

BOLALAR VA KATTALARDA UCHRAYDIGAN AFAZIYA KASALLIGI: KLINIK XUSUSIYATLARI

Axmedova Lola Riksibaevna

Alfraganus universitetining defektologiya fakulteti talabasi

Abidova Nilufar Zakirovna

*Nizomiy nomidagi Toshkent davlat pedagogika universiteti "Logopediya" kafedrasida
professori v.b., pedagogika fanlari doktori (DSc)*

Afaziya-nutqning to'liq yoki qisman yo'qolishi, u odatda bosh miyaning local jaroqatlanishi natijasida yuzaga keladi.

Afaziyaning keltirib chiqaruvchi sabablarga quyidagilarni kiritish mumkin: miyada qon aylanishining buzilishi (ishemiya, gemorragiyalar), bosh miya jaroqatlari, o'smalar qamda bosh miyaning infeksiyon kasalliklari. qon tomir tizimidagi buzilishlari, kasalliklari sababli afaziya ko'proq kattalarda yuz beradi. qon tomir tizimidagi bosh miya qon tomirlarining yorilishi natijasida yuz beruvchi anevrizm, tromboemboliya, revmatizm natijasida paydo bo'ladigan yurak paroklari, miya-qobiq jaroqatlari o'smirlar va yoshlarda ham kuzatiladi.

Bolalarda orttirilgan afaziyaning ko'plab holatlari qayd etilgan. 1885 yildayoq Bernxardt bolalik va kattalardagi afaziya o'rtasidagi ba'zi farqlarni kuzatdi. Ular orasida til buzilishining vaqtinchalik xarakteri va bolalik afaziyasida ravon bo'lmagan shakllarning ustunligi bor. Buzilishning o'tkinchiligi va o'ng yarim sharlari shikastlangan bolalarda afaziyaning nisbatan ko'proq chastotasi o'ng va chap yarim sharlar dastlab tilda faol rol o'ynashining dalili sifatida talqin qilindi (qarang: Lenneberg, 1967). Ekvipotentsiallik gipotezasi tez orada bir necha turdagi dalillar tufayli shubha ostiga olindi. Vuds va Teuber (1978) ta'kidlashicha, o'ng yarim sharning lezyonlari bo'lgan bolalarda afaziyaning yuqori chastotasi haqida xabar beradigan deyarli barcha tadqiqotlar antibiotiklarni qo'llashdan oldin ko'rilgan bemorlar qatoriga asoslangan va ko'p holatlar bakterial infeksiya bilan bog'liq. Faqat so'nggi hisobotlarni hisobga oladigan bo'lsak, afazi bo'lgan o'ng yarim sharning shikastlangan bolalar ulushi kattalarnikidan deyarli farq qilmaydi (Karter, Hoenegger va Satz, 1982).

Ekvipotentsiallik gipotezasini shubha ostiga qo'yadigan qo'shimcha ma'lumotlar Geschwind va Levitskiy (1968) tomonidan bildirilgan o'ng planum temporalega qaraganda chapning kattaroq kengayishi ko'pchilik kattalarda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham mavjud degan xulosadan kelib chiqadi (Witelson va Pallie, 1973; Wada, Clarke va Hamm, 1975) va homilalar (Chi, Dooling va Gilles, 1977). Shuningdek, eshitish orqali uyg'otadigan javoblar (AER) bo'yicha tadqiqotlar erta yarim sharning ixtisoslashuvini qo'llab-quvvatlaydi: chaqaloqlarda nutq va so'z uchun AER chap yarim sharda va o'ngdagi shovqin uchun kuchayadi (Molfese, Freeman va Palermo, 1975). Bundan tashqari, dikotik tinglashda uch yoshgacha bo'lgan bolalarda og'zaki material uchun o'ng quloq / chap yarim shar ustunligi mavjud (Piazza, 1977), bu bolalik davrida barqaror bo'lib qoladi (Bakker, Hoefkens va Vander Vlugt, 1979). Shunga ko'ra, bizning bolalik afaziyasiga bo'lgan nuqtai nazarimiz tug'ilishda yarim sharning ekvipotentsialligining dastlabki pozitsiyasidan bolalik va kattalar afazi o'rtasidagi asosiy farqlarni ta'kidlagan holda "o'zgarimaslik pozitsiyasi" ga o'tdi (Hecaen, 1983).

