

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Институт филологии и языковой коммуникации  
Кафедра теории германских языков и межкультурной коммуникации  
45.03.02 Лингвистика

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой ТГЯиМКК  
\_\_\_\_\_ О.В. Магировская

«          » 2021 г.

## БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

# **УРОВНЕВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У АНГЛО- И НЕМЕЦКОЯЗЫЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Выпускник Е.В. Никифорова

Научный консультант канд. мед. наук,  
В.Г. Абрамов

## Нормоконтролер А.А. Струзик

Красноярск 2021

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА В КОНТЕКСТЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ .....</b>	
1.1. Болезнь Альцгеймера как причина когнитивных нарушений .....	6
1.2. Нарушения речи при болезни Альцгеймера .....	11
1.3. Классификации афазий .....	15
1.4. Диагностика афазий в современной медицинской практике.....	24
1.5. Уровневая организация языка .....	30
<b>ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1 .....</b>	<b>35</b>
<b>ГЛАВА 2. РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У АНГЛО- И НЕМЕЦКОЯЗЫЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА .....</b>	
2.1. Уровневая организация речевых расстройств у англоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера .....	37
2.1.1. Нарушения речи на фонетическом уровне .....	37
2.1.2. Нарушения речи на морфологическом уровне .....	41
2.1.3. Нарушения речи на лексическом уровне .....	42
2.1.4. Нарушения речи на синтаксическом уровне .....	48
2.2. Уровневая организация речевых расстройств у немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера .....	50
2.2.1. Нарушения речи на фонетическом уровне .....	50
2.2.2. Нарушения речи на морфологическом уровне .....	54
2.2.3. Нарушения речи на лексическом уровне .....	56
2.2.4. Нарушения речи на синтаксическом уровне .....	61
<b>ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2 .....</b>	<b>65</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>67</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>69</b>
<b>СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА ...</b>	<b>73</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А .....</b>	<b>76</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б .....</b>	<b>77</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Бакалаврская работа посвящена классификации речевых расстройств англо- и немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера относительно уровней языка, а также измерению частотности данных нарушений.

На сегодняшний день, в связи с увеличением продолжительности жизни, изучение симптоматики нейродегенеративных заболеваний приобретает особую актуальность. Поражение головного мозга и, как следствие, нарушения памяти у пациентов с болезнью Альцгеймера влекут за собой не только понижение уровня социальной адаптации, но и множественные нарушения речи. Изучение причин и симптоматики данных нарушений является важной задачей достаточно молодой, но активно развивающейся области научного знания, клинической лингвистики.

Количество актуальных междисциплинарных работ, посвящённых расстройствам речи у пациентов с болезнью Альцгеймера, крайне мало. На наш взгляд, классификация подобных нарушений по уровням языка может помочь составить более чёткую картину относительно симptomокомплекса афазий у пациентов с болезнью Альцгеймера и, в перспективе, определить ключевой вектор реабилитации пациентов с подобными заболеваниями. Всё это определяет **актуальность настоящего исследования**.

**Объектом исследования** являются речевые расстройства у пациентов с болезнью Альцгеймера.

**Предметом исследования** выступает уровневая классификация речевых расстройств у англо- и немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера.

**Целью исследования** является выявление, описание и систематизация по языковым уровням наиболее частотных речевых расстройств у англо- и немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера.

Для реализации цели исследования предполагается решение следующих **задач**:

- 1) рассмотреть болезнь Альцгеймера как причину когнитивных нарушений, описать природу нейродегенеративного заболевания;
- 2) описать взаимосвязь различных зон мозга и речевых нарушений;
- 3) описать западный и отечественный подходы к классификации афазий, а также обозначить симптоматику всех типов афазий;
- 4) проанализировать способы диагностики афазий в современной медицинской практике;
- 5) описать уровни организации языка;
- 6) опираясь на анализ собранного эмпирического материала, выявить и описать нарушения речи англо- и немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера
- 7) систематизировать полученные результаты исследования с учётом уровневой организации языка.

**Теоретическую базу** исследования составили труды следующих отечественных и зарубежных учёных в области неврологии, клинической лингвистики, нейролингвистики, логопедии и психиатрии: А.Р. Лuria, В.В. Захаров, Е.В. Екушева, И.В. Дамулин, В.П. Дудьев, Н.В. Вахнина, О.А. Кичерова, С.Д. Кулеш, Н.Г. Бурмакина, Л.В. Куликова, Я.В. Попова, Л.И. Рейхерт, А.С. Мельничук, О.С. Ахманова, В.А. Парфёнов, А.С. Тиганов, О.В. Успенская, Н.С. Шарафутдинова, Е.Д. Хомская, М.М. Щербакова, Н.Н. Яхно, P.S. Aisen, O. Ghaffar, H. Goodglass, A. Husband, H. Head, K.A. Jellinger, A. Kertesz, G. McKhann, S.S. Mirra, E. Rodríguez-Sánchez, D. Saur, J. Theuns, A. Hilgeroth, W. Huber, S. Höfler и другие.

**Материалом исследования** послужили видеозаписи англо- и немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера (документальные фильмы, репортажи, образовательные видео, размещённые на сайте youtube.com). Общая продолжительность видеозаписей-материалов исследования составляет 10 часов 12 минут.

**Методология** данного исследования основывается на использовании конверсационного анализа, языкового анализа текстового материала,

описательного и сравнительно-сопоставительного методов, а также метода количественных подсчётов. Отбор эмпирического материала осуществлялся методом сплошной выборки.

**Структура и объём бакалаврской работы:** работа состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка использованных литературных источников, списка источников иллюстративного материала и двух приложений.

Во **Введении** обосновывается актуальность исследования, формулируются его объект и предмет, определяются цель и задачи, методы и материал работы, устанавливается теоретическая база исследования, описывается его апробация. В **Первой главе** рассматриваются основные понятия исследования: когнитивные нарушения, болезнь Альцгеймера, афазии, уровни языка. Определяется специфика болезни Альцгеймера как причины когнитивных нарушений, описываются основные подходы к классификации и методам диагностики афазий, характеризуется симптоматика различных типов афазий, а также описывается уровневая организация языка. Во **Второй главе** приводится анализ собранного эмпирического материала, наиболее наглядно демонстрирующего основные выводы, сделанные в результате проведённого исследования. В выводах по главам и **Заключении** резюмируются результаты, полученные в ходе исследования.

**Апробация работы:** положения работы обсуждались на II Международном «Форуме языков и культур» в рамках секции «Клиническая лингвистика: интернационализация опыта отечественных и зарубежных методологий».

## **ГЛАВА 1. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА В КОНТЕКСТЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

### **1.1. Болезнь Альцгеймера как причина когнитивных нарушений**

Степень развития когнитивных способностей у здоровых людей может достаточно сильно варьироваться. В случае, если какая-либо из когнитивных функций под воздействием заболевания снижается по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой), можно говорить о когнитивных нарушениях (КН). Выраженные расстройства когнитивных функций существенно сказываются на уровне жизни пациента (а, в большинстве случаев, и его близких родственников), влияя на возможность к социальному взаимодействию и профессиональной деятельности. Особенно серьёзно сказываются КН, как правило, на людях пожилого возраста, часто приводя к инвалидности и полной потери цельности человека как личности. По мере старения, частотность случаев КН возрастает (в возрасте от 60 до 69 лет – 20% случаев, в возрасте от 85 лет – более 40%) [Rodríguez-Sánchez et.al., 2011]. Изучение КН является одной из наиболее актуальных проблем в современной медицине.

Важным фактором развития КН является когнитивный (церебральный) резерв – способность нейрональных структур головного мозга успешно функционировать в условиях повышенной нагрузки, при возрастных изменениях, а также при различных патологических процессах (в том числе, при нейродегенеративных заболеваниях) [Дамулин, Екушева, 2014]. Помимо врождённых анатомо-функциональных особенностей церебральных структур, ключевую роль в формировании и поддержании когнитивного резерва имеют уровень интеллектуального развития и активное функционирование нейрональных структур головного мозга в течение всей жизни, в частности, интеллектуальная деятельность, регулярная физическая нагрузка и активное социальное поведение, включая трудовую деятельность и досуг [Ghaffar, Fiati,

Feinstein 2012; Дамулин, Екушева, 2014; Екушева, 2018]. Примечательно, что с помощью клинико-анатомических исследований было доказано, что даже несколько лет образования могут увеличивать когнитивный резерв, а лица с высоким церебральным ресурсом имеют меньший шанс развития КН в старости [Дамулин, Екушева, 2014]. Причиной КН может являться большое количество различных по этиологии и патогенезу заболеваний головного мозга.

Наиболее распространённой причиной КН в пожилом возрасте являются нейродегенеративные заболевания [Захаров, Вахнина, 2013]. Симптоматика нейродегенеративных заболеваний является актуальной темой не только в медицине, но и в других науках, связанных с изучением высших психических функций человека. С точки зрения лингвистики, особенно интересным представляется анализ речевых расстройств пациентов, страдающих различными дегенеративными заболеваниями головного мозга. Такой анализ несёт в себе перспективу более точной диагностики речевых расстройств, а также создание систем и технологий, способных оказать помощь подобным пациентам.

Группа нейродегенеративных заболеваний включает в себя большое количество различных болезней, преимущественно людей старшего возраста, при которых характерна прогрессирующая гибель определённых групп клеток и следующая за ней атрофия отделов головного или спинного мозга (также возможна атрофия и первого, и второго одновременно). В настоящее время, в связи с ростом продолжительности жизни населения, наблюдается тенденция к увеличению степени распространённости данного типа болезней.

Одним из наиболее распространённых представителей нейродегенеративных заболеваний на сегодняшний день является болезнь Альцгеймера (БА), (см. Рис. 1). По данным Всемирной организации здравоохранения, БА является наиболее распространённой причиной деменции (60-70% от всех случаев) [ВОЗ, 2020]. Согласно утверждённой ВОЗ Международной статистической классификации болезней и проблем,

связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), болезнь Альцгеймера – это «первичная дегенеративная болезнь головного мозга неизвестной этиологии с характерными нейропатологическими и нейрохимическими проявлениями. Болезнь обычно начинается незаметно и медленно, но неуклонно прогрессирует в течение нескольких лет» [МКБ-10, 2019]. Как и любое заболевание, сопровождающееся снижением когнитивных функций, БА начинается с умеренных когнитивных расстройств и, в последствии, приводит к деменции и смерти пациента.

Ключевым звеном патогенеза БА является нарушение метаболизма белка-предшественника амилоида с образованием нейротоксического белка – бета-амилоида. Бета-амилоид активирует тканевые медиаторы воспаления, усиливает выброс возбуждающих медиаторов и способствует повышенному образованию свободных радикалов. В результате данных процессов происходит повреждение и гибель нейронов [Захаров, Вахнина, 2013]. Важно, что при БА различные отделы головного мозга вовлекаются в патологический процесс неравномерно. Наибольшее количество нейронов разрушается, как правило, в гиппокампе, височных и теменных долях. Поражение лобных и затылочных долей происходит на более поздних стадиях и, в большинстве случаев, не настолько губительно для пациента [Jellinger, 1998; Aisen, 2005].

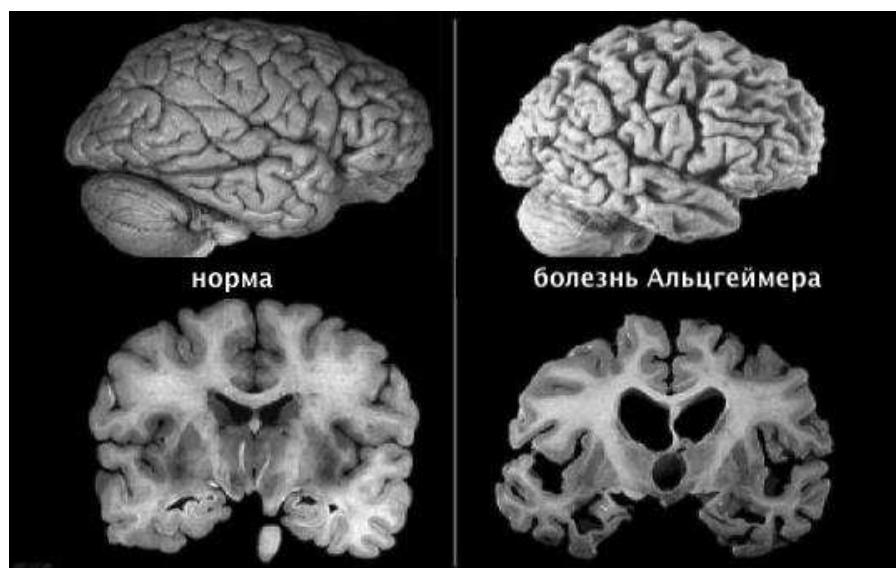


Рисунок 1. Мозг здорового человека и мозг при болезни Альцгеймера

Стоит отметить, что подход к определению БА в русско-, англо- и немецкоязычных медицинских дискурсах может отличаться. Для англо- и немецкоязычных научных статей, как правило, характерно определение её как *одного из типов деменции* наравне с сосудистой деменцией, деменцией с тельцами Леви и смешанной деменцией. (“Alzheimer disease (AD), the most common form of dementia in the elderly” [Theuns, Van Broeckhoven, 1999: 61]; “The term “dementia” is used to describe a number of diseases, the most common of which is Alzheimer’s disease (AD)” [Husband, Worsley, 2006: 580]); („Die Information und Aufklärung, nicht nur über Alzheimer, sondern auch über die hundert anderen Varianten der Demenz sind wichtig, um Angst zu nehmen“ [Höfner et al., 2011: 15]; „Die Alzheimersche Erkrankung (AD) ist die häufigste Demenzerkrankung bei älteren Menschen“ [Hilgeroth, Volkmar, 2011]).

Для русскоязычного медицинского дискурса, в свою очередь, характерен менее обобщённый подход к определению данного заболевания. БА определяется, в первую очередь, как нейродегенеративное заболевание и уже впоследствии – *причина деменции*: «Болезнь Альцгеймера – нейродегенеративное заболевание, являющееся одной из самых частых причин деменции в пожилом и старческом возрасте» [Кичерова, Рейхерт, 2018: 78]; «дегенеративный процесс, вызывающий деменцию» [Парфенов, 2011: 10]; «самое частое нейродегенеративное заболевание... Средняя продолжительность заболевания (от появления первых симптомов слабоумия до развития тяжелой деменции) составляет 5–7 лет» [Успенская, Захаров, 2010]. Данный подход, в том числе, является более точным относительно диагностики речевых расстройств при БА, так как расстройства речи могут возникать до манифестации деменции как признака БА.

Клинические проявления БА достаточно разнообразны. В соответствии с МКБ-10 и рекомендациями, разработанными рядом международных экспертных групп, в том числе CERAD [Mirra et.al., 1994], DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994] и NINCDS-ADRDA [McKhan et.al., 1984], диагноз БА может быть поставлен при наличии следующих облигаторных признаков:

1. наличие синдрома деменции;
2. развитие множественного дефицита познавательных функций, который определяется сочетанием: расстройств памяти с ухудшением запоминания новой и/или воспроизведения ранее усвоенной информации и присутствием по крайней мере одного из следующих когнитивных нарушений: афазии; апраксии; агнозии; нарушения интеллектуальной деятельности;
3. нарушения как памяти, так и когнитивных функций должны быть выражены настолько, что они вызывают снижение социальной или профессиональной адаптации больного по сравнению с ее прежним уровнем;
4. течение характеризуется постепенным малозаметным началом и неуклонным прогрессированием нарушений снижением когнитивных функций;
5. отсутствие данных клинического или специальных параклинических исследований, которые могли бы указать на то, что расстройства памяти и когнитивных функций обусловлены каким-либо другим заболеванием или повреждением центральной нервной системы, системным заболеванием, о котором известно, что оно может вызывать синдром деменции или состоянием интоксикации;
6. признаки перечисленных когнитивных нарушений должны выявляться вне состояний помрачения сознания;
7. анамнестические сведения и данные клинического исследования исключают связь выявляемых расстройств когнитивных функций с каким-либо другим психическим заболеванием (например, депрессией, шизофренией, умственной отсталостью и др.) [Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Альцгеймера, 2013].

