

UOT 376

***Salbi Ağamehdi qızı Abasova***

*Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universitetinin müəllimi*

<https://orcid.org/0000-0001-6353-5588>

[https://doi.org/10.69682/azrt.2024.91\(2\).287-292](https://doi.org/10.69682/azrt.2024.91(2).287-292)

## **BAŞ BEYNİN GİCGAH SAHƏLƏRİNİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI TƏZAHÜR EDƏN NİTQ PATOLOGİYALARI**

***Сальби Агамехди Абасова***

*преподаватель Азербайджанского Государственного Педагогического Университета*

## **РЕЧЕВЫЕ ПАТОЛОГИИ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВИСОЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

***Salbi Agamehdi Abasova***

*lecturer at Azerbaijan State Pedagogical University*

## **SPEECH PATHOLOGIES MANIFESTED IN DAMAGES TO THE TEMPORAL AREAS OF THE BRAIN**

**Xülasə.** Dominant yarımkürənin zədələnməsi ilə müxtəlif fərdlərdə nitq (və əlaqəli funksiyalar) fərqli şəkildə pozulur və bəzilərində nisbətən asan bərpa olunur, digərlərində isə demək olar ki, bərpası mümkün olmur. Bu faktları yalnız zədələnmənin dərəcəsi ilə izah etmək olmaz (zədələnmənin həcmi, fəsad yaradan amillərin olması və s.). Göründüyü kimi, yarımkürələrdən birinin dominantlıq dərəcəsi, hətta nitq kimi lateral proseslərə münasibətdə də çox dəyişir və ali qabıq funksiyalarının lokal patologiyasında nəzərə çarpacaq müxtəliflik göstərir.

**Açar sözlər:** vizual qavrayış, aparıcı yarımkürə, sensor funksiyalar, diffuz xarakterli, iltihabi proseslər, beyin problemləri, lokal zədələnmə

**Резюме.** При поражении доминантного полушария речь (и связанные с ней функции) нарушаются у разных лиц по-разному, с относительно легким восстановлением у одних и почти без восстановления у других. Данные факты не могут быть объяснены только степенью ущерба (объемом ущерба, наличием осложняющих факторов и т.п.). По-видимому, степень доминирования одного из полушарий сильно варьирует даже в отношении таких латеральных процессов, как речь, и демонстрирует значительную вариабельность локальной патологии высших корковых функций.

**Ключевые слова:** зрительное восприятие, ведущее полушарие, сенсорные функции, диффузные, воспалительные процессы, проблемы головного мозга, локальные повреждения

**Summary.** When the dominant hemisphere is damaged, speech (and related functions) are impaired differently in different individuals, with relatively easy recovery in some and almost no recovery in others. These facts cannot be explained only by the degree of damage (volume of damage, presence of complicating factors, etc.). Apparently, the degree of dominance of one of the hemispheres varies greatly, even in relation to such lateral processes as speech, and demonstrates significant variability in the local pathology of higher cortical functions.

**Key words:** visual perception, dominant hemisphere, sensory functions, diffuse, inflammatory processes, brain problems, local damage

**Aktuallıq:** Bir sıra müəlliflər (B.G Anan- yev, 1960) mürəkkəb (nitq daxil olmaqla) əqli funksiyaların həyata keçirilməsində hər iki yarımkürənin birgə iştirakı fikrinə qayıtdılar. Ali

kortikal funksiyaların həyata keçirilməsində sağ subdominant yarımkürənin rolun qeyri-müəyyən olaraq qalırsa, o zaman xeyli sayda müəllifin klinik müşahidələri (Chester, 1936; A.R. Luria,

1947; Goodglass and Quadfazel, 1947; 1952; Ettlinger, Jackson və Zangwill, 1955; Subiraco, 1958; Ajuriaguerra və Ekaen, 1960; Zangwill, 1960 və başqaları) göstərir ki, solaxay insanlarda sol yarımkürənin subdominantlığı da nitq və onunla əlaqəli koqnitiv proseslərin pozulmalarına səbəb olur.