Uchinchi o'rin - Braun va Jaff (1975), ular til jarayonining lateralizatsiyasi va intrahemisferik tashkilotning uzluksiz jarayoni mavjudligini taklif qildilar. Hayot davomida tushunishning ortib borayotgan lateralizatsiyasi tufayli Vernik sohasining bir xil shikastlanishi Braun va Jaffning fikriga

ko'ra, "bolada motor afaziyasi, yosh va o'rta yoshdagi anomiya yoki fonemik parafaziyalar va hayotning oxirlarida jargonafaziya" (108-bet) sabab bo'ladi. Bolalik va kattalardagi afaziyaning klinik xususiyatlarini to'g'ridan-to'g'ri taqqoslash qiyin, chunki farqlar kattalar va bolalarda boshqacha ifodalangan tilga bog'liq bo'lmagan omillarga ikkinchi darajali bo'lishi mumkin. Masalan, qon tomir va shikastlangan bemorlarda ravon va oqimsiz afaziyaning chastotasi farq qiladi, ammo qon tomir lezyonlari kattalarda afaziyaning eng tez-tez uchraydigan sababi bo'lsa-da, ular bosh travmasi yoki yuqumli kasalliklardan tez-tez aziyat chekadigan bolalarda nisbatan kam uchraydi. Agar afazi bo'lgan bolalarning tanlanmagan guruhi afazili kattalar guruhi bilan taqqoslanadi, etiologiya va ehtimol boshqa muhim omillar ikkala guruhda boshqacha ifodalanadi. Bolalarda orttirilgan afazi bo'yicha tadqiqotlarda, biz bilganimizdek, bolalar va kattalar o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri taqqoslash hech qachon amalga oshirilmagan. Ushbu maqolada biz 2 ta tadqiqotni taqdim etamiz: 1-tadqiqotda bolalar va kattalardagi afazi va akalkuliya va apraksiyaning paydo bo'lishining klinik jihatlari kasallikning etiologiyasi va davomiyligi bo'yicha taqqoslanadi. 2-tadqiqotda bolalarda afaziyaning tiklanish kattalardagi bemorlarning tiklanishi bilan taqqoslanadi va bolalik davrida afazi bilan og'rikan bemorlarning ilmiy yutuqlari eng yaqin qarindoshlari bilan taqqoslanadi.

Afferent motor afaziya, markaziy yoki Rolanda egatidan orqada joylashgan, bosh miya po'stlog'I post markaziy va tepa bo'limlarining ikkilamchi sohalar zararlanishi natijasida kelib chiqadi. Post markaziy va tepa bo'limlarning ikkilamchi sohasi birlamchi sohalar bilan uzviy bog'liq. Ular uchun (birlamchi soha) aniq somatotopik qurilish xarakterlidir. qarama-qarshi pastki tomondan impulslarni olib keluvchi nerv tolalari, bu sohaning yuqori bo'limlariga joylashadi, yuqori tomondan impulslarni olib keluvchi nerv tolalari o'rta bo'limda, yuz, lab, til, halqumdan keluvchi impulslar pastki post markaziy bo'limlarga joylashadi. Bunday proektsiya geometric tamoyil bo'yicha qurilmay, balki funktsional tamoyil bo'yicha qurilgandir: u yoki bu foal organning, periferik taktit-kinestetik retseptorlarining u yoki bu sohasi qancha ko'p ahamiyatga ega bo'lsa, u yoki bu xarakat sigmenti shunchalik ko'p darajada erkinlikka ega: bo'g'im, barmoq panjalari, til, lablar va h.k., shuningdek, po'tsloqning somotopik proektsiyasida uning vakolatxonasi kata maydonga ega bo'ladi. Tovush artikulyatsiyasida ishtirok etuvchi organlarning somotopik proektsiyasi, nutq bo'yicha dominant chap yarim sharda ma'lum miqdorda ko'proq ifodalangan.