К сожалению, на данный момент не существует методов лечения, способных полностью остановить патологический процесс при БА, или, тем более, вылечить пациента. В данном случае решающую роль может сыграть только диагностика болезни в латентной (пресимптоматической) стадии.

Однако в случае с БА, это достаточно проблематично, так как первые симптомы – лёгкие мnestические нарушения и эмоционально-аффективные расстройства часто путают с обычной старческой забывчивостью, депрессией и т.д. Таким образом, БА, в большинстве случаев, дебютирует задолго до постановки диагноза.

На сегодняшний день, в связи с увеличением продолжительности жизни, изучение болезней, характерных для представителей старшего поколения, можно считать одним из приоритетных направлений медицины. Отдельно стоит выделить анализ нейродегенеративных заболеваний в целом и БА, как одного из самых популярных их представителей, в частности. На данный момент изучение БА можно назвать *допарадигмальным*, так как в нём всё ещё можно наблюдать отличия в определении БА в англо-, немецко- и русскоязычном медицинских научных традициях. Однако в подавляющем большинстве исследований чётко выделяются, как минимум, первые симптомы БА – нарушения памяти и поведения, а также важность пресимптоматической диагностики.

## 1.2. Нарушения речи при болезни Альцгеймера

Речь – важнейшая когнитивная функция, выполняющая коммуникативную роль. Нарушения речи часто могут вызывать социально-бытовую и профессиональную дизадаптацию даже при отсутствии расстройств других когнитивных функций [Захаров, Вознесенская, 2013; Яхно и др., 2013]. Гибель нейронов при БА неизбежно влечёт за собой расстройства речи, развивающиеся по мере течения болезни. Подобные расстройства изучаются в рамках логопедии, нейропсихологии, психиатрии, психолингвистики, клинической лингвистики и т.д.

Зоны мозга, поражение которых влечёт за собой нарушения речи, достаточно многочисленны. Основными центрами речи в головном мозге являются зона Брока, которая находится в нижней лобной извилине и является

частью моторной коры, и зона Вернике – область слуховой коры, часть верхней височной извилины. И если зона Броука связана, в основном, с порождением речи, то зона Вернике – с декодированием речи окружающих. В большинстве случаев обе зоны расположены в левом полушарии. Координирует работу данных зон аркуатный пучок, который представляет из себя группу нервных волокон, по которым информация передаётся от моторной коры к слуховой и наоборот. Данный пучок, в свою очередь, входит в состав дорсального пути (см. Рис. 2) [Saur et.al., 2008].

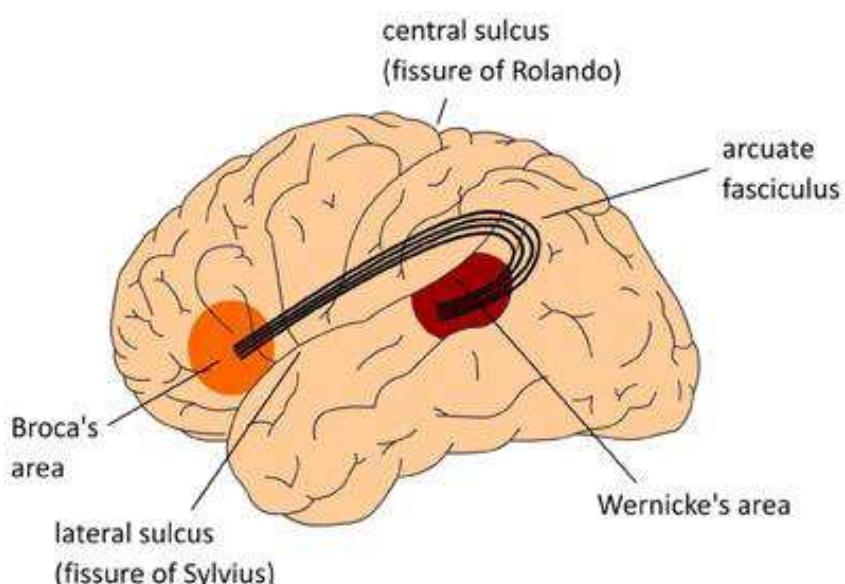


Рисунок 2. Зона Броука, зона Вернике и соединяющий их аркуатный пучок

Безусловно, зоны мозга, связанные с порождением и восприятием речи намного более многочисленны, однако именно зону Броука и зону Вернике принято считать основными центрами языка в головном мозге. Поражение данных областей мозга влечёт за собой расстройства приобретённой речи, то есть, *афазии*. Сам термин «афазия» происходит от греческого φάσις – «говорю» и приставки ἀ-, что означает «не», и дословно переводится как «не говорю».

Афазия является приобретенным нарушением вербального и надвербального уровней языковой коммуникации при поражении вторичных и ассоциативных областей коры левого полушария мозга у взрослых

[Кулеш, 2011]. Афазия – это нарушение уже сформировавшейся речи, которое возникает при локальных поражениях коры и ближайшей подкорки левого полушария и представляет собой системное расстройство различных форм речевой деятельности [Хомская, 2007]. В широком смысле афазия включает в себя нарушение всех составляющих вербальной коммуникации: звуковой (устной речи), зрительной (чтения и письма) и тактильной. В узком смысле афазией можно считать только нарушение устной речи. Также нарушение можно отнести к афазии только в том случае, если именно речевые нарушения превалируют над другими когнитивными расстройствами [Кулеш, 2018].

У пациентов с БА часто нарушения речевых функций сопровождаются повышением речевой активности вплоть до речевого возбуждения, реже – речевой аспонтанностью [Тиганов, 1999]. Речевая аспонтанность представляет собой результат снижения побуждений к речи и речевой активности. Возникает вследствие угнетения спонтанных мотиваций и сопровождается снижением общей активности и двигательной инициативы. Причиной выступает поражение префронтальных медиобазальных отделов коры (реже – передних ядер таламуса) [Кулеш, 2018].

При БА речевые расстройства, в большинстве случаев, развиваются в определённой последовательности. В целом, амнестически-афатические симптомы развиваются только после амнестического синдрома. Касается это и амнестической афазии (трудность в назывании объектов), и сенсорно-афатических симптомов (трудность в восприятии речи, поражение зоны Вернике), и нарушений экспрессивной речи (трудность в порождении речи, поражение зоны Брока).

Распад импрессивной (сенсорной) речи проходит следующий ряд стадий: нарушения понимания лексики и грамматических конструкций при сохранности фонематического слуха, понимания отдельных слов. Затем – тотальная афазия, отличительными особенностями которой являются относительная редкость парофазии (утрата смысла речи, нарушение грамматического строя и активное использование несуществующих слов) и

логореи (бездержность речевой продукции), что может быть характерно для сенсорной афазии иного генеза [Тиганов, 1999].

Развитие нарушений экспрессивной (моторной) речи проходит следующие стадии: от обеднения словарного запаса, упрощения грамматических конструкций и семантики, фонетических затруднений (трудности в произнесении отдельных слов и слогов, так называемые «замиинки» и «спотыкания») до типичных нарушений словообразования, речевых автоматизмов (логоклония – заикание с прерывистым повторением отдельных слогов, слов междометий; палилалия – болезненная потребность повторять слова или предложения), эхолалических форм речи (эхолалия – неконтролируемое повторение слов чужой речи), дизартрии [Тиганов, 1999]. Дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации (обеспеченности тканей нервыми волокнами, клетками) речевого аппарата [Лuria, 2002]. Дизартрия является довербальным расстройством коммуникации, при данном расстройстве страдают как артикуляторные, так и неартикуляторные движения (простые движения языка и губ, подвижность мягкого неба и пр.). В клинической практике под дизартрией понимают невнятную, смазанную, мало разборчивую речь, обусловленную стволово-подкорковыми очаговыми поражениями мозга [Кулеш, 2018].

Стоит отметить, что описанная последовательность распада речи является не единственным возможным, а наиболее частотным вариантом. В некоторых случаях при БА нарушения экспрессивной речи могут опережать нарушения импрессивной речи. Также примерно у 25% больных БА нарушения письма опережают расстройства устной речи. Как правило, сначала появляются нарушение оптико-пространственной деятельности: больной сначала перестает писать параллельно расположенными строками, располагает их косо или беспорядочно. Затем искается написание слов, больной не может скопировать написанное. После – возможность письма полностью утрачивается. В других случаях может наблюдаться стереотипия

письма – повторение одной и той же буквы или слова, круговые движения вместо письма, тенденции к микрографии – уменьшению букв в письме [Тиганов, 1999].

При БА афатические нарушения проявляются постепенно и непрерывно прогрессируют. Как правило, афатические нарушения начинаются с деградации импресивной речи, затем уже начинается распад экспрессивной речи. Эти процессы могут вовлекать в себя большое количество симптомов, среди которых парафазия, логорея, речевая аспонтанность, логоклония, палилалия, эхолалия, дизартрия и многие другие. С течением болезни и гибелью всё большего количества нейронов в головном мозге угнетение речевых функций становится всё более явным и впоследствии перетекает в глобальную афазию – полное отсутствие речи, сопровождающееся неспособностью к восприятию речи окружающих.

### 1.3. Классификации афазий

Существуют различные подходы к оценке, описанию и классификации афазий. Впервые тесты, направленные на диагностику и описание афазий были предложены Генри Хэдом в 1926 году. И хотя данные тесты не получили широкого распространения, они стали «отправной точкой» в исследовании и классификации афазий. Особую актуальность подобные исследования приобрели после Второй мировой войны, когда возникла необходимость в реабилитации большого количества военных, получивших черепно-мозговые травмы. Наряду с тестами стали появляться и классификации синдромов афазий.

Условно все афазии можно разделить на беглые (*fluent*) и небеглые (*nonfluent*) относительно трудностей с экспрессивной и импресивной речью. Однако подобная классификация представляется слишком обобщённой. Самая распространённая классификация афазий за рубежом была предложена специалистами Бостонской школы в 1952 году. В созданном Г. Гудгласом

Бостонском центре по изучению афазии впервые применялись экспериментальные методы психолингвистики и когнитивной психологии с целью систематического описания лингвистического дефицита при афазии. На территории постсоветского пространства разработанную ими классификацию принято называть *западной*. Данная классификация базируется на принципе отсутствия или наличия у пациента нарушений трёх основных характеристик речи: *fluency* (экспрессивная речь), *comprehension* (импресивная речь), *repetition* (способность повторять услышанное), (см. Рис. 3). Опираясь на данные характеристики, афазии можно разделить на следующие восемь типов:

1. Broca (афазия Брока/моторная афазия);
2. Wernicke (афазия Вернике/сенсорная афазия);
3. Transcortical motor (транскортикальная моторная/динамическая афазия);
4. Transcortical sensory (транскортикальная сенсорная афазия);
5. Mixed transcortical (транскортикальная смешанная афазия);
6. Conduction (проводниковая афазия);
7. Anomic (аномия/аномическая афазия);
8. Global (глобальная/тотальная афазия) [Goodglass, Kaplan, Balessi, 2001].

Первый тип афазии – афазия Брока. Данный тип нарушений связан с повреждением зоны Брока, то есть, у пациента относительно сохранено понимание речи, но наблюдаются значительные трудности с экспрессивной речью и повторением услышанного. Также у пациентов с данным типом афазии часто наблюдается аграмматизм (распад грамматики). Больному трудно использовать артикли и предлоги, ориентироваться в падежах и временах, переключаться между словами. Может наблюдаться телеграфный стиль речи, то есть, речь может быть отрывистой, состоять только из существительных и глаголов в неопределенной форме, без согласования.

Противоположная ситуация наблюдается в случае, если речь у пациента беглая, однако присутствуют серьёзные проблемы, связанные с пониманием

речи посторонних и способностью повторять услышанное. Данный тип афазии получил название афазии Вернике, так как он связан с повреждением одноимённой зоны. При поражении зоны Вернике человек, несмотря на отсутствие проблем со слухом, не может понять родную речь, слова не вызывают у него ассоциаций, родной язык в целом звучит как иностранный. Речь пациента, в свою очередь, может оставаться грамматически верной, однако в ней часто может присутствовать большое количество неологизмов, служебных слов. Наблюдается парадигмия. Как правило, высказывания таких пациентов многословны, но неинформативны. Таким образом, беглость речи не означает отсутствие в ней нарушений.

Следующие три типа афазии характеризуются сохранностью способности к повторению. При транскортикальных афазиях повреждены, в первую очередь, не сами зоны Брока и Вернике, а нейроны, соединяющие эти зоны с другими зонами мозга. Поэтому у пациентов с данными типами афазий сохранена способность к повторению, однако могут присутствовать затруднения либо с экспрессивной речью (при транскортикальной моторной афазии), либо с импресивной речью (при транскортикальной сенсорной афазии), либо и с тем, и с другим (при смешанной транскортикальной афазии).

Проводниковой называется афазия, при которой, наряду с сохранностью экспрессивной и импресивной речи, отсутствует способность повторять услышанное. Проводниковая афазия связана с повреждением нервных волокон, соединяющих зоны Брока и Вернике. Для данного типа характерны парадигмии, подмены звуков внутри слова. Пациент, как правило, осознаёт ошибки и стремится их исправить, однако это вызывает только, в основном, продуцирование новых искажений. Также стоит отметить, что данный тип афазии достаточно редко встречается.

В случае, если пациент не испытывает трудностей с экспрессивной и импресивной речью, способен повторять услышанное, однако испытывает выраженные трудности с поиском нужного слова, номинацией, его афазия является аномической. Важно, что трудности с называнием объектов или

действий могут испытывать пациенты со всеми типами афазий, однако именно при аномической афазии данный признак является основным нарушением. Пациенты с аномией могут быть многословны, однако ввиду неспособности подобрать необходимую лексему, они часто начинают её описывать.

При глобальной (тотальной) афазии нарушены все три характеристики, это самая тяжёлая форма афатического расстройства. Речь сведена к минимуму и замедлена. Больной также не может ни писать, ни понимать речь. При этом, тотальную афазию можно разделить на два подвида: полную и частичную. При частичной тотальной афазии больной может отчасти сохранять способность произносить какие-либо отдельные звуки или понимать окружающих. При полной тотальной афазии наблюдается абсолютное отсутствие вербальных возможностей.

С целью выявления конкретных нарушений в рамках данной классификации и определения степени их тяжести используются специально разработанные тесты. Наиболее распространёнными считаются Boston Diagnostic Aphasia Examination и Western Aphasia Battery. Данные тесты включают в себя задания не только на определение вышеперечисленных способностей, но и на способность к арифметическим вычислениям, чтению, письму и некоторым другим действиям, нарушение которых может отразиться на речевом поведении пациента. У данных тестов также существуют укороченные версии для проведения скрининга.

