამთავრება;

- უჭირს დავალებებისა და მოქმედების ორგანიზება;
- თავს არიდებს და არ მოსწონს ისეთი დავალებები, სადაც ფსიქიკური ძალისხმევაა საჭირო;
- ხშირად კარგავს ნივთებს, რაც დავალებისათვის ან სხვა აქტივობისათვის ესაჭიროება;
- გარეშე სტიმულებით ძალზე ადვილად ეშლება ხელი;
- ყოველდღიურ ცხოვრებაში ძალიან გულმავინყია;

ბ. ექვსი თვის მანძილზე ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის ექვსი ან მეტი სიმპტომი უნდა ვლინდებოდეს იმ ხარისხით, რომ მოცემული ასაკის ბავშვს გარემოსთან შეგუებაში უშლიდეს ხელს:

ჰიპერაქტივობა:

- ხშირად ცქმუტავს და ვერ ისვენებს;
- ხშირად ტოვებს საკუთარ ადგილს კლასში, ან სხვაგან;
- სიტუაციისადმი შეუსაბამოდ დარბის და ძვრება ყველგან;
- სირთულეები აქვს თამაშის და დასვენების დროს;
- სულ მოძრაობაშია, თითქოს მუდმივი ძრავა ამოქმედებს;
- ხშირად და ძალიან ბევრს ლაპარაკობს;

იმპულსურობა:

- პასუხს, ხშირად, შეკითხვის დამთავრებამდე წამოიძახებს;
- უჭირს საკუთარი ჯერის დალოდება;
- ხშირად იჭრება სხვების აქტივობაში, ან აწყვეტინებს თამაშსა და საუბარს.

გ. უყურადღებობის ან ჰიპერაქტივობა-იმპულსურობის ზოგიერთი სიმპტომი 7 წლის ასაკამდე ვლინდება.

დ. ამ სიმპტომების უმეტესობა ორ ან მეტ სხვადასხვა გარემოში ვლინდება.

მნიშვნელოვანი კლინიკური ცვლილებები წარმოჩინდება სოციალურ, აკადემიურ, შრომით აქტივობაში და ეს სირთულეები კავშირში არაა სხვა დაავადებებთან.

გამოსადიფერენცირებელია:

უპირატესად უყურადღებო ტიპი

– როცა ჰიპერაქტივობა არ ვლინდება; უპირატესად ჰიპერაქტიურ-იმპულსური ტიპი – როცა უყურადღებობის სიმპტომები ნაკლებად ვლინდება.

ICD-10, ჰიპერკინეტიკური დარღვევა

კარდინალური ნიშნებია – უწყურადღებობა და ჰიპერაქტივობა. დიაგნოზისათვის აუცილებელია ორივე მათგანი და ორივე უნდა ვლინდებოდეს ერთზე მეტ სიტუაციაში.

დარღვეული ყურადღება ვლინდება: დავალების ბოლომდე შესრულების სირთულეში; ბავშვი ხტება ერთი მოქმედებიდან მეორეზე, სწრაფად კარგავს ინტერესს და გადაინაცვლებს სხვა აქტივობაზე;

ამ დეფიციტის დიაგნოსტიკა შესაძლებელია მხოლოდ ბავშვის ასაკთან და IQ-სთან მიმართებაში.

ჰიპერაქტივობა გულისხმობს გადაჭარბებულ მოუსვენრობას: ბავშვი ბევრს დარბის, დახტის, უნებართვოდ დგება ადგილიდან, ხმაურობს, განსაკუთრებით იმ სიტუაციებში, სადაც მშვიდად და ჩუმად ყოფნაა საჭირო; ეს, შეიძლება, ვლინდებოდეს სხვადასხვა გარემოში. ლაპარაკობს და არ ჩერდება, ცქმუტავს და იგრიხება.

ამ დეფიციტის დიაგნოსტიკა შესაძლებელია მხოლოდ იმავე ასაკობრივი ჯგუფის სხვა ბავშვებთან მიმართებაში და IQ-ს გათვალისწინებით.

აღნიშნული ქცევითი სიმპტომები განსაკუთრებით კარგად ჩანს სტრუქტურირებულ, ორგანიზებულ სიტუაციაში, სადაც ქცევის თვითკონტროლის მაღალი ხარისხია საჭირო.

დარღვევისათვის ჩვეული ქცევითი პრობლემები იწყება ექვს წლამდე ასაკში და ხანგრძლივი ისტორია აქვს. მისთვის დამახასიათებელი ნიშნებია: სოციალური ურთიერთობის პრობლემები, სოციალური წესების იმპულსური დარღვევა, დასწავლის უნარის დარღვევა, მოტორული მოუქნელობა, სახიფათო სიტუაციებში გაუფრთხილებლობა;

ჰიპერკინეტიკური და ქცევითი აშლილობის კრიტერიუმი ისეთ შემთხვევებში გამოიყენება, როდესაც ამ ნიშნებს ემატება ქცევითი აშლილობის მახასიათებლები.

CBC (Achenbach)-ის სისტემა, ყურადღების პრობლემების სინდრომი

უყურადღებობის მაჩვენებლები:

- არ შეუძლია ყურადღების კონცენტრაცია;
- უყურადღებოა სკოლაში;
- აქვს სწავლის სირთულეები;
- აქვს სკოლაში მითითებების შესრულების სირთულე;
- უჭირს სასკოლო სამუშაოს დამთავრება;
- უჭირს სკოლაში დავალების შესრულება;
- უწესრიგოდ მუშაობს გაკვეთილზე;
- სასკოლო სამუშაოს ცუდად ასრულებს;
- დაბალი მიღწევა აქვს სკოლაში;
- სკოლაში აპათიურია;
- დაბნეულია;
- მეოცნებეა;
- იცის მიშტერება;

ჰიპერაქტივობის მაჩვენებლები:

- არ შეუძლია მშვიდად ჯდომა;
- კლასში ცქმუტავს და მოძრაობს;
- მოუხერხებელია;
- ღიღინებს და უცნაურ ხმებს გამოსცემს გაკვეთილზე, კლასში.

იმპულსურობის მაჩვენებლები:

- ვერ იკავებს იმპულსს;
- ნერვიულია, დაძაბული;
- მოქმედებს საკუთარ ასაკთან შედარებით მცირეწლოვანის შესაბამისად.

ADHD-ის კლინიკური ნიშნები

სფერო	მახასიათებლები
შემეცნებითი	ყურადღების ხანმოკლე კონცენტრაცია; ყურადღების იოლი გადატანა; ქცევის შედეგების განჭვრეტის უუნარობა; სწავლის პრობლემები და დაბალი სასკოლო მოსწრება.
აფექტური	იმპულსის კონტროლის ნაკლოვანება; სწრაფი აგზნება, ალელვება; ფრუსტრაციისადმი დაბალი ტოლერანტობა; დაქვეითებული გუნება-განწყობა. დაბალი თვითშეფასება.
ქცევითი	აქტივობის მაღალი ხარისხი; მოტორულ განვითარებაში შეფერხება და ცუდი კოორდინაცია; სარისკო ქცევების განხორციელების მაღალი ტენდენცია.
ინტერპერსონალური შეგუება	ზოგჯერ აგრესიული, ანტისოციალური ქცე- ვების თანხლება; პრობლემები მშობლებთან, მასწავლებლებ- თან, ტოლებთან ურთიერთობაში.
ფიზიკური მდგომარეობა	ძვლოვანი ქსოვილის მოუმწიფებლობა და სხეულის ფიზიკური ზრდის შეფერხება; მინიმალური ფიზიკური ანომალიები; ალერ- გია; ხშირი რესპირატორული ინფექციები.

ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის დიაგნოსტიკისას აუცილებელია დიფერენცირება გაკეთდეს შემდეგ მდგომარეობებთან:

- შფოთვითი აშლილობა (F41; ICD-10)
- შფოთვითი აშლილობა, გამონეწეული ბავშვობის ასაკში განშორების შიშისგან (F93.0; ICD-10)
- განვითარების პერვესიული აშლილობა (F84; ICD-10)

- გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-F79; ICD-10)
- მედიკამენტოზური ინტოქსიკაციით გამოწვეული იმპულსურობის, ჰიპერაქტივობისა და უყურადღებობის სიმპტომები (IV განზომილება: T36-50; ICD-10)
- სენსორული ინტეგრაციის დარღვევა.

ამავე დროს, აღსანიშნავია, რომ ჰიპერაქტივობისა და ყურადღების დეფიციტის სინდრომთან კომორბიდული მდგომარეობებია დეპრესია, შფოთვითი აშლილობა, ქცევითი აშლილობა, ოპოზიციურ-დევიანტური ქცევითი აშლილობა, მეტყველების სპეციფიკური დარღვევები და დასწავლის უნარის დარღვევა.

ამ შემთხვევაში აუცილებელია კომორბიდული მდგომარეობების გამოდიფერენცირება და ორივე დიაგნოზის კოდირება.

რა იწვევს ADHD-ს?

ADHD-ის რაიმე კონკრეტული გამომწვევი მიზეზი არ არსებობს. მკვლევრები ცდილობენ, მისი განვითარება გენეტიკურ, ბიოქიმიურ, ნეირობიოლოგიურ და გარემოს ფაქტორებს დაუკავშირონ. ერთ-ერთი მოდელი (Kenn, 1980) წარმოდგენილია შვიდი ურთიერთმოქმედი კომპონენტით:

- გენეტიკური მიდრეკილება;
- განვითარებაში ჩამორჩენა;
- საშუალოზე დაბალი ინტელექტუალური და სოციალური უნარები;
- აზროვნების სპეციფიკური პრობლემები;
- არახელსაყრელი გარემო (დღენაკლულობა, საკვების ნაკლებობა, მწირი სოციალური დახმარება);
- ემოციური პრობლემები და რთული დამოკიდებულებები ოჯახში.

განარჩევნ ADHD-ს ბიოლოგიურ, ინტრაფსიქიკურ და ფსიქოსოციალურ ეტიოლოგიურ თეორიებს.

◆ ბიოლოგიური თეორიები.

გენეტიკური ჰიპოთეზა - ADHD-ის სინდრომის გამომწვევი

გენეტიკური კომპონენტი შეისწავლეს ტყუპებისა და ნაშვილები ბავშვების შემთხვევაში. აღმოჩნდა, რომ ერთკვერცხუჯრედოვანი განაყოფიერებით დაბადებული ტყუპებს უფრო ხშირად ჰქონდათ ADHD-ს დამახასიათებელი ერთნაირი სიმპტომები, ორკვერცხუჯრედოვანი განაყოფიერებით დაბადებული ტყუპებისგან განსხვავებით. ADHD უფრო ხშირია მკვიდრ და-ძმაში, ვიდრე ნახევარ და-ძმას შორის. ასევე, აღმოჩნდა, რომ ჰიპერაქტიური ბავშვების ბიოლოგიურ მშობლებში ხშირია ფსიქიური აშლილობა, ნევროზები, თვითმკვლელობის შემთხვევები, ალკოჰოლიზმი. გენეტიკურმა კვლევებმა დაადგინა, რომ ADHD-ის მქონე ბავშვების ნათესავებიდან ეს სინდრომი, უფრო ხშირად, მამრობითი სქესში გვხვდება (ბიძაშვილ-მამიდაშვილებში, ბიძაშვილ-მამიდაშვილების შვილებში), რაც ადასტურებს ADHD-ის სინდრომის გენეტიკურად გადაცემის შესახებ არსებულ მოსაზრებას.

- **ორგანული დეფიციტის თეორიის მიხედვით**, ყურადღების, იმპულსური ქცევის, ჰიპერაქტივობის მექანიზმები და მათი დარღვევები, შეიძლება, განხილულ იქნას ნეიროანატომიური, ნეიროქიმიური და ნეიროფიზიოლოგიური თვალთახედვით.
- **ნეიროანატომიური მიზეზების** დადგენა გულისხმობს ტვინის იმ უბნების გამოკვლევას, რომლებიც უზრუნველყოფს ყურადღებასა და სტიმულზე მოტორულ რეაგირებას. არსებობს მოსაზრებები, რომ ADHD-ის მქონე პირებს:
- დარღვეული აქვთ შუა ტვინის სტრუქტურების (თალამუსი და ჰიპოთალამუსი) ფუნქციონალობა.
- აღენიშნებათ რეტიკულური ფორმაციისა და ლიმბური სტრუქტურების ფუნქციონის დაბალი დონე (თუმცა, ეს მოსაზრებები შემდგომ დამტკიცებას მოითხოვს).
- აღენიშნებათ შუბლის ნილების ფუნქციონის დეფიციტი (Wagner, 2000).

გავრცელებული იყო მოსაზრება, რომ ADHD-ის სინდრომი წარმოადგენს ორგანული დეფიციტის, კერძოდ, ტვინის მინიმალური დისფუნქციის შედეგს. ADHD-ის მქონე ბავშვებში ნეიროფიზიოლოგიურმა გამოკვლევებმა თავის ტვინის რაიმე სპეციფიკური სტრუქტურული ანომალიების არსებობა არ დაადასტურა; ნეიროფსიქოლოგიურმა კვლევებმა კი ვერ გამოავლინა კოგნიტური დეფიციტის რაიმე უნიკალური პატერნის არსებობა, რომელიც მიანიშნებდა თავის ტვინის დიფუზურ თუ ლოკალურ დაზიანებაზე. ამავე დროს, პრე- და პერინატალურ პერიოდში ნაყოფზე მავნე

ზემოქმედების ფაქტორები (როგორიცაა თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება ორსულობის პერიოდში, დაბადებისას ბავშვის მცირე წონა და თავის გარშემონეროლობა, ტყვიით მონამვლა), რომლებიც არა მხოლოდ ADHD-ის, არამედ სხვა პათოლოგიური მდგომარეობების აღმოცენებასაც უწყობს ხელს, საკმაოდ ხშირი იყო ADHD-ის მქონე ბავშვების ისტორიაში.

ნეიროტრანსმიტერული რეგულაციის თეორია. ნეიროქიმიური ფაქტორების კვლევა გულისხმობს ყურადღების პროცესში ჩართული სპეციფიკური ნერვული გადამცემების – ნეიროტრანსმიტერების ფუნქციონირების, ძირითადად, მონოამინური მეტაბოლიზმის დონის შესწავლას. ADHD-ის შემთხვევაში, პირველ რიგში, ირღვევა კატექოლამინების – დოფამინისა და ნორეპინეფრინის ცვლა: დოფამინური სისტემის დისფუნქცია ვლინდება ვენტრალური ტეგმენტუმის არეში (შუა ტვინის სახურავი), ხოლო ნორადრენალინის დეფიციტი – ცისფერ ბირთვში (მეოთხე პარაკუჭის მიდამოში). ჰიპერაქტიურ ბავშვებში აღმოჩენილია სეროტონინის დაბალი დონეც. ამ სისტემების ფუნქციობის დისბალანსი იწვევს აგზნება–შეკავების მექანიზმების დარღვევასა და ყურადღების მექანიზმების შესუსტებას. ასევე, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს ის ფუნქციონალური სისტემები, რომლებიც უზრუნველყოფს ყურადღების რეგულაციას, შერჩევითობას და კონტროლს. მაგ. ბიოქიმიური ანალიზი გვიჩვენებს იმ ნეიროტრანსმიტერების გარკვეული დეფიციტის არსებობას, რომლებიც მოტორული მზაობისა და კონტროლის სისტემებთან არის დაკავშირებული.

ქვეაგზნების ჰიპოთეზა. ამ თეორიის მიხედვით უყურადღებობისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი გამოწვეულია სასიგნალო სტიმულის შენარჩუნებისა და აქტივობის დონის რეგულაციისათვის საჭირო აგზნების არასაკმარისი დონით. ფსიქოფიზიოლოგიური გამოკვლევებით აღმოჩნდა, რომ ADHD-ის მქონე ბავშვებს დაქვეითებული აქვთ ფსიქოფიზიოლოგიური რეაგირება ახალ სასიგნალო სტიმულზე (ეეგ-ს, კანის გალვანომეტრული მაჩვენებლების, გულისცემის სიხშირის მიხედვით). ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ახალ სასიგნალო სტიმულზე რეაგირების დაქვეითება, შეიძლება, გააჩნდეთ დასწავლის უნარის დარღვევისა და ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვებსაც.

ალერგიის ჰიპოთეზა. ამ თეორიის მიხედვით ADHD-ის მიზეზები კვებასა და კვებით ჩვევებში უნდა ვეძებოთ. Feingold (1975) ამტკიცებდა, რომ კვების ხელოვნური დანამატები (ფერისა და

გემოს ემულგატორები თუ კონსერვანტები) მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ADHD-ის სიმპტომების აღმოცენებას. თუმცა, კონტროლირებული გამოკვლევებით ეს ჰიპოთეზა ვერ დადასტურდა. Egger-მა (1985) დაადგინა, რომ ADHD-ის მქონე ბავშვებს სპეციფიკური ალერგიული პროფილები აქვთ და თუ მოხდება მათი დიეტის რეგულირება ან ალერგიული აგენტების კვებიდან ამოღება, მათი უყურადღებობისა თუ იმპულსურობის სიმპტომები შემცირდება. ეს თეორია დადასტურებულ იქნა ADHD-ს მქონე ბავშვების კონტროლირებული დიეტოლოგიური კვლევებით. აქედან გამომდინარე, აღნიშნული სინდრომის მქონე ბავშვების კვებასა და ალერგიული პროფილის კონტროლს მნიშვნელოვანი ყურადღება უნდა მიექცეს. რეკომენდებულია: ნატურალური ბოსტნეული, ხილი, შაქრისა და ბურღულეულის იშვიათად გამოყენება, ხელოვნური დანამატებისაგან თავისუფალი პროდუქტი.

◆ ინტრაფსიქიკური თეორიები

უყურადღებობის ჰიპოთეზა გულისხმობს, რომ ADHD-ის სიმპტომებს საფუძვლად უდევს ყურადღების ერთ მოქმედებაზე შენარჩუნების პრობლემა. დავალების შესრულების დასაწყისში ამ სინდრომის მქონე ბავშვები არ განსხვავდებიან სხვა ბავშვებისგან, გარკვეული დროის შემდეგ კი ისინი იწყებენ შეცდომების დაშვებას. ყურადღების შენარჩუნების პრობლემის გამო, ბავშვი იძულებულია ხშირად შეცვალოს ყურადღების ფოკუსი, რაც იწვევს ქცევის იმპულსურობასა და ჰიპერაქტივობას. ამავე დროს, გამოკვლევების საფუძველზე აღმოჩნდა, რომ ყურადღების შენარჩუნების დეფიციტი, თავისთავად, ვერ გამოიწვევს ADHD სინდრომს.

ADHD სინდრომის ძირითად მექანიზმად, ზოგიერთ სპეციალისტს ყურადღების შერჩევითობის დარღვევა მიაჩნია. ყურადღების შერჩევითობა, სელექციის უნარი გულისხმობს ცენტრალური ნერვული სისტემის მაღალი დონის აქტივაციის და სიფხიზლის შენარჩუნებას რელევანტურ გამლიზიანებლებზე ცნობიერების გარკვეული პერიოდით შეჩერებისას. ყურადღების შერჩევითობის პროცესების საფუძველზეა შესაძლებელი ირელევანტური გამლიზიანებლების იგნორირება და ქცევისათვის შესატყვის გამლიზიანებლებზე კონცენტრირება. ეს უნარი დარღვეულია ADHD სინდრომის შემთხვევაში (Levine, 1994).

ჰიპერაქტივობის ჰიპოთეზა ამტკიცებს, რომ მოტორული აქტივობის შეკავების ცენტრალური დეფიციტი ADHD-ისთვის დამახასიათებელი ძირითადი დეფექტია, რომელიც იწვევს უყურ-

ადლებობასა და ჰიპერაქტივობას.

იმპულსურობის ჰიპოთეზა გულისხმობს, რომ ADHD-ის განვითარების ძირითად მიზეზს სპეციფიკური სტიმულებისადმი კოგნიტური და ქცევითი რეაგირების ცენტრალური შეკავების დეფექტი წარმოადგენს. ამ თეორიის მიხედვით აკადემიურ აქტივობაში, რომელიც მოითხოვს ნებისმიერი ყურადღების შენარჩუნების მაღალ ხარისხს, ADHD-ის მქონე ბავშვები პრობლემის გადაწყვეტის სტრატეგიების გამოყენების სირთულეებს აწყდებიან. ამ სირთულეს საფუძვლად უდევს მოქმედების დაგეგმვის, მიმდინარე მოქმედების შეფასებისა და მისი კონტროლის პროცესების დეფიციტი. ბავშვს უჭირს უკუკავშირის გამოყენება და მიმდინარე მოქმედებისას შეცდომების კონტროლი, ასევე პრობლემას წარმოადგენს სხვების მხრიდან მიცემული უკუკავშირის გამოყენება ((Levine, 1998).

წესების დაცვის დეფიციტის ჰიპოთეზა. Berkley (1981) თვლის, რომ ADHD-ის პრობლემას წესების დაცვის სიძნელე წარმოადგენს. ეს დეფიციტი მეტყველების გარეგანი და შინაგანი მარეგულირებელი ფუნქციის დარღვევასთანაა დაკავშირებული. ADHD-ის მქონე ბავშვებში ხშირია მეტყველების განვითარების შეფერხება. ამიტომ მათთვის უნდა შეიქმნას თვითკონტროლისა და თვით-ინსტრუქტირების კოგნიტურ-ქცევითი ტრენინგის სპეციალური პროგრამები.

♦ ფსიქოსოციალური თეორიები

სისტემების თეორია. ფსიქოსოციალური თეორიები ADHD-ის აღმოცენებაში ძირითად ყურადღებას ამახვილებს ოჯახის, ან უფრო ფართო სოციალური გარემოს როლზე. ოჯახური პრობლემებიდან აღსანიშნავია: მშობლების ფსიქოლოგიური პრობლემები (დეპრესია, შფოთვა, აგრესია, ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია), ცოლ-ქმრული უთანხმოებანი, მშობლის და ბავშვის ძალადობრივი ურთიერთობები, ჩვილობაში ზედმეტი მზრუნველობა. ფართო სპექტრის სოციალური კონტექსტიდან მნიშვნელოვანია: დაბალი სოციალურ-ეკონომიური სტატუსი, ინსტიტუციონალიზაცია, თანატოლებთან ურთიერთობის პრობლემები, სკოლის პერსონალთან ურთიერთობის პრობლემები. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს პრობლემები, უფრო მეტად, ქცევითი აშლილობის რისკ-ფაქტორებია და არა ADHD-ის განვითარებისა.

რამდენად ხშირია ADHD?

ADHD-ის გავრცელება განსხვავდება ქვეყნების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობების მიხედვით, თუმცა, სოციალური მდგომარეობის მიუხედავად, გარკვეული ხარისხით გვხვდება ყველა ქვეყანასა და კულტურაში. გამოკვლევების თანახმად, იგი სასკოლო ასაკის ბავშვების 3-7%-ს აღენიშნება. ამასთან, მისი შემთხვევები ბიჭებში უფრო ხშირია: ბიჭების შეფარდება გოგონებთან მერყეობს 6:1-დან 10:1-მდე. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების მიხედვით შეფასებისას, გოგონებში ხშირია ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის უპირატესად უყურადღებო ტიპი, რომლის ქცევითი გამოვლინებები ნაკლებად შესამჩნევია. გენერალურ პოპულაციაში ADHD-ს დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს, საშუალოდ, მამაკაცების 9%, ხოლო ქალების 4% აკმაყოფილებს.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება ADHD-ის შემთხვევაში?

ამ სინდრომის ძირითადი პრობლემებია ყურადღების დეფიციტი, იმპულსურობა და ჰიპერაქტივობა. მათთან დაკავშირებული სირთულეებია:

- ჩამორჩენა აკადემიურ მოსწრებაში;
- პრობლემები თანატოლებთან ურთიერთობაში;
- დაბალი თვითშეფასება და უპატივცემულობა საკუთარი თავის მიმართ;
- ქცევის პრობლემები;
- ნეგატიური დამოკიდებულება მშობლებთან;
- ნეგატიური დამოკიდებულება მასწავლებლებთან;
- აგრესიულობა.

ყურადღების დეფიციტი ვლინდება:

- თანატოლებთან შედარებით ყურადღების კონცენტრაციის უნარის ხანგრძლივობის სიმცირეში;
- ყურადღების შერჩევითობისა და ფოკუსირების დარღვევაში; სელექციური ყურადღების სიმწირეში, სტიმულების აღქმისა და გაგების შეზღუდულ უნარში;
- ხელისშემშლელი სტიმულისადმი ზედმეტად მგრძნობიარობაში;

ასეთ ბავშვებს ყურადღება ძალზე ადვილად გადააქვთ ხელის-შემშლელ სტიმულებზე; მათ არ შეუძლიათ იმპულსური რეაქციის შეჩერება ისეთ სიტუაციაში, რომელიც მოითხოვს კონცენტრირებულ, ორგანიზებულ და მიზანმიმართულ მოქმედებას;

- ყურადღების მიზანმიმართული გადატანის უნარის დაქვეითებაში. ეს ყოველივე იმით აიხსნება, რომ ასეთ ბავშვებში ძალიან დაბალია აქტივაციის დონე და ამიტომ ისინი სტიმულირების სხვა წყაროებს ეძებენ. ტვინის აქტივობის დონე ჰიპერაქტიურ ბავშვებში გაცილებით უფრო დაბალია, ვიდრე ჩვეულებრივ ბავშვებში.

იმპულსურობა ვლინდება:

- დავალებაზე პასუხის გაცემისას, შეჩერების და დაფიქრების უუნარობაში;
- საკუთარი ჯერის დალოდების უუნარობაში;
- თანმიმდევრული მოქმედების დაგეგმვისა და კონტროლის პრობლემებში;
- დაუფიქრებელ მოქმედებაში.

ჰიპერაქტივობა ვლინდება ჭარბ მოტორულ აქტივობაში. აქტივობის ხარისხის გასაზომი სპეციალური ხელსაწყოების საშუალებით მიღებული შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ ADHD-ის მქონე ბავშვები, სხვა ბავშვებთან შედარებით, მოუსვენრობის მაღალი დონით ხასიათდებიან. აქტიურობის ზრდა ნაკლებად შესამჩნევია თავისუფალი თამაშის დროს, მაგრამ აშკარა ხდება წესებით შეზღუდული თამაშების, ფილმების ყურების, ან კონსტრუქტორით თამაშის დროს. უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგ შემთხვევაში აქტივობის დონის გაზომვების შედეგები ჰიპერაქტიურ ჯგუფში არ ემთხვევა ყურადღების გაზომვის შედეგებს. აუცილებელი არაა, რომ უყურადღებო ბავშვები ზედმეტად მოუსვენრები იყვნენ. შესაბამისად, ADHD-ის მქონე ბავშვები განსხვავდებიან ქცევითი სიმპტომების მიხედვით.

ჩამორჩენა აკადემიურ მოსწრებაში – პირველ მეორე კლასში ADHD-ის მქონე ბავშვების აკადემიური მოსწრების შეფასების მონაცემები (ინტელექტის კოეფიციენტის მაჩვენებლები, მიღწევის ტესტების მონაცემები) არ განსხვავდება იმავე ასაკის ჩვეულებრივი ბავშვების მონაცემებისგან; მე-3 კლასიდან კი მათი მაჩვენებლები გაცილებით დაბალი და ცვალებადია ნორმასთან შედარებით. დამტკიცებულია, რომ მცირეწლოვან ბავშვებთან შედარებით უფროსი ასაკის ADHD-ის მქონე ბავშვებს მეტი პრობლემები უჩნდებათ სწავლასა და ემოციურ განვითარებაში. ისინი,

პატარებთან შედარებით, უფრო დეპრესიულნი და აგრესიულნი არიან, უჭირთ კომუნიკაცია. აღსანიშნავია, რომ აგრესიულ ADHD-ის მქონე ბავშვებს გაცილებით მეტად უჭირთ კითხვის სწავლა, ვიდრე უბრალოდ აგრესიულ, ან მხოლოდ ADHD-ის მქონე ბავშვებს.

აგრესიულობა და ქცევის პრობლემები – ADHD-ის მქონე ბავშვებს უჭირთ სოციალური ურთიერთობების დამყარება. ისინი ხშირად არაპოპულარულები და გარიყულები არიან თანატოლების მიერ. გასაკვირი არაა, რომ მათი უმეტესობა არ არის დარწმუნებული საკუთარ შესაძლებლობებში და თითქმის დაკარგული აქვს თვითპატივისცემა. ასაკის მატებასთან ერთად ეს პრობლემები მძაფრდება. ADHD-ის მიზეზით გამონვეული ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა აგრესიული და ასოციალური ქცევა (მაგ. ჩხუბი, ქურდობა, ტყუილი). მსგავსი ქცევები ADHD-ის მქონე ბავშვების 70%-ს ახასიათებს. გასაგებია, რომ პრობლემური ქცევის გამო ასეთი ბავშვების მიმართ უარყოფითი განწყობა იქმნება, მის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებაა სახლში, სკოლაში. ამიტომაც, რომ ხშირად ქცევის პრობლემების მოგვარება ADHD-ის განკურნებასთან ასოცირდება.

როგორ შეიძლება დავეხმარეთ ADHD-ის მქონე ბავშვს?

პირველ რიგში აუცილებელია სინდრომის დიაგნოსტიკა და სწორი შეფასება. იმის გამო, რომ ADHD-ის გამოვლინებები მრავალფეროვანია, სხვადასხვა სიტუაციაში განსხვავებულად ვლინდება, უშუალო დაკვირვებასთან ერთად მეტად მნიშვნელოვანია ინფორმაციის სხვადასხვა წყაროდან მოგროვება. დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია იმის გარკვევა, თუ რამდენად ეთანხმება ქცევითი გამოვლინებები ADHD-ის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს, რა სიხშირით და რომელ სიტუაციებში აღმოცენდება პრობლემური ქცევები და რა ხარისხით უშლის ეს ქცევები ბავშვს ყოველდღიურ ფუნქციონირებასა და გარემოსთან შეგუებაში, ასევე, აქვს თუ არა ბავშვს სხვა თანმხლები აშლილობა.

სწორი დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა:

1. მშობლის ინტერვიუება სახლში ბავშვის ქცევასთან დაკავშირებით;

2. მასწავლებლის ინტერვიუება კლასში ბავშვის ქცევის შესახებ;
3. ბავშვის ფსიქოლოგიური ტესტირება ინტელექტის დონისა და ფსიქიკური ფუნქციების ასაკობრივი მომწიფების დადგენის მიზნით;
4. ბავშვზე უშუალო დაკვირვება, რომლის დროსაც ფასდება ბავშვის იმპულსურობის, ჰიპერაქტივობისა და უყურადღებობის ქცევითი გამოვლინებები და მათი ხარისხი;
5. ბავშვის მდგომარეობის შეფასება კომორბიდული აშლილობების გამოვლენის მიზნით და დიფერენცირებული დიაგნოსტიკისათვის: აუცილებელია ბავშვის შფოთვითი აშლილობის, დეპრესიის, ქცევითი აშლილობის, ოპოზიციურ-დევიანტური ქცევის, განვითარების პერვესიული აშლილობისათვის დამახასიათებელი კრიტერიუმების შემოწმება.

ADHD-ის მკურნალობა და სიმპტომების შემსუბუქება მაქსიმალურად ეფექტურია მაშინ, როდესაც გამოიყენება სხვადასხვა სახის მიდგომები.

- უპირველეს ყოვლისა, მშობლები მაქსიმალურად უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი ADHD-ის შესახებ, რათა ადეკვატური დამოკიდებულება ჩამოუყალიბდეთ ბავშვის მდგომარეობის შესახებ, შეძლონ სწორად განსაზღვრონ და დააკვირდნენ სიმპტომებს;
- ბავშვისათვის, მიზანშეწონილია, ინდივიდუური, ან ჯგუფური კონსულტაციების ჩატარება. კონსულტაცია შეიძლება მოიცავდეს: ADHD-ის შესახებ ინფორმირებას; სოციალური ურთიერთობის ჩვევების ჩამოყალიბების ტრენინგს; სპეციალური ტექნიკების სწავლებას, რომლებიც ბავშვს დაეხმარებიან იმპულსის შეკავებასა და ყურადღების კონცენტრაციაში. მოზრდილ ბავშვებს დავალებისა თუ სამუშაოს ორგანიზებასა და დასრულებას ასწავლიან დღიურების და წამზომის გამოყენებითაც კი.
- მშობლებისა და მასწავლებლების მიერ ქცევითი ტექნიკის გამოყენება, დაეხმარება ბავშვს წარმატებით შეხვდეს გარემოს მოთხოვნებს. როგორც აღმოჩნდა, ADHD-ის მქონე ბავშვების უმრავლესობა მიისწრაფვის სხვებისთვის მოსაწონი ქცევისაკენ, დავალების წარმატებით დასრულებისაკენ, ამიტომ წინასწარ შეთანხმებული არავერბალური სიგნალი, შეიძლება, ძალიან სასარგებლო გამოდგეს დავალებასთან დასა-

ბრუნებლად. დავალების დამთავრებისა და მითითების შესრულების შემთხვევაში, ნახალისება (პრიზი, ჯილდო, შექება) სასარგებლოა ამ მიღწევების განმტკიცებაში. **ეს დადებითი განმტკიცება დროული და ხშირი უნდა იყოს.** ADHD-ის მქონე ბავშვები არ რეაგირებენ გადავადებულ ნახალისებასაზე. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისთვის ნახალისება ყოველ 5-10 წუთშია საჭირო. დაწყებითი სკოლის ასაკის ბავშვებისთვის დღეში რამდენჯერმე, მოზრდილებისთვის — დღეში ერთხელ.

ADHD-ის მქონე ბავშვების დასახმარებლად სხვა ხერხებიც გამოიყენება:

- ბავშვისთვის მხოლოდ ერთ ან ორ-ნაბიჯიანი დავალების მიცემა.
- საშინაო დავალების მცირე დავალებებად დაყოფა (თითოეული პატარა დავალება მოწმდება ახალ დავალებაზე გადასვლამდე).
- ბავშვისათვის ჩვენება, თუ რა რაოდენობის დავალებების დასრულება შეუძლია წინასწარ განსაზღვრული დროის განმავლობაში.
- ბავშვისათვის დღიურის წარმოებაში დახმარების აღმოჩენა.
- საშინაო დავალების რვეულში დღის განრიგის გეგმის სახით ჩამოწერა და მისი შემოწმების სწავლება.

ADHD-ს მქონე ბავშვების დასახმარებლად ფართოდ გამოიყენება ოჯახური ინტერვენციის პროგრამა:

- ◆ პირველი შეხვედრა ფსიქო-საგანმანათლებლოა: მშობლებს ADHD-ის შესახებ ამომწურავი ინფორმაცია მიეწოდებათ მათთვის გასაგები ენით.
- ◆ მეორე შეხვედრისას ხდება ბავშვი-მშობლის ურთიერთობის ოთხ ფაქტორიანი მოდელის აღწერა და ქცევის მართვის პრინციპების განხილვა. ბავშვის ქცევა აიხსნება შემდეგი ოთხი ფაქტორის მოქმედების ეფექტით:
 1. ბავშვის შინაგანი მახასიათებლები, როგორიცაა ტემპერამენტი;
 2. მშობლის შინაგანი მახასიათებლები;
 3. ოჯახური სტრესი;
 4. ბავშვის ქცევის უშუალო შედეგები.

ამ შეხვედრაზე ხდება განმტკიცების სისტემების გაცნობა. მშობლების ქცევაც ამ ოთხი ფაქტორით განისაზღვრება. ბავშვის ქცევაზე მშობლის რეაგირების ხასიათზე გავლენას ახდენს:

1. მშობლის შინაგანი მახასიათებლები – მათი მოლოდინები;
2. ბავშვის შინაგანი მახასიათებლები;
3. ოჯახური სტრესი;
4. უფროსის ქცევის შედეგები.

ისევე, როგორც მშობლები ახდენენ გავლენას და აყალიბებენ ბავშვის ქცევას, ბავშვებიც მოქმედებენ მშობლების ქცევაზე. ამ შეხვედრაზე განიხილავენ ბავშვის მშობელზე ზემოქმედების მექანიზმებს.

- ◆ მესამე შეხვედრაზე მშობლებს ავარჯიშებენ ბავშვთან სპეციალური თამაშის პროცესში პოზიტიურად უპასუხონ სოციალურად მისაღებ ქცევას და იგნორირება გაუკეთონ არასასურველ ქცევას. სპეციალური თამაშისთვის ყოველდღიურად უნდა იქნას გამოყოფილი, დაახლოებით, 15-20 წუთი. ბავშვი თვითონ ირჩევს რაიმე აქტივობას. ბავშვთან ურთიერთობისას მშობელი უნდა მოერიდოს ბრძანებებსა და შეკითხვებს. მშობელი აღნიშნავს ბავშვის დადებით აქტივობას და აჯილდოვებს მას. ამავე დროს, ხდება მიუღებელი ქცევის იგნორირება. როგორც კი ურთიერთობის ასეთი სტილი ჩამოყალიბდება, ბავშვი ნელ-ნელა ერთვება ასეთი ტიპის ურთიერთობაში და მისთვის მშობელთან ურთიერთობა ღირებული ხდება.
- ◆ მეოთხე შეხვედრისას მშობლებს ავარჯიშებენ, თუ როგორ მიიღოს სოციალურად მისაღები ქცევა და როგორ გაუკეთოს იგნორირება მიუღებელ ქცევას, მაშინ, როცა ბავშვი დამოუკიდებლად თამაშობს. ძირითადი ჩვევაა მისი სოციალურად მისაღები ქცევის აღნიშვნა და განმტკიცება. ამ შეხვედრაზე მსჯელობენ ბავშვისათვის ეფექტური მითითებების მიცემაზე. ბავშვისადმი მიმართული ინსტრუქციები უნდა იყოს მოკლე, მარტივი, გასაგები; გამოთქმის ტონი კი უნდა იყოს ისეთი, რომ გამოხატავდეს დარწმუნებულობას მათ შესრულებაში. ინსტრუქციის მიცემისას აუცილებელია თვალებით კონტაქტი. მითითების მიცემისას შემაფასებელი ინფორმაცია სასურველი არ არის, რადგან ართულებს აღქმას და იწვევს ბავშვის წინააღმდეგობას. მითითების მიცემის შემდეგ, სასურველია, ბავშვმა გაიმეოროს დავალება, საიდანაც ჩანს, გაიგო თუ არა მან მითითება.

როდესაც მითითებების შესრულების ტრენინგს იწყებენ, მიზანშეწონილია ისეთი აქტივობებითა და დავალებებით დაწყება, რომელშიც ბავშვი უფრო მეტ მონდომებასა და ინტერესს ამჟღავნებს. ვარჯიშისათვის აუცილებელია ისეთი დროისა და ადგილის შერჩევა, რომ ბავშვი არ იყოს დაღლილი, ავად, ან ხმაურიან გარემოში. შეხვედრის ბოლოს მშობლებს აძლევენ საშინაო დავალებას ბავშვისათვის დადებითი განმტკიცებისა და იგნორირების მოქმედებების განხორციელებაში.

- ◆ მეხუთე შეხვედრაზე მშობლები ვარჯიშობენ, თუ როგორ და რა სახით გამოიყენონ დაჯილდოება.

სამკურნალო პროგრამის დაწყებიდან მე-6 – მე-8 კვირისათვის წესრიგდება ბავშვისა და მშობლის ურთიერთობა. ამიტომ:

- ◆ მეექვსე შეხვედრაზე მშობლებს ასწავლიან, თუ როგორ უნდა განახორციელონ უარყოფითი განმტკიცება და დასჯის რა ფორმები უნდა გამოიყენონ წესების დარღვევისა თუ ურჩობის ეპიზოდების შემთხვევაში.
- ◆ მეშვიდე შეხვედრაზე მშობლებს ასწავლიან “ტაიმ-აუტის” პრინციპებს და კონკრეტულ შემთხვევაში მათი გამოყენების ხერხებს.
- ◆ მერვე შეხვედრისას მშობლებს ასწავლიან, თუ როგორ გაუმკლავდნენ ბავშვის მიუღებელ ქცევას საზოგადოებრივ ადგილებში; ავარჯიშებენ როგორ განჭვრიტონ პრობლემა და თავიდან აიცილონ არასასურველი ქცევა.

ეს პროგრამა საკმაოდ მოქნილია და ადვილად ხორციელდება. მშობლებს ეძლევათ დაბეჭდილი მასალები და დამხმარე ინსტრუქციები (Barkley, 1987; Carr, 1997). თუ მშობლებს რაიმე სირთულეები აქვთ ბავშვთან ურთიერთობისას, ისინი ტელეფონით უკავშირდებიან თერაპევტს (ფსიქოლოგს) და იღებენ კონსულტაციას.

როგორ ვასწავლოთ ADHD-ის მქონე ბავშვს?

ADHD-ის მქონე ბავშვებს, პირველ რიგში, ესაჭიროებათ სწავლის ფიზიკური პირობების შექმნა, შემდეგ, სპეციალური სასწავლო პროგრამები, რომელებიც ასეთი ბავშვების თავისებურებებს ითვალისწინებს.

ფიზიკური გარემოს მოწყობა:

1. სასურველია და აუცილებელიც, დახურული ტიპის საკლასო ოთახები, ვინაიდან ღია ტიპის ოთახებში მრავალი სმენითი და მხედველობითი ხელშემშლელი სტიმულია.
2. უმჯობესია, ბავშვი დავსვით პირველ მერხზე, მასწავლებელთან ახლოს, კარებისა და ფანჯრებისგან მოშორებით.
3. ყოველი გარე ხმაური და მხედველობითი გამღიზიანებელი მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ახალი მასალის მიწოდება ხდება.

მითითებები:

4. მითითებები ბავშვს უნდა მიეწოდოს მარტივი წინადადებებით, სწორი არტიკულაციით, მკაფიოდ.
5. მითითება უნდა იყოს კონკრეტული, პოზიტიურად ფორმულირებული; კერძოდ, მოკლე შეტყობინება იმის შესახებ, თუ რა უნდა გააკეთოს ბავშვმა.
6. ახალი ინფორმაცია უნდა დანაწევრდეს მოკლე თემებად.
7. ზეპირი ინფორმაციის უკეთ გაგებას ხელს უწყობს მასწავლებლის მიერ ნელი ტემპით საუბარი.
8. ვერბალურ მითითებებს თან უნდა ახლდეს ვიზუალური, დამხმარე მასალა (სურათები, დიაგრამები, მოდელები.)
9. ვინაიდან ყოფითი მოვლენები უკეთესად გვამახსოვრდება, კონკრეტული მაგალითები და უშუალო გამოცდილებით მიღებული ცოდნა მეტად ეფექტურია.
10. აუცილებელია ბავშვთან პერიოდული უკუკავშირის დამყარება იმაში დასარწმუნებლად, რომ იგი ნამდვილად გვისმენს. ამ დროს მასწავლებელი თვალებით კონტაქტს ამყარებს ბავშვთან და მშვიდად აძლევს კითხვას განსახილველი საკითხის შესახებ.
11. საჭიროების შემთხვევაში აუცილებელია მითითებების გამეორება; საჭიროა ბავშვის გამხსნევა, რათა გაიმეოროს მითითება.

ქცევის მართვა:

12. აუცილებელია ბავშვისთვის სტრუქტურირებული გარემოს შექმნა, სადაც მან იცის თუ რას მოელოდებიან მისგან. წესები უნდა იყოს მარტივი, ცოტა და ბავშვებთან წინასწარ შეთანხმებული. ბავშვმა ზუსტად უნდა იცოდეს თუ როგორი იქნება მასწავლებლის რეაგირება წესის დარღვევაზე ან მის წარმატებაზე.

13. მნიშვნელოვანია საკლასო რუტინის შემუშავება, რადგან ბავშვისთვის გარემო, უფროსის ქცევა უნდა იყოს კონსისტენტური და მოსალოდნელი.
14. მასწავლებელი ყოველთვის წარმართავს ბავშვის ყურადღებას სიტყვით, ფიზიკური შეხებით და ე.წ. „საიდუმლო“ სიგნალის გამოყენებით. ბავშვისათვის არ არის საკმარისი მხოლოდ სიტყვით შეხსენება, ან შენიშვნა. აუცილებელია რეაგირების რამდენიმე ფორმის ერთდროული გამოყენება.
15. აუცილებელია ბავშვის ქცევის შედეგზე დაუყოვნებლივ რეაგირება. ბავშვს ესაჭიროება ხშირი, მკაფიო და გასაგები უკუკავშირი მის ქცევაზე.
16. ქცევის გარედან დაგეგმვა და მითითებები იმის შესახებ თუ რა რის შემდეგ უნდა გააკეთოს, ხელს უწყობს ბავშვის მიზანშეწონილ ქცევას გაკვეთილზე.

აუტიზმი

რა არის აუტიზმი?

აუტიზმი ტვინის განვითარების ნეირობიოლოგიური დარღვევის შედეგია, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის დამყარების, სოციალური ურთიერთობების ჩამოყალიბებისა და გონებრივი განვითარების პროცესებზე. ბავშვს პრობლემები აქვს სოციალურ განვითარებაში, კომუნიკაციაში, მეტყველებაში, ქცევაში, განსაკუთრებით კი წარმოსახვით თამაშში. პირველად აუტიზმი 1943 წელს აღწერა **Leo Kanner**-მა აღრეული ბავშვობის აუტიზმის სახელწოდებით. იგი გამოყოფდა აუტიზმისათვის დამახასიათებელ შემდეგ ნიშნებს:

- სოციალური ურთიერთობის დამყარების უუნარობა,
- კომუნიკაციის მიზნით მეტყველების გამოყენების შეუძლებლობა,
- ცვლილებებისადმი ძლიერი რეზისტენტობა,
- საგნებით გატაცება,
- ამ მახასიათებლების გამომჟღავნება 30 თვის ასაკამდე.

აუტიზმის სიმპტომები, ჩვეულებრივ, თავს იჩენს ბავშვის ცხოვრების პირველი სამი წლის განმავლობაში და თან სდევს მას მთელი ცხოვრების მანძილზე. საყურადღებოა, რომ შემთხვევათა 20%-ში მშობლები აღნიშნავენ ნორმალურ განვითარებას პირველი ორი წლის განმავლობაში.

გამოვლინების ხარისხის მიხედვით აუტიზმი მრავალფეროვანია. ყველაზე ძლიერ ფორმას ახასიათებს გარემოსთან კონტაქტის შეუძლებლობა, თანატოლებთან და უფროსებთან ურთიერთობის დამყარების შეუძლებლობა, ინტერესების, ემოციის გაზიარების შეუძლებლობა, განმეორებადი, უჩვეულო, თვითდამაზიანებელი და აგრესიული ქცევა, შიშები. ყველაზე სუსტი ფორმა ჰგავს პიროვნულ აშლილობას, დასწავლის უნარის დარღვევას.

აუტიზმის მქონე ბავშვებს იშვიათად თუ შეუძლიათ იცხოვრონ ინტენსიური და ხანგრძლივი თერაპიული ინტერვენციის, მშობლების ზრუნვისა და ზოგჯერ ჰოსპიტალიზაციის ან მკურნალობის გარეშე.

აუტიზმის სინდრომისათვის დამახასიათებელი ნიშნები სხვა

მდგომარეობების დროსაც გვხვდება, ამდენად, დგება დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებისა და აუტიზმის მსგავსი მდგომარეობების კლასიფიკაციის პრობლემა.

სინონიმებია: ბავშვთა აუტიზმი, კანერის სინდრომი, ადრეული ბავშვობის აუტიზმი.

განვითარების პერვერსიული აშლილობის კლასიფიკაცია

ICD-10	DSM-IV-TR
F84.0 ბავშვთა აუტიზმი	299.0 აუტისტური აშლილობა
F84.1 ატიპური აუტიზმი	
F84.2 რეტის სინდრომი	299.80 რეტის აშლილობა
F84.3 ბავშვობის სხვა დეზინტეგრაციული აშლილობა	299.10 ბავშვობის დეზინტეგრაციული აშლილობა
F84.4 ზეაქტიური აშლილობა გონებრივი ჩამორჩენილობითა და სტერეოტიპული მოძრაობებით	
F84.5 ასპერგერის სინდრომი	299.80 ასპერგერის აშლილობა
F84.8 სხვა განვითარების პერვესიული აშლილობა	
F84.9 განვითარების გაურკვეველი პერვესიული აშლილობა	299.80 განვითარების გაურკვეველი პერვესიული აშლილობა

რით ხასიათდება აუტიზმი?

სინდრომის სახელწოდებიდან გამომდინარე, აუტიზმის მქონე პირს ახასიათებს, პირველ რიგში, გარემოსთან კონტაქტის დამყარების პრობლემა. ასეთი ბავშვი არ აქცევს ყურადღებას

ოჯახის წევრებს, თითქოს ვერც ამჩნევს მათ, არ თამაშობს სხვა ბავშვებთან, ვერ ახერხებს სხვა ადამიანისა და სიტუაციის ემოციური კონტექსტის აღქმას, უჭირს საკუთარი აზრის, ემოციის, ინტერესის სხვებისთვის გაზიარება. აქვს შეზღუდული ინტერესები. არ შეუძლია წარმოსახვითი და როლური თამაში. შეიძლება შეგვხვდეს აუტიზმის გამოვლინების სხვადასხვა ხარისხი, მაგრამ ყველას, მეტ-ნაკლებად, 3 წლამდე უკვე უმჟღავნდება პრობლემები კომუნიკაციაში, სოციალურ ურთიერთობაში, მეტყველებაში, ემოციურ განვითარებაში. მეტად მნიშვნელოვანია, რომ უკვე ჩვილობაში დაქვეითებულია ე.წ. ერთობლივი ყურადღება, რაც თვალთ კონტაქტსა და სხვებთან გამოცდილების გაზიარებას გულისხმობს.

● **მეტყველების პრობლემები**

აუტიზმის მქონე ბავშვები განსხვავდებიან მეტყველების განვითარების დონით. მეტყველების პრობლემები, შეიძლება, ცვალებადობდეს სრული მუტიზმიდან მანერულ მეტყველებამდე. ყველა შემთხვევაში, ბავშვისათვის მეტყველება კომუნიკაციის საშუალებას არ წარმოადგენს. დიალოგური მეტყველებისას ხშირია ექოლალიები. ისინი, ვინც შედარებით უკეთ მეტყველებენ, უცნაურ მეტაფორებს ხმარობენ, აქვთ ფორმალური და მონოტონური ხმა, ან განელილი, წამღერებითი ინტონაცია. აუტიზმის მქონე ბავშვები, ხშირად, თავის თავს აღნიშნავენ მესამე და არა პირველ პირში. ასევე, ხშირია, საყვარელ შეზღუდულ თემებზე საუბარი, ნეოლოგიზმები, მანიპულირება ბგერებით, სიტყვებით, სტერეოტიპული ფრაზებით.

ამრიგად, აუტიზმისთვის, ძირითადად, დამახასიათებელია ექოლალია, აუტოექოლალია, გადავადებული ექოლალია, სტერეოტიპული ფრაზები, აკვიატებული ფრაზების გამეორება (მაგ. ფილმებიდან, რეკლამებიდან) და კარგი ლექსიკური მარაგის შემთხვევაშიც კი მეტყველების გამოყენების შეუძლებლობა კომუნიკაციის დამყარების მიზნით.

მეტყველების განვითარების დარღვევის სიმძიმისა და ხარისხის მიხედვით გამოყოფენ აუტიზმის მქონე ბავშვების სამ ჯგუფს (L. Kanner, 1943; ო. ნიკოლსკაია, 1981):

1. ამ ჯგუფის ბავშვებისათვის მიუწვდომელია მეტყველების კომუნიკაციური ფუნქცია. მათ შეუძლიათ ცალკეული ბგერების, ან სიტყვების გამოთქმა, რაც ემსახურება არა კომუნიკაციას,

არამედ ასახავს ბავშვის აფექტურ მდგომარეობას ან სიტუაციაზე მის ემოციური რეაგირებას. აღენიშნებათ აუტოექო-ლალიები.

2. ამ ჯგუფის ბავშვებს პირველი სიტყვების წარმოთქმა შეუძლიათ ნორმალური განვითარებისათვის დამახასიათებელ ჩვეულ პერიოდში. ფრაზული მეტყველება – ელემენტარული ფრაზების წარმოთქმა – 3-4 წლის ასაკისათვის ყალიბდება, მაგრამ შემდგომში აღარ ვითარდება. ბავშვების ლექსიკონი ღარიბია, ფრაზები – სტერეოტიპული; აღენიშნებათ როგორც აუტოექოლალიები, ასევე სიტყვებისა და ფრაზების ექოლალიებიც;
3. ამ ჯგუფის ბავშვებს სიტყვის დიდი მარაგი და კარგად განვითარებული ფრაზული მეტყველება აქვთ. მიუხედავად ამისა, მათ უჭირთ კომუნიკაციის დროს მეტყველების გამოყენება. ბავშვების მეტყველება სტერეოტიპულ ხასიათს ატარებს, მოსაუბრეს რჩება ხელოვნურობის, მექანიკურობის შთაბეჭდილება.

● კომუნიკაციის დარღვევა

აუტიზმის მქონე ბავშვები ხშირად არ რეაგირებენ საკუთარ სახელზე, ერიდებიან და არ უყურებენ სხვა ადამიანებს. ისინი გაურბიან პირდაპირ მზერას, ხშირად ეწინააღმდეგებიან ხელში აყვანას. მათ უჭირთ ხმის სიმაღლის, ტემბრის, ან სახის გამომეტყველების განსაზღვრა; არ პასუხობენ სხვის ემოციებს, ვერ იგებენ სხვისი ემოციის გამოხატულებას, სახის ექსპრესიას და ჟესტებს, ნაკლებად შედიან კონტაქტში ოჯახის წევრებთან, შეიმჩნევა უცნაური გულგრილობა ახლობლების მიმართ. აუტიზმის მქონე ბავშვებს ჩვილობის ასაკშივე აღენიშნებათ მიჯაჭვულობის დარღვევა და ემოციის გაზიარების პრობლემები; თითქოს, არ ესმით სხვისი მათდამი დამოკიდებულება და საკუთარი მოქმედების გავლენა სხვა ადამიანებზე. ამის შედეგია თანატოლებთან თამაშისა და მეგობრული ურთიერთობის დამყარების უუნარობა.

საინტერესოა, რომ ჯერ კიდევ ჩვილობის ასაკშია შესამჩნევი ერთობლივი ყურადღების დაქვეითება, რაც რაიმეზე ყურადღების ერთობლივ გამახვილებასა და გამოცდილების რეციპროკულ გაზიარებას გულისხმობს. მაგ. ჩვეულებრივი ბავშვი 9 თვის ასაკში თვალს აყოლებს უფროსის მიერ მითითებულ ნაცნობ საგანს, ხოლო 1 წლის ასაკში კი ყალიბდება “პროტოიმპერატიული

მითითება”, როდესაც ბავშვს შეუძლია მოიპოვოს საგანი უფროსის ყურადღების მიპყრობით (თვალთ კონტაქტით, ჟესტით, სიტყვით). ამ შემთხვევაში, უფროსი მიზნის მიღწევის საშუალებაა. 1 წლის შემდეგ კი ყალიბდება “პროტოდეკლარაციული მითითება”, როდესაც ბავშვი იპყრობს უფროსის ყურადღებას არა ობიექტის მოსაპოვებლად, არამედ მისთვის საინტერესო ობიექტზე და მოვლენაზე უფროსის ყურადღების მისაქცევად. აუტისტური სპექტრის აშლილობის შემთხვევაში ასეთი ერთობლივი ყურადღების ქცევები დარღვეულია.