Qeyd edilməlidir ki, beynin eyni nahiyəsində lokallaşan ocaqlı zədələnmə müxtəlif vəziyyətlərdə fərqli simptomatika ilə təzahür edə bilər. Sol yarımkürənin "nitq zonalarını" zədələyən ocağın, hər hansı bir nəzərə çarpacaq simptomlarla müşayiət olunmaya bildiyini göstərən müşahidələr böyük əhəmiyyət kəsb edir (məsələn, zədələnmə erkən uşaqlıqda baş verərsə və ya əgər beyin qabığının bu sahələrində patoloji vəziyyət ləng inkişaf edirsə). Buna bir faktı əlavə etməliyik ki, bütün psixi funksiyalara münasibətdə bir yarımkürənin mütləq dominantlığına nadir olaraq rast gəlinir. Ehtimal olunur ki, bir çox insanlarda müxtəlif funksiyalara qismən və ya qeyri-bərabər dominantlıq üstünlük təşkil edir. Bunun sayəsində bir insan, məsələn, "sağ əlli" olduğu halda, sol gözün aparıcı funksiyası üstünlük təşkil edə bilər və s. {1}

Yarımkürənin dominantlığının müxtəlif dərəcələri, artıq qeyd edildiyi kimi, tək-cə subyektdən subyektə deyil, həm də funksiyadan funksiyaya dəyişir. Əgər insanların əksəriyyətində nitq prosesləri, bir qayda olaraq, dominant yarımkürənin lateralizasiyasından nəzərəçarpacaq dərəcədə asılıdırsa, bir sıra digər funksiyalarda aparıcı lateralizasiya dərəcəsi daha az ifadə olunur.

Tədqiqatlarda vizual qavrayış proseslərinin aparıcı yarımkürə ilə daha az dərəcədə əlaqəli olduğu və davamlı aqnostik pozulmaların korteksdəki müvafiq şöbələrin ikitərəfli zədələnmələri nəticəsində baş verdiyi göstərilir.

Beynin frontal hissələrinin zədələnməsi səbəbindən təşkilati və iradi fəaliyyətin pozulması müşahidə olunur. Qeyd olunanlar müxtəlif psixi funksiyaların fərqli lateralizasiyası haqqında düşünməyə vadar edir. Bəzi psixi proseslərə münasibətdə daha çox sağ yarımkürənin dominantlığından danışmaq olar; musiqi prosesləri, öz qüsurlunu dərk etmək və s. Mürəkkəb psixi fəaliyyətin həyata keçirilməsində hər iki yarımkürənin müxtəlif səviyyəli iştirakı məhdudlaşmır.

Son onilliklərdə aparılan tədqiqatlar (B. G. Ananyev, 1959, 1960 və s.) göstərir ki, bir qayda olaraq, bir çox funksiyalar hər iki yarımkürənin iştirakı ilə həyata keçirilir, lakin əllərdən birinin aparıcı, digərinin isə köməkçi rol oynayarsa, sol və sağ yarımkürələrin iştirakının fərqli təbiəti ortaya çıxır. {2}

Sağ və sol yarımkürələrdə güllə yaraları zamanı taktik hissiyyatın pozulma xüsusiyyətləri tədqiq olunarkən, hətta həssaslıq kimi, nitq funksiyasından uzaq olan bir funksiyanın təşkilində hər iki yarımkürənin fərqli xarakter daşdığı müşahidə olunur (Semm es, Weinstein, Gent and Teiber, 1960).

Əgər sol (dominant) yarımkürədə sensor funksiyalar diferensasiya olunmuş şəkildə olursa, sağ (subdominant) yarımkürədə daha çox diffuz xarakterli olur. Buna görə də, sol yarımkürədə yalnız sensomotor sahənin zədələnməsi, əks tərəfdə həssaslığın pozulmasına gətirib çıxarır, bu zonalardan kənarında lokallaşan zədə hissiyyatın pozulmasına səbəb olmur. Əksinə, sağ yarımkürənin yaralanması sensomotor zonada yerləşməsə belə, hissiyyatla əlaqədar problemlərə səbəb ola bilər; çox zaman bu xəsarətlər eyni qolda hissiyyatın pozulmasına səbəb olur.

Eyni morfoloji quruluşa malik olan hər iki yarımkürənin fərqli funksional diferensiasiyaya malik olması, tək-cə nitqdə deyil, həm də sensor (və motor) funksiyalarda əksini tapır.

Ümumi beyin problemlərinin, xüsusilə bariz formaları damar xəstəlikləri və beyin şişlərində təzahür edir. {4} Məsələn, qanaxmaya və ya tromboza səbəb olan damar pozulmaları, adətən (daha çox yaşlı xəstələrdə) beyin qidalanmasının pozulması və arteriosklerotik dəyişikliklər.