Западная классификация афазий легла в основу исследований пациентов с афазиями по всему миру и положила начало кросс-лингвистическим сравнениям в данной области. Г. Гудглас, один из авторов западной классификации и Бостонской батареи тестов, разработал новый, мультидисциплинарный подход к изучению афазий, который послужил основой современной нейролингвистики. В данном подходе сочетаются экспериментальная методология, теоретическая база исследования языка и изучение синдромов афазии. Такой междисциплинарный подход оказался эффективным с точки зрения разработки способов терапии и диагностики

афазий, а также с точки зрения анализа механизмов языковой способности.

Однако западная классификация обладает и некоторыми недостатками. Так, синдромы в чистом виде на практике встречаются достаточно редко. Чаще у пациентов наблюдаются смешанные типы афазий. Более того, в рамках одного типа афазии может наблюдаться вариативность степени выраженности тех или иных нарушений, так как в каждом случае картина очага поражения мозга может быть уникальна. Также стоит отметить, что современные методы нейровизуализации демонстрируют тот факт, что не существует прямого соответствия между поражённой областью головного мозга и типом афазии. Были зафиксированы клинические случаи, при которых у больных с поражённой зоной Брока не наблюдалось одноимённого типа афазии и наоборот.

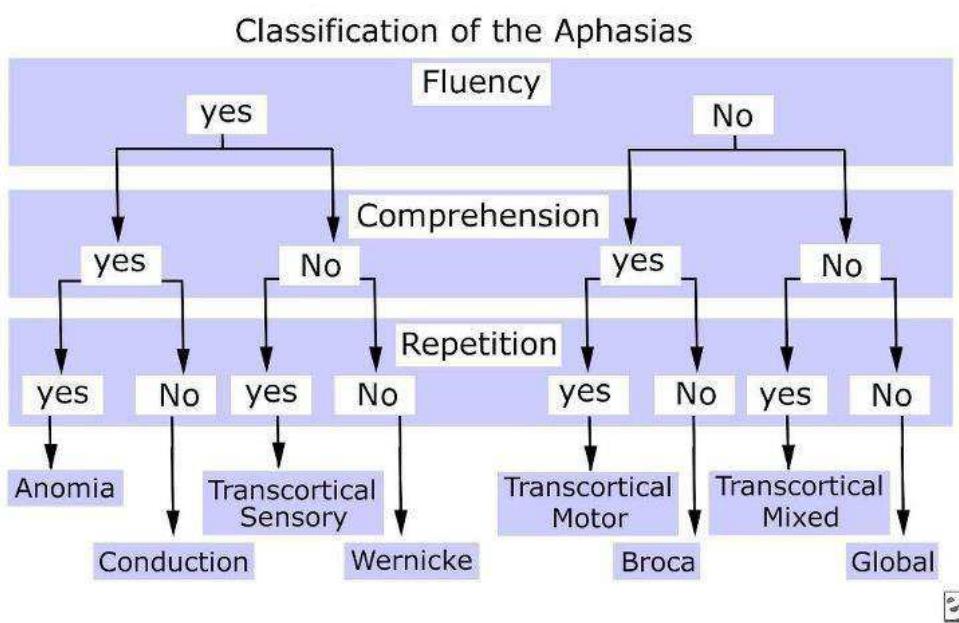


Рисунок 3. Западная классификация афазий

На территории Восточной Европы и Латинской Америки в настоящее время используется другая, нейропсихологическая классификация, предложенная А.Р. Лурией. Известный советский учёный возглавлял нейрохирургический госпиталь в годы войны, и именно исследования, проводившиеся в данном госпитале, послужили практической базой для создания данной классификации. Классификация Лурии основана на системном характере высших психических функций и их динамической

организации. Она сочетает в себе подход Л.С. Выготского к описанию высших психических функций человека и подход Н.А. Бернштейна к определению физиологии.

А.Р. Лuria разработал инновационный подход к проблеме локализации высших психических функций. В соответствии с данным подходом они представляют собой сложные функциональные системы, которые не могут быть локализованы в зонах мозговой коры или клеточных группах. Высшие психические функции охватывают сложные системы согласованно работающих зон. Также А.Р. Лuria отмечает, что любое афатическое расстройство носит системный характер. То есть, существует первичный дефект и связанные с ним вторичные нарушения речи, которые охватывают все уровни языка: фонемный, морфемный, лексический и синтаксический. Кроме того, важно отметить, что, согласно классификации Лурии, при афазии нарушается не только внешняя, но и внутренняя речь. Таким образом, афазии можно разделить на следующие семь форм:

1. Моторная афазия афферентного типа;
2. Моторная афазия эфферентного типа;
3. Динамическая афазия;
4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия
5. Акустико-мнестическая афазия;
6. Семантическая афазия;
7. Амнестическая афазия [Лурия, 1947; 1962].

Согласно данной классификации, предпосылкой речи является слуховой гнозис (способность распознавать речь на слух). Для собственной речи данную функцию выполняет артикуляционный праксис (способность совершать речевые действия). От того, где располагается очаг поражения и какая из этих функций, как следствие, страдает и зависит форма афазии (см. Рис. 4). С точки зрения лингвистики особенно важным в данной классификации является разделение афатических нарушений на парадигматические и синтагматические. Считается, что в задней части левого полушария хранится

информация о парадигматике, а в передней части – о синтагматике [Лурия, 1979]. Так, все афазии можно разделить ещё и на *задние* (с нарушением парадигматических отношений) и *передние* (с нарушением синтагматических отношений).

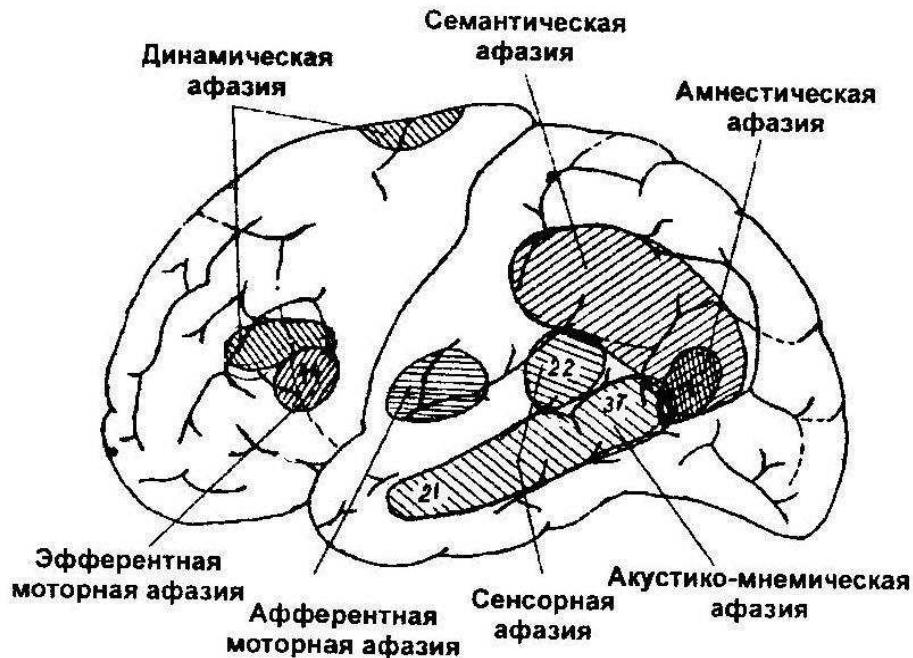


Рисунок 4. Локализация различных форм афазии в левом полушарии коры головного мозга

Опираясь на принцип парных действий и моторного контроля Бернштейна, Лурия разделяет афазии на эфферентные и афферентные. Эфферентация – это поток нервных импульсов, идущий из ЦНС ко всем органам тела (эффекторам); афферентация – поток нервных импульсов, поступающий от экстеро- и интерорецепторов в ЦНС [Дудьев, 2008]. То есть при эфферентном или афферентном типах афазии либо сама команда не поступает к органам артикуляции, либо мозг не получает отчёта о совершенном движении.

Моторная афазия афферентного типа, возникает вследствие поражения нижних отделов постцентральной зоны левого полушария (нижне-теменные отделы) на уровне вторичных полей. При данном типе афазии отмечается инертность артикуляторных актов и, как следствие, затруднения в экспрессивной речи. Достаточно часто наблюдается парафазия,

аграмматизмы. Часто происходит замена звуков на сходные по способу и месту образования (б – п, т – д, в – ф и т.д.). Письмо и чтение у пациента, как правило, нарушены, а импрессивная речь сохранена. В отличие от эфферентной моторной афазии, непроизвольный уровень организации речи может быть сохранён.

При моторной афазии эфферентного типа очаг поражения располагается в зоне Брука (задняя часть третьей лобной извилины, 44 поле). Нарушается кинетическая мелодика речи, моторная программа высказывания. Как и для афазии Брука в западной классификации, для данного типа афазии характерен телеграфный стиль речи. Возможны эхолалия, снижение мимики, учащаются паузы. Также может наблюдаться эмбололалия (эмболофразия) – добавление не имеющих отношения к смыслу фразы звуков и слов и моторные речевые персеверации – устойчивые повторения слов, слов или фраз. Как и при моторной афазии афферентного типа, письмо и чтение у пациента затруднены, понимание речи сохранено.

При динамической афазии очаг поражения находится в заднелобных отделах левого полушария, на уровне третичных полей коры головного мозга. Пациент с динамической афазией сохраняет возможность строить отдельные предложения, но не может построить связный текст. В речи таких пациентов много клише, шаблонных фраз, они редко употребляют глаголы. Больной может только воспроизвести выученный ранее развёрнутый текст, например, стихи. Наблюдаются трудности с проявлением речевой инициативы и контролем речевых действий, эхолалия. Письмо нарушено, чтение – частично.

При сенсорной акустико-гностической афазии главным дефектом является нарушение фонематического слуха; нарушается синтез звуков речи и акустический анализ, то есть, импрессивная речь. Слова для таких пациентов теряют своё значение вследствие нарушения акустического анализа. Больному сложно найти нужное слово в парадигматическом поле, наблюдаются вербальные парофазии. Чтение сохранено, письмо – нарушено. Сенсорная афазия возникает при поражении задней трети верхней височной извилины

(зона Вернике, 22 поле).

При акустико-мнестической афазии центральным является нарушение слухоречевой памяти, нарушена импресивная речь. Пациент испытывает трудности с актуализацией слова (мучительный поиск подходящего слова). Часто наблюдаются вербальные парофазии, аграмматизмы, контаминации. Данная форма афазии возникает вследствие повреждений средней височной извилины (21 и 37 поля). Чтение пациента не нарушено, письмо ограничено речевыми возможностями.

Для семантической афазии, возникающей с повреждением височно-теменно-затылочных областей, характерно нарушение понимания лексико-грамматических конструкций, метафор, пословиц, понимание речи пациентом возможно только в рамках простых предложений. При этом у больных часто сохранена способность к нахождению грамматических искажений. Речь как автоматизированная деятельность у пациентов может быть сохранена, чтение не нарушено, а письмо упрощено.

В качестве ещё одной формы афазии выделяется амнестическая афазия. Вероятно, для пациентов с БА именно данный тип афазии является наиболее распространённым, особенно на развёрнутых стадиях заболевания. Данная форма также может проявляться как симптом акустико-мнестической афазии. Центральным симптомом данной формы афазии является затруднение в назывании предметов. При этом пациент может быть многословен. Иногда подобное нарушение связывают с дефектами оптической памяти и выделением существенных признаков предметов. Чтение не нарушено, письмо нарушено вследствие основного дефекта. Существует две версии относительно локализации поражения при амнестической афазии. Очаг может располагаться или в задних отделах теменно-височной области левого полушария (главным образом угловой извилины; поля 37 и 40), либо в задней трети средней височной извилины (третичные поля, наложения 37 и 17, 18 затылочных полей).

И для западной, и для отечественной классификации справедливо

деление афазий на задние и передние типы относительно очага поражения. Классификация Лурии отличается от западной, прежде всего, тем, что в ней больший фокус делается на механизме, лежащем в основе нарушений функций системы, обеспечивающей речь, а также синдромный анализ данных нарушений.

#### 1.4. Диагностика афазий в современной медицинской практике

Актуальность разработки качественной методики диагностики афазии определяется не только частотностью данного нарушения, но и необходимостью диагностировать его наряду с другими расстройствами со схожей симптоматикой, например, с мутизмом – произвольным отказом от речевого общения, не обусловленного органическими изменениями в коре головного мозга [Щербакова, 2016]. Также крайне важны тесты для определения типа афазии как возможность ранней диагностики патологии, что, в свою очередь, прямо пропорционально шансам пациента на эффективную реабилитацию.

В первую очередь при обследовании больного регистрируются его анкетные данные (пол, возраст, род деятельности и т.д.), результаты объективных исследований (МРТ и КТ), и только затем начинается исследование речевого поведения пациента. Данная ступень, в свою очередь, состоит из двух этапов. На первом этапе происходит дифференциация афазии и мутизма, исключается тяжелая степень тяжести речевого расстройства. На втором этапе ключевой задачей является определение формы и степени выраженности афазии.

Одним из наиболее популярных инструментов работы с англоговорящими пациентами является *Западная афазиологическая батарея* (*Western Aphasia Battery*), разработанная в 1982 году британским афазиологом Э. Кертесом [Kertesz, 1982]. Данная методика диагностики опирается на следующую классификацию типов афазии:

1. Глобальная (Global);
2. Броха (Broca's);
3. Вернике (Wernicke's);
4. Проводниковая (Conduction);
5. Транскортикальная сенсорная (Transcortical sensory);
6. Транскортикальная моторная (Transcortical motor);
7. Смешанная (Mixed transcortical);
8. Амнестическая (Anomic);
9. Изоляционная (Isolation);
10. Отсутствие афазии (No aphasia) [Kertesz, 1982].

Данная классификация практически полностью повторяет западную классификацию афазий Г. Гудгласса. Исключением является изоляционная афазия. Данный тип афазии достаточно редок и представляет собой результат изоляции центров речи от других отделов головного мозга при множественных очагах поражения коры. У больного отсутствует собственная целенаправленная речь, характерна эхолалия, сильно нарушена импресивная речь.

Выполнение лингвистического теста Западной афазиологической батареи занимает в среднем полтора часа. Максимальное количество баллов, предусмотренное данной системой – 100. Результат от 93 до 100 баллов свидетельствует об отсутствии афазии, от 76 до 92 – о лёгкой форме афазии, от 51 до 75 – средней, от 26 до 50 – тяжёлой, и от 0 до 25 – крайне тяжёлой степени выраженности афазии.

Лингвистические навыки, рассматриваемые в рамках данного теста, включают в себя информационное содержание речи пациента (information content), беглость (fluency), способность к отражённой речи (repetition) и аудированию (comprehension), называнию предметов (naming), чтение (reading) и письмо (writing). Отдельной сессией проводится проверка невербальных навыков – рисования, визуального мышления и праксиса (см. Рис. 5) [Kertesz, 1982].