● სენსორული რეაქციის წინააღმდეგობრივი ნიშნები

აუტიზმის მქონე ბავშვებს სენსორული გამლიზიანებლებისადმი ძლიერი ჰიპერესთეზია აქვთ: მხედველობითი, სმენითი, ტაქტილური, გემოს თუ სუნის სტიმულების მიმართ მგრძნობელობა ძლიერ ანეულია და უსიამოვნო რეაქციას იწვევს. ამიტომ ხშირად ჯანმრთელი ბავშვებისგან განსხვავებით, გარემო მათთვის უსიამოვნო შეგრძნებებისა და უარყოფითი ემოციების მომგვრელია. ბავშვებისათვის განსაკუთრებულად ძლიერი გამლიზიანებელია ადამიანის სახე, ამიტომ მათ არ შეუძლიათ თვალებში ყურება და გაურბიან პირდაპირ მზერას. ბავშვი უკვე ჩვილობაში რეაგირებს უარყოფითად ფერად სათამაშოებზე, ხმებზე, ტანსაცმლისა თუ საჭმლის გარკვეულ სახეობაზე, არ უყვარს, როცა ეხებიან, იხუტებიან. ასეთი ჰიპერესთეზია ბავშვებში შიშების აღმოცენების ფონს ქმნის.

ამავე დროს, აუტიზმის მქონე ბავშვები ამყლავნებენ პარადოქსულ უგრძნობლობას გარემო გამლიზიანებლების მიმართ. ერთის მხრივ, ბავშვი შეიძლება შეაშინოს სულ მცირე ხმამ, მეორეს მხრივ კი ძლიერ ხმაურზე, ან ხმამაღალ ლაპარაკზე არ ჰქონდეს რეაქცია; იქმნება შთაბეჭდილება, თითქოს დაყრუებულია. იგივე შეიძლება ითქვას სხვა სენსორულ მოდალობებზეც. მაგალითად, ბავშვი არჩევს საჭმლის ფაქტურას და გემოს, არ ჭამს გარკვეული ტიპის საჭმელს, მაგრამ შეიძლება პირში ჩაიდოს და შეჭამოს არასაკვები რამ (ქაღალდი, ფოთლები).

მუდმივი სენსორული დისკომფორტის ფონზე ბავშვებს აღენიშნებათ თვითსტიმულაცია (მაგ. ტანის ქანაობა, ხტუნვა, ტრიალი), რომელიც კომპენსატორულ ხასიათს ატარებს და უცნაურ, არაადეკვატურ მოქმედებებად აღიქმება. აუტისტი ბავშვი თვითსტიმულაციით ცდილობს შფოთვის მომგვრელი და მისთვის

უსიამოვნო გარემოს მიერ გამოწვეული უარყოფითი ემოციების დაძლევის და დადებითად შეფერილი ემოციური მდგომარეობის მიღწევას.

სენსორულ გამლიზიანებლებზე ასეთი პარადოქსული რეაგირება სენსორული ინტეგრაციის დარღვევის შედეგია. ეს იმას ნიშნავს, რომ ბავშვს სხვადასხვა სენსორული არხის უჩვეულოდ დაბალი ან მაღალი ზღურბლი აქვს და ამავე დროს სხვადასხვა შეგრძნებებით მიღებული ინფორმაციის გაერთიანება სრულყოფილად ვერ ხერხდება. შესაბამისად ბავშვს შეიძლება დაბალი ზღურბლის გამო ჰქონდეს დაცვითი რეაქცია ტაქტილურ, ვესტიბულურ, სმენით ან მხედველობით გამლიზიანებლებზე (გაურბოდეს მათ), ან პირიქით, მაღალი ზღურბლის გამო ეძებდეს შესაბამისი მოდალობის გამლიზიანებლებს და სიამოვნებდეს ისინი.

● **გონებრივი უნარების არათანაბარი განვითარება**

აუტიზმის მქონე ბავშვების უმრავლესობას გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა ხარისხი ახასიათებს, საშუალო და საშუალოზე მაღალი ინტელექტი მხოლოდ მათ 20%-ს აქვს. ბავშვებს ხშირად აქვთ ხატვის, მუსიკის, ანგარიშის, მათემატიკის, ფაქტების დამახსოვრების (მათი მნიშვნელობის მიუხედავად), მხედველობითი გარჩევის, მხედველობით-სივრცითი ანალიზის გაძლიერებული უნარები. მოუმწიფებელი და აქსელერირებული უნარების ასეთი კომბინაცია წარმოადგენს აუტიზმის განსაკუთრებულ, პარადოქსულ თვისებას.

● **ცვლილებებისადმი რაზისტანტობა**

აუტიზმის მქონე ბავშვებს უჭირთ რაიმე შეცვალონ საკუთარ მოქმედებაში და ვერ იტანენ გარემოში მოულოდნელ ცვლილებებს. ახალი გარემო მათთვის ძლიერი უარყოფითი ემოციებისა და შიშების წყაროა. ნაცნობი გარემოსა და ყოველდღიური ცხოვრების წესის თუნდაც მცირეოდენმა ცვლილებამ (მაგ. ოთახის მოწყობაში, ჭამის, თუ დაბანის პროცესში), შეიძლება, ბავშვის მკვეთრად უარყოფითი რეაქცია გამოიწვიოს. მაგალითად, აუტიზმის მქონე ბავშვები დადიან ყოველთვის ერთი და იმავე გზით, ერთნაირი თანმიმდევრობით იცვამენ, აქვთ სტერეოტიპული რიტუალები. ჩვეულ დღის წესრიგში რაიმე ცვლილება იწვევს ბავშვის, ან მოზარდის უკიდურეს გაღიზიანებას. მათ წინასწარ შემზადება ესაჭიროებათ მოსალოდნელ ცვლილებებთან დაკავშირებით.

● ემოციური სფეროსა და ქცევის პრობლემები

როგორც აღვნიშნეთ, აუტისტური ქცევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია შიშები, რომელთა ერთ-ერთი წყაროც, შეიძლება, სენსორული ინტეგრაციის დარღვევა იყოს. ჩვეულებრივი საგნები და მოვლენები, შესაძლოა, ბავშვისათვის ძლიერი შიშის აღმოცენების მიზეზი გახდეს; ასევე, შიშს იწვევს ახალი სიტუაცია, ახალი საგნები. ასეთ შიშებთანაა დაკავშირებული უცნაური რიტუალური, სტერეოტიპული მოქმედებები, რომელთაც დაცვითი ხასიათი აქვთ. აუტისტური შიშები ამახინჯებს ბავშვის მიერ გარემოსა და სიტუაციის აღქმას და შეუძლებელს ხდის ბავშვის მიერ რეალობის ადეკვატურ გაგებას.

აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სტერეოტიპული მოქმედებები ვლინდება როგორც სხეულის ან სხეულის ნაწილების განმეორებად მოძრაობებში (მაგ. ტაში, თითების გრეხვა, ტანის მოძრაობები, ფეხის წვერებზე სიარული, სხეულის უცნაური პოზები), ასევე სტერეოტიპულ ქცევებში, მაგ. საგნების ზომის მიხედვით რიგში დანყობა, ერთი საგნით განმეორებითი ქმედება და ა.შ.

ბავშვის ემოციური და ქცევითი დარღვევები კარგად ჩანს თამაშში. აუტიზმის მქონე ბავშვების თამაშში სტერეოტიპულ ხასიათს ატარებს, მათ არ შეუძლიათ წარმოსახვითი და როლური თამაში. სათამაშოებზე უფრო მეტად ბავშვებისათვის მიმზიდველია საგნები, სხვადასხვა მასალა და მათი ფიზიკური ეფექტები (მაგ. ბოთლი, თავსახური, ღილები); ისინი სათამაშოებიდან უპირატესობას არასპეციალიზებულ სათამაშოებს ანიჭებენ (კუბიკები, მძივები) ხშირად ბავშვებს იზიდავს საგნის რომელიმე ნაწილი ან თვისება (მაგ. ნახვრეტი, ტრიალი, მოძრაობა, ბრჭყვიალი, ფერი, ფაქტურა). სპონტანური თამაში ინერტულ, სტერეოტიპულ ხასიათს ატარებს და იშვიათია სათამაშოთი საგნობრივი მოქმედებების განხორციელება; ხშირია სხვაობა მეტყველებაში გამოხატულ მოქმედებებსა და სათამაშოებით რეალურ მანიპულირებას შორის.

აუტიზმის კლინიკური ნიშნები

სფერო	ნიშნები
ინტერპერ- სონალური გარემო	ემპათიის უქონლობა; სოციალური ურთიერთობის წესების გაგების დაქვეითება; სოციალურ ურთიერთობაში რეციპროკულობის არარსებობა; მიჯაჭვულობის დარღვევა.
მეტყველება	მეტყველების განვითარების შეფერხება; სოციალური საუბრის დარღვევა; საუბარში ენის შემოქმედებითი გამოყენება; ექოლალია; ნეოლოგიზმები; ნაცვალსახელების რევერსია;
ქცევა	წარმოსახვითი თამაშის შეუძლებლობა; სტერეოტიპული ქცევები; რიტუალები და ცვლილებებისადმი ძლიერი რეზისტენტობა.
აფექტი	არაადეკვატური ემოციური ექსპრესია; ცვლილებაზე ინტენსიური ნეგატიური ემოციური რეაგირება; შიშები.
კოგნიტური სფერო	75%-ს აქვს 70-ზე დაბალი IQ; არავერბალური IQ მეტია ვერბალურზე; სოციალური პრობლემური სიტუაციის გადაწყვეტის უუნარობა; ზოგიერთი კოგნიტური უნარის იზოლირებული განვითარება.

როგორ ხდება აუტიზმის დიაგნოსტიკა?

აუტიზმის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

DSM-IV-TR

ა. ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან მინიმუმ 6 მაინც უნდა აღინიშნებოდეს:

- (1) სოციალური ურთიერთობის თვისობრივი დარღვევა, რომელიც ვლინდება შემდეგი ნიშნებიდან მინიმუმ 2-ში მაინც:
 - ა) მნიშვნელოვანი დარღვევები არავერბალური ქცევის ნიშნების გამოყენებაში (თვალებით კონტაქტი, სახის ექსპრესია, სხეულის პოზა, ჟესტები, რომლებიც სოციალურ ურთიერთობას ახლავს თან);
 - ბ) ტოლებთან ასაკის შესაფერისი ურთიერთობის დამყარების შეუძლებლობა;
 - გ) ინტერესების, სიზარულის და სხვა ემოციების სხვა ადამიანებისათვის გაზიარების შეუძლებლობა, (მაგ. რაიმეს ჩვენება, მითითება, მოტანა, მიმართვა);
 - დ) სოციალური და ემოციური რეცეპროკულობის სირთულე.
- (2) კომუნიკაციის თვისობრივი დარღვევა, რაც ვლინდება შემდეგი ნიშნებიდან მინიმუმ ერთში:
 - ა) მეტყველების განვითარების შეფერხება ან ტოტალური ჩამორჩენა (თან არ ახლავს ჟესტებით ან მიმიკით კომპენსაცია);
 - ბ) ადეკვატური მეტყველების მქონე ინდივიდებში დიალოგური საუბრის დაწყების და შენარჩუნების უუნარობა;
 - გ) სტერეოტიპული და განმეორებადი ან იდიოსინკრეზიული მეტყველება;
 - დ) მოცემული ასაკობრივი დონისათვის მისაწვდომი სოციალური იმიტაციური თამაშის, წარმოსახვითი თამაშის შეუძლებლობა.
- (3) განმეორებადი და სტერეოტიპული ქცევების პატერნები, ინტერესები და აქტივობები, რაც შემდეგიდან ერთში მაინც ვლინდება:

- ა) ერთი ან რამდენიმე სტერეოტიპული ქცევითი პატერნის არსებობა, რომელიც ანომალურია თავისი ინტენსივობით და ფოკუსირების ხარისხით;
 - ბ) უფუნქციო რიტუალებზე და წესრიგზე მიწევება;
 - გ) სტერეოტიპული და განმეორებადი მოტორული მანერისებები;
 - დ) ობიექტების ნაწილებით ინტენსიური დაინტერესება.
- ბ. ანომალური ფუნქციონირება შემდეგი სფეროებიდან ერთში მაინც, რაც 3 წლამდე ასაკში ვლინდება:
- სოციალურ ურთიერთობაში;
 - მეტყველებასა და მისი სოციალურ კომუნიკაციისათვის გამოყენებაში;
 - სიმბოლურ, წარმოსახვით თამაშში.
- გ. აშლილობა ვერ მიეწერება რეტის სინდრომს და ბავშვობის დეზინტეგრაციულ აშლილობას.

ICD-10

პერვესიული განვითარების დარღვევა განისაზღვრება როგორც ანომალური განვითარება, რომელიც ვლინდება 3 წლამდე ასაკში შემდეგ 3 სფეროში: სოციალური ურთიერთობა, კომუნიკაცია და განმეორებადი, სტერეოტიპული ქცევა.

თვისობრივი დარღვევებია რეციპროკულ სოციალურ ურთიერთობაში. ეს იღებს სოციალურ-ემოციური ნიშნების არაადეკვატური შეფასების ფორმას, რაც მჟღავნდება სხვა ადამიანების ემოციებზე რეაგირების დარღვევაში და სოციალური კონტექსტიდან გამომდინარე ადეკვატური ქცევის განხორციელების უუნარობაში, სოციალური სიგნალების მწირ და ნაკლოვან გამოყენებაში; სოციალური, ემოციური და კომუნიკაციური ქცევების ინტეგრაციის სისუსტეში.

კომუნიკაციაში თვისობრივი დარღვევები უნივერსალურ ხასიათს ატარებს. ენის სოციალური გამოყენება დარღვეულია. ასევე ადგილი აქვს: იმიტაციური, წარმოსახვითი თამაშის დარღვევას; მეტყველების ექსპრესიის სიმწირეს და ფანტაზიის დეფიციტს აზროვნების პროცესში; სხვა ადამიანების ვერბალურ და არავერბალურ ქმედებებზე ემოციური რეაგირების ნაკლოვანებას; ინტონაციის გამოყენების და სხვისი ინტონაციის სწორად გაგების

დარღვევას; კომუნიკაციის დროს ჟესტების სიმწირეს და მათი გაგების დარღვევას. ეს მდგომარეობა ხასიათდება, აგრეთვე, სტერეოტიპული და განმეორებადი ქცევებითა და შეზღუდული ინტერესებით. ასევე, ადგილი აქვს დღის წესრიგში და გარემოში მოულოდნელი ცვლილებების მიუღებლობას.

ადრეული ბავშვობის პერიოდში შეიძლება ადგილი ჰქონოდა მიჯაჭვულობას უჩვეულო ობიექტებზე. ბავშვი დაჟინებით ახორციელებს უფუნქციო რიტუალურ, განმეორებად აქტივობებს. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს რაიმის მიმართ სტერეოტიპულ ინტერესს. ხშირად სახეზეა მოტორული სტერეოტიპები, სპეციფიკური ინტერესი ობიექტების არაფუნქციური ელემენტებისადმი (ტექსტურა, სუნი).

ატიპური აუტიზმის დიაგნოზი ICD-10-ის მიხედვით დაისმება იმ შემთხვევაში, როცა აუტიზმის დამახასიათებელი ნიშნები შედარებით უფრო გვიან ვლინდება — 3 წლის შემდეგ, ან არ აკმაყოფილებს აუტიზმის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს ჩამოთვლილი 3 სფეროდან ერთში მაინც.

DSM-IV-TR-ის მიხედვით განვითარების გაურკვეველი პერვესიული აშლილობის დიაგნოზის მინიჭება ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მდგომარეობის ნიშნები არ აკმაყოფილებს ყველა დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს.

სამედიცინო-ლაბორატორიული მონაცემები:

აუტისტური სპექტრის აშლილობა ხშირად თან ახლავს (კომორბიდულია) გენეტიკურ და ნევროლოგიურ დაავადებებს, მაგ. როგორიცაა ტუბეროზული სკლეროზი ან მყიფე X სინდრომი. ამ შემთხვევაში მისი დიაგნოსტიკური კოდირება აუცილებელია სამედიცინო მდგომარეობების განზომილებაზეც (ICD-10-ის მიხედვით IV განზომილება: სომატური მდგომარეობები).

აუტიზმის მქონე პირებს ხშირად ანომალური ეგ-აქტივობა აღენიშნებათ; ეს კლინიკურად გულყრებში აუტიზმის მქონე პირთა 25%-ში ვლინდება.

აუტისტური სპექტრის აშლილობების დროს შესაძლებელია გლუტენის და კაზეინის ცვლის დარღვევები, რაც იწვევს რძისა და ხორბლის პროდუქტების მონელების პრობლემებს.

რა ინვეზს აუტიზმს?

აუტიზმი თანდაყოლილი ნეირობიოლოგიური დარღვევაა. მისი გამომწვევი მიზეზები უცნობია. ფიქრობენ, რომ მის აღმოცენებაზე გავლენას ახდენს:

- 1) ნეიროტრანსმიტერების ფუნქციის დარღვევა.
- 2) გენეტიკური ფაქტორები და მემკვიდრეობითობა.
- 3) გარემოს მავნე ზემოქმედება.

აუტიზმი, შესაძლოა, წარმოადგენდეს რამდენიმე ფაქტორის ზემოქმედების შედეგს. ამასთან, ბავშვის ფსიქო-სოციალურ გარემო ფაქტორებს აუტიზმის მიზეზად არ თვლიან.

- აუტიზმის მქონე ადამიანების კვლევების საფუძველზე ანომალიები და მეტაბოლური დარღვევები გამოვლენილია თავის ტვინის შემდეგ სტრუქტურებში: ნათხემში, ნუშისებრ ბირთვში, ჰიპოკამპში, გამჭვირვალე ძგიდეში, დვრილისებრ სხეულებში, ჰიპოთალამუსში, სარტყლის ხვეულში, თავის ტვინის ფრონტო-ორბიტალურ და თხემის ნილის ქერქში (Trevvarthen, Aitken, 1998).
- აუტიზმის დროს თავის ტვინში აღმოჩენილია სეროტონინის ცვლის დარღვევა (Trevvarthen, Aitken, 1998).
- უკანასკნელი პერიოდის გამოკვლევებმა დაადასტურა, რომ არსებობს აუტიზმისადმი გენეტიკური მიდრეკილება. მეცნიერებმა დაამტკიცეს, რომ ოჯახებში, სადაც ერთი აუტისტი ბავშვი ჰყავთ, მეორე ასეთი ბავშვის გაჩენის რისკი დაახლოებით 5%-ია. ეს მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია ჩვეულებრივ, პოპულაციურ გავრცელებასთან შედარებით. მონოზიგოტური ტყუპების კვლევების მიხედვით, თუ ერთ მათგანს აუტიზმი აქვს, მეორეში აუტიზმის აღმოცენების ალბათობა 60%, ხოლო ფართო სპექტრის კომუნიკაციური და სოციალური დეფიციტი კი – 92% (Bailey et al., 1996). ზოგ შემთხვევაში აუტისტ პირთა მშობლებს, ან სხვა ნათესავებს ახასიათებთ ისეთი სოციალური ურთიერთობებისა და კომუნიკაციის თავისებურებები, რომლებიც ნორმალურ ფუნქციონირებას ხელს არ უშლის, მაგრამ ისინი, შესაძლოა, დაკავშირებული იყოს აუტიზმთან. დაკვირვებამ ასევე, ცხადყო, რომ აფექტური დარ-

ღვევები შედარებით ხშირია აუტისტი ადამიანების ოჯახებში, ვიდრე პოპულაციაში. ზოგი მკვლევარი მიუთითებს აუტისტი ბავშვებისა და მათი ოჯახების ქრომოსომულ ანომალიებზე. მაგალითად, მყიფე X სინდრომის მქონე ბავშვების 26% აკმაყოფილებს აუტიზმის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს.

- ამჟამად გავრცელებულია აუტიზმის პოლიგენური მოდელი – ერთდროულად 3 გენის დეფიციტი იწვევს აუტიზმის სიმპტომების ფართო სპექტრს. ამჟამად ასეთი გენების მარკერები აღმოჩენილია 1p, 7q, 16p, 17p ქრომოსომებზე (AAP, 2007).
- მართალია, აუტიზმი ძირითადად გენეტიკური ეტიოლოგიური ფაქტორებითაა განპირობებული, გარემოს ფაქტორებიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს აუტიზმის ფენოტიპის ჩამოყალიბებაში. მაგ. კონგენიტალურ წითურასა და აუტიზმის აღმოცენებას შორის კავშირი პირველად 70-იან წლებში შეამჩნიეს; ასევე კავშირი ორსულობის პირველი ტრიმესტრის დროს თალიდომიდის მიღებასა და აუტიზმის აღმოცენებას შორის (AAP, 2007). აშშ და დიდი ბრიტანეთის მკვლევრები ასევე მიუთითებენ MMR ვაქცინაციის (ჩუტყვავილა-ყბაყურა-წითურა) კავშირზე აუტისტური სპექტრის აშლილობის აღმოცენების რისკთან, თუმცა ეს მოსაზრებები ჯერ არ არის დადასტურებული კონტროლირებული გამოკვლევებით (AAP, 2007).
- აუტიზმის გამომწვევი შესაძლო მავნე გარემო ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ტყვიის, მერკურის, კადმიუმის, ალუმინის, ვერცხლისწყლისა და სხვა ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედება.
- იმუნური სისტემის დეფიციტის ჰიპოთეზა: იმუნური სისტემის დაქვეითება, აუტოიმუნური მექანიზმებისა და იმუნური რეგულაციის დარღვევა მაღალ კორელაციაშია აუტისტური სპექტრის აშლილობასთან. აუტიზმის მქონე ბავშვებში ხშირია ნორმაზე მაღალი ინტერფერონ-ალფას დონე, აწეულია ეოზინოფილური და ბაზოფილური რეაქცია იმუნოგლობულინ IgE-ზე. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით პათოლოგიური აუტოიმუნური რეაქციები ძლიერ მონყვლადს ქმნის ცენტრალურ ნერვულ სისტემას სხვადასხვა ვირუსული ზემოქმედებისადმი, რაც შეიძლება აუტიზმის ერთ-ერთი ფაქტორი იყოს (Hilt et al., 2006).

აუტიზმის **ფსიქოლოგიური ეტიოლოგიური** თეორიები მრავალფეროვანია. ფსიქოგენური თეორიების მიხედვით, აუტიზმის ძირითად ეტიოლოგიურ ფაქტორად ფსიქოსოციალური ფაქტორები ითვლება; ბიოგენური თეორიების მიხედვით, აუტიზმს ნეირობიოლოგიური ფაქტორები უდევს საფუძვლად; კოგნიტური თეორიების მიხედვით კი აუტისტურ დარღვევებს საფუძვლად უდევს სპეციფიკური კოგნიტური მექანიზმები.

ფსიქოგენური თეორიები აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სოციალური, კომუნიკაციური და ქცევითი ნიშნების ეტიოლოგიურ ფაქტორად მშობლების არაადეკვატური დამოკიდებულებით გამოწვეულ ემოციურ სირთულეებს მიიჩნევენ. **Bethelheim (1967)** თვლიდა, რომ აუტისტური ჩაკეტილობა არის მშობლების ცივ, უემოციო, არაადეკვატურ დამოკიდებულებაზე ბავშვის რეაქცია. აუტიზმის ისეთი ნიშნები, როგორიცაა ექოლალა, სტერეოტიპული რიტუალები და ცვლილებებისადმი რეზისტენტობა, მშობლების მიმართ მტრული დამოკიდებულების გამოვლინებაა, რადგანაც ისინი ბავშვს ვერ უკმაყოფილებენ მოთხოვნილებებს.

ამ მიდგომის ფარგლებში მკურნალობის სტრატეგია ხანგრძლივი ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპიაა. თერაპიის მიზანია ბავშვი-მშობლის ურთიერთობის განვითარება, რათა დაკმაყოფილდეს ბავშვის სითბოსა და მისი მიღების მოთხოვნილებები. ასევე, რეკომენდებულია მშობლების ემოციური პრობლემების დაძლევა ფსიქოთერაპიული მეთოდით.

კოგნიტური თეორიები. აუტიზმის სიმპტომების გამომწვევი დისფუნქციების სპექტრის მიხედვით **Carr (1999)** გამოყოფს კოგნიტური თეორიების **ოთხ ვიწრო და ორ ფართო თეორიას**.

„ვიწრო თეორიების“ მიხედვით აუტიზმის ცენტრალური დეფიციტია:

- სოციალური კოგნიციის დარღვევა (**Hermelin, O'connor, 1970; Sigman, 1995**);
- ემოციის აღქმისა და გაგების დეფიციტი (**Hobson, 1993**);
- „გონების თეორიის“ დეფიციტი, რაც ნიშნავს, რომ ვერ ხერხდება სხვისი შინაგანი, ფსიქიკური მდგომარეობის კოგნიტური რეპრეზენტაცია (**Baron-Cohen, 1995**);
- ეპიზოდური, ავტობიოგრაფიული მეხსიერების დეფიციტი, რაც გამოწვეულია მე-სთან დაკავშირებული მოვლენების,

ფაქტების მნიშვნელობის შეფასების დეფექტებით. ვინაიდან აუტისტი ბავშვები სათანადოდ ვერ განიცდიან იმ მოვლენებს, რაც მათ თავს ხდება, ამიტომ მათი გახსენებაც უჭირთ (Jordan, Powell 1995).

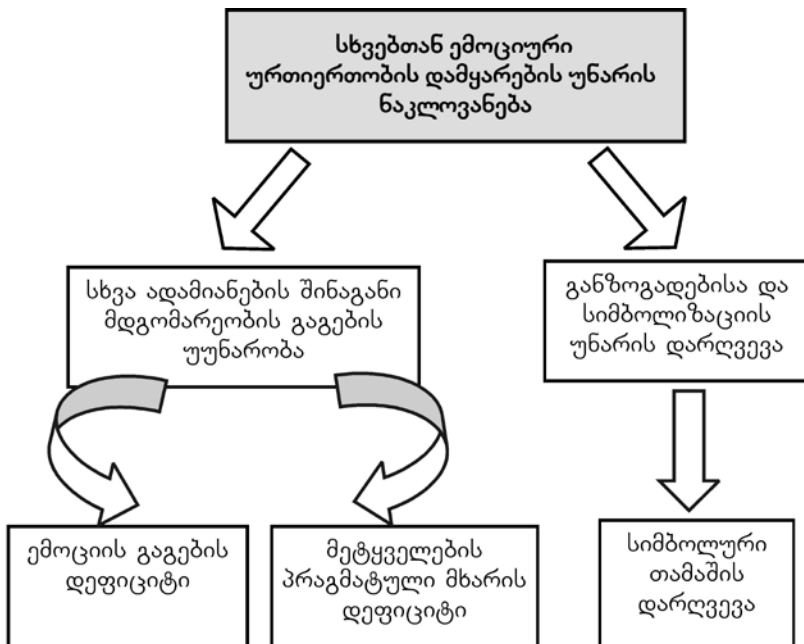
„ვინრო“ თეორიების საპირისპიროდ Carr 2 „ფართო“ თეორიას გამოყოფს:

- Frith, Happe (1994) თვლიან, რომ აუტიზმის ძირითადი პრობლემაა პიროვნების მიერ სიტუაციის კონტექსტის გაგების დეფიციტი; აუტიზმის მქონე ადამიანი ვერ ხვდება სიტუაციის გლობალურ ნიშნებს და ინფორმაციას უფრო მეტად ნაწილ-ნაწილ ამუშავებს და არა მთლიან კონტექსტში.
- Ozonoff-ის (1994) მიხედვით აუტიზმის დროს ხშირია „აღმასრულებელი“ ფუნქციების დეფიციტი, როგორცაა: მოქმედების დაგეგმვა, იმპულსური რეაქციების კონტროლი, კოგნიტური განწყობის შენარჩუნება, კონტროლი, მოქმედების მონიტორინგი და უკუკავშირი მისი კორექციის მიზნით; კოგნიტური განწყობის გადართვის მოქნილობა.

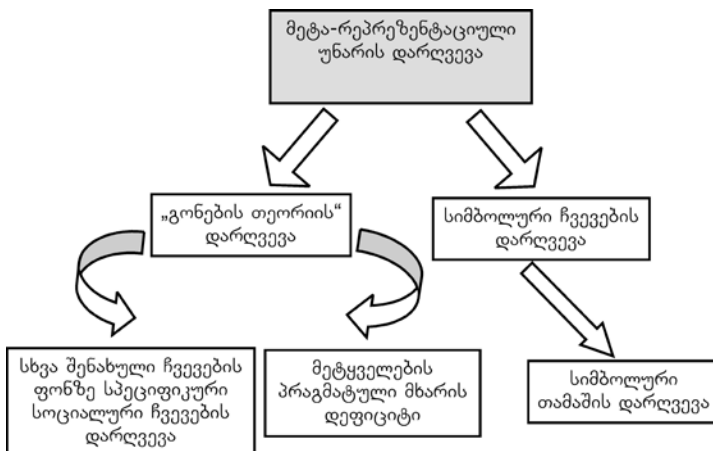
აუტიზმის შემთხვევაში განვითარების დეფიციტის არსებობის ასახსნელად, შეიძლება, განვიხილოთ სამი ძირითადი თეორიული მოდელი:

- მეტარეპრეზენტაციული დეფიციტის ჰიპოთეზა (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985);
- აფექტის თეორია (Hobson, 1988, 1991);
- ინტერსუბიექტურობის მოდელი (Rogers, Pennington, 1991; Sigman, 1989; Trevarthen, 1979).

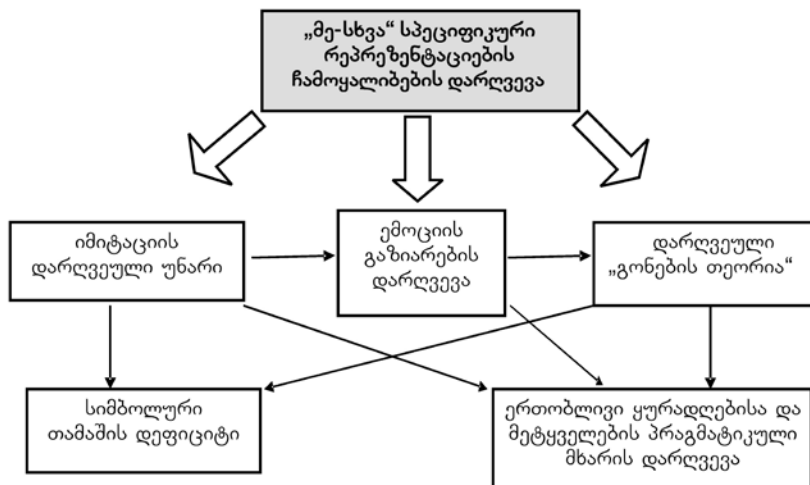
აუტიზმის პირველადი დეფიციტის თეორიული მოდელები
(Rogers, Pennington, 1991)-ის მიხედვით.
ჰობსონის აფექტის თეორია (Hobson, 1989, 1991)



მეტარეპრეზენტაციული თეორია (Frith, Lesley, Baron-Coheb, 1985)



ინტერსუბიექტურობის თეორია (Rogers, Pennington, 1991)



მეტარეპრეზენტაციული მოდელი კოგნიტური მოდელია, რომელიც ე.წ. „გონების თეორიის“ (Theory of mind) სხვადასხვა საზომებს ეფუძნება. მეტარეპრეზენტაცია გულისხმობს პირველადი, ობიექტებისაგან ზუსტი რეპრეზენტაციების გამოყოფას ისე, რომ ამ რეპრეზენტაციების გამოყენება შესაძლებელი გახდეს წარმოსახვით. ბავშვის მიერ სხვისი ქცევის წინასწარმეტყველებისა და ახსნის უნარის განვითარება გულისხმობს სხვა ადამიანების ფსიქიკური მდგომარეობის, მათი განზრახვის, მისწრაფებებისა თუ შეხედულებების გაგებას. სხვების ინტენციის გაგების უნარს ბავშვი დაბადებიდან არ ამჟღავნებს. ერთი წლის ასაკში ბავშვებს შეუძლიათ აღიქვან ფიზიკური სამყარო და გაიხსენონ ის, რაც აღიქვეს. ეს პირველი რიგის რეპრეზენტაციაა. ორი წლიდან კი იწყება მეორე რიგის რეპრეზენტაციის უნარის განვითარება, რაც ბავშვს აძლევს როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქიკური მდგომარეობის წარმოდგენის საშუალებას. ბავშვი არა მარტო აღიქვამს სხვების ქცევას, როგორც უბრალოდ დამკვირვებელი, არამედ შეუძლია ამ ქცევიდან გარკვეული აზრისა და დასკვნის გამოტანა ან სხვა ადამიანის შინაგანი მდგომარეობის განსაზღვრა. ოთხი წლის ასაკისათვის ბავშვს შეთვისებული აქვს, რომ ადამიანებს განსხვავებული წარმოდგენები აქვთ, მათ შორის, მცდარიც. ასეთი ტიპის სიტუაციები და დავალებები აუტისტი ბავშვების 80%-ისათვის მიუწვდომელია, მაშინ, როცა გონებრივად ჩამორჩენილი

და ჯანმრთელი ბავშვები თავისუფლად ახერხებენ სხვისი ქცევის ანტიციპაციასა და ემოციური მდგომარეობის გაგებას. მეტარეპრეზენტაციულ დავალებებში აუტისტი ბავშვები ვერ ახერხებენ სხვისი ე.წ. „გონების თეორიის“ ჩამოყალიბებას, ანუ სხვა ადამიანის ფსიქიკური მდგომარეობის – მისი ფიქრების, წარმოდგენების, განზრახვის გაგებას და გათვალისწინებას (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985; Frith, Hoppe, 1994).

მეტარეპრეზენტაციული თეორიის მიხედვით, აუტისტ ბავშვს შეუძლია პირველადი რეპრეზენტაციის ჩამოყალიბება მის გარშემო არსებული ობიექტებისა და სხვა პიროვნების, ან საკუთარი მე-ს შესახებ, მაგრამ იგი ვეღარ გადადის სხვა დონეზე, როდესაც უკვე სხვისი ფსიქიკური მდგომარეობის რეპრეზენტაციაა საჭირო. ეს მოდელი გამოიყენება აუტიზმის დროს სიმბოლური თამაშის დეფიციტისა და კომუნიკაციის პრაგმატული ასპექტის დარღვევის ასახსნელად.

აღნიშნული მოდელის ოპონენტები აღნიშნავენ, რომ მეტარეპრეზენტაციული მოდელით შეუძლებელია იმიტაციის დეფიციტის ახსნა, რადგან ეს უნარი ბავშვებს ერთობლივი ყურადღებისა და სიმბოლური თამაშის უნარზე უფრო ადრე უვითარდებათ. ამასთან, სიმბოლიზაციის უნარსა, ერთობლივ ყურადღებასა და მეტარეპრეზენტაციის ჩამოყალიბებას შორის ურთიერთკავშირი არ არის დადგენილი. ამის გარდა, ზემოაღნიშნული მოდელი ვერც აფექტური სფეროს დარღვევის ასახსნელად გამოდგება (Rogers, Pennington, 1991), რადგან ე.წ. „გონების თეორიით“ შესაძლებელია აუტიზმის მხოლოდ ზოგიერთი სიმპტომის და არა ყველა მათგანის ახსნა.

აფექტის დეფიციტის თეორიის მიხედვით აუტიზმის დროს გამოვლენილი დარღვევები – სიმბოლურ თამაშში, კომუნიკაციაში, შემეცნებასა და მეტყველებაში, აფექტური განვითარების პირველადი, კერძოდ, ემოციური რეაქტიულობის პრობლემიდან გამომდინარეობს (Kanner, 1943; Hobson, 1989). ეს დეფიციტი მოიცავს ემოციური ექსპრესიისა და მისი აღქმის დარღვევას, სხვა ადამიანებთან რეციპროკული ემოციური ურთიერთობის ჩამოყალიბების შეუძლებლობას. ამ დეფიციტის გამო აუტისტ ბავშვს არ შეუძლია ინტერსუბიექტური წარმოდგენის შექმნა საკუთარ თავსა და სხვებზე. დარღვეულია აფექტის აღქმა და გაგება (Hertzig et al., 1989; McDonald et al., 1989; Hobson, 1993). აუტისტ ბავშვებთან ემოციის გაზიარებასა და მის გამოხატვაში სპეციფიკური

დეფიციტი ვლინდება დაქვეითებული დადებითი ემოციების, გაზრდილი ნეგატიური აფექტის, ემოციური ექსპრესიის ცნობის სირთულის, სოციალური პარტნიორის მიმართ დაქვეითებული აფექტური რეაქციის სახით, რაც ართულებს, ან შეუძლებელს ხდის ასეთი ადამიანების სხვებთან ურთიერთობას (Sigman, 1975; Hobson, 1993). საგულისხმოა, რომ აუტიზმის დროს ემოციის აღქმა, ზოგადად, დარღვეული არ არის.

ინტერსუბიექტურობის მოდელი. ინტერსუბიექტურობა ნიშნავს ადამიანის მიერ შინაგანი, სუბიექტური, კოგნიტური თუ ემოციური გამოცდილების გაზიარებას სხვა ადამიანებისათვის. ამ მოდელის მიხედვით აუტიზმის ძირითადი დეფექტი მდგომარეობს საკუთარი მე-სა და სხვების შესახებ წარმოდგენებით მანიპულირების უნარის დარღვევაში. ეს რეპრეზენტაციები ბავშვის იმიტაციის, აფექტის არეკვლის და გაზიარების უნარისა და სხვების სუბიექტური მდგომარეობის გაგების უნარის საფუძველია. ნორმალური განვითარებისას „გონების თეორია“, იმიტაციისა და ემოციის გაზიარების უნარი მიმდევრობით ვითარდება. ამიტომ, აუტიზმის დროს, ერთი რომელიმე მათგანის დეფიციტი სხვების განვითარებაზე ახდენს გავლენას (Rogers, Pennington, 1991). ეს სამივე უნარი მეტად მნიშვნელოვანია ერთობლივი ყურადღების, მეტყველების პრაგმატული მხარის და წარმოსახვითი თამაშის განვითარებაში. აუტიზმის დროს დარღვეულია ინტერსუბიექტური თვითობა, რაც იწვევს ინტერპერსონალური ურთიერთობისა და ემოციის გაზიარების უნარის დარღვევას (Stern, 1985; Sigman, 1989). ინტერსუბიექტური თვითობის ჩამოყალიბების დარღვევის საფუძველი, შეიძლება, ინფორმაციის ერთი სენსორული მოდალობიდან სხვა მოდალობაში გადატანის უნარის თანდაყოლილი დარღვევა იყოს (Stern, 1985). ასეთი გადატანა შესაძლებელია მხოლოდ ამოდალური რეპრეზენტაციის საშუალებით, რომელშიც ყველა მოდალობაა წარმოდგენილი. Stern-ის მიხედვით, აუტიზმის მქონე პირებში თვითობის საფუძველი სწორედ ამოდალური ინფორმაციის გადამუშავების სირთულეა და არა მისი ნაკლოვანება.

ზემოაღნიშნული მოდელების საშუალებით მკვლევრები ცდილობენ იმ ძირითადი მექანიზმისა და პირველადი დეფექტების ახსნას, რაც აუტიზმის დროს საფუძვლად უდევს სხვადასხვა ფსიქიკური ფუნქციის დარღვევას. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ აუტიზმის მრავალფეროვანი სიმპტომატიკის ახსნა მხოლოდ

კოგნიტური დეფიციტითა და მეტა-რეპრეზენტაციის დარღვევით ვერ ხერხდება, რადგან ყოველი მოდელი გამოსადეგია აუტიზმის გამოვლინების მხოლოდ ერთი ან რამდენიმე მხარის ასახსნელად.

რამდენად ხშირია აუტიზმი?

აუტიზმი გვხვდება მსოფლიო მოსახლეობის ყველა რასისა და სოციალური მდგომარეობის პირთა შორის; ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით ყოველ 10000 ადამიანზე 5 შემთხვევა მოდის. თუმცა, იმის მიხედვით, თუ როგორი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებით ხელმძღვანელობენ სპეციალისტები, შემთხვევათა პრევალენსი 2-დან 10 შემთხვევამდე მერყეობს 10000 მოსახლეზე. ამასთან, აუტიზმი 4-5-ჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება აუტიზმის დროს?

ზოგიერთი მკვლევარი აუტისტი ბავშვების დახასიათებისას იყენებს ტერმინს „ემოციური ნონასწორობის დარღვევა“. აუტიზმი განსხვავებულია სიმძიმისა და სიმპტომების მიხედვით, ამიტომ ამ მდგომარეობის ძირითადი პრობლემების განსაზღვრას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. აუტიზმის მქონე ბავშვებს განსაკუთრებით უჭირთ სოციალური ქცევა, ადამიანებთან ურთიერთობა, მეტყველების დაუფლება.

აუტიზმის შემთხვევაში შემდეგ ძირითად პრობლემებს ვხვდებით:

- მეტყველების გამოყენების, ან გაგების დარღვევა: მეტყველება ხასიათდება პერსევერაციებით, ექოლალიებით, სტერეოტიპულობითა და უჩვეულობით;
- მეტყველების გამოყენება კომუნიკაციის მიზნით ვერ ხერხდება;
- მშობლებთან, მომვლელებთან და მასწავლებლებთან ურთიერთობის დამყარების უნარის დაქვეითება, ან შეუძლებლობა;
- თანატოლებთან ურთიერთობის დამყარების უუნარობა;

- სხვისთვის აზრის და ემოციის გაზიარების შეუძლებლობა;
- ერთობლივი, ზიარი ყურადღების დაქვეითება, ან შეუძლებლობა;
- წარმოსახვითი, როლური თამაშის უნარის დაქვეითება, ან შეუძლებლობა;
- სათამაშოებით, უფრო მეტად კი საგნებით, არატრადიციული თამაში;
- ინტერესების ძლიერი შეზღუდულობა;
- სიტუაციის, ყოველდღიური განრიგისა და აქტივობების ცვლილებისადმი ძლიერი რეზისტენტობა;
- საგნების დეტალებზე ყურადღების გამახვილება; გვირაბისებური ხედვა: ბავშვი რეაგირებს საგნის მრავალი მახასიათებლიდან მხოლოდ ერთ რომელიმე მათგანზე;
- გონებრივი უნარების არათანაბარი განვითარება;
- ჩამორჩენა გონებრივ განვითარებაში;
- სტერეოტიპული ქცევები და სხეულის მოძრაობები;
- თვითდამაზიანებელი და აგრესიული ქცევა;
- თვით-სტიმულაცია.
- შიშები და მაღალი შფოთვა.

პრობლემების იდენტიფიკაციასთან ერთად მეტად მნიშვნელოვანია აუტიზმის მქონე ბავშვის ძლიერი მხარეების შეფასება. ბავშვებს შესაძლებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი შესაძლებლობებიდან ერთი ან რამდენიმე კარგად განვითარებული უნარი ჰქონდეთ:

- არავერბალური ინტელექტი;
- ხატვა;
- პერცეპტულ-მოტორული უნარები;
- გამორჩეული მხედველობითი მეხსიერება;
- მხედველობით-სივრცითი უნარები;
- მუსიკალური უნარი;
- კომპიუტერისადმი ინტერესი და მისი გამოყენების ადვილად ათვისება.

შეიძლება თუ არა დავეხმაროთ აუტიზმის მქონე ბავშვს და როგორ?

აუტიზმის მქონე ბავშვის დახმარება, პირველ რიგში, მისი სწორი და დროული დიაგნოსტიკაა.

კვლევები ადასტურებენ, რომ აუტისტური სპექტრის აშლილობის შემთხვევაში მშობლების პირველი ჩივილი ბავშვის განვითარებასთან დაკავშირებით 18 თვის ასაკში აღინიშნება. როგორც წესი, ძირითადი ჩივილია მეტყველების განვითარება — ბავშვი არ ლაპარაკობს და არც უფროსების ლაპარაკს აქცევს ყურადღებას. ამის შემდეგ საშუალოდ მხოლოდ 6 თვეში მიმართავენ მშობლები პროფესიულ დახმარებას. ბუნებრივია, რომ ბავშვს აფასებს ან პედიატრი ან ბავშვთა ნევროლოგი. მიმართვების 50%-ში ექიმი თვლის, რომ საგანგაშო არაფერია და საჭიროა მხოლოდ მოთმინებით ლოდინი. შესაბამისად, შემთხვევათა უმრავლესობაში ფორმალური დიაგნოზი უკვე 5-6 წლის ასაკში ისმება. ეს კი მნიშვნელოვნად აფერხებს ადრეული ინტერვენციისა და დროული დახმარების შესაძლებლობას.

სიტუაციას ართულებს ის გარემოებაც, რომ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების გამოყენება 3 წლიდან არის შესაძლებელი და მანამდე ზუსტი დიაგნოსტიკა შეუძლებელია. კლინიკური პრაქტიკა და გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ დიაგნოსტიკური ეფექტურობის გაზრდისათვის მნიშვნელოვანია:

- მშობლების ჩივილების სერიოზული შეფასება;
- ბავშვის განვითარების დეტალური მონიტორინგი, არა მხოლოდ მოტორიკისა და შემეცნებითი უნარების, არამედ ემოციური და სოციალური სფეროსიც;
- პედიატრისა და ბავშვთა ნევროლოგის მიერ ბავშვის განვითარების შეფასებისას პერვესიული აშლილობის სადიაგნოსტიკო სკრინინგის აუცილებლობა;
- ეჭვის შემთხვევაში, სამუშაო დიაგნოზის მიღება და ბავშვის ხელმეორე შეფასება 3 თვის შემდეგ. ეჭვის დადასტურების შემთხვევაში ბავშვის სპეციალიზებულ გამოკვლევაზე მიმართვა და სხვა სპეციალისტების ჩართვა.

იდეალურ შემთხვევაში ბავშვის შეფასება უნდა მოხდეს მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელშიც გაერთიანებულნი

არიან პედიატრი ან ნევროლოგი, ნეიროფსიქოლოგი, მეტყველების თერაპევტი, ბავშვთა ფსიქიატრი, ოკუპაციური თერაპევტი. ბავშვის შეფასება ხდება მშობლებისა და მასწავლებლების ინტერვიუების, ბავშვის ქცევაზე დაკვირვებისა და ფსიქომეტრული ტესტების მონაცემების საფუძველზე.

მეტად მნიშვნელოვანია გაკეთდეს დიფერენციალური დიაგნოზი სხვა მდგომარეობების გამოსარიცხად, როგორიცაა:

- სმენის გამობატული დაქვეითება; ICD-10, F70
- გონებრივი ჩამორჩენილობა; ICD-10, F70
- რეცეპტული მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევა; ICD-10, F80.2
- ლანდაუ-კლენერის სინდრომი; ICD-10, F80.3
- ელექტიური მუტიზმი; ICD-10, F94.0
- მიჯაჭვულობის რეაქტიული დარღვევა; ICD-10, F94.1
- ბავშვთა შიზოფრენია; ICD-10, F20
- დეპრესაცია
- სენსორული ინტეგრაციის დარღვევა.

სმენის დარღვევის შეფასება აუდიოლოგიური გამოკვლევით ხდება. სმენადაქვეითებული ბავშვები კონტაქტს თვალებით ამყარებენ და რეციპროკულ სოციალურ ურთიერთობაში შესტების ენის საშუალებით ერთვებიან. ინტელექტის დარღვევის მქონე ბავშვებს არა აქვთ რეციპროკული სოციალური ურთიერთობის დეფიციტი და მათი მეტყველების განვითარება შეესაბამება ინტელექტის განვითარების დონეს. მეტყველების სპეციფიკური განვითარების დარღვევის დროს ბავშვებს არა აქვთ არავერბალური კომუნიკაციის სიძნელე და სტერეოტიპული მოქმედებები. ელექტიური მუტიზმის დროს ბავშვი არ მეტყველებს კონკრეტულ სიტუაციაში, ძირითადად, სკოლაში, მაშინ, როდესაც ახლობლებთან ჩვეულებრივად ურთიერთობს.

აუტიზმს ძლიერ ჰგავს ფსიქოსოციალური დეპრესაციის მდგომარეობა. ამ დროსაც სახეზეა უჩვეულო ინტერპერსონალური ქცევა და სტერეოტიპული ქცევის პატერნები. ბავშვის ქცევა ნორმალიზდება სოციალური გარემოს მონესრიგებასთან ერთად.

ბავშვთა შიზოფრენიის დროს, დაავადების დაწყებამდე, ბავშ-

ვებს ნორმალური განვითარების ისტორია აქვთ. მათ არ აღენიშნებათ აუტიზმისათვის დამახასიათებელი მეტყველების გაგების სირთულე.

სენსორული ინტეგრაციის დარღვევა გულისხმობს სენსორული არხების მიერ ინფორმაციის მიღების ზღურბლების პათოლოგიურ შეცვლას ისე, რომ ირღვევა გარემოსთან ადაპტაცია. კერძოდ, ეს შეიძლება იყოს სმენითი, მხედველობითი, ვესტიბულური, პროპრიოცეპტული, ტაქტილური არხების ჰიპო- და ჰიპერფუნქცია. ამის შედეგად ბავშვი ვერ ახერხებს ამ არხებით მიღებული ინფორმაციის ავტომატურად ინტეგრირებას. ამან შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერაქტივობა, იმპულსურობა, სიახლისადმი და ცვლილებებისადმი რეზისტენტობა, შიშები და სტერეოტიპული მოქმედებები.

აუტიზმის პირველადი დიაგნოსტიკისათვის სამედიცინო სფეროში გამოიყენება აუტიზმის შესაფასებელი სკრინინგის კითხვარები, რომელსაც ადვილად გამოიყენებს ოჯახის ექიმი, პედიატრი ან ბავშვთა ნევროლოგი. ეჭვის შემთხვევაში მშობლის ინტერვიუება ხდება უკვე სპეციალიზებული სკალების გამოყენებით პერვესიული აშლილობის შეფასებაში განვრთნილი სპეციალისტის მიერ. გავრცელებული სკალებია: ბავშვობის აუტიზმის შესაფასებელი სკალა (SCARS), რომელიც გამოიყენება 2 წლიდან, აუტიზმის ქცევითი კითხვარი (ABC), გილიამის აუტიზმის შესაფასებელი სკალა (GARS), რომელიც გამოიყენება 3 წლიდან, აუტიზმის დიაგნოსტიკური ინტერვიუ (ADOS), რომელიც უფრო კვლევითი და არა კლინიკური მიზნებისთვის გამოიყენება.

აუტიზმის მქონე ბავშვის დახმარება და მისი სიმპტომების მნიშვნელოვანი შემსუბუქება შესაძლებელია სწორი მდგომისა და მკურნალობის შემთხვევაში. აუტიზმი ქრონიკული მდგომარეობაა და მისი განკურნების სამედიცინო საშუალება არ არსებობს. ამავე დროს, მრავალ ქვეყანაში ჩატარებული კვლევების მიხედვით აუტიზმის მქონე ბავშვის მდგომარეობის შემსუბუქება და მნიშვნელოვნად გაუმჯობესება შესაძლებელია ადრეული ინტერვენციის პროგრამების გამოყენების შემთხვევაში. კვლევები ადასტურებენ, რომ რაც უფრო ადრე ხდება ჩარევა და სისტემატური დახმარება ბავშვისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის, მით უფრო უკეთესია ბავშვის განვითარების პროგნოზი (Szatmari, 1995; AAP, 2007).

ადრეული ინტერვენციის პროგრამები მიმართულია აუტიზმის ძირითადი ნიშნების შემსუბუქებაზე, პირველ რიგში კომუ-

ნიკაციის, მეტყველების და სოციალური ინტერაქციის უნარებზე. აუტიზმის დასახმარებელი პროგრამების ანალიზმა ცხადყო, რომ საუკეთესო და ეფექტურია პროგრამები, რომლებიც რაც შეიძლება ადრეულ ასაკში იწყება, სადაც გამოიყენება ბავშვისა და ოჯახის ინდივიდუალიზებული მომსახურება, სტრუქტურირებული და სისტემატური სწავლება და ოჯახის წევრების აქტიური ჩართულობა (Dawson, Osterling, 1997; Smith, Lovaas, 1998; AAP, 2007).

აუტიზმის დასახმარებლად გავრცელებული პროგრამები მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- ფსიქოგანათლება, რომლის მეშვეობითაც მშობლები ინფორმაციას ღებულობენ შვილის დიაგნოზის, მისი პროგნოზის, მისი სწავლო და საჭირო დახმარების შესახებ;
- ბავშვის შესაფერის სასწავლო გარემოში მოსათავსებლად რჩევების მიცემა და მხარდაჭერა;
- ოჯახზე ფოკუსირებული ხანგრძლივი თერაპიული მიდგომა;
- სასწავლო აქტივობის ცენტრალური მეთოდი – სტრუქტურირებული სწავლება;
- ქცევითი მოდიფიკაცია – სასწავლო ჩვევების ჩამოყალიბებისა და მძიმე ქცევითი დარღვევების შესამცირებლად;
- თვითმომსახურებისა და აკადემიური ჩვევების ტრენინგი;
- კომუნიკაციური უნარების ტრენინგი;
- მძიმე, თვითდამაზიანებელი ქცევის რეგულირება.

ადრეული ინტერვენციის პროგრამებიდან ყველაზე გავრცელებულია ივარ ლოვაასის მეთოდი (Lovaas, 1987). მისი პროგრამა საშუალოდ 2.6 წლის ასაკში იწყება და მოიცავს ერთი-ერთზე სწავლებას კვირაში 40 საათი, 2 წლის განმავლობაში. ტრენინგის მეთოდის ძირითადი სამიზნეა: იმიტაციური აქტივობა და თამაში, მეტყველების განვითარება, კომუნიკაცია და ტოლებთან ურთიერთობა. 2 წლის შემდეგ ბავშვების 50% მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა და მიუახლოვდა ასაკობრივ ნორმას; 5 წლის შემდეგაც ეს გაუმჯობესება მყარი იყო (AAP, 2007).

აშშ-ში გავრცელებული მეორე ეფექტური ადრეული ინტერვენციის პროგრამაა გრინსფენის და უაიდენის ურთიერთობაზე

დამყარებული მიდგომა. მას საფუძვლად უდევს ვარაუდი, რომ აუტიზმის სიმპტომები გამოწვეულია სენსორული მოდულაციისა და გადამუშავების პრობლემებით, მოტორული დაგეგმვისა და აფექტური ინტეგრაციის დარღვევით; ამავე დროს, ბავშვის განვითარებისათვის მეტად მნიშვნელოვანია მისი ოჯახის წევრებთან აქტიური ურთიერთობა. ამ პროგრამის ფარგლებში სპეციალისტი და მშობელი ერთობლივად მუშაობენ კომუნიკაციის სტიმულაცი-აზე და ამისათვის იყენებენ სხვადასხვა თამაშებს (AAP, 2007).

კვლევებმა ცხადყო, რომ აუტისტი ბავშვების გარკვეულ რაოდენობას კომუნიკაციური ფუნქციის გაუმჯობესება **სპეციალური კომუნიკაციური ჩვევების ტრენინგის პროგრამების** გამოყენების შედეგად აღენიშნება.

კომუნიკაციური ტრენინგის პირველი ნაბიჯია ბავშვის მეტყველების ფუნქციების შეფასება. ბავშვისათვის მისაწვდომი სამეტყველო დონის ბაზაზე ხდება კომუნიკაციური ტრენინგის პროგრამის შემუშავება. ტრენინგი ტარდება ყოველდღიურად 30 წუთის განმავლობაში. თუ ბავშვი ვერ იყენებს საკუთარ მეტყველებას სოციალურ კონტექსტში, საჭიროა ნატურალური სიტუაციების მოდელირება და ბავშვის ნახალისება. აქცენტი უნდა გაკეთდეს არა მეტყველებაზე, არამედ კომუნიკაციაზე. ტრენინგი მიმართული უნდა იყოს ინტონაციისა და ჟესტების ადეკვატურ გაგებასა და გამოყენებაზე, ექოლალიების, ნაცვალსახელის რევერსიის კორეგირებაზე. ხანდახან იყენებენ ვიდეო-მოდელირებასა და ვიდეო-ტრენინგსაც, რომელიც მიმართულია სოციალური სიგნალებისა და სოციალური წესების გაგებაზე.

