

UOT 373.67

Salbi Ağamehdi qızı Abasova

Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universitetinin müəllimi

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

E-mail: s-asadzade@mail.ru

[https://doi.org/10.69682/arti.2025.92\(3\).155-158](https://doi.org/10.69682/arti.2025.92(3).155-158)

ORAL PRAKSISİN TƏDQIQI

Salbi Ağamehdi Abasova

lecturer at Azerbaijan State Pedagogical University

STUDY OF ORAL PRAXIS

Сальби Агамехди гызы Абасова

преподаватель Азербайджанского Государственного Педагогического Университета

ИЗУЧЕНИЕ ОРАЛЬНОГО ПРАКСИСА

Xülasə. Afazik pozulmalarla yanaşı nitq aparatının hərəkət pozulmalarının sindromlarına artikulyasiyada iştirak edən paretik, distonik və hiperkinetik əzələ pozulmaları da daxil ola bilər. Bəzən xəstədə bu pozulmalar o qədər kəskin şəkildə ifadə olunur ki, afazik və dizartrik nitq qüsurlarının birləşməsindən danışa bilərik. Digər hallarda, parez, tonus pozulmaları və artikulyar əzələlərin hiperkinezi zəif nəzərə çarpır və yalnız xüsusi funksional yükləmə şəraitində aşkar edilir. Bununla birlikdə, bu simptomların zəif təzahürü, ümumiyyətlə nitq qüsurunun strukturunda istisna edilmir. Buna görə də, bu cür pozulmalar həm diaqnostik, həm də korreksiya işlərində müəyyənləşdirilməli və nəzərə alınmalıdır.

Açar sözlər: afaziya, dizartriya, artikulyasiya, təzahür, diaqnostika, korreksiya

Abstract. In addition to aphasic disorders, speech disorder syndromes may also include paretic, dystonic and hyperkinetic disorders of the muscles involved in articulation. Sometimes these disorders are so pronounced in the patient that we can talk about a combination of aphasic and dysarthric speech disorders. In other cases, paresis, tone disorders and hyperkinesis of the joint muscles are weakly expressed and are revealed only under conditions of special functional loads. However, weak expression of these symptoms in the structure of the speech defect as a whole cannot be ruled out. Therefore, such disorders must be identified and taken into account both in diagnostic and in correctional work.

Key words: aphasia, dysarthria, articulation, manifestation, diagnostics, correction

Аннотация. Помимо афазических расстройств, синдромы расстройств речи могут также включать паретические, дистонические и гиперкинетические нарушения мышц, участвующих в артикуляции. Иногда эти нарушения у больного настолько выражены, что можно говорить о сочетании афазических и дизартрических нарушений речи. В других случаях парезы, нарушения тонуса и гиперкинезы суставных мышц выражены слабо и выявляются лишь в условиях специальных функциональных нагрузок. Однако не исключена слабая выраженность этих симптомов в структуре речевого дефекта в целом. Поэтому такие нарушения необходимо выявлять и учитывать как в диагностической, так и в коррекционной работе.

Ключевые слова: афазия, дизартрия, артикуляция, проявление, диагностика, коррекция

Nitq aktının qurulmasında xüsusilə vacib rol oynayan dilin, dodaqların və üzün motor funksiyalarının öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb etmir.

Mimik əzələlərin zəif innervasiyası dodaq səslərinin artikulyasiyasına təsir göstərə bilər,

nitq kifayət qədər ifadəli və aydın olmur. Bu çatışmazlığın simptomları çənə hərəkətlərinin as-simetriyası, yanaqları şişirmək, qırışmaq, qaş-qabaq və qıvrılma hərəkətlərinin asimetriyasıdır. Dodaq və yanaq əzələlərinin innervasiya çatışmazlığını aşkar etmək xüsusilə vacibdir. Təkm

tək hallarda çənə simmetriyası müşahidə olsa da, bu hərəkətin təkrarlanması şəraitində və ya uzun müddət pozanın saxlanılması ilə qiymətləndirilməlidir. Belə bir funksional yükləmə digər üz əzələlərinin çatışmazlığını aşkar etmək üçün də istifadə edilə bilər.

Dil əzələlərinin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi xüsusi diqqətə layiqdir. Yüngül hallarda, dilin paretikliyi dilin ucunu yuxarı dodağa qoymaq, dili mümkün qədər çölə çıxarmaq, uzun müddət bu vəziyyətdə saxlamaq və s. kimi tapşırıqlarda aşkar edilir. Xəstənin bu tapşırıqları yerinə yetirməyə çalışarkən, paretiklik hadisələri dilin kiçik bir hərəkət həcmində, sapmalarında, lazımi innervasiyanın reallığında, sinkineziyanın bolluğunda və hərəkətlərin qeyri-müəyyənliyində olur.