	<i>A1</i>	<i>A2</i>	<i>A3</i>	<i>A4</i>	<i>A5</i>	<i>Mean</i>
Age (years)	48	59	60	65	36	<b>53.5</b>
Sex	Male	Female	Male	Male	Male	
Handedness	Right	Right	Right	Right	Right	
Education	Masters Degree	Bachelors Degree	Some college	Masters Degree	Bachelors Degree	
Years post stroke	3	9	4	10	2	<b>5.6</b>
<i>Language Test Data</i>						
Western Aphasia Battery						
Information content	8	8	7	8	8	<b>7.3</b>
Fluency	4	5	4	4	4	<b>4.2</b>
Comprehension	9.4	8.4	8.3	8.8	8.6	<b>8.7</b>
Repetition	9.8	2.9	5.0	8.0	7.2	<b>6.6</b>
Naming	9.0	6.8	6.3	8.7	8.4	<b>7.8</b>
Aphasia quotient (AQ)	86.4	64.1	64.2	77.8	74.4	<b>73.4</b>

Рисунок 5. Пример результата теста Западной афазиологической батареи

Среди афазиологических тестов для немецкоязычных пациентов наибольшей популярностью пользуется *Аахенский афазиологический тест* (*Der Aachener Aphasia-Test*), созданный в 1983 году В. Хубером, К. Поэком, Д. Венигером и К. Вильмесом [Huber et.al., 1983]. Данный тест был переведён на английский и многие европейские языки. В рамках Аахенского афазиологического теста выделяются следующие типы афазии:

1. Глобальная (Globale Aphasia);
2. Брука (Broca-Aphasia);
3. Вернике (Wernicke-Aphasia);
4. Амнестическая (Amnestische Aphasia) [Huber et.al., 1983].

Стоит отметить, что Аахенский афазиологический тест позволяет идентифицировать наличие афазии, не попадающей в данную классификацию, а также другие нарушения речи, что компенсирует ограниченную вариативность классификации теста.

Аахенский афазиологический тест состоит из шести субтестов, результаты каждого из которых оцениваются от 0 до 3 баллов. Данные субтесты направлены на оценку определённых навыков: спонтанная экспрессивная речь, импрессивная речь и концентрация внимания, отражённая речь, письмо, номинация, понимание звучащей речи (см. Рис. 6). Отдельное

внимание уделяется артикуляции, просодическим характеристикам, использованию языковых автоматизмов, а также диагностике эхолалии, парофазии. Результаты тестирования отражаются в виде графика, что позволяет выполнять сравнительный анализ в динамике реабилитации. Степень тяжести симптомов отображается на графике следующим образом: тяжёлая – тёмно-серый цвет, средняя – серый, лёгкая – светло-серый, отсутствие расстройства или минимальная его выраженность – белый цвет.

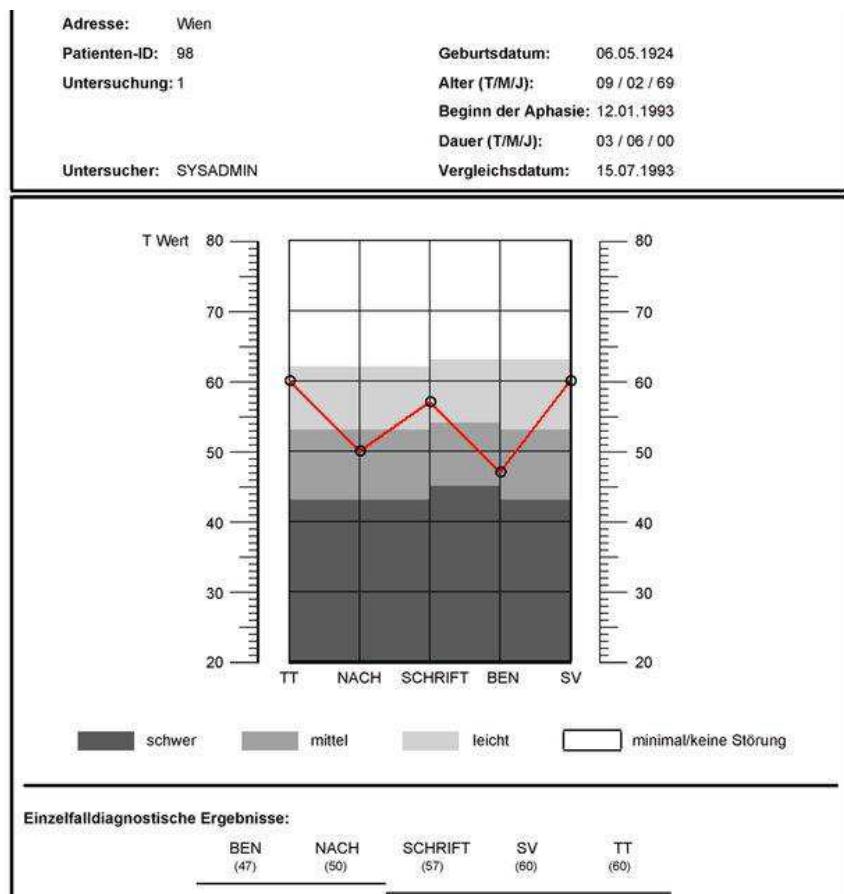


Рисунок 6. Пример результата Аахенского афазиологического теста

На территории Российской Федерации на сегодняшний день не существует единого стандартизированного теста для определения афазии, поэтому специалистам приходится выбирать из нескольких наиболее распространённых вариантов – тестов Вассермана, Цветковой и других. Министерством здравоохранения Российской Федерации в процессе медицинской реабилитации рекомендуется использование Шкалы нарушения речи Л.И. Вассермана.

Нейропсихологическая методика, предложенная Л.И. Вассерманом (см.

Рис. 7), базируется на балльной системе оценок от 0 до 4, где 0 – без ошибок, а 4 – грубые ошибки [Вассерман, Дорофеева, Меерсон, 1997]. В данной методике речь рассматривается не только в качестве функциональной системы, но и отдельно. Система теста опирается на классификацию афазий, предложенную А. Р. Лурией, а Шкала для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга включает в себя следующие показатели, каждый из которых оценивается отдельно:

1. Спонтанная и диалогическая речь;
2. Повествовательная (монологическая) речь;
3. Составление рассказа по сюжетной картинке;
4. Аграмматизм;
5. Отражённая речь (повторение);
6. Повторение речевых рядов (серии слогов, слов, простых и сложных предложений);
7. Называние;
8. Произношение речевых звуков;
9. Усилия, напряжение в речи, запинания, дезавтоматизация речи;
10. Темп речи;
11. Просодия (интонация, ритм высказывания, ударение, мелодика речи);
12. Вербальные парадигмы;
13. Литеральные парадигмы;
14. Понимание ситуативной речи и словесных значений;
15. Отношение к дефекту речи;
16. Чтение (вслух);
17. Чтение (про себя);
18. Чтение букв;
19. Списывание;
20. Письмо букв под диктовку;
21. Письмо (самостоятельное и под диктовку) [Вассерман, Дорофеева,

Меерсон, 1997].

Благодаря широкому спектру исследуемых навыков, результаты теста представляют собой подробный анализ речи пациента, что в совокупности с данными КТ/МРТ даёт достаточно развёрнутую картину нарушений.

№№ п/п	№№ субтестов	Название субтестов	Средние значения успешности выполнения заданий ( $M \pm m$ )		
			испытуемые 14–30 лет n = 54	испытуемые 31–50 лет n = 46	испытуемые 41–69 лет n = 47
1	2	3	4	5	6
1	14	Повторение серий словов-триграмм	0,24 ± 0,07	0,21 ± 0,02	0,29 ± 0,11
2	15	Повторение серий слов в условиях интерференции	0,28 ± 0,09	0,29 ± 0,02	0,36 ± 0,12
3	16	Повторение серий словов-триграмм в условиях интерференции	0,25 ± 0,19	0,34 ± 0,11	0,36 ± 0,11
4	47	Узнавание (чтение) «зашумленных» букв уровень шума—0,25 уровень шума—0,35	0,24 ± 0,08	0,27 ± 0,07	0,21 ± 0,09 0,30 ± 0,14
5	65	Рисование геометрических фигур с переворачиванием их на 180°	0,27 ± 0,14	0,26 ± 0,09	0,38 ± 0,11
6	96	Узнавание изображений предметов на «зашумленных» рисунках уровень шума—0,25 уровень шума—0,35	0,28 ± 0,14	0,28 ± 0,11	0,23 ± 0,08 0,31 ± 0,14
7	101	Идентификация фотографий незнакомых лиц при кратковременном предъявлении	0,34 ± 0,09	0,34 ± 0,12	0,39 ± 0,10

Рисунок 7. Нормативные данные успешности выполнения субтестов набора нейропсихологических методик Л.И. Вассермана

К сложностям работы с данной методикой можно отнести длительность тестирования и обработки результатов, а также неоднозначность их трактовки. Более того, данный тест достаточно объёмен, поэтому русскоязычные специалисты зачастую прибегают к комплексным методам диагностики афазии. Пациентов с БА просят назвать определённые предметы для того, чтобы выявить трудности с номинацией и амнестическую афазию как их причину. Также больных просят выполнять ряд инструкций, чтобы оценить их способность понимать происходящее, и, в случае затруднений, выявить семантическую афазию. В некоторых ситуациях врач может попросить пациента составить рассказ по картинке.

Примечательно, что сравнительный анализ тестовых методик, разрабатываемых учеными и практиками разных языковых культур, с очевидностью выявляет культурно-специфичный маркер диагностики в

соответствии с исследовательскими традициями стран и когнитивно-ментальными особенностями пациентов из разных культур [Бурмакина, Куликова, Попова, 2020]. Однако различные подходы к диагностике афазии в англо-, немецко-, и русскоязычных школах приводят к ряду проблем. Отсутствие единой классификации в основе методик может приводить к различной трактовке нарушений и локализаций поражений. Кроме того, диагностические алгоритмы достаточно субъективны и во многом зависят от индивидуального опыта исследователя [Вассерман, Дорофеева, Меерсон, 1997]. Таким образом, расхождение в методиках может приводить к постановке различных диагнозов одним и тем же пациентам. С большой долей вероятности, междисциплинарный подход к разработке методики диагностики афатических нарушений сможет обеспечить всесторонний и более подробный анализ нарушений речи пациентов и, как следствие, постановку более точного диагноза.

### 1.5. Уровни организации языка

При анализе речевых расстройств особый исследовательский интерес представляет дифференциация их по уровням языка, с целью выявления наиболее частотных языковых нарушений и, напротив, менее актуальных. Такие результаты могут быть полезны для лечения и реабилитации пациентов с БА.

При этом необходимо сначала рассмотреть принятую в лингвистике классификацию уровней языка образующих их единиц, которые впоследствии могут оказаться под воздействием поражения мозга.

Широкое распространение концепция уровневой организации языка впервые получила в середине XX века у американских лингвистов, работающих в области дескриптивной лингвистики. Позднее данная идея распространилась и на другие направления языкознания в других странах. Вероятно, само представление уровневой организации было заимствовано из

биологии, и если в биологии понятие более высоких и более низких уровней связано с концепцией развития, то в лингвистике уровневая организация изначально предполагала выделение «низших» уровней языка как результат своего рода трансформации «высших» уровней [Лингвистический энциклопедический словарь, 1990].

Уровни или ярусы языка – это некоторые «части» языка; подсистемы общей *системы языковой*, каждая из которых характеризуется совокупностью относительно однородных единиц и набором правил, регулирующих их использование и группировку в различные классы и подклассы [Лингвистический энциклопедический словарь, 1990]. Важно отметить, что в процессе своего развития язык не складывается из уровней языка, а членится на них. Уровни языка не «изолированы» друг от друга, они функционируют сообща в единой системе языка. Между собой единицы разных уровней языка вступают в иерархические отношения (отношения подчинения и включения между языковыми единицами разных уровней), в то время как внутри одного уровня они обладают свойством вступать в отношения парадигматические (отношения взаимосвязи, противопоставления и обусловленности между единицами одного уровня, объединяющие эти единицы в определенные классы, т.е. парадигмы) и синтагматические (отношения сочетаемости единиц одного уровня в линейной последовательности) [Шарафутдинова, 2008].

В качестве основных уровней языка можно выделить следующие:

1. Фонемный или фонетический (основная единица – фонема);
2. Морфемный (основная единица – морфема);
3. Лексический (основная единица – слово);
4. Синтаксический (основная единица – предложение).

Уровни, на которых выделяются двусторонние единицы, являются высшими уровнями языка [Ахманова, 2007]. Двусторонние единицы – это единицы, обладающие планом содержания (смысловым компонентом) и планом выражения (материальные средства, с помощью которых передаётся смысл единицы). Так, высшими уровнями языка являются морфемный,

лексический и синтаксический уровни. Единица фонемного уровня, в свою очередь, является односторонней.

Основной единицей фонемного уровня является фонема. Фонема – логическая инвариантная единица языка, служащая для опознавания и различения значимых единиц – морфем, в состав которых она входит в качестве минимального сегментного компонента. Фонема, как инвариантная единица языка, выполняет перцептивную (доведение звуков речи до восприятия) и сигнifikативную (смыслоразличение), а иногда и делимитативную (обозначение границы между последовательными единицами – морфемами и словами) функции в речи. Фонема как абстрактная единица противопоставляется звуку как конкретной единице, в которой фонема материально реализуется в речи [Гаврилина, 2011]. Представителем фонемы в потоке речи является фон. Вариант фонемы, обусловленный её фонетическим окружением, называется аллофоном.

Морфема – основная единица морфемного уровня. Это мельчайшая значимая часть слова [Бодуэн де Куртенэ, 1963]. Если фонема неделима с точки зрения формы, то морфема неделима с точки зрения содержания. Морфема несёт словообразующую (образует новые слова) и формообразующую (образует грамматическую форму слова) функции. Как правило, морфема рассматривается как абстрактная единица, конкретной реализацией морфемы в тексте является морф. Морфы, представляющие одну и ту же морфему, могут иметь различное звучание в зависимости от своего окружения внутри словоформы. Так, совокупность морфов одной морфемы с одинаковым фонемным составом является алломорфом.

Основной единицей лексического уровня языка является слово. Это основная структурно-семантическая единица языка, служащая для именования предметов и их свойств, явлений, отношений действительности, обладающая совокупностью семантических, фонетических и грамматических признаков, специфичных для каждого языка [Лингвистический энциклопедический словарь, 1990]. Характерными признаками слова

являются цельность, выделимость и свободная воспроизводимость в речи. В слове выделяются фонетическая, морфологическая и семантическая структуры. Лексическое и грамматическое значения слова разделяются; совокупность грамматических значений образует грамматическую форму слова. В плане выражения в слове выделяется *лексема*, а в плане содержания – *семантема*. Лексема – слово как абстрактная единица морфологического анализа, в неё объединяются парадигматические формы одного слова, а семантема, в свою очередь, является элементом значения слова.

Для синтаксического уровня языка основной единицей является предложение. Предложение – это одна из основных грамматических категорий синтаксиса, противопоставленная в его системе слову и словосочетанию по формам, значениям и функциям [Лингвистический энциклопедический словарь, 1990]. В широком смысле предложением является любое сообщение, рассчитанное на слуховое (при произнесении) и зрительное (при письме) восприятие. В узком, грамматическом смысле предложение – это единица сообщения, образованная по специально предназначенному для этого грамматическому образцу и обладающее значением предикативности (категорией, которая соотносит сообщение с временным планом действительности) и своей собственной семантической структурой; оно обнаруживает их в системе формальных изменений и имеет определённую коммуникативную задачу, которая выражается порядком слов (актуальное членение предложения) и интонацией [Лингвистический энциклопедический словарь, 1990]. Предложение как единица не может рассматриваться в отрыве от его лексического наполнения. Лексическим составом во взаимодействии с грамматической организацией предложения предопределяется его семантическая структура.

Данная классификация языковых уровней является базовым инструментом лингвистического анализа. В рамках настоящего исследования, для наиболее чёткой дифференциации речевых нарушений, необходимо отметить, что на фонологическом уровне при анализе речи пациентов с БА,

помимо правильности произношения слов и звуков (фонетический подуровень), следует рассматривать просодику, темп и ритм речи, интонацию, речевое дыхание, тембр, ударение, дикцию, паузы и голосовые модуляции (высота и сила голоса).