აუტიზმის შემთხვევაში თერაპია ან დახმარება მიმართულია ცალკეული ინდივიდის სპეციფიკური სიმპტომების შემსუბუქებაზე. ამ თვალსაზრისით ერთ-ერთი ეფექტური გზაა **ქცევითი მოდიფიკაცია**. იგი წარმოადგენს გეგმაზომიერი და ინტენსიური სწავლების მეთოდს, რომელიც ცალკეული ბავშვისათვის ინდივიდუალურად შემუშავდება და ძირითადად მიმართულია ქცევის მართვაზე, მისაღები კომუნიკაციური ქცევის განმტკიცებაზე და სოციალური ინტერაქციების გაუმჯობესებაზე. სწავლების პროცესში თერაპევტები ცდილობენ დადებითად განამტკიცონ კომუნიკაციური აქტივობები, მისაღები ქცევა და შეამცირონ არაადეკვატური, უმართავი ქცევის აღმოცენების ალბათობა.

მშობლების განათლება და ტრენინგი ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა აუტიზმის მკურნალობისას. მშობლების

ტრენინგი უზრუნველყოფს თერაპიულ დახმარებასთან ერთად ბავშვის ქცევის გაგებასა და მართვას მშობლების მიერ, მშობლების შფოთვის შემცირებას, ბავშვის სწავლებისათვის საჭირო პირობების შექმნას ოჯახში, ბავშვის საჭიროებებიდან გამომდინარე სახლის გარემოს მოწყობასა და ორგანიზებას. კვლევებმა ცხადყო, რომ იმ ბავშვებს, რომელთა მშობლებსაც უტარდებოდათ ინტენსიური ტრენინგი და საგანმანათლებლო საუბრები, ბევრად უფრო უკეთესი თერაპიული და სწავლების შედეგები ჰქონდათ (AAP, 2007).

მეტად ეფექტურია ოკუპაციური თერაპია, რაც შეიძლება ადრეული ასაკიდან, რადგან აუტისტ ბავშვებს დარღვეული აქვთ სენსორული ინტეგრაცია.

არ არსებობს აუტიზმის მკურნალობის სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური მეთოდი. მედიკამენტოზურ მკურნალობას სიმპტომატური ხასიათი აქვს და ინიშნება თვითდამაზიანებელი ქცევის, შფოთვის და შიშების, ეპილეფსიური შეტევებისა და ყურადღების დარღვევის სიმპტომების შესამცირებლად. ძირითადად იყენებენ ნეიროლეპტიკებს (მაგ. რისპერიდონს), სტიმულანტებს და სეროტონინის სელექციურ ინჰიბიტორებს.

სპეციალური კვებითი დიეტის (რძის, გლუტენისა და კაზეინის კვების რაციონიდან ამოღება), იმუნოგლობულინით თერაპიის, სეკრეტინით თერაპიის შედეგების შესახებ არ არის კონტროლირებული გამოკვლევები და საკმარისი ფაქტები ამ მდგომარეობის ეფექტურობის უტყუარობის დასამტკიცებლად (AAP, 2007).

როგორ ვასწავლოთ აუტიზმის მქონე ბავშვს?

აუტისტი ბავშვის თერაპიულ დახმარებაში ძირითად პრობლემას ის წარმოადგენს, თუ სად უნდა ისწავლოს ასეთმა ბავშვმა – სპეციალურ სკოლაში თუ ზოგადსაგანმანათლებლო კლასში? ამ კითხვაზე არც საბოლოო და კატეგორიული პასუხი არსებობს და არც შედარებითი ანალიზის ფაქტები მოიპოვება რომელიმე მდგომარეობის სასარგებლოდ. ეთიკურად ყველა ეთანხმება ფართოდ გავრცელებულ აზრს იმის შესახებ, რომ აუტისტ ბავშვს უნდა ჰქონდეს ნორმალური ცხოვრების შესაძლებლობა და ამიტომ სპეციფიკური დამატებითი დახმარებით უნდა სწავლობდეს ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში; მაგრამ, პრაგმატულად, პრაქტიკიდან გამომდინარე ხშირად, რთულია ზოგადსაგანმანათლებლო

სკოლის პირობებში აუტისტი ბავშვებისათვის შესაფერისი გარემოსა და პირობების შექმნა, ისე რომ მან ადეკვატური განათლება ან დახმარება მიიღოს.

აუტიზმის მქონე ბავშვებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სწავლების ადეკვატურად შერჩეულ პროგრამებს, ძლიერ სტრუქტურირებულ, წინასწარმეტყველებად და კარგად ორგანიზებულ სასწავლო გარემოს. სწავლების პროგრამებში გათვალისწინებული უნდა იყოს ურთიერთობის, სოციალური დასწავლის, ქცევისა და ყოველდღიური ცხოვრების ჩვევების გასაუმჯობესებელი მეთოდები. ქცევის ან ურთიერთობის პრობლემები, რომლებიც ხელს უშლის ბავშვს სწავლის პროცესში, მოითხოვს კვალიფიციური პროფესიონალის დახმარებას და მის მიერ სკოლასა და სახლში განსახორციელებელი სპეციალური გეგმის შემუშავებას. ბავშვი უნდა სწავლობდეს მის ძლიერ და სუსტ მხარეებზე მორგებული ინდივიდუალური სასწავლო გეგმით და ინდივიდუალიზებული სასწავლო პროგრამით. საკლასო ოთახი ისე უნდა მოეწყოს, რომ ხელს უწყობდეს პროგრამის რეალიზებას. როდესაც აუტიზმის მქონე მოსწავლეებს ინფორმაცია მიეწოდებათ როგორც სიტყვიერად, ისე ვიზუალურად, ისინი მასალას უკეთ ითვისებენ და ნაკლებად იბნევიან. ასევე, მნიშვნელოვანია ჩვეულებრივი განვითარების მქონე თანატოლებთან ურთიერთობა, რადგან ჯანმრთელი ბავშვები იძლევიან საუბრის, სოციალური და ქცევის ჩვევების მაგალითებს. უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მშობლებისათვის პროგრამების შემუშავებას, რათა ასეთი ბავშვების სწავლების მეთოდები, გამოცდილება და მიდგომები ოჯახსა თუ საზოგადოებაშიც გავრცელდეს.

აუტისტი ბავშვის სწავლების ეფექტურობისთვის მნიშვნელოვანია მისი „სწავლის სტილის“ დადგენა. „სწავლის სტილი“ გულისხმობს იმ მეთოდებსა და ხერხებს, რომელთა საშუალებითაც ადამიანებს შეუძლიათ გარემოს შესახებ ინფორმაციის მიღება. ადამიანებმა, შეიძლება, ისწავლონ დანახვით (ვიზუალურად), მოსმენით (აუდიტორულად) და/ან შეხებით ან საგნების მანიპულირებით (კინესთეტიკურად, „ხელებით სწავლა“).

აუტისტი ბავშვები, ხშირად, სწავლის ერთ რომელიმე სტილს იყენებენ. ადამიანზე დაკვირვებით, შესაძლებელია, მისი სწავლის ძირითადი სტილის განსაზღვრა. მაგ. თუ აუტისტი ბავშვი ათვალიერებს სურათებიან წიგნს, უყურებს ტელევიზორს (ანეული ხმით ან ხმადაბლა), აკვირდება ხალხს და საგნებს – მისი სწავლის

სტილი ვიზუალურია. თუ აუტისტი ბავშვი ბევრს ლაპარაკობს, მოსწონს, როცა მას ელაპარაკებიან, უსმენს რადიოს ან მუსიკას – მისი სწავლის სტილი აუდიტორულია. ხოლო, თუ აუტისტი ბავშვი საგნებს გამუდმებით შლის ნაწილებად, ალებს და ხურავს უჯრებს და ცდილობს, ყველაფერი ხელით მოსინჯოს, ეს ნიშნავს, რომ ასეთი ბავშვი კინესთეტიკურად, ანუ შეხებით სწავლობს.

ბავშვის სწავლის სტილის გარკვევა ზრდის ბავშვის სწავლის შესაძლებლობის აღბათობას. თუ მასწავლებელმა ზუსტად არ იცის სწავლის რომელი სტილია დამახასიათებელი ბავშვისთვის, ან მუშაობა უხდება სწავლის სხვადასხვა სტილის მქონე ბავშვების ჯგუფთან, საუკეთესო მეთოდია სწავლის სამივე სტილის გამოყენება. მაგ. სიტყვა „ვაშლის“ სწავლებისას არჩენებს ნატურალურ ვაშლს (ვიზუალური), აღწერს მის თვისებებს: ფერი, შემადგენლობა, გამოყენება (სმენითი), შემდეგ ბავშვს აძლევს ვაშლს ხელში (კინესთეტიკური) და ასინჯებს მის გემოს (გემოვნების – გუსტატორული).

მნიშვნელოვანია ბავშვის უნარი – მიიღოს და გადაამუშაოს მიწოდებული ინფორმაცია. ამაზეა დამოკიდებული ბავშვის წარმატება და ქცევა სკოლაში. ამიტომ აუცილებელია, რომ სკოლაში ბავშვის მისვლისთანავე მასწავლებელმა გაარკვიოს და შეუფარდოს მას მისთვის საჭირო სწავლის სტილი. ასეთ შემთხვევაში აუტისტი ბავშვი მაქსიმალურ წარმატებას მიაღწევს.

აუტიზმის მქონე ბავშვების ეფექტური განათლებისათვის აუცილებელი და მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახმა აქტიური მონაწილეობა მიიღოს სტრუქტურირებული სწავლებისა და ინტენსიური ქცევის ტრენინგის პროგრამებში (მაგ. Lovaas-ის პროგრამა, 1993).

Schopler-მა და მისმა ჯგუფმა შეიმუშავა სტრუქტურირებული სწავლების სისტემა TEACHH (1997). ამ პროგრამის მიზანია, აუტიზმის მქონე ბავშვის პრობლემების გათვალისწინებითა და მის ძლიერ მხარეებზე დაყრდნობით, შემუშავდეს სტრუქტურირებული სასწავლო აქტივობები. ამ სისტემაში სასწავლო აქტივობები ისეა მოწოდებული, რომ ბავშვს შეეძლოს მიზნის ვიზუალიზება, მოქმედებები თანმიმდევრობით იყოს დამახსოვრებული და აღდგენილი, დავალებების შინაარსი კი გამომდინარეობდეს ბავშვის სპეციფიკური ინტერესებიდან. ამ სისტემაში ერთდროულად ორი კლინიცისტი მუშაობს: ერთი – ბავშვის თერაპევტია, მეორე კი მშობლის კონსულტანტი. თერაპევტი მუშაობს უშუალოდ ბავშ-

ვთან და ადგენს სახლში განსახორციელებელ ყოველკვირეულ პროგრამას. მშობლის კონსულტანტი მუშაობს მშობლებთან, გეგმავს ბავშვის სწავლებისა და მისი ქცევის რეგულაციის სტრატეგიებს, ასწავლის მშობლებს, როგორ უნდა მოახერხონ ბავშვის ანომალური ქცევის მართვა. მშობელმა, ყოველდღე, 20 წუთის განმავლობაში უნდა განახორციელოს თერაპევტის მიერ შედგენილი პროგრამა. ტიპური პროგრამა ოთხი-ხუთი აქტივობისაგან შედგება, რომელიც ბავშვის მდგომარეობის შესაბამისი სირთულისაა. მშობლებს ასწავლიან, თუ როგორ უნდა მოაწყონ ბავშვის სამუშაო და სათამაშო გარემო, აცნობენ და პრაქტიკულად აჩვენებენ აქტივობებს, აძლევენ ინსტრუქციებს და ასწავლიან ხერხებს ბავშვის მიერ სასურველი მოქმედების შესრულების მისაღწევად.

სხვა მეთოდს წარმოადგენს იაპონიაში ჰიგაშის სკოლის მიდგომა, რომლის ანალოგი მასაჩუსეტის შტატშიც გაკეთდა. ეს მიდგომა ყურადღებას ამახვილებს ხელოვნებით სწავლებასა და ფიზიკურ აღზრდაზე წახალისებისა და სტიმულირების გზით. ინდივიდუალიზებულ გეგმასთან შედარებით უპირატესობა ჯგუფში მონაწილეობას ენიჭება. ასევე, ძირითად მიზანს არ წარმოადგენს მეტყველების უნარის განვითარება (AAP, 2007).

სწავლების კიდევ ერთი სტრატეგია — **Bright Start Curriculum** მიმართულია კოგნიტური უნარების ძირითადად აზროვნების მოქნილობის გაუმჯობესებაზე. სწავლების აღნიშნული გეგმა ძირითადად მიმართულია ყურადღების, სოციალური ინტერაქციის, კომუნიკაციის და მოტივაციის გაუმჯობესებაზე. აღნიშნული სტრატეგიის გამოყენების ფაქტობრივი შედეგების შესახებ ჯერ არ არის სათანადო ინფორმაცია (AAP, 2007).

სხვა პერვესიული აზლილობები

ასპერგერის სინდრომი

რა არის ასპერგერის სინდრომი?

ასპერგერის სინდრომი განვითარების დარღვევაა, რომელიც პირველად აღინერა ჯერ კიდევ 1944 წელს ავსტრიელი ფსიქიატრის H. Asperger-ის მიერ, მას შემდეგ, რაც L.Kanner-მა გამოაქვეყნა ინფორმაცია ბავშვთა ადრეული აუტიზმის სინდრომის შესახებ. მიუხედავად ამისა, ასპერგერის სინდრომს ფსიქოლოგიურმა და სამედიცინო საზოგადოებამ ყურადღება მხოლოდ L.Wyng-ის (1981) ცნობილი სტატიის გამოქვეყნების შემდეგ მიაქცია.

აღნიშნული სინდრომის მქონე ბავშვებს ნორმალური ინტელექტისა და განვითარებული მეტყველების ფონზე ახასიათებთ სოციალური ურთიერთობის დეფიციტი, კომუნიკაციის სირთულე, წესებისა და რიტუალების აკვიატებული დაცვა, უცნაური, ექსცენტრული ქცევა.

ასპერგერის სინდრომის გავრცელება

სინდრომი უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში და არ არის დამოკიდებული მშობლების განათლების დონესა და სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსზე. დაზუსტებული ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ასპერგერის სინდრომის შესახებ არ არსებობს. თუმცა სხვადასხვა კვლევის მიხედვით ყოველი 10000 ადამიანიდან 20-40 პირი აკმაყოფილებს ასპერგერის სინდრომის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს. ასეთი დიდი სხვაობა ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში გამოყენებული სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების განსხვავებით არის განპირობებული.

ასპერგერის სინდრომის დიაგნოსტიკა

ასპერგერის სინდრომის მქონე პირებს, თავდაპირველად შეიძლება, ვერ დაესვას, ან არასწორად დაესვას დიაგნოზი. ჩვეულებრივად,

ბრივ, პირველადი დიაგნოზია ბავშვთა ადრეული აუტიზმი, სპეციფიკური დასწავლის უნარის დარღვევა ან აკვიატების სინდრომი.

ასპარბარის სინდრომის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები DSM-IV-TR-ის მიხედვით

A. სოციალურ ურთიერთობათა თვისობრივი დარღვევა – ვლინდება ქვემოთ ჩამოთვლილი შემდეგი სიმპტომებიდან ორ მათგანში მაინც:

1. არავერბალური ქცევის გამოხატული დარღვევა, როგორცაა სოციალური ურთიერთობისას თვალებით კონტაქტი, სახის გამომეტყველება, სხეულის პოზა და ჟესტები;
2. თანატოლებთან ასაკობრივი განვითარების შესაბამისი ურთიერთობის დამყარების შეუძლებლობა;
3. სხვა ადამიანებთან ერთობლივი გართობის, საერთო ინტერესებისა და თანამშრომლობის სპონტანური სურვილის დეფიციტი;
4. სოციალური თუ ემოციური რეციპროკულობის ნაკლოვანება.

B. განმეორებადი, სტერეოტიპული ქცევები, ინტერესები, მოქმედებები – ვლინდება ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთ-ერთში მაინც:

1. სტერეოტიპული, შეზღუდული, ვიწრო ინტერესებით შემოფარგვლა, რაც ხასიათდება ანომალური ინტენსივობითა და ძლიერი ფოკუსით;
2. სპეციფიკური რიტუალების ზედმინვნით დაცვა ყოველდღიურ ცხოვრებაში;
3. სტერეოტიპული და განმეორებადი მოტორული მანერულობა (სხეულისა და სახის მოძრაობები, ხელებისა და თითების ქნევა ან ტრიალი).

C. ეს დარღვევები იწვევს სოციალური, შრომითი და სხვა საზოგადოებრივი ფუნქციონირების კლინიკურად მნიშვნელოვან დარღვევებს.

D. არ აღინიშნება კლინიკურად გამოხატული ჩამორჩენა მეტყველებაში (ორი წლისათვის ცალკეული სიტყვების, სამი წლისათვის – ცალკეული ფრაზების გამოყენება).

E. არ ვლინდება კლინიკურად გამოხატული ჩამორჩენა კოგნიტურ განვითარებაში, ან ასაკის შესაბამის თვითმომსახურების ჩვევებში, ადაპტაციურ ქცევაში (სოციალური ურთიერთობის გარდა) და გარემოსადმი ცნობის-მოყვარეობაში.

F. ამ კრიტერიუმს არ აკმაყოფილებს სხვა სპეციფიკური პერვესიული დარღვევები და შიზოფრენია.

ასპერგერის სინდრომის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ICD-10-ის მიხედვით

- A. არ აღინიშნება** მეტყველების, ან კოგნიტური განვითარების კლინიკურად გამოხატული ჩამორჩენა. დიაგნოზი მოითხოვს, რომ ცალკეული სიტყვების გამოყენება ორ წლამდე, ხოლო კომუნიკაციური ფრაზული მეტყველება სამი წლის ასაკისათვის ვითარდებოდეს; თვითდაზმარება, ადაპტაციური ქცევა და გარემოსადმი ცნობისმოყვარეობა ნორმალური ინტელექტუალური განვითარების შესაფერისი იყოს. ამავე დროს, ამ სინდრომის შემთხვევაში, მოტორული განვითარება ჩამორჩება ასაკობრივ ნორმას, აღინიშნება მოტორული მოუქნელობა; ხშირია იზოლირებული სპეციფიკური ჩვევები, რომლებიც ანომალურ ვიწრო ინტერესთანაა დაკავშირებული, თუმცა, არ წარმოადგენს აუცილებელ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს.
- B. რეციპროკული სოციალური ურთიერთობის თვისობრივი დარღვევა** (აუტიზმის მსგავსი კრიტერიუმი). დიაგნოზი მოითხოვს მნიშვნელოვან დარღვევებს შემდეგი ხუთი სფეროდან სამში მაინც:
1. თვალებით კონტაქტის, სახის გამომეტყველებების, სხეულის პოზისა და ჟესტების ადეკვატური გამოყენების ნაკლოვანება სოციალური ურთიერთობის რეგულაციის მიზნით;
 2. თანატოლებთან ინტერესების, ემოციების გაზიარებისა და ურთიერთობის დამყარების შეუძლებლობა (მისი გონებრივი ასაკის შესაბამისი);
 3. სტრესის ან დისტრესის დროს სხვებისათვის კომფორტის შეთავაზებისა და თანაგრძნობის შეუძლებლობა, სხვა ადამიანებისგან დახმარების მიღების იშვიათი ძიება;
 4. სხვა ადამიანებისათვის სიამოვნებისა და სიხარულის გაზიარების ნაკლოვანება;
 5. სოციალურ-ემოციური რეციპროკულობის სიმწირე, რაც ვლინდება სხვა ადამიანების ემოციებზე რეაგირების დარღვევაში; სოციალური კონტექსტის მიხედვით ქცევის რეგულაციის ნაკლოვანება, ან სოციალური, ემოციური და კომუნიკაციური ქცევების სუსტი ინტეგრაცია;
- C. შეზღუდული ქცევების, მოქმედებებისა და ინტერესების განმეორებადი, სტერეოტიპული ხასიათი** (აუტიზმის მსგავსი კრიტერიუმი; ამაში არ შედის მოტორული მანერულობა). დიაგნოზი მოითხოვს მნიშვნელოვან დარღვევებს შემდეგი ექვსი სფეროდან ორში მაინც:
1. ყოვლისმომცველი სტერეოტიპული და შეზღუდული ინტერესი;
 2. სპეციფიკური მიჯაჭვულობა უჩვეულო ობიექტებზე;
 3. აკვიატებული მიწნება არაფუნქციონალურ ნესებსა და რიტუალებზე;
 4. სტერეოტიპული და მოტორული მანერულობა, რაც მოიცავს ხელების/თითების ტრიალს, ქნევას, ან სხეულის რთულ მოძრაობებს;
 5. შეზღუდული ინტერესი ობიექტების ნაწილების ან სათამაშო მასალების არაფუნქციონალური ელემენტების მიმართ (როგორიცაა მათი სუნი, ზედაპირის ტექსტურა, მათ მიერ გამოწვეული ვიბრაცია);
 6. დისტრესი გარემოს უმნიშვნელო ცვლილებების გამო.

რით ხასიათდება ასპერგერის სინდრომი?

- **სოციალური ურთიერთობა:**

- სოციალური გულგრილობა;
- შეუსაბამო კონტაქტი თვალებით;
- თანატოლებთან პოზიტიური ურთიერთობის დამყარებისა და შენარჩუნების შეუძლებლობა;
- სხვისი აზრის და ემოციის გაზიარების სირთულე;
- სოციალური მიმანიშნებლების გამოყენების ნაკლოვანება;
- ემპათიის და სოციალური რეციპროკულობის ნაკლოვანება;
- დიალოგის წარმოების სირთულე.

- **ქცევა:**

- ყოველდღიურ ცხოვრებაში წესებისა და რიტუალების შეუცვლელად დაცვა;
- სიტუაციისა და განრიგის ოდნავი ცვლილების მიმართ ძლიერი წინააღმდეგობა;
- საგნების არატიპურად გამოყენება, საგნების რომელიმე ნაწილისადმი განსაკუთრებული ყურადღება;
- სტერეოტიპული და განმეორებადი მოძრაობები;
- საკუთარი ვიწრო ინტერესის გარშემო საუბარი და მოსაუბრის ინტერესის გაუთვალისწინებლობა.

- **მეტყველების განვითარება:**

ბავშვს ადრეულ ასაკში შეიძლება ჰქონდეს მეტყველების შეფერხება, რასაც მოჰყვება მეტყველების უნარის სწრაფი განვითარება; ასეთ შემთხვევაში ხშირია ჰიპერლექსია (არაჩვეულებრივად ფართო ლექსიკონი), მაგრამ დარღვეულია მეტყველების პრაგმატული მხარე – ბავშვი ენას ვერ იყენებს სიტუაციისა და კონტექსტის შესაბამისად, დაჟინებულად ლაპარაკობს აკვიატებულ თემებზე. ასეთ ბავშვებს სოციალური კომუნიკაციისათვის მეტყველების გამოყენების პრობლემა აქვთ და უძნელდებათ ნათქვამი ან დაწერილი სიტყვიდან მნიშვნელობის გამოტანა, რადგან:

- არ გააჩნიათ დაგეგმვის, იმპულსის კონტროლის, თვითკონტროლისა და ერთი სიტუაციიდან მეორეზე გადართვის უნარი;
- შეზღუდული აქვთ ინტერესებისა და საქმიანობის სფეროები – მხოლოდ მათთვის საინტერესო თემაზე შეუძლიათ გაუთავებელი საუბარი, ისე რომ ანგარიშს არ უწევენ მოსაუბრის სურვილსა და ინტერესს.

- **მოტორული მოუქნელობა:**

აღნიშნული დაფიციტი ვლინდება როგორც მსხვილ, ასევე ნატიფ მოტორიკაში – ბავშვს არ უყვარს წერა, სპორტულ აქტივობებში ჩართვა, აქტიური მოტორული თამაშები. შეიძლება, ვლინდებოდეს ისეთივე ვიზუალურ-მოტორული დაფიციტი, როგორიც ასიათებთ დასწავლის უნარის დაქვეითების მქონე პირებს.

- **არავერბალური კომუნიკაციის პრობლემები ვლინდება:**

- ჟესტების გამოყენების სიმწირეში;
- მწირი სახის ექსპრესიაში;
- ემოციის არაადეკვატური გამოხატვაში;
- სხვისი ჟესტების, მიმიკის, სხეულის ენის გაგების შეუძლებლობაში.

საინტერესოა ის ფაქტი, რომ Rourke-ს არავერბალური დასწავლის უნარის დარღვევის ცნება მნიშვნელოვნად ფარავს ასპერგერის სინდრომს. Rourke თვლის, რომ ასპერგერის სინდრომის მქონე ყველა პირს აქვს არავერბალური დასწავლის უნარის დარღვევა (Klin, Volkmar 2000).

- **აკადემიური პრობლემები ვლინდება:**

- წაკითხულის გააზრების პრობლემებში;
- მწირ ორგანიზაციულ უნარებში;
- მსჯელობისა და დასკვნის გამოტანის პრობლემებში;
- კოგნიტურ რიგიდულობაში, როდესაც პრობლემაა გადართვა ერთი აქტივობიდან მეორეზე, ერთი აზრიდან მეორეზე.

რით განსხვავდება ასპერგერის სინდრომი აუტიზმისგან?

ასპერგერის სინდრომი ხასიათდება ფართო სპექტრის პერვესიული აშლილობისთვის დამახასიათებელი ნიშნებით; დიაგნოსტიკურ სახელმძღვანელოებში იგი წარმოდგენილია როგორც დამოუკიდებელი ნოზოლოგია შესაბამისი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებით. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთი მეცნიერი ასპერგერის სინდრომს დამოუკიდებელ ნოზოლოგიად არ თვლის და მიიჩნევს, რომ იგი სხვა არაფერია, თუ არა აუტიზმი (აუტიზმის იოლი ფორმა) ფუნქციონირების მაღალი დონით (ფმდ) (Szatmari et al., 1986; Klin, 1994). მკვლევარების ინტერესს წარმოადგენს ამ ორი მდგომარეობის ფენომენოლოგიური განსხვავების ძიება. იმაზე, რომ ასპერგერის სინდრომი ფუნქციონირების მაღალი დონის მქონე

აუტიზმისაგან თვისობრივად განსხვავებული ნოზოლოგიაა, მეტყველებს შემდეგი ფაქტები:

- ვექსლერის ტესტში ასპერგერის სინდრომის მქონე პირებს მნიშვნელოვნად მაღალი აქვთ **ვერბალური IQ**, ხოლო **ფმდ** აუტიზმის მქონე პირებს – **არავერბალური IQ**; ამასთან, ამ უკანასკნელს აღენიშნება მნიშვნელოვანი განსხვავება ვერბალურ და არავერბალურ ინტელექტს შორის, ასპერგერის სინდრომის მქონე ინდივიდებისაგან განსხვავებით.
- „გონების თეორიის“ დეფიციტი, ანუ სხვისი განზრახვისა თუ შინაგანი მდგომარეობის გაგების სირთულე აღენიშნებათ **ფმდ** აუტიზმის მქონე პირებს და არა ასპერგერის სინდრომის მქონე ინდივიდებს.
- ნეიროფსიქოლოგიური გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ჯანმრთელ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, **ფმდ** აუტიზმის მქონე პირებს აღენიშნებათ აღმასრულებელი (რეგულატორული) ფუნქციისა და ვერბალური მეხსიერების გამოხატული დეფიციტი, ასპერგერის სინდრომის მქონე პირებს კი მნიშვნელოვნად დაქვეითებული აქვთ ემოციის აღქმა და რეგულატორული ფუნქცია.
- აუტიზმისა და ასპერგერის სინდრომისათვის საერთო სიმპტომი მხოლოდ აღმასრულებელი (რეგულატორული) ფუნქციის დეფიციტი აღმოჩნდა.

აუტიზმი ჰეტეროგენულ ქვეტიპებს მოიცავს და საკითხი მისი და ასპერგერის სინდრომის პირველადი დეფიციტის შესახებ ჯერ ისევ ღიად რჩება. დღეისათვის ითვლება, რომ ასპერგერის სინდრომი დამოუკიდებელი დაავადებაა, ხოლო აუტიზმთან შედარებით მისი გამოსავალი და პროგნოზი ბევრად საიმედოა.

უნდა აღინიშნოს, რომ აუტიზმისაგან განსხვავებით, ასპერგერის სინდრომს ბევრი რამ აქვს საერთო არავერბალური დასწავლის უნარის დაქვეითებასთან.

როგორ შეიძლება დავხმაროთ ასპერგერის სინდრომის მქონე ბავშვს?

ასპერგერის სინდრომის მქონე ბავშვებს ძირითადი პრობლემები სოციალური კომუნიკაციის, ცვლილებასთან შეგუებისა და მოქნილობის სფეროებში აქვთ, რის გამოც, პერიოდულად,

აღნიშნებათ უმართავი ქცევა; სირთულეები ვლინდება ქცევის ორგანიზაციაშიც. აღნიშნულიდან გამომდინარე:

- პირველ რიგში, საჭიროა, მოზრდილთა დიდი მოთმინება და ბავშვის უმართავი ქცევისა თუ სიბრაზის აფეთქებების სწორი ინტერპრეტაცია;
- ემოციის აღქმის დეფიციტის მიუხედავად, ასეთი ბავშვები ძლიერ მგრძნობიარენი არიან ლაპარაკის მაღალი და გაღიზიანებული ტონის მიმართ;
- უჭირთ პრობლემის დამოუკიდებლად გადაჭრა და ამ დროს ესაჭიროებათ თანმიმდევრული დახმარება;
- ასპერგერის სინდრომის მქონე ბავშვის პერსევერაციები გარემოყოფათათვის ძალზე გამაღიზიანებელია; სტრესისა და დაძაბულობის ზრდასთან ერთად პერსევერაციაც ძლიერდება. ასეთ დროს ბავშვის ერთსა და იგივე შეკითხვაზე განმეორებითი პასუხები ან იმის მტკიცება, რომ აღნიშნულ კითხვაზე უკვე უპასუხეთ, ნაკლებფექტურია. სამაგიეროდ, ეფექტურია ყურადღების წარმართვა სხვა, ბავშვის ინტერესების შესატყვისი მიმართულებით;
- ბავშვი წინასწარ უნდა მომზადდეს დღის წესრიგის მოსალოდნელი ცვლილებისათვის, რადგან მოულოდნელი ცვლილება, შეიძლება უმართავი ქცევისა და სიბრაზის აფეთქების მიზეზი გახდეს;
- მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი ბავშვი გამართულად მეტყველებს და კარგი ლექსიკონი აქვს, მას უჭირს სწრაფი და რთული ფრაზების შემცველი მიმართული მეტყველების გაგება; ასევე, უძნელდება რამდენიმე თანმიმდევრული მოქმედების გეგმის მიხედვით წარმოება. ამიტომ უფრო ეფექტურია, მარტივი, მაქსიმუმ ორსაფეხურიანი მითითებების მიწოდება, მარტივი ფრაზებითა და ნელი ტემპით საუბარი;
- არაეფექტურია ერთი და იმავე მითითების ბევრჯერ გამეორება, უმჯობესია ერთი ინსტრუქციის პერეფრაზირება;
- შესაძლებელია, ბავშვი მგრძნობიარე იყოს სპეციფიკური ფაქტურის, გემოს, ხმებისა თუ სუნის მიმართ, რაც მის შფოთვას იწვევს. ამიტომ, აუცილებელია იმ ფაქტორების გარკვევა, რაც წინ უძღვის უმართავ ქცევას;
- ასპერგერის სინდრომის მქონე ბავშვი ვერ იტანს ხმაურიან გარემოს, ხალხმრავალ და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებს, უჭირს სენსორული სტიმულების ინტენსივობის მო-

დულაცია და კარგავს უსაფრთხოების გრძნობას. ეს კი იწვევს უმართავ ქცევას.

- ასპერგერის სინდრომის მქონე ბავშვი გაურბის თვალებით კონტაქტს, ამიტომ საუბრისას მისთვის თვალებში ცქერის დაძალება არასასურველია; როდესაც ასეთი ბავშვი მოსაუბრეს პირისპირ არ უმზერს, უკეთ ესმის მისი და თავს ბევრად მშვიდად გრძნობს;
- ხუმრობასა და მეტაფორულ გამონათქვამებს ასპერგერის სინდრომის მქონე ბავშვები ვერ გებულობენ; მიუხედავად ლექსიკის მდიდარი მარაგისა, შეიძლება, არ ესმოდეთ მათთვის ნაცნობი სიტყვის მნიშვნელობა. ამიტომ, საჭიროა, ყოველთვის დაზუსტდეს, ესმის თუ არა ასეთ ბავშვს ნაკითხული ან გამოთქმული სიტყვის მნიშვნელობა.

რეტის სინდრომი

რა არის რეტის სინდრომი?

რეტის სინდრომი ნეიროგანვითარების დარღვევაა. იგი ხასიათდება ატაქსიით, ეპილეფსიური გულყრებით, მეტყველებისა და ქცევის მძიმე, შეუქცევადი დარღვევებით. ეს სინდრომი პირველად აღწერა ავსტრიელმა მეცნიერმა A.Rett-მა 1966 წელს.

რამდენად ხშირია რეტის სინდრომი?

რეტის სინდრომი იშვიათი პათოლოგიაა; მისი გავრცელების მაჩვენებელია 1:10-12000-ზე. ამ სინდრომის მქონე ყველა ცოცხლადშობილი პაციენტი მდედრობითი სქესისაა, ხოლო რეტის სინდრომის მქონე მამრობითი სქესის ბავშვების ყველა შემთხვევაში მკვდრადშობადობაა დაფიქსირებული.

როგორ ხდება რეტის სინდრომის დიაგნოსტიკა?

რეტის სინდრომი პერვესიული განვითარების აშლილობად ითვლება. მისი დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია, რადგან დღე-

სათვის არ არსებობს მისთვის სპეციფიკური სადიაგნოსტიკო მარკერი; შესაბამისად, შეუშუშავებელია დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელი, დამხმარე და სადიფერენციაციო კრიტერიუმები. ამიტომ დიაგნოზის დადგენა კლინიკური სიმპტომების მიხედვით ხდება. პირველადი დიაგნოზი ორი წლის ასაკამდე დგინდება, ხოლო მისი დადასტურება ორიდან ხუთ წლამდე ასაკის პერიოდში ხდება. სწორი დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია როგორც განვითარების მთლიანი პროფილის მრავალჯერადი გამოკვლევა, ისე დაწვრილებითი პრე- და პერინატალური ანამნეზი.

კლინიკური აღწერის მიხედვით რეტის სინდრომი ოთხი ფაზით მიმდინარეობს: ნორმალური განვითარების ფაზა – დაბადებიდან 6 თვემდე, 6 თვიდან წლამდე აღინიშნება სტაგნაციის ფაზა, რეგრესის ფაზა, დესტრუქციული ფაზა – სიცოცხლის 1-დან 4 წლამდე, პლატო – 2-დან 10 წლამდე და გვიანდელი, მოტორული გაუარესების ფაზა – 10 წლის ასაკიდან.

რით ხასიათდება რეტის სინდრომი?

რეტის სინდრომით დაავადებულთა განვითარება დაბადებიდან ექვს თვემდე ფიზიოლოგიური ნორმის ფარგლებშია და ისინი ჯანმრთელი ბავშვის შთაბეჭდილებას ტოვებენ.

ექვსი თვიდან იწყება განვითარების შეფერხება და მანამდე შეძენილი ჩვევების უკუგანვითარება; ქვეითდება მობილურობა, თამაშის ინიციატივა, თვალებით კონტაქტის ინტენსივობა, მატულობს კუნთთა ტონუსი, ხელების მიზანმიმართული ქმედებები იცვლება უაზრო, სტერეოტიპული მოძრაობებით და მანიფესტირდება გულყრები. ექვსი თვიდან ერთ წლამდე ასაკში სახეზეა განვითარების სტაგნაცია. ვინაიდან ურთიერთობაში ასეთი ბავშვები ადეკვატურები და კონტაქტურები არიან, მშობლები თავს იმშვიდებენ, რომ ბავშვი დაენევა განვითარების ასაკს.

სტაგნაციის შემდეგ იწყება რეგრესის ფაზა, რომელიც თანხლებულია პირამიდული და ექსტრაპირამიდული ნიშნებითა და ძვლოვანი სისტემის არასრულფასოვნებით, რაც გამოიხატება ძვლოვანი ქსოვილის ზრდის ტემპის შენელებითა და შეჩერებით (მიკროცეფალია, სქოლიოზი). რეგრესის ფაზა, რომელიც გრძელდება სიცოცხლის 30-ე თვემდე, შეიძლება, ექვსი თვის ასაკიდანვე დაიწყოს და ახასიათებდეს განვითარების უეცარი ან თანდა-

თანობითი დაქვეითება; ხელების მანიპულაციური მოძრაობა და მეტყველების უნარი ყოველთვის ქვეითდება. ნატიფი მოტორიკის შემთხვევაში, თითების უკვე ჩამოყალიბებული პინცეტისებური მოძრაობა თანდათანობით ქრება. მატულობს ხელებისა და ტანის სტერეოტიპული, ბიძგისებური მოძრაობები; ბავშვი ხელებს მუდმივად პირში იდებს ან ზურგსუკან აქვს გადაჯაჭვული და იშვიათად იყენებს მათ. ხელების სტერეოტიპული მოძრაობები ქრება ძილის დროს. ასეთი სახის მოძრაობები ხელს უშლის ბავშვის მიზანმიმართული მოქმედების მცდელობას, რაც იწვევს ბავშვის ძლიერ აგზნებას. აგზნების შემცირება შესაძლებელია ნებისმიერი მოქმედების გარედან წარმართვითა და რეგულაციით. ამ ფაზაშივე ვლინდება კოგნიტური ფუნქციების განვითარებაში ჩამორჩენა, აუტისტური ტიპის ქცევები, სოციალური ურთიერთობებისა და კომუნიკაციის დარღვევა.

ასაკის მატებასთან ერთად, აღმოცენდება სუნთქვის პრობლემები: ძილის დროს სუნთქვა ნორმალურია, ხოლო უცაბედი გაღვიძების დროს ვითარდება ჰიპერვენტილაცია/აპნოეს ციკლი. გამოღვიძებისას ხშირია სუნთქვის დიზრითმია, რაც, ძირითადად, კიდურებისა და ტანის განმეორებითი მოძრაობების სიხშირის ზრდას უკავშირდება.

ამ ფაზაში, ასევე, აღმოცენდება არაეპილეფსიური პაროქსიზმები აფექტურ-რესპირატორული შეტევების სახით, რომლებსაც თან ახლავს ციანოზი და დისტონიური პოზა. ეპილეფსიური გულყრები კი ოთხი წლის ასაკიდან იწყებს მანიფესტირებას. მიუხედავად იმისა, რომ რეტის სინდრომის მქონე ყველა ბავშვს აქვს პათოლოგიური ეგ-პატერნები, ეპილეფსიური გულყრები კლინიკურად აღენიშნება მხოლოდ მათ 50%-ს. სინდრომი ხასიათდება სხვადასხვა ტიპის ეპილეფსიური გულყრებით: ატიპური აბსანსეები, პარციალური, პირველადად გენერალიზებული და მეორადად გენერალიზებული გულყრები, რომლებიც თითქმის არ ექვემდებარება ანტიეპილეფსიურ მკურნალობას.

მესამე ფაზა – პლატო ხასიათდება აპრაქსიით, მოტორული პრობლემებითა და ეპილეფსიური გულყრებით. ამავდროულად, მესამე ფაზაში უმჯობესდება ქცევა, მცირდება აუტისტური ნიშნები. ამ პერიოდში იზრდება გარემოსადმი ბავშვის ინტერესი; შეიძლება, გაუმჯობესდეს კომუნიკაცია და ყურადღება.

მეოთხე – გაუარესების ფაზა, ძირითადად, ხასიათდება მოძრაობის დარღვევების გაღრმავებით. ასაკის მატებასთან ერთად

ძლიერდება სქოლიოზი, კუნთების სპასტიურობა, ფერხდება სიმალლეში ზრდა, ძლიერდება კუნთების რიგიდობა და მატულობს კუნთთა ტონუსი, ირღვევა სხეულისა და კიდურების პოზა, თითქმის შეუძლებელი ხდება სიარული. თუმცა, მცირდება ხელების სტერეოტიპული მოძრაობები და უმჯობესდება თვალებით კონტაქტი. ამ ფაზაში კოგნიტური სფეროს შემდგომი რეგრესი არ შეინიშნება.

რა არის რეტის სინდრომის მიზეზი?

რეტის სინდრომის ეტიოლოგიის ყველაზე გავრცელებული ჰიპოთეზაა გენეტიკური – აუტოსომურ-დომინანტური X ქრომოსომის მუტაცია. მამის მხრიდან გადაცემული X-ქრომოსომული მუტაციის შემთხვევაში, დაავადების გამოსავალი ყოველთვის ლეტალურია. დედის ხაზით გენური მუტაციის გადაცემის შესახებ მეტყველებს ნათესაობაში ერთი დედის ქალიშვილების (ნახევარ დების), დეიდისა და დისშვილის ერთდროული ავადობის აღწერილი შემთხვევა. რეტის სინდრომის მქონე 2 პაციენტია აღწერილი ქრომოსომული ტრანსლოკაციით: პირველს ჰქონდა X ქრომოსომის მოკლე მხრისა (P22.11) და მე-3 ქრომოსომის ბალანსირებული ტრანსლოკაცია; მეორე პაციენტს ტრანსლოკაცია აღენიშნებოდა X (P11.22) და X (P22.11) მხრებს შორის. ასეთივე ქრომოსომული პატერნი გამოუვლინდა ატიპური ნიშნების მქონე პაციენტის ჯანმრთელ დედასა და დას.

1992 წელს A. Byrd-მა აღმოაჩინა X ქრომოსომის MECP-2 გენი, რომლის მუტაციაც MECP-2 ცილის ინაქტივაციას იწვევს, რაც დღეისათვის რეტის სინდრომის ყველაზე ალიარებულ მიზეზადაა მიჩნეული.

ასევე, გავრცელებულია ნეიროქიმიური ჰიპოთეზა. გამოკვლევების მიხედვით, რეტის სინდრომის მქონე პაციენტებს თავის ტვინში აღენიშნებათ დოფამინ-2-ის რეცეპტორების მნიშვნელოვანი შემცირება და საკმაოდ დაქვეითებული აქვთ ქოლინ-აცეტილ-ტრანსფერაზის დონე. ამ სინდრომის შემთხვევებში, აუტოფსიური გამოკვლევებით დაფიქსირდა თავის ტვინის მცირე წონა, თუმცა, ტვინის თეთრ ნივთიერებაში არანაირი ცვლილებები არ აღენიშნებოდა.

ბავშვობის დეზინტეგრაციული აშლილობა

რა არის ბავშვობის დეზინტეგრაციული აშლილობა?

პირველად ეს მდგომარეობა აღწერა ჰელერმა 1908 წელს, ამიტომ მას ხშირად ჰელერის სინდრომსაც უწოდებენ. დეზინტეგრაციული აშლილობა პერვესიული აშლილობების ჯგუფს მიეკუთვნება, მაგრამ აუტიზმისგან განსხვავდება იმით, რომ ანამნეზში სახეზეა ბავშვის ადრეული ნორმალური განვითარება, რომელიც შემდგომში რეგრესირებს. ზოგიერთი მკვლევარი თვლის, რომ ეს ბავშვობის დემენციაა, თუმცა მისი დამადასტურებელი პათოფიზიოლოგიური მტკიცებულებები ნაკლებად მისაწვდომია.

რამდენად ხშირია ბავშვობის დეზინტეგრაციული სინდრომი?

აღნიშნული მდგომარეობა იშვიათია: 2 : 100 000 ბავშვზე. თუმცა, სხვადასხვა ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მონაცემები საკმაოდ მწირია. ითვლება, რომ ბიჭებში აღნიშნული სინდრომი უფრო ხშირია გოგონებთან შედარებით, მაგრამ ზუსტი მონაცემები არ არსებობს.

რით ხასიათდება ბავშვობის დეზინტეგრაციული აშლილობა?

ბავშვის განვითარების ისტორია, როგორც წესი ნორმალურია 3-4 წლამდე და ამ პერიოდიდან იწყება უეცარი ან თანდათანობითი დაქვეითება. მშობლები და პედიატრები აღნიშნავენ ბავშვის მეტყველების და არავერბალური კომუნიკაციის ჩვეულებრივ განვითარებას, ასაკისათვის შესაფერის თამაშს, ემოციურ და შემეცნებით განვითარებას. 3-4 წლიდან მშობლები ამჩნევენ, რომ ბავშვი უეცრად ან თანდათანობით კარგავს მეტყველების შეძენილ უნარებს, შეძენილ ჩვევებს, თავს იჩენს ემოციური და სოციალური პრობლემები.

DSM-IV-TR-ის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების მიხედვით აღინიშნება:

- ა. ნორმალური განვითარება პირველი 2 წლის განმავლობაში, რაც ვლინდება ასაკის შესაბამის მეტყველების და კომუნიკაციურ უნარებში, თამაშში, ადაპტაციურ ქცევებში.

ბ. უკვე შეძენილ ჩვევებში მნიშვნელოვანი დაქვეითება აღინიშნება შემდეგ სფეროებში

- ექსპრესიულ მეტყველებაში;
- რეცეპტულ მეტყველებაში;
- სოციალურ ჩვევებში;
- ტუალეტის ჩვევებში;
- თამაშში;
- მობილურ ჩვევებში.

გ. ფუნქციონირების დარღვევა შემდეგი სფეროებიდან 2-ში მაინც:

- (1) სოციალური ურთიერთობის თვისობრივი დარღვევა (მაგ. არავერბალური ურთიერთობის, სხვა ბავშვებთან ურთიერთობის დამყარების, სოციალური და ემოციური რეცეპტოკულობის);
- (2) კომუნიკაციის თვისობრივი დარღვევა (მაგ. მეტყველების განვითარების დაქვეითება, სხვასთან საუბრის შეუძლებლობა, მეტყველების სტერეოტიპული გამოყენება, სიმბოლური თამაშის შეუძლებლობა);
- (3) სტერეოტიპული, განმეორებითი და მწირი ქცევითი პატერნები, შეზღუდული ინტერესები და მოქმედებები მობილური სტერეოტიპებისა და მანერისებების ჩათვლით.

დ. აღნიშნული დარღვევები ვერ აიხსნება სხვა სპეციფიკური პერვესიული აშლილობით ან შიზოფრენიის არსებობით.

სხვა მხრივ, ბავშვობის დეზინტეგრაციული აშლილობა ხასიათდება პერვესიული განვითარების აშლილობისათვის დამახასიათებელი ყველა ნიშნით, თუმცა უფრო გამოხატულია შიშები და ადრეული სტერეოტიპული ქცევები.

აღნიშნულ სინდრომს ხშირად თან ახლავს გამოხატული გონებრივი ჩამორჩენილობა, თუმცა არა ყოველთვის. ამ დროს, აუტიზმთან შედარებით უფრო ხშირია თავის ტვინის ელექტროენცეფალოგრაფიული ცვლილებები და გულყრები.

რა მიზეზები იწვევს ბავშვთა დეზინტეგრაციულ აშლილობას?

აღნიშნული სინდრომის ეტიოლოგიური ფაქტორი და პათოგენეზური მექანიზმები დღეისათვის უცნობია. ამავე დროს, ზოგიერთი კვლევა მიუთითებს გენეტიკურ ფაქტორებზე და პრენატალურად მოქმედ გარემოს რისკ-ფაქტორებზე, რომელთა ერთობლი-

ვი ზემოქმედება შესაძლოა იწვევს თავის ტვინში ამილოიდური გროვების აღმოცენებას და შესაბამისად სინაფსური გადაცემის დარღვევას (Bernstein et al., 2004).

გარემოს ფაქტორებიდან ყველაზე ხშირად აღნიშნავენ:

- ვირუსებს (ტოქსოპლაზმოზი, ნითურა, ციტომეგალოვირუსი, ჰერპეს სიმპლექსვირუსი)
- ტოქსინების მავნე ზემოქმედებას;
- დაბადების ტრავმას;
- ქვემწვავე მასკლეროზირებელ პანენცეფალიტს — მდორედ მიმდინარე ქრონიკული ინფექცია, რომელიც გამოწვეულია ჩუტყვავილის ვირუსით და აზიანებს თავის ტვინის ნეირონებს.

გენეტიკური ფაქტორებიდან აღნიშნავენ სხვადასხვა მეტაბოლურ დარღვევებს, მაგრამ უფრო ხშირად ლიპიდების ცვლის დარღვევას.

ასევე, ხშირად აღნიშნავენ თანმხლებ აუტოიმუნურ დაავადებებს, ალერგიას და ასთმას.

როგორ ხდება გავშვოვის დეზინტეგრაციული აპოპოზის დიაგნოსტიკა?

კლინიკური დიაგნოზი ისმება განვითარების შესახებ ანამნეზისა და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების საფუძველზე. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ისეთი მდგომარეობებისაგან, როგორიცაა:

- რეტის სინდრომი;
 - ექსპრესიულ-რეცეპტული მეტყველების შერეული დარღვევა;
 - გონებრივი ჩამორჩენილობა, გამოწვეული ტყვიით მოწამვლით, იოდის დეფიციტით ან ჰიპოთირეოზით, მძიმე ლითონებით ინტოქსიკაციით;
 - ამინოაციდურია;
 - თავის ტვინის სიმსივნე;
 - ნეიროდეგენერაციული დაავადებები;
 - ეპილეფსია, ლანდაუ-კლეფენერის სინდრომი;
 - აივ ინფექცია.
- სამედიცინო დიაგნოსტიკებისათვის მიზანშეწონილია:
- თიროიდული ფუნქციის გამოკვლევა (T3, T4, TSH სინჯები);
 - თირკმლის ფუნქციის გამოკვლევა;
 - სკრინინგი მძიმე ლითონებზე;
 - ტესტი აივ ინფექციაზე;

- ამინოაციდოპათიის სკრინინგი;
- თავის ტვინის ნეიროვიზუალური გამოკვლევა სიმსივნის გამოსარიცხად;
- ლეიქმიის და ძილის ეგე ეპილეფსიის გამოსარიცხად;
- ქრომოსომული ანალიზი გენეტიკური სინდრომების გამოსარიცხად.

ბავშვის დეტალურ ნევროლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად აუცილებელია მისი განვითარების და პერვესიული აშლილობის დამახასიათებელი ნიშნების ფსიქოლოგიური შეფასება.

როგორია დახმარება ბავშვობის დეზინტეგრაციული აშლილობის დროს?

პირველ რიგში აუცილებელია სწორი დიაგნოსტიკა, რაც ბავშვის მულტიდისციპლინურ შეფასებასა და ზემოაღნიშნულ გამოკვლევებს მოითხოვს. ბავშვს აფასებენ ბავშვთა ნევროლოგი, ფსიქიატრი, ნეიროფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი, ლოგოპედი.

აუცილებელია მშობლების ფსიქოლოგიური კონსულტაცია და განათლება ბავშვის დიაგნოზის მისაღებად, დარდისა და სტრესის დასაძლევად და რეალური დახმარების მისაღებად. ასევე, მნიშვნელოვანია მშობლების სწავლება თუ როგორ უნდა ეთამაშონ ბავშვს, როგორ დაიცვან დღის რეჟიმი, როგორ შეუწყონ ხელი მის განვითარებას. მკურნალობა, რჩევები, ინტერვენციის სტრატეგიები, განათლებისა და დახმარების მეთოდები აუტიზმის ანალოგიურია.

მკურნალობა სიმპტომატურია და ძირითადად მიმართულია ქცევითი და ემოციური აშლილობის სიმპტომებზე ნეიროლექტიკებით და სეროტონინის სელექციური ინჰიბიტორებით.

როგორია ბავშვის განვითარების პროგნოზი?

შეძენილი ჩვევების დაქვეითება და დაკარგვა უმეტეს შემთხვევაში გარკვეულ პლატოს აღწევს და შემდეგ შესაძლოა იყოს უმნიშვნელო გაუმჯობესება. უფრო იშვიათია შეძენილი ჩვევების პროგრესული დარღვევა. მდგომარეობა ქრონიკული ხასიათისაა და თან ახლავს ქცევითი და კოგნიტური ფუნქციონირების გამოხატული დარღვევები.

გულყრების რისკი მატულობს ასაკთან ერთად და პიკს აღწევს მოზარდობის ასაკში. სეროტონინის სელექციური ინჰიბიტორები

და ნეიროლეპტიკები კიდევ უფრო აქვეითებენ გულყრის ზღურ-
ბლს და ზრდიან გულყრის აღმოცენების ალბათობას.

გონებრივი ჩამორჩენილობის ძლიერი ხარისხი, მეტყველების
კომუნიკაციური მიზნით გამოყენების შეუძლებლობა მნიშვნელო-
ვნად აუარესებს პროგნოზს.

ქალა-ტვინის ტრავმა

რა არის ქალა-ტვინის ტრავმა?

ქალა-ტვინის ტრავმა არის გარე ფიზიკური ძალით გამოწვეული თავის ტვინის შეძენილი დაზიანება, რაც არახელსაყრელ გავლენას ახდენს პიროვნების შემეცნებით, კომუნიკაციურ თუ ემოციურ-მოტივაციურ სფეროზე. ტერმინი ქალა-ტვინის ტრავმა გულისხმობს თავის ქალას ღია, ან დახურული დაზიანების შედეგად გამოწვეულ შემდეგი ერთი ან რამდენიმე სფეროს გაუარესებას, როგორცაა მეტყველება, მეხსიერება, ყურადღება, აბსტრაქტული აზროვნება, სენსორული, პერცეპტული და მოტორული უნარები, სომატური ფუნქციები, ფსიქო-სოციალური ქცევა.

ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგად, შეიძლება, დაზიანდეს თავის ქალა, ტვინის ქსოვილი, ან სისხლძარღვოვანი სისტემა. შეიძლება, ადგილი ჰქონდეს თავის ქალას ძვლების მოტეხილობას, ჰემატომას, ტვინის კონტუზიასა და შეშუპებას, ქალასშიდა წნევის მომატებას, ინტრაცერებრულ ჰემორაგიას (სისხლის ჩაქცევა). ქალა-ტვინის ტრავმის ხარისხი დამოკიდებულია დაზიანების ხარისხსა და დარღვევების სირთულეზე. გამოყოფენ **მსუბუქ** = ტრიალურ ტრავმებს, **საშუალო** ხარისხის, **მძიმე** და **უძიმეს** ტრავმებს. განასხვავებენ ქალა-ტვინის ტრავმის **ღია** და **დახურულ** ფორმებს. ყველაზე გავრცელებულ ფორმას თავის ტვინის დახურული ტრავმები წარმოადგენს. ამ ტიპის დაზიანება არაა თანხლებული ქალას ძვლების მოტეხილობებით, ან ტვინის მაგარი გარსის დაზიანებით. **დახურულ ტრავმებში** გამოყოფენ:

- თავის ტვინის შერყევას (*comotio cerebri*),
- კონტუზიას
- ტვინის კომპრესიას.

ღია ტრავმას თან ახლავს თავის ქალას ძვლების მოტეხილობა.