Qanaxma və ya tromboz, lokal zədələnmə hüdudlarından çox kənara çıxan əlavə pozulmalara gətirib çıxarır. Nisbətən böyük arteriyadan qanaxma (və ya tromboz) beynin geniş həcmi tutur, vaskulyarizasiyası bu arteriya ilə bağlıdır. Buna damar fəaliyyətinin yerli refleks pozulmaları da əlavə olunur. Bütün bunlar əsas patoloji lokallaşmanın birbaşa yerləşdiyi hüdudlardan çox kənarda yaranan dəyişikliklərin yayılmasına gətirib çıxarır.

Beyin şişlərində ümumi beyin amilləri də bariz təzahür edir. Bir qayda olaraq, hər bir, xüsusilə böyük ölçüdə olan şiş, likvor mübadiləsinin dəyişməsi ilə müşayiət olunan hidrosefali-

ya ilə nəticələnir. Beyin şişi qan damar dövrəsinə nəzərəcarpacaq dərəcədə təsir edir, damarlarda mexaniki və reflektor dəyişikliklərə səbəb olur, patoloji zədələnmə sərhədindən kənarada yerləşən beyin toxumasının normal qidalanmasının pozulmasına səbəb olur. Sürətlə böyüyən beyin şişlərinin daxilində intensiv şəkildə çürüyən toxumaların toksik amil olaraq ümumi simptomatikaya əlavə olunduğunu da qeyd etmək vacibdir. Lokal və ümumi beyin amilləri ekstraserebral şişlərdə (araxnoid-endoteliomalar), nisbətən ləng artan lokal məhdudiyətli (məsələn, astrositomalar və oliqodendroqliomalar) və ya sürətli böyüyən bədxassəli şişlərdə (medulloblastoma, multif normal spongioblastoma, machitis və s.) fərqli olur. Şişlərin böyüməsi yalnız sinir elementlərini məhv etmir, həm də toksik təsir ilə müşayiət olunur. {3}

Beyin şişləri olduğu halda ümumi beyin və lokal komponentlərin nisbəti şişin artımı ilə əlaqədar eyni bir xəstədə kompensasiya mexanizminin pozulması nəzərə carpacaq dərəcədə dəyişə bilər. Nəhayət, lokal və ümumi beyin komponentlərinin nisbəti müxtəlif günlərdə və hətta eyni günün müxtəlif saatlarında eyni qalmır. {4} Məlumdur ki, bir sıra müxtəlif amillərdən asılı olan kəllədaxili təzyiğin artması məlum dövrlərə (və ya günlərə) gətirib çıxara bilər ki, xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşir və hipertoniya simptomları və artır. Belə dövrlərdə xəstə yalnız qan təzyiqini azaldan dərmanların tətbiqindən sonra tədqiqat üçün əlçatan olur. Mütəxəssislər belə xəstələrdə bütün funksiyaların yüksək dərəcədə tükənməsini, tədqiqatların nəticələrinin dəyişkən olduğunu qeyd edirlər. Beynin demək olar ki, bütün zədələnmələrində ümumi serebral komponentlərin olması lokal simptomatikanın qiymətləndirilməsini çox çətinləşdirir.

**Problemin elmi yeniliyi.** Qeyd edilən ümumi beyin amilləri dinamikasının və sinir proseslərinin patoloji dəyişikliklərinə, sinir proseslərində oyanma və ləngimə proseslərinin nisbətinin pozulmasına və patoloji inertlik əlamətlərinin təzahürünə səbəb olur. Bütün bu pozulmalar psixi fəaliyyətdə, əsasən də psixi proseslərin mürəkkəb formalarında dəyişikliklərə səbəb olur. Belə hallarda neyrodinamik pozulmalar bir deyil, bir çox sistemlərdə özünü göstərir ki, bu da əslində onları lokal neyrodinamik qüsurlardan fərqləndirməyə əsas verir. Yalnız ən ağır

hallarda, ümumi beyin amilləri lokal simptomları o qədər maskalayır ki, lokal diaqnostika qeyri-mümkün olur.