На лексическом уровне необходимо учитывать не только значение отдельных номинаций, но и их стилистические особенности, грамматическую форму. Так, нарушения в грамматике и смысловые ошибки в употреблении лексических единиц, их сочетаемости являются симптомом амнестической афазии пациентов с БА.

Важно подчеркнуть, что при любом прогрессе в развитии структурных методов и возрастании их эффективности никогда не удастся построить такую абстрактную математически стройную структуру языка, которая бы полностью отразила все его объективные свойства [Мельничук, 1970]. Однако представление об уровневой организации языка значительно упрощает анализ речи и письма, что особенно важно для исследования нарушений речи.

## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Нейродегенеративные заболевания являются наиболее распространённой причиной когнитивных нарушений у людей пожилого возраста. В группу нейродегенеративных заболеваний входит большое количество различных болезней, для которых характерна гибель определённых групп клеток и последующая атрофия отделов головного или спинного мозга. Одним из самых распространённых нейродегенеративных заболеваний среди людей пожилого возраста является болезнь Альцгеймера.

Данное заболевание обладает широким спектром клинических проявлений, к которым относятся наличие синдрома деменции, развитие множественного дефицита познавательных функций, нарушения памяти, нарушения когнитивных функций и многие другие. Когнитивные неязыковые нарушения, развивающиеся при БА, сопутствуют, в свою очередь, языковым нарушениям. Они препятствуют полноценной адекватной обработке языковой информации, что провоцирует расстройства приобретённой речи, то есть, афазии.

Типы афазий зависят от поражённых зон головного мозга, в первую очередь, от основных языковых центров – зоны Брока, отвечающей за экспрессивную речь, и зоны Вернике, отвечающей за импресивную речь, а также от координирующего их работу аркуатного пучка. На локализации поражений мозга, также на сопутствующей им симптоматике базируются различные классификации афазий. Самой распространённой классификацией афазий на территории СНГ является классификация, предложенная А.Р. Лурией. Согласно данной классификации, афазии можно разделить на следующие типы: моторная афазия афферентного типа, моторная афазия эфферентного типа, динамическая афазия, сенсорная (акустико-гностическая) афазия, акустико-мнестическая, семантическая и амнестическая афазии.

Каждый из данных типов обладает своим собственным симптомокомплексом и определяется посредством МРТ, КТ, а также

специально разработанных тестов. Самым распространённым инструментом работы с англоговорящими пациентами с БА является Западная афазиологическая батарея, с немецкоязычными – Аахенский афазиологический тест, с русскоязычными – Шкала нарушения речи Л.И. Вассермана. Отсутствие единой классификации и модели тестов может приводить к различиям в трактовке симптомов пациентов и, как следствие, к различным диагнозам. С большой долей вероятности, более подробный междисциплинарный подход к диагностике афазий сможет обеспечить постановку более точного диагноза.

При работе с афазиями с точки зрения лингвистики крайне важно учитывать, на каком уровне языка происходят нарушения: фонетическом, морфологическом, лексическом или синтаксическом. И пускай деление на уровня языка достаточно условно и не поддаётся точному измерению, подобная система значительно упрощает работу с классификацией речевых нарушений и их анализ, а также позволяет выявить наиболее частотные из них.

## ГЛАВА 2. РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У АНГЛО- И НЕМЕЦКОЯЗЫЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

2.1. Анализ речевых нарушений у англоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера

### 2.1.1. Нарушения речи на фонетическом уровне

Нарушения речи на фонетическом уровне могут наблюдаться наравне с нарушениями других уровней языка. Стоит отметить, что трудности с произношением определённых слов или звуков не обязательно могут быть связаны с БА. Среди людей пожилого возраста наблюдается тенденция к снижению тонуса лицевых мышц и усугублению нарушений прикуса (в случае, если такие имелись ранее). Всё это также ведёт к некорректной работе речевого аппарата. И всё же, некоторые нарушения фонетического уровня могут указывать на афазию при БА.

Так, достаточно специфичными являются паузы, возникающие при попытке пациента вспомнить или подобрать определённую лексическую единицу. Подобные паузы нарушают мелодику речи и значительно затрудняют процесс коммуникации:

*If I could I would be in...at a college (A Few Words From Harvey and William, Two Alzheimer's Patients).*

Безусловно, подобные паузы часто сопровождаются эмболами (uhm, uh, oh и др.). Таким образом, можно утверждать, что ввиду частотности пауз в речи, у больных БА достаточно часто наблюдается эмбололалия:

*I remember...uh... (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

*And then you put a cup in the... In the, uhm... Uhm... A cup away (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

*This morning I...uhm...went off to...uhm...my, no, where did I go, where did I go this morning? What did I do this morning before we met? I don't remember*

*(People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

*It's like, it's your genes, you know, and so... uhm... I forgot where I was going (Kids Meet a Woman with Alzheimer's / Cut).*

*But there again, you see... uhm... Oh... What I was going to say? (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

*Alzheimers is an invisible... uhm... What's the word? (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

*Just good memories, and, and... uhm... new friendships (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

Трудности с актуализацией слова или с памятью также влияют на интонацию в предложении. Пытаясь вспомнить определённую информацию человек, теряет уверенность в сказанном и резко меняет интонацию с утвердительной на вопросительную:

*I did modeling? (рассказывая о себе), (A Marriage to Remember / Alzheimer's Disease Documentary / Op-Docs / The New York Times).*

Интонация может также меняться ввиду менее очевидных причин. Вероятно, это может быть связано с возникающими болезненными, волнительными воспоминаниями. Больной человек не в состоянии больше контролировать мелодику своей речи, поэтому интонация может меняться спонтанно под воздействием внутренних и внешних импульсов. То же самое касается речевого дыхания, которое может сбиваться под воздействием резкой смены интонации:

*Рассказывает о своём отце: (интонация резко неестественно поднимается) Yeah, he was a slip out in a twit [wit] house, you know, wh-what was about it (интонация резко падает) w-water (далее неразборчиво) ... (Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

Ещё один распространённый фактор, влияющий на интонацию и ритмическое течение речи – заикание, достаточно распространённое при БА:

*But important things I don't seem to remember (A Few Words From Harvey*

*and William, Two Alzheimer's Patients).*

*But I don't... I-I try not to get upset (Kids Meet a Woman with Alzheimer's / Cut).*

*It give me the feeling of love, ro-romance (How Personalized Music Playlists Help Alzheimer's Patients).*

*P-t-t-t-t I would've lov-love-ved it (Early On-Set Alzheimer's: One Year Later).*

*You know, I-I was – I was... you know, I couldn't do my work (Living With Alzheimer's: Jeff & Dawn's Story of Enduring Love).*

*Oh-oh-p-p-p-p-p-p (Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

*I-I had an anger problem my-my typical mild self-returned to an ogre my-um-my... (Extended Interview with Alzheimer's Patient, Don Hayen).*

*My father was not, was never (вздохи, бормотания) a person who-who is a bit of a...(неразборчиво), (Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

Больной человек может как бы «зависать» в «проблемном» слоге. Невозможность преодолеть заикание вызывает возрастание уровня тревоги, что, в свою очередь, провоцирует заикание ещё сильнее. Так, больной может на протяжении длительного времени пытаться преодолеть заикание, не в состоянии сделать это самостоятельно. В подобных ситуациях, как правило, собеседник больного обрывает предложение и пытается выразить утерянную в процессе заикания мысль.

Отдельное место среди нарушений фонетики у больных БА занимают затруднения произношения. Во многих случаях может быть достаточно трудно выявить первопричину подобных ошибок. Первопричиной могут являться общее ухудшение дикции, связанное с ортодонтическими нарушениями, свойственными для людей пожилого возраста (отсутствие зубов, неподходящий протез, неправильный прикус), некорректная работа речевого аппарата ввиду сниженного тонуса лицевых мышц (также типично

для людей пожилого возраста), или же первопричиной в действительности может являться разрушение клеток головного мозга. Выявление истинной проблемы потребует если не диагностики, то, как минимум, более пристального наблюдения за речью больного на протяжении более длительного периода времени:

*It was frustrating trying to get it into the box [ɪt wfpz frʌfs 'tfreitn̩ 'tfratikeɪt ɡet it 'ɪntu: ðə bpuvks] (There's a cure in sight - AlzheimersResearch UK).*

*That's a full-time twenty-four hour three-hundred-and-sixty-five days over a year [ðæts ə fol traɪmə 'twentɪ fɔ:r 'aʊəθri: 'hʌndrəd ənd 'sɪksti-faɪv deɪz 'əʊvər ə jɪəθr] (Alzheimer's Disease: A Guide for Patients and Families - American Academy of Neurology).*

*I think it's pretty good [aɪ θɪŋk its 'prɪti grəd] (A Few Words From Harvey and William, Two Alzheimer's Patients).*

Среди выявленных нарушений речи у англоязычных пациентов с БА нарушения на фонетическом уровне составили 23,9% от общего количества нарушений. Таким образом, ошибки на фонетическом уровне стали вторыми по распространённости у англоязычных пациентов. На начальных этапах наиболее распространёнными нарушениями речи на фонетическом уровне можно назвать заикание и ошибки паузации, проявляющиеся, вероятно, в качестве симптома амнестической афазии (пациент берёт паузу, чтобы подобрать или вспомнить необходимое слово). На более поздних этапах БА речь пациента становится практически неразборчивой. Сначала частично, затем – полностью. Важно отметить, что при профилактике ошибок фонетического уровня на начальных этапах развития болезни важно обращать внимание на факторы, не связанные с БА, но также влияющие на чёткость произношения у людей пожилого возраста – пониженный тонус лицевых мышц, ортодонтические нарушения и так далее.

## 2.1.2. Нарушения речи на морфологическом уровне

Достаточно часто нарушения морфологического уровня трудно разграничить с нарушениями лексического и фонетического уровней. Выявить первопричину нарушения может быть практически невозможно ввиду взаимосвязи различных уровней языка. Например, достаточно проблематично разграничить, употребляет ли пациент неправильный суффикс вследствие литеральной парадигмы (ошибки фонетического уровня), или же это является ошибкой морфологического уровня. То же самое касается ошибок в грамматике: употребление неправильного вспомогательного глагола или его отсутствие можно назвать и лексико-грамматическим, и морфологическим нарушением:

*Where is my pills? (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

*But that [is] life, isn't it? (В значении «такова жизнь»), (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

*That [is] a no danger of me, (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

*You useless woman (в значении «ты – бесполезная женщина» отсутствует вспомогательный глагол are), (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

И морфологическими, и лексико-грамматическими можно назвать и ошибки в окончаниях слов, так как они меняют грамматическую форму слова. Подобные ошибки достаточно распространены у англоязычных пациентов с БА:

*I give[s] me the feeling of love, ro-romance. I figure right now the world need[s] to come into music, singing (How Personalized Music Playlists Help Alzheimer's Patients).*

*I actually cried soon (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

То же самое можно отнести и к суффиксам. Реже опускаются суффиксы,

образующие прилагательные:

*She's not ugly. On the contrary, she's very **beauty[ful]** (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

Чаще, например, суффикс s:

*Our marriage. My wife's marriage and I. I don't want ever forget that. We looked at each **other** eyes and I'll hold onto it as long as I **can't** (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

В данном примере также присутствует ошибка в употреблении частицы not. Подобную ошибку также можно отнести к морфологическому уровню.

К распространённым ошибкам морфологического уровня можно отнести и опущение предлогов:

*I don't know. I don't **want [to]** know.*

*Oh, darling I'm sorry [for] making you cry, (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

Также достаточно распространено опущение союзов:

*I don't know [**if**] it was just funny, but it was very good, (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

То же самое относится и к опущению артиклей:

*I feel like [**an**] idiot (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

В целом, согласно проведённому анализу, морфологические нарушения являются наименее распространёнными среди англоязычных больных с БА (составляют 15,2% от общего количества проанализированных примеров). Кроме того, подобные нарушения тесно связаны с нарушениями на фонетическом и лексическом уровнях, следовательно, во многих случаях разграничить их не представляется возможным.

### 2.1.3. Нарушения речи на лексическом уровне

Наиболее обширно у пациентов с БА представлены нарушения лексического уровня. Вероятно, это связано с одним из основных симптомов

БА – нарушениями памяти. Нарушения памяти могут затрагивать лексический уровень языка и приводить к разнообразным лексико-семантическим, лексико-грамматическим и лексико-стилистическим нарушениям.

Наиболее частотными являются лексико-семантические нарушения. Среди них крайне часто наблюдаются примеры трудностей с актуализацией слова. Пациент мучительно ищет нужную лексическую единицу, не в состоянии вспомнить её. Вследствие этого могут возникать паузы, обрывающие предложения посередине. Данные паузы часто сопровождаются словами-филлерами. Наиболее частотными словами-филлерами в рамках эмболалии англоязычных пациентом с БА являются *uhm*, *ughm*, *uh* и *so*:

*It's like, it's your genes, you know, and so... uhm... I forgot where I was going (Kids Meet a Woman with Alzheimer's / Cut).*

*I remember...uh... (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

*This morning I...ughm...went off to...uhm...my, no, where did I go, where did I go this morning? What did I do this morning before we met? I don't remember (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

*And then you put a cup in the... In the, uhm... uhm... A cup away (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

В подобной ситуации пациент часто обращается к собеседнику в попытке найти подходящую лексическую единицу:

*Alzheimers is an invisible... uhm... What's the word? (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

- *We've been...?*
- *Married.*
- *Married for 35 years (Alzheimer's Disease / Don's Story).*

Вместо слов-филлеров заполнять паузы могут целые фразы, выражения. На фоне предложения они выделяются, в первую очередь, динамически – пациент проговаривает их намного быстрее, как бы отточено (это в отдельных

случаях можно считать нарушением просодики и относить к фонетическому уровню):

*You know, I-I was – I was... you know, I couldn't do my work. Yeah, I was the only one doing it. You know (Living With Alzheimer's: Jeff & Dawn's Story of Enduring Love).*

– *I was, I was a scie... a scientist? Uhm...and...for...I guess probably* (произносит намного чётче и быстрее остальных слов в предложении).

– *Fifteen years.*

– *Yeah... fifteen or twenty years (Alzheimer's Disease / Don's Story).*

Нехватку лексических единиц больной может компенсировать мимическим представлением забытых слов:

*Описывает поход в душ: I went up there, sat down, and all that bloody hell there (водит рукой по спине), there, there. It was hot, it was hot (Who Will Take Care of Us? Mum, Dad, Alzheimer's & Me (Alzheimer's Disease Documentary) / Only Human).*

Часто пациент может путать лексические единицы и заменять искомую на однокоренную или похожую по звучанию:

*I'll hold onto it as long as I can't.*

*Don't see stupid things. If you're going to speak, speak sensibly (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

После указания на подмену может происходить самоисправление:

- *We were neighbors going up (Alzheimer's Disease / Don's Story).*
- *Growing up.*
- *Growing up.*

Возможны подмены и по менее очевидным признакам. Так, в следующем примере неадекватное ситуации речевое высказывание может быть связано с общей семантикой праздника в словах *Christmas* и *Birthday*:

- *It's seven o'clock in Christmas morning and Holly is filming us.*

- *Happy Birthday to you! Happy Christmas to you! (позже), (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

Когда подходящая лексическая единица найдена, может происходить фиксация на ней, пациент как бы «зависает» на слове, с которым испытывал затруднение, медленно повторяет его. Взгляд больного часто расфокусирован, направлен как бы «внутрь себя»:

*It was pouring, pouring rain (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

Или же пациент может несколько раз употреблять найденное слово в соседних предложениях, выделяя его интонационно, невольно образуя анафоры и эпифоры:

*There was a stream. And I wanted to get in the stream (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

Или же больной может настолько фиксироваться на проблемной лексеме, что останавливается на ней и забывает ход повествования:

*We came from Stock-on-Trent...uhm...That's where we came from (Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

По мере прогрессирования БА, пациенту становится всё труднее вспоминать необходимые лексические единицы. В конечном счёте речь пациента может быть сведена к интонированию отдельных звуков и, затем, полному отсутствию речи:

(Спрашивает про еду в тарелке)

- *This one. What's this? You know what this is, huh?*
- *I...*
- *What's this? There's fish, and there... What is it?*
- *... (Who Will Take Care of Us? Mum, Dad, Alzheimer's & Me (Alzheimer's Disease Documentary) / Only Human).*
- *Do you wanna take it?*

– ***Uh? Ahhah*** (“*Living With Alzheimer's: Jeff & Dawn's Story of Enduring Love*”).