ტრავმის შემდგომი გამოჯანსაღების პერიოდი შეიძლება დაიყოს **მწვავე**, **ქვემწვავე** და გრძელვადიან პერიოდებად. მსუბუქი დაზიანების დროს ასეთი პერიოდების გამოყოფა არ ხდება; შედარებით მძიმე ტრავმების შემთხვევებში ყოველი პერიოდისათვის განსაზღვრული დროითი მონაკვეთი არ არსებობს და მათი ხანგრძლივობა დამოკიდებულია როგორც პაციენტის ასაკზე, ისე ტრავმის ხარისხზე. თუმცა, ზოგადად: მწვავე პერიოდი, შეიძლება, რამდენიმე თვემდე გაგრძელდეს, ქვემწვავე პერიოდი – 3-

6 თვიდან 1 წლამდე, ხოლო გრძელვადიანი პერიოდი ტრავმის მიღებიდან ერთი წლის შემდეგ დაიწყოს. ქალა-ტვინის ტრავმას, ხშირად, „მდუმარე ეპიდემიას“ უწოდებენ, ვინაიდან ქალა-ტვინის დაზიანების შემდეგ ბავშვს, შეიძლება, დიდხანს არ გამოუვლინდეს სიმპტომები. ქალა-ტვინის ტრავმის დაზიანების სიმპტომები მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია თავის ტვინის დაზიანების ხარისხსა და ლოკალიზაციაზე.

გამოყოფენ, აგრეთვე, პერინატალურ (მშობიარობის პერიოდის) ტრავმულ დაზიანებას. მშობიარობის პროცესში დიდი მნიშვნელობა აქვს, თუ როგორ გაივლის ნაყოფი სამშობიარო არხს და როგორ დაიბადება. ტრავმის რისკი იზრდება ისეთი ფაქტორების გავლენით, როგორიცაა არაელასტიური სამშობიარო არხი, დიდი წონის ნაყოფი, პატარა ზომის საშო, ან ნაყოფის არასწორი მდებარეობა.

რით ხასიათდება ქალა-ტვინის ტრავმა?

ბავშვის განვითარებაზე ქალა-ტვინის ტრავმის ზეგავლენა დამოკიდებულია ასაკსა და ტრავმის ხარისხზე. რაც უფრო ადრეულ ასაკში ვითარდება ტრავმა და ძლიერია დაზიანების ხარისხი, მით უფრო მეტ ზეგავლენას ახდენს ბავშვის განვითარებაზე. ტრავმის დროს ბავშვმა, შეიძლება, გონება დაკარგოს (კომატოზური მდგომარეობა), ან შეიძლება, აღენიშნოს პოსტ-ტრავმული ამნეზია (მეხსიერების დაკარგვა) და დროსა თუ გარემოში დეზორიენტაცია. ქალა-ტვინის ტრავმის გადატანის შემდეგ ბავშვებს, შეიძლება, პრობლემათა მთელი კომპლექსი აღმოუცენდეთ:

- **ფიზიკური მდგომარეობის გაუარესება:** თავის ტკივილები, კუნთთა ტონუსის ცვლილებები, კიდურების პარეზი ან დამბლა ერთ ან ორივე მხარეს, წონასწორობისა და სიარულის დარღვევები, ნატიფი მოტორული კოორდინაციის გაუარესება, მხედველობითი, სმენითი ან სხვა სახის სენსორული ანალიზატორული სისტემის გაუარესება, გულყრები.
- **შემეცნებითი სფეროს გაუარესება:** ხანმოკლე და ხანგრძლივი მეხსიერების დარღვევები, ყურადღების კონტროლის გაუარესება, აზროვნების პროცესის შენელება, აღქმის, მეტყველების, კითხვის, წერის, მოქმედების დაგეგმვის გაუარესება.
- **ფსიქო-სოციალური, ქცევითი, ემოციური დარღვევები:** სწრაფი დაღლა, გუნება-განწყობის მერყეობა, შფოთვა, იმპულსურობა, ემოციური კონტროლის სისუსტე, დაბალი თვითშეფასება,

დეპრესია, აპათია.

დარღვევები ყოველ სფეროში განსხვავებული ხარისხით ვლინდება. მათი სიმძიმე დამოკიდებულია დაზიანების ბუნებაზე, ხარისხზე, ბავშვის ასაკზე, კომის არსებობის შემთხვევაში – მის ხარისხზე, რომლის სიღრმე და ხანგრძლივობა განსაზღვრავს ტვინის დაზიანების ხარისხს.

რა მიზეზი იწვევს ქალა-ტვინის ტრავმას?

თავის ტვინის ტრავმის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია სატრანსპორტო უბედური შემთხვევები, ფიზიკური ძალადობის, ჩხუბის შემთხვევები, სამშობიარო ტრავმები, ვარჯიშის დროს მომხდარი დაზიანება, ბავშვის დაცემა, სიმალლიდან ჩამოვარდნა.

რა სიხშირით გვხვდება ქალა-ტვინის ტრავმა?

აშშ ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით ყოველწლიურად ერთი მლნ. ბავშვი იღებს ქალა-ტვინის ტრავმას, რომელთაგან ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელია 165 000 შემთხვევაში. დახურულ ტრავმებზე მოდის ქალა-ტვინის ტრავმის შემთხვევათა 83.5%. თავის ტვინის იოლი დაზიანება უფრო ხშირია, ვიდრე მძიმე; იოლი ტრავმის შემთხვევაში არც მიმართავენ სამედიცინო სამსახურს. მსუბუქი დაზიანება გვხვდება 19 წლამდე აღწერილ შემთხვევათა 89% და ერთ წლამდე ასაკის შემთხვევათა 76%-ში. დაზიანების სიხშირე მამაკაცებში უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში. ასაკობრივი თვალსაზრისით ქალა-ტვინის ტრავმები ყველაზე ხშირია 1-დან 12 წლამდე – 87%. აქედან, 7-12 წლის ასაკის ბავშვებზე მოდის მათი 48%. მიზეზის თვალსაზრისით ყველაზე ხშირია, ბავშვების სხვადასხვა სიმალლიდან ვარდნა, შემდეგ – სატრანსპორტო შემთხვევები (საავტომობილო, მოტოციკლეტის, ველოსიპედის) და მათთან შედარებით იშვიათია ფეხით მოსიარულებთა უბედური შემთხვევები.

რა ძირითადი პრობლემები

გვხვდება ქალა-ტვინის ტრავმის დროს?

ბავშვებში ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგებს ართულებს ის გარემოება, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემა მათ ჯერ კიდევ სრულყოფილად არა აქვთ ჩამოყალიბებული და განაგრძობს გან-

ვითარებას. ამიტომ, შესაძლებელია, ქალა-ტვინის ტრავმის სიმპტომები გამოჩნდეს არა უშუალოდ დაზიანების შემდეგ, არამედ მოგვიანებით, როდესაც დგება ტრავმის შედეგად დაზიანებული სისტემების მომწიფებისა და აქტივობის პერიოდი.

პრობლემები, ყველაზე ხშირად, ბავშვებს, შეიძლება, გამოუვლინდეთ შემდეგ სფეროებში:

- ინტელექტუალური უნარების დაქვეითება მნიშვნელოვან კავშირშია კომისა და პოსტ-ტრავმული ამნეზიის ხანგრძლივობასთან. უმცროსი ასაკის ბავშვებში (2-8წ) ინტელექტუალური უნარების დეფიციტი უფრო მძაფრია, ვიდრე უფროსი ასაკის ბავშვებში (9-18წ). მსუბუქი და საშუალო ხარისხის ტრავმების მქონე ბავშვებში ინტელექტუალური უნარები უმჯობესდება ასაკის მატების პარალელურად.
- ტრავმის შემდეგ ყველაზე ხშირია მეხსიერებისა და ყურადღების პრობლემები. ბავშვს, შეიძლება, პრობლემები ჰქონდეს ხანმოკლე მხედველობით და სმენით-ვერბალურ მეხსიერებაში, ყურადღების კონცენტრაციასა და გადანაცვლებაში.
- მიუხედავად იმისა, რომ კლასიკური აფაზიის (მეტყველების მოშლის) სინდრომი ბავშვებში იშვიათია, ქალა-ტვინის ტრავმის შემდეგ ხშირად ვლინდება მეტყველების სხვადასხვა სახის პათოლოგია, განსაკუთრებით, პერინატალური ტრავმების შემდეგ. ასეთი ბავშვი გვიან იწყებს ლუღლულს, ლაპარაკს, დამახინჯებით მეტყველებს, აქვს სიტყვების მწირი მარაგი, უჭირს წინადადებაში აზრის ჩამოყალიბება, საგნების სახელდება, მიმართული მეტყველების გაგება.
- თავის ტვინის ლოკალური დაზიანებისას ხშირია მხედველობით-სივრცითი ფუნქციების განვითარების დეფიციტის ან დარღვევის ნიშნები: ბავშვს პრობლემები აქვს ხატვაში, კოპირებაში, სივრცითი მიმართებების გარჩევაში, სივრცით ორიენტაციაში, საკუთარი სხეულის მხარეების ორიენტაციაში, კონსტრუქციების აგებაში.
- სხვადასხვა ხარისხის ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე ბავშვებს აღენიშნებათ სენსომოტორული უნარების გარდამავალი, ან მდგრადი დეფიციტი: უჭირთ თითების სწრაფი, მოქნილი, თანმიმდევრული და შეთანხმებული მოძრაობები, ხელების ნატიფი მოძრაობები, საგნების ტაქტილური ცნობა, ფორმების გარჩევა.
- საშუალო და მძიმე ხარისხის ტრავმების შემთხვევაში ხშირია ქცევითი პრობლემები, რაც, შეიძლება, ვლინდებოდეს იყოს

იმპულსურობით, არასტაბილური ემოციური მდგომარეობით, პოსტ-ტრავმული სტრესის სინდრომით, განსაკუთრებით მძიმე კატასტროფების შემდეგ. იოლ ტრავმასთან შედარებით, მძიმე ტრავმის დროს ინტენსიური აღდგენა მიმდინარეობს უფრო ხანგრძლივი დროის (12 თვის) განმავლობაში; მძიმე ტრავმების შედეგად აღმოცენებული ადაპტაციური ქცევის დარღვევები, შეიძლება, ორ წელზე მეტი ხნის, კოგნიტური ფუნქციების აღდგენის პროცესი კი 4-5 წლის მანძილზე გაგრძელდეს.

ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგად აღმოცენებული სნავლის პროგნოზის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

DSM-4

ქალა-ტვინის ტრავმასთან დაკავშირებული ამნესტური სინდრომი

მეხსიერების დარღვევის განვითარება, რაც ვლინდება ახალი ინფორმაციის დასწავლისა და ადრე დასწავლილი ინფორმაციის აღდგენის უნარის დაქვეითებაში.

მეხსიერების დარღვევა იწვევს სოციალური და შრომითი ცხოვრების მნიშვნელოვან დარღვევებს და ადამიანის ფუნქციონირების დონის მნიშვნელოვან დაქვეითებას.

მეხსიერების ასეთი დარღვევა არ ვლინდება მხოლოდ ალცჰეიმერის დაავადების ან სხვა დემენციების დროს.

დაავადების ისტორიისა და სამედიცინო-კლინიკური გამოკვლევების საფუძველზე ორგანული დაზიანების არსებობა გარდამავალ ან ქრონიკულ დარღვევად განისაზღვრება, თუ მდგომარეობა 1 თვეზე ნაკლებ, ან ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში მიმდინარეობს.

ICD-10

ორგანული ამნესტური სინდრომი

უახლოეს და შორეულ წარსულზე მეხსიერების გამოხატული დარღვევების სინდრომი.

დიაგნოზისათვის აუცილებელია დადგინდეს:

- მეხსიერების დარღვევის არსებობა: ახალი მასალის დასწავლის უნარის დარღვევა, ანტეროგრადული და რეტროგრადული ამნეზია, წარსული გამოცდილებისა და შთაბეჭდილებების გახსენების უნარის დაქვეითება;
- ინსულტის ან თავის ტვინის დაავადების ისტორია;
- უშუალო აღდგენის, ან ყურადღებისა და ცნობიერების დეფექტების, ზოგადი ინტელექტუალური დეფიციტის არარსებობა. კონფაბულაციების, ემოციური ცვლილებების, მოქმედების კონტროლის დეფექტების არსებობა არ არის აუცილებელი, მაგრამ მიუთითებს აღნიშნულ დიაგნოზზე.

როგორ შეიძლება დავეხმარეთ ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე პაციენტებს?

- ხშირ შემთხვევაში, იოლი ქალა-ტვინის ტრავმის დროს ექიმს არ მიმართავენ, რადგან ბავშვებში იოლი ტრავმის უშუალო შედეგები ცხადად არ ჩანს. ბავშვს, შეიძლება, მხოლოდ გარკვეული პერიოდის შემდეგ ჰქონდეს თავის ტკივილის, სწრაფი დაღლის ჩივილები, ჩვეულებრივზე მეტად გამოეხატოს აგზნება, დაუქვეითდეს სასკოლო მოსწრება. ოჯახის წევრებისა და მასწავლებლისათვის ძალიან რთულია შეცნოდონ აღმოცენებული სწავლის პრობლემები რამდენიმე თვის წინ მომხდარ შემთხვევას დაუკავშირონ და ბავშვს აღიქვამენ როგორც ცელქს, ნეგატიურს, ან გაზარმაცებულს, მაშინ როდესაც, ბავშვს აუცილებლად ესაჭიროება ნევროლოგის კონსულტაცია.
- ქალა-ტვინის საშუალო და მძიმე ხარისხის ტრავმის მქონე ბავშვებისათვის აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია. მწვავე პერიოდში მათ ესაჭიროებათ სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება, ინტენსიური მკურნალობა და სპეციალიზებული სამედიცინო მეთვალყურეობა.
- ქალა-ტვინის საშუალო ხარისხის ტრავმის მქონე ბავშვებს ესაჭიროებათ აქტიური რეაბილიტაცია, ხოლო მძიმე ხარისხის შემთხვევაში მრავალმხრივი და ხანგრძლივი რეაბილიტაცია. ტრავმით გამოწვეული დარღვევების აღდგენის პროცესში მნიშვნელოვანია ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და გარემო ფაქტორების როლი. ვინაიდან, მძიმე დაზიანების დროს, ძირითადი როლი ფიზიკურ ფაქტორებს ენიჭება, შესაბამ-

ისად, პირველი რიგის ამოცანას წარმოადგენს გადაუდებელი და ინტენსიური სამედიცინო დახმარება, ბავშვის ფიზიკური მდგომარეობის დინამიკაში შეფასება, მწვავე და ქვემწვავე პერიოდებში სამედიცინო მეთვალყურეობა; შემდგომში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა შესამჩნევი ხდება კოგნიტური და მოტორული დეფიციტი, წინა პლანზე გამოდის ფსიქოლოგიური და სოციალური გარემოს პრობლემები. აუცილებელია, ოჯახის წევრებისა და სპეციალისტების (ექიმის, ნეიროფსიქოლოგის, მეტყველების თერაპევტის, ფიზიკური თერაპევტის, პედაგოგის) ერთობლივი მუშაობა.

- იოლი და საშუალო ხარისხის ტრავმის დროს, არსებითი შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური და გარემოს სოციალური ფაქტორები: დაღლილობა, სწრაფი გამოფიტვა, შფოთვა, ემოციური არამდგრადობა, ქცევის პრობლემები, სწავლის პრობლემები, სასწავლო გარემოსთან, ეზოსა და სკოლის ბავშვებთან ურთიერთობის პრობლემები.
- დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის დღის რეჟიმის შემუშავებას, რომელიც მკაცრად უნდა იყოს დაცული; მისი მიზანია ბავშვის ჩვეული აქტივობისა და დატვირთვის დონის თანდათანობითი მიღწევა დატვირთვის დონისა და დავალებათა სირთულის ნაბიჯ-ნაბიჯ გაზრდით. დღის რეჟიმი აუცილებლად უნდა შემუშავდეს ექიმთან და ფსიქოლოგთან კონსულტაციის საფუძველზე. აუცილებელია ბავშვის მდგომარეობის გათვალისწინება და მისდამი ოჯახის წევრების ადეკვატური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება.

შეიძლება თუ არა ქალა-ტვინის ტრავმის განკურნება?

სრული გამოჯანმრთელება დამოკიდებულია ტრავმის ხარისხზე. იოლი ტრავმის შემთხვევაში ბავშვი, ხშირად, სპეციალური მკურნალობის გარეშეც გამოჯანმრთელდება. საშუალო ხარისხის ტრავმას, მწვავე და პოსტმწვავე პერიოდში ესაჭიროება მკურნალობა და ექიმის მეთვალყურეობა. ასეთ შემთხვევებში ბავშვი, ხშირად, სრულიად გამოჯანმრთელდება სპეციალური სარეაბილიტაციო დახმარების გარეშეც. რაც შეეხება მძიმე და უმძიმეს ტრავმებს, ასეთ დროს აუცილებელია ინტენსიური სამედიცინო მკურნალობა და ნეიროფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია. გამოჯანმრთელების პროგნოზი დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე და ძალიან ინდივიდუალურია.

ქალა-ტვინის ტრავმის მწვავე და პოსტმწვავე პერიოდში აუცილებელია ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება და თუ საჭიროა (ჰემატომის შემთხვევაში), ქირურგიული ჩარევა. ბავშვის მდგომარეობიდან გამომდინარე, პოსტმწვავე პერიოდში, შეიძლება, საჭირო იყოს მედიკამენტური მკურნალობის გაგრძელება, ფიზიკური თერაპია და მეტყველების პრობლემების შემთხვევაში – მეტყველების თერაპია.

ტრავმის სიმძიმის მიხედვით გამოჯანსაღების ხანგრძლივ პერიოდში ბავშვს, შეიძლება, დასჭირდეს სპეციალური ნეირო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარება. ტრავმით გამოწვეული სწავლისა და ქცევის პრობლემების დაძლევის მიზნით, აუცილებელი ხდება სპეციალური სასწავლო პროგრამის შემუშავება, რიგ შემთხვევაში კი – ბავშვთან ინდივიდუალური მუშაობა.

ზოგიერთ ბავშვს ტრავმიდან ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგაც ესაჭიროება პრეპარატების მიღება გულყრების კონტროლის, ყურადღების კონცენტრაციის გაუმჯობესების, შფოთვის შემცირების მიზნით. ამიტომ ასეთი ბავშვებისათვის აუცილებელია ნევროპათოლოგისა და ნეიროფსიქოლოგის პერიოდული კონსულტაციები.

როგორ ვასწავლოთ ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე ბავშვს?

ხშირად, მასწავლებლებს არა აქვთ სრულყოფილი ინფორმაცია გადატანილი ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე ბავშვების შესაძლებლობების შესახებ. ტრავმის აღდგენის პროცესი უკვე საავადმყოფოში სტაციონირებისთანავე იწყება; ტრავმის შემდგომი აღდგენითი პროცესის გაგრძელება კი სკოლის პირობებში მიმდინარეობს. ტრავმის შემდეგ ზოგიერთი ბავშვი სწრაფად აღდგენს ჯანმრთელობას, ხშირად კი აღდგენის პროცესი თვეები და წლებიც გრძელდება. ძალიან მძიმე შემთხვევებში სრული გამოჯანმრთელება ვერ ხერხდება და გარკვეული დარღვევები ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს.

დარღვეული ფსიქიკური ფუნქციების აღდგენის პროგნოზირება ძალზე რთულია. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ფსიქიკური ფუნქციების აღდგენა დამოკიდებულია როგორც ტრავმის სიმძიმესა და ასაკზე, ასევე დაზიანებამდე ბავშვის გონებრივი უნარების განვითარების დონეზე და ოჯახურ გარემოზე.

გამოჯანმრთელების შემდეგ, სკოლაში წასვლის წინ, მიზანშეწონილია ნეიროფსიქოლოგისა და მეტყველების თერაპევტის

მიერ ბავშვის კონსულტირება. მათი დაკვირვებისა და გამოკვლევის შედეგები სასარგებლო ინფორმაციას იძლევა მასწავლებლისათვის ბავშვის უნარების თაობაზე. თუ ბავშვი ინდივიდუალურ პროგრამას საჭიროებს, მისი შემუშავებაც აღნიშნული ინფორმაციის საფუძველზე უნდა მოხდეს.

როდესაც ბავშვი ტრავმის შემდეგ სკოლაში ბრუნდება, მისი მდგომარეობა განსხვავდება ტრავმამდელი მდგომარეობისაგან. ზოგჯერ, მეტყველებისა თუ მხედველობით-სივრცითი ფუნქციების სულ მცირე, თითქმის შეუმჩნეველმა დეფიციტმა, შეიძლება, დასწავლის პრობლემები შექმნას; სწავლისა და სასწავლო სიტუაციასთან ხელახლა შეგუების სირთულეები კი ემოციურ და ფსიქო-სოციალურ პრობლემებს ქმნის. ამიტომაც მნიშვნელოვანი სასკოლო მოთხოვნებისა და მოლოდინების მისადაგება ბავშვის შესაძლებლობებთან და მოთხოვნილებებთან. ტრავმის შემდეგ ბავშვისათვის განსაკუთრებით ძნელია ყურადღების დიდი ხნით კონცენტრაცია, რადგან იგი სწრაფად იფიტება და გაკვეთილის დასასრულისათვის უძნელდება მასალის ათვისება. მას დიდი დრო სჭირდება დავალების შესასრულებლად, უჭირს გადართვა; ავიწყდება დღის განმავლობაში მომხდარი ამბები, ბევრჯერ სჭირდება მასალის გამეორება, რადგან ხანმოკლე მეხსიერების პრობლემები აქვს; მიიშე ტრავმის შემდეგ, შეიძლება, მეტყველების პრობლემებიც გამოვლინდეს.

პერინატალური ტრავმის მქონე ბავშვებს ჩვილობის ასაკიდანვე ესაჭიროებათ განვითარების სპეციალური პროგრამები, რაც ბევრად ამცირებს მათ სასკოლო პრობლემებს.

სასკოლო ასაკში მიღებული ქალა-ტვინის ტრავმის შემდგომ ბავშვის სწავლის პროცესში აუცილებელია შემდეგი მითითებების გათვალისწინება:

- დავალების შესრულებისას ბავშვს მიენოღოს მარტივი ინსტრუქციები;
- გაკვეთილის მომზადების პერიოდი დაიყოს მცირე მონაკვეთებად და მათ შორის გაკეთდეს შესვენებები;
- ახალი დავალების მიცემისას მასალას თან ახლდეს ილუსტრაციები;
- დასწავლილი მასალა ხშირად გამეორდეს;
- მასალის დამახსოვრების გაიოლების მიზნით, ბავშვს მიენო-

დოს დასწავლის სტრატეგიები;

- არ გამახვილდეს ყურადღება ბავშვის შეცდომებზე, რადგან მუდმივი შენიშვნები აქვეითებს მის თვითშეფასებას;
- გამოყენებულ იქნას დადებითი განმტკიცება დავალების წარმატებით შესრულებისას;
- დავალების წარმატებით შესრულებისათვის ბავშვს შეექმნას ხელსაყრელი პირობები – მასალის გამარტივება, კარნახის საფეხურების შემუშავება და ა. შ.

ტრავმის სათანადო მკურნალობის შემდგომ, ბავშვის მდგომარეობის გათვალისწინებით, იგი, შეიძლება, დაბრუნდეს კლასში და ჩაერთოს საერთო სასწავლო პროცესში; ასევე, შესაძლებელია, რომ ბავშვი კლასში ან სახლში მეცადინეობდეს ინდივიდუალური პროგრამით.

როგორია ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგების შეფასება და ინტერვენცია?

ქალა-ტვინის ტრავმის დროს ფსიქოლოგიური კონსულტაცია გულისხმობს სხვადასხვა ფაქტორის შეფასებას პროგნოზისა და მკურნალობის მიზნით. კლინიკურ ფსიქოლოგსა და ნეიროფსიქოლოგს მოეთხოვება როგორც ბავშვის აკადემიური მიღწევის, ფუნქციური შეზღუდვებისა და ქცევის პრობლემების ზოგადი პროგნოზი, ისე ქალა-ტვინის ტრავმის შედეგების მართვის პროგრამების შემუშავება. ნეიროფსიქოლოგიური შეფასებისას, უფრო ხშირად, კომპლექსურ მოდელს იყენებენ, რომელიც ფართო სპექტრის ცვლადებს მოიცავს. ბავშვის თავის ტვინის დაზიანებისა და კოგნიტური ფუნქციებისა თუ ქცევის ურთიერთმიმართების გასარკვევად საჭიროა სხვადასხვა სპეციფიკურ კითხვებზე პასუხის გაცემა. ნეიროფსიქოლოგიური შეფასების პირველ, მნიშვნელოვან საფეხურს წარმოადგენს სამედიცინო ინფორმაციის ინტერპრეტაცია: სამედიცინო ინფორმაცია უნდა ამოიკრიბოს ავადმყოფობის ისტორიიდან და მოიცავდეს შემდეგს:

- დაზიანების ხასიათი, ნეიროვიზუალური მაჩვენებლები (კომპიუტერული ტომოგრაფიის, ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის მონაცემები);
- მეორადი გართულებები, რომლებიც აღმოცენდება ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიის, ჰიპოქსიის, იშემიის, ტვინის შეშუპე-

ბის, ცერებრული ატროფიის, ჰემორაგიისა თუ პარკუჭების გაფართოების დროს;

- გულყრითი აქტივობისა და შესაბამისი ეგ მაჩვენებლების მონაცემები და ინფორმაცია ანტიკონვულსანტური მკურნალობის შესახებ;
- კომის მახასიათებლები გლაზგოს კომის სკალის მიხედვით და კომის ხანგრძლივობა;
- ტრავმული ამნეზიის ხანგრძლივობა.

ყოველივე ზემოაღნიშნული გათვალისწინებული უნდა იყოს ფსიქოლოგიური ტესტების ინტერპრეტაციისას.

ქალა-ტვინის ტრავმის დროს ბავშვის, მისი ოჯახისა და სკოლის პერსონალის დახმარება მოიცავს:

- ფსიქოგანათლებას, რომელიც შეიცავს ინფორმაციას ბავშვის მდგომარეობისა და მისი პროგნოზის შესახებ;
- პერიოდულ სამედიცინო და ფსიქოლოგიურ შეფასებას დინამიკაში;
- ბავშვისა და მშობლების კონსულტაციას მეხსიერების, ემოციური და ქცევითი პრობლემების მოგვარების მიზნით. სპეციფიკური პროგნოსტული ინფორმაცია შესაძლებელია მხოლოდ ნეიროფსიქოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე.

ტრავმის შემდგომი რეაბილიტაცია უნდა ხდებოდეს შემდეგი პროგრამების მიხედვით:

- **მეხსიერების ფუნქციის აღდგენის მიზნით:** დახსოვების სტრატეგიების ათვისება, გარემოს სტრუქტურირება, სხვადასხვა დამხმარე სტრატეგიის გამოყენების ჩვენების ათვისება, დღის რეჟიმის შემუშავება.
- **მეტყველების ფუნქციების აღდგენის მიზნით:** სხვადასხვა ფორმის აფაზიის, დიზართრიის თუ მეტყველების სხვა პრობლემების გათვალისწინებით მეტყველების აღდგენის სპეციალური პროგრამები, მულტისენსორული დასწავლის პრინციპების გამოყენება, სხვადასხვა სენსორული არხების გამოყენება კომპენსაციის მიზნით.
- **ემოციური და ქცევითი პრობლემების დაძლევის მიზნით:** ბავშვის პრობლემების გათვალისწინებით, ქცევითი მოდიფიკაციის, კოგნიტურ-ქცევითი ან ფსიქოდინამიკური მოდელის პრინციპებზე პროგრამების შექმნა.

ჰიდროცეფალია

რა არის ჰიდროცეფალია?

ჰიდროცეფალია ანუ წყალმანკი ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობაა, როდესაც თავის ქალაში მომატებულია თავ-ზურგ-ტვინის სითხის (ლიქვორი) რაოდენობა. ახალშობილს თავის ქალას სუბარაქნოიდულ (რბილი გარსის) სივრცეში 20-25 მლ სითხე აქვს, ხოლო ზურგის ტვინის რბილი გარსის სივრცეში – 40-45 მლ. ჰიდროცეფალიის დროს ლიქვორის რაოდენობა 1-2 ლიტრამდე მატულობს, მძიმე შემთხვევაში კი, შეიძლება, 10 ლიტრის ოდენობასაც მიაღწიოს.

ჰიდროცეფალიის რა ფორმები არსებობს?

ჰიდროცეფალია შეიძლება იყოს **თანდაყოლილი** და **შექნილი**. ლიქვორის მატება რამდენიმე მიზეზის გამო ხდება, რის გამოც განასხვავებენ ჰიდროცეფალიის სხვადასხვა სახეს:

- **ჰიპერსეკრეტორული** ჰიდროცეფალია – ლიქვორის პროდუქციის პროგრესული ზრდა;
- **პრეზორბციული** ჰიდროცეფალია – ლიქვორის შეწოვის პროცესის დარღვევა.

ამათ გარდა განასხვავებენ ჰიდროცეფალიის **ღია** და **დახურულ** ფორმებს:

- **ღია** (შემაერთებელი) წყალმანკი ხასიათდება ყველა პარაკუჭის გაფართოებით, ლიქვორის მომატებით როგორც პარაკუჭებში, ასევე ტვინის სუბარაქნოიდულ სივრცეში;
- **დახურული** (ოკლუზიური) წყალმანკი ხასიათდება ლიქვორის მდინარეების მოშლით პარაკუჭოვანი სისტემის შიგნით, რის გამოც ხდება ლიქვორული სისტემის ბლოკირება.

თავ-ზურგ-ტვინის სითხის ჭარბი რაოდენობით ლოკალიზაციის მიხედვით განარჩევენ **გარეთა** და **შიდა** წყალმანკს:

- გარეთა ჰიდროცეფალიის დროს სითხე სუბარაქნოიდულ სივრცეში გროვდება;
- შიდა ჰიდროცეფალიის დროს სითხის დაგროვება ხდება პარაკუჭებში.

ღია წყალმანკი შეიძლება იყოს როგორც გარეთა, ასევე შიდა ლოკალიზაციის. დახურული წყალმანკი კი – მხოლოდ გარეთა ლოკალიზაციისაა.

ჰიდროცეფალიის დროს ფართოვდება ტვინის პარაკუჭები და

თხელდება ტვინის ნივთიერება. ამასთან, ტვინის თეთრი ნივთიერება უფრო მეტად ზიანდება, ვიდრე რუხი.

მიმდინარეობის მიხედვით განასხვავებენ ჰიდროცეფალიის მწვავე, ქრონიკულ, კომპენსირებულ, სუბკომპენსირებულ და დეკომპენსირებულ ფორმებს.

- **კომპენსირებული წყალმანკის** დროს მისი კლინიკური გამოვლინება არ ფიქსირდება და ბავშვი ნორმალურად ვითარდება;
- **სუბკომპენსირებული წყალმანკის** დროს ნაწილობრივი კომპენსაციის გამო კლინიკური ნიშნები იოლად და ზომიერადაა გამოხატული;
- **დეკომპენსაციის შემთხვევა** ხასიათდება მკვეთრად გამოხატული კლინიკური ნიშნებით და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას მოითხოვს.

შეძენილი ჰიდროცეფალიის დროს ადგილი არა აქვს თავის ქალას მოცულობის ზრდას, ან დეფორმაციას. ამასთან, რაც უფრო ნაკლებადაა შეცვლილი თავის ქალას ფორმა და მოცულობა, მით უფრო ძლიერია როგორც ჰიპერტენზიის ხარისხი (ქალას შიდა წნევა), ისე მისი კლინიკური სიმპტომების ინტენსივობა – თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, თავბრუდახვევა. წყალმანკის ამ ფორმას არ ახასიათებს ფსიქიკური განვითარების პრობლემები.

შეძენილი წყალმანკის ფორმები თანდაყოლილი წყალმანკის ფორმების მსგავსია და ამ შემთხვევაშიც განასხვავებენ წყალმანკის მწვავე და ქრონიკულ ფორმებს. შეძენილი წყალმანკის შემთხვევაში მწვავე პერიოდი ზოგჯერ უკუგანვითარებას განიცდის, ზოგჯერ კი ქრონიკულში გადადის და სტაბილურ ხასიათს ღებულობს; ასეთი შემთხვევები ხშირია ქალა-ტვინის ტრავმის შემდეგ.

რა ახასიათებს ჰიდროცეფალიას?

თანდაყოლილ ჰიდროცეფალიას ახასიათებს თავის ქალას ზომების ზრდა და ფორმის შეცვლა. ხშირად, თავის ქალას ზომა უკვე დაბადების პერიოდისთვისაა გაზრდილი, რაც ამძიმებს მშობიარობის პროცესს. ასეთ დროს ახალშობილის თავის ქალას გარშემოწერილობა 34 სმ-ის ნაცვლად 50-70 სმ-ია, ზოგჯერ კი 100 სმ-საც აღწევს. როდესაც თანდაყოლილი ჰიდროცეფალიის მქონე ბავშვი თავის ქალას ნორმალური ზომით იზადება, ხდება ქალას ნაკერე-

ბის დაცილება და იზრდება ყიფლიბანდის ზომები, მატულობს ქალასშიდა წნევა და ნევროლოგიური სიმპტომები; იცვლება ბავშვის თავის ფორმა: განსაკუთრებით გამოზურცული და გაფართოებულია შუბლისა და თხემის მიდამოები. თავის ქალას დიდ ზომებთან შედარებით კონტრასტულადაა გამოხატული ბავშვის პატარა სახე, რომელსაც სამკუთხედის ფორმა აქვს. სისხლძარღვოვანი ქსელი კარგადაა გამოხატული საფეთქლის, შუბლისა და ქუთუთოების მიდამოში. ნევროლოგიური სიმპტომატიკის მრავალფეროვნება დამოკიდებულია ჰიდროცეფალიის გამოვლენის ხარისხზე.

დახურული (ოკლუზიური) ჰიდროცეფალიისათვის დამახასიათებელია შეტევითი, ძლიერი თავის ტკივილი, პირღებინება, თავის იძულებითი მდებარეობა, ვეგეტატური მოშლილობები. წყალმანკის მქონე ბავშვები თავს მოგვიანებით იჭერენ, გვიან ჯდებიან, დგებიან და იწყებენ სიარულს. სიმძიმის გამო თავი ჩამოკიდული აქვთ, ტანი კი მოხრილი.

ჰიდროცეფალია არ ნიშნავს მხოლოდ თავის დიდ ზომას. ზოგჯერ თავის დიდი მოცულობა ჰიდროცეფალიის გარეშე გვხვდება და ოჯახისათვის დამახასიათებელი მემკვიდრული ნიშანია. ამიტომ ჰიდროცეფალიის არსებობა უნდა დადასტურდეს კლინიკური გამოკვლევებით. ითვლება, რომ თუ თავის გარშემოწერილობა 10 სმ-ზე მეტად არ აღემატება ნორმას, დროული მკურნალობის შემთხვევაში ფიზიკურ და ფსიქიკურ განვითარებაში ბავშვებს პრობლემები არ ექმნებათ.

ზომიერი და ძლიერი ჰიდროცეფალიის არსებობისას ბავშვებს აღენიშნებათ ფსიქიკური განვითარების შენელება ან შეფერხება, გვიანდება მეტყველების განვითარება, ზოგ შემთხვევაში კი ვითარდება სხვადასხვა ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა. ასეთ ბავშვებს, როგორც წესი, არაჩვეულებრივი მექანიკური მესხიერება აქვთ. აღენიშნებათ არასტაბილური ემოციური სფერო და გამოირჩევიან მაღალი შთაგონებადობით.

კომპენსირებული ჰიდროცეფალიის დროს ბავშვი კარგად და უპრობლემოდ ვითარდება.

რა არის თანდაყოლილი ჰიდროცეფალიის მიზეზი?

ჰიდროცეფალია, ხშირად, მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფის სხვადასხვა სახის დაზიანების მიზეზით ვითარდება. ამ მიზეზებიდან განსაკუთრებით საყურადღებოა: ორსულობისას დედის ინფექციური დაავადებები: ტოქსოპლაზმოზი, ციტომეგალოვირუ-

სი, ვირუსული ინფექციები, რომლებიც, შეიძლება, იოლი ფორმებით მიმდინარეობდეს. ამ პათოლოგიების ფონზე ხშირია ნერვული ლულის განვითარების დეფექტები, რის შედეგადაც ირღვევა პარკუჭოვანი სისტემისა და სუბარაქნოიდული სივრცის ურთიერთკავშირი; ზემოაღნიშნულ პათოლოგიებს განსაკუთრებით მავნე ზემოქმედების უნარი გააჩნია მუცლადყოფნის პერიოდის პირველ ტრიმესტრში, როდესაც ყველაზე აქტიურად ყალიბდება ნაყოფის ნერვული სისტემა; თუმცა, დედის ფეხმძიმობის მეორე ნახევარში გადატანილმა დაავადებებმა, ასევე, შეიძლება, გამოიწვიოს ნაყოფის სხვადასხვა სახის დარღვევები. თანდაყოლილი ჰიდროცეფალიის შემთხვევათა 30%-ის მიზეზია თავის ტვინის სილვიის წყალსადენის თანდაყოლილი შევიწროება, 4%-ში კი ვლინდება მაჟანდისა და ლუმკას ხერელების განვითარების დეფექტები.

რა სიხშირით გვხვდება ჰიდროცეფალია?

ყოველი 1000 ახალშობილიდან 1-4-ს აღენიშნება ჰიდროცეფალია, რომელიც ერთნაირი სიხშირით გვხვდება გოგონებსა და ბიჭებში.

რა არის ჰიდროცეფალიის ძირითადი პრობლემა?

დეკომპენსირებული და სუბკომპენსირებული ჰიდროცეფალიის შემთხვევაში დროული მკურნალობა უნდა წარიმართოს გამომწვევი მიზეზების გათვალისწინებით. მკურნალობა განსაკუთრებით აუცილებელია პროგრესირებადი ჰიდროცეფალიის შემთხვევაში, რადგან მკურნალობის გარეშე დარჩენილ ბავშვს, შეიძლება, სიცოცხლის საფრთხე შეექმნას ნევროლოგიური სიმპტომების გართულების, ტვინის ნივთიერების დაზიანების, ქალასშიდა წნევის ძლიერი მომატებისა და ტვინის შეშუპების მიზეზით.

ზომიერად გამოხატული ჰიდროცეფალიის შემთხვევაში ძირითად პრობლემას წარმოადგენს ბავშვის ფსიქიკური განვითარების – მეტყველების, მხედველობით-სივრცითი ფუნქციების, სენსო-მოტორული ფუნქციების განვითარების შეფერხება. ჰიდროცეფალიის მქონე ბავშვს, შეიძლება, სწავლის პრობლემები ჰქონდეს.

შეიძლება თუ არა ჰიდროცეფალიის

მქონე ბავშვის დახმარება?

პირველ რიგში, აუცილებელია სამედიცინო დახმარება. შემდეგში, თუკი ბავშვს პრობლემები აქვს განვითარებასა და სწავლაში,

საჭიროა ფსიქოლოგიურ-პედაგოგიური დახმარება. აუცილებელია, ბავშვის ინდივიდუალური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, სასწავლო პროგრამის შემუშავება. უფრო იოლ შემთხვევაში საკმარისია დღის რეჟიმის სწორი დაცვა, რადგან ასეთი ბავშვები სწრაფად იფიტებიან; სასწავლო მოთხოვნების ჩამოყალიბებისას საჭიროა ბავშვების შესაძლებლობების გათვალისწინება.

იკურნება თუ არა ჰიდროცეფალია?

კომპენსირებულ ჰიდროცეფალიას არ ესაჭიროება მკურნალობა, საკმარისია მხოლოდ პერიოდული სამედიცინო კონტროლი.

ჰიდროცეფალიას ხარისხისა და ფორმის მიხედვით მკურნალობენ მედიკამენტებით ან ქირურგიული წესით (შუნტირებით).

იოლი და ზომიერი ჰიდროცეფალიის შემთხვევაში დადებითი დინამიკისათვის საკმარისია მედიკამენტური მკურნალობა და ექიმის პერიოდული კონტროლი.

მძიმე ჰიდროცეფალიის, ან ისეთი წყალმანკის დროს, რომელსაც არა აქვს დადებითი დინამიკა და მკურნალობის მიუხედავად მაინც პროგრესირებს, აუცილებელია, ქირურგიული ოპერაცია და შუნტირება. ოპერაციული ჩარევა განსაკუთრებით წარმატებულია ჰიდროცეფალიის დახურული ფორმების დროს, როდესაც ხდება პარაკუჭებს ან პარაკუჭებსა და სუბარაქნოიდულ სივრცეს შორის არსებული კომუნიკაციის დეფექტის მოცილება. წყალმანკის ღია ფორმის შემთხვევაში მიზანშეწონილია შუნტირება – ლიქვორის პროდუქციის მუდმივი გამოტანა გარეთ, სპეციალური მილის საშუალებით. დროული ოპერაციის შედეგად ლიქვორის დინამიკა რეგულირდება და ბავშვის თავის ტვინს განვითარებისათვის ნორმალური პირობები ექმნება. მიუხედავად იმისა, რომ ოპერაციის შემდეგ ტვინის ნივთიერებას დაზიანება აღარ ემუქრება და ბავშვი ნორმალურად ვითარდება, მას ესაჭიროება პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევა და მეთვალყურეობა. მკურნალობის შედეგად ხდება ან სრული განკურნება, ან მდგომარეობის სტაბილიზაცია.

ცერებრული დამბლა

რა არის ცერებრული დამბლა?

ცერებრული დამბლა (ცდ) იმ სინდრომთა ჯგუფია, რომლებიც აღმოცენდება ბავშვის თავის ტვინის პერინატალური (მშობიარობის პერიოდში) და პოსტნატალური (დაბადებიდან პირველ თვეებში) დაზიანების შედეგად. იგი ვლინდება ბავშვის მოტორული განვითარების – კუნთთა ტონუსისა და მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევებით. ცერებრული დამბლის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია ნაყოფისა და ბავშვის განვითარების სხვადასხვა პერიოდში თავის ტვინის დაზიანების ტიპზე.

ცდ-ის დროს კუნთთა ტონუსი შეიძლება იყოს ძალიან მაღალი – დაძაბული, დაჭიმული (სპასტიკა), ან ძალიან დაბალი – მოშვებული. კიდურებში, შეიძლება, ერთდროულად ვლინდებოდეს ორივე მათგანი. კუნთთა ტონუსის მეშვეობით ადამიანს შეუძლია სხეულს მისცეს გარკვეული მდგომარეობა, შეინარჩუნოს სხვადასხვა პოზა ჯდომის, დგომის ან წოლის დროს. კუნთთა ტონუსის სწორი გადანაწილება კიდურებისა და ტანის სხვადასხვა მოძრაობაში გვეხმარება. მაგ., იმისათვის, რომ ხელმა მოხრისას მოქნილი და უწყვეტი მოძრაობა შეასრულოს, უნდა მოხდეს ზოგიერთი კუნთის მოდუნება, ზოგის კი – შეკუმშვა. ამასთან, სხვადასხვა კიდურების ერთდროული და შეთანხმებული მოძრაობის წარმოება წარმოადგენს კოორდინირებულ პროცესს. ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებს არ გააჩნიათ საკუთარი კუნთური ტონუსის შეცვლის ისეთი უნარი, რომელიც საჭიროა მოქნილი, თანმიმდევრული მოძრაობების შესასრულებლად და კოორდინაციაც დარღვეული აქვთ. ასეთი ბავშვების მოძრაობები მოუქნელი, უხეში და წყვეტილია.

მოძრაობის დარღვევების გამოვლინების მრავალფეროვნების გამო განასხვავებენ ცერებრული დამბლის სხვადასხვა ფორმებს. ამასთან, ითვალისწინებენ განსხვავებული სიმპტომების გამოხატვის სიმძიმის ხარისხსაც – იოლი გამოვლინებიდან ძალზე მძიმე დარღვევებამდე.

კუნთთა ტონუსის დარღვევების მიხედვით გამოყოფილია ცდ-ს შემდეგი ფორმები:

- **სპასტიკური ფორმა** – კუნთთა ტონუსი ძალზე მაღალია, კუნთები დაჭიმულია. ბავშვს უჭირს პოზის შეცვლა, ერთი პოზიციიდან მეორეში გადასვლა, ნებითი მოძრაობის შესრულება.

მაღალი ტონუსი განაპირობებს კონტრაქტურების წარმოქმნას, ზოგ შემთხვევაში ფეხების გადაჯვარედინებას, ტერფის შიგნით შეტრიალებას.

- **ატონური-ასტატიური ფორმა** – „რბილი“ ფორმა, როდესაც გამოხატულია კუნთთა ტონუსის ძლიერი დაქვეითება, კუნთების მოდუნება. ბავშვის სხეული მომეხუტულია, უჭირს თავის დაჭერა, დიდხანს ჯდომა, დგომა, სიარული.
- **ათეტიდური ფორმა** – ამ დროს კუნთთა ტონუსი მერყეობს სუსტსა და ძლიერს შორის, ადგილი აქვს სპაზმებს – დაქვეითებული კუნთთა ტონუსის ფონზე ტონუსის მომატების შეტევებს. ამის გამო ბავშვებს აღენიშნებათ კიდურების, სახის კუნთების, კისრის უნებლიე მოძრაობები – ჰიპერკინეზები, რომლებსაც ვერ აკონტროლებენ. ბავშვის ნებითი მოტორული აქტივობა გართულებულია, უჭირს სხვადასხვა პოზის მიღება და შენარჩუნება, ელემენტარული მოქმედებების შესრულება.
- **ნათხემის ფორმა** – კუნთთა ჰიპერ- ან ჰიპოტონუსთან ერთად, ხასიათდება მოძრაობის კოორდინაციისა და წონასწორობის დარღვევებით.

დაზიანებული კიდურებისა და კლინიკური სიმპტომების მხარეობის მიხედვით განასხვავებენ:

- **სპასტიკურ დიპლეგიას (ლიტლის სინდრომი)**, რომელიც ცდ-ის ყველაზე ხშირი ფორმაა და ბავშვის დაბადებიდან პირველსავე თვეებში ვლინდება. ახასიათებს მოტორული დარღვევები ოთხივე კიდურში, მეტად – ქვედა კიდურებში. აქედან გამომდინარეობს მისი სახელწოდებაც: „დი“ ნიშნავს ორს, ხოლო „პლეგია“ დამბლას.
- **სპასტიკური ჰემიპლეგია** – „ჰემი“ ნიშნავს ნახევარს, „პლეგია“ – დამბლას. იგი ხასიათდება მოტორული დარღვევებით სხეულის რომელიმე მხარეს, ამ დროს ქვედა კიდურებზე მეტად ზედა კიდურები ზიანდება.
- **ორმაგი ჰემიპლეგია** – ცერებრული დამბლის ისეთი ფორმაა, როდესაც მოტორული დარღვევები ოთხივე კიდურში ვლინდება, მაგრამ მეტადაა გამოხატული ზედა, ვიდრე ქვედა კიდურებში.
- **ტეტრაპლეგია** – როდესაც ძლიერი მოტორული დარღვევები ოთხივე კიდურშია გამოხატული, რაც უკიდურესად ამძიმებს ბავშვის მდგომარეობას.

რით ხასიათდება ცერებრული დამბლა?

- ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებს დარღვეული და შეფერხებული აქვთ ყველა მოტორული ფუნქციის ჩამოყალიბება: თავის დაჭერა, დგომის, ჯდომის, სიარულის ჩვევები, მანიპულაციური მოქმედებები ხელებით, მხედველობით-მოტორული კოორდინაცია, არტიკულაცია. დაავადების ფორმა და სიმძიმე განისაზღვრება მოტორული ფუნქციის განვითარების დარღვევის ხარისხის მიხედვით. ცერებრული დამბლის დროს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების შედეგად ირღვევა ნებითი მოძრაობისათვის აუცილებელი სხვადასხვა კუნთების შეთანხმებული მუშაობა, რაც იწვევს სხეულის, კიდურების პათოლოგიური პოზების ჩამოყალიბებასა და დაფიქსირებას. ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი არასწორი პოზები:
 1. თავი ანეულია მაღლა და უკანაა გადახრილი, ხელები და ფეხები დაჭიმულია და გაშლილი, ხერხემალი გაშლილია. ასეთი პოზის გამო ბავშვებს უჭირთ ზურგზე დაწოლილი მდგომარეობიდან წამოჯდომა, დგომა, სიარული და ხელებით საგნობრივი მოქმედების წარმოება.
 2. თავი მიტრიალებულია მარჯვნივ, მარჯვენა ხელ-ფეხი გაშლილია, მარცხენა — მოხრილი, ან პირიქით. ამის გამო, ბავშვს არ შეუძლია იმ ხელის მოხრა, რომლისკენაც თავია მიტრიალებული და უფერხდება მხედველობით-მოტორული კოორდინაციის (თვალისა და ხელის შეთანხმებული მოძრაობა) ჩამოყალიბება.
 3. თავი ჩაქინდრულია, ხელები და ფეხები – მოხრილი. ასეთი მდგომარეობაც ხელს უშლის დგომის, სიარულისა და საგნობრივი მოქმედებების ჩამოყალიბებას.

არასწორი პოზების გამო ბავშვებს უძნელდებათ მოძრაობების შესრულება და მოტორული ჩვევების ჩამოყალიბება.
- ბავშვთა ცერებრული დამბლის დროს დარღვეულია არა მარტო ნებითი მოძრაობების შესრულება, არამედ დაქვეითებულია მოძრაობათა შეგრძნებაც (კინესთეტიკური აფერენტაცია), რის გამოც სხეულისა და მისი ნაწილების მოძრაობის შესახებ წარმოდგენების ჩამოყალიბებაც გართულებულია. ამიტომ ასეთ ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ ტაქტილური აღქმის დეფიციტი – ბავშვებს უჭირთ ხელის მოსინჯვით საგნებისა და მათი მახასიათებლების ცნობა.

- არასწორი პოზების გამო ხშირია ხელისა და თვალის შეთანხმებული მოძრაობის დარღვევის შემთხვევები. ბავშვს უჭირს თვალი მიაყოლოს საკუთარ, ან სხვის მოძრაობას. ეს აფერხებს საგნების მოხმარების ჩვევების ჩამოყალიბებასა და შემდგომში სასწავლო ჩვევების (კითხვა, წერა) ათვისებას.
- **ცდ**-ის მქონე ბავშვები სწრაფად იფიტებიან. მათ უჭირთ გარკვეული საქმიანობის ხანგრძლივად შესრულება, ან თამაში. დაღლის შემთხვევაში ეწყებათ მოუსვენრობა, უნებლიე მოძრაობები.
- ასეთ ბავშვებში ხშირია მეტყველების დარღვევები, რაც გამოიხატება ბგერებისა და სიტყვების გამოთქმის სიძნელეებში. სახის, ტუჩებისა და ენის კუნთების ტონუსის დეფექტის გამო მათი მოძრაობა ძლიერ შეზღუდულია. ამასთან, ბგერათნარმოქმნის პროცესის დარღვევას მათი არასწორი სუნთქვაც აძლიერებს. ასეთი სახის მეტყველების დარღვევა, ანუ დიზართრია დამოკიდებულია სამეტყველო კუნთების კონტროლისა და კოორდინაციის დაზიანების ხარისხზე. ბავშვის მეტყველება შეიძლება იყოს ნელი, ძნელად გასარჩევი, ხმა შეცვლილი, ნაზალური ელფერით. მათი მეტყველება წყვეტილია, ხმის მოდულაცია – ცვალებადი. ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვების 20%-ს სმენის სიმახვილე დაქვეითებული აქვს ერთ, ან ორივე ყურში, რაც ართულებს მეტყველების განვითარებას – ბგერების სწორად გაგებას და წარმოთქმას. ხშირია ყლაპვის გაძნელება, ლეჩვის, კბეჩის მოძრაობების შესრულების სირთულე, ჩვილობის პერიოდში წოვის პრობლემა, რის გამოც ბავშვები ვერ ღებულობენ საკმარის საკვებს. ამიტომ, ასეთი ბავშვების დედებმა აუცილებლად უნდა იცოდნენ **ცდ**-ის მქონე ბავშვის კვების სპეციფიკა.
- ბავშვებში, ხშირად, მნიშვნელოვნად ფერხდება მხედველობით-სივრცითი წარმოდგენებისა და სხეულის სქემის ჩამოყალიბება, რადგანაც მოტორული ფუნქციების დარღვევის გამო ბავშვი არააქტიურია, დამოუკიდებლად ვერ ახერხებს საგნების მოსინჯვას, პირში ჩადებას, ცოცვას, ხოხვას; უჭირს მანძილებისა და მხარეების გარჩევა.
- თავის ტვინის დაზიანებულ უბნებში ნეირონების პათოლოგიური აქტივობის გამო ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვების 20%-ს კრუნჩხვითი გულყრები აქვს. გულყრები, შეიძლება, სხვადასხვა სახის იყოს; შედარებით ხშირია გენერალიზებული

ბული ტონურ-კლონური კრუნჩხვითი გულყრები: ცნობიერების დაკარგვით, სხეულისა და კიდურების ტონური დაჭიმვით და შემდეგ, რიტმული, კლონური განტვირთვებით. გულყრას, შეიძლება თან ახლდეს უნებლიე შარდვა ან, იშვიათად, დეფეკაცია. გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრა რამდენიმე წუთს (3-5) გრძელდება.

რა ინვებს ტერაპიულ დამკლას?

ცერებრული დამბლის მიზეზი თავის ტვინის სხვადასხვა სტრუქტურის დაზიანებაა მუცლადყოფნის, მშობიარობის ან ადრეული ახალშობილობის პერიოდში. ამასთან, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება თავის ტვინის დაზიანების განვითარების ასაკს. პათოლოგიური პროცესი თავს იჩენს ტვინის ჩამოყალიბების სხვადასხვა სტადიაზე და ამის შემდგომ ფერხდება მისი განვითარება, რაც, პირველ რიგში, მოტორული ფუნქციების განვითარებაზე აისახება. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს თავის ტვინის დაზიანების ნარჩენ (რეზიდუალურ) მოვლენებს, რადგან თვით პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობა უკვე დასრულებულია.

ნაყოფის თავის ტვინის დაზიანების მიზეზებია:

- პლაცენტის პათოლოგია;
- დედის მიერ ორსულობისას გადატანილი ინფექცია;
- ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსია (ჟანგბადის ნაკლებობა);
- ორსულის ინტოქსიკაცია სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერებით ან მედიკამენტით;
- მუცლადყოფნის ინფექციები: ციტომეგალოვირუსით, ლისტერიოზით, ტოქსოპლაზმოზით.

მშობიარობის პერიოდში თავის ტვინის დაზიანების ფაქტორი ყველაზე ხშირად სამშობიარო ტრავმაა. ბავშვის ტვინი, შეიძლება დაზიანდეს მძიმე მშობიარობის, მაშების ან ვაკუუმ-ექსტრაქტორის გამოყენების, ნაყოფის ასფიქსიის, სწრაფი და ნაადრევი მშობიარობის დროს.

ადრეული ახალშობილობის პერიოდში ცერებრული დამბლის მიზეზები, ძირითადად, ინფექციური ხასიათისაა, იშვიათად – ტრავმული ეტიოლოგიის.

რა სიხშირით გვხვდება ცერებრული დამბლა?

სხვადასხვა მონაცემებით, ყოველი 1000 ახალშობილიდან 3-5 ბავშვი იბადება სხვადასხვა ხარისხის ცერებრული დამბლით. მაკაცებსა და ქალებში ერთნაირი სიხშირითაა გავრცელებული.