Ali psixi funksiyaların pozulmasının qiymətləndirilməsində xüsusi yer beynin dərin hissələrində və ilk növbədə beyin kökü və diensefalik bölgədəki patoloji dəyişikliklər kortikal proseslərin gedişatına təsir əsas yer tutur. Belə zədələr retikulyar formasıyanın funksiyalarında xüsusi pozulmalara səbəb olur, nəticədə korteksin tonusu, bəzən isə xəstənin ümumi şüur vəziyyəti kəskin dəyişir. Bu amillər də kortikal fəaliyyətdə nəzərəcarpan pozulmalara səbəb ola bilər və ocaqlı zədələnmələr zamanı diaqnoz qoymağı çətinləşdirir.

Nəhayət, bir çox hallarda perifokal iltihabi proseslər və hipertenziv-dislokasiya kimi amillər ilkin zədələnmənin yaratdığı fəsadların nəzərəcarpacaq dərəcədə genişlənməsinə və tədqiqatçının artıq yalnız ocaqla deyil, regional simptomlarla qarşılaşmasına səbəb ola bilər. Bu simptomologiya beynin zədəyə bitişik bölgələrində patoloji prosesin səbəb olduğu bir sıra əlavə pozulmaları əhatə edir.

Ümumi klinik mənzərədə əsas zədənin beynin uzaq nahiyələrinə təsiri də mühüm yer tutur. "Uzaqdan" belə təsirlərə, məsələn, beynin frontal paylarının pozulmuş funksiyalarının ikincili simptomları (və ya "pseudofrontal" simptomlar), xüsusən də ənsə bölgəsində topik diaqnostikada çətinliklər yaradır. Bununla belə, qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra hallarda, ümumi beyin faktorları simptomu daha da gücləndirir yerli zədələnmələrin həcmi daha aydın görünməyə başlayır, kəllədaxili təzyiğin artması ilə təzahür edir. Bütün bu məqamlar yerli beyin zədələnmələri halında yüksək kortikal funksiyaların pozulmasının xüsusiyyətlərinin öyrənilməsinə nəzərə carpacaq dərəcədə çətinləşdirir. {3} Təcrübə göstərir ki, bütün ağırlaşmalara baxmayaraq, ali qabıq funksiyaların psixoloji tədqiqi beyin zədələnmələrinin diaqnostikasında öz yerini tapmış və nevroloji və neyrocərrahiyyə klinikalarında bu məqsədlər üçün istifadə olunan metodlardan biridir.

Bir qayda olaraq, korteksin bu sahəsi zədələnmə xəstələr mətni üzündən düzgün köçürür, güclü kinestetik hissiyyətə əsaslanaraq tanış sözləri yazı bilirlər. Lakin onlar dikte edilmiş sözləri və ya özlərinə məxsus mətni yazı bilmir-

lər. Ən kobud pozulma hallarında, müstəqil şəkilə və ya diktə altında yazı qeyri-mümkün olur və xəstə təsadüfi, qeyri-adekvat hərflər toplusunu yazır. Daha yüngül hallarda isə xəstə xüsusi səs təhlili tələb edən sözlərdə səhvlər edir. Oxu pozulmalarına gəldikdə isə, belə xəstələr keçmiş təcrübələrinə əsaslanaraq tanış sözləri (öz soyadlarını, yaşadıkları şəhəri və s.) asanlıqla tanıyır, hətta qəzetlərə baxıb oxuduqlarının ümumi mənasını anlaya bilsələr də, ayrı-ayrı hərfləri, hecaları və ya daha az tanış olan sözləri oxuya bilmirlər. Tanış sözlərin tanınmasının qorunması ilə düzgün oxunuşun kobud pozulması arasındakı uyğunsuzluq belə xəstələrin ən xarakterik xüsusiyyətlərindən biridir. Temporal (akustik) afaziya zamanı nitqin səs tərəfinin pozulması, onun semantik quruluşunun pozulması ilə sıx bağlıdır. Bu hallarda ilkin olaraq, səs və məna vəhdəti olan fonem və anlamı təmin edən fonematik eşitmə pozulur. Təbii ki, nitqin səs (fonematik) quruluşu pozulduqda, onun əsasında təşkil olunmuş məna sistemi də pozulur. Nitqin məna tərəfinin bu cür pozulması "sindrom sensor afaziya" adlanır. "Hava", "Dava", "Tava" sözlərini ritmik quruluşuna görə eyni eşidən xəstə, əlbəttə ki, onun məna tərəfini itirir.