- *Are you tired, sweetie?*
- ***Ughm.***
- *Yeah.*
- ... (*Journey Through Alzheimers: Late Stages*).

- *Hey, it's a snowman today!*
- ***Uhm*** (*Journey Through Alzheimers: Late Stages*).

На втором месте по частотности на лексическом уровне находятся лексико-грамматические нарушения. Они, как правило, касаются предлогов. Пациент может испытывать трудности с подбором правильного предлога, артикля или союза, а также вовсе упускать его:

*I don't know. I don't want know* (отсутствует предлог *to*), (*Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories*).

*But important things I don't s-seem to remember. If I could, I would be in...at a college* (*A Few Words From Harvey and William, Two Alzheimer's Patients*).

*I feel like idiot* (отсутствует артикль *an*), (*Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories*).

*Oh, darling I'm sorry making you cry* (отсутствует предлог *for*), (*Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories*).

*I don't know it was just funny, but it was very good* (отсутствует союз *if*), (*Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories*).

То же самое может касаться вспомогательных глаголов:

*Where is my pills?* (Неверный вспомогательный глагол), (*While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers*).

***You useless woman*** (в значении «ты – бесполковая женщина» отсутствует вспомогательный глагол *are*), (*Mum And Me (Alzheimer's*

*Documentary) / Real Stories).*

*That a no danger of me (отсутствует вспомогательный глагол *is*), (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

*But that life, isn't it? (Отсутствует вспомогательный глагол *is* в значении «такова жизнь»), (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

Также пациенты могут иметь затруднения в выборе грамматических времён. Например, они могут употреблять одно время, используя грамматические маркеры другого или не соотносить используемое грамматическое время со смыслом высказывания:

- *Do you like my visits?*
- *Oh, I loved them. Of course. (Простое прошедшее время не соотносится с вопросом, а также не подходит по смыслу высказывания – вопрос был задан во время одного из визитов).*

*I actually cried soon (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

Поскольку деление на уровни языка является условным, достаточно часто бывает трудно разграничить некоторые языковые нарушения. Так, неверное употребление (или отсутствие необходимых) суффиксов можно отнести как лексико-грамматическим, так и к морфологическим нарушениям:

*We looked at each other[’s]eyes (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

*It give[s] me the feeling of love, ro-romance. I figure right now the world need[s] to come into music, singing (How Personalized Music Playlists Help Alzheimer's Patients).*

*She's not ugly. On the contrary, she's very beauty[ful] (Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories).*

На стыке лексико-семантических и лексико-грамматических нарушений можно выделить парофазию. При парофазии речь пациента теряет и смысл, и

грамматический строй:

(неожиданно посреди обеда, взволновано) *We shall find. If the way long service l-long little come out act-not-act* (*Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary) / Real Stories*).

Нарушения на лексико-стилистическом уровне наиболее часто связаны с копролалией, которая может быть следствием повышенной агрессии у пациентов с БА. Больные могут использовать обсценную лексику в неуместных ситуациях, например, в отношении близких родственников, что ранее являлось совершенно нетипичным для них поведением:

*You are a fucking bitch* (дочери), (*Mum And Me (Alzheimer's Documentary) / Real Stories*).

Таким образом, можно утверждать, что наиболее широко у англоязычных пациентов с БА представлены языковые нарушения на лексическом уровне (в частности – на лексико-семантическом). Подобные нарушения могут искажать смысл высказывания препятствуя успешной коммуникации, что особенно важно в социальной адаптации больных. Важно отметить, что превалирование лексико-семантических нарушений над другими указывает на амнестическую афазию как наиболее распространённый тип афазии у больных БА.

#### 2.1.4. Нарушения на синтаксическом уровне

Нарушения синтаксического уровня наиболее тесно связаны с нарушениями лексического и фонетического уровней. Так, в попытке подобрать или вспомнить необходимое слово, пациент обрывает предложение буквально посередине, что, в свою очередь, не только не даёт закончить предложение (синтаксический уровень), но и нарушает мелодику речи (фонетический уровень):

*I remember...uh...* (*People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut*).

*This morning I...uhm...went off to...uhm...my, no, where did I go, where did I go this morning? What did I do this morning before we met? I don't remember (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

*It's like, it's your genes, you know, and so... uhm... I forgot where I was going (Kids Meet a Woman with Alzheimer's / Cut).*

*But I don't... I-I try not to get upset (Kids Meet a Woman with Alzheimer's / Cut).*

*But there again, you see... uhm...Oh...What I was going to say? (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

*I was driving and... home from a late night and... I almost went off the road with Corinne (Alzheimer's Disease / Don's Story).*

- *We've been...*
- *Married.*
- *Married for 35 years (Alzheimer's Disease / Don's Story).*

Обеднение лексического уровня языка приводит к упрощению синтаксических конструкций (превалируют простые, односоставные, нераспространённые предложения) и, в отдельных случаях, к парцелляции или параллелизму. Дополнительные паузы высвобождают время для попытки вспомнить определённую информацию или лексическую единицу:

*Our marriage. My wife's marriage and I. I don't want ever forget that.*

*I'm trapped. Really. Sometimes (While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers).*

*There was a stream. And I wanted to get in the stream (People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget / People Describe / Cut).*

Вследствие фиксации на «проблемной» лексической единице, пациент может ненамеренно использовать приём повтора, повторяя определённые члены предложения. Данный приём можно считать и лексико-стилистическим, и синтаксическим:

*It was pouring, pouring rain (People with Alzheimer's tell us memories they*

*never want to forget / People Describe / Cut).*

*It could've, it could've been a bad, very, very bad because I didn't see the turn (Alzheimer's Disease / Don's Story).*

Также во время попытки вспомнить определённую лексическую единицу или какой-либо факт, интонация предложения может резко меняться с утвердительной на вопросительную вследствие неуверенности пациента в сказанном, и, таким образом, само предложение становится вопросительным, хотя изначально таковым быть не должно было:

*I did modeling? (рассказывая о себе), (A Marriage to Remember / Alzheimer's Disease Documentary / Op-Docs / The New York Times).*

*I was, I was a scie... a scientist? (Alzheimer's Disease / Don's Story).*

Наравне с ошибками на морфологическом уровне, ошибки на синтаксическом уровне языка можно считать менее распространёнными относительно нарушений лексического и фонетического уровней у англоязычных больных с БА. Также справедливо отметить, что для многих нарушений синтаксического уровня первичными выступают нарушения лексического уровня языка, что оправдывает иерархическую систему языковых уровней. Не обладая необходимым в определённой языковой ситуации набором лексических единиц, больной не в состоянии построить на его основе полноценную (или же адекватную ситуации) синтаксическую конструкцию.

2.2. Анализ речевых нарушений у немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера

### 2.2.1. Нарушения на фонетическом уровне

Как правило, именно нарушения на фонетическом уровне распознаются слушающим раньше, чем нарушения на других уровнях языка. Они являются своеобразным маркером наличия когнитивных расстройств и некоторым сигналом для слушающего, предупреждающим о возможных затруднениях

коммуникации.

Как и у англоязычных пациентов, трудности с вспоминанием необходимой лексемы провоцируют паузацию, нарушающую мелодику речи и, как следствие, затрудняющую её восприятие на слух:

*Ich hoffe an, da... auf eine Medikation (Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen).*

*Also... Das. Ist. Quatsch (Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR).*

- *Und dann... Geht es dann...*
- *Angekommen?*
- *Ja. (Wie man mit Alzheimer leben kann (Demenz)).*

*Ich...bin... neunz...neunzehnhundertdreiundvierzig geboren („Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen“).*

- *Können Sie mir auch sagen, an welchem Ort wir hier sind?*
- *Wir sind hier in der...In der... (odyssو: Diagnose Alzheimer Doku (2016)).*

*Ich bin (ein) Mensch der sich immer gerne mit Gleichgesinnten zusammen tut von, daher war das jetzt mit so ein sch-schwieriges-s ding da... auch an dieser Stelle mal... An der Stelle mal zu gucken wo gleich gefühlt es sein könnten was wir gemeinsam machen können («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

*Wollten sich... (указывает на пакет)? (Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät).*

Значительно реже, по сравнению с англоязычными пациентами с БА, немецкоязычные пациенты подвержены эмбололалии. Большинство пациентов в исследуемых видеозаписях никак не заполняли возникающие паузы, однако встречались исключения:

*Und...Denke immer...Uhm... (Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR).*

*Uhm... Da hab ich vorher festgestellt, dass ich...Uhm...einfach nicht mehr bemerken, merken kann, mich an manches nicht mehr erinnern kann, konnte was am Vortag passiert ist...Uhm...Ja... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

*Ehe-a Uh-ehe-a... Ich könnte auch nicht... (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

Особенно заметно влияние пауз на мелодику речи в случае, если пациент резко вспоминает необходимую информацию и после продолжительных пауз (в данном примере они проявляются и в виде парцеляции) стремительно набирает темп речи. Возникает эффект некоторого «буксования» в начале высказывания:

*Also... Das. Ist. Auch fast nicht traurige Geschichte letzten Endes, weil wir das gemeinsam erlebt haben, und mein Mann mir das letzten Endes dann wieder nacherzählen muss noch bis war alles weg (Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR).*

Отдельно среди нарушений на фонетическом уровне следует выделить затруднения произношения, этиологию которых без более детального анализа определить невозможно. Однако в случаях, когда ошибки в произнесении возникают в отдельных словах, а не систематически в похожих или подобных группах звуков, можно говорить не о физиологической, а о когнитивной природе нарушения:

- *Bisschen, ja?*
- *Bisschen, ja [ 'biskəd 'na:]* (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).

*Das ich wichtiger als... dass ich die Tasse irgendwo ['aŋgnt, vo:] schmutzig hab' stehen lassen (Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen).*

*Aber ich glaube, ich ziehe mich immer wieder [ˈvaɪdə] zurück (Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR).*

- *Hast du denn sehr geliebt?*
- *Sehr [de:ɐ] (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

*Jedes Jahr ein Kind [ˈje-je:də ˈzo a ˈkint] (Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?).*

*Er muss sauber sein... [ˈzaʊə] (Wir ziehen in eine Demenz-WG // Leben in der Alzheimer-WG: Doku deutsch).*

Как и среди англоязычных пациентов, среди немецкоязычных пациентов встречается заикание:

*Ich bin (ein) Mensch der sich immer gerne mit Gleichgesinnten zusammen tut von, daher war das jetzt mit so ein sch-schwieriges-s ding da... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

На более поздних этапах распада речи семантически наполненные лексические единицы заменяются наборами звуков. Они могут быть полностью недоступными для декодирования, а могут и сохранять минимальный смысловой компонент в интонации, позволяющий распознать послание говорящего:

- *Sie haben eine große Familie.*
- *Uhm (интонация «нет»).*
- *Viele Kinder.*
- *Uhm (интонация «да»), (Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?).*
  
- *Machst du dann oft?*
- *\*Цокаем\* (= da)*
- *Ja... (Warum Menschen mit Demenz unter Corona-bedingter Isolation leiden / REPORT MAINZ).*

Тем не менее, с прогрессирующим распадом психических функций пациент перестаёт быть в состоянии адекватно оценивать ситуацию и отслеживать собственные импульсы, поэтому интонация больного может быть неадекватна ситуации:

- *Oh, Frau Veil...*
- ***Uhm?***
- *Denn gelacht davon, uhm? Das es Ihnen alles zu viel...*
- **(кивают)**
- *Sie können nicht mehr...*
- ***Ta-te, ta-te! Versuche ich [I]! Ich mach es kaputt!* (громко, призывающ.),  
(Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?).**

Согласно проведённому анализу, нарушения на фонетическом уровне среди немецкоязычных пациентов с БА находятся на втором уровне по распространённости, как и среди англоязычных пациентов. В процентном соотношении они составляют 28,4% от общего количества нарушений и во многих случаях характеризуются неясной этиологией (трудности с произнесением отдельных слов) и лексической детерминированностью (паузация из-за невозможности вспомнить необходимую лексическую единицу).

### 2.2.2. Нарушения на морфологическом уровне

Несмотря на то, что, как и среди англоязычных пациентов с БА, среди немецкоязычных пациентов нарушения на морфологическом уровне являются наименее распространёнными относительно нарушений на других уровнях, можно отметить, что в немецком языке данные нарушения носят иной характер в связи с различием между языками. Так как немецкий язык, в отличие от английского, является синтетическим (его морфологический уровень намного более развит), можно, например, чаще наблюдать ошибки в приставках (одна заменяется на другую по принципу созвучности или же

пациент не может подобрать подходящую приставку по смыслу):

*Ich wird vorbrannt (вместо verbrannt) und dann bin ich Asche (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

*Uhm... Da hab ich vorher festgestellt, dass ich... Uh...einfach nicht mehr bemerken, merken kann... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

Также может наблюдаться опущение отдельных морфем, artikelей.

*Acht(und)dreißig (Wir ziehen in eine Demenz-WG // Leben in der Alzheimer-WG: Doku deutsch).*

*Ich bin (ein) Mensch der sich immer gerne mit Gleichgesinnten zusammen tut von, daher war das jetzt mit so ein sch-schwieriges-s ding da... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

Человек может путаться в artikelях и предлогах, быть не в состоянии вспомнить необходимую служебную часть речи. Часто подобные затруднения сопровождаются паузами:

*Ich sehe nicht nur der, die...(Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

*Ich hoffe an, da... auf eine Medikation (Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen).*

*Es kommt einfach nicht mehr zurück, das Wörter mit der Zeit (Alzheimer mit 40).*

Также немецкоязычные пациенты чаще испытывают затруднения с подбором необходимой формы глагола:

*Also nicht darüber zu sorge (n), (Alzheimer mit 40).*

*Mich an Manches nicht mehr erinnern kann, konnte was am Vortag passiert ist... Uhm...Ja... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

Встречаются и нарушения, тесно связанные с нарушениями на фонетическом уровне. В некоторых ситуациях трудно определить, делает ли пациент ошибку в морфеме или же это ошибка произношения:

– *Hast du denn sehr geliebt?*

- *Sehr [de:χ] (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

На более поздних этапах заболевания речь пациента может представлять из себя полностью или частично бессмысленный набор морфем (иногда несуществующих в языке говорящего):

- *Vettel ist da.*
- *Der-da-vot-da-to auch Vettel, der Vettel?*
- *Ist da (Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät).*

Нарушения на морфологическом уровне у немецкоязычных пациентов с БА составляют 10,5% от общего числа нарушений и, как и среди англоязычных пациентов, являются наименее распространёнными.