რა ძირითადი პრობლემებია ცერებრული დამბლის დროს?

- მთავარი პრობლემა ბავშვის მოტორული ფუნქციების განვითარების დარღვევაა, რაც ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარებისათვის არახელსაყრელ პირობებს ქმნის. ჩვილი გარემოსა და საგნებს შეიცნობს მოძრაობებით, საკუთარი სხეულის გადაადგილებით და შეგრძნებებით. უკვე ოთხი თვის ასაკისათვის მას თავისუფლად შეუძლია თავის მდგომარეობის კონტროლი და სხეულს თავისუფლად აბრუნებს სივრცეში. 5-6 თვის ასაკში ბავშვი ჯდომას სწავლობს, 6-8 თვის ასაკში – აქტიურ ცოცვას, ხოლო 8-12 თვის ასაკში ფეხზე დგება და შეუძლია ჯდომის პოზის შენარჩუნება. 12-18 თვის ასაკში სიარულს იწყებს და წონასწორობის შესანარჩუნებლად აქტიურად იყენებს ხელებს. მოტორული აქტივობის განვითარებასთან ერთად, ბავშვს შესაძლებლობა ეძლევა უფრო აქტიურად შეისწავლოს გარემო – მიცოცდეს, ხელი მოკიდოს საგანს, პირში ჩაიდოს, მოსინჯოს. იმის გამო, რომ ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვს თავის, კისრის, ზურგის არასწორი პოზიციები აქვს, დროულად ვერ იჭერს თავს, ვერ ჯდება, ვერ იცვლის პოზას, ვერ ცოცავს და ვერ დგება დამოუკიდებლად, უჭირს საგნების ხელში დაჭერა და მოსინჯვა, ზემოთ აღნიშნულ აქტიურობას მოკლებულია.
- მოტორული ფუნქციის დაზიანების ხარისხის მიხედვით ბავშვებს უჭირთ თვითმომსახურების ჩვევების ათვისება და დამოუკიდებლად განხორციელება.
- სასკოლო ასაკის პრობლემას წარმოადგენს დამოუკიდებელი გადაადგილება, რის გამოც გადაადგილების შესამსუბუქებლად, საჭიროა, გარემოს შესაფერისი მოწყობა. ასეთ ბავშვებს უჭირთ ფანქრისა და კალმისტრის ხმარება, გაკვეთილზე დიდხანს ყოფნა. თუმცა, თითოეული პრობლემის ხარისხი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე.

- აღენიშნებათ მეტყველების მოტორული და არტიკულატორული მხარის დარღვევები, რაც მათ მეტყველებას ნაკლებად გასაგებასა და უსიამოვნოს ხდის.
- იმის გამო, რომ ბავშვს უჭირს დამოუკიდებელი მოძრაობა, პასიურია, ვერ თამაშობს სხვა ბავშვებთან და გარემო პირობების შეუსატყვისობის გამო მშობლებს ვერ დაყავთ საბავშვო ბაღსა და სკოლაში, ბავშვი იზოლირებული რჩება. ეს კი აფერხებს მისი სოციალური ჩვევების ჩამოყალიბებას და ემოციური სფეროს განვითარებას.
- ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ემოციური სფეროს პრობლემები. ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებში ხშირია სხვადასხვა სახის შიში, ემოციური არამდგრადობა, გუნება-განწყობის სწრაფი ცვლილება. ამას ემატება საკუთარი უსუსურობისა და გარიყულობის განცდა, რაც კიდევ უფრო ართულებს მათ ემოციურ მდგომარეობას.
- მნიშვნელოვანია ცდ-ის მქონე მოზრდილის პროფესიული ორიენტაცია, ხოლო რთული მოტორული დარღვევების არსებობის შემთხვევაში მისი მაქსიმალური დამოუკიდებლობის მიღწევა ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

როგორ უნდა დავხმარეთ ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებს?

- ბავშვის დახმარება დაბადების პირველივე თვეებიდან იწყება, როგორც კი გამოვლინდება მისი მოტორული ფუნქციების დეფიციტი. სამედიცინო დახმარება გულისხმობს მედიკამენტურ მკურნალობასა და ფიზიკურ თერაპიას – ბავშვის მოტორული ფუნქციის დეფექტების მიხედვით შერჩეულ სპეციალურ ფიზიკურ სავარჯიშოებს. ფიზიკური თერაპევტი დედას ასწავლის როგორ პოზაში კვებოს ბავშვი, რა გააკეთოს მისი ნოვის რეფლექსის გასააქტიურებლად. ფიზიკური თერაპიის საშუალებით ცდილობენ ბავშვს არ დაუფიქსირდეს სხეულის, თავის, კიდურების არასწორი პოზები. ასწავლიან ჯდომას, დგომას, სიარულს, კიბეზე ასვლა-ჩასვლას, მძიმე შემთხვევაში ეტლის გამოყენებას. იყენებენ სავარჯიშოების სპეციალურ სისტემას, რომელიც ბავშვს უმსუბუქებს კიდურებისა და ტანის დაძაბულობას, ხელს უწყობს მოძრაობათა კოორდინა-

ციას, არასწორი პოზის კორექტირებას. არსებობს ფიზიკური თერაპიის რამდენიმე სისტემა, მაგ. ბოზატეპის სისტემა, ვოიტას ნეიროგანვითარების თერაპია, რაიდთერაპია, პროგრამა MOVE.

- მნიშვნელოვანი დახმარების განევა შეუძლია ოკუპაციურ თერაპიას, რომლის მეშვეობითაც ხდება ყოველდღიური თვითმომსახურებისა და საგნების გამოყენების ჩვევების ათვისება. ადრეული ასაკიდან ბავშვებს სპეციალური სავარჯიშოების სისტემით ასწავლიან საგნების მოხმარებას, ჩაცმას, ჭამას, ფანქრისა და მაკრატლის ხმარებას, დაბანას, კბილების გახეხვას; საგნების, ფერების, ფორმების, ტექსტურის გარჩევას. ოკუპაციური თერაპიის მიზანია ბავშვის მაქსიმალური სენსომოტორული სტიმულაცია, რაც მისი ფსიქიკური განვითარებისათვის მნიშვნელოვან საფუძველს წარმოადგენს.
- მეტყველების პრობლემების შემთხვევაში დიდი დახმარების განევა შეუძლია მეტყველების თერაპევტს (ლოგოპედს), რომელიც სამეტყველო აპარატის გასავარჯიშებლად იყენებს სპეციალურ მასაჟებს, სავარჯიშოებს, ასწავლის ბავშვს სუნთქვის რეგულაციას, ახალი სიტყვების გამოყენებას, წინადადების აგებას, აუმჯობესებს მისი მოსმენის უნარს.
- ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებისა და მათი ოჯახებისათვის ასევე მნიშვნელოვანია რეკრეაციული თერაპია. მისი მიზანია, ბავშვის ინტერესებიდან გამომდინარე, სხვადასხვა უნარების განვითარება და ამით სიამოვნების მიღება. მოტორული შესაძლებლობების გათვალისწინებით ბავშვებს ასწავლიან ცხენზე ჯდომას (რაიდთერაპია), ცურვას, ხატვას, ძერწვას, ხელსაქმეს, მცენარეების მოვლასა და ა.შ. ასეთი თერაპია, პირველ რიგში, ემსახურება ბავშვის როგორც შემეცნებითი, ისე ემოციური სფეროს განვითარების ხელშეწყობას, იზოლაციის, გარიყულობისა და უმაქნისობის განცდის შემცირებას. ბავშვი რადიკალურად იცვლება, როდესაც ხედავს, რომ თვითონ შეუძლია ისეთი რამის გაკეთება, რასაც ადრე ვერ ახერხებდა.
- ასეთ ადამიანებს მნიშვნელოვნად ეხმარება გარემოს სპეციალური დიზაინი, რაც მათ უადვილებს დამოუკიდებელ საქმიანობას. ეს არის ავეჯის, ჭურჭლის, ეტლის სპეციალური დიზაინი, ოთახების, კიბეების, ტუალეტის სპეციალური დაგეგმარება, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მძიმე

მოტორული დარღვევების მქონე პირების მოქმედების გასაადვილებლად. უკანასკნელ პერიოდში განვითარებულ ქვეყნებში იქმნება სპეციალური მონყობილობები, რომლებიც ძალიან მძიმე მოტორული დარღვევების მქონე ბავშვებსაც კი აძლევს დგომის, ჯდომისა და სიარულის შესაძლებლობას.

ცერებრული დამბლის მქონე პირებისათვის ძალზე ეფექტურია სხვადასხვა სპეციალისტების ერთდროული, მულტიდისციპლინური დახმარება, კერძოდ:

- მედიკამენტური მკურნალობა;
- მეტყველების თერაპია;
- ფიზიკური თერაპია;
- ოკუპაციური თერაპია;
- რეკრეაციული თერაპია;
- დამხმარე ტექნიკური საშუალებების გამოყენება;
- ოჯახის ფსიქო-სოციალური დახმარება.

განკურნებადია თუ არა ცერებრული დამბლა?

ცდ ქრონიკული მდგომარეობაა და არ იკურნება. სხვადასხვა ხარისხის, ანუ მსუბუქი, საშუალო, ან ძლიერ გამოხატული მოძრაობის პრობლემები ადამიანს მთელი ცხოვრების მანძილზე აქვს. თუმცა, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ მკურნალობას აზრი არა აქვს. ცერებრულ დამბლას, როგორც წესი, რაც შეიძლება ადრეული ასაკიდან და კომპლექსურად მკურნალობენ. ეს არის მედიკამენტური თერაპია, სპეციალური სავარჯიშოების სისტემა (ბობათების მეთოდი, ვოიტას მეთოდი), სპეციალური სავარჯიშოების სისტემა სათანადო ტექნიკური უზრუნველყოფით (move), მასაჟი, რაიდთერაპია (ცხენოსნობა). თითოეული თერაპიის მიზანს ბავშვის მოტორული სისტემის დეფექტების კორექცია წარმოადგენს.

რა მომავალი აქვს ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვს?

ცერებრული დამბლის მქონე ადამიანები, ჩვეულებრივ, დამოუკიდებლობის გარკვეულ ხარისხს აღწევენ, სწავლობენ ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლებში და უმაღლეს სასწავლებლებში. დამოუკიდებელი ცხოვრების ხარისხს განსაზღვრავს მოტორული

დარღვევების სიმძიმე. შეიძლება ბავშვს სწავლის პრობლემები არ ჰქონდეს, მაგრამ დიდ პრობლემებს უქმნიდეს სკოლაში სიარული, კლასში ჯდომა, კალმისტრის ხელში დაჭერა. ცერებრული დამბლის საშუალო და ძლიერი ხარისხის მქონე პირებისათვის ყველაზე დიდი პრობლემაა გადაადგილება, რაც საზოგადოებრივ ადგილებში მათი სიარულის შესაძლებლობას აფერხებს.

სხვა ბავშვების მსგავსად, ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებს განსხვავებული უნარები და ინტერესები გააჩნიათ. საკუთარი ინტერესებიდან და შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, მოზარდობის ასაკში, შეიძლება, ისეთ პროფესიებს დაეუფლონ, რომლებზეც მნიშვნელოვან გავლენას არ მოახდენს მათი მოტორული შეზღუდულობა.

განვითარებად ქვეყნებში ასეთი ადამიანებისთვის პროფესიის დაუფლება და სწავლა მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს, რადგან, საზოგადოებრივი ადგილები მათთვის აბსოლუტურად მოუწყობელია. გადაადგილების პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის საკმაოდ რთული ამოცანაა ქუჩაში დამოუკიდებლად მოძრაობა, ტრანსპორტით სარგებლობა და მაღალ სართულზე ასვლა. საზოგადოებრივი ადგილები კი მორგებული არ არის იმ პირებზე, რომელთა ფიზიკური და მოტორული შესაძლებლობები შეზღუდულია. აქედან გამომდინარე, ასეთ ქვეყნებში, ცერებრული დამბლის მქონე ადამიანი ინვალიდობისა და იზოლაციისათვისაა განწირული, თუნდაც იმიტომ, რომ არა აქვს კარგი ეტლი, ლიფტი არ მუშაობს, ეტლისათვის არ არსებობს სპეციალური ბილიკები, ხოლო შენობებში – დამხმარე მოაჯირები.

იმ ბავშვებისთვის, რომელთაც გონებრივი განვითარების ან დასწავლის პრობლემები აქვთ, პოტენციური უნარების განვითარების მიზნით, აუცილებელია მათი ფსიქიკური განვითარების ფსიქოლოგიური შეფასება, სპეციალური პროგრამების შერჩევა და განათლება ინდივიდუალური პროგრამების მიხედვით.

ეპილეფსია

რა არის ეპილეფსია?

ეპილეფსია ბერძნული სიტყვიდან (*epilambanein*) წარმოდგება და ნიშნავს „მოულოდნელობით შეპყრობილს“. ასეთი სახელწოდება დაავადებამ შეიძინა მისთვის დამახასიათებელი სიმპტომის – კრუნჩხვითი გულყრის გამო. ეპილეფსია თავის ტვინის ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება განმეორებითი ეპილეფსიური გულყრებით. მის ბიოლოგიურ საფუძველს თავის ტვინის ნეირონების პაროქსიზმული ელექტრული აქტივობის დარღვევა წარმოადგენს, რაც კლინიკურად ვლინდება გულყრით (პაროქსიზმი), ხოლო ელექტროენცეფალოგრაფიულად (ეეგ) – ბიოელექტრული აქტივობის სპეციფიკური პაროქსიზმული ცვლილებების სახით.

ეპილეფსიური გულყრა ეპილეფსიის აუცილებელი კლინიკური ნიშანია. გულყრები მრავალფეროვანია და შეიძლება ჰქონდეს კრუნჩხვის, ცნობიერების შეცვლის, ფსიქომოტორული აგზნების, მგრძნობელობის, ემოციური და ვეგეტატიური ფუნქციების მოშლილობის სახე. პათოლოგიური ნეირონული აქტივობის უბნის, ანუ ეპილეფსიური კერის ლოკალიზაციისა და ამ უბნიდან პათოლოგიური აქტივობის სხვა სტრუქტურებში გავრცელების მიხედვით, ეპილეფსიურ გულყრათა საერთაშორისო კლასიფიკაციაში (1981) გამოყოფილია გულყრათა ორი ძირითადი ტიპი:

- ლოკალიზაციადამოკიდებული, ანუ კეროვანი (ფოკალური, პარციალური);
- გენერალიზებული.

ეპილეფსიური სინდრომი. გულყრათაშორის პერიოდში ეპილეფსია, შესაძლოა, სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს ან მრავალფეროვანი კლინიკური და ელექტროენცეფალოგრაფიული ფენომენით ანუ სიმპტომით ხასიათდებოდეს. ამ სიმპტომების, გულყრათა ტიპების, ეპილეფსიის ეტიოლოგიური ფაქტორების, დაავადების მანიფესტაციის ასაკისა და მიმდინარეობის თავისებურებების სხვადასხვა კომბინაცია ქმნის მეტ-ნაკლებად სტერეოტიპულ ელექტროკლინიკურ ეპილეფსიურ სინდრომებს.

ეპილეფსია პოლიეტოლოგიური დაავადებაა, ამიტომ იგი, შეიძლება იყოს თავის ტვინის ნებისმიერი სტრუქტურული თუ მეტაბოლური დაავადების ნამყვანი ან თანმხლები სიმპტომი.

ეტიოლოგიური ფაქტორების მიხედვით გამოყოფენ ეპილეფსიების სამ ძირითად ჯგუფს:

- **სიმპტომურს** – როდესაც ეპილეფსიის გამომწვევ მიზეზს ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვადასხვა სახის დაზიანება წარმოადგენს (თავის ტვინის სტრუქტურული დაზიანებები, მეტაბოლური დარღვევები, სისხლძარღვოვანი პათოლოგიები);
- **კრიპტოგენურს** – როდესაც კლინიკური სურათით ეპილეფსია სიმპტომურია, მაგრამ დაზიანების დადასტურება ვერ ხერხდება ნეიროვიზუალური გამოკვლევებით;
- **იდიოპათიურს** – როდესაც დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორი უცნობია.

ეპილეფსიის მანიფესტაციის ასაკის მიხედვით გამოყოფენ ასაკდამოკიდებულ ფორმებს: ჩვილთა, იუვენილური, მოზრდილობის, ხანშიშესულთა;

დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით განარჩევენ: კეთილთვისებიან და ავთვისებიან, პროგრესულად მიმდინარე, ეპილეფსიებს.

ერთჯერადი გულყრა არ ნიშნავს ეპილეფსიას, როგორც დაავადებას. გარკვეულ პირობებში ან გარემოს მავნე ზემოქმედებისას ორგანიზმის რეაქცია, ხშირად, ეპილეფსიური გულყრით ვლინდება. ეს არის ცენტრალური ნერვული სისტემის პასუხი გარე, მავნე გამღიზიანებელზე ანუ ეპილეფსიური რეაქცია, რომელიც ერთეულ ხასიათს ატარებს. ასეთ რეაქციას, შეიძლება, ადგილი ჰქონდეს მწვავე მოწამვლის, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის, მაღალი სიცხის დროს. ბავშვებში ასეთი გულყრების გავრცელებული მაგალითებია – ფებრილური გულყრები, მოზრდილებში – ალკოჰოლური აბსტინენციის კრუნჩხვითი შეტევები, ორსულებში – ეკლამფსია.

პაროქსიზმული განტვირთვის უნარი ნეირონების ზოგადბიოლოგიური თვისებაა, ამიტომ ეპილეფსიური რეაქციის, ანუ გულყრის გამომწვევა ნებისმიერ ჯანმრთელ ადამიანშია შესაძლებელი (მაგალითად, ელექტრული ან ინსულინური შოკით). მაგრამ სინამდვილეში, ასეთი გულყრა მოსახლეობის მხოლოდ 5%-ს აქვს განცდილი. ეს ფაქტი იმის მაუწყებელია, რომ კრუნჩხვებისადმი განწყობა, ანუ მზაობა, ინდივიდურია და დამოკიდებულია არა მარტო ტვინის მორფოლოგიური თუ ფუნქციური განვითარების საფეხურზე, არამედ მრავალ შინაგან (ენდოგენურ) და

გარეგან (ეგზოგენურ) ფაქტორზე. ამის გამო კრუნჩხვებისადმი მიდრეკილების ხარისხი ყველა ადამიანში განსხვავებული და ინდივიდურია. კრუნჩხვითი ფენომენები განსაკუთრებით ხშირია ბავშვებში, რადგან მათ თავის ტვინს ახასიათებს: აგზნების დაბალი ზღურბლი, მთელს ტვინში აგზნებითი პროცესის სწრაფი გავრცელებისაკენ მიდრეკილება, შეკავებითი პროცესების უკმარისობა, ჟანგბადის ჭარბი მოთხოვნილება და ა.შ. ყველა ჩამოთვლილი მიზეზი გულყრის განვითარების მაპროვოცირებელ ფაქტორს წარმოადგენს.

ხშირად კრუნჩხვითი მზაობა ვლინდება მხოლოდ ეგ ცვლილებებით. ასეთ შემთხვევებში გულყრის რეალიზაციას, შეიძლება, ხელი შეუწყოს ორგანიზმის შინაგანი წონასწორობის მცირეოდენმა მერყეობამ, როგორიცაა მაგალითად, უძილობა, ფსიქიკური სტრესი, ფიზიკური გადაღლა, კლიმაქტერული პერიოდი, მენსტრუაცია, ორსულობა.

ეპილეფსიის პათოფიზიოლოგიურ ჯაჭვზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს გენეტიკური ფაქტორები, რომელთა როლიც ყველაზე მნიშვნელოვანია იდიოპათიური ეპილეფსიების განვითარების შემთხვევებში. მეორე მხრივ, ეპილეფსია არ არის მემკვიდრული დაავადება ამ სიტყვის ვიწრო გაგებით, რადგან შთამომავლობაში ეპილეფსიის განვითარების რისკს განსაზღვრავს პრობანდის ეპილეფსიური სინდრომის ტიპი. ამასთან, მემკვიდრეობით ხდება არა როგორც დაავადების – ეპილეფსიის გადაცემა, არამედ კრუნჩხვითი აქტივობის დაბალი ზღურბლისა ანუ გულყრებისადმი წინასწარგანწყობის (პრედისპოზიცია). მაგრამ მხოლოდ ეს პრედისპოზიცია არაა საკმარისი ეპილეფსიური დაავადების განვითარებისათვის, რადგან დაავადების რეალიზაციისთვის აუცილებელია, დამატებით თუნდაც ერთი რომელიმე გარეშე მავნე ფაქტორის თანხვედრა.

რა ახასიათებს ეპილეფსიას?

ეპილეფსია სხვადასხვა ტიპის გულყრებით მიმდინარეობს. ზოგჯერ გულყრა პაროქსიზმული მოტორული ან სხვადასხვა შეგრძნებებითა და მათი კომბინაციებით გამოვლინდება; ზოგჯერ კი – უხილავია და მხოლოდ ეგ-ზე აისახება. გულყრის ქცევითი და სუბიექტური გამოვლინებებისა და ეგ მახასიათებლების კომბი-

ნაციათა საფუძველზე ეპილეფსიასთან მებრძოლი საერთაშორისო ლიგის (ILAE) მიერ 1981 წელს მონოდებულ იქნა ეპილეფსიურ გულყრათა კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვითაც გამოყოფილია გულყრათა შემდეგი ტიპები:

1. პარციალური (ფოკალური, კეროვანი, ლოკალიზებული) გულყრები

A. მარტივი პარციალური გულყრები:

1. მოტორული სიმპტომებით:

- ფოკალური მოტორული მარშის გარეშე;
- ფოკალური მოტორული მარშით (ჯექსონის მარში);
- ვერსიული;
- პოსტურული;
- ფონატორული (ვოკალიზაცია ან მეტყველების შეჩერება).

2. სომატომოტორული ან სპეციფიკური სენსორული სიმპტომებით:

- სომატოსენსორული;
- ვიზუალური (მხედველობითი);
- აუდიტორული (სმენითი);
- ოლფაქტორული (ყნოსვითი);
- გუსტატორული (გემოვნებითი);
- თავბრუდახვევით.

3. ავტონომიური სიმპტომებით:

შეგრძნებები მუცლის ღრუში, სიფერმკრთაღე, ოფლისდენა, წამოწითლება, ნერწყვდენა, გუგების გაფართოება – დილატაცია.

4. ფსიქიკური სიმპტომებით (უმაღლესი ქერქული ფუნქციების დარღვევა):

- დისფაზიური;
- დისმნეზიური (მაგ.: დეჟა-ვუ);
- კოგნიტური (მაგ.: სიზმრისმაგვარი მდგომარეობა, დროის შეგრძნების დარღვევა);
- აფექტური (შიში, ბრაზი და სხვ.);
- ილუზორული (მაგ.: მიკროფსია, მაკროფსია);
- სტრუქტურული ჰალუცინაციები (მაგ.: მუსიკა, სცენები);

ეს სიმპტომები იშვიათად აღმოცენდება ცნობიერების შეცვლის გარეშე და ხშირად გვხვდება რთული პარციალური შეტევების დროს.

B. რთული პარციალური გულყრები:

1. მარტივი პარციალური, მომდევნო ცნობიერების შეცვლით:

- მარტივი პარციალური გულყრები (A1-A4) მომდევნო ცნობიერების შეცვლით;
- ავტომატიზმებით.

2. დასაწყისიდანვე ცნობიერების შეცვლით:

- მხოლოდ ცნობიერების შეცვლით;
- ავტომატიზმებით.

C. პარციალური გულყრა მეორეული გენერალიზაციით:

(გენერალიზებული გულყრა შეიძლება იყოს ტონურ-კლონური, კლონური ან ტონური)

1. მარტივი პარციალური გულყრა (A) მეორეული გენერალიზაციით;
2. რთული პარციალური გულყრა (B) მეორეული გენერალიზაციით;
3. მარტივი პარციალური გულყრა (A) რთულში გარდამავალი (B) გენერალიზაციით.

2. გაენარალიზებული გულყრები

(არაპრუნჩხვითი და პრუნჩხვითი)

A. აბსანსები

1. ტიპური აბსანსები (Petit mal):

- მხოლოდ ცნობიერების შეცვლით;
- სუსტი კლონური კომპონენტით;
- ატონური კომპონენტით;
- ტონური კომპონენტით;
- ავტომატიზმით;
- ავტონომიური კომპონენტით.

2. ატიპური აბსანსები:

- ტონუსის მეტი ცვლილებით, ვიდრე A1;
- თანდათანობითი დაწყებით და/ან დამთავრებით.

B. მიოკლონური გულყრები;

C. კლონური გულყრები;

D. ტონური გულყრები;

E. ტონურ-კლონური გულყრები (Grand mal);

F. ატონური გულყრები (ასტატური გულყრები).

3. არაკლასიფიცირებადი ეპილეფსიური გულყრები:

მოიცავს ისეთ შეტევებს, რომელთა კლასიფიკაცია შეუძლებელია მონაცემების უკმარისობის გამო, ან მათი კლასიფიცირების შეუძლებლობის მიზეზით.

4. ეპილეფსიური სტატუსი.

გენერალიზებული ტონურ-კლონური კრუნჩხვა (Grand mal) – ზოგადი ცნებაა ყველა პირველად და მეორეულად გენერალიზებული ტონური, კლონური, ან ყველაზე ხშირად, ტონურ-კლონური კრუნჩხვითი გულყრებისთვის. ასეთი ტიპის შეტევა, რომელიც გონების უეცარი დაკარგვით იწყება, ეპილეფსიის ყველაზე დრამატული გამოვლინებაა. ზოგჯერ, გენერალიზებული ტონურ-კლონური კრუნჩხვა ვითარდება შენახული ცნობიერების ფონზე წინასწარი შეგრძნებების, ცნობიერების ხანმოკლე შეცვლისა და არაადეკვატური ქმედებების შემდეგ. ასეთ შემთხვევაში შეტევები ყველაზე ხშირად ინტერპრეტირდება, როგორც პარციალური შეტევა მეორეული გენერალიზაციით. გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრა სამი ფაზისაგან შედგება: პირველ ფაზაში ადამიანი ყოველთვის კარგავს ცნობიერებას, ვარდება, ეწყება სხეულისა და კიდურების დაჭიმულობა (**ტონური ფაზა**); ამ დროს სხეულის ყოველი კუნთი დაჭიმულია, ადამიანი, თითქოს, იზმორება. სუნთქვის გაძნელების გამო სახე ჯერ ფერმკრთალი აქვს, შემდეგ მოლურჯო-მონითალო ელფერის. თავი და თვალები ზოგჯერ ერთ-ერთ მხარეს, ან ზემოთაა მიქცეული. პირველი ფაზა დაახლოებით 1 წუთამდე გრძელდება და გულყრა თანდათანობით გადადის **მეორე – კლონურ ფაზაში**. ამ დროს ადამიანი იწყებს თავისა და კიდურების მოხრა-გაშლითი ხასიათის რიტმულ მოძრაობებს, ხმაურითა და უნესრიგოდ სუნთქვას, ხროტინებს, სახეზე თანდათან უბრუნდება ჩვეული ფერი, ზოგჯერ პირიდან გადმოედინება სისხლნარევი დუჟი (ენის მოკვნეცის გამო). სხეული უხვი ოფლით იფარება, იცვლება სხეულის ტემპერატურა – იმატებს, ან კლებულობს. ამ დროს ხშირია უნებლიე შარდვა, დეფეკაცია. გულყრის შემდეგ ბავშვებში ხშირია პირღებინებაც. მთლიანი გულყრა მაქსიმუმ 5 წუთამდე გრძელდება, თუმცა, ბავშვებში, შეიძლება, უფრო ხანგრძლივიც იყოს – 10 წუთი. მისი დამთავრების შემდეგ იწყება მესამე – **პოსტიქტალური ფაზა** და ამ ფაზაში ადამიანი, უმრავლეს შემთხვევაში, იძინებს. რაც უფრო

მცირე ასაკისაა ბავშვი, მით უფრო ხანმოკლე და ღრმა ძილით სძინავს. გამოღვიძების შემდეგ მას არაფერი ახსოვს, გაბრუებულია, დაღლილი, შეიძლება ჰქონდეს თავის ტკივილი. ხანდახან, გულყრის შემდეგ, უჭირთ მეტყველება, თითქოს არ ჰყოფნით სიტყვები. კრუნჩხვითი გულყრა, შეიძლება, განვითარდეს როგორც სიფხიზლეში, ასევე ძილში, განსაკუთრებით ჩაძინების ან გამოღვიძების მომენტში.

გულყრას, ხშირ შემთხვევაში, წინ უძღვის სხვადასხვა შეგრძნებები და ფსიქიკური მდგომარეობა. ზოგიერთ ადამიანს გულყრის განვითარებამდე რამდენიმე საათით ადრე ეწყება თავის ტკივილი, ან უმძიმდება თავი თუ კიდურები, უქვეითდება გუნება-განწყობა, ხდება უხალისო; შეიძლება, ჰქონდეს უსიამოვნო შეგრძნებები მუცლის არეში, გულისცემის აჩქარება, სიმხურვალის, ან სიცხის შეგრძნება და ა.შ.

პირველად აღენიშნა გულყრა:

პირველად აღენიშნა გულყრა. ეს გულყრა ზემოაღწერილი ტონურ-კლონური კრუნჩხვითი გულყრის მსგავსია, მაგრამ იგი ყოველგვარი წინასწარი შეგრძნების გარეშე ვითარდება და ადამიანი უეცრად, მოწყვეტით ვარდება.

გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრების გარდა, არსებობს სხვა მრავალნაირი ტიპის ეპილეფსიური შეტევა, რომლებსაც **არაკრუნჩხვითი გულყრების** კატეგორიას მიაკუთვნებენ.

არაკრუნჩხვითი გენერალიზებული გულყრა:

აბსანსი (Petit mal) – იყოფა მარტივ და რთულ ტიპებად.

- **მარტივი აბსანსი** ხასიათდება ცნობიერებისა თუ რეაქტიულობის ხანმოკლე (სულ რამდენიმე წამი), უეცარი შეცვლით ან დაკარგვით. ბავშვი უეცრად წყვეტს მოქმედებას, ირინდება; იმავე პოზაში რჩება, რომელშიც გულყრამ მოუხსნო. შეკითხვაზე არ პასუხობს; შეტევისას, შეიძლება, განვითარდეს თვალის კაკლების წამიერი მიქცევა ზევით, რასაც კლინიკური ტერმინოლოგიით „უაზრო მზერას“ უწოდებენ, ხოლო მშობლები „თვალების გაშტერების“ სახელით მოიხსენებენ. რამდენიმე წამის შემდეგ ბავშვი აგრძელებს მოქმედებას და არ ახსოვს, რომ უგონოდ იყო. მარტივი ანუ ტიპური აბსანსები, შეიძლება, თანხლებული იყოს მცირე მოტორული სიმპტომატიკით, მაგ.: თვალების ხამხამით. აბსანსები დამახასია-

თებელია 5-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის. მშობლები და მასწავლებლები, ხშირად, ვერ ამჩნევენ ასეთ შეტევებს; ამ მდგომარეობის გამო გარშემომყოფები ბავშვებს აღიქვამენ როგორც უწყურადღებო, დაბნეულ პირებად. ხშირად, თვეების ან წლების განმავლობაში აბსანსების არსებობის გარკვევა ხერხდება მხოლოდ გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრის განვითარების მიზეზით ექიმთან მოხვედრისას, დეტალური გასაუბრების საფუძველზე. ტიპიურ აბსანსს ახასიათებს სპეციფიკური ეგგ-კორელანტი – 3 პიკ-ტალღა წამში.

- **ატიპური აბსანსი** – ასეთი ტიპის შეტევა არის ტიპიური აბსანსი, რომელსაც შეტევის დაწყებისთანავე, ან ოდნავ მოგვიანებით, თან ერთვის ქვემოთ ჩამოთვლილი ერთი ან რამდენიმე ფენომენი:
 - მიოკლონიები ჩვეულებრივ, ქუთუთოების ხამხამი, კუნთთა ტონუსის სხვადასხვა ხარისხის ძნელად შესამჩნევი ან გამოხატული შეცვლა,
 - ავტომატიზმები, განსაკუთრებით შეტევის 30 წამზე მეტი ხანგრძლივობის დროს,
 - სხვადასხვა ვეგეტატიური სიმპტომი.
- ატიპური აბსანსის ეგგ-კორელანტები ტიპიური აბსანსის ეგგ-მაჩვენებლებისაგან განსხვავებულია.

არაპრენჩხვითი პარციალური გულყრები:

პარციალური (ფოკალური) გულყრები ეპილეფსიური შეტევების მეორე დიდ ჯგუფს შეადგენს. ასეთი გულყრების დროს პათოლოგიური აქტივობა ლოკალიზებულია თავის ტვინის მხოლოდ ერთ უბანში ან ვრცელდება პათოლოგიური კერის მეზობლად მდებარე სხვა უბნებზეც. ასეთი გულყრები, ძირითადად, ზრდასრული ადამიანებისთვისაა დამახასიათებელი და შედარებით იშვიათია ბავშვებში. გულყრის პროცესში ცნობიერების დონის მიხედვით განასხვავებენ მარტივ და რთულ პარციალურ გულყრებს.

- **მარტივი პარციალური გულყრების** დროს ცნობიერება ნათელია. ამის მაგალითია ჯექსონის, ე.წ. ფოკალური მოტორული გულყრა, როდესაც ნათელი ცნობიერების ფონზე ადამიანს სხეულის, ან კიდურის რომელიმე ნაწილში უეცრად ეწყება კუნთების რიტმული განტვირთვები. შეტევას, შეიძლება, წინ უსწრებდეს დაჭიმულობაც. შემდეგ კრუნჩხვები შეიძლება გავრცელდეს მთელ კიდურზე და სხეულის სხვა ნაწილებზეც.

მაგალითად, ფოკალური კლონური კრუნჩხვა შეიძლება დაინყოს ხელის მტევნიდან და გავრცელდეს მხარზე, გადავიდეს სახეზე, ან ფეხზე. შეტევა წყდება კრუნჩხვების განვითარების საპირისპირო თანმიმდევრობით.

არსებობს სხვა ტიპის მოტორული გულყრებიც, მაგ. ადვერსიული გულყრა, რომელიც, შეიძლება, მხოლოდ თავისა და თვალის კაკლების მიტრიალებით ან სხეულის მობრუნებით გამოვლინდეს. თუმცა, ზოგჯერ იგი გადადის გენერალიზებულ გულყრაში.

ტონურ-პოსტურალური გულყრის დროს შეტევა იწყება ყველა კუნთის დაჭიმვით, რასაც, შეიძლება, მოჰყვეს მათი თრთოლვა და ადამიანმა მიიღოს რაიმე უჩვეულო პოზა. ასეთი ტიპის შეტევები ხშირია ბავშვებში.

მარტივ პარციალურ გულყრებს განეკუთვნება ვეგეტატურ-ვისცერალური გულყრებიც, როდესაც ნათელი ცნობიერების ფონზე აღინიშნება შეტევითი ხასიათის ტკივილები გულის არეში, დისკომფორტი მუცლის არეში და შარდის ბუშტში, წყურვილის, შიმშილის შეგრძნება, თერმორეგულაციის, სუნთქვის, გულის რიტმის დარღვევა, ოფლიანობა.

მგრძნობელობითი გულყრები მოიცავს სომატოსენსორულ, მხედველობით, სმენით, ყნოსვით, ვესტიბულარულ შეტევებს. სომატოსენსორული შეტევისას ადამიანს კიდურებსა და სხეულში აქვს ჩხვლეტის, დაბუჟების, „ჭიანჭველების ცოცვის“ შეგრძნება, ზოგჯერ ტკივილის შეგრძნება. ეს შეტევა შეიძლება გავრცელდეს და შეწყდეს ჯექსონის ტიპის გულყრის მსგავსად.

მხედველობითი, სმენითი, ყნოსვითი და სხვა სახის სენსორული გულყრები, ხშირად, დიდი გულყრის წინამორბედი ნიშნებია; ამ შემთხვევაში მათ აურას უწოდებენ, რაც ბერძნულად „ნიავის ქროლას“ ნიშნავს. „აურა“ მოძველებული ტერმინია და ამიტომ გულყრათა კლასიფიკაციაში არ არის გამოყოფილი. აურას ტიპი დამოკიდებულია თავის ტვინის იმ უბანზე, საიდანაც იწყება გულყრა. იგი, შეიძლება, წინ უსწრებდეს შეტევას, ან, შეიძლება, შეტევა აურით დასრულდეს. ამიტომ, დღეისათვის, აურა განიხილება, როგორც გულყრის საწყისი ან ბოლო ფაზა, ანუ გულყრის ერთ-ერთი კომპონენტი. იგი შეიძლება იყოს **სენსორული** (ჩხვლეტის, სინათლის, სუნის, გემოს, ხმაურის შეგრძნებების სახით), **მოტორული** (სტერეოტიპული მოძრაობები, ცემინება, ხველება, მთქნარება), **ვეგეტატიურ-ვისცერალური** (გულისრევა, სლოკინი, უსიამოვნო შეგრძნებები გულისა და მუცლის არეში), **ფსიქიკური**

(შიშის, საშინელების ან პირიქით, სიხარულის განცდა, ალქმის ილუზიები – დამახინჯებული ალქმა, დროის შეგრძნების დარღვევა, სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები).

რთული პარციალური გულყრა ცნობიერების შეცვლით მიმდინარე შეტევაა. ასეთი გულყრები ეპილეფსიური შეტევების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ტიპია. რთული პარციალური გულყრის დროს ცნობიერების შეცვლას, ზოგჯერ წინ უსწრებს მარტივი პარციალური გულყრა, ზოგჯერ კი ის პირდაპირ ცნობიერების შეცვლით იწყება. ადამიანს არავითარი უცნაურობა არ ეტყობა, თითქოს გონებას არ კარგავს, არც ჰალუცინაციები და ილუზიები არ აღენიშნება, აგრძელებს თავის საქმიანობას, თუმცა, მის მოქმედებას ავტომატური ხასიათი აქვს. გულყრის შემდეგ ამ მომენტის შესახებ არაფერი არ ახსოვს. ზოგჯერ თვით გულყრის არსებობასაც უარყოფს. ხშირად, დაბინდული ცნობიერების მიუხედავად, აგრძელებს რა მიმდინარე მოქმედებას, იწყებს ახალი ტიპის ქმედებებსაც: ძებნითი ან მოსინჯვის მოძრაობები; ლეჩვითი, ცმაცუნის, ყლაპვითი მოძრაობები; შეიძლება იყვიროს, იტიროს, იმღეროს, იჩხუბოს. შეტევის შემდეგ კი აღნიშნულის შესახებ არაფერი არ ახსოვდეს. ასეთ ქმედებებს ავტომატიზმებს უწოდებენ. დაბინდული ცნობიერება ადამიანს შეიძლება რამდენიმე წამს ჰქონდეს, ან დიდხანს გაგრძელდეს, რამდენიმე საათს, თუნდაც, მთელ დღეს. ამ დროს ადამიანი ავტომატურად მოქმედებს და გარეგნულად ძნელი გასარჩევია, ცნობიერება ნათელი აქვს თუ არა.

ეპილეფსიური სტატუსი – ზედმინევენით გახანგრძლივებული (30 წუთზე მეტი) ეპილეფსიური გულყრა ან მიჯრით მიმდინარე ეპილეფსიური გულყრები, რომელთა შორის ინტერვალებში პათოლოგიური სიმპტომატიკის უკუგანვითარება ვერ ესწრება. ეპილეფსიური სტატუსი, შესაძლოა, ნებისმიერი სახის გულყრით გამოვლინდეს, ამიტომ სტატუსი უნდა განისაზღვროს გულყრის ფორმის მიხედვით: აბსანს- სტატუსი, კრუნჩხვით გულყრათა სტატუსი, პარციალურ გულყრათა სტატუსი და ა.შ. ეპილეფსიური სტატუსებიდან ყველაზე ხშირია გენერალიზებულ ტონურ-კლონურ კრუნჩხვით გულყრათა სტატუსი. ყველა შემთხვევაში საჭიროა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება.

ეპილეფსიურ გულყრათა სერია – სტატუსისაგან განსხვავებით, ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობაა, როდესაც ერთი გულყრის დამთავრებიდან მცირე ინტერვალის შემდეგ იწყება მეორე, მესამე

და ა.შ., მაგრამ გულყრებს შორის ინტერვალებში პათოლოგიური სიმპტომები არ ვლინდება. ეპილეფსიურ გულყრათა სერიის შემთხვევაშიც, აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, რათა არ გადაიზრდოს ეპილეფსიურ სტატუსში.

ბავშვებსა და მოზრდილებში ეპილეფსიის მიმდინარეობა განსხვავებულია. კრუნჩხვითი რეაქციებისადმი მიდრეკილება ბავშვებში მეტადაა გამოხატული, ვიდრე მოზრდილებში. ბავშვებში უფრო ხშირად გვხვდება გულყრები უცაბედი ვარდნით უკან, ან წინ, მოზრდლებთან შედარებით, გენერალიზებული გულყრებიც 2-ჯერ ხშირია.

ახალშობილობის პერიოდის ბავშვებში გულყრები საკმაოდ ხანმოკლეა და ძნელად შესამჩნევი, რადგან ისინი ძალიან ჰგავს ამ ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიურ ქცევებს. მაგალითად, გულყრა შეიძლება გამოვლინდეს მზერის ხანმოკლე ფიქსაციით, გუგების მოძრაობით, მთქნარებით, გაზმორებით, სიფერმკრთალით და ა.შ. ჩვილ ბავშვებში იშვიათია პირზე დუჟი, უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. შედარებით შესამჩნევია ხანმოკლე (ერთ წუთამდე) ტონური გულყრები, რომლებიც ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში ეპილეფსიური გულყრებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება. ასეთი გულყრები ამ ასაკში ხასიათდება უპირატესად ორმხრივი, სიმეტრიული, მაგრამ არასრული ფაზების მქონე შეტევებით. სამი წლის ასაკიდან ტონური გულყრა უკვე ტონურ-კლონურ კრუნჩხვაში გადაიზრდება.

ბავშვთა ასაკის ეპილეფსიური სინდრომებია მაგ.: ვესტის სინდრომი (ინფანტილური სპაზმი), ლენოქს-გასტოს სინდრომი, დრავეს სინდრომი, პროგრესული მიოკლონური ეპილეფსია; პრეპუბერტატის ასაკში ყველაზე ხშირია ბავშვთა ასაკის აბსანს-ეპილეფსია, პიკნოლექსია (ფრიდმანის სინდრომი); პუბერტატის ასაკის ბავშვებში ყველაზე ხშირად გვხვდება იუვენილური აბსანს-ეპილეფსია, იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსია (იანცის სინდრომი), ფოტოსენსიტიური რეფლექს-ეპილეფსია.

ვესტის სინდრომი, ანუ ინფანტილური სპაზმი ვლინდება 3-დან 12 თვემდე ასაკის ბავშვებში. შეტევა გამოიხატება თავის უეცარი ჩაქინდვით, ტანისა და კიდურების უეცარი მოხრით ან გაშლითი მოძრაობებით; გულყრებს ახასიათებს განმეორებადი და სერიული მიმდინარეობა. ამგვარი შეტევები „სალამის“ ტიპის გულყრების სახელითაა ცნობილი. ასეთ შემთხვევებში ბავშვის ფსიქიკური განვითარება ძლიერ ჩამორჩება ასაკობრივ ნორმას

და პროგრესირებად ხასიათს ატარებს,.

ლენოქს-გასტოს სინდრომი ბავშვთა ასაკის ტვინის დიფუზური ან მრავალკეროვანი დაზიანების საფუძველზე განვითარებული ერთ-ერთი უმძიმესი მიმდინარეობის ეპილეფსიური სინდრომია. ხასიათდება მრავალფეროვანი კლინიკური გულყრებით. ყველაზე ხშირია ტონური, ატონური (დღის განმავლობაში ბავშვი ხშირად უეცრად ვარდება), მიოკლონური გულყრები, ატონური აბსანსები. ამ დაავადების დროს ხშირია აბსანს-სტატუსი და ტონურ გულყრათა სტატუსი. ლენოქს-გასტოს სინდრომს ხშირად წინ უძღვის ეპილეფსია ინფანტილური სპაზმებით (უესტის სინდრომი). დაავადების ერთ-ერთი ძირითადი მახასიათებელია ფსიქიკური განვითარების ძლიერი ჩამორჩენა, რაც ხშირად წინ უძღვის გულყრების გაჩენას (ლენოქს-გასტოს სინდრომის მეორეული ფორმა) ან ვითარდება გულყრების მანიფესტაციის შემდეგ (სინდრომის პირველადი ფორმა). გულყრები ძალზე ძნელად ექვემდებარება ანტიეპილეფსიურ მკურნალობას. ასეთ ბავშვებში მნიშვნელოვნადაა გაზრდილი ტრავმატიზმის რისკი, ამიტომ აუცილებელია ბავშვის დაცვა ტრავმული დაზიანებებისაგან სპეციალური რბილი იატაკისა და თავის სპეციალური ჩაფხუტის მეშვეობით.

პიკნოლექსია ვითარდება 4-10 წლის ბავშვებში. მათ აღენიშნებათ ხშირი ტიპიური (მარტივი) აბსანსები (იხ. ზემოთ). ზოგჯერ, შეტევები მიმდინარეობს ცნობიერების ხანმოკლე გათიშვით, თავალის კაკლების, თავისა და ტანის მოძრაობით უკან. ასეთი ბავშვები ადვილად აგზნებადნი და ემოციურად არასტაბილურნი არიან. ეპილეფსიის ამ ფორმის დროს ბავშვის გონებრივი განვითარება ნორმის ფარგლებშია.

იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსია – იანცის სინდრომი გვხვდება 10-12-დან 18 წლამდე ასაკის მოზარდებში. იგი წარმოადგენს იდიოპათიურ, გენერალიზებულ, ასაკთან დაკავშირებულ ეპილეფსიას, რომელიც ხასიათდება თითქმის ყოველდღიური ერთეული ან სერიული, ორმხრივი, ჩვეულებრივ, სინქრონული (იშვიათად ასინქრონული) მიოკლონიებით – ამა თუ იმ კუნთთა ჯგუფების უეცარი შეკრთომით. რიტმული ბიძგები, განსაკუთრებით ხშირად ვლინდება სახის, ზედა და ქვედა კიდურების კუნთებში. შეტევები ხშირია გაღვიძებისას, ჩაძინებისას ან ძილში.

ფოტოსენსიტიური რეფლექს-ეპილეფსიის დროს გულყრა პროვოცირდება სინათლით ძლიერი გაღიზიანების ფონზე, შუქ-

ჩრდილის რიტმული მონაცვლეობით, სინათლის ციმციმით. ბავშვს ეპილეფსიური განტირთვა უვითარდება აბსანსის, ქუთუთოების ხამხამის სახით, იშვიათად ახლავს დიდი გულყრა. ამ დროს, მიზანშეწონილია, მწვანე ფერის შუშის სათვალის ხმარება. ასეთი გულყრა ხშირად პროვოცირდება ტელევიზორის ცქერისას. მცირე, იშვიათად კი დიდი გულყრები შეიძლება განვითარდეს ეკრანზე სწრაფად მოციმციმე გამოსახულების ყურებისას.

ექვსი თვიდან ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვებს, ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული მაღალი ტემპერატურის ფონზე, ხშირად უვითარდებათ კრუნჩხვითი გულყრები, თუმცა, შესაძლოა, გულყრა აღმოცენდეს ტემპერატურის სწრაფი დაქვეითების პროცესშიც. ასეთ შემთხვევებს **ფებრილურ გულყრებს** უწოდებენ. ისინი იშვიათია ხუთი წლის შემდეგ.

ბავშვებში კრუნჩხვითი განტვირთვები ყოველთვის არ ფასდება ეპილეფსიურ გულყრებად. კრუნჩხვები შეიძლება განვითარდეს კალციუმის ნაკლებობის – ჰიპოკალცემიის დროს, შაქრის დონის დაქვეითებისას, ანუ ჰიპოგლიკემიის დროს. ბავშვებში ხშირია გულის წასვლები ჟანგბადის უკმარისობის, გადაჭარბებული მოძრაობების, ემოციური დაძაბულობის დროს, ბავშვს უცივდება ხელ-ფეხი, ეხვევა თავბრუ, აქვს ყურებში შუილი, ოფლიანობა, გულისრევა, კუნთების მოღუნება, ან ის უეცრად ეცემა, კარგავს გონებას, ფერმკრთალია. ზოგჯერ აღენიშნება კუნთთა დაჭიმულობა – ტონური სპაზმი. ასეთი შემთხვევები გარეგნულად, შეიძლება, ჰგავდეს ეპილეფსიურ შეტევას, მაგრამ სინამდვილეში, ისინი არაეპილეფსიური შეტევების ჯგუფს მიეკუთვნება. ამ დროს საჭიროა მხოლოდ ბავშვის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გადაყვანა, რაც მისი მდგომარეობის სწრაფ ნორმალიზაციას იწვევს.

აფექტურ-რესპირატორული პაროქსიზმი – ვითარდება ხმამაღალი, გაბმული ტირილის, ან ძლიერი უარყოფითი ემოციის დროს, როდესაც ბავშვს სუნთქვა ეკვრის, ძირითადად, ჩასუნთქვისას, ულურჯდება სახე, ტუჩები, ტირილის დროს ბუჩრდება. ასეთი შემთხვევები არაეპილეფსიური გულყრებია, რომლებიც აღენიშნება ემოციურად არასტაბილურ, ადვილად აგზნებად ბავშვებს. თუმცა, ასეთი შემთხვევა, შეიძლება, გადავიდეს გენერალიზებულ გულყრაში, რაც იმის მანიშნებელია, რომ ბავშვს გენეტიკურად განპირობებული დაბალი კრუნჩხვითი აგზნებადობის ზღურბლი აქვს.

რა მიზანი იწვევს ეპილეფსიას?

ეპილეფსია ვითარდება თავის ტვინის ნერვული უჯრედების აგზნება-შეკავების მექანიზმების დარღვევის შედეგად. ეპილეფსია პოლიეტოლოგიური დაავადებაა, ანუ მას მრავალი სხვადასხვა მიზეზი შეიძლება იწვევდეს, რის შედეგადაც იცვლება ტვინის ნეირონების აქტივობა.

ბავშვებში ეპილეფსიის მიზეზი შეიძლება იყოს: **პრენატალური** (მუცლადყოფნის პერიოდის) ფაქტორები: დედის ინფექციური დაავადება, ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსია, ინტოქსიკაცია, ალკოჰოლისა და მედიკამენტების მიღება. **პერინატალური** ფაქტორებიდან ყურადსაღებია: ასფიქსია – ჟანგბადის ნაკლებობა, თავის ტვინის სამშობიარო ტრავმები (მაშების, ვაკუუმ-ექსტრაქციის გამოყენება); **პოსტნატალური** ფაქტორებიდან: ნეიროინფექციები, ტვინის გარსების ანთება (მენინგიტი) ან ტვინის ნივთიერების ანთება (ენცეფალიტი), ქალა-ტვინის ტრავმები. ყოველივე ეს არის ეგზოგენური ფაქტორები, რომლებიც შეიძლება გახდეს თავის ტვინის ნეირონების პათოლოგიური აქტივობის მიზეზი და ხელი შეუწყოს ეპილეფსიის განვითარებას.

ზემოთ უკვე ხაზგასმული იყო, რომ დაავადების განვითარებაში მნიშვნელოვანი ფაქტორია მემკვიდრეობით განპირობებული ნერვული უჯრედის მეტაბოლური თავისებურებები, რაც ქმნის გულყრითი მზაობის წინასწარ განწყობას და ამცირებს თავის ტვინის გულყრითი აქტივობის ზღურბლს. მემკვიდრეობითი ფაქტორის მნიშვნელობა დასტურდება ტყუპებისა და ეპილეფსიით დაავადებულთა ოჯახების გამოკვლევებით. იდიოპათიური ეპილეფსიით დაავადებულთა შვილებისათვის და და-ძმისათვის დაავადების რისკი 7-12%-ია; ეპილეფსიით დაავადებული დედების შვილები უფრო ხშირად ავადდებიან ეპილეფსიით, ვიდრე დაავადებული მამების შვილები. სიმპტომური ეპილეფსიით დაავადებულთა ნათესაობაში დაავადების რისკი გაცილებით დაბალია – 3-5%.

რა სიხშირით გვხვდება ეპილეფსია?

ეპილეფსიით დაავადებულია მსოფლიო მოსახლეობის 1%. სხვადასხვა ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების მიხედვით მისი გავრცელება მერყეობს 4-დან 12 დაავადებულამდე ყოველ 1000 მოსახლეზე; ეპილეფსია ბავშვებში უფრო ხშირია, ვიდრე მოზრდილებში.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება ეპილეფსიის დროს?

- პირველი და მნიშვნელოვანი პრობლემაა გულყრა და მისი სიხშირე. ამიტომ, პირველ რიგში, აუცილებელია გულყრების შეწყვეტა შესაბამისი ანტიკონვულსანტური პრეპარატის შერჩევით. ცნობიერების მოულოდნელად დაკარგვის დროს, როდესაც ბავშვს არ აღენიშნება გულყრის განვითარების წინასწარი შეგრძნებები, გენერალიზებული ტონურ-კლონური, ან ტონური კრუნჩხვების შემთხვევაში მაღალია ბავშვის ტრავმული დაზიანების რისკი. ეს იწვევს ოჯახის წევრებისა და ბავშვის შიშებს კრუნჩხვების მიმართ.
- ბავშვის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება ეპილეფსიური სტატუსის შემთხვევაში. ამ დროს საჭიროა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, რათა ბავშვი გამოყვანილი იქნეს ამ მძიმე მდგომარეობიდან.
- მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორები. ეპილეფსიით დაავადებული ბავშვის პიროვნების ჩამოყალიბებაში დიდ როლს ასრულებს ოჯახური ურთიერთობები და ოჯახური სიტუაცია, უახლოესი სოციალური გარემოს განწყობა და საზოგადოების შეხედულებები დაავადების მიმართ. ხშირად, ოჯახი და შემდეგ ბავშვიც ფიქრობენ, რომ მათ დასცინებენ, ან ზურგს შეაქცევენ იმის გამო, რომ გულყრები აქვს. ოჯახი ახლობლებთანაც კი ცდილობს დამალოს ბავშვის დაავადება, მშობლები ცდილობენ, ბავშვი მაქსიმალურად იყოს იზოლირებული გარემოსაგან, რადგან დაცულ იქნას შეუფერებელ ადგილებში მოულოდნელი გულყრებისაგან. ხშირად, ოჯახი ზედმეტ მზრუნველობას იჩენს ბავშვის მიმართ, რაც ხელს უწყობს მის ჭირვეულ, ეგოცენტრულ, მოუთმენელ, ან ზედმეტად დამოკიდებულ, უნებისყოფო, ჩაკეტილ პიროვნებად ჩამოყალიბებას. ზოგჯერ, გულყრის შიშით, მშობლები ცდილობენ ბავშვს ყოველი სურვილი შეუსრულონ, რითაც ხელს უწყობენ მისი ფსიქოპათოლოგიური რეაქციების განმტკიცებას.
- ეპილეფსიით დაავადებულებში სხვადასხვა შემეცნებითი უნარების მქონე ბავშვები გვხვდებიან. ბევრს არანაირი პრობლემა არა აქვს სწავლაში, ან შემდეგ – შრომით საქმიანობაში, ბევრს კი ბრწყინვალე მონაცემები აქვს. მიუხედავად ამისა, გვხვდება ეპილეფსიით დაავადებულ ბავშვთა კატეგორია, რო-

მელთაც აღენიშნებათ ფსიქიკური განვითარების შეფერხება, სწავლის პრობლემები. უესტისა და ლენოქს-გასტოს სინდრომებს თან ახლავს ძლიერი ჩამორჩენა გონებრივ განვითარებაში. სხვა შემთხვევებში, თუ თავის ტვინის დაზიანება ადრეულ ასაკში მოხდა და გულყრების კონტროლიც პრობლემას წარმოადგენს, ბავშვი ჩამორჩება განვითარებაში. ჩვილობის ასაკში შეიმჩნევა სენსო-მოტორული ფუნქციების განვითარების ჩამორჩენა. ადრეული ბავშვობის პერიოდში აღენიშნებათ ჩამორჩენა მეტყველების განვითარებაში. სკოლის პერიოდში ბავშვს აქვს ხანმოკლე მხედველობითი და სმენითი მესხიერების პრობლემები, ყურადღების კონცენტრაციისა და გადანაცვლების პრობლემები. აზროვნება შენელებულია, რიგიდული, ასეთი ბავშვი უფრო მეტად დეტალებსა და უმნიშვნელო წვრილმანებს აქცევს ყურადღებას.