Ma'lumki, har bir nutqiy tovush bironlik ulanish yoki uzilish bilan talaffuz qilinadi. Demak, u yoki bu fonemani hosil qilish dasimultan, mujassam ishtirok etuvchi ikkilamchi maydonlar, birlamchi proektsion maydonlar bilan bog'liqdir. Biroq, «m» va «n» tovushlari talaffuzida lab vatilning tutash joyi «b» va «p», «d» va «t» tovushlariga qaraganda kamroq taranglashadi va bu har doim ham hisobga olinmaydi. Jarangsiz «k» va «t» fonemalarini talaffuz qilishda tutash joy bir muncha taranglashadi, ammo bunda ovoz burmalari taranglashmagan holatda bo'ladi. Fonemalarning bunday nozik differentsial kinestetik belgilarini aniqlashdagi qiyinchiliklar, afferent motor afaziya qo'pol agrafiyalar, aleksiyalar, nutqni tushunishning buzilishi kelib chiqishi holatlarida tushuntiriladi.

Ekspressiv nutqning buzilishi. A.R.Luriya (1969, 1975) afferent motor afaziyaning ikki variant mavjudligini ta'kidlaydi. Birinchisi, artikulyatsion apparatning turli organlari harakatini fazoviy, simultan sintezi buzilishi va kamchilikning yaqqol ifodalanishida vaziyatli nutqning butunlay yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Ikkinchi variant, klinikada «o'tkazuvchi afaziya» nomini olgan, nutqning boshqaixtiyoriyko'rinishlaridavatakrorlash, nomlashning qo'pol buzilishida vaziyatli, klisesimonl nutqning ma'lum darajada saqlanganligi bilan farqlanadi. Afferent motor

afaziyaning bu variant ko'pincha, artikulyatsiya usullarini farqlab tanlash va so'z tarkibiga kiruvchi tovush va bo'g'in komplekslarini simultan sintezining buzilishi bilan xarakterlanadi.

Afferent motor afaziyaning birinchi variantida artikulyatsion apparatning yaqqol ifodalangan apraktsiyasi, spontal nutqning butunlay yo'qolishiga olib kelishi mumkin. Tovushlarni ixtiyoriy takrorlashga urinishlar lab va tilning tartibsiz xarakterlariga, literal (tovush) almashinuviga olib keladi. Logoped artikulyatsiyasiga bemorning tikilib qarashi yo usulni, yo artikulyatsiya organini topishgagina olib keladi, bu tovushlarning aralashuvini vujudga keltiradim -p-b, n-d-t-l, i-s, o-u va boshqalar. Bu tovushlar talaffuzida artikulyatsion organlar tutash ishi darajasini kinestetik baholashning buzilishi bilan tushuntiriladi.

Bir muncha so'nggi bosqichlarda bemorlar «tol»so'zini «dol», «lol» singari talaffuz qiladilar, ya'ni bir fonematik paradigmi boshqasi bilan almashtiriladi.

Afferent motor afaziya uchun murakkab bo'g'inlar tuzilishini taxlil qilishdagi qiyinchiliklar xarakterlidir. Bemorlar yopiq bo'g'inni ikkita ochiq bo'g'ingabo'ladilar, bo'g'inda ketma-ket kelgan undoshlarni bo'ladilar, undosh tovushlarni tushirib qoldiradilar. SHu sababli «maktab» «qulf», «stol» so'zlari «ma-k'-t'-ab», «q'-u-l'-f» «s'-to-l'» kabi jaranglaydi va h.k.