### 2.2.3. Нарушения на лексическом уровне

Нарушения на лексическом уровне у англоязычных пациентов с БА носят в целом, тот же характер, что и у англоязычных пациентов. В качестве единственного отличия, пожалуй, можно выделить только немного более частые ошибки в артикулях, что неудивительно ввиду того, что в немецком языке их больше.

Чаще всего как среди англо-, так и среди немецкоязычных пациентов встречаются трудности с вспоминанием, подбором необходимой лексической единицы, что в очередной раз подчёркивает природу заболевания. Подобное нарушение часто сопровождается паузами и, как следствие, эмболами, иногда вызывает парцелляцию:

*Ich...bin... neunz...neunzehnhundertdreiundvierzig geboren (Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen).*

- *Das heißt also...*

- *Wird aufgehalten.*
- *Wird aufgehalten (Alzheimer mit 40).*

**Also... Das. Ist. Quatsch** (*Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR*).

**Also... Das. Ist.** Auch fast nicht traurige Geschichte letzten Endes, weil wir das gemeinsam erlebt haben, und mein Mann mir das letzten Endes dann wieder nacherzählen muss noch bis war alles weg (*Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR*).

- *Und dann... Geht es dann...*
- *Angekommen?*
- *Ja (Wie man mit Alzheimer leben kann (Demenz)).*

**Ehe-a Uh-ehe-a...** Ich könnte auch nicht... (*Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku*).

- *Wie heißt es? (указывает на изображение свистка)*
- *Weiß ich nicht (odyssو: Diagnose Alzheimer Doku (2016)).*

**Und...Denke immer...Uhm...** (*Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR*).

*Uhm...Ple...Uhm...Pfle... (odyssو: Diagnose Alzheimer Doku (2016)).*

- *Können Sie mir auch sagen, an welchem Ort wir hier sind?*
- *Wir sind hier in der...In der... (odyssو: Diagnose Alzheimer Doku (2016)).*

Во время подобных пауз пациент часто вслух подбирает необходимые артикли, предлоги, приставки и т.д. как бы пытаясь с их помощью вспомнить необходимое слово (или же проблема может заключаться и в служебных частях речи/морфемах тоже):

*Ich wird* (неправильная форма вспомогательного глагола) *vorbrannt* (не *verbrannt*) *und dann bin ich Asche* (*Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku*).

*Ich sehe nicht nur der, die...* (*Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku*).

*Ich hoffe an, da... auf eine Medikation (Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen).*

*Wenn ich ob es mir wohl, holen wollte (автоисправление), ([Doku HD] Leben mit dem Vergessen - Volkskrankheit Alzheimer).*

*Uhm... Da hab ich vorher festgestellt, dass ich... Uh...einfach nicht mehr bemerken, merken kann, mich an manches nicht mehr erinnern kann, konnte was am Vortag passiert ist... Uhm... Ja... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

Отдельно в качестве лексико-грамматических нарушений стоит выделить ошибки в артикулях и формах глаголов:

*Es kommt einfach nicht mehr zurück, das Wörter mit der Zeit (Alzheimer mit 40).*

*Also nicht darüber zu sorge(n), (Alzheimer mit 40).*

*Ich bin (ein) Mensch der sich immer gerne mit Gleichgesinnten zusammen tut von, daher war das jetzt mit so ein sch-schwieriges-s ding da... auch an dieser Stelle mal... An der Stelle mal zu gucken wo gleich gefühlt es sein könnten was wir gemeinsam machen können («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

Обеднение лексического уровня языка больные часто пытаются компенсировать мимическим представлением забываемых слов:

*Ich wird vorbrannt (не verbrannt) und dann bin ich Asche. Und die Asche wird (взмахивает руками и свистит = прах будет рассеян), (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

*Wollten sich... (указывает на пакет)? (Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät).*

- *Ich bin achtundachtzig, wird noch (показывает жестами слово «краситься»)*
- *Eh, schminkt (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

Обеднение лексического уровня также проявляется в виде многократно

повторяющихся лексем:

*Wichtiger Schritt wieder oder noch ein wichtiger Schritt zum Leben. Das wird noch Hoffnung, das wird noch der ganze Weile in relativ gesund Zustand noch... ([Doku HD] Leben mit dem Vergessen - Volkskrankheit Alzheimer).*

На фоне сопутствующих психических отклонений у пациентов с БА могут развиваться речевые персеверации – устойчивые повторения:

- *Ne.*
- *Möchte nicht?*
- *Ne. Ne („Planet Wissen - Diagnose Alzheimer“).*

*Den braucht man, den braucht man, den braucht man, den braucht man!* („Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät“).

- *Habt ihr daraus immer getrunken?*
- *Nein, nein, nein, nein, nein („Wir ziehen in eine Demenz-WG // Leben in der Alzheimer-WG: Doku deutsch“).*

Когда распад речи достигает критического уровня, лексемы заменяются междометиями, отдельными звуками и приобретают минимальную смысловую окраску только за счёт интонации или экстралингвистических компонентов высказывания:

*Пытается взять за руку: Ehe-each-eh ( дальние звуки, похожие на скрение), (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

- *Machst du dann oft?*
- *\*Цокаем\* (= да)*
- *Ja... (Warum Menschen mit Demenz unter Corona-bedingter Isolation leiden / REPORT MAINZ).*
- *Sie haben eine große Familie.*
- *Uhm (интонация «нет»).*
- *Viele Kinder.*
- *Uhm (интонация «да»), (Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?).*

- *Oh, Frau Veil...*
- ***Uhm?***
- *Denn gelacht davon, uhm? Das es Ihnen alles zu viel...*
- **(киваем)**
- *Sie können nicht mehr...*
- ***Ta-te, ta-te! Versuche ich [I]! Ich mach es kaputt!* (громко, призывающно), (*Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?*)**
  
- *Könnt man platzen vor Ärger?*
- *Uhm.*
- *Man muss auch aufpassen.*
- ***Ne* (*Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?*).**
  
- *Vettel ist da.*
- *Der-da-vot-da-to auch Vettel, der Vettel?*
- ***Ist da* (*Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät*).**

На более поздних этапах развития афазии речь больного совершенно утрачивает смысл и представляет из себя набор бессвязных звуков, лексем, морфем:

*Voll...Nei-ie-mah... (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku)*

*Ebe-de-tse sproch wird da-da tse-tse empfarts raus! (*Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?*).*

Нарушения на лексическом уровне являются самыми распространёнными и среди немецкоязычных пациентов с БА. Доля выявленных подобных нарушений в нашем исследовании составила 33,7%. Также важно отметить, что, как и у англоязычных пациентов, многие

нарушения других уровней оказались детерминированы трудностями именно на лексическом уровне, что выявляет природу афазии при БА.

### 2.2.5. Нарушения на синтаксическом уровне

Как и у англоязычных пациентов с БА, у немецкоязычных пациентов большинство ошибок на синтаксическом уровне, вероятно предопределены нарушениями лексического уровня. Так, при попытке вспомнить необходимую лексическую единицу пациент не может закончить предложение (может прерываться на пантомиму):

*Ich...bin... neunz...neunzehnhundertdreiundvierzig geboren (Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen).*

- *Das heißt also...*
- *Wird aufgehalten.*
- *Wird aufgehalten (Alzheimer mit 40).*

*Ich wird vorbrannt und dann bin ich Asche. Und die Asche wird (взмахивает руками и свистит = прак будет рассеян), (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

*Wollten sich... (указывает на пакет)? (Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät).*

- *Ich bin achtundachtzig, wird noch (показывает жестами слово «краситься»)*
- *Eh, schminkt (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*
- *Und dann... Geht es dann...*
- *Angekommen?*
- *Ja (Wie man mit Alzheimer leben kann (Demenz)).*

*Ehe-a Uh-ehe-a... Ich könnte auch nicht... (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

*Uhm... Da hab ich vorher festgestellt, dass ich... Uhm... einfach nicht mehr bemerken, merken kann, mich an manches nicht mehr erinnern kann, konnte was am Vortag passiert ist... Uhm... Ja... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

*Und... Denke immer... Uhm... (Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR).*

*Uhm... Ple... Uhm... Pfe... (odysso: Diagnose Alzheimer Doku (2016)).*

- *Können Sie mir auch sagen, an welchem Ort wir hier sind?*
- *Wir sind hier in der... In der... (odysso: Diagnose Alzheimer Doku (2016)).*

*Ich sehe nicht nur der, die... (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

*Ich hoffe an, da... auf eine Medikation (Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? / Stiftung Gesundheitswissen).*

*Ich bin (ein) Mensch der sich immer gerne mit Gleichgesinnten zusammen tut von, daher war das jetzt mit so ein sch-schwieriges-s ding da... auch an dieser Stelle mal... («Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer).*

Подобным образом пациент также невольно может применять приём парцелляции. Паузы между предложениями могут быть возможностью вспомнить необходимую информацию:

*Also... Das. Ist. Quatsch (Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR).*

*Also... Das. Ist. Auch fast nicht traurige Geschichte letzten Endes, weil wir das gemeinsam erlebt haben, und mein Mann mir das letzten Endes dann wieder nacherzählen muss noch bis war alles weg (Gedanken einer Demenz-Patientin / Panorama 3 / NDR).*

Чем беднее лексический уровень пациента, тем короче становятся его лексические конструкции. В последствии все они могут состоять только из одного слова:

- *Ne.*

- *Möchte nicht?*
- *Ne. Ne (Planet Wissen - Diagnose Alzheimer).*
  
- *Oh, Frau Veil...*
- ***Uhm?***
  
- *Könnt man platzen vor Ärger?*
- *Uhm.*
- *Man muss auch aufpassen.*
- *Ne (Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?).*
  
- *Sie haben eine große Familie.*
- *Uhm (интонация «нет»).*
- *Viele Kinder.*
- *Uhm (интонация «да»), (Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?).*

Речевые персеверации можно рассматривать также не только как нарушения лексики, но и как нарушения синтаксиса:

- *Ne.*
- *Möchte nicht?*
- *Ne. Ne (Planet Wissen - Diagnose Alzheimer).*

*Den braucht man, den braucht man, den braucht man, den braucht man!*  
*(Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät).*

- *Habt ihr daraus immer getrunken?*
- *Nein, nein, nein, nein, nein (Wir ziehen in eine Demenz-WG // Leben in der Alzheimer-WG: Doku deutsch).*

Распад лексического уровня закономерно влечёт за собой полный распад синтаксиса:

*Voll...Nei-ie-mah... (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku)*

*Ebe-de-tse sproch wird da-da tse-tse empfarts raus! (Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?).*

*Пытается взять за руку: Ehe-each-eh (далевые звуки, похожие на скучение), (Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG / WDR Doku).*

Нарушения на синтаксическом уровне находятся на третьем месте из четырёх по распространённости как у англоязычных, так и у немецкоязычных пациентов с БА. Среди выявленных нарушений в материале на немецком языке нарушения на синтаксическом уровне составили 27,4% от общего количества нарушений.

## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

Во второй главе были продемонстрированы фрагменты анализа нарушений речи, выявленных у англо- и немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера. В результате проведённого анализа были выявлены и описаны нарушения на фонетическом, морфологическом, лексическом и синтаксическом языковых уровнях. Был произведён количественный подсчёт результатов исследования, их систематизация и представление в виде графиков.

В ходе исследования была выявлена закономерность в частотности нарушений речи на различных уровнях языка у англо- и немецкоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера. Так, наиболее частотными являются нарушения на лексическом уровне, на втором месте по частотности находятся нарушения на фонетическом уровне, далее – нарушения на синтаксическом и морфологическом уровнях. В процентном соотношении данные распределились следующим образом: у англоязычных пациентов нарушения на лексическом уровне составляют 42,4% от общего количества нарушений, на фонетическом уровне – 23,9%, на синтаксическом – 18,5%, морфологическом – 15,2%. У немецкоязычных пациентов нарушения на лексическом уровне составляют 33,7%, на фонетическом – 28,4%, на синтаксическом – 27,4%, на морфологическом – 10,5%.

Важно отметить, что у больных, речь которых была проанализирована в рамках исследования, источником нарушений на синтаксическом уровне являлись нарушения на лексическом уровне (ошибки в синтаксисе совершались вследствие невозможности оперативно подобрать или вспомнить необходимую лексическую единицу). То же самое можно предположить относительно нарушений на фонетическом уровне. Таким образом, преобладание характерных нарушений на уровне лексики указывает на доминирование *амнестического* типа афазии среди пациентов с болезнью Альцгеймера. Данный вывод свидетельствует о необходимости выделять

амнестическую афазию как отдельный тип афазии, а не рассматривать её в рамках проявления афазии акустико-мнестического типа. Подобное заключение поддерживает факт широкой распространённости ярко выраженного симптомокомплекса, типичного для амнестического типа афазии среди пациентов с болезнью Альцгеймера, которые являются носителями как английского, так и немецкого языков.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В рамках проведённого исследования была описана природа болезни Альцгеймера как нейродегенеративного заболевания, вызывающего нарушения речи, была установлена взаимосвязь функций различных зон мозга и данных нарушений. В ходе анализа теоретического материала были выявлены различия в подходах к определению болезни Альцгеймера в англо-, немецко- и русскоязычных медицинских источниках. В теоретической главе также были описаны западный и отечественный подходы к классификации афазий, обозначена симптоматика всех типов приобретённого расстройства речи. Были проанализированы методы диагностики афазий в современной медицинской практике в англо-, немецко- и русскоязычных странах. Далее были описаны уровни организации языка для дальнейшей классификации речевых нарушений по данным уровням.

В процессе анализа эмпирического материала были выявлены и описаны нарушения речи у англо- и немецкоязычных пациентов на фонетическом, морфологическом, лексическом и синтаксическом уровнях языка. Среди нарушений на фонетическом уровне наиболее частотно нарушение общей мелодики высказывания, спровоцированное паузами хезитации, на морфологическом уровне чаще всего наблюдаются нарушения в употреблении артиклей и предлогов, на лексическом – упущение лексических единиц ввиду невозможности их вспомнить, на синтаксическом – невозможность закончить синтаксическую конструкцию ввиду неспособности вспомнить необходимые для этого лексические единицы.

Полученные результаты были систематизированы согласно уровневой организации языка, подсчитаны и визуализированы в виде графиков. Так, у англоязычных пациентов с болезнью Альцгеймера наиболее распространёнными являются нарушения на лексическом уровне (42,4%), далее – на фонетическом (23,9%), синтаксическом (18,5%) и морфологическом (15,2%). Такая же тенденция наблюдается и у немецкоязычных пациентов с

болезнью Альцгеймера. На первом месте по количеству нарушений лексический уровень (33,7%), на втором – фонетический (28,4%), затем – синтаксический (27,4%) и морфологический (10,5%). Данная закономерность характеризует специфическую симптоматику болезни Альцгеймера и указывает на преобладание амнестического типа афазии среди пациентов с данным заболеванием. Полученные результаты также доказывают необходимость выделять амнестическую афазию как отдельный тип афазии, а не рассматривать её в рамках проявления акустико-мнестического типа ввиду широкой распространённости и наличия, чётко выраженного симптомокомплекса.