Sensor afaziya zamanı kobud pozulma hallarında söz tərkibi və mənası dağılırsa, daha yüngül pozulmalarda nitqin söz tərəfinin pozulması yalnız xüsusi nümunələrdə aşkar edilə bilər. Belə testlərdən biri, dinləmə üçün təqdim olunan bir neçə sözünün mənasını saxlamaq testidir. Əgər sensor afaziyanın yüngül forması olan, "göz", "burun", "qulaq" sözlərinin mənasını saxlayan xəstəyə üz hissələrinin adlarını çəkərək, təkrar göstərməyini təklif etsək, həmin sözlərin mənasını necə itirdiyi təzahür edəcək. Xəstə ardıcıl şəkildə sözləri səhv təkrarlayaraq düzgün göstərməyəcək. Sözün birbaşa mənasının belə pozulması, obyekt, əşyanı bildirən sözün xəstəyə əyani təqdimatı olmadığı hallarda xüsusilə aydın şəkildə ortaya çıxır. Təqdim olunan söz uyğun obyekt və ya əşya ilə müşayiət olunarsa, xəstəyə sözün mənasını yadda saxlamağa və hafizədə möhkəmləndirməyə imkan verir, bu, sensor afaziya olan xəstələr üçün bərpəedici mərhələdə öyrənmə üsullarından biridir.

Sensor afaziyalı xəstədə nitqin məna tərəfinin qeyri-bərabər pozulması daha sonra, sözlərin aktiv nitqdə istifadəsini və başa düşməyi çə-

tinləşdirir. Məhz buna görə sensor afaziyası olan bir xəstə çox zaman sözün yalnız ümumi semantik mənasını qavrayır, onu diferensasiya edərək fərqləndirə bilmir, hətta daha çox bu sözün xüsusi mənasını başa düşə bilmir. Temporal (akustik) afaziya halları ilə bağlı müşahidələr göstərir ki, temporal bölgə sistemlərinin zədələnməsi sözlərin yadda saxlanması və təkrarlanmasının pozulmasına səbəb olur. Sensor nitqin pozulması mütləq nitq amneziası ilə müşayiət olunur. Bəzən temporal afaziyanın nisbətən yüngül forması zamanı bir və ya iki sözü 3-5 saniyəlik pauza ilə xəstəyə təqdim etmək kifayətdir ki, onun təkrarlanması çətinləşsin və sözü parafaziyalarla əvəz edərək təqdim etsin. Xəstədən bir sıra sözləri və ya bütöv bir ifadəni təkrar etməsi tələb olunduqda sözlərin yadda saxlanması və təkrarlanmasında çətinliklər daha aydın müşahidə olunur.

Sözün quruluşunun fonemik mənasının müxtəlifliyi ilə əlaqəli verbal yaddaşın fərqli pozulmaları əşyaların adlandırılması ilə bağlı təcrübələrdə eyni şəkildə görünür. Əşyanın düzgün adını tapmağa çalışan belə xəstə tez-tez sözləri tələffüz edir, onların səs tərkibini təhrif edir və lazımi sözləri başqa sözlərlə əvəz edir. Bu qrup xəstələr üçün xarakterik olan daha bir xüsusiyyət odur ki, sözü xəstənin yadına salmaq üçün işarə edilən ilk səs və ya və istədiyiniz sözün ilk hecası da xatırlamağa kömək etmir. Nitqin fonemik strukturunun pozulması verbal yaddaşın pozulmasına gətirib çıxarır ki, bu da, sözlərin təkrarlanması və ya əşyaların adlandırılmasında, habelə xəstənin müstəqil və geniş nitqində özünü göstərir. Artıq qeyd olunduğu kimi, bu hallarda işarələrin köməyi ilə də lazımi sözləri xatırlamağa kömək etmir. Sensor (akustik) afaziyanın xarakterik xüsusiyyətlərindən biri də odur ki, fonetik analiz və sintezdə, qüsurla əlaqəli olmayan digər funksiyalar, bir qayda olaraq, qorunmuş olur. Temporal sistemləri zədələnmiş xəstə şəkillərin vizual təhlilini tələb edən tapşırıqları düzgün yerinə yetirməyə davam edir, məkanda bələdləşmə, məkan praksisinin əməliyyatını uğurla yerinə yetirir. Çox vaxt bütün bu funksiyalar o qədər qorunub saxlanılır ki, xəstə, hətta əsas qüsurlu kompensasiya etmək üçün onlardan istifadə edə bilər. Buna görə də, kinestetik və vizual-məkan analizi və sintezinə

əsaslanan tapşırıqlardan, bu qrup xəstələr üçün bərpaedici təlimdə istifadə edilə bilər.