Nutq talaffuz tomonining tiklanishiga qarab, nutqiy bayon qilishning sintagmatik tomoni saqlanganligi aniqlanadi. Ayrim hollarda, yengil artikulyatsion tovushlar qolishi mumkin, bular ayrim hollarda dizartriya (artikulyatsion apparat apraktsiyasi oqibati sifatidagi psevdodizartriya), boshqa hollarda, ohang o'zgarishida ifodalanmaydigan, balki so'zlarni talaffuz qilishdagi sun'iylik va sekinlashganlikda, jaranglilarning so'nishi va kam uchraydigan literal parafaziyalarda, yumshoq undoshlarning yo'qolishida ifodalanuvchi yengil xorijiy aktsentni eslatadi.

Tushunishning buzilishi. Afferent afaziyada travma yoki insultdan so'ng ilk bosqichda nutqni tushunishning qo'pol buzilishi kuzatilishi mumkin. Tushunish jarayonida kinestetik nazorat muhim rol o'ynaydi.

Afferent motor afaziyali bemorlarda, nutqni ma'lum miqdorda tushunmaslik davri uzoq davom etmaydi (insultdan so'ng bir kundan bir necha kungacha), so'ng ularda vaziyatli so'zlashuv nutqini tushunish tezda tiklanadi, shuningdek alohida so'zlar ahamiyatini tushunish, murakkab bo'lmagan ko'rsatmalarni bajarish imkoniyati ham tiklanadi.

Bemorlarda tushunishning buzilishi o'ziga xos xususiyatlari uzoq vaqt kuzatiladi. Ular ikkilamchi fonematik eshituv buzilishida kuzatiladi. Afferent motor afaziyada, o'zni va artikulyatsion usuli bo'yicha umumiy belgilarga ega tovushlar bor bo'lgan so'zlarni eshitib, tani bolishda qiyinchiliklar tug'iladi (lab-lab: b-m-p, til oldi: d-l-t-n; sonor oraliq: n-x-sh, vah.k.).

Fonematik taxlilning bunday qiyinchiliklari, so'zlashuv nutqida so'zlarning fonematik farqining ko'pligi bilan yaxlit kompensatsiyalanadi va ularni tushunishga imkon beradi, ammo bemorlar yozuvida o'zaksini topadi. So'zni tushunishning buzilishi shu holda yomon lashadiki, agar bemor unigapirishga urinib ko'rsa, ya'ni birlamchi buzilgan kinestetik nazoratni «uyg'otib yuborsa» tushunish yomonlashadi.

Afferent motor afaziyada, nutqni eshitib noto'g'ri idrok qilishga olib keluvchi artikulyator buzilishlar bilan bir qatorda, turli xil murakkab fazoviy munosabatlarni yetkazuvchi, tilning leksik vositalarini tushunishdagi qiyinchiliklar ham kuzatiladi.

Tushunishda ma'lum bir qiyinchiliklarni ko'proq qo'shimchalari bilan fe'llar keltirib chiqaradi. Bular makon belgisidan tashqari, ko'p ma'noliligi bilan farq qiladi. Ko'chma kelishiklarda qo'llanuvchi shaxsiy olmoshlar ahamiyatini tushunish alohida qiyinchilik tug'diradi. Bu ularda predmet nisbatining yo'qligi, turli xil fazoviy yo'nalganlikning mavjudligi, fonematik o'zgarishlarning ko'pligi bilan tushuntiriladi. Kattalar bilan taqqoslash bolalar va kattalar uchun