Dilin əzələlərinin gərginliyi, könüllü hərəkətlər zamanı səyirməsi (çox vaxt birtərəfli) tonik pozulmaları göstərir. Kifayət qədər hərəkətli olmayan dil xəstə üçün artikulyasiyada əlavə çətinliklər yaradır, müxtəlif artikulyasiyalarda dilin mövqeyini dərk etməyi çətinləşdirir, xəstəni mürəkkəb səsləri tələffüz etmək imkanından məhrum edir. Hava axınının tənzimlənməsini çətinləşdirən yumşaq damaq əzələlərinin paretik vəziyyəti də tələffüzün qeyri-müəyyənliyinə səbəb olur. Səs yaradan əzələlərdə paretik və tonik pozulmaların ifadəsi xəstənin zəif, tükənmiş, az modulyasiya olunmuş səsi ola bilər.

Bütün bu pozulmalar artikulyar aparatın periferik innervasiyasının pozulması ilə əlaqələndirilir və nitq aktındakı afazik dəyişikliklərdən kəskin şəkildə fərqləndirilməlidir. Bununla birlikdə, artikulyasiyanın çatışmazlıqları beyin qabığının nitq proseslərinin təşkilinin mürəkkəb formaları ilə əlaqəli hissələrinin zədələnməsi ilə də baş verə bilər. Bu hallarda, onlar tez-tez nitq aparatının apraksiyası və ya "oral apraksiya" xarakteri daşıyırlar.

"Oral Apraksiya" elementləri, sensomotor zonanın aşağı hissəsinin və qabığın bitişik parietal-temporal hissələrinin zədələnməsi ilə baş verir. "Oral praksis" in pozulması ' nitq pozulmasının bəzi formalarının arxasındakı mexanizmləri anlamaq üçün vacibdir. Ağız praksisinin tədqiqi əlin motor funksiyalarının pozulmasının öyrənilməsi metodlarını təhlil edərkən qeyd etdiyimiz eyni tələblərə cavab verməlidir. Nəzərə çarpan bir fərq, ağız boşluğunun hərəkətlərinin təşkilində vizual-məkan afferentasiyasının müqayisə

sə olunmaz dərəcədə kiçik olması və kinestetik afferentasiyanın böyük rol oynamasıdır. Buna görə "Oral praksis" in vəziyyətini təhlil edən tədqiqatçının əsas diqqəti müvafiq hərəkətin kinestetik və dinamik təşkilinin təhlükəsizliyini öyrənməyə yönəldilməlidir. [1]

Qeyd etmək vacibdir ki, nitq artikulyasiyasının bir hissəsi olan dodaqların, dilin və yumşaq damağın bir çox hərəkəti müəyyən bir dildə inkişaf etmiş fonetik sistem tərəfindən müəyyən edilir və beləliklə eşitmə afferentasiyası ilə sıx bağlıdır. Bu xüsusi nitq hərəkətlərinin nəzərdən keçirilməsi aşağıda veriləcəkdir. Ağız praksisinin tədqiqi dodaq və dil hərəkətlərinin ən sadə pozulmalarını (parez, distoniya, ataksiya) aşkar etməyə yönəlmiş bir sıra nümunələrdən başlayır. Bu məqsədlə, dilin (dilin titrəməsinin müşahidəsi, onun sapması, istənilən pozanı uzun müddət tutma qabiliyyətinin pozulması), əzələ gərginliyinin müvafiq yoxlanılması ilə yanaqların şişirdilməsi və s. istifadə olunur. Tədqiqatçı gələcəkdə müşahidə olunan simptomları düzgün qiymətləndirməyə kömək edən dodaq titrəməsi, üz əzələlərinin parezi, tüpürcək kimi simptomları da qeyd etməlidir.