- გვხვდება ქცევისა და აფექტური სფეროს დარღვევები იმ ბავშვებსა და მოზარდებში, რომელთაც დაავადების მიძიმე მიმდინარეობა აქვთ. ეპილეფსიის დროს ბავშვებსა და მოზარდებში შეიძლება შევხვდეთ: 1. მაღალ ფსიქიკურ აგზნებადობას, 2. სუსტ ემოციურ რეგულაციას, რის გამოც ბავშვის ემოციური სფერო არასტაბილურია, 3. ნეგატივიზმს, ჭირვეულობასა და ბრაზიან სიჯიუტეს, 4. აგრესიულ ქცევას, რომელიც ზოგჯერ უკონტროლოა, 5. დეპრესიულ სიმპტომებს, დაქვეითებულ გუნება-განწყობას, 6. სწრაფ ფეთქებადობას მცირე წინააღმდეგობისა და იმედგაცრუების შემთხვევაში, 7. უინიციატივობას, პასიურობას, უმწეობას.

როგორ უნდა დავეხმარეთ ეპილეფსიის მქონე ბავშვს?

პირველ რიგში, აუცილებელია ადეკვატური სამედიცინო დახმარება. რაც უფრო ადრე დაისმება სწორი დიაგნოზი და დაიწყება დაავადების ადეკვატური მკურნალობა, მით უფრო ეფექტურია მკურნალობის შედეგი. ბავშვის პირველადი გასინჯვა წარმოებს ნევროპათოლოგის, უკეთეს შემთხვევაში ეპილეფტოლოგის მიერ. ახლობლები დიდ დახმარებას უწევენ ექიმს საკუთარი დაკვირვებებით, გულყრის დეტალური აღწერით. დიაგნოსტიკის მიზნით ბავშვს უნიშნავენ სხვადასხვა სახის გამოკვლევას: თავის ტვინის ელექტრულ აქტივობას იკვლევენ ელექტროენცეფალოგრაფიული (ეეგ) კვლევით. ეს გამოკვლევა პერიოდულად მეორდება, რადგან ექიმი, კლინიკურ მონაცემებთან ერთად, ეეგ მონაცემების საფუ-

ძველზე ღებულობს ინფორმაციას მკურნალობის პროცესში თავის ტვინის ელექტრული აქტივობის ცვლილებების შესახებ; ზოგჯერ საჭიროა თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევების წარმოება თავის ტვინის სტრუქტურული მდგომარეობის შესაფასებლად.

ეპილეფსიის მქონე ბავშვს ესაჭიროება:

- ყოველდღიური ცხოვრების ადეკვატური რეჟიმი, რაც პირველ რიგში ძილის რეჟიმის რეგულირებას გულისხმობს. უძილობა უარყოფითად მოქმედებს ბავშვის ნერვულ სისტემაზე, ამასთან, აქვეითებს რა გულყრებისადმი მზაობის ზღურბლს, ხელს უწყობს გულყრების აღმოცენებას.
- წამლის დანიშნული დოზის რეგულარული, ზუსტი მიღება, ჯერის გამოტოვების გარეშე.
- პერიოდული კონსულტაცია ექიმთან და გამოკვლევა.

მნიშვნელოვანი დახმარებაა ბავშვის ჩართვა სოციალურ ცხოვრებაში, მისი, რაც შეიძლება, ნაკლები იზოლირება გარემოსაგან, ოჯახის წევრების ერთიანი სტრატეგია აღზრდის საკითხებში.

ბავშვის ფსიქიკური განვითარების ჩამორჩენის შემთხვევაში, აუცილებელია, ნეიროფსიქოლოგისა და ფსიქოლოგის კონსულტაცია. რაც უფრო ადრე მოხდება ბავშვის განვითარების შეფასება და დაიგეგმება ფსიქოლოგიური და პედაგოგიური დახმარება, მით უფრო ეფექტური იქნება იგი.

სასურველია, ნეიროფსიქოლოგიური კონსულტაციების პერიოდული წარმოება ანტიეპილეფსიურ მკურნალობაზე მყოფი ყველა ადამიანისთვის, რადგან ანტიეპილეფსიურ პრეპარატებს, ხანგრძლივი მკურნალობის ფონზე, გააჩნია კოგნიტურ ფუნქციებზე ზემოქმედების უნარი.

რა უნდა მოვიმოქმედოთ ეპილეფსიური გულყრის დროს?

მართალია, დიდი გულყრა საკმაოდ შემზარავად გამოიყურება, მაგრამ სიცოცხლისათვის საშიში არ არის. ამ დროს საჭიროა ბავშვი დააწვინოთ გვერდზე გულყრის დამთავრებამდე და დააკვირდეთ გულყრის მიმდინარეობას. თავქვეშ ამოუდოთ რბილი ნივთი, რითაც ავიცილებთ თავის ტრავმას დარტყმებისაგან. კრუნჩხვის დროს არ უნდა ეცადოთ ხელ-ფეხის იძულებით გაკავებას, პირში, კბილებს შორის მაგარი საგნის ჩადებას ენის მოკვნეცის თავიდან აცილების მიზნით. ამ მოქმედებებმა შეიძლება კბილე-

ბის, სახისა და კიდურების დაზიანება გამოიწვიოს. გულყრის დამთავრების შემდეგ ადამიანის მარტო დატოვება არ შეიძლება მანამ, სანამ მას არ დაუბრუნდება ნათელი ცნობიერება. დიდი გულყრის ხანგრძლივობა 3-5 წუთს გრძელდება და ექიმის გამოძახება აუცილებელი არ არის. ექიმის გამოძახება აუცილებელია, თუ გულყრა 5 წუთზე მეტ ხანს გრძელდება, აღინიშნება სერიული გულყრები ან ეპილეფსიური სტატუსი (იხ. ზემოთ). ასეთი მდგომარეობა ბავშვისათვის სახიფათოა და სპეციალურ სამედიცინო დახმარებას მოითხოვს.

მცირე გულყრების დროს ყურადღებას იქცევს ბავშვის არეულობა, დაბნეული მდგომარეობა. ექიმისათვის სასარგებლოა დამსწრის მიერ გულყრის დანვრილებით აღწერა, რადგანაც ეს მას დიაგნოსტიკაში ეხმარება.

განკურნებადია თუ არა ეპილეფსია?

ეპილეფსიის მკურნალობის თანამედროვე საშუალებები იმდენად განვითარდა, რომ სხვადასხვა ქვეყნების მონაცემებით პაციენტთა 70-80%-ში, ეპილეფსიის ხარისხისა და სიმძიმის მიხედვით, მიიღწევა გულყრისაგან სრული გათავისუფლება. 10%-ის მდგომარეობა უმჯობესდება, ხოლო 10%-ში მკურნალობა არა-ეფექტურია.

ეპილეფსიური გულყრის ყველა ფორმა მოითხოვს ადეკვატური მკურნალობის დროულ დაწყებას, რათა აღიკვეთოს გულყრების სიხშირის ზრდა და ხელი შეეშალოს დაავადების პროგრესს. გამოჯანმრთელების ალბათობა დიდია, თუ გულყრა არ მეორდება 2 წლის მანძილზე. ეპილეფსია განკურნებულად ითვლება, თუ წამლის მიღების შეწყვეტიდან 5 წლის მანძილზე შეტევა არ განმეორდა.

ეპილეფსიის მკურნალობა, ძირითადად, ფარმაკოლოგიური პრეპარატებით წარმოებს. ამ პრეპარატებს ანტიკონვულსანტებს უწოდებენ. ეპილეფსიის სხვადასხვა ფორმა სხვადასხვა წამალს მოითხოვს, ანუ არ არსებობს პრეპარატი, რომელიც ერთნაირად შველის ეპილეფსიური გულყრის ყველა ტიპს. სამედიცინო თვალსაზრისით, უფრო ეფექტურია ერთი პრეპარატით მკურნალობა – მონოთერაპია. მკურნალობა აუცილებლად უნდა მიმდინარეობდეს ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ და არ უნდა იცვლებოდეს მეზობლების, ახლობლების, სხვა პაციენტების რჩევების გავლენით. ეპილეფსიის მქონე პირმა ექიმის მიერ დანიშნული წამლები ზუს-

ტი ოდენობითა და თანმიმდევრობით უნდა მიიღოს. მან თვითნებურად არ უნდა შეწყვიტოს წამლის მიღება გულყრების შეწყვეტის შემდეგაც. წამლის დოზის თვითნებური ცვლა, მისი უცაბედი შეწყვეტა ზრდის ეპილეფსიური გულყრების განახლების, ან გახშირების საშიშროებას. ეპილეფსიური გულყრების განახლება აბათილებს მკურნალობის ეფექტს და მოითხოვს მკურნალობის სრულიად ახალი გეგმის შემუშავებას, რაც გაცილებით რთულია.

ეპილეფსიის მკურნალობა ხანგრძლივი პროცესია; ის, როგორც წესი, რამდენიმე წელი, ხშირად 4-5 წელი გრძელდება. განკურნება მხოლოდ ხანგრძლივი და სწორი მკურნალობის საფუძველზეა შესაძლებელი, ამიტომ დიდი მოთმინებაა საჭირო.

თუ ეპილეფსია მკურნალობისადმი მდგრადია და ადეკვატური მედიკამენტური თერაპია გავლენას არ ახდენს გულყრების სიხშირეზე, მაშინ ნაჩვენებია ქირურგიული ოპერაცია. განსაკუთრებულ, ე.წ. კეტოგენურ დიეტას ბავშვებში მიმართავენ წამლებისადმი რეზისტენტული ეპილეფსიის შემთხვევაში.

ისევე, როგორც სხვა წამლებს, ანტიკონვულსანტებსაც აქვთ მოქმედების გვერდითი ეფექტები. წამლის მოქმედება საკამოდ ინდივიდუალურია. ამავე დროს, ყოველ ანტიკონვულსანტს თავისი კონკრეტული გვერდითი ეფექტები აქვს. ამიტომ, საჭიროა პაციენტის მეთვალყურეობა, სისხლის პერიოდული ანალიზი, სისხლში წამლის დონის პერიოდული განსაზღვრა, ღვიძლის ფუნქციების გამოკვლევა. ექიმისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მშობლის ბავშვზე დაკვირვების მონაცემებს: რა გავლენას ახდენს დანიშნულება ბავშვის ქცევაზე, შემეცნებით აქტივობაზე. შემეცნებითი აქტივობის დაქვეითება, დაღლილობის განცდა, გულისრევის, თავბრუსხვევის, ძილიანობის თუ სხვა გამოვლინებები ექიმისათვის მნიშვნელოვანი ნიშნებია წამლის დოზის შესაცვლელად.

რა მომავალი აქვს ეპილეფსიის მქონე ბავშვს?

ეპილეფსიის მქონე პირებს, როგორც ახლა, ასევე ისტორიულადაც ყოველ პროფესიაში შეხვდებით. მრავალ გამოჩენილ ადამიანს ჰქონდა ეს დაავადება: იმპერატორებს, მეცნიერებს თუ ხელოვნების მოღვაწეებს, მწერლებსა თუ სახელმწიფო მოღვაწეებს. საკამარისია დავასახელოთ იულიუს კეისარი, თ. დოსტოვესკი.

პროფესიის არჩევაში ეპილეფსიის მქონე პირი თავისუფალია და ემყარება საკუთარ ინტერესებს, უნარებსა და მიდრეკილებებს.

ამავე დროს, გასათვალისწინებელია ერთი გარემოება: უსაფრთხოების მიზნით, ტრანსპორტთან დაკავშირებული პროფესიების არჩევა არ არის მიზანშეწონილი. ასევე, მოსარიდებელია ისეთი სამუშაოები, რომლებიც სხვადასხვა ცვლაში, განსაკუთრებით ღამის ცვლაში მუშაობას მოითხოვს, რადგან ძილ-ღვიძილის რიტმის ცვლა და დარღვევა აუარესებს ეპილეფსიის მქონე პირის მდგომარეობას. მოზარდისათვის სპორტული აქტივობები სავსებით შესაძლებელია და სასარგებლოც, თუ ის საფრთხესთან არ არის დაკავშირებული, მაგალითად, წყლის სპორტი და სამთო-სათხილამური სპორტი. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ეპილეფსიის ფორმიდან და ხარისხიდან, მოზარდის ინტერესებიდან გამომდინარე, გადანყვეტილება პროფესიის არჩევის შესახებ ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს.

თუკი ბავშვს სწავლის პრობლემები აქვს, აღენიშნება ფსიქიკური განვითარების შეფერხება, მისი ინტერესების შესაბამისად სპეციალური სწავლებითა და მომზადებით მისთვის სავსებით მისაწვდომია რაიმე კონკრეტული პროფესიის, ან ხელობის ათვისება. ბავშვის მომავალზე ზრუნვა ნიშნავს მისი ინტერესებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებას, მისი უნარების განვითარებისა და პიროვნული ზრდისათვის ხელშეწყობას.

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი

რა არის ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი?

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი (ნას) ვითარდება მუცლად-დყოფნის პერიოდში, ორსულის მიერ ალკოჰოლის ჭარბი, სისტემატური მიღების შედეგად და შეუქცევად ხასიათს ატარებს. ნას-ი თანდაყოლილი დეფექტების ერთობლიობაა, რომელიც მოიცავს ცენტრალური ნერვული სისტემის დისფუნქციას, ქალა-სახის ანომალიებს, ქცევისა და ფსიქიკური განვითარების დარღვევებს. ყურადსაღებია ბავშვის პრე- და პოსტნატალური ზრდის ტემპების საგრძნობი ჩამორჩენა ნორმასთან შედარებით. როდესაც ბავშვს არ აღენიშნება ყველა კლასიკური სიმპტომი და სინდრომის მხოლოდ ზოგიერთი დამახასიათებელი ნიშანი აქვს, ასეთ ფორმას უწოდებენ ნაყოფის ალკოჰოლურ ეფექტს (ნაე).

რით ხასიათდება ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი?

ფიზიკური განვითარება:

- სხეულის მცირე ზომები;
- ნორმასთან შედარებით მნიშვნელოვნად მცირე წონა;
- სკელეტური დეფორმაციები: ნეკნებისა და გულმკერდის ძვლების დეფორმაცია, ხერხემლის გამრუდება, მენჯის დისლოკაცია, ხელის ან ფეხის თითების შეზრდა (სინდაქტილია), სახსრების შეზღუდული მოძრაობა, პატარა ზომის თავი (მიკროცეფალია);
- სახის ანომალიები: ჩამოწეული ქუთუთოები, თვალების კოორდინირებული მოძრაობის დეფიციტი, ცხვირის ჩაღრმავებული (შევარდნილი) ხიდი, ზედა ტუჩისა და ცხვირს შორის ჩაღრმავების უქონლობა, ღია სასა, პატარა ყბა, დეფორმირებული ყურები;
- შინაგანი ორგანოების დეფექტები: გულის ანომალიები, თირკმლის დეფექტები, გენიტალური მალფორმაციები.

ფსიქიკური განვითარება:

- სუსტი მესხიერება;
- სწავლის სირთულეები;
- იმპულსურობა;

- გაფანტულობა;
- ჰიპერაქტივობა;
- ცოდნისა და ჩვევის განზოგადების გაძნელება;
- მოქმედების დაგეგმვის პრობლემა;
- პრობლემის გადაჭრის მწირი სტრატეგიები;
- განსჯის უნარის დაქვეითება;
- მეტყველების პრობლემები, უპირატესად მიმართული მეტყველების გაგების სირთულეები;
- ქცევის დარღვევები.

ჩვილობისა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვის თავისებურებანი: დაბადების შემდეგ, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, **ნას**-ის მქონე ბავშვები წონაში კლებულობენ ან ვერ იმატებენ. ახალდაბადებულებში და ჩვილებში ხშირია აგზნებადობა, ჭირვეულობა, გაღიზიანება. ბავშვებს უჭირთ ნოვა, ახასიათებთ მოუსვენარი და ფხიზელი ძილი. ადრეულ ასაკში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელია მოტორული ფუნქციის განვითარების მნიშვნელოვანი დეფიციტი. ბავშვებს კუნთების სუსტი ტონუსი აქვთ, ტაცების რეფლექსი სუსტად არის გამოხატული, გვიან ჯდებათ, დგებიან, უჭირთ ხოხვა და ცოცვა, გვიან იწყებენ სიარულს. სკოლამდელ ასაკში მათი მოძრაობები მოუქნელი და ცუდად კოორდინირებულია, უჭირთ თითებითა და ხელებით ნატიფი მოძრაობების განხორციელება.

მეტყველების განვითარება: სკოლამდელი ასაკის პერიოდში **ნას**-ის მქონე ბავშვები საკმაოდ ბევრს ლაპარაკობენ და მეტყველების განვითარების შეფერხება ცხადად არ ვლინდება. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი თითქოს გასაგებად მეტყველებენ და საუბარში აქტიურები არიან, მაინც გააჩნიათ კომუნიკაციის სირთულეები, რაც დიალოგის პროცესში ვლინდება. კერძოდ, აღენიშნებათ მიმართული მეტყველების გაგების პრობლემები.

სოციალური განვითარება: სკოლამდელი ასაკის **ნას**-ის მქონე ბავშვები ძალიან კონტაქტურები, მოსიყვარულები არიან, უყვართ მოფერება, ესწრაფვიან ფიზიკურ კონტაქტს. საგნებთან ურთიერთობას ურჩევნიათ ადამიანებთან ურთიერთობა. ისინი ძალიან გულუბრყვილონი და მიმნდობნი არიან და ნაკლებად სწავლობენ რაიმეს საკუთარი გამოცდილებით. განსჯის უნარის დაქვეითების გამო, უჭირთ მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენა, შეიძლება, ძალიან მომაბზრებელნი და თავმეუკავებელნი იყვნენ ურთიერ-

თობაში. ამის გამო, მათ უჭირთ მეგობრების შეძენა და ჯგუფურ საქმიანობაში მონაწილეობის მიღება. მოზარდ ასაკში სოციალურად იზოლირებულნი არიან და უჭირთ ტოლებთან ურთიერთობის დამყარება. მოზრდილებს უჭირთ დამოუკიდებელი ცხოვრება, აქვთ ალკოჰოლიზმის განვითარების დიდი რისკი.

ქცევის პრობლემები: ნას-ის მქონე ბავშვები სკოლამდელ ასაკში იმპულსურები, ჰიპერაქტიურები და ადვილად აგზნებადნი არიან. სკოლის ასაკში ყურადღების კონცენტრაციის დარღვევა მათ ხელს უშლის როგორც აკადემიურ მოსწრებაში, ასევე სოციალურ ურთიერთობებში. ასეთ ბავშვებში ხშირია სტერეოტიპული ქცევები, ძილის პრობლემები, ჭამის დარღვევები, ენურეზი, შიშები და მავნე ჩვევები.

რა მიზეზები იწვევს ნაყოფის ალკოჰოლურ სინდრომს?

აღნიშნული სინდრომის მიზეზია ქალის მიერ ორსულობის პერიოდში ალკოჰოლის მიღება. დღემდე დაუდგენელია ალკოჰოლის ის რაოდენობა, რომელიც ნაყოფის ალკოჰოლურ სინდრომს გამოიწვევს. არ არის დამტკიცებული, რომ ალკოჰოლის მცირე დოზები უსაფრთხოა. ალკოჰოლი ცირკულირებს ფეხმძიმე ქალის ორგანიზმში და პლაცენტის საშუალებით ხვდება ნაყოფშიც. ამის შედეგად ნაყოფი ველარ იღებს მისთვის საჭირო რაოდენობის ჟანგბადს, რაც გავლენას ახდენს მისი ცენტრალური ნერვული სისტემისა და სხვა ორგანოების ნორმალურ ჩამოყალიბებაზე. ნაყოფის დაზიანების სიმძიმე დამოკიდებულია ალკოჰოლის მიღების ინტენსივობაზე და იმაზე, თუ განვითარების რომელ სტადიაზე მოხდა ალკოჰოლის ზემოქმედება.

რა სიხშირით გვხვდება ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი?

აშშ სტატისტიკური მონაცემებით, ნებისმიერი კულტურისა და სოციალური ჯგუფის ყოველი 750 ბავშვიდან 1 ბავშვი იბადება ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომით, რომელიც გონებრივი ჩამორჩენილობის ერთ-ერთი მიზეზია. აღნიშნული სინდრომი თანაბარი სიხშირით აღენიშნებათ ქალებსა და მამაკაცებს.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომის დროს?

- **ფიზიკური პრობლემები**, რომლებიც დაკავშირებულია ბავშვის ზრდასთან, შინაგანი ორგანოების ანომალიებთან, სხვადასხვა ფიზიკურ დეფექტებთან და მოითხოვს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ხოლო შემდგომში მუდმივ მკურნალობასა და სამედიცინო მეთვალყურეობას.
- **ფსიქიკური განვითარების პრობლემები**, რაც მდგომარეობს გონებრივი განვითარების ჩამორჩენაში, ჰიპერაქტიუობასა და იმპულსურობაში, ემოციური განვითარების პრობლემებში.
- **სწავლის პრობლემები**: ბავშვებს უჭირთ სასკოლო პროგრამის ათვისება, ხშირ შემთხვევაში ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში სწავლა დიდ პრობლემებთანაა დაკავშირებული.
- საშიშროებას წარმოადგენს მოზარდების **სოციალური იზოლაცია**. მათ უჭირთ ტოლებთან ურთიერთობა, ნაკლებად ჰყავთ მეგობრები, ვერ უღებენ ალლოს კონკრეტულ სოციალურ სიტუაციასა და საკუთარ უარყოფით გამოცდილებაზე ვერ სწავლობენ.

იკურნება თუ არა ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი?

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი ქრონიკული და შეუქცევადი ხასიათის მდგომარეობაა. თუმცა, ბავშვებს სიმპტომატურად მკურნალობენ მათი თანდაყოლილი დეფექტების ხასიათის მიხედვით. ხშირად საჭიროა ქირურგიული ჩარევა გულის თანდაყოლილი მანკების, სახის და კიდურების დეფექტების გამო. ბავშვებს მუდმივი მკურნალობა ესაჭიროებათ ცენტრული ნერვული სისტემის სხვადასხვა ხარისხით დაზიანების გამო.

ამავე დროს, მნიშვნელოვანია, ბავშვთა განვითარების სტიმულაციის მიზნით, ადრეული ასაკიდანვე მათი სპეციალური დახმარება: ფიზიკური თერაპია, ოკუპაციური თერაპია, მეტყველების თერაპია, ფსიქოლოგიური კონსულტაცია და ფსიქოლოგიური დახმარების პროგრამები.

როგორ ვასწავლოთ ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომის მქონე ბავშვს?

რადგანაც **ნას**-ის მქონე ბავშვებს შემეცნებითი ფუნქციების განვითარებაში სხვადასხვა სახის პრობლემა აქვთ, მათ სწავლის პროცესის შესატყვისი ორგანიზაცია ესაჭიროებათ. ამასთან, გამოცდილებისა და ჩვევების ათვისების მიზნით, სპეციალური მიდგომა სახლშიც სჭირდებათ.

ბავშვების სწავლის უნარის გასაუმჯობესებლად ეფექტურია:

- მარტივი, ლაკონური ინსტრუქციების მიცემა;
- გაკვეთილის დაყოფა რამდენიმე მონაკვეთად მცირე შესვენებებით, რათა ბავშვმა უკეთ მოახდინოს ყურადღების კონცენტრაცია;
- ახალი მასალის ან ჩვევების ათვისება უნდა ხდებოდეს კონკრეტულ მოქმედებაში და ბევრი თვალსაჩინოებით. სჯობს, დასწავლილი ჩვევის პარტნიორთან ერთად გამეორება. შემდეგ კი დამოუკიდებელი გამეორების ნახალისება. ეს პროცედურა ხშირად უნდა გამეორდეს, ამიტომ, მობეზრების თავიდან ასაცილებლად, საჭიროა ბავშვის ნახალისება, რათა თვითონ შეასრულოს მოქმედება და მისი წარმატების აღნიშვნა. ამით იზრდება ბავშვის ინტერესი;
- როდესაც ერთი აქტივობა სხვა აქტივობით უნდა შეიცვალოს, საჭიროა ბავშვის წინასწარი გაფრთხილება;
- ყოველთვის აღნიშნეთ ბავშვის წარმატება და წახალისეთ დამოუკიდებელი საქმიანობისათვის;
- ბავშვთან თამაშის დროს ეცადეთ „გაახმოვანოთ“ თქვენი მოქმედებები, ისაუბროთ მკაფიოდ და მშვიდი ტონით. თამაშისას გამოიყენეთ ბევრი საგანი, კუბიკი, პლასტილინი, თიხა, ფანქარი, საღებავი. ყოველივე უნდა ემსახურებოდეს ბავშვის ინიციატივის ზრდას და მისი სენსომოტორული ფუნქციების განვითარებას;
- ბავშვს უნდა ჰქონდეს დღის მყარი რეჟიმი;

- ბავშვის აღზრდის პროცესში სასარგებლოა გარკვეული წესების დადგენა (დღის რეჟიმი, ქცევის წესები). ამ წესების შეხსენებისას მიზანშეწონილია მოკლე ფრაზების გამოყენება მშვიდი ტონით;
- არ არის საჭირო კამათი და მსჯელობა უკვე დადგენილი წესების შესახებ. თავიდან უკარნახეთ, როგორ უნდა მოიქცეს, ან რა გააკეთოს. შეიძლება, რამდენჯერმე მოგინიოთ გამეორება, ნუ გამოხვალთ წყობიდან, თუ სიჯიუტეს აწყდებით. ეცადეთ მშვიდად გაამეორებინოთ რას მოითხოვთ ბავშვისგან, შეახსენოთ, რომ ის შესანიშნავად ახერხებს ამის გაკეთებას.

ტიკური აშლილობა

რა არის ტიკი?

ტიკი სხვადასხვა ჯგუფის კუნთების სწრაფი, უნებლიე, განმეორებითი მოძრაობაა, რომლებიც სხეულის სხვადასხვა ნაწილში ადამიანისაგან უნებურად აღმოცენდება.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვების 25%-ს სხვადასხვა პერიოდში აღენიშნება ტიკები. ნერვული სისტემის იოლი აგზნებადობის, ემოციურად მგრძნობიარე ბავშვებს, სხვადასხვა სტრესულ სიტუაციაზე რეაგირებისას, ხშირად ეწყებათ უნებლიე მოძრაობები ანუ ტიკები – თვალების ხამხამი, მხრების აჩეჩვა, კისრის მოძრაობები და ა.შ. შემდგომ ბავშვების უმრავლესობა გამოდის ამ მდგომარეობიდან და ტიკები უკვალოდ ქრება. ზოგ შემთხვევაში კი უნებლიე მოძრაობები დიდხანს გრძელდება და შემანუხებელი ხდება ბავშვისა და ოჯახისათვის.

განასხვავებენ მარტივ და რთულ ტიკებს. ასევე, მოტორულ და ვოკალურ ტიკებს.

მარტივი მოტორული ტიკები – კუნთების უეცარი, ხანმოკლე მოძრაობები: თვალის ხამხამი, სახის კუნთების მოძრაობები, გრიმასები, მხრების მოძრაობები. ამ დროს მოძრაობა სწრაფი და აზრს მოკლებულია.

რთული მოტორული ტიკები – უფრო ნელი უნებლიე მოძრაობებია და რთულ მოქმედებებს შეიცავს. მაგ. საგნების ხელით მოსინჯვა, სხვადასხვა სახის ჟესტები, ფეხების ბაკუნი, უკულმა სიარული, სირბილისმაგვარი მოძრაობები, ცეკვითი მოძრაობები, ხტუნვა, ფეხებისა და ხელების ქნევა, კოპროპრაქსია – უხამსი ჟესტები.

მარტივი ვოკალური ტიკებია – უეცარი, გაურკვეველი ხმები, ჩახველება, სრუტყუნი, ბურტყუნი.

რთულ ვოკალურ ტიკებს გარშემომყოფნი, როგორც წესი, განზრახულ მოქმედებად და უზრდელ ქცევად მიიჩნევენ. ეს არის სიტყვებისა და მთელი ფრაზების უეცარი, უნებლიე წამოყვირება; კოპროლალია – სოციალურად მიუღებელი, უხამსი სიტყვებისა და გამოთქმების უნებლიე წამოყვირება. ექოლალია – სხვისი ნათქვამის უშუალო გამეორება.

ტიკური აშლილობის სხვადასხვა ფორმები არსებობს, რომელთა დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები წარმოდგენილია როგორც

ICD-10, ასევე DSM-IV დიაგნოსტიკურ სახელმძღვანელოებში.

ICD-10 F95 ტიკური აშლილობა	DSM-IV-TR ტიკური აშლილობა
F95.0 გარდამავალი ტიკური აშლილობა	307.21 გარდამავალი ტიკური აშლილობა
F95.1 ქრონიკული მოტორული და ვოკალური ტიკური აშლილობა	307.22 ქრონიკული მოტორული და ვოკალური ტიკური აშლილობა
F95.2 კომბინირებული ვოკალური და რთული მრავლობითი მოტორული ტიკური აშლილობა (ჟ. დე ლა ტურეტის სინდრომი)	307.23 ტურეტის აშლილობა
F95.8 სხვა ტიკური აშლილობა	
F95.9 დაუზუსტებელი ტიკური აშლილობა	307.21 დაუზუსტებელი ტიკური აშლილობა

გარდამავალი ტიკური აშლილობა – იწყება ადრეული ბავშვობის ასაკში და ბავშვთა პოპულაციის 18%-ში ვლინდება. ხასიათდება მარტივი და რთული მოტორული ან/და ვოკალური ტიკებით, რომლებიც ყოველდღიურად აღმოცენდება 4 კვირის განმავლობაში, მაგრამ არა უმეტეს 12 თვისა. უფრო ხშირი და გავრცელებულია მარტივი მოტორული ტიკები, უფრო იშვიათია რთული და ვოკალური ტიკები. ძირითადად, ეს მდგომარეობა გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე კვირა ან თვე და არ ახლავს სპეციფიკური ქცევითი პრობლემები. აღნიშნული მდგომარეობა ბიჭებში 3-4-ჯერ უფრო ხშირია. გარდამავალი ტიკური აშლილობა ვლინდება 18 წლამდე.

ქრონიკული მოტორული და ვოკალური ტიკური აშლილობა – ხასიათდება მარტივი ან რთული მოტორული ან ვოკალური ტიკებით, მაგრამ ორივე სახის ტიკი **ერთდროულად არ აღინიშნება**. ტიკი ყოველდღიურად მრავალჯერ აღმოცენდება 1 წელზე მეტი ხნის მანძილზე. ამ პერიოდის განმავლობაში ტიკისგან თავისუფალი ინტერვალი შეიძლება იყოს არაუმეტეს 3 თვისა. ქრონიკული ტიკური აშლილობა 18 წლამდე იწყება და არ არის დაკავშირებული

ფიზიოლოგიურ მდგომარეობასთან (მაგ. ინტოქსიკაციასა და ნამ-
ლების ბოროტად გამოყენებასთან) ან სამედიცინო მდგომარეობა-
სთან (მაგ. ჰენტინგტონის ქორეა, ვირუსული ენცეფალიტი).

გარდამავალი ტიკური აშლილობის შემთხვევაში ტიკი შეიძ-
ლება შეიცვალოს და ერთი ტიპის ტიკი, მაგ. ცხვირში სრუტუნი
შეცვალოს თავის მოძრაობით, ნარბების შეჭმუხვნა ან თვალების
პაჭუნი კი თითების ტკაცუნით და ა.შ. **ქრონიკული მოტორული და
ვოკალური ტიკური აშლილობისას** კი ტიკი არ იცვლება ხანგრძ-
ლივი დროის განმავლობაში.

ტიკის სიხშირე და გამოხატულების ხარისხი მატულობს:

- სტრესის ფონზე
- დაღლილობის ფონზე
- მოსვენების მდგომარეობაში და რელაქსაციის დროს
- სტეროიდების, კოფეინის, სტიმულანტების, ანტიკონვულსან-
ტების გამოყენების ფონზე (Black et al., 2006).

ტიკის სიხშირე მცირდება:

- ფიზიკურ ან გონებრივ აქტივობაში ჩართვისას (მაგ. სპორტუ-
ლი თამაშის, კომპიუტერული თამაშის დროს)
- გონებრივი დავალების შესრულებისას ნაკლებად სტრესულ
სიტუაციაში
- ძილში

მნიშვნელოვანია, რომ ტიკი შესაძლებელია არ გამომჟღავნდეს
ექიმთან პირველი ვიზიტის განმავლობაში და საჭიროა პაციენტის
ხელმეორე ვიზიტი, ასევე ახლობლების დაკვირვების შედეგები.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკის მიზნით აუცილებელია ტი-
კის განსხვავება სხვა მოტორული დარღვევებისაგან და მდგომა-
რეობებისგან, კერძოდ:

- მიოკლონიისგან, რაც კუნთების ჯგუფების უეცარ შეკრთომა-
ში ვლინდება – ტიკისგან განსხვავებით მიოკლონიის შეკავება
შეუძლებელია;
- ქორეატული მოძრაობისგან, რაც კუნთების მოულოდნელ,
ჭიისებრ, დაკლაკნილ უნებლიე მოძრაობაში ვლინდება;
- კუნთთა დისტონიისგან;
- ტრემორისაგან;
- სტერეოტიპული მოძრაობის აშლილობისგან – სტერეოტიპუ-
ლი, რიტმული, უფუნქციო უნებლიე მოძრაობები, რომლებიც
არ წარმოადგენენ რომელიმე ნევროლოგიური ან ფსიქიური

დაავადების კლინიკური სურათის სიმპტომს (Black et al., 2006).

ტიკური აშლილობა შეიძლება იყოს **პირველადი** და **მეორადი**.

პირველადი ტიკური აშლილობებია ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომი, გარდამავალი და ქრონიკული ტიკური აშლილობები.

მეორადი ტიკური აშლილობა რომელიმე სომატური ან ნერვული მდგომარეობის თანმხლები სიმპტომია. ამიტომ აუცილებელია გამოირიცხოს ჰიპერთირეოზი, ბეტა-ჰემოლიტური სტრეპტოკოკური ინფექცია ყელში, ექსტრაპირამიდული მოტორული დარღვევები, ნამლებით ინტოქსიკაცია.

რა სიხშირით გვხვდება ტიკური აშლილობა?

ზუსტი ეპიდემიოლოგიური მონაცემები არსებობს მხოლოდ დე ლა ტურეტის სინდრომის გავრცელებასთან დაკავშირებით. მწირი მონაცემებია გარდამავალი და ქრონიკული ტიკური აშლილობის პრევალენსის შესახებ. აშშ-ს მონაცემებით გარდამავალი ტიკური აშლილობა სხვადასხვა ეპიდემიოლოგიური კვლევის მიხედვით გვხვდება ბავშვების 3-15%-ში. ქრონიკული ტიკური აშლილობა უფრო ხშირად გვხვდება ბიჭებში.

რა ძირითადი პრობლემებია ტიკური აშლილობის დროს?

ტიკური აშლილობა, პირველ რიგში, გავლენას ახდენს ბავშვის მე-ს ცნობიერების ჩამოყალიბებასა და თვითშეფასებაზე. ბავშვი თავს უხერხულად გრძნობს ისეთი მოძრაობებისა და მოქმედებების გამო, რაც მისდა უნებურად აღმოცენდება.

უნებლიე მოძრაობები იპყრობს გარშემომყოფთა ყურადღებას, უცნაურ შთაბეჭდილებას ტოვებს მათზე და მათი ინტერპრეტაცია, ხშირად, არასწორია. კერძოდ, ბავშვი შეიძლება თანატოლების დაცინვის ობიექტი გახდეს და ამის გამო ჩაიკეტოს, აღარ ჰქონდეს სკოლაში სიარულის სურვილი ან ჰქონდეს დაცვითი აგრესიული ქცევა. უფროსები — მშობლები და მასწავლებლები ხშირად ფიქრობენ, რომ ბავშვი მოუსვენარია და უცნაურად იქცევა სპეციალურად მათი გამოწვევის მიზნით. განსაკუთრებით ეს ეხება რთულ და ვოკალურ ტიკებს, რომლებიც დამკვირვებელზე ტოვებენ ნებითი მოქმედების შთაბეჭდილებას. შესაბამისად, მშობლები

და მასწავლებლები მუდმივად შენიშვნას აძლევენ ბავშვს და მიუთითებენ, რომ მისი ქცევა მიუღებელია. ასეთი დამოკიდებულება კიდევ უფრო აუარესებს ბავშვის მდგომარეობას, აქვეითებს მის თვითშეფასებას, იწვევს დანაშაულის განცდას, ხშირად კი – უმართავ, ოპოზიციურ ქცევას. ტიკი ბავშვისათვის იარაღის მინებებისა და მისი სტიგმატიზაციის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ყოველივე ეს ხელს უშლის ბავშვს როგორც სწავლაში, ასევე სოციალურ ურთიერთობებში და ზოგადად სოციალურ ადაპტაციაში.

ქრონიკულ მოტორულ და ვოკალურ ტიკურ აშლილობას შეიძლება ახლდეს:

- ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა;
- ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი;
- ქცევითი აშლილობა.

აღნიშნული მდგომარეობები, ხშირად, ქრონიკული ტიკური აშლილობის კომორბიდულია და ართულებს მის მიმდინარეობას.

რით ხასიათდება ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა?

ტიკური აშლილობის მქონე პირებში 20-ჯერ უფრო ხშირია ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა ვიდრე გენერალურ პოპულაციაში.

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, ანუ აკვიატების მდგომარეობა ხასიათდება, ერთის მხრივ, აკვიატებული აზრებითა და იმპულსებით, მეორეს მხრივ, აკვიატებული აზრებით გამოწვეული შფოთვის შესამცირებლად აღმოცენებული იძულებითი რიტუალებით.

აკვიატების ყველაზე გავრცელებული სახეებია დაბინძურებისა და დასნეულების შიში; კატასტროფების შიში – ხანძარი, ავადმყოფობა, სიკვდილი; სიმეტრიის, წესრიგის, სიზუსტის, აკვიატებული ცრურწმენები, ბედნიერი და უბედური რიცხვების გარჩევის სურვილი. იძულებითი მოქმედებებიდან ყველაზე გავრცელებულია: დაბანა, განმეორებადი მოქმედებები, ხშირი შემოწმება, შეხება, შეგროვება, მოწესრიგება. ყმანვილთა უმეტესობას შეუძლია საზოგადოებაში იძულებითი მოქმედებებისაგან თავის შეკავება.

აკვიატებული მდგომარეობა და იძულებითი მოქმედება ერთდროულად ვლინდება შემთხვევათა 60%-ში. 40%-ში კი იძულებითი მოქმედება აკვიატების გარეშე გვხვდება. შემთხვევათა დიდი ნაწილი თან ახლავს სხვა დარღვევებს: ჟილ დე ლა ტურეტის

სინდრომს, შფოთვის, დეპრესიას. სხვა თანმხლები დარღვევებია ბულემია, ანორექსია, განვითარების შეფერხება.

ბავშვების 1-2%-ს აქვს აკვიატებისა და იძულებითი მოქმედების სინდრომი. ყველაზე ხშირად სინდრომი ვლინდება გვიანდელი ბავშვობისა და სიყმაწვილის პერიოდში. მდგომარეობა შეიძლება იყოს ეპიზოდური, ან ქრონიკული. 3-დან 1 შემთხვევა განკურნებადია. 10-დან 1 შემთხვევა კი არ ემორჩილება მკურნალობას.

აკვიატებისა და იძულებითი მოქმედების სინდრომი განსხვავდება ბავშვების ნორმალური რიტუალებისაგან, აკვიატებულ აზრების გარეშე. იგი ხშირია სკოლამდელ ასაკში და ქრება 8-9 წლისათვის. აკვიატებისა და იძულებითი მოქმედების სინდრომი ხშირად ტიკური აშლილობის კომორბიდულია.

ჟილ დე ლა ტურატის სინდრომი

რა არის ჟილ დე ლა ტურატის სინდრომი?

ეს არის ქრონიკული დაავადება, რომელიც ხასიათდება მოტორული და ვოკალური ტიკებით. დაავადება მუდმივ ხასიათს ატარებს პერიოდული შემსუბუქებით თუ ჩაცხრობით. ძალიან იშვიათია მონაცემები სრული გამოჯანმრთელების შესახებ. ხშირია მონაცემები იმის შესახებ, რომ მოზრდილობის ასაკში სიმპტომები სუსტდება.

ძირითადი მახასიათებლებია:

- მრავალჯერადი რთული მოტორული და ვოკალური ტიკები, რომლებიც შეიძლება ერთდროულად აღმოცენდებოდნენ ან ვლინდებოდნენ მონაცვლეობით (კრიტერიუმი A).
- ტიკები დღეში ბევრჯერ აღმოცენდება (ჩვეულებრივ, შეტევის სახით), ყოველდღე, ან გარკვეული პერიოდულობით 1 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში; ამ დროის მანძილზე ტიკისგან თავისუფალი, უწყვეტი პერიოდი 3 თვეზე მეტი არ არის (კრიტერიუმი B).
- დაავადების დასაწყისი 18 წლამდეა (კრიტერიუმი C).
- დაავადება არ არის გამონეწეული ცენტრალური ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციით ან ინფექციით (კრიტერიუმი D).
- ტიკების რაოდენობა, სიხშირე, ხასიათი და სიმძიმე არ არის მუდმივი და დროთა განმავლობაში იცვლება.

დაავადებას ეწოდა ფრანგი ნევროლოგის ჟილ დე ლა ტურატის სახელი, რომელმაც მე-19 საუკუნის ბოლოს პირველად აღწერა იგი და დაახასიათა როგორც სამედიცინო მდგომარეობა.

დაავადების სიმპტომების დასაწყისი მერყეობს 2-დან 15 წლამდე, ყველაზე ხშირად დაფიქსირებულია 7 წლის ასაკი. 11 წლისათვის პაციენტთა 96%-ს უკვე გამოხატული აქვს მოცემული სინდრომისათვის დამახასიათებელი ყველა სიმპტომი.

როგორც წესი პირველი სიმპტომები მარტივი მოტორული ტიკებია.

რით ხასიათდება ჟილ დე ლა ტურატის სინდრომი?

- **სინდრომს ახასიათებს მარტივი და კომპლექსური მოტორული ტიკები.**
სინდრომისათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია მარტივი და რთული ვოკალური ტიკები.
- პაციენტთა 20-დან 45%-სათვის დამახასიათებელია **ექოლალა** – სხვისი სიტყვებისა და ხმების იმიტაცია, გამეორება, 10-დან 35%-ში გვხვდება **ექოპრაქსია** – სხვათა მოძრაობების გამეორება და იმიტაცია, 10%-ში კი გვხვდება **პალილალა** – სიტყვის ბოლო ასოების, ან წინადადების ბოლო-სიტყვის გამეორება. პაციენტთა 8-25%-ს აქვს კოპროლალა – უხამსი სიტყვების და ფრაზების უნებლიე წამოძახილი, ხოლო 1-6%-ს კი – კოპროპრაქსია – უნებლიე უხამსი ქესტები და მოძრაობები.
- ცხოვრების განმავლობაში უნებლიე მოძრაობების ხასიათი იცვლება – ძველი ტიკები შეიძლება გაქრეს, გაჩნდეს ახალი ტიკები.
- სინდრომის უჩვეულო მახასიათებელია ის, რომ ადამიანს დიდი ძალისხმევით შედეგად შეუძლია ტიკების კონტროლი დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში. როგორც წესი, ასეთი შეკავების პერიოდს მოსდევს ტიკების გაორმაგებული შეტევები.
- ტიკი ქრონიკული ხასიათისაა, თუმცა, ზოგჯერ, შეიძლება გაქრეს ერთი დღით, კვირით, რამდენიმე თვით, მაგრამ არა უმეტეს 3 თვისა.
- ამ სინდრომის დროს ყველა სახის ტიკი ძლიერდება და მწვავედება შფოთვის, სტრესის, დაღლილობის, უძილობის, ალკოჰოლის ჭარბი მიღების დროს.
- პაციენტთა 85%-ს მკურნალობის ფონზე აქვთ რემისია ან მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, განსაკუთრებით მოზრდილობის ასაკში; 15%-ს კი მკურნალობის ფონზე არ აღენიშნება მდგომარეობის გაუმჯობესება ან ხდება სიმპტომების გაუარესება.
- გარეგნულად რთული მოტორული და ვოკალური ტიკის მქო-

ნე ადამიანი აღიქმება როგორც მოუსვენარი, ფუსფუსა, შფოთიანი, ხანდახან როგორც უზრდელი, უხამსი, მასხარა, ოინბაზი. რადგანაც ზოგიერთ სიტუაციაში, ან გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ტიკი ქრება, გარშემომყოფები ასკვნიან, რომ ეს ბავშვის ნებისყოფაზეა დამოკიდებული; შესაბამისად, იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ბავშვი თამაშობს, ან თავხედობს და არასერიოზულად იქცევა.

- ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომს, ხშირად, თან ახლავს ჰიპერაქტივობა, ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, ქცევითი აშლილობა.
- ამ სინდრომის მქონე ადამიანები განსაკუთრებით მიდრეკილნი არიან დეპრესიისადმი. ეს ნაწილობრივ შეიძლება იმით აიხსნას, რომ ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის მქონე ადამიანებს ქრონიკულად აქვთ სოციალურად მიუღებელი გამოვლინებები, რომელთაც ვერ აკონტროლებენ და მათგან გათავისუფლების იმედი არ აქვთ. ბავშვებში ხშირია ძლიერი შფოთვა, შიშები, ენურეზი.
- ჟ. დე ლა ტურეტის სინდრომთან კომორბიდულია ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა. მართალია, ამ სინდრომის მქონე ბავშვებს, შეიძლება, ნაკლებად ჰქონდეთ გამოხატული აკვიატებული აზრები და ქცევები, მაგრამ ხშირია რითმომანია (თვლა), სიმეტრიაზე ზრუნვა, მონქესრიგების მუდმივი სურვილი, ყველაფრის აკვიატებული შემონმება, სხვადასხვა რიტუალები.
- ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომი არ ახდენს გავლენას ბავშვის ინტელექტუალურ განვითარებაზე. გონებრივი განვითარებით ის არ განსხვავდება თანატოლებისაგან. ამავდროს, ამ სინდრომის მქონე ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ პრობლემები მხედველობით-სივრცითი ფუნქციების მომნიფებაში (სივრცითი მიმართებების ცნობა, სივრცითი ორიენტაცია, მხედველობით-სივრცითი ინფორმაციის გადამუშავება), ნატიფი მოტორული მოქმედებების შესრულებაში, ახასიათებლეთ გაფანტულობა, იმპულსურობა. ასეთი ბავშვები ძალიან მგრძნობიარენი არიან ემოციური სტრესორებისადმი.

რა ინვეზს ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომს?

დღეისათვის ცნობილია, რომ სინდრომის საფუძველი ნეირობიოლოგიური ხასიათისაა. ნეიროვიზუალური გამოკვლევების მიხედვით, შესამჩნევ ცვლილებებია უპირატესად თავის ტვინის შემდეგ სტრუქტურებში: ნუშისებრი ბირთვი, სარტყლის ხვეული და ბაზალური განგლიები (ქერქქვეშა სტრუქტურები) და შუბლის წილები. ერთი ჰიპოთეზის მიხედვით ამ ცვლილებებს საფუძვლად უდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეიროტრანსმიტერული აგენტების, განსაკუთრებით დოფამინის ცვლის დარღვევა. კერძოდ, ნეიროქიმიური გამოკვლევების მიხედვით, სინდრომის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმია დოფამინის ჭარბი გამოყოფა დოფამინურ პოსტსინაფსურ რეცეპტორებში. დღეს არ არის ცნობილი ნეიროტრანსმიტერული ცვლის დარღვევის ზუსტი მექანიზმი ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის დროს.

ნეიროტრანსმიტერული ცვლის დარღვევის შედეგად გამოწვეული ნეიროფიზიოლოგიური დეფიციტია პრეფრონტალურ-სუბკორტიკულ მოტორულ წრეებში შეკავების დარღვევა.

არსებობს სინდრომის გენეტიკური მიზეზების ჰიპოთეზაც. დღეისათვის, ოჯახური ისტორიების ანალიზის საფუძველზე, არსებობს ვარაუდი დაავადების აუტოსომურ-დომინანტური გზით გადაცემის შესახებ. თუმცა, ეს ჰიპოთეზა დამტკიცებული არ არის.

სხვადასხვა გამოკვლევების მიხედვით ჟილ დე ლა ტურეტის მქონე პირების ნათესავებში ხშირად შეიძლება აღმოჩნდეს მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, აკვიატების ნევროზი, პანიკური აშლილობა.

რამდენად ხშირია ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომი?

სინდრომი გვხვდება ყველა კულტურაში. სხვადასხვა ქვეყნების მონაცემების მიხედვით გავრცელების სიხშირე განსხვავებულია ბავშვებსა და მოზრდილებში. ბავშვებში პრევალენსია 5-30 : 10000 მოსახლეზე. მოზრდილებში კი გავრცელებაა 1-2 : 10000. ყოველი 4 შემთხვევიდან 3 მამაკაცია. ქალებში აღნიშნული სინდრომი იშვიათად გვხვდება.

რა ძირითადი პრობლემებია თელ დე ლა ტურატის სინდრომის დროს?

- ტიკის განმეორებითი ხასიათი, დროში მისი შესუსტება-გაძლიერება, ხშირად, სოციალურად მიუღებელი ხასიათი ბევრ გაუგებრობას წარმოშობს.
- ძირითადი პრობლემა მაინც მშობლებისა და მასწავლებლების მხრიდან აღნიშნული სინდრომის სწორ, ადეკვატურ გაგებაშია. უკონტროლო ტიკები ბავშვს ცხოვრებას ურთულებს. უფროსები თვლიან, რომ იგი ჯიუტია, უზრდელი და მასხარა. ტოლებმა კი, შეიძლება, მისი უცნაური მოძრაობების გამო დასცინონ. ყოველივე ეს უარყოფითად მოქმედებს ბავშვის პიროვნების, მისი ემოციური სფეროს ჩამოყალიბებაზე.
- პრობლემაა ბავშვის მიერ საკუთარი თავის აღქმაც. ბავშვი თავს სხვებს ადარებს და რწმუნდება, რომ ძალიან განსხვავებულია ტოლებისაგან. ხშირად, უსუსურობისა და შფოთვის განცდა იპყრობს, რადგან, მისდა უნებურად, საზოგადოებაში შეიძლება მიუღებელი, არაადეკვატური მოქმედება განახორციელოს.
- ამ სინდრომის დროს ასევე მნიშვნელოვანი პრობლემებია დეპრესიული ფონი და ბავშვის იზოლაცია.
- სასწავლო პროცესთან დაკავშირებული პრობლემები ორი სახისაა:
 1. გაკვეთილზე ბავშვის აქტივობასა და პროდუქტულობას, შეიძლება, ხელი შეუშალოს ყურადღების კონცენტრაციის მერყეობამ და გამოფიტვამ.
 2. ბავშვს, მხედველობით-სივრცითი უნარების დეფიციტის გამო, შეიძლება ჰქონდეს წერის, კითხვის ან არითმეტიკული ოპერაციების შესრულების სიძნელეები. ბავშვი ამ ჩვევების ასათვისებლად, შეიძლება, საჭიროებდეს უფრო მეტ დროსა და სპეციალურ მიდგომას.

როგორ შეიძლება დავეხმარეთ თელ დე ლა ტურატის სინდრომის მქონე პირებს?

- პირველ რიგში, აუცილებელია სინდრომის სწორი დიაგნოსტიკა, რაც არც ისე ადვილია. ჩვეულებრივ, ტიკები პირველად 6 წლის ასაკისათვის ჩნდება (და ყოველთვის 11-

13 წლამდე გამოვლინდება). ეს მარტივი მოტორული ტიკებია. მოგვიანებით გამოვლინდება ვოკალური და უფრო კომპლექსური ხასიათის ტიკები, რომლებიც ცვლის მარტივ მოტორულ ტიკებს. ამიტომ დიაგნოზის დასმა ხანგრძლივი პროცესია. ეს დიაგნოზი არ დაისმება ტიკის პირველი აღმოცენებისთანავე, რადგანაც მცირეწლოვან ბავშვებს ხშირად ახასიათებთ მარტივი მოტორული ტიკები, რომლებიც დროთა განმავლობაში ქრება (გარდამავალი ტიკური აშლილობა). აუცილებელია ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის სამედიცინო დიფერენციალური დიაგნოზი მიოკლონურ ეპილეფსიასთან და კუნთთა მადეფორმირებელ დისტონიასთან. ამიტომ ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის მქონე პირებს აუცილებლად ესაჭიროებათ პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევა.

- ბავშვისათვის დიდი დახმარების განევა შეუძლია ოჯახისა და მასწავლებლების კონსულტაციას დაავადებასთან დაკავშირებით, რათა მათ მცდარი შეხედულება არ ჩამოუყალიბდეთ ბავშვის შესახებ. იმ შემთხვევაში, როდესაც ბავშვს სირთულეები აქვს სწავლაში, აუცილებელია, მისი ინდივიდუალური დახმარება, განსაკუთრებით, მხედველობით-სივრცითი და მხედველობით-მოტორული პრობლემების არსებობის შემთხვევებში.
- თუ ბავშვს ქცევითი აშლილობა ან ემოციური პრობლემები აქვს, აუცილებელია მისი კონსულტაცია ფსიქოლოგთან, საჭიროების შემთხვევაში – ფსიქოლოგიური დახმარების ორგანიზება სპეციალური ფსიქოლოგიური პროგრამის სახით.

როგორია ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის მკურნალობა? განკურნებადია თუ არა?

ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომი ქრონიკული დაავადებაა და მისი სრული განკურნება დღეისათვის შეუძლებელია. მიუხედავად ამისა, არსებობს ამ სინდრომის მკურნალობის ორი სტრატეგია: მედიკამენტური და სოციალურ-ფსიქოლოგიური. მკურნალობის სტრატეგია დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე, ანუ სიმპტომების გამოვლენის ხარისხსა და გართულებებზე. ჩვეულებრივ, სინდრომის მკურნალობა მოიცავს უშუალო და თანმხლები პრობლემების მკურნალობას.

სინდრომისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების იოლი გამოხატულების შემთხვევაში, ძირითადი აქცენტი კეთდება დიაგნოსტიკის პროცესზე, დაავადების საკითხებთან დაკავშირებით ოჯახის ინფორმირებასა და განათლებაზე, საკუთარი მდგომარეობის შესახებ ბავშვის გათვითცნობიერებაზე. ასეთ დროს მედიკამენტური მკურნალობა არ არის რეკომენდებული და საკმარისია ექიმთან თუ ფსიქოლოგთან რამდენიმე კონსულტაცია.

საშუალო და ძლიერი ხარისხის ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის შემთხვევებში, რომლებსაც ხშირად ახლავს ჰიპერაქტივობა და ყურადღების დეფიციტი, აკვიატებული მდგომარეობები და ემოციური რეგულაციის პრობლემები, აუცილებელია, მედიკამენტური და ფსიქოლოგიური კომბინირებული დახმარება. მედიკამენტური თერაპია გულისხმობს პირველ რიგში ტიკების და თუ საჭიროა კომორბიდული დეპრესიის, შფოთვითი აშლილობის, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის, ყურადღების დეფიციტის, იმპულსურობისა და ჰიპერაქტივობის სიმპტომების სანინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობას.

ტიკების კონტროლისათვის ყველაზე გავრცელებული და სამედიცინო მტკიცებულებებით დადასტურებული ფარმაკოლოგიური მკურნალობაა დოფამინის D2 რეცეპტორების ანტაგონისტი ნეიროლეპტიკებით (ჰალოპერიდოლი, პიმოზიდი), ატიპური ნეიროლეპტიკებით (რისპერიდონი, ზიპრასიდონი). ამ უკანასკნელთა ნაკლები გვერდითი ეფექტები აქვთ კლასიკურ ნეიროლეპტიკებთან შედარებით.

ამასთან, აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული ჟილ დე ლა ტურეტის მქონე პირების მაღალი მგრძნობელობა ნეიროლეპტიკური პრეპარატებისა და მათი გვერდითი ეფექტების მიმართ, რის გამოც აღნიშნული პრეპარატები ძალზე ფრთხილად და დაბალი დოზებით უნდა დაინიშნოს და მკურნალობაში უნდა ჩაირთოს ის პრეპარატებიც, რომლებიც ტიკების სამკურნალო მედიკამენტების გვერდით ეფექტებს გაანეიტრალებს.

მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად, აუცილებელია ბავშვისა და ოჯახის ფსიქოლოგიური კონსულტირება, ბავშვის ფსიქოლოგიური დახმარება ქცევითი თერაპიის, კოგნიტური რეაბილიტაციისა თუ სხვა დამხმარე ფსიქოლოგიური მეთოდების გამოყენებით.

როგორ ვასწავლოთ ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის მეორე გავშვს?

მრავალფეროვანი მოტორული და ვოკალური ტიკების გამო ბავშვები ძალიან უცნაურად გამოიყურებიან. მათ შეუძლიათ ტიკის გარკვეული პერიოდით კონტროლი, მაგრამ მთელი მათი ენერგია და ყურადღება ამაზე იხარჯება, რის გამოც გაკვეთილის მიმდინარეობაში ნაკლებად არიან ჩართულნი.

ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის მქონე ბავშვებს, მათი თანატოლების მსგავსად, სხვადასხვა ნიჭი და ინტერესები აქვთ; მათი ინტელექტუალური განვითარება ასაკს შეესაბამება. მიუხედავად ამისა, ამ სინდრომის მქონე ბავშვები სირთულეებს აწყდებიან სკოლაში სწავლისას; მათი გათვალისწინება აუცილებელია ბავშვების წარმატებით სწავლა-აღზრდის პროცესში. ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ:

- **შემეცნებითი პრობლემა**, რაც გამოიხატება ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითებაში, მხედველობით-სივრცითი ინფორმაციის გადამუშავების პრობლემებში.
- **სოციალური პრობლემა**, რომელიც ბავშვის პიროვნულ-ემოციური სფეროს ჩამოყალიბებასთანაა დაკავშირებული. უფროსები და კლასელები ვერ იგებენ ბავშვის მდგომარეობას. მასწავლებლები უზრდელ და მასხარა ბავშვად თვლიან, ბავშვები კი დასცინიან. ეს ხშირად იწვევს ბავშვის იზოლაციას, დეპრესიულ ფონს, აგრესიულ ქცევას.

აღნიშნული სირთულეების დაძლევა შესაძლებელია, თუ ბავშვს გაკვეთილზე ექნება შესვენების უფლება, უფრო მეტი დრო მიეცემა დავალების შესასრულებლად. სახლში, საშინაო დავალებების მომზადებისას, მიზანშეწონილია დროის მცირე მონაკვეთებად დაყოფა: მაგ. ერთ დავალებაში რამდენიმე მაგალითის გაკეთება, შემდეგ დასვენება.

მასწავლებლის მხრიდან ასეთი ბავშვების მხარდაჭერას, დაცინვისა და გაუგებრობების პროფილაქტიკის მიზნით კლასთან სპეციალურ მუშაობასა და მასწავლებლის ცოდნას სინდრომის თავისებურებათა შესახებ დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის სკოლისადმი დადებითი განწყობის შემუშავებასა და სასკოლო წარმატებაში.

როდესაც ბავშვს აღნიშნება მხედველობით-სივრცითი ფუნქციების დეფიციტი და ამის გამო უჭირს წერა-კითხვის ათვისება, ესაჭიროება სპეციალური პროგრამა, რომელიც მისი სუსტი და ძლიერი მხარეების გათვალისწინებით უნდა იქნას შედგენილი.

ქცევითი აშლილობა

რა არის ქცევითი აშლილობა?

ფსიქოლოგთან მიმართვის საბაზს შემთხვევათა 1/3-ში ქცევის პრობლემები წარმოადგენს.

ბავშვობის ასაკის დარღვევებიდან ქცევითი აშლილობა ყველაზე „ძვირადღირებული“ პათოლოგიაა:

- პირველ რიგში, იმიტომ, რომ ნაკლებად ემორჩილება მკურნალობას;
- ქცევის პრობლემების მქონე ბავშვთა 60%-ს ცუდი პროგნოზი აქვს: ასეთი ბავშვები კრიმინალური ქცევის, ასოციალური პიროვნული აშლილობის, ალკოჰოლისადმი და ნარკოტიკებისადმი მიდრეკილების მქონე პირთა მაღალი რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ.
- ქცევითი აშლილობა გადაეცემა თაობიდან თაობას, რაც არ ნიშნავს გენეტიკურ მემკვიდრეობას მისი პირდაპირი მნიშვნელობით, არამედ იგულისხმება, რომ ქცევითი აშლილობის მქონე პიროვნების მიერ აღზრდილ ბავშვს ქცევის პრობლემების აღმოცენების დიდი ალბათობა აქვს.

„ქცევითი აშლილობა“ ფსიქიატრიული ტერმინია ბავშვების და მოზარდების ისეთი ანტისოციალური ქმედებების აღსანიშნავად, რომლებიც ზიანს აყენებს სხვა ადამიანს, სხვის და საკუთარ ქონებას და ქრონიკული ხასიათი აქვს.

კლასიფიკაცია

ქცევის პრობლემების მრავალფეროვნებას შემდეგი პარამეტრები განაპირობებს:

- სიმძიმე – იოლი და იშვიათი გამოვლინებიდან მძიმე და ხშირ გამოვლინებამდე;
- ქრონიკულობა – მცირე პერიოდიდან ხანგრძლივ პერიოდამდე;
- მუდმივობა – სკოლაში, სახლში, საზოგადოებაში;
- პრობლემების დაწყების ასაკი – ბავშვობის ასაკიდან ყმაწვი-

ლობის ასაკამდე;

- სიცრუის ხარისხი;
- ტოლების გავლენა ქცევით აშლილობაზე: სოციალიზებული ქცევის პრობლემები, ერთეული ქცევითი სირთულეები;
- ყურადღების პრობლემების არსებობა-არარსებობა;
- ჰიპერაქტივობის პრობლემების არსებობა-არარსებობა;
- დეპრესიისა და გუნება-განწყობის სხვა პრობლემების არსებობა-არარსებობა;
- სწავლის სპეციფიკური სიძნელეების არსებობა-არარსებობა;
- ოჯახის დეზორგანიზაციის ხარისხი.

ქცევითი აშლილობის ყველაზე გავრცელებულ კლასიფიკაციებს წარმოადგენს **DSM-IV** და **ICD-10**. ისინი განსხვავებულად ითვალისწინებს ზემოაღნიშნულ პარამეტრებს. ორივე სისტემაში ცალკე გამოყოფილია **შეგუების გარდამავალი დარღვევები**, რაც ქცევის პრობლემებში ვლინდება და მუდმივი ან ხანგრძლივი ხასიათი აქვს. უნდა ითქვას, რომ კლინიკურ პრაქტიკაში შეგუებაზე რეაქციასა და ქცევით აშლილობას შორის განსხვავება ყოველთვის არ არის ცხადი. მულტივარიაცული გამოკვლევების მიხედვით შეგუების გარდამავალი დარღვევები ექსტერნალიზებული ქცევის პრობლემების ფარგლებში გვხვდება.

ასევე, ქცევითი აშლილობისგან განასხვავებენ ოპოზიციურ-დევიანტურ ქცევას; უკანასკნელი შედარებით იოლი, პერიოდული ხასიათისაა და განვითარების თვალსაზრისით, პირველის წინაპირობას წარმოადგენს.

ICD-10-ში თანატოლების ქცევის პრობლემებზე ზეგავლენის თვალსაზრისით განასხვავებენ სოციალიზებულ და არასოციალიზებულ ქცევით აშლილობებს; **DSM-IV**-ში კი ქცევითი აშლილობის ქვეტიპებს განასხვავებენ მათი დაწყების ასაკის – ბავშვობის, ან სიყმაწვილის ასაკის მიხედვით. **ICD-10**-ში ქცევითი აშლილობა კომორბიდულია **ADHD** – სთან და დეპრესიასთან ცალკე მდგომარეობად გამოიყოფა. ამ სისტემაში, განსხვავებით **DSM-IV-სგან**, ასევე, ცალკე გამოყოფენ შერეულ ქცევით და ემოციურ აშლილობას.

თითოეულ სისტემაში კომორბიდული სწავლის პრობლემები და ოჯახური სირთულეები სხვადასხვა განზომილებაზე კოდირდება. არც ერთ სისტემაში არ განასხვავებენ ღია და ფარული აგრესიით ქცევის დარღვევის ქვეტიპებს.

ქცევითი აშლილობების კლასიფიკაცია

ICD-10 ქცევითი აშლილობა F91	DSM-IV ქცევითი აშლილობა 312.8
F91.0 ქცევითი აშლილობა, განპირობებული ოჯახის კონტექსტით	
F91.1 არასოციალიზებული ქცევითი აშლილობა	
F91.2 სოციალიზებული ქცევითი აშლილობა	
F91.3 ოპოზიციური-დევიანტური ქცევითი აშლილობა	313.81 ოპოზიციური-დევიანტური ქცევითი აშლილობა
F91.8 სხვა ქცევითი აშლილობა	
F91.9 დაუზუსტებელი ქცევითი აშლილობა	9.9 დაუზუსტებელი უმართავი ქცევითი აშლილობა
შერეული ქცევითი და ემოციური აშლილობა F92	შესაძლებელია კოდირება როგორც 312.8 ქცევითი აშლილობა ან 300.9 არასპეციფიკური ფსიქიური აშლილობა (არაფსიქოტური)
F92.0. დეპრესიული ქცევითი აშლილობა	
F92.8 სხვა შერეული ქცევითი და ემოციური აშლილობა	
F92.9 დაუზუსტებელი შერეული ქცევითი და ემოციური აშლილობა	

რა სიხშირით გვხვდება ქცევითი აშლილობა?

პოპულაციაში ქცევითი აშლილობა და ოპოზიციური-დევიანტური (დაუმორჩილებელი) ქცევა 4-14%-მდე შემთხვევაში გვხვდება და მათი სიხშირე დამოკიდებულია იმ კრიტერიუმებზე, რის საფუძველზეც ხდება მისი განსაზღვრა. ქცევითი აშლილობა ემოციურ აშლილობასთან შედარებით 2-ჯერ უფრო ხშირია; ბიჭებში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე გოგონებში და სქესთაშორისი პროპორცია შესაბამისად მერყეობს 4:1-დან 2:1-მდე. ქცევითი აშლილობა ხშირად კომორბიდულია ემოციურ აშლილობასთან და ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომთან (ADHD).

როგორ ხდება ქცევის აშლილობის დიაგნოსტიკა?

ოპოზიციური-დევიანტური ქცევის დარღვევის კრიტერიუმები DSM-IV, ICD-10 და აშენახის CBC სისტემაში

DSM-IV

- ა. ნეგატიური, მტრული და დაუმორჩილებელი ქცევის პატერნები, რომლებიც მინიმუმ 6 თვეს გრძელდება და შემდეგი ნიშნებიდან 4 მათგანი მაინცაა სახეზე:
- ხშირად გამოდის წყობიდან;
 - ხშირად ეპასუხება უფროსებს;
 - ხშირად არ ემორჩილება უფროსების მოთხოვნებსა და ნებს;
 - ხშირად თავს გამიზნულად აბეზრებს სხვებს;
 - ხშირად სხვებს აბრალებს საკუთარ შეცდომებსა და უნესო ქცევას;
 - ხშირად სწყინს და ღიზიანდება;
 - ხშირად იპყრობს აღშფოთება და სიბრაზე;
 - ხშირადაა ღვარძლიანი, ავი და შურისმაძიებელი.
- ბ. ქცევის დარღვევა ინვესს კლინიკურად მნიშვნელოვან დარღვევას სოციალურ, აკადემიურ ან შრომით საქმიანობაში.

გ. ეს ქცევები არ აღმოცენდება მხოლოდ ფსიქოტური მდგომარეობის ან გუნება-განწყობის დარღვევების დროს.

დ. ეს კრიტერიუმები გამოიყენება ქცევით აშლილობას, ან თუ პიროვნება 18 წელზე უფროსია - ანტისოციალურ პიროვნულ აშლილობას.

ICD-10

- მნიშვნელოვნად ცდება მოცემული ასაკის ბავშვისათვის დამახასიათებელი ნორმალური ქცევის ფარგლებს იმავე სოციალურ-კულტურულ კონტექსტში.
- აღნიშნული დარღვევები არ აღწევს სხვების უფლებების უხეშად და სერიოზულად დარღვევის ხარისხს. ასეთი აშლილობის მქონე ბავშვებს ხშირად ტენდენცია აქვთ არ დაემორჩილონ უფროსების მოთხოვნებსა და წესებს, გამიზნულად მოაბეზრონ თავი სხვებს. ხშირად ბრაზებიან, ადვილად ღიზიანდებიან, აღშფოთდებიან; ადვილად წყინთ, სხვებს აბრალებენ საკუთარ შეცდომებსა და სირთულეებს.
- მათ დაბალი ფრუსტრაციის დონე აქვთ და სწრაფად გამოდიან წყობიდან.
- ჩვეულებრივ, მათი დაუმორჩილებლობა უფრო პროვოკაციულ ხასიათს ატარებს; ისინი კონფრონტაციას იწყებენ, გადამეტებულ უხეშობას ამჟღავნებენ, არ შეუძლიათ თანამშრომლობა და ენინალმდეგებიან ავტორიტეტს.
- ხშირად ეს ქცევები გამოკვეთილად იჩენს თავს კარგად ნაცნობ უფროსებთან ან ტოლებთან ურთიერთობისას. ამიტომ აშლილობის ნიშნები შეიძლება არ გამოვლინდეს კლინიკური ინტერვიუს დროს.
- ქცევის სხვა აშლილობებისაგან ძირითადი განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ ამ დროს არ გვხვდება ისეთი ქცევები, რომლებიც სხვებს სერიოზულად ავნებს – სისასტიკე, ქურდობა, თავდასხმა, გაუპატიურება.

CBC

აგრესიული ქცევა
(2-3 წლის):

- დაუმორჩილებელი;
- მომთხოვნი;
- გაუგონარი;
- იოლად ფრუსტრირდება;
- ეჭვიანი;
- ეგოისტი;
- მოჩხუბარი;
- ურტყამს სხვებს;
- ადვილად ბრაზდება;
- არ რეაგირებს დასჯაზე;
- კივის;
- ეგოისტია;
- უგუნებობა;
- ფეთქებადია;
- მყვირალა;
- ზღუქუნა.

დესტრუქციული ქცევა
(2-3 წლის):

- არ შეუძლია კონცენტრაცია;
- ლეჭავს არასაკვებ ნივთიერებებს;
- სასტიკია ცხოველების მიმართ;
- ამტვრევს საკუთარ სათამაშოებს;
- ჭამს არასაკვებ ნივთიერებებს;
- შემთხვევით აზიანებს საკუთარ თავს და სხვებს;
- არწევს სხეულს და თავს აქიცინებს;
- სწრაფად გადადის ერთი აქტივობიდან მეორეზე;

აგრესიული ქცევა
(4-18 წელი):

- შეპასუხება;
- ტრაბახი;
- ითხოვს ყურადღებას;

- სისაძაგლეებს ჩადის სხვების მიმართ;
- ამტვრევს და აფუჭებს საკუთარ ნივთებს;
- აფუჭებს სხვების ნივთებს;
- ურჩობს სკოლაში;
- ურჩობს სახლში;
- ეჭვიანია;
- ჩხუბობს;
- თავს ესხმის;
- კივის;
- თავს იწონებს;
- ეცვლება გუნება-განწყობა;
- ჯიუტია;
- ბევრს ლაპარაკობს;
- ხმაურიანია;
- ისტერიკა (ბრაზიანი სიჯიუტე).

დელიკვენტური (სამართალდამრღვევი) ქცევა (4-18 წელი):

- დანაშაულის განცდის ნაკლებობა;
- ცრუობს და თვალთმაქცობს;
- გარბის;
- უპირატესობას ანიჭებს უფროსებს;
- ხანძარს აჩენს;
- სახლიდან იპარავს;
- ძალიან ბევრს ფიქრობს სექსზე;
- აცდენს სკოლას;
- იყენებს ალკოჰოლს და წამლებს;
- ახასიათებს ვანდალიზმი.

**ქცევითი აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები
DSM-IV-TR, ICD-10 და CBC-ის მიხედვით**

DSM-IV-TR

ა. ისეთი ქცევები, რომლებიც მუდმივად უხეშად არღვევს სხვების უფლებებს, ან ასაკისათვის შესაფერის სოციალურ ნორმებს და წესებს.

უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უნდა გამოვლინდეს ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მინიმუმ 3 მაინც; 1 კრიტერიუმი მაინც უნდა ვლინდებოდეს უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში.

- აგრესია ადამიანების და ცხოველების მიმართ:
 - ა) ხშირად შეურაცხყოფს, აშინებს და ემუქრება სხვებს;
 - ბ) ხშირად იწყებს ფიზიკურ ჩხუბს;
 - გ) იყენებს ხოლმე იარაღს;
 - დ) ფიზიკურად სასტიკია ადამიანების მიმართ;
 - ე) ფიზიკურად სასტიკია ცხოველების მიმართ;
 - ვ) იპარავს მსხვერპლთან კონფრონტაციის შემთხვევაში;
 - ზ) სხვას აიძულებს სექსუალურ აქტივობას.
 - საკუთრების დესტრუქცია:
 - ა) შემჩნეულია განზრახ ცეცხლის მოკიდებაში;
 - ბ) წინასწარი განზრახვით აფუჭებს სხვების საკუთრებას.
 - თაღლითობა და ქურდობა:
 - ა) ტეხავს სხვის ბინას, მანქანას, შენობას;
 - ბ) ხშირად იტყუება სასურველი ნივთის ან კეთილგანწყობის მიღების მიზნით და თავს არიდებს ვალდებულებებს;
 - გ) იპარავს ნივთებს მსხვერპლთან კონფრონტაციის გარეშე;
 - წესების სერიოზული დარღვევა:
 - ა) სახლში გვიან ღამემდე არ მოდის, მიუხედავდ მშობლების აკრძალვისა (13 წლამდე);
 - ბ) სახლიდან გარბის მთელი ღამით, ერთხელ მაინც არ ბრუნდება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში;
 - გ) ხშირად აცდენს სკოლას 13 წლამდე.
- ბ. ქცევითი აშლილობა იწვევს კლინიკურად მნიშვნელოვან დარღვევებს სოციალურ, აკადემიურ და შრომით ფუნქციონირებაში.
- გ. 18 წლის შემდეგ მათ ვერ მიუდგება ანტისოციალური პიროვნ.

ნების აშლილობის კრიტერიუმი.
სპეციალურად აღსანიშნია დაწყების პერიოდი:
312.81 ბავშვობის ასაკში (10 წლამდე),
312.82 მოზარდობის ასაკში.
312.89 დაწყების ასაკი დაუზუსტებელია

სპეციალურად აღსანიშნია დარღვევის სიმძიმე:
იოლი, საშუალო, მძიმე.

ICD-10

ქცევითი აშლილობა ხასიათდება ასოციალური, აგრესიული და დაუმორჩილებელი ქცევის განმეორებადი და მდგრადი პატერნით.

ასეთი ქცევები იწვევს ასაკისათვის შესაფერისი სოციალური მოლოდინების დარღვევას და უფრო მავნეა, ვიდრე ბავშვური მანერობა, ან საყმაწვილო ამბოხი.

ქცევის სახეები, რომელთა საფუძველზეც დიაგნოზი ისმება, შემდეგს მოიცავს:

სხვების შეურაცხყოფის და ჩხუბის განსაკუთრებით მაღალი ხარისხი;

სისასტიკე ადამიანებისა და ცხოველების მიმართ; საკუთრების მძიმე დაზიანება; ცეცხლის მოკიდება; ქურდობა; ხშირი სიცრუე;

სკოლის გაცდენა და სახლიდან გაქცევა; უჩვეულოდ ხშირი და მძიმე ისტერიკები; დაუმორჩილებელი, პროვოკაციული ქცევა, მუდმივი და ძლიერი ურჩობა.

თუ ნებისმიერი ეს კატეგორია მნიშვნელოვნად არის გამოხატული, საკმარისია დიაგნოზისათვის; ამავე დროს, მხოლოდ იზოლირებული დისოციალური აქტივობა არ არის საკმარისი.

გამორიცხვის კრიტერიუმი შეიცავს ისეთ მდგომარეობებს, როგორიცაა შიზოფრენია, დეპრესია, ჰიპერკინეტიკური დარღვევა.

დიაგნოზი ისმება, თუ დარღვეული ქცევის გამოვლინების ხანგრძლივობა 6 თვეზე მეტია.

სპეციალურად აღსანიშნია:

ქცევის დარღვევა შემოიფარგლება ოჯახური კონტექსტით, როდესაც სიმპტომები მხოლოდ სახლში ვლინდება;

არასოციალიზებული ქცევის დარღვევა – ტოლებთან ურ-

თიერთობის მუდმივი ანომალურობა;

სოციალიზებული ქცევის დარღვევა, როდესაც ინდივიდი კარგად არის ინტეგრირებული თანატოლების ჯგუფში.

აუცილებელია დიფერენციალური დიაგნოზი გაკეთდეს:

- ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომთან;
- ქცევით აშლილობასა და ოპოზიციურ-დევიანტურ ქცევით აშლილობას შორის;
- ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკის გუნება-განწყობის აშლილობასთან;
- შეგუების აშლილობებთან;
- ბავშვობის ფსიქოტურ აშლილობებთან.

რა არის ქცევითი აშლილობის მიზეზი?

ქცევით აშლილობებს განსხვავებული თეორიებით, სხვადასხვაგვარი ინტერპრეტაციით ხსნიან; შესაბამისად მკურნალობის განსხვავებულ პრინციპებს გვთავაზობენ.

ბიოლოგიური თეორიები

გენეტიკური (Plomin, 1991):

აგრესიის მიმართ პრედისპოზიცია მემკვიდრეობითი ხასიათისაა; კონსტიტუციური ფაქტორი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ქცევითი აშლილობის აღმოცენებაში. სტატისტიკურად, პოპულაციაში, ქალებთან შედარებით, მამაკაცებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ ქცევის დარღვევები; მონოზიგოტურ ტყუპებში ქცევის დარღვევის თანხვედრის სიხშირე მნიშვნელოვნად მაღალია, ვიდრე დიზიგოტურში.

ბოლო პერიოდამდე აგრესიული ქცევა ზედმეტი Y ქრომოსომის არსებობას მიენერებოდა, რაც უკანასკნელი გამოკვლევებით არ დადასტურდა (Bolton, Holland, 1994).

ჰორმონული (Dabbs, 1991):

მამაკაცებში აგრესიულ ქცევას განსაზღვრავს ტესტოსტერონის დონის ზრდა.

აგზნების თეორია (Raine, 1988; Kazdin, 1995):

ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვს გააჩნია პროსოციალური ქცევის დასწავლის, ან ანტისოციალური ქცევის აცილების უნარის დარღვევა. მემკვიდრეობით მიღებული აგზნების, ნორმასთან შედარებით დაბალი დონე მათ ნაკლებად მგრძნობიარეს ხდის დადებითი და უარყოფითი განმტკიცებისადმი. შესაბამისად, ასეთ ბავშვს სოციალური წესების ათვისებისა და დასწავლისათვის ესაჭიროება ძლიერ სტრუქტურირებული გარემო.

ნეიროფსიქოლოგიური დეფიციტის თეორია (Moffat, 1993):

ვერბალური განსჯისა და მოქმედების დაგეგმვის ნეიროფსიქოლოგიური დეფიციტი საფუძვლად უდევს თვითრეგულაციის სიძნელეებს. ეს იწვევს სასკოლო მოსწრების დაქვეითებას, რაც, თავის მხრივ, ფრუსტრაციის მიზეზსა და აგრესიული ქცევის გამომწვევ ფაქტორს წარმოადგენს.

ფსიქოლინამიკური თეორიები

სუპერ-ეგოს დეფიციტის თეორია (Aichorn, 1935):

ანტისოციალური ქცევის პროვოცირებას ახდენენ აბუჩად ამგდები, უგულვებელმყოფელი ან ყოვლადმემწყნარებელი მშობლები. პირველ შემთხვევაში მშობლებთან ურთიერთობისას ბავშვის მიერ ხდება მშობლების აგრესიის სტილის გაშინაგნება; მეორე შემთხვევაში კი ბავშვი მერყევ და სუსტ სტანდარტებს ითვისებს.

მიჯაჭვულობის თეორია (Bowlby, 1944):

ბავშვებს, რომლებიც სიცოცხლის პირველ თვეებში გარკვეული პერიოდით შორდებიან მშობლებს, შემდგომში ნაკლებად უვითარდებათ უსაფრთხო მიჯაჭვულობა. მოგვიანებით პერიოდში მათ არ გააჩნიათ ცხოვრებისეული შინაგანი ზნეობრივი მოდელები სოციალური ურთიერთობების წარსამართავად.

ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვები მტრულ განწყობას სხვებს მიანერვენ და სამაგიერო აგრესიით პასუხობენ. თანატოლების რეაქცია განამტკიცებს მტრულ ატრიბუციულ სტილს. ბავშვებს არა აქვთ სოციალური პრობლემების ალტერნატიული გადაწყვეტისა და განხორციელების ჩვევები, ამიტომ, ისინი აგრესიას იყენებენ.

კოგნიტური თეორია

სოციალური ინფორმაციის გადამუშავების თეორია (Crick, Dodge, 1994):

აგრესია დაისწავლება მიბაძვის პროცესში ან მშობლებისა და უფროსი დაძმის ქცევის მოდელირების პროცესში.

სოციალური ჩვევების დეფიციტის თეორია:

ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვები ანტისოციალურ ქცევას სწავლობენ მშობლებთან ურთიერთობისას, რომელსაც ძალადობრივი ხასიათი აქვს.

სოციალური დასნაპლის თეორია

მოდელირების თეორია (Bandura, Walters, 1959):

ქცევის პრობლემა აღმოცენდება დეზორგანიზებულ ოჯახში, რომელსაც აკლია:

- პრობლემის გადაწყვეტის და კომუნიკაციური ჩვევები;
- მკაფიო წესები, როლები და ყოველდღიური ოჯახური ცხოვრების წესები;
- მკაფიო საზღვრები და იერარქია;
- ცხოვრების ციკლის გარდამავალი პერიოდების მოქნილი დაძლევა.

ძალადობრივი ოჯახური ურთიერთობის თეორია (Patterson, 1992):

სოციალურად არახელსაყრელი, დელიკვენტური სუბკულტურის შიგნით ქურდობა და სხვა ანტისოციალური ქცევები არალეგიტიმური საშუალებებია მოცემული კულტურისათვის მნიშვნელოვანი მატერიალური მიზნების მისაღწევად. ასეთ სუბკულტურ-

რაში ბავშვს ძალადობრივი და დელიკვენტური ქცევის სტრატეგიებისადმი მიმღებლობის დიდი ალბათობა აქვს.

ქცევითი აშლილობის აღმოცენების რისკ-ფაქტორები:

- რთული ტემპერამენტი
- ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დაქვეითებული რეაგირება
- მშობლების უთანხმოება
- სიღარიბე
- უხეში, სასტიკი და არათანმიმდევრული აღზრდის სტილი.

ზოგიერთი კვლევის მიხედვით ქცევით აშლილობებთან მაღალ კორელაციაშია 3 რისკ-ფაქტორი: სასტიკი მოპყრობა და არათანმიმდევრული აღზრდა, დაბალი აკადემიური მოსწრება და მშობლების უთანხმოება (Wadell et al., 1999).

მრავალი კვლევა ადასტურებს, რომ ქცევითი აშლილობა მრავალი სოციალური და ბიოლოგიური ფაქტორის ერთობლივი ზემოქმედების შედეგია (Wadell et al., 1999).

ქცევითი აშლილობის შენარჩუნება ხდება:

- ინდივიდუალური ფაქტორებით (მტრული ატრიბუციული სტილი, მწირი სოციალური ჩვევები, პროსოციალური ქცევის დასწავლის გაძნელება);
- ოჯახური ფაქტორებით (მშობელი-ბავშვის მიჯაჭვულობისა და დისციპლინის პრობლემები, ცოლ-ქმრული უთანხმოება და ოჯახური დეზორგანიზაცია);
- სკოლის ფაქტორებით;
- საზოგადოებრივი ფაქტორებით.

როგორია დახმარება ქცევითი აშლილობის შემთხვევაში?

რადგანაც ქცევითი აშლილობა სხვადასხვა რისკ-ფაქტორების ურთიერთქმედების შედეგია, მკურნალობის სტრატეგიები შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა დონეს: ინდივიდუალურს, მშობლებს, ოჯახურს და საზოგადოებრივს. ქცევითი აშლილობის მკურნალობაში ყველაზე ეფექტურად ითვლება შემდეგი სახის ინტერვენციები:

- კოგნიტური პრობლემის გადაჭრის ჩვევების ტრენინგი – იმ-

პულსურურობისა და ნეგატიური ატრიბუციის ეფექტური და-
ძლევა;

- მშობლებისათვის მართვის ტრენინგი – აღზრდის თანმიმ-
დევრულობა, შვილებზე ძალადობის შემცირება, ოჯახის
წევრებს შორის კომუნიკაციისა და გაზიარების გაძლიერება;
- ფუნქციონალური ოჯახის თერაპია – სისტემური მიდგომისა
და კოგნიტური და ქცევითი მოდიფიკაციების კომბინაცია
ოჯახის კომუნიკაციის და მხარდამჭერი ფუნქციის გაუმჯობე-
სების მიზნით;
- მულტისისტემური თერაპია – ოჯახზე ცენტრირებული
მკურნალობა, რომელიც სხვადასხვა სისტემებს მოიცავს:
ოჯახს, სკოლას, საზოგადოებას — მშობლებისა და შვილების
პროსოციალური ქცევის გაუმჯობესების მიზნით (Kazdin,
1995).

ქცევითი აშლილობის ქრონიკულობისა და სიმძიმის გათვალ-
სინინებით, სპეციალისტების უმეტესობას ეფექტურად მიაჩნია
რამდენიმე ინტერვენციის კომბინაცია და ხანგრძლივი მეთვალყ-
ურეობა.

მრავალი გამოკვლევისა და სპეციალისტის მიხედვით, შემდე-
გი ინტერვენციები და ღონისძიებები **უეფექტოდ და აბსოლუტუ-
რად უშედეგოდ ითვლება:**

- მედიკამენტური მკურნალობა (Earls, 1994; Kazdin, 1995)
გარდა იმ შემთხვევებისა, სადაც ყურადღების დეფიციტისა
და ჰიპერაქტივობის სინდრომია კომორბიდული;
- მკაცრად დამსჯელი ღონისძიებები, როგორიცაა თავისუ-
ფლების ხანგრძლივი აღკვეთა, კორექციული ბანაკები, ნუ-
ლოვანი ტოლერანტობის პოლიტიკა (Kazdin, 1995; Werry,
1997; AACAP, 1997). აღნიშნული ღონისძიებები კიდევ უფრო
მძიმე შედეგებს იძლევიან (Kazdin, 1995; AACAP, 1997; Rut-
ter, 1999). დელიკვენტური ბავშვებისა და მოზარდების ერთად
იზოლაცია და მათ მიმართ მხოლოდ დამსჯელი ღონისძიე-
ბების გამოყენება, სხვა ალტერნატიული ქცევების შეთავაზე-
ბის გარეშე, კიდევ უფრო აძლიერებს დევიანტურ ქცევას და
აგრესიას (Connor, 2002);
- ინდივიდუალური ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპია (Kazdin,
1995; AACAP, 1997).

ბევრად უფრო ეფექტურია ქცევითი აშლილობის პრევენ-

ციული ღონისძიებები და პრევენციის პოლიტიკა პირველ რიგში იმიტომ, რომ მკურნლობა ძვირია და მხოლოდ მცირე ჯგუფებს მოიცავს.

პრევენციის პროგრამები შეიძლება იყოს:

- უნივერსალური – ყველა ბავშვისა და მოზარდისთვის, თუ მათი ოჯახებისთვის;
- მიზნობრივი – მხოლოდ რისკ-ჯგუფებისათვის.

მკვლევრებმა და სპეციალისტებმა გამოყვეს ქცევითი აშლილობების **ეფექტური პრევენციის შემდეგი პროგრამები:**

- სკოლამდელი ასაკის ბავშვების განმავითრებელი პროგრამები საბავშვო ბაღებში;
- სასკოლო პროგრამები – მშობლებისა და მასწავლებლების ტრენინგი, მასწავლებლის ხშირი კომუნიკაცია მშობელთან, მრავალფეროვანი საკლასო სამუშაო და სასკოლო ღონისძიებები;
- საზოგადოებრივი პროგრამები – მშობლების ტრენინგი, რეკრეაციული პროგრამები, ავტორიტეტული უფროსების მიერ მოზარდების მენტორობა (Kazdin, 1995; Waddell et al., 1999).

ბავშვისა და მოზარდის ქცევითი აშლილობების ადეკვატური შეფასებისა და დახმარებისათვის მეტად მნიშვნელოვანია:

- თერაპიული ალიანსის დამყარება ბავშვსა და მის ოჯახთან;
- კულტურული ფაქტორების გათვალისწინება შეფასებისას;
- ქცევითი აშლილობების შესაფასებლად აუცილებელია ინფორმაციის მიღება უშუალოდ ბავშვისგან და მშობლებისგან;
- მკურნალობის ეფექტურობისათვის აუცილებელია სხვა მდგომარეობებთან ქცევითი აშლილობის კომორბიდულობის დადგენა;
- სასარგებლოა ბავშვების და მოზარდების ქცევის შესაფასებელი კითხვარების და სკალების გამოყენება მათი მდგომარეობის პერიოდული მონიტორინგის მიზნით. ეს შეიძლება იყოს აშენბახის კითხვარები მშობლისა და მასწავლებლისთვის;
- ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის შედგენა კონკრეტული შემთხვევის სპეციფიკიდან გამომდინარე და მოკლევადიანი მიზნების დასახვა;
- მშობლების ფსიქოგანათლება და ქცევის მართვის ტრენინგი;
- ფარმაკოლოგიური თერაპია შესაძლებელია, როგორც თანმხ-

ლები ძირითადი ინტერვენციის პროგრამისა, განსაკუთრებით კომორბიდული მდგომარეობების დროს;

- ინტერვენციის პროგრამები უნდა იყოს ხანგრძლივი და ინტენსიური; ეფექტურია, თუ ისინი ერთდროულად მოიცავენ ოჯახსა და სკოლას.

ამრიგად, ქცევითი აშლილობის და ოპოზიციურ-დევიანტური ქცევითი აშლილობის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების ყველაზე ეფექტური დახმარებაა რისკ-ჯგუფებისთვის პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება, ასევე, სისტემური ინტერვენცია, რომელიც მოიცავს ოჯახის წევრებისა და სკოლის ფსიქოლოგიურ დახმარებას. საზოგადოებრივი პროგრამები და საბავშვო ბაღებში დაწყებული აღმზრდელობით-განმავითარებელი ღონისძიებები მნიშვნელოვნად ამცირებს დელიკვენტური ქცევის რისკს.

ქრომოსომული დაავადებები

ქრომოსომული სინდრომი კლინიკური მდგომარეობაა, რომელიც განპირობებულია ქრომოსომების რაოდენობისა და სტრუქტურის დარღვევით. ამ დროს ადგილი აქვს ამა თუ იმ ქრომოსომაში ლოკალიზებული გენეტიკური სუბსტრატის სიჭარბეს ან ნაკლებობას.

ქრომოსომა. უჯრედის ბირთვი შეიცავს ქრომატინს, რომლისგანაც ბირთვის გაყოფის პროცესში წარმოიქმნება ქრომოსომები. „ქრომოსომა“ ნიშნავს „შეღებილ სხეულს“. ქრომოსომა თხელი, ძაფისებრი ფორმისაა და შეიმჩნევა მხოლოდ სპეციალური საღებავით შეღებილი უჯრედის გაყოფისას. ქრომოსომაში შეიმჩნევა მოკლე და გრძელი მხარი, შუაში – შევიწროება. ქრომოსომა შედგება დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავასგან (დნმ). ის შეიცავს ზუსტ მემკვიდრეობით ინფორმაციას და თაობიდან თაობას გადაეცემა. ადამიანის უჯრედში 46 ქრომოსომაა. 22 წყვილი – სომატური, არასასქესო ქრომოსომაა, რომელთაც აუტოსომებს უწოდებენ; 23-ე წყვილში კი ორივე სქესობრივი ქრომოსომაა: მდედრობითი სქესის გენეტიკური ქრომოსომული კომპლექსია XX, ხოლო მამრობითის – XY. ეს არის ადამიანის ნორმალური კარიოტიპი (ნიმუში).

გენი – მემკვიდრეობითი ნიშნების გადატანის ძირითადი ერთეულია. გენები ქრომოსომის შემადგენელი ნაწილებია, რომელთა მასალას დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავა (დნმ) წარმოადგენს. ყოველ ქრომოსომაში დნმ-ის ერთი გრძელი, თხელი, ორმაგი სპირალის მქონე მოლეკულაა და გენები ამ მოლეკულის ნაწილებს წარმოადგენს. დნმ-ის ჯაჭვი ნუკლეოტიდებისაგან შედგება, ამიტომ ყოველი გენის საფუძველს სხვადასხვა ნუკლეოტიდის (ციტოზინი, გუანინი, ადენინი, თიმინი) თანმიმდევრობა შეადგენს. მათი თანმიმდევრობა გენის თვისებებს განსაზღვრავს. გენები თავის გავლენას ნუკლეოტიდების მიერ წარმოებული მოლეკულებით ახორციელებს. გენის ერთ-ერთი პროდუქტია რიბონუკლეინის მჟავა (რნმ), რომელიც დნმ-ის მონაკვეთის ოდნავ სახეცვლილი ასლია. რნმ-ის მოლეკულები დიდ როლს თამაშობს ორგანიზმის მეტაბოლიზმში, მათი უმეტესობა კი ცილების საფუძველს წარმოადგენს. ცილები შედგება ე.წ. ამონომჟავების ჯაჭვისაგან. ცილაში ამინომჟავების განლაგების თანმიმდევრობას რნმ-ში ნუკლეოტიდების თანმიმდევრობა განსაზღვრავს გენეტიკური კოდის მეშვეობით. ცილაში

ამინომჟავების თანმიმდევრობა, თავის მხრივ, განსაზღვრავს ცილის დანიშნულებას: იგი ორგანიზმის სტრუქტურის ნაწილი უნდა გახდეს, თუ ენზიმი, ანუ ორგანიზმში ქიმიური რეაქციების ხელშემწყობი სუბსტრატი (ფერმენტი). აქედან გამომდინარე, დნმ-ის ცვლილებამ, შეიძლება, გამოიწვიოს ორგანიზმის სტრუქტურის ან ქიმიური შემადგენლობის ცვლილება.

ქრომოსომული სინდრომები თანდაყოლილი სიმპტომოკომპლექსებია, რომლებიც ქრომოსომული აბერაციების (გადახრის) შედეგად ვითარდება. ქრომოსომული აბერაციები, შეიძლება, სხვადასხვა სახის იყოს.

ქრომოსომის ტიპის მიხედვით:

- აუტოსომების დაზიანება, ან რაოდენობის ცვლილება;
- სქესობრივი ქრომოსომების დაზიანება, ან რაოდენობის ცვლილება.

ქრომოსომების რაოდენობის მიხედვით:

- რომელიმე ქრომოსომის ტრისომია, როდესაც კარიოტიპი შეიცავს ერთ ზედმეტ ქრომოსომას;
- მონოსომია, როდესაც ერთი ქრომოსომა დაკარგულია.

ქრომოსომების სტრუქტურის ცვლილების მიხედვით:

- დელიცია – ქრომოსომული მასალის ნაწილის დაკარგვა;
- დუპლიკაცია – ქრომოსომის ნაწილის გაორმაგება;
- ტრანსლოკაცია – მთლიანი ქრომოსომის, ან მისი ნაწილის სხვა ქრომოსომაზე გადატანა;
- მოზაიციზმი – ქრომოსომების ნაწილი დაზიანებულია, ნაწილი კი – არა;
- მეთილაცია – დნმ-ის სტრუქტურის ქიმიური ცვლილება, რაც ცვლის მის აქტივობას.

ახალდაბადებულ ბავშვებში ყველაზე ხშირია შემდეგი ქრომოსომული აბერაციები:

21-ე ქრომოსომის ტრისომია, დაუნის სინდრომი;

მე-18 ქრომოსომის ტრისომია, ედვარდსის სინდრომი;

მე-13 ქრომოსომის ტრისომია, პატაუს სინდრომი;

X ტრისომია, XXX სინდრომი;

ორმაგი Y სინდრომი, XYY;

XXY, კლაინფელტერის სინდრომი;

XO , ტერნერის სინდრომი.

აუტოსომების აბერაცია კლინიკურად ვლინდება, ძირითადად, ფსიქიკური განვითარების ძლიერ ჩამორჩენაში, განვითარების თანდყოლილ ანომალიებსა და მანკებში.

სქესობრივი ქრომოსომების აბერაცია არ იწვევს ფსიქიკური განვითარების მძიმე ჩამორჩენას, თუმცა, მჟღავნდება განვითარების თავისებურებებსა და სხვადასხვა სახის დეფიციტში.

ზოგიერთ ქრომოსომულ ანომალიას მემკვიდრეობითი ხასიათი აქვს, ანუ დეფექტური ქრომოსომისა და გენეტიკური მასალის მატარებელი ერთ-ერთი მშობელია. ბავშვში, მემკვიდრეობითობის კანონზომიერებიდან გამომდინარე, შეიძლება, გამოვლინდეს ქრომოსომული სინდრომი.

ზოგიერთ ქრომოსომულ აბერაციას არა აქვს მემკვიდრეობითი ხასიათი და მისი წარმოშობის მიზეზები საკმაოდ ბუნდოვანია. თუმცა, გამოკვლევებიდან ცნობილია, რომ ქრომოსომების შემადგენლობასა და უჯრედების ნორმალურ დაყოფაზე გარკვეულ გავლენას ახდენს გარემოს ფაქტორები: რადიაცია, გარემოს დაბინძურება ქიმიკატებით, ტოქსინებით, საკვების ხელოვნური დანამატები და ა.შ.

დაუნის სინდრომი

რა არის დაუნის სინდრომი?

დაუნის სინდრომი არის ქრომოსომული დაავადება, რომლის დროსაც ადამიანს, 46 ქრომოსომის ნაცვლად, 47 ქრომოსომა აქვს; როგორც წესი, 21-ე ქრომოსომაზე წყვილის მაგივრად არის 3 ქრომოსომა. ამიტომ, მას სხვანაირად 21-ე წყვილის ტრისომიასაც უწოდებენ. ზედმეტი ქრომოსომული მასალა იწვევს დაუნის სინდრომისათვის დამახასიათებელ ფიზიკურ და ფსიქიკურ თვისებებს. ეს დაავადება პირველად აღწერა ინგლისელმა ექიმმა J. Down-მა მე-19 საუკუნის ბოლოს, რის გამოც, დაავადებას დაუნის სინდრომი ეწოდა. 1959 წელს კი ფრანგმა ექიმმა Lejan-მა დაუნის სინდრომი განსაზღვრა როგორც ქრომოსომული ანომალია. მან აღმოაჩინა, რომ დაუნის სინდრომის მქონე ადამიანს თვითოეულ უჯრედში, 46 ქრომოსომის ნაცვლად, 47 ქრომოსომა აქვს.

რა ახასიათებს დაუნის სინდრომს?

არსებობს დაუნის სინდრომისათვის დამახასიათებელი ფიზიკური ნიშნები; ამ სინდრომის მქონე ბავშვებში, ზოგჯერ, თითქმის ყველა მათგანი ვლინდება, ზოგჯერ კი მხოლოდ რამდენიმე ნიშანი. ყველაზე გავრცელებული ნიშნებია:

- კუნთთა დაბალი ტონუსი – ჰიპოტონია;
- სახის ბრტყელი პროფილი;
- ცხვირის ფართო, ჩაღრმავებული ხიდი, პატარა ცხვირი;
- თვალის ირიბი ქრილი;
- დეფორმირებული ყურები;
- მოკლე, ფართო ხელები, ხელის გულზე ერთი ღრმა ღარი;
- მე-5 თითზე ორის ნაცვლად ერთი მოსახრელი სახსარი;
- დიდი დაშორება ფეხის დიდ და მეორე თითს შორის;
- პირის პატარა ზომა;
- პირის ზომასთან შედარებით დიდი ენა;
- განიერი ტერფი პატარა თითებით;
- მოკლე კისერი;
- პატარა თავი;
- ეპიკანტუსი – თვალების შიდა კუთხეში კანის პატარა ნაოჭი.

დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვებში ხშირია:

- გულის თანდაყოლილი მანკი;
- საჭმლის გადამუშავების პრობლემები;
- ბავშვობის პერიოდის ლეიკემია;
- მხედველობისა და სმენის დარღვევები;

დღეისათვის ჯანმრთელობის აღნიშნული პრობლემების უმეტესობა განკურნებადია, ხოლო დაუნის სინდრომის მქონე ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაზრდილია და საშუალოდ 55 წელს შეადგენს.

დაუნის სინდრომისათვის დამახასიათებელია სხვადასხვა ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა. ასეთი ბავშვები გვიან სწავლობენ ჯდომას, სიარულს, ლაპარაკს, თამაშს, საყოფაცხოვრებო, ყოველდღიურ ჩვევებს. ამასთან, ისინი ზედმეტად მგრძნობიარენი არიან ფიზიკური და სოციალური გარემოსადმი. მათი წყენინება ძალიან ადვილად შეიძლება. ამავე დროს, ისინი სწრაფად რეაგირებენ მეგობრულ და მშვიდ დამოკიდებულებაზე, უყვართ სხვა ადამიანებთან ურთიერთობა, სიახლე, არიან ცნობისმოყვარენი.

დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვები სკოლაში მასალას ნელა სწავლობენ და ნელა ითვისებენ ჩვევებს, მაგრამ ძალიან მონდომებულნი არიან; სწავლებისა და აღზრდის პროცესში მათი წახალისება მეტად ეფექტურია.

დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვების დიდი გარეგნული მსგავსების მიუხედავად, ყველა მათგანი ერთმანეთისაგან განსხვავებულია. ისევე როგორც სხვა ბავშვებს, მათაც განსხვავებული უნარ-შესაძლებლობები და ნიჭი გააჩნიათ; უმეტესობას იოლი და საშუალო ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა აქვს, დაავადებულთა მცირე პროცენტში აღინიშნება ძლიერ გამოხატული გონებრივი ჩამორჩენილობა.

უნდა აღინიშნოს, რომ გონებრივი ჩამორჩენილობის ხარისხი და IQ მაჩვენებელი არ არის საკმარისი დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვის შესაცნობად, რადგან ყოველ კონკრეტულ ბავშვს საკუთარი უნიკალური შესაძლებლობები – ძლიერი და სუსტი მხარეები აქვს.

რა არის დაუნის სინდრომის მიზეზი?

დაუნის სინდრომის მიზეზს წარმოადგენს მშობლების სასქესო უჯრედების გაყოფის პროცესში წარმოშობილი დარღვევები. ასე-

თი დარღვევების გამო, ნაყოფის უჯრედებში 21-ე ქრომოსომაზე წყვილის მაგივრად 3 ქრომოსომა აღმოჩნდება. აღნიშნული დარღვევები, ძირითადად, სამი სახისაა:

- დაუცილებლობა — ყველაზე ხშირი დარღვევაა; ამ შემთხვევაში დედის ან მამის სასქესო უჯრედის გაყოფისას (მეიოზი) არ ხდება 21-ე წყვილი ქრომოსომის განცალკევება და განაყოფიერების შემდეგ ტრისომიული ზიგოტა იქმნება.
- მოზაიციზმი — გვხვდება დაუნის სინდრომის მქონე პირთა 1-2%-ში. ამ დროს 21-ე ქრომოსომის დაშორება არ ხდება განაყოფიერების შემდეგ, ემბრიონის უჯრედის გაყოფის პროცესში. ამ დროს ჩნდება უჯრედების ორი ტიპი: ზოგის ბირთვი შეიცავს 46 ქრომოსომას, ზოგის კი – 47 ქრომოსომას;
- ტრანსლოკაცია – ვლინდება დაუნის სინდრომის მქონე პირთა 3-4%-ში. ამ დროს უჯრედის დაყოფის პროცესში 21-ე ქრომოსომა მონაცვლეობს და მიემგრება სხვა ქრომოსომას. უჯრედებში ქრომოსომათა რაოდენობა ისევ 46-ია, მაგრამ 21-ე ქრომოსომის დამატებითი ნაწილი იწვევს დაუნის სინდრომს. მიიღება ე.წ. არაბალანსირებული კარიოტიპი.

ქრომოსომათა დაუცილებლობის მიზეზები საბოლოოდ არ არის გარკვეული, მაგრამ ხშირად ასახელებენ: დედის ასაკს, გარემოს დაბინძურების ფაქტორებს.

პირველი ბავშვის დაუნის სინდრომით დაბადებისას მომდევნო ბავშვში ამ სინდრომის განვითარების რისკია 1 : 100. 35 წელზე მეტი ასაკის ქალებში საგრძნობლად მატულობს დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვის დაბადების ალბათობა. თუმცა, ზოგადად, დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვების დედათა უმრავლესობა 35 წელზე ნაკლები ასაკისაა.

რამდენად ხშირია დაუნის სინდრომი?

ახალშობილებში დაუნის სინდრომი ყველაზე გავრცელებული ქრომოსომული დაავადებაა. ყოველი 800-1000 ახალშობილიდან 1 იბადება ამ სინდრომით; მამაკაცებსა და ქალებში ერთნაირი სიხშირითაა გავრცელებული.

რა ძირითადი პრობლემებია დაუნის სინდრომის დროს?

- პირველ რიგში, ყურადღება უნდა მიექცეს ბავშვის ფიზიკურ ჯანმრთელობას. დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვებს, შეიძლება, დაბადების შემდეგ შეექმნათ სხვადასხვა სამედიცინო

პრობლემა მეტ-ნაკლები ხარისხით.

- დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვების 50%-ში გვხვდება გულის თანდაყოლილი მანკი. ამიტომ, აუცილებელია, ადრეული დიაგნოსტიკა და საჭიროების შემთხვევაში – ქირურგიული მკურნალობა.
- ლეიკემიის რისკი დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვებში 15-20-ჯერ მეტია, ვიდრე ნორმალურ პოპულაციაში. იგი სიცოცხლის პირველი 3 წლის მანძილზე ვლინდება და მისი განკურნების ალბათობა საკმაოდ მაღალია.
- ხშირია სხვადასხვა ხარისხის მხედველობისა და სმენის დარღვევები. მათი ადრეულ ასაკში დიაგნოსტიკა მეტად მნიშვნელოვანია, რადგანაც ფსიქიკური განვითარების ჩამორჩენის შემთხვევაში, მხედველობითი, თუ სმენითი სენსორული დეფიციტის გაუთვალისწინებლობა ამცირებს სწავლების ეფექტურობას; შესაბამისად, აუცილებელია მედიკამენტური მკურნალობა, ტექნიკური დახმარება და სწავლების განსხვავებული სტრატეგიები.
- სიმსუქნისადმი მიდრეკილება საჭიროებს დიეტოლოგის დახმარებას, ბალანსირებულ, დაბალკალორიულ დიეტას.
- ასევე ხშირია მეტყველების პრობლემები და მეტყველების განვითარების შეფერხება.

დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვის მეტყველება მოუქნელი და ნაკლებად მკაფიოა. სქელი, დიდი ენის, მაღალი სასის, კბილების დეფექტების, ხმის იოგების, სახის კუნთების მაღალი ტონუსის, ხშირად, დაქვეითებული სმენის გამო მათი მეტყველება: არტიკულაცია, გამოთქმა, ინტონაციური მხარე, ხმის მოდულაცია, ხმის ტონი, სპეციფიკური ხასიათისაა.

- სენსომოტორულ განვითარებაში ჩამორჩენა გამოხატულია მოტორული ჩვევების ათვისების, თვითმომსახურების ჩვევების გამომუშავების სირთულეში და დროში გახანგრძლივებით. ამავე დროს, გაძნელებულია სენსორული ინფორმაციის აქტიური გადამუშავება, გვიან ყალიბდება წარმოდგენები „საგნების მუდმივობის“ შესახებ, ბავშვებს უჭირთ საგნების სენსორული თვისებების გარჩევა (ფერის, ფორმის, ზომის, ფაქტურის) და შემდეგ განზოგადება.
- აზროვნების განვითარების თავისებურება გამოიხატება იმაში, რომ დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვები განზოგადებას ახდენენ თვალსაჩინო თვისებების საფუძველზე, უად-

ვილდებათ თვალსაჩინო ანალოგიების გაგება. ბავშვებს აქვთ დროის, სივრცის, თანმიმდევრობის მიმართების აღმნიშვნელი კონსტრუქციების გაგების პრობლემები, მიღებული გამოცდილების სხვა სიტუაციაში გამოყენების სიძნელე.

შეიძლება თუ არა დაუნის

სინდრომის მქონე ბავშვების დახმარება?

დღეისათვის მრავალგვარი საშუალება არსებობს დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვების დასახმარებლად:

- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, მანკების ეფექტური თერაპიული თუ ქირურგიული მკურნალობა;
- ადეკვატური ბალანსირებული კვების დიეტა ნაკლები ცხიმებითა და ნახშირწყლებით;
- სმენისა და მხედველობის დარღვევების მკურნალობა: ტექნიკური მოწყობილობის გამოყენება, ქირურგიული მკურნალობა;
- ბავშვის შესაძლებლობების ფსიქოლოგიური შეფასება და მისი სწავლებისათვის ადეკვატური სტრატეგიის შემუშავება;
- მეტყველების თერაპია;
- ოკუპაციური და ფიზიკური თერაპია;
- ადრეული ასაკის ინტერვენციის პროგრამები, რაც ნიშნავს ადრეული ასაკიდან ბავშვის სენსორული და მოტორული განვითარების სტიმულირებას, სპეციალური პირობების შექმნას ბავშვის შემეცნებითი აქტივობისათვის.