biologik xarakteristikalar va zararlanish joylari ko'rsatilgan. Har bir guruh uchun afaziya turi taqsimoti, TT bo'yicha o'rtacha ball va apraksiya yoki akkalkuliya bilan kasallangan bemorlar soni ko'rsatilgan. Akkalkuliya faqat 10 ta bolada baholandi, chunki ko'pchilik batareyada hisoblash testi kiritilgunga qadar kuzatilgan yoki ular shikastlanganda yozma arifmetikani hali o'rganmagan. Akkalkuliya va apraksiyalarning tez-tezligi 2 guruhda sezilarli darajada farq qilmadi (1 d.f. bilan chi-kvadrat har doim <1). TT tomonidan baholangan afaziyaning og'irligi ham farq qilmadi (chi-kvadrat <1), ammo afaziya turi boshqacha ifodalangan. O'n ikki bolada 5 ta ravon va 21 ta ravon so'zlashuvchi kattalarga nisbatan ravon bo'lmagan afazi (global yoki Broca) va 10 ta ravon afazi (Vernicke yoki transkortikal sensor) mavjud edi. Bu farq statistik ahamiyatga ega: chi-kvadrat = 6,50 d.f. = 1' p $<.025$).

Ko'pincha mujassam afaziya nomini olgan afaziyali bemorlar uchraydi: afferent-efferentli, efferent-dinamik tarkibiy qism bilan, sensomotor afaziya va shu kabilar. Bu travma yoki bosh miya qon aylanishining buzilishida yaqin yotgan nutq sohalarining ham aziyat chekishi yoki zararlanishning bir nechta o'choqlari mavjud bo'lishi tufayli kelib chiqadi.

Afaziya oliy po'stloq funksiyalarini tekshirish quyidagi sxema bo'yicha o'tkaziladi:

1. Nutqiy muloqotga umumiy qobiliyatni tekshirish-bemorning shaxsiy nutqini qanchalik to'laqonliligini aniqlash maqsadida suhbat o'tkazish. Bemor tomonidan kundalik, vaziyatli nutqni tushunish, nutqiy faollik darajasi aniqlanadi.

2. Nutqni tushunishni tekshirish. Bir va ko'p qismli maxsus ko'rsatmalar og'zaki beriladi; predmetlarni topish bo'yicha vazifalar berish; qisqa eshitilgan matnlarni qayta hikoya qilib berish; mantiqiy grammatik ko'rsatmalarni hal qilish taklif etiladi. Fonematik eshituv tekshiriladi; nutq eshituv xotirasi; maqollar ma'nosini tushunish tekshiriladi.

3. Ekspressiv nutqni tekshirish: avtomatizatsiyalangan nutqni turli og'irlik darajasidagi tovush, bo'g'in, so'zlarni takrorlash, predmetli rasmlarni nomlash, harakatlarni nomlash, syujetli rasmlar bo'yicha ibora va matnlar tuzish, o'qilgan matnni so'zlab berish tekshiriladi.

4. O'qish, yozuv va hisobni tekshirish.

5. Oral, dinamik va fazoviy praksisni tekshirish.

6. Akustik va optik gnozisini tekshirish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. ALAJOUANINE, Th., and LHERMIITE, F. Acquired aphasia in children. *Brain*, 88: 653-662, 1965.
2. ARAM, D.M., and EKELMAN, B.L. Unilateral Brain Lesion in Childhood: Performance on the Revised Token Test. *Brain and Language*, 32: 137-158, 1987. •
3. ARAM, D.M., and EKELMAN, B.L. Scholastic aptitude and achievement among children with unilateral brain lesions. *Neuropsychologia*, 26: 903-916, 1988.
4. ARAM, D.M., EKELMAN, B.L., and WHITAKER, H.A. Lexical retrieval in left and right brain damaged lesioned children. *Brain and Language*, 31: 61-87, 1987.
5. BAKKER, D.J., HOEFKENS, M., and VANDER VLUGT. Hemispheric specialization in children as reflected in the longitudinal development of ear asymmetry. *Cortex*, 15: 619-625, 1979.
6. BASSER, L.S. Hemiplegia of early onset and the faculty of speech with special reference to the effects of hemispherectomy. *Brain*, 85: 427-460, 1962.