Bundan sonra oral praksis tədqiqatının əsas sınaqlarına davam edə bilərsiniz. Bu məqsədlə xəstəyə tədqiqatçının göstərdiyi dodaqların və dilin hərəkətini təkrarlamaq təklif olunur: dodaqları uzatmaq, dişləri bir-birinə vurmaq, dili "boru" ilə çıxarmaq, yanağı şişirmək, dili dişləmək və alt (və ya yuxarı) dodaq arasında yerləşdirmək və s. Postcentral qabığın aşağı hissələrinin zədələnməsi və ağız nahiyyəsinin hərəkətlərinin kinestetik əsasının müvafiq pozulması ilə əlaqəli Oral apraksiya əlamətləri olan xəstələr, bir qayda olaraq, bu hərəkətləri təkrarlamaqda çətinlik çəkirlər, lazımi hərəkəti tapmaq üçün uzun cəhdlər edirlər, axtarılan hərəkəti digəri ilə əvəz edirlər və ya kifayət qədər diferensasiya edilməyən hərəkətlər edirlər. Çox vaxt bu xəstələrdə bir hərəkətdən digərinə keçməyin çətinliyini, bir hərəkətdə ilişib qaldığını qeyd etmək olar ki, bu da Silvian şırımı bölgəsinin ön hissələrinin zədələnməsi ilə xüsusi aydınlıqla təzahür edə bilər.

Şifahi hərəkətlərin dinamik təşkilinin xüsusi təhlili üçün xəstəyə ardıcıl olaraq iki (və ya üç) hərəkəti təkrarlamaq təklif olunur, məsələn, dişlərini göstərmək və sonra dilini çıxarmaq və sonra dişlərin və alt dodaq arasında yerləşdir-

mək, bunu ardıcıl bir neçə dəfə etmək. Birinci hərəkətdən dərhal sonra ikinci hərəkətə keçə bilməmək və birinci hərəkətdə “ilişib qalmaq” motor sistemində artan ətalətdən xəbər verə bilər və bəzi hallarda bu, motor qabığının ön hissələrinin zədələnməsinin əlamətidir. [1]

Şifahi praksis üçün nümunələr xüsusi yer tutur ki, bu da xəstəyə çeynəmək, öpmək, tüpürmək, fit çalma kimi hərəkətləri təkrarlamaq təklif edilməsindən ibarətdir. Bu testlər bu hərəkətlərin pozula biləcəyi şərtləri təhlil etməyə imkan vermir, lakin Oral praksisin hətta kiçik pozuntularını da müəyyən etməyə imkan verir. Xəstənin eyni hərəkətləri real və şərti olaraq necə yerinə yetirdiyini müqayisə etmək vacibdir. Tez-tez yeməyi yaxşı çeynəyə bilən, əlindən bir tük üfürən, tüpürən bir xəstə, ağzında olanı verbal təlimatla tüpürə bilmir. Şərti nitq təlimatlarına uyğun olaraq yerinə yetirmək mümkün olmadıqda, bir hərəkəti real planda yerinə yetirmək bacarığı, bir çox beyin zədələnmələrinin hərəkətin təşkili səviyyəsində xarakterik zəifləməni göstərə bilər, lakin “xəyali planda” hərəkətlərin icrası ilə oxşar nümunələrə münasibətdə qeyd etdiyimiz kimi, bu pozuntunun topikal qiy-mətləndirilməsi çətin görünür.

İndiyə qədər elementar motor funksiyalarının öyrənilməsi metodlarını təsvir etdik. Bütün bu hallarda xəstəyə təkrarlanması lazım olan hərəkət təqdim edilirdi. Xəstələrdə yaranan çətinliklərin təhlili, müşahidə olunan qüsurların arxasında hansı amilin dayandığını və analitik və sintetik fəaliyyətin hansı tərəfinin pozulduğunu müəyyənləşdirməyə imkan verirdi.

Ancaq insan hərəkətləri həmişə təqdim olunan vizual nümunə kimi təkrar olunmur və ya birbaşa təlimatla icra olunur. İnsan hərəkətlərinin böyük əksəriyyətində mürəkkəb proqramlar həyata keçirilir və əksər hallarda əvvəlcədən bağlanmış əlaqələr nəticəsində və ya birbaşa qəbul edilən məlumatların əvvəlcədən şifrələnməsi (transkodlaşdırılması) nəticəsində yaranan məlum daxili sxemlərə tabe olurlar. Bu cür hərəkətlər ən mürəkkəb təşkilat formalarının iştirakını tələb edir və beyin fəaliyyətinin ən yüksək səviyyələrinin iştirakı ilə həyata keçirilir. [2]

Təbii ki, hərəkətlərin təşkili formalarının pozulması müəyyən analizatorların qabıq hissələrinin zədələnməsi ilə deyil, işi xarici və ya daxili nitqin iştirakı ilə həyata keçirilən motor aktının təşkilinin mürəkkəb aparatının zədələnmə-

si ilə baş verə bilər. Mürəkkəb şərti hərəkəti yerinə yetirmə bacarığının öyrənilməsi (başqa sözlə – ilkin proqram əsasında təşkil olunmuş hərəkət) ilkin nitq təlimatlarına uyğun olaraq sadə motor reaksiyalarının öyrənilməsi ilə başlayır.