განაურნებადია თუ არა დაუნის სინდრომი?

არა, დღეისათვის იგი არ იკურნება. თუმცა, ძალზე ეფექტურია სიმპტომატური მედიკამენტური მკურნალობა, აქტიური პედაგოგიურ-ფსიქოლოგიური პროგრამები, ადრეული ინტერვენციის პროგრამები.

რა მომავალი აქვს დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვს?

გარკვეული საერთო დამახასიათებელი ნიშნების მიუხედავად, დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვები ძლიერ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან ხასიათით, ტემპერამენტით, უნარ-შესაძლებლობებით, ინტელექტის დონით, ნიჭით. ამიტომ ისინი ინდივიდუალურ მიდგომას საჭიროებენ. ზოგიერთ ბავშვს შეუძლია ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში სწავლა, ზოგისათვის სპეციალური კლასია

საჭირო, ზოგიერთისათვის კი – სპეციალური სკოლა. მოზარდების უმრავლესობას შეუძლია დაეუფლოს რაიმე პროფესიას ან ხელობას საკუთარი ინტერესებისა და ნიჭების შესაბამისად. ზოგიერთს დიდი დრო და სპეციალური მომზადება სჭირდება მარტივი ოპერაციების ასათვისებლად, ზოგიერთი კი რთულ საქმიანობას ეუფლება სპეციალური ტრენინგის საშუალებით. ხელობის ათვისებაც ინდივიდუალური პროცესია. მთავარი ის არის, რომ ადეკვატური მიდგომის შემთხვევაში, ბავშვის შესაძლებლობებისა და ხასიათის გათვალისწინებით, დაუნის სინდრომის მქონე უკვე მოზრდილ პიროვნებას შეუძლია კონკრეტული სამუშაოს შესრულება. მას მოსწონს საზოგადოებრივ ურთიერთობებში აქტიური მონაწილეობის მიღება, დიდი პასუხისმგებლობით ეკიდება სამუშაოს და გულმოდგინედ ასრულებს მას. ზოგიერთი დამოუკიდებლად მუშაობს, ზოგიერთს კი სამუშაოს შესასრულებლად ზედამხედველი ესაჭიროება.

ვილიამსის სინდრომი

რა არის ვილიამსის სინდრომი?

ვილიამსის სინდრომი გენეტიკური დაავადებაა, რომელსაც თან ახლავს დამახასიათებელი ფიზიკური ნიშნები, ფსიქიკური განვითარების შეფერხება, დასწავლის უნარის დარღვევა და ყურადღების დეფიციტი.

რა ახასიათებს ვილიამსის სინდრომს?

ქვემოთ აღწერილი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მახასიათებლები იმ პოტენციურ სფეროებს მოიცავს, რომლებშიც შეიძლება ბავშვს პრობლემა ჰქონდეს. ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ყველა ბავშვს ერთნაირად გამოუვლინდება ქვემოთ ჩამოთვლილი თვისებები. ზოგიერთ ბავშვს, შეიძლება, დამახასიათებელი ნიშნების მინიმუმი ჰქონდეს, ზოგიერთს კი ეს თვისებები მკვეთრად ჰქონდეს გამოხატული.

ვილიამსის სინდრომის მქონე ბავშვისათვის სინდრომი მხოლოდ ერთი ფაქტორია, რომელიც მის ზრდა-განვითარებაზე ახდენს გავლენას; მაგრამ, მნიშვნელოვანია, გარემო ფაქტორებიც – ოჯახის როლი, სასწავლო გარემო, რომლებიც არანაკლებ ზემოქმედებას ახდენს ბავშვის განვითარებაზე.

ფიზიკური მახასიათებლები:

- დამახასიათებელი სახის ნაკვთები: პატარა, მაღლა აწეული ცხვირი, დიდი და მსხვილი ტუჩები, გრძელი ზედა ტუჩი, ფართო პირი, მომცრო ნიკაპი, შემუშება თვალების გარშემო (უბეები), მსხვილი ლოყები, მომცრო, მეჩხერი კბილები, ფართო ღიმილი, ხშირად განსაკუთრებულად ღია ფერის თვალები. ასაკთან ერთად ეს ნიშნები უფრო თვალსაჩინო ხდება.
- გულ-სისხლძარღვოვანი პრობლემები: შევინროებული აორტა ან შევინროებული ფილტვის არტერიები; მათი შევინროების ხარისხი, შეიძლება, სხვადასხვა იყოს.
- ჰიპერკალცემია – სისხლში კალციუმის მოჭარბება, რაც იწვევს „ძლიერი ტკივილის“ მსგავს სიმპტომებს და ძლიერ გაღიზიანებადობას. ჩვილ ბავშვებში, განსაკუთრებით 4-დან 10 თვემდე, დარღვეულია კალციუმისა და D ვიტამინის მეტაბოლიზმი.

- დაბადებისას მცირე წონა და მისი ნელი ტემპით მატება პირველი წლის განმავლობაში.
- კვების პრობლემა ჩვილობის ასაკში – რაც დაკავშირებულია სახის კუნთების დაქვეითებულ ტონუსთან; ბავშვის ზრდასთან ერთად ქამის სიძნელები ქრება.
- ხშირია თირკმელებთან დაკავშირებული სამედიცინო პრობლემები.
- ჰიპერაკუზია – ზედმეტად გაძლიერებული სმენა; ამის გამო ხმაური და ხმამაღალი ბგერები ბავშვებს აშინებს, ან მათში უსიამოვნო შეგრძნებებს იწვევენ. ეს მდგომარეობა ასაკის მატებასთან ერთად უმჯობესდება.
- კუნთების დაბალი ტონუსი და საერთო სისუსტე. ასაკთან ერთად ვლინდება ბავშვის მოუქნელობა და მოტორული კოორდინაციის პრობლემები.

ფსიქოლოგიური მახასიათებლები:

- ძლიერი ექსპრესიული მეტყველება: კარგი არტიკულაცია, ფრაზული მეტყველება, ლექსიკონის მარაგი.
- ფსიქიკური განვითარების შეფერხება: გვიან იწყებენ სიარულსა და მეტყველებას, გვიან ითვისებენ ყოველდღიურ და თვითმომსახურების ჩვევებს.
- პრობლემები მსხვილ მოტორიკაში (მოძრაობების კოორდინაციაში, წონასწორობაში, კუნთების ძალაში, სხეულის პოზებში), წვრილ მოტორიკაში (თასმებისა და ღილების შეკვრა, მაკრატლის, დანის, კალმისტრის, ფანქრის ხმარება).
- პრობლემები სივრცითი მიმართებების აღქმასა და ცნობაში.
- ყურადღების კონცენტრაციის სირთულე, გაფანტულობა.
- არამდგრადი ემოციური სფერო, რაც იმას ნიშნავს, რომ სიხარულისას ბავშვი უაღრესად იგზნება, ხოლო წყენისას ადვილად ტირის, აშინებს მოულოდნელი სტიმულები; აქვს მიდრეკილება ძლიერი შფოთვისადმი.
- რეჟიმის მოულოდნელი ცვლილება ან სიტუაციის მოულოდნელი შეცვლა იწვევს ბავშვის შფოთვისა და აგზნებას.
- სასაუბრო თემის ამოჩემა, აზრის გამეორება.
- თვითსტიმულაცია კანის ჩქმეტის, რწევის და სხვა მოძრაობების სახით.
- უაღრესად სოციალური ბუნება. ბავშვები ადვილად შედიან კონტაქტში, არ ეშინიათ უცხო პიროვნების, ადვილად ურ-

თიერთობენ უფროსებთან.

- ბავშვები მგრძნობიარენი არიან სხვისი განწყობილების მიმართ; კარგად იგებენ სხვის ემოციებს, ურთიერთობაში მეგობრულები და გახსნილნი არიან.
- აქვთ კარგი ხანგრძლივი მეხსიერება.
- აქვთ კარგი ხანმოკლე მხედველობითი მეხსიერება და კარგი მხედველობითი აღქმა.
- გააჩნიათ შესანიშნავი მუსიკალური სმენა.

ვილიამსის სინდრომის მქონე ბავშვებიდან ზოგიერთს საშუალოზე მაღალი ან საშუალო მონაცემები აქვს ინტელექტის ტესტების მიხედვით, ზოგიერთს კი – მოსაზღვრე, ან საშუალოზე დაბალი. უფრო ხშირად გვხვდება სხვადასხვა უნარის არათანაბარი განვითარება. მაგალითად, 6 წლის ბავშვს ლექსიკური მარაგი, ფრაზული მეტყველება, ინფორმაციის ზოგადი მარაგი ასაკის შესაფერისი, ან უფრო მაღალიც კი შეიძლება ჰქონდეს, ხოლო მათემატიკური უნარები 3 წლის ბავშვის დონეზე აღმოაჩნდეს. ამიტომ, ინტელექტის ტესტის მიხედვით, ინტელექტის კოეფიციენტის გამოთვლა მიზანშეწონილი არ არის; აზრი არა აქვს „საშუალოს“ გამოთვლას. მაგალითად, 8 წლის ასაკის ბავშვისათვის, რომელსაც თავისი ასაკისთვის შესაფერისი ლექსიკონი, ზოგადი ცოდნა და გაგება აქვს, ხოლო 3 წლის ასაკის შესაფერისად ხატავს და ანგარიშობს, იმის თქმა, რომ იგი საშუალოდ 5 წლის ასაკის განვითარების დონეზე იმყოფება, რეალობას არ შეესაბამება. უფრო მიზანშეწონილია ბავშვის ფსიქიკური ფუნქციონირების შეფასება, მისი ძლიერი და სუსტი მხარეების აღწერა. ეს ბევრად უფრო ინფორმატულია მშობლებისა და მასწავლებლებისათვის.

რა ინჰერს ვილიამსის სინდრომს?

გაურკვეველი მიზეზის გამო ვილიამსის სინდრომის მქონე ადამიანებს არა აქვთ გენეტიკური მასალა მე-7 ქრომოსომაზე იმ გენის ჩათვლით, რომელიც ცილის ელასტინს ქმნის. ელასტინის გენის ნაკლებობა, შეიძლება, ვილიამსის სინდრომის ბევრი ფიზიკური მახასიათებლის მიზეზი იყოს.

ვილიამსის სინდრომის მქონე პირიდან შთამომავლობაზე ამ სინდრომის გადაცემის რისკი 50%-ია.

რამდენად ხშირად გვხვდება ვილიამსის სინდრომი?

პოპულაციაში აღნიშნული სინდრომის გამოვლენის სიხშირე დაბალია: ყოველ 20 ათას ახალშობილზე – 1 ბავშვი. სინდრომი თანაბრად ვლინდება ორივე სქესში.

რა ძირითადი პრობლემები გვხვდება ვილიამსის სინდრომის დროს?

- დაბადებიდან პირველი რამდენიმე თვის განმავლობაში ახალშობილს აქვს ტკივილები და ძილის დარღვევა. ბავშვი ვერ იძინებს, გამუდმებით ტირის, შეწუხებულია. 6 თვის, ან ერთი წლისათვის ეს მოუხვენრობა და ტკივილები ქრება.
- ბავშვებს უჭირთ მოძრაობების კოორდინაცია, ბალანსის დაცვა. ხელების მოძრაობა უხერხული და მოუქნელია, უჭირთ ფანქრის, კალმის ხმარება.
- მნიშვნელოვანი პრობლემაა ხმებისადმი მაღალი მგრძნობელობა, რაც ბავშვის შფოთვისა და შიშს იწვევს, განსაკუთრებით, თუ ხმები მოულოდნელი და უცნობია.
- დიდი პრობლემაა რეჟიმის მოულოდნელი ცვლილებები, დაუგეგმავი მოვლენები, რომლებიც ბავშვის შფოთვის იწვევს.
- სწავლისას გვხვდება ყურადღების კონცენტრაციის სირთულე და გაფანტულობა.
- მნიშვნელოვანი პრობლემაა სივრცითი ორიენტაცია: ბავშვებს უჭირთ მარჯვენა-მარცხენა მხარის გარჩევა, ისრებიანი საათის ცნობა, ობიექტების სივრცითი მიმართებების ცნობა.
- არითმეტიკული ოპერაციების ათვისების სირთულე.

შეიძლება თუ არა ვილიამსის სინდრომის განკურნება?

დღეისათვის სინდრომის მკურნალობის ტაქტიკა ჯერ კიდევ ჩამოუყალიბებელია. თუმცა, წარმატებულია სიმპტომური მკურნალობა იმ შემთხვევაში, როდესაც ბავშვს რომელიმე სამედიცინო პრობლემა აქვს.

დიაგნოზი დგინდება დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავის (დნმ) გენეტიკური ანალიზის საფუძველზე, როდესაც მე-7 ქრომოსომაში ვლინდება ელასტინის ნაკლებობა.

ვილიამსის სინდრომის მკურნალობაში მეტად ეფექტურია ფიზიკური თერაპია, ოკუპაციური თერაპია, მეტყველების თერაპია ბავშვის მსხვილი და ნატიფი მოტორიკისა და მეტყველების პრობლემების მოსაგვარებლად. ქცევითი პრობლემების შემთხვევაში კი მიზანშეწონილია ფსიქოლოგიური ჩარევა.

როგორი სწავლებაა უკეთესი ვილიამსის სინდრომის მქონე ბავშვისათვის?

ბავშვის ინდივიდუური შესაძლებლობებისა და უნარების შეფასების საფუძველზე განისაზღვრება სწავლების სტრატეგია: იგი სწავლობს ზოგადსაგანმანათლებლო, ან სპეციალურ კლასში, ზოგიერთ შემთხვევაში კი სპეციალურ სკოლაში. ვილიამსის სინდრომის მქონე ბავშვებს, ისევე როგორც ყველა დანარჩენ ბავშვს, საკუთარი ინდივიდუალობა, ნიჭი და ინტერესები აქვთ. თუმცა, მაინც უნდა აღინიშნოს მათი ის ფსიქიკური თავისებურებები, რაც ხელს შეგვიწყობს ეფექტურ სწავლებაში.

ვილიამსის სინდრომის მქონე ბავშვების სწავლებისათვის ძლიერ სფეროებს წარმოადგენს:

- კარგი ექსპრესიული მეტყველება: სიტყვებისა და ფრაზების მრავალფეროვნება;
- კარგი ხანგრძლივი მეხსიერება: მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვს შეიძლება უჭირდეს ახალი ინფორმაციის ათვისება, მას იგი დიდხანს არ ავიწყდება, გარდა სივრცითი ორიენტაციისა;
- კარგი მხედველობითი აღქმა: დიდი ინფორმაციის მიღების უნარი თვალსაჩინო მასალიდან. სურათები, ფოტოები, ილუსტრაციები კარგად გამოიყენება როგორც ვერბალური სწავლების დამხმარე საშუალებები;
- კარგი ხანმოკლე და ხანგრძლივი სმენითი მეხსიერება. უკვე სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს ზედმინევით ზუსტად ახსოვთ სიმღერების, მოთხრობებისა და ზღაპრების ტექსტები ისე, რომ შეუძლიათ ზეპირად მიყვანენ ტექსტს;

ამ უნარებზე დაყრდნობით შეიძლება ისეთი სასწავლო პირობების შექმნა, რომელშიც ვილიამსის სინდრომის მქონე ბავშვი შეძლებს სირთულეების გადალახვას.

- თვლის ოპერაციების ათვისებისას აუცილებელია თვალსაჩინოების გამოყენება – ნახატების, რეალური საგნების.
- კითხვის სწავლება სჯობს ნახატების საშუალებით, რომლებსაც ქვემოთ სიტყვებით აღნიშვნაც ექნება თანდართული. ასოების სწავლასთან ერთად, ბავშვისათვის სასარგებლოა მთლიანი სიტყვის დათვალიერება და სურათზე გამოსახული

ობიექტის ხმამაღლა დასახელება. ბავშვის კარგი მხედველობითი და სმენითი მესხიერება მნიშვნელოვნად გვეხმარება კითხვის სწავლებაში.

- სივრცითი ორიენტაციის გასაუმჯობესებლად საჭიროა მუშაობა დავინწყით რეალური აღქმის სფეროდან: პირველ რიგში ვასწავლოთ საკუთარი სხეულის მხარეების აღქმა, შემდეგ კი რეალური საგნებისა და მათი სივრცითი მიმართებების გამოყენება (კატა სკამზე, კატა სკამის ქვეშ და ა.შ.). მხოლოდ ამის შემდეგ იქნება შესაძლებელი ნახატებსა და სივრცით წარმოდგენებზე გადასვლა.

მყიფე X სინდრომი

რა არის მყიფე X სინდრომი?

მყიფე X სინდრომი ქრომოსომული სინდრომია, რომლის დროსაც X ქრომოსომა შეიცავს დეფექტურ გენს, რის გამოც X ქრომოსომის სტრუქტურა ტყდება და მიკროსკოპში მოჩანს მისი მტვერევადი, მყიფე მონაკვეთი.

მამაკაცებში ეს სინდრომი უფრო მკვეთრად ვლინდება, ვიდრე ქალებში, რადგან ქალებს ორი X ქრომოსომა აქვთ და თუ ერთ-ერთი მათგანი დაზიანებულ გენს შეიცავს, მეორე, ნორმალური სტრუქტურის მქონე X ქრომოსომა, დაზიანებული გენის კომპენსაციას ახდენს. მყიფე X სინდრომი ვლინდება ფიზიკურ, შემეცნებით და ქცევით მახასიათებლებში. ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ სპეციფიკური ფიზიკური ნიშნები, გულის პათოლოგიები, შემაერთებელი ქსოვილის პათოლოგია, დასწავლის უნარის დარღვევა, გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა ხარისხი, შეიძლება გამოვლინდეს აუტისტური სპექტრის აშლილობისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები ან აგრესიული ქცევა. პათოლოგიური ნიშნების გამოხატულების ხარისხი დამოკიდებულია გენის ნაწილობრივ, ან მთლიან მუტაციაზე. მთლიანი მუტაციის შემთხვევაში სინდრომის ნიშნები უფრო მკაფიოდაა გამოხატული.

სინდრომი პირველად 1943 წელს აღწერეს Martin-მა და Bell-მა ერთ-ერთი ოჯახის მაგალითზე, სადაც მამაკაც ნათესავებს ჰქონდათ სპეციფიკური ფსიქიკური ნიშნები და გონებრივი ჩამორჩენილობა. ამიტომ აღნიშნულ მდგომარეობას მარტინ-ბელის სინდრომსაც უწოდებენ.

რით ხასიათდება მყიფე X სინდრომი?

ფიზიკური ნიშნები:

შესაძლებელია, სინდრომისათვის დამახასიათებელი ფიზიკური ნიშნები თვალშისაცემი არ იყოს, მაგრამ ამ სინდრომის მქონე ბავშვებს, როგორც წესი, აღენიშნებათ: გრძელი სახე, დიდი თავი, ფართო და წინ წამოწეული ყურები, ბიჭებს – დიდი სათესლე ჯირკვლები, ბრტყელი ტერფი, მსხვილი, წინ წამოწეული ნიკაპი, გულის, განსაკუთრებით მარცხენა პარკუჭის სარქველის პათოლოგია, შეზრდილი ორი თითი, შემაერთებელი ქსოვილის პათოლოგია. ხშირია ქრონიკული შუა ყურის ანთება, ჩვილობაში გასტრო-ეზოფაგული რეფლუქსი.

შემეცნებითი თავისებურებები:

მყიფე X სინდრომის მქონე ბავშვებში შემეცნებითი სფეროსა და შესაბამისად, გონებრივი განვითარების განსხვავებული პროფილები გვხვდება. უმრავლესობას იოლი გონებრივი ჩამორჩენილობა აქვს (ბიჭების 80%-ს და გოგონების 35%-ს).

- ბავშვების უმეტესობას აღენიშნება მეტყველების შეფერხება: მათი მეტყველება მოკლე ფრაზებით ხასიათდება, წყვეტილია, ხშირად იმეორებენ სიტყვებს და ფრაზებს (პერსევერაცია), პასუხობენ იმპულსურად, მეტყველება ატარებს ქაოტურ ხასიათს – ბავშვი ვერ ინარჩუნებს საუბრის თემას და უადგილოდ ჩაურთავს სხვა შინაარსებს; ბავშვები ხშირად იყენებენ ავტომატიზებულ ფრაზებს, უჭირთ სემანტიკური კავშირების გაგება (დროის, თანმიმდევრობის, სივრცითი მიმართებების აღმნიშვნელი სიტყვების).
- მათი ლექსიკონი და სინტაქსი შეესაბამება ასაკობრივ ნორმას, გააჩნიათ ვერბალური და ქცევითი იმიტაციის გაძლიერებული უნარი.
- ბავშვებს უჭირთ საუბრის დაწყება, შეკითხვის დასმა. მეტყველების ტემპი სწრაფია, რითში – არათანაბარი. შეიძლება, ჰქონდეთ ორალური დისპრაქსია, ანუ უჭირდეთ ენის, ლოყების, ტუჩებისათვის შესაბამისი პოზის მიცემა.
- ბავშვებს დარღვეული აქვთ სენსორული ინტეგრაცია: ისინი ზედმეტად მგრძნობიარენი არიან შეხების, ხმების, გემოს გამღიზიანებლების მიმართ; შეიძლება ჰქონდეთ სხვადასხვა ხმის, გარკვეული მოძრაობების შიში; შეიძლება, არ უყვარდეთ გარკვეული ტიპის საჭმელი. გარემო სტიმულების მიმართ მოჭარბებული მგრძნობიარობა ბავშვისათვის შემანუხებელი და დამთრგუნველია. მან არ იცის როგორ უნდა გაუმკლავდეს უსიამოვნო შეგრძნებებს, რაც, შეიძლება, არაადეკვატური ქცევის მიზეზი გახდეს.
- ბავშვები ბევრად უკეთესად ამუშავებენ ვიზუალურ ინფორმაციას, ვიდრე სმენითს. ამიტომ ადვილად სწავლობენ კითხვას, მაშინ, როცა წაკითხულის გაგება უჭირთ.
- ასეთი ბავშვებისათვის პრობლემაა არითმეტიკული ოპერაციების ათვისება.
- მყიფე X სინდრომის მქონე ბავშვებს უჭირთ ახალ, პრობლემურ სიტუაციასთან შეგუება; ისინი მეტ წარმატებას აღწევენ ისეთ სიტუაციაში, რომელიც წინასწარ დაგეგმილი და სტრუქტურირებულია.

- მყიფე X სინდრომის მქონე ყველა ბიჭსა და გოგონების 1/3-ს ყურადღების მნიშვნელოვანი პრობლემები აქვთ. მათ უჭირთ როგორც ყურადღების კონცენტრაცია, ასევე მისი სწრაფი გადატანა. ამავე დროს, ბავშვი შეიძლება იყოს ჰიპერაქტიური: იმპულსური, მოუსვენარი, გაფანტული და ამის გამო სწავლაში შეექმნას პრობლემები.

ქცევითი მახასიათებლები:

- მყიფე X სინდრომის მქონე ბავშვებს, შეიძლება, ჰქონდეთ სოციალური, მეგობრული, მშვიდი დამოკიდებულება გარშემოყოფთა მიმართ. ამავე დროს, ბევრი გამღიზიანებელი, ხმაური თუ ხალხმრავლობა ინვეეს მათ გაღიზიანებასა და შფოთვისას.
- ბავშვს, შეიძლება, ჰქონდეს აუტისტური ტიპის ქცევა: თვალებით კონტაქტის სირთულე, არ სიამოვნებდეს პირდაპირი მზერა, მოსწონდეს განმეორებადი მოქმედებები (მაგ. ტაში, ფეხების ბაკუნა), უყვარდეს ტრიალა საგნების ყურება.
- ბიჭებს ხშირად ახასიათებთ გუნება-განწყობის ცვალებადობა, აგრესიული აფეთქებები. აფეთქებად ქცევას ხელს უწყობს გარეშე სტიმულებზე ძალიან მაღალი მგრძნობიარობა. ამიტომ გარემოსა თუ სიტუაციის მონაცვობასა და სტრუქტურირებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ასეთი ქცევის შესამცირებლად. გოგონების შემთხვევაში გუნება-განწყობის არასტაბილურობა ვლინდება ადვილად გაღიზიანებადობასა და დეპრესიულ სიმპტომებში.
- მყიფე X სინდრომის დროს ხშირია შფოთვის მაღალი დონე, განსაკუთრებით ახალ სიტუაციაში. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს პანიკურ შეტევებსაც.
- ხშირია აკვიატებული აზრები და იძულებითი მოქმედებები, განსაკუთრებით ქალებში.

რა ინჟექს მყიფე X სინდრომს?

1969 წელს Lubs-მა აღმოაჩინა X ზედმეტი გენეტიკური მასალა ქრომოსომის გრძელი მხარზე. მას შემდეგ, ინტენსიური გენეტიკური კვლევების საფუძველზე დადგინდა, რომ აღნიშნული სინდრომი გამოწვეულია X ქრომოსომაზე **FMR-1** გენის მთლიანი ან ნაწილობრივი მუტაციით. ამ გენის გარკვეული მონაკვეთი შეიცავს ფუძე-ნუკლეოტიდებს შემდეგი თანმიმდევრობით: ციტოზინ-

ნი, გუანინი, გუანინი – CGG. ეს განმეორებადი თანმიმდევრობა იძლევა FMR-1 გენის მუტაციის დადგენის საშუალებას. FMR-1 გენი ნიშნავს: მყიფე X გონებრივი ჩამორჩენილობა-1. მის სიგრძეში CGG თანმიმდევრობის გამეორება შეიძლება იყოს 6-დან 200 და მეტი. ვისაც არა აქვს მყიფე X-ის მატარებელი გენი, CGG გამეორებათა რაოდენობა 6-დან 54-ია. ყველაზე ხშირია საშუალოდ 29 გამეორება. პრე-მუტაცია გულისხმობს FMR-1 გენის მონაკვეთში CGG თანმიმდევრობის 50-დან 200-მდე გამეორებას. ასეთი სტრუქტურის მქონე ადამიანები მყიფე X ქრომოსომის მატარებლები არიან, მაგრამ თვითონ არ გააჩნიათ მყიფე X ქრომოსომის სინდრომისათვის დამახასიათებელი გამოვლინებები.

სრული მუტაცია გულისხმობს FMR-1 გენში CGG თანმიმდევრობის 200-ზე მეტ გამეორებას. ასეთი გენის მქონე მამაკაცებიდან ყველა მათგანს აქვს გამოხატული მყიფე X სინდრომი, ქალებიდან კი მხოლოდ ნახევარს. არის მოზაიციზმის შემთხვევები, როდესაც ზოგი უჯრედის X ქრომოსომაში FMR-1 გენის გარკვეულ მონაკვეთზე CGG გამეორება შეიძლება 90-მდე იყოს, ხოლო სხვა უჯრედების X ქრომოსომაში კი – 200-ზე მეტი. მოზაიციზმის მქონე პირებს აღნიშნული სინდრომი შედარებით რბილად და იოლად აქვთ გამოხატული. FMR-1 გენი გამოიმუშავებს სპეციფიკურ ცილას, რომელიც გავლენას ახდენს ტვინის ნეირონების ფუნქციონირებაზე; როდესაც ეს ცილა მცირე რაოდენობით, ან საერთოდ არ არის, ადამიანს გონებრივი ჩამორჩენილობა უვითარდება. რადგან მამაკაცებს ერთი X ქრომოსომა აქვთ და აღნიშნული სინდრომი სწორედ X ქრომოსომის დაზიანებისას ვლინდება, ეს დაავადება მამაკაცებში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ქალებში. ფსიქიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა აღენიშნება X ქრომოსომის FMR-1 გენის სრული მუტაციის მქონე ქალების მხოლოდ ნახევარს. ქალისათვის, რომელიც მყიფე X ქრომოსომის მატარებელია, 50%-ია ალბათობა, რომ მისი ყველა შვილი მყიფე X ქრომოსომის მატარებელი იქნება; სინდრომის გამომჟღავნების ალბათობა კიდევ უფრო იზრდება მამრობითი სქესის შვილების შემთხვევაში.

რამდენად ხშირია მყიფე X სინდრომი?

პოპულაციაში დაახლოებით 259 ქალიდან 1-ია მყიფე X ქრომოსომის პრე-მუტაციური გენის ან სრული მუტაციის მქონე გენის მატარებელი. პრე-მუტაციური გენის მატარებელ ქალებს მყიფე X სინდრომის ნიშნები ფენოტიპურად არ უვლინდებათ. სრული

მუტაციის მქონე გენის მატარებელი ქალებიდან კი ნახევარს აქვს სინდრომის გამოხატული ნიშნები.

აშშ მონაცემებით ყოველ 4000 მამაკაცზე და ყოველ 8000 ქალზე გვხვდება 1 მყიფე X ქრომოსომის სინდრომით დაავადებული. მყიფე X სინდრომი 21-ე ქრომოსომის ტრისომიის შემდეგ გონებრივი ჩამორჩენილობის ყველაზე გავრცელებული გენეტიკური მიზეზია.

რაში მდგომარეობს მყიფე X სინდრომის ძირითადი პრობლემები?

- მეტყველების განვითარების შეფერხება, რომელიც მეტყველების თერაპევტის ჩარევას საჭიროებს. ბავშვებს განსაკუთრებული პრობლემა აქვთ სმენით აღქმაში, რთული გრამატიკული კონსტრუქციების გაგებაში. მეტყველება ქაოტურ ხასიათს ატარებს და მოწესრიგება ესაჭიროება, აღინიშნება ექოლალიები.
- ყურადღების კონცენტრაციისა და გადანაცვლების სირთულე, რაც ბავშვს სწავლის პროცესში უშლის ხელს. იმპულსურობისა და გაფანტულობის გამო ბავშვი სმენით მიღებულ ინფორმაციას ვერ იგებს, ცუდად იმახსოვრებს.
- ჰიპერაქტივობა.
- სირთულეები არითმეტიკული ოპერაციების ათვისებაში.
- სენსორული ინტეგრაციის დარღვევა და გარემო გამლიზიანებლების მიმართ ზედმეტი მგრძნობიარობა ბავშვს ხელს უშლის ადეკვატური კონტაქტის დამყარებაში, ურთიერთობაში, სოციალურად მიღებული ქცევის განხორციელებაში.
- 25%-ში აუტისტური ტიპის ქცევა, რაც თვალთ კონტაქტის და კომუნიკაციის სიმწირეში, ცვლილებებისადმი რეზისტენტობაში გამოიხატება.
- შფოთვის მაღალი დონე და გუნება-განწყობის არასტაბილურობა ართულებს ბავშვის გარემოსთან შეგუებას, ახალ სიტუაციაში ადეკვატურ ქცევას.
- 20%-ს აღენიშნება ეპილეფსიური გულყრები და საჭიროებს ანტიკონვულსანტებით მკურნალობას.

როგორ არის შესაძლებელი

მყიფე X სინდრომის დიაგნოსტიკა?

- პირველ რიგში, უნდა მოხდეს სინდრომის ზუსტი გენეტიკური დიაგნოსტიკა. შესაძლებელია მყიფე X სინდრომის პრენატალური დიაგნოსტიკა შემდეგი მეთოდით: ორსულობის მე-10 კვირას ამნიოცენტეზის საშუალებით იღებენ სინჯს სანაყოფე სითხიდან და ამოწმებენ X ქრომოსომის მუტაციას. ბავშვებსა და მოზრდილებში სინდრომის დიაგნოსტიკა შესაძლებელია დნმ-ის პირდაპირი ანალიზით, როდესაც დგინდება FMR-1 გენის მონაკვეთის მუტაცია მასში ნუკლეოტიდების CGG განმეორებადი თანმიმდევრობის იდენტიფიკაციით.
- ადრეულ ბავშვობაში ამ მდგომარეობაზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია გენეტიკური ანალიზის ჩატარება.
- მეტად მნიშვნელოვანია ოჯახური ისტორია: ანამნეზში საყურადღებოა დასწავლის უნარის დაქვეითების მქონე ან იოლი გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე დედა, ოჯახის წევრები ატაქსიით და ტრემორით, ასევე დედის საკვერცხეების დისფუნქციით გამოწვეული მეორადი უშვილობა.

როგორ შეიძლება დავეხმარეთ

მყიფე X სინდრომის მქონე პირებს?

- აუცილებელია ნევროლოგის, კარდიოლოგის, ოტოლარინგოლოგის, გასტროენტეროლოგის დეტალური გამოკვლევები, თანმხლები პრობლემების იდენტიფიკაციისა და დროული მკურნალობისათვის.
- დიაგნოზის დადგენისთანავე, რაც შეიძლება ადრეული ასაკიდან, აუცილებელი და ეფექტურია სენსომოტორული სტიმულაცია და ოკუპაციური თერაპია, რომელიც ბავშვს მოუწესრიგებს გამლიზიანებლებსა და მოძრაობებზე არაადეკვატურ რეაქციებს.
- ბავშვისათვის დიდი დახმარებაა მოკლე, მარტივი წინადადებებით მიმართვა, რადგანაც სმენითი მეხსიერების მოცულობა შეზღუდული აქვს; მეტყველების განვითარებისათვის მნიშვნელოვანია ერთობლივი მოქმედების დროს, აუჩქარებელი, ჩვეულებრივი ტემპით საუბარი იმაზე, თუ რას აკეთებენ, რა საგნებს იყენებენ, რა ხდება გარშემო.
- მაღალი შფოთვისა და აგრესიულობის შესამცირებლად კარგი საშუალებაა ბავშვის წინასწარი მომზადება ახალი სიტუა-

ციისათვის, მითითებების მიცემა იმის შესახებ, თუ რა უნდა გაკეთდეს და რას უნდა მოელოდეს. აუცილებელია მშვიდი, სტრუქტურირებული სიტუაცია, რომელიც მკვეთრად არ იცვლება, ასევე ხელისშემშლელი გამლიზიანებლების შეზღუდვა: ხმაურის, ხალხმრავლობის, ხმამაღალი მუსიკის და ა.შ.

- ბავშვს სწავლაში მნიშვნელოვნად ეხმარება ნახატებიანი მასალის გამოყენება და ინფორმაციის მხედველობით მიწოდება, რადგანაც ასეთ ბავშვებს კარგად აქვთ განვითარებული მხედველობითი მეხსიერება.
- ვინაიდან ბავშვებს კარგი მიბაძვის უნარი და იუმორის შესანიშნავი გრძნობა აქვთ, ეფექტური დახმარებაა მათთან არა ინდივიდუალური, არამედ ჯგუფური მუშაობა. ვერბალური და ქცევითი მიბაძვის შესანიშნავი უნარი, რაც იძლევა სასურველი ქცევის მოდელირების საშუალებას, შეიძლება, ეფექტურად გამოვიყენოთ ასეთი ბავშვების სწავლა-აღზრდის პროცესში.

შეიძლება თუ არა განკურნება?

ჯერ-ჯერობით, ამ სინდრომისაგან განკურნება შეუძლებელია. თუმცა, არსებობს სხვადასხვა სახის მკურნალობა, რომლებიც მიმართულია მყიფე X სინდრომის სიმპტომების შესამსუბუქებლად და ბავშვის სოციალურ გარემოსთან ადაპტირების გასაუმჯობესებლად. მკურნალობა მოიცავს როგორც მედიკამენტურ, ასევე არამედიკამენტურ თერაპიას. მედიკამენტების დანიშვნა ხდება მძიმედ გამოხატული ემოციური სფეროს დარღვევების, დეპრესიის, მაღალი შფოთვის, ფეთქებადი აგრესიული ქცევის შემთხვევებში ექიმის მიერ.

ბავშვის ფსიქიკური განვითარების ხელშეწყობის, შემეცნებითი და ემოციური სფეროს განვითარების მიზნით ბავშვისათვის აუცილებელია მეტყველების თერაპია, ოკუპაციური თერაპია, ფიზიკური თერაპია, ფსიქოლოგიური კონსულტაცია, სპეციალური სწავლება და ინდივიდუალური სამკურნალო ფსიქოლოგიურ-პედაგოგიური პროგრამები, რომლებიც იქმნება ბავშვის ძლიერი და სუსტი მხარეების, უნარებისა და ინტერესების გამოვლენის მიხედვით. აღნიშნული მიმართულებით აქტიური მუშაობა ბავშვის განვითარების აუცილებელი პირობაა.

როგორ ვასწავლოთ მკითხველს X სინდრომის მქონე პაციენტს?

აღნიშნული სინდრომის მქონე პაციენტების შემეცნებითი თავისებურებებიდან გამომდინარე, ასეთ პაციენტებს ესაჭიროებათ განსაკუთრებული სასწავლო გარემო. პაციენტი კარგად ითვისებენ მიწოდებულ მასალას და უადვილდებათ სწავლა, თუ:

- მასალა მიეწოდებათ მაქსიმალური თვალსაჩინოებით და გამოიყენება მრავალფეროვანი ვიზუალური მასალა;
- გამოიყენება ვიზუალური სტიმულები სმენითი ყურადღების გასამახვილებლად;
- პაციენტს ეძლევა მარტივი ინსტრუქციები;
- გამოიყენება პაციენტის კარგი იმიტაციის უნარი. რამდენჯერმე აჩვენებენ მოქმედებას საგნებით, მოძრაობას, უმეორებენ ფრაზებს ან სიტყვებს, რაც შეიძლება, მელოდიურად და გამოთქმით;
- მუშაობენ რამდენიმე პაციენტთან ერთდროულად და არა ინდივიდუალურად;
- ჰიპერაქტივობის პრობლემის დასაძლევად გაკვეთილს რამდენიმე მცირე ნაწილად ყოფენ, მოკლე შესვენებებით, როდესაც გამოიყენება მოტორული ფუნქციის განმავითარებელი სავარჯიშოები მუსიკის, ან რიტმის თანხლებით;
- ხდება პაციენტის მეტყველების ყოველგვარი მცდელობის ნახალისება; პაციენტს აძლევენ იმდენ დროს, რამდენიც ესაჭიროება კითხვაზე პასუხის გასაცემად;
- საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტის სწავლების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, აუცილებელია მეტყველების თერაპევტისა და ოკუპაციური თერაპევტის დახმარება;
- პაციენტს მონესრიგებული და განსაზღვრული აქვს დღის რეჟიმი; მიჩვეულია ყოველდღიური სასკოლო თუ საშინაო აქტივობების თანმიმდევრობას.

ფენილკეტონურია

რა არის ფენილკეტონურია?

ფენილკეტონურია არის ნივთიერებათა ცვლის, კერძოდ, ამინომჟავა ფენილალანინის ცვლის მემკვიდრეობითი დარღვევა, რომელსაც თან სდევს გონებრივი ჩამორჩენილობა და სხვადასხვა ნევროლოგიური სიმპტომი.

დაავადება პირველად აღინერა 1934 წელს ნორვეგიელი ექიმის ფელინგის მიერ. იგი გადაეცემა აუტოსომურ-რეცესიული გზით, რაც ნიშნავს, რომ ფენილკეტონურიის მქონე ბავშვის ორივე მშობელი დაზიანებული გენის ფარული მატარებელია და ასეთ შემთხვევაში ფენილკეტონურიის მქონე ბავშვის დაბადების ალბათობა 25%-ია, ანუ ყოველი 4 მშობიარობიდან 1.

რა ახასიათებს ფენილკეტონურიას?

ხშირად, დაბადებიდან პირველი სამი თვის განმავლობაში, ბავშვს არაფერი ემჩნევა და სპეციალური ანალიზის გარეშე რაიმეს დადგენა რთულია. ზოგიერთ შემთხვევაში ბავშვებს დაბადებიდანვე აღენიშნებათ მაღალი აგზნებადობა (უმიზეზო ტირილი, ძილის დარღვევა), ან პირიქით, ძილიანობა, მოთენთილობა. მე-4 თვიდან შეიმჩნევა ჩამორჩენა ბავშვის ფსიქიკურ განვითარებაში. ბავშვი ხდება ინდიფერენტული მშობლების, სათამაშოების მიმართ. დროულად ვერ ჯდება, ვერ დგება, მეტყველების განვითარება ძლიერ ჩამორჩება. ბავშვების 92%-ს უვითარდება მძიმე ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა, 3-4%-ს კი იოლი ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა; ასეთი ბავშვების 0.2-0.3%-ის ფსიქიკური განვითარება ნორმის ფარგლებშია. 5-6 წლის ასაკის შემდეგ გონებრივი ჩამორჩენილობა სტაბილურ ხასიათს იღებს. ხშირად ადგილი აქვს ქცევის დარღვევას, ძლიერ აგზნებას მოტორული სტერეოტიპებით, ხანდახან – ფსიქოტურ სიმპტომებსაც. ბავშვებში 1 წლიდან ხშირია კრუნჩხვითი გულყრები (50%) და მათი აღმოცენება ემთხვევა კვების რაციონში ცილოვანი საკვების ჩართვას. 3-5 წლისათვის კრუნჩხვითი გულყრების სიხშირე კლებულობს და ზოგ შემთხვევაში მკურნალობის გარეშეც ქრება.

ბავშვისათვის დამახასიათებელია ჭარბი ოფლიანობა და სპეციფიკური სუნი. ოთახშიც კი, სადაც ასეთი ბავშვი იმყოფება, თავისებური, ობის მსგავსი სუნია.

ამავე დროს, ბავშვს შეიძლება გამოუვლინდეს სხვადასხვა

ნევროლოგიური სიმპტომატიკა – პირამიდული და ექსტრაპირამიდული სისტემების დაზიანების ნიშნები.

რა ინვევს ფენილკეტონურიას?

დაავადებას ინვევს ერთ-ერთი ენზიმის, ფენილალანინ ჰიდროქსილაზის ნაკლებობა; ამის გამო, საკვებთან ერთად მიღებული ფენილალანინი არ გარდაიქმნება თიროზინად, რაც ინვევს ფენილალანინის დაგროვებას სისხლში და თავ-ზურგ ტვინის სითხეში. ფენილალანინისგან წარმოიქმნება ფენილ-პიროყურძნისმჟავა და სხვა მჟავები, რომლებიც ტოქსიურად მოქმედებენ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე.

რაში მდგომარეობს პრობლემა?

ჩვენი საკვები შედგება ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლებისაგან. ცილების საფუძველს ამინომჟავები წარმოადგენს; ფენილალანინი კი ერთ-ერთი ამინომჟავაა, რომელსაც ბავშვის ორგანიზმი ვერ უმკლავდება. ცილოვანი საკვების მიღების შემდეგ იგი იშლება და ყოველი ამინომჟავა, ფენილალანინის ჩათვლით, სისხლში შეიწოვება. ისინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ორგანიზმის განვითარებაში. ბავშვებში ამინომჟავების მნიშვნელოვანი ნაწილი, ფენილალანინის ჩათვლით, ემსახურება ზრდის პროცესს. ნორმალური კვების პირობებში ზრდისა და ქსოვილებისათვის საჭირო ამინომჟავების რაოდენობა ორგანიზმში საკმარისზე მეტია. ეს ზედმეტი ამინომჟავები სხვა ნივთიერებებად (ენზიმებად) ფერმენტებად გარდაიქმნება. როგორც წესი, ფერმენტი ფენილალანინ ჰიდროქსილაზის ზემოქმედებით ქარბი ფენილალანინი სხვა ამინომჟავად – თიროზინად გარდაიქმნება. თიროზინის დახმარებით ორგანიზმში წარმოიქმნება ჰორმონები, ტვინის ქიმიური ნივთიერებები და მელანინის ყავისფერი პიგმენტი.

ფენილკეტონურიის დროს ორგანიზმში ფერმენტი ფენილალანინ ჰიდროქსილაზის უკმარისობის ან საერთოდ უქონლობის გამო, ვერ ხერხდება ფენილალანინის გარდაქმნა თიროზინად, ამიტომ სისხლში იგი დიდი რაოდენობით გროვდება, გარდაიქმნება ფენილკეტონებად და გამოიყოფა შარდის მეშვეობით. აღნიშნული ფერმენტის დეფიციტი მემკვიდრული წარმოშობისაა. ერთი დეფექტური გენის მატარებელი მშობლების შვილებს, შეიძლება, არ ჰქონდეთ ფენილკეტონურია, რადგან წყვილიდან ერთ-ერთი ჯანმრთელი გენი, შესაძლოა, საკმარისად აკონტროლებდეს ფენილალანინ ჰიდროქსილაზის წარმოშობას და ასეთი დეფექტური

გენის მატარებელი 50-დან 1 ადამიანია. ორივე მშობელში თითო დეფექტური გენის არსებობის შემთხვევაში დაავადების განვითარების ალბათობაა 2500-დან 1 და ასეთი თანხვედრისას ფენილკეტონურიის მქონე ბავშვის დაბადების ალბათობა ყოველ ორსულობაზე 25%-ია, ფენილკეტონურიის დეფექტური გენის მქონე ბავშვის დაბადების ალბათობა 50%-ი, ნორმალური გენების მქონე ბავშვის დაბადების ალბათობა კი – 25%.

რამდენად ხშირია ფენილკეტონურია?

საშუალოდ გვხვდება 10 000 ახალდაბადებულიდან 1-ში. ერთ-ნაირი სისხლით გვხვდება გოგონებსა და ბიჭებში. ფენილკეტონურიას ადგილი აქვს გონებრივი ჩამორჩენილობის შემთხვევების 1%-ში.

რაში მდგომარეობს ძირითადი პრობლემები?

- მთავარ პრობლემას წარმოადგენს ფენილალანინის ცვლის დარღვევა, სისხლში მისი ჭარბი რაოდენობით დაგროვება. დიდი რაოდენობის ცილების შემცველი საკვები;
- ძირითადი პრობლემაა ბავშვის ბალანსირებული დიეტა - ისეთი, რომ საკვები არ შეიცავდეს ფენილალანინს, არ შეიცავდეს დიდი რაოდენობის ცილებს, ამავე დროს, იყოს კალორიული და ბავშვის განვითარებისათვის აუცილებელი ყველა ნივთიერების შემცველი;
- ბავშვის გონებრივი ჩამორჩენილობა და მასთან დაკავშირებული ბავშვის ფსიქიკური განვითარებისა და სწავლის პრობლემები;
- ქცევის დარღვევა, ჰიპერაქტივობა, გაღიზინებადობა, ადვილი აგზნებადობა, ხანდახან ფსიქოტური დარღვევები, იმპულსურობა;
- მეტყველების განვითარების ჩამორჩენა;
- მოზრდილებში ხშირია დეპრესია.

როგორ შეიძლება დავეხმარეთ ფენილკეტონურიის მქონე პიროვნებას?

ეფექტური დახმარება შესაძლებელია

- მეტად მნიშვნელოვანია ადრეული დიაგნოსტიკა. აშშ-სა და ევროპაში ახალდაბადებულ ბავშვებს მასიურად უმონმებენ ფენილალანინის შემცველობას (სკრინინგი). ყველაზე მარ-

ტივია შარდში მისი შემცველობის გასინჯვა სამქლორიანი რკინის FeCl 5% ხსნარისა და ძმარმჟავას რამდენიმე წვეთის საშუალებით. შარდი მწვანედ იღებება, თუ ფენილალანინი ნორმაზე მეტია (ფელინგის სინჯი). ფენილალანინის განსაზღვრავენ სისხლის პლაზმაშიც; ზუსტ მეთოდად მიიჩნევა გატრის მიკრობიოლოგიური ტესტი: სისხლში ფენილალანინის შემცველობა არ უნდა აღემატებოდეს 2-6 მგ/დლ. ადრეული დიაგნოსტიკა აუცილებელი პირობაა ბავშვის ნორმალური განვითარების უზრუნველსაყოფად.

- ძირითადი დახმარებაა ბავშვის ბალანსირებული კვების დიეტის შერჩევა ცილოვანი საკვების მკვეთრი შემცირებით. პროტეინებით მდიდარი საკვების მიღება ან მკაცრად იზღუდება, ან საერთოდ იკრძალება. მაგრამ ფენილკეტონურიის მქონე ბავშვსაც ესაჭიროება გარკვეული რაოდენობის ცილები და ფენილალანინი. მისი ძლიერი დაქვეითებაც მავნეა ორგანიზმისათვის. ბავშვებს მცირე რაოდენობით აძლევენ დედის რძეს, ხილის, ბოსტნეულის წვენებსა და ფაფებს. დიეტაში შედის თითქმის ყველა ხილი, ბოსტნეულიდან კომბოსტო, სტაფილო, ქარხალი. აგრეთვე თაფლი. რაციონიდან ამოღებულია ხორცი, თევზი, კვერცხი, ხაჭო, ყველი, ლობიო, ცერცვი, ნიგოზი. რძე და კატროფილი კი მკვეთრად შეზღუდულია.
- მუდმივი დიეტა ბავშვის ნორმალური განვითარების გარანტიაა. მას აღარ ჩამოუყალიბდება გონებრივი ჩამორჩენილობა, არ განუვითარდება ნევროლოგიური სიმპტომები. აღნიშნული დიეტური დახმარება ქრონიკული ხასიათისაა და მისი შეწყვეტა არ შეიძლება. წინათ ფიქრობდნენ, რომ დიეტის შეწყვეტა შესაძლებელია 10-12 წლის ასაკისათვის. მაგრამ გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ დიეტის შეწყვეტის შემდეგ ადამიანებს ნერვული აშლილობები ეწყებათ. ამიტომ აუცილებელია ხანგრძლივი დიეტა.
- აუცილებელია ბავშვის სისხლის რეგულარული შემოწმება ფენილალანინის დონის განსაზღვრის მიზნით.
- ბავშვის ფსიქიკური განვითარების ჩამორჩენის შემთხვევაში, აუცილებელია, მისი სპეციალური ფსიქოლოგიური და პედაგოგიური დახმარება.

შეიძლება თუ არა ფენილკეტონურიის განკურნება?

სრულიად შესაძლებელია. მკურნალობა ხდება დიეტის საშუალებით, რომელიც ცილების მინიმალურ რაოდენობას შეიცავს. ბავშვმა ზრდისათვის საჭირო რაოდენობის ფენილალანინი რომ მიიღოს, დიეტაში უნდა ჩაირთოს სპეციალური საბავშვო საკვები, რომელიც დამზადებულია ცილის კომპოზიტებზე. ეს არის ცილის ჰიდროლიზატები – ციმოგრინი, კეტონილი, ლოფენორაკი, ასევე ალფა-ამინომჟავის ნარევეები, ასკორბინის მჟავა. სინთეტური ფორმულა გამოიყენება აკრძალული საკვების შესაცვლელად. იგი საკმაოდ ძვირადღირებულია, მაგრამ დანახარჯი შედეგს ამართლებს. თუ ბავშვს დიეტა დროულად ენიშნება, მას არავითარი პრობლემები არა აქვს. დროული დიეტა 100%-ით იძლევა ნორმალური ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარების გარანტიას, რადგანაც სისხლში ფენილალანინის შემცველობა დარეგულირებულია. დიეტის დაცვის შემთხვევაში ფენილკეტონურიის მქონე ქალს თავისუფლად შეუძლია იყოლიოს ბავშვი. როდესაც ასეთი ქალის მეუღლე დეფექტური გენის მტარებელი არ არის, მათი ბავშვი ჯანმრთელი დაიბადება.

შეუძლიათ თუ არა მუშაობა ფენილკეტონურიის მქონე პირებს?

სისხლში ფენილალანინის კონტროლისა და დიეტის ფონზე ბავშვები კარგად სწავლობენ, შემდგომში საკუთარი სურვილისამებრ ეუფლებიან ნებისმიერ პროფესიას და წარმატებით მუშაობენ.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირებს, განსხვავებული შესაძლებლობების გამო, ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლიათ დამოუკიდებლად, ზოგიერთ შემთხვევაში კი – ზედამხედველობის ქვეშ მუშაობა.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. R. Appleton, T. Baldwin Management of Brain-injured children. Oxford University Press. 1998
2. AAP. Pediatrician role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. Pediatrics, 2007, v.107, N5, pp.1-18
3. AAN. Practice parameter: Screening and diagnosis of Autism. Report of Quality Standards.2000
4. G. Baird, H.Cass, V. Slonims Diagnosis of Autism BMJ, 2003, v.327, pp.488-493
5. R. Barkley Eight principles to guid ADHD children. The ADHD report, 1993, v.1
6. A. Carr Child and Adolescent clinical psychology. A Contextual approach. London-N.Y. 1999
7. D. Cicchitti, S. Hoth (eds) Internalizing and Externalizing expressions of dysfunction: Rochester Symposium om Developmental Psychopathology.v.2, 1991, LEA Publ.
8. D. Cullinan Behavior disorders in children and adolescents. N.Y., 1983
9. M. Donaldson Children with language impairments. London, 1995
10. J. Edvards The scars of dyslexia. London, 1994
11. T. Feinberg, M. Farah Behavioral neurology and neuropsychology. N.Y. 1997
 ch. 60. Acquired disorders of language in children
 ch. 61. Specific language impairments
12. M. Fitzgerald, A. Corvin Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome. Adv. in Psychiatric Treatment, 2001, v.7, pp.310-318
13. H. Gjessing A longitudinal study of dyslexia: Bergen's multivariate study of children's learning disabilities. N.Y. 1989
14. C. Gillberg, G. O'Brien Developmental disability and behaviour.

Cambridge University Press. London, 2000

15. J. Harris Developmental Neuropsychiatry. Oxford University Press. 1995, v.2. Assessment, diagnostic and treatment of developmental disorders.
16. R.Hagerman Neurodevelopmental Disorders. Diagnosis and treatment. Oxford University Press.N.Y. 1999
17. R. Hubbell Children's language disorders. N.Y. 1981
18. S. Hooper, R. Mattison, G. Hynd Developmental Disorders. Diagnostic criteria and clinical assesement. Hillsdale, 1992.
19. M. Lewis, S. Miller Handbook of Developmental Psychopathology. N.Y.- London, 1990.
20. Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the child with ADHD. Pediatrics, 2000, v.105, N5, pp.1158-1170
21. B. Rourke, J.Del Dotto Learning Disabilities: A neuropsychological perspective. 1994. Sage Publ., London
22. O. Spreen, A. Risser, D. Edgell Developmental Neuropsychology. Oxford University Press. 1995
23. S.Scott Classification of psychiatric disorders in childhood and adolescence: building castles on the sand? Adv. in Psychiatric Treatment, 2002,v.8, pp.205-213
24. M. Shevell, S. Aswall, D Donley Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. Neurology, 2003, v.60, pp.367-380
25. H. Steiner, L. Remsing Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional –definat disorder. J. Am.Acad. Child and Adolesc. Psychiatry 2007,v.46, N1, pp.126-141
26. P. Szatmari Identification and Early Intervention of Pervasive Developmental Disorders. Recent advances in Pediatrics. 1999, chp.9, v.13, pp. 123-138
27. C. Temple Developmental cognitive neuropsychology. 1997. Psych.Press, London
28. C. Trevarthen, K. Aitken Children with autism. Diagnosis and In-

terventions to meet their needs. London, 1998

29. C. Waddell, E. Lipman, D. Offord Conduct disorder: practice parameters for assessment, treatment and prevention. Can. J. Psychiatry, 1999, v.44, suppl.2, pp.359-409
30. B. Wagner ADHD: Current concepts and underlying mechanism. J. of Child and Adolescence Psychiatric Nursing, 2000, v.13, pp.113-124
31. D. Zaidel Neuropsychology. San Diego, 1994. ch. 10. M. Dennis, M. Barnes Developmental aspects of neuropsychology.