Sol temporal hissədə orta bölmələrin zədələnməsi halında hansı pozulmalar baş verir, yəni, eşitmə analizatorunun qabıq nüvəsi ilə birbaşa əlaqəsi olmayan və şərti olaraq "qeyri-nüvə" şöbələri kimi təyin olunan şöbələr zədələndikdə nə baş verir? Bu sual bu sahədə zədələnmələrin tezliyi səbəbindən böyük praktik əhəmiyyət kəsb edir (bölgə şişləri və absesləri) və daha mürəkkəb olur. Eşitmə analizatorunun "nüvə zonasının" ikincili sahələri kimi, qabığın bu hissələri periferiya ilə birbaşa əlaqəsi olmayan görmə mərkəzinin nüvələrindən lifləri qəbul edən zonalara aiddir və beləliklə, beyin qabığının daha mürəkkəb zonalarının bir hissəsini təşkil edir. Onlar insanlarda xüsusilə aydın şəkildə inkişaf edir və beyin qabığının nisbətən yeni formasıyalarını təmsil edir. Bu şöbələr üçün iki xüsusiyyət vacibdir. Bir tərəfdən, bu bölmələrin bəziləri digər (vizual) analizatorun sistemə aid olan kortikal formasıyalarla sıx bağlıdır və hər iki analizatorun kortikal uclarının üst-üstə düşmə zonası kimi qəbul edilə bilər. Digər tərəfdən, bu formasıyalar daha qədim formasıyalarla, yəni: limbik bölgə və temporal korteksin bazal bölmələri ilə əlaqələri saxlayır - kortikal tonus və affektiv proseslərin tənzimlənməsinə bilavasitə təsir edir.

Temporal bölgədəki orta hissələrin korteksi həm eşitmə, həm görmə bölmələri və korteks ilə, həm də qeyri-spesifik, tonik mexanizmlərlə və affektiv proseslərlə birbaşa əlaqəsi olan mediobazal bölmələrlə sıx əlaqəyə malik olduğundan yüksək kortikal funksiyaların çox mürəkkəb olduğu görünür. Buna görə də, zədələnmə zamanı daha yüksək kortikal (və xüsusən nitq) proseslərin pozulması şübhəsiz ki, maraqlıdır. Bu simptomların təzahürü, beyindəki sahədə şişlər və abseslərlə əlaqəli çoxlu sayda patoloji proseslərin temporal korteksin məhz bu hissələrinə birbaşa təsir göstərməsi səbəbindən artır. Belə hallarda müşahidə olunan amillər patoloji prosesin yuxarı gicgah bölgəsinə təsirin nəticəsi kimi başa düşülməlidir. Bundan əlavə, burada söhbət patoloji prosesin gicgah bölgəsi ilə ənsə formasıyalarının birləşməsinə təsiri nəticəsində beyin qabığının tonusunun pozulması və ümumi vəziyyətindən gedir. Bu sahənin zədələnməsi nəticəsində yaranan ali intellektual (və

xüsusilə nitq) funksiyalarının pozulmasının faktiki xarakteri müəyyən olunur.

Afaziyanın bu forması ilə yuxarıda təsvir edilən akustik-qnostik nitq pozulmaları arasındakı əsas fərq ondan ibarətdir ki, bunlarda fonematik eşitmə bütün hallarda toxunulmaz qalır və ya qismən pozulur. Belə xəstələr yaxın (müxalif) fonemləri qarışdırmadan asanlıqla təkrar edə bilirlər; qarışdırma yalnız tapşırıqlar mürəkkəb olduqda yaranır. O, ayrı-ayrı sözləri səs tərkibini dəyişmədən və hərfi parafaziya vermədən asanlıqla təkrar edir. Çox vaxt o, diktədən müəyyən sözləri düzgün yazıya bilər və ya yalnız sözlər tanımayan və ya səs tərkibi mürəkkəb olduğu hallarda səhv edir. Bu cür xəstələr eşitmə vasitəsilə təqdim edilən sözləri yadda saxlamağa çalışdıqları zaman fərqli pozulmalar baş verir. Ayrı-ayrılıqda sözləri yadda saxlamaqla, bir neçə söz (üç və ya dörd söz) silsiləsini yadda saxlamaq və təkrarlamaq üzrə nəzərəcarpacaq çətinliklər yaşamağa başlayırlar. Bu hallarda, xəstə, bir qayda olaraq, bütün seriyaları təkrarlamağa bilmədən yalnız bir və ya iki sözü təkrarlamağa bilər. Bəzən əvvəllər təqdim olunan sözləri təkrarlayaraq lazımi sözləri davamlı sözlərlə əvəz etməyə başlayırlar. Xəstəyə bir sıra qısa ifadələr təklif edildiyi hallarda, bir qayda olaraq, sonuncu ifadəni unudur və ya ifadələri qarışdırır.