Xəstəyə hər dəfə məlum bir signal eşitdikdə (məsələn, tiqqıltı) əlini qaldırmaq və dərhal salmaq təklif olunur. Xəstənin bu şifahi təlimatı anlayıb-anlamadığını yoxladıqdan sonra təcrübə başlayır. Tədqiqatçı xəstənin motor cavablarını qeyd etmək istəyirsə, əlin qaldırılması zinglə əvəz olunur və motor reaksiyaları qeyd olunur.

Bir qayda olaraq, yerli beyin zədələnmələri olan xəstələrdə sadə reaksiyaların icrası nadir hallarda pozulur. Patoloji dəyişikliklər yalnız motor reaksiyası şəklində özünü göstərə bilər (ağır hipertenziya vəziyyəti olan və ya beyin ön hissələrinin zədələnmələri olan xəstələrdə tonik xarakter ala bilər və hərəkətin passiv hissəsi qaldırılmış qolun endirilməsi və ya rezin silindrini sıxan əlin rahatlamasıdır). Patoloji motor reaksiyalarının getdikcə zəifləməsi və tezliklə tamamilə yox olması ilə özünü göstərir (bu, ümumi beyin və ya “frontal” sindromlu xəstələrdə təzahür edir) və ya xəstənin şərti bir signal olmadan meydana gələn və “bir müddət refleksi” olaraq davam edən vaxtıdan əvvəl reaksiyalar verməyə başlaması ilə özünü göstərir.

Hərəkətlərin təşkili ilə bağlı daha mürəkkəb bir tədqiqat forması nitq təlimatlarına uyğun olaraq seçim reaksiyası ilə təcrübələrdir. Xəstəyə signala cavab olaraq (məsələn, tiqqıltı) əlini qaldırmaq və başqa bir signala cavab olaraq (məsələn, iki tiqqıltı) hərəkət etməkdən çəkinmək və ya “bir signala cavab olaraq (məsələn, bir tiqqıltı) sağ əlini qaldırmaq və başqa bir signala cavab olaraq (məsələn, iki tiqqıltı) sol əlini qaldırmaq”. [3]

Xəstədə motor reaksiyalarının həyata keçirilməsində pozulmalar varsa, tədqiqatçı xəstənin ona verilən təlimatı anlayıb-anlamadığını yoxlamalıdır. Xəstənin səhv reaksiyalar verməyə davam etdiyi hallarda tədqiqatçı xəstəyə hərkəti cavablar əvəzinə verbal cavablar verməyi təklif edə bilər.

Bəzi müəlliflər, məsələn, A. G. İvanov-Smolenski (1956) və başqaları, sadə bir motor reaksiyasının icrasını nitqlə möhkəmləndirilməsini təklif etdilər. Bu məqsədlə heç bir ilkin təlimat verilməyən xəstəyə “sıxma” və ya “basma” kimi “nitq möhkəmləndirilməsi” ilə müşayiət

olunan siqnallar verildi. Tədqiqatçı xəstənin şərti bir motor reaksiyası verəcəyini və nitqlə gücləndirilməsini gözləmədən müvafiq hərəkətlər edəcəyini gözləyirdi. Təcrübə göstərdi ki, bu hallarda tədricən “şərtli refleksin inkişafı” baş vermir və sürətli olaraq sonrakı motor reaksiyaları yaranır.

Daha mürəkkəb bir proba apararaq, xəstənin hərəkətlərinin daha incə bir şəkildə diferensasiya edə biləcəyini yoxlamaq olar – məsələn, bir siqnala cavab olaraq zəif və başqa bir siqnala cavab olaraq əlini güclü qaldırmaq. Bu nümunə, əvvəllər təsvir olunan nümunələrin psixoloji quruluşuna əsaslanaraq, motor reaksiyalarının daha incə diferensasiyasını tələb edir. [4]

Problemnin elmi yeniliyi. İlk şifahi təlimatlara əsasən sadə motor reaksiyalarının həyata keçirilməsi ilə bağlı təcrübələr ümumiyyətlə lokal beyin zədələnmələri olan xəstələr üçün çox çətin deyil. Yalnız xəstələrin nitq təlimatlarını zəif mənimsədikləri və ya kifayət qədər yadda saxlamadıqları hallarda çətinliklər yaranır. Lakin bu hallarda təlimatları müvafiq vizual nümayişlə yenidən təqdim etmək bu çətinlikləri asanlıqla aradan qaldırır.