Vizual olaraq təqdim olunan işarələr seriyasının izlərinin (məsələn, həndəsi fiqurların) şifahi işarələrdə təqdim olunan izlərindən daha yaxşı saxlanılması xarakterikdir. Bu zədələnmələrin əsas xüsusiyyətlərindən biri kimi çıxış edən izlərin saxlanmasının qeyri-sabitliyi nitq fəaliyyətinin digər növlərində də özünü göstərir. Sözlərin mənasını başa düşmək, obyektləri adlandırmaq və xəstənin aktiv nitqini müşahidə etməklə eksperimentlərdə aydın şəkildə izlənilə bilər.

**Problemin praktik əhəmiyyəti.** Bir qayda olaraq, bu qrupdakı xəstələr, əvvəlki qruplarda olan xəstələrdə müşahidə edildiyi kimi, sözlərin mənasını başa düşməkdə nəzərəcarpacaq çatışmazlıqlar göstərmirlər. Bununla belə, təklif olunan sözlərin əhatə dairəsini genişləndirməkdə çətinlik və yadda saxlama ilə yanaşı, mövzu ilə əlaqəli olan sözləri xatırlamada pozulmalar da olur və xəstələr, məsələn, "gözləri və qulaqları" eşidərək, fərq etmədən, dəfələrlə "göz və burun" göstərə bilər. Oxşar faktlar adları çəkilən şəkillərin və ya obyektlərin göstərilməsi ilə bağlı təcrübələrdə də müşahidə olunur. Qarşısına müxtəlif obyektlərin təsvirləri olan şəkillər qoyulan

xəstə, fərdi adlandırılmış şəkilləri düzgün göstərə bilər, adlar onlara cüt və ya üç-üç təqdim edilərsə, bu hallarda baş verən sözlərdə mənanı ilə şifahi amneziya açıq şəkildə təzahür edir. Bir qayda olaraq, bu xəstələrdə adlandırma və obyektlərin ("amnestik afaziya" fenomeni) çətinlikləri xüsusilə ifadə edilir. Məhz bu fakt bütün pozulmalar qrupunu "amnestik-afaziya" adlandırmaq üçün əsas verdi. Bu hallarda xəstə bir obyekt düzgün adlandırır, lakin ikinci və ya üçüncünü adlandırma bilmir, əksər hallarda əvvəl-

lər verilmiş adı təkrarlayır. Səhv adın adətən xəstə tərəfindən tanınmaması xarakterikdir ki, bu da burada yeri olan sözün bilavasitə mənasının pozulmasını göstərir.

Mnestik-afazik tipli oxşar pozulmalar bu xəstələrin aktiv nitqində də özünü göstərir. Əslində, bu qrupun xəstələrində aktiv nitqdə parafaziyalar görünür. Bununla belə, o, hərfi deyil, daha çox verbal olur.

#### **Ədəbiyyat:**

1. Зинченко В. П. Изучение высших психических функций и категория бессознательного. / В. П. Зинченко, М. К. Мамардашвили. -Новочеркасск: Агентство «Сагуна», -1994. — С. 69-80.
2. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы. / А. Р. Лурия. — М.: Педагогика, -1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
3. Лурия А. Р. Лобные доли и регуляция психических процессов. / А. Р. Лурия. — МГУ, 1966.
4. Москвин В. А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. — М.: Оренбург, -2002. -185 с.

**E-mail:** s-asadzade@mail.ru  
**Redaksiyaya daxil olub:**27.02.2024