Ümumi hipertenziya sindromu olan xəstələr ümumiyyətlə sadə seçim reaksiyaları ilə kifayət qədər uğurla təcrübələr aparırlar. Yalnız ən çətin şərtlərdə motor reaksiyalarında ləngimələr nəzərəcarpaq dərəcədə artır və bəzən səhvlər təzahür edir, lakin onları düzəltməyə çalışırlar. Təlimatın möhkəmləndirilməsi və ya əlavə nitqlə autostimullaşdırılması istənilən Proqramın icrasını mümkün edir. Tipik olaraq, xəstələr, bir qayda olaraq, səhvlərini görür və onları düzəltməyə çalışırlar. Buna yaxın nəticələr yarımkürələrin arxa hissələrində yerləşən lokal zədələnmələri olan xəstələrin müayinəsi zamanı əldə edilir. Qeyd etmək vacibdir ki, baş beyin qabığının

əmək (kinestetik) hissələrinin zədələnmələri olan xəstələr, nisbətən sadə nümunələri yaxşı yerinə yetirərək, təsvir olunan nümunələrin sonuncusunda tələb olunan hərəkətlərinin intensivliyini zəif tənzimləyirlər və bu, əlin hərəkətlərində xüsusilə aydın görünür. Bununla birlikdə, əlavə olaraq nitqin autostimullaşdırılmasına keçid, bir qayda olaraq, bu qüsurları müəyyən dərəcədə kompensasiya edir.

Beynin frontal hissələrinin kütləvi zədələnmələri olan xəstələrdə tamamilə fərqli bir mənzərə müşahidə edilə bilər. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, serebral intoksikasiya fonunda baş verən frontal sahələrin kütləvi zədələnmələri olan xəstələr təcrübəni sadə bir motor reaksiyası ilə davamlı şəkildə yerinə yetirə bilmirlər. Onlara verilən təlimatları yaxşı anlayaraq və təkrarlayaraq, siqnala bir-iki dəfə düzgün cavab verirlər; sonra onların reaksiyaları zəifləyir və intensivliyi daha az olur, tezliklə tamamilə yox olur, stereotipik təkrarla əvəz olunur:

Problemnin praktik əhəmiyyəti. Beynin frontal paylarının daha az zərər çəkdiyi, lakin kifayət qədər “frontal sindrom” olan xəstələrdə sadə motor reaksiyası ilə nəzərə carpan çətinliklər olmadan baş verə bilər. Belə xəstələr hərəkətlərin stereotipik qaydada bir neçə dəfə istənilən ardıcılığını tamamladıqdan sonra, stimulların təqdim edilməsinin stereotipik qaydası pozulduqda adekvat reaksiyaları dayanır. Bu vəziyyətdə xəstələr tez-tez motor reaksiyalarını təyin olunmuş qaydada verməyə davam edir, bu reaksiyaların verilən siqnallarla əlaqəsini itirir, bəzən səhvlərini düzəldir, bəzən təlimatları yerinə yetirməkdə qüsurları görmür və stereotipik bir sıra reaksiyalar verməyə davam edirlər. Nə tədqiqatçının göstərişləri, nə də özlərinin nitqlə müdaxilə etmələri lazımı kömək göstərmir və xəstənin motor reaksiyalarının müəyyən bir proqramla tənzimlənməsini dayandırması rahatlığı beynin frontal paylarına dəyən zərərin nəzərəcarpan əlaməti olur.

Ədəbiyyat

1. Абашев-Константиновский А. Л. Психические нарушения при органических заболеваниях головного мозга. -К.: Медицина, -1959. -с.2 47
2. Адрианов О. С. О принципах организации интегративной деятельности мозга. -М.: Наука, 1976. -с.277
3. Адрианов О.С. Структурные предпосылки функциональной межполушарной асимметрии мозга, 1979. Вып.5, № 3.
4. Москвин В. А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. -М.: Оренбург, -2002. -с. 116-120
5. Московичюте Л. И. Асимметрия полушарий мозга на уровне коры и подкорковых образований // I Международная конференция памяти А. Р. Лурия: Сб. докладов / Под ред. Е. Д. Хомской, Т. В. Ахутиной. -М.: РПО, 1998. -с. 162-175

Redaksiyaya daxil olub: 20.05.2025.