Дальнейшие перспективы исследования могут заключаться в сопоставлении полученных результатов с результатами анализа речевых нарушений у пациентов-носителей других языков. В будущем результаты исследования могут быть использованы для создания более узконаправленной системы терапии речевых нарушений у пациентов с болезнью Альцгеймера, а также дополнительных способов тестирования на наличие амнестической или других типов афазий.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ахманова О.С. Словарь лингвистических терминов. М.: УРСС, 2004. 571 с.
2. Бодуэн де Куртенэ И.А. Избранные труды по общему языкознанию. Том II. М.: Изд-во Академии наук СССР, 1963. 391 с.
3. Бурмакина Н.Г., Куликова Л.В., Попова Я.В. Интернационализация опыта клинической лингвистики: анализ европейских подходов к тестированию речевых нарушений афазического типа // Политическая лингвистика. 2020. Т.82. Вып. 4. С. 73 – 80.
4. Гаврилина Л.Е. Уровневая организация языка. Языковые и речевые единицы просодического уровня языка (фонема – морфема – просодема – синтагма – интонема) // Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2011. Т.10. Вып. 1. С. 42 – 45.
5. Дамулин И.В., Екушева Е.В. Деменция вследствие поражения мелких церебральных сосудов: современные представления о патогенезе и терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. Вып. 4. С. 94 – 100
6. Деменция // Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (дата обращения: 24.10.2020).
7. Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-†) (F00\*) // МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://clck.ru/S3RJs> (дата обращения: 26.10.2020).
8. Дудьев В.П. Психомоторика: словарь-справочник. М.: ВЛАДОС, 2008. 366 с.
9. Екушева Е.В. Когнитивные нарушения – актуальная междисциплинарная проблема // РМЖ. 2018. Вып. 12. С. 32 – 37.

10. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения при нейродегенеративных заболеваниях // Медицинский Совет. 2013. Вып. 4. С. 30 – 35.
11. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Неврно-психические нарушения: диагностические тесты. М.: Медпресс-информ, 2013. 320 с.
12. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Болезнь Альцгеймера // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т.118. Вып. 1. С. 77 – 81.
13. Кулеш С.Д. Нарушения речи при локальных поражениях мозга // Медицинские новости. 2018. Вып. 3. С. 282.
14. Кулеш С.Д. Нейропсихология. Гродно, 2011. 180 с.
15. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: 1962. 432 с.
16. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: 1973. 384 с.
17. Лурия А.Р. Письмо и речь. Нейролингвистические исследования. М.: Академия, 2002. 352 с.
18. Лурия А.Р. Травматическая афазия. Клиника, семиотика, восстановительная терапия. М.: Издательство АМН СССР, 1947. 367 с.
19. Лурия А.Р. Язык и сознание. М.: Издательство Московского университета, 1979. 320 с.
20. Мельничук А.С. Понятие системы и структуры языка в свете диалектического материализма // Вопросы языкознания. 1970. Т.7075. Вып. 1. С. 19 – 32.
21. Министерство здравоохранения и социального развития РФ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Альцгеймера. М., 2013. 28 с.
22. Парфенов В.А. Профилактика болезни Альцгеймера // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. 3(3). Вып. 3. С. 8 – 13.
23. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1. М.: Медицина, 1999. 712 с.

24. Успенская О.В., Захаров В.В. Патогенетические и нейрохимические основы развития Болезни Альцгеймера // Врач. 2010. Т.10. Вып. 4. С. 72 – 74.
25. Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб, 2007. 496 с.
26. Шарафутдинова Н.С. Теория и история лингвистической науки. Ульяновск.: УлГТУ, 2006. 284 с.
27. Щербакова М.М. Методика скрининг обследования больных с афазией // Молодой учёный. 2016. Т.106. Вып. 2. С. 411 – 414.
28. Ярцева В.Н. и др. Лингвистический энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1990. 688 с.
29. Яхно Н.Н. и др. Деменции. Руководство для врачей. М.: Медпресс-информ, 2010. 272 с.
30. Aisen P.S. The development of anti-amiloid therapy for Alzheimer's disease: from secretase modulators to polymerization inhibitors // CNS Drugs. 2005. P. 989 – 996.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria From DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 1994. 358 p.
32. Ghaffar O., Fati M., Feinstein A. Occupational attainment as a market of cognitive reserve in multiple sclerosis // PLoS One. 2012. 7 (10). P.47206.
33. Goodglass H., Kaplan E., Baressi B. Boston Diagnostic Aphasia Examination. M.A. Boston, Lippincott, Williams, & Wilkins, 2001. 31 p.
34. Head H. Aphasia and Kindred Disorders of Speech // The American Journal of Psychology. 1928. 40 (1) P. 131 – 135.
35. Hilgeroth A., Volkmar T. Alzheimer-Demenz. Neue Arzneistoffe, neue Hoffnung? [Электронный ресурс]. 2011. URL:<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=39853> (дата обращения: 21.11.2020).
36. Husband A., Worsley A. Different types of dementia // The Pharmaceutical Journal. 2006. 277. P. 579 – 582.
37. Jellinger K.A. Neuropathological diagnosis of Alzheimer's disease // Neural Neurotrasm. 1998. P. 97 – 118.

38. Kertesz A. Western Aphasia Battery. 1<sup>st</sup> edition. TX: The Psychological Corporation, 1982. 18 p.
39. McKhann G. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Report of the NINCDS-ADRDA Work Group\* under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease // Neurology. 1984. 34(7). P. 939.
40. Mirra S.S. et al. Interlaboratory comparison of neuropathology assessments in Alzheimer's disease: A study of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) // Neuropathol Exp Neurol. 1994. P. 303 – 315.
41. Rodríguez-Sánchez E., Mora-Simón S., Patino-Alonso M.C. et al. Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study // BMC Neurology. 2011. Vol. 11. P.147.
42. Saur D. et al. Ventral and dorsal pathways for language // PNAS. 2008. 105 (46). P. 18035 – 18040.
43. Theuns J., Van Broeckhoven C. Genes for Alzheimer Dementia // Acta Neuropsychiatrica. 1999. 11(2). P. 60 – 62.
44. Höfler S. et al. Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2015. 241 S.
45. Huber W. et al. Aachener Aphasie Test (AAT). Göttingen; Toronto; Zürich: Verlag für Psychologie, 1983. 153 S.

## **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА**

1. A Few Words From Harvey and William, Two Alzheimer's Patients [Электронный ресурс]. 2009. URL: <https://clck.ru/ThuFC> (дата обращения: 22.01.2021).
2. A Marriage to Remember | Alzheimer's Disease Documentary | Op-Docs | The New York Times [Электронный ресурс]. 2014. URL: <https://clck.ru/TwRnD> (дата обращения: 02.02.2021).
3. Alzheimer's Disease | Don's Story [Электронный ресурс]. 2015. URL: <https://clck.ru/TnfhH> (дата обращения: 24.01.2021).
4. Alzheimer's Disease: A Guide for Patients and Families - American Academy of Neurology [Электронный ресурс]. 2011. URL: <https://clck.ru/TnYRS> (дата обращения: 22.01.2021).
5. Early On-Set Alzheimer's: One Year Later [Электронный ресурс]. 2015. URL: <https://clck.ru/Tof9W> (дата обращения: 24.01.2021).
6. Extended Interview with Alzheimer's Patient, Don Hayen [Электронный ресурс]. 2008. URL: <https://clck.ru/TnXoD> (дата обращения: 22.01.2021).
7. How Personalized Music Playlists Help Alzheimer's Patients [Электронный ресурс]. 2016. URL: <https://clck.ru/ToesT> (дата обращения: 24.01.2021).
8. Journey Through Alzheimers: Late Stages [Электронный ресурс]. 2015. URL: <https://clck.ru/UqrZJ> (дата обращения: 24.01.2021).
9. Kids Meet a Woman with Alzheimer's | Cut [Электронный ресурс]. 2017. URL: <https://clck.ru/ThtVq> (дата обращения: 21.01.2021).
10. Living With Alzheimer's: Jeff & Dawn's Story of Enduring Love [Электронный ресурс]. 2015. URL: <https://clck.ru/TofUH> (дата обращения: 24.01.2021).

11. Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary) | Real Stories [Электронный ресурс]. 2016. URL: <https://clck.ru/U6XwC> (дата обращения: 02.02.2021).
12. Mum And Me (Alzheimer's Documentary) | Real Stories [Электронный ресурс]. 2017. URL: <https://clck.ru/Tog9Z> (дата обращения: 02.02.2021).
13. People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget | People Describe | Cut [Электронный ресурс]. 2016. URL: <https://clck.ru/ThsvF> (дата обращения: 21.01.2021).
14. There's a cure in sight - AlzheimersResearch UK [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://clck.ru/Thtyh> (дата обращения: 21.01.2021).
15. While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers [Электронный ресурс]. 2016. URL: <https://clck.ru/TwPnu> (дата обращения: 02.02.2021).
16. Who Will Take Care of Us? Mum, Dad, Alzheimer's & Me (Alzheimer's Disease Documentary) | Only Human [Электронный ресурс]. 2017. URL: <https://clck.ru/TwMug> (дата обращения: 02.02.2021).
17. [Doku HD] Leben mit dem Vergessen - Volkskrankheit Alzheimer [Электронный ресурс]. 2017. URL: <https://clck.ru/UrmQ3> (дата обращения: 02.03.2021).
18. «Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://clck.ru/Ux9wE> (дата обращения: 11.03.2021).
19. Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um? | Stiftung Gesundheitswissen [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://clck.ru/UqyvC> (дата обращения: 02.03.2021).
20. Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG | WDR Doku [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://clck.ru/UpAfM> (дата обращения: 02.03.2021).

21. Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät [Электронный ресурс]. 2014. URL: <https://clck.ru/UuVQE> (дата обращения: 05.03.2021).
22. Alzheimer mit 40 [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://clck.ru/Utk4i> (дата обращения: 02.03.2021).
23. Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um? [Электронный ресурс]. 2010. URL: <https://clck.ru/UtkhH> (дата обращения: 04.03.2021).
24. Gedanken einer Demenz-Patientin | Panorama 3 | NDR [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://clck.ru/UtkAJ> (дата обращения: 04.03.2021).
25. Odyssö: Diagnose Alzheimer Doku (2016) [Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://clck.ru/Ux9Rg> (дата обращения: 07.03.2021).
26. Planet Wissen - Diagnose Alzheimer [Электронный ресурс]. 2012. URL: <https://clck.ru/UvrE6> (дата обращения: 05.03.2021).
27. Warum Menschen mit Demenz unter Corona-bedingter Isolation leiden | REPORT MAINZ [Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://clck.ru/UtkUU> (дата обращения: 04.03.2021).
28. Wie man mit Alzheimer leben kann (Demenz) [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://clck.ru/Ux9sc> (дата обращения: 11.03.2021).
29. Wir ziehen in eine Demenz-WG // Leben in der Alzheimer-WG: Doku deutsch [Электронный ресурс]. 2014. URL: <https://clck.ru/Ux9hi> (дата обращения: 07.03.2021).

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Графики количественного соотношения нарушений по уровням языка

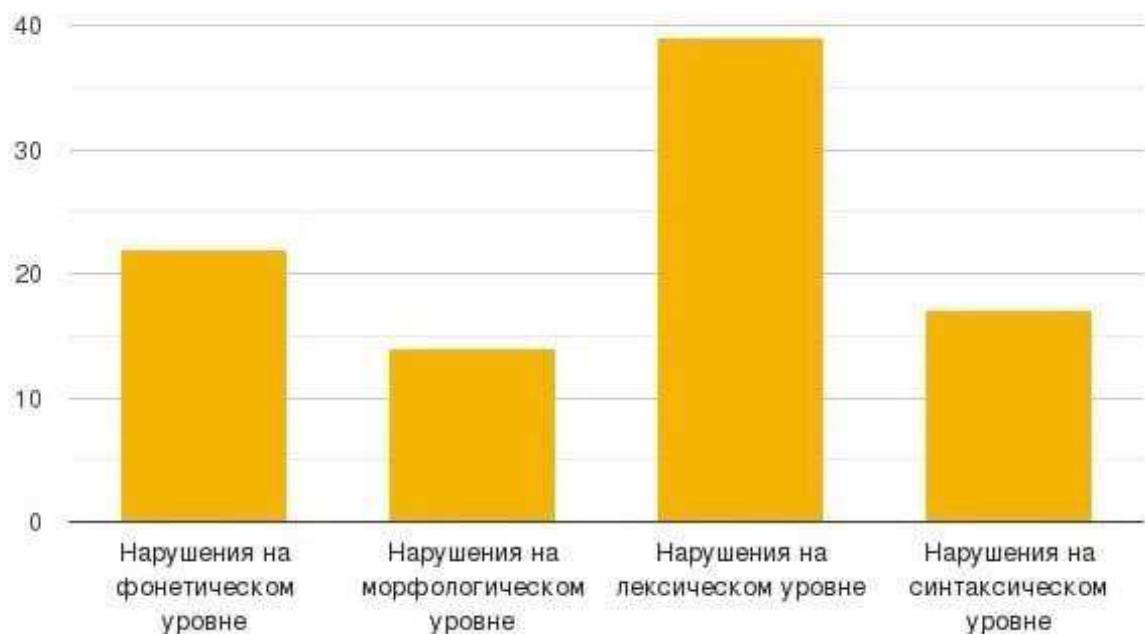


График 1. Количественное соотношение нарушений по уровням (английский язык)

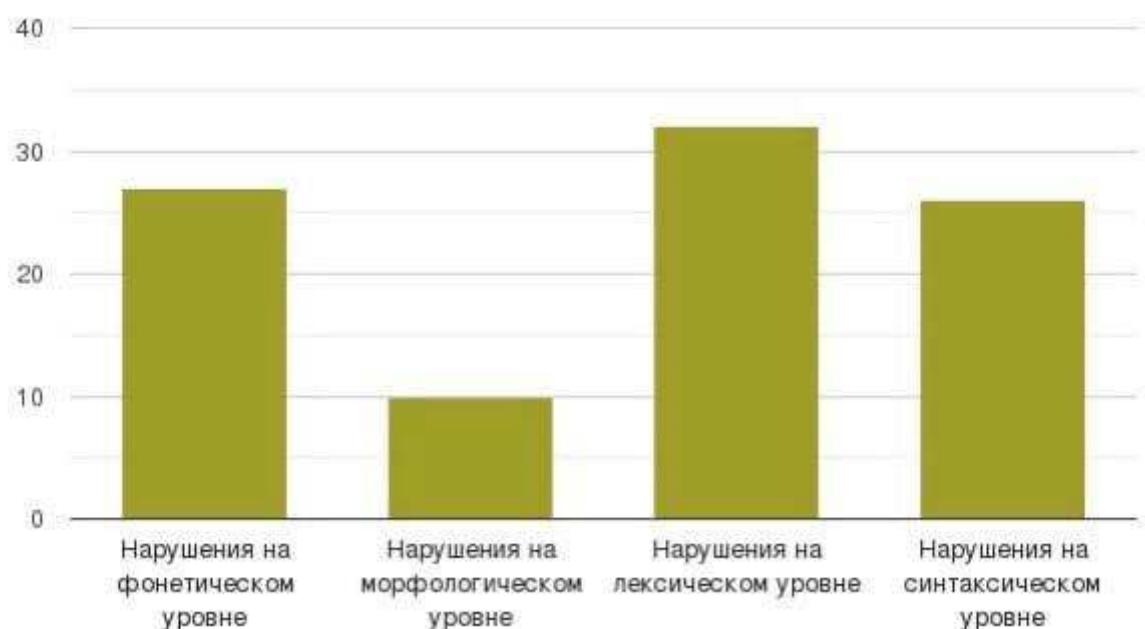


График 2. Количественное соотношение нарушений по уровням (немецкий язык)

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

**Таблица источников примеров с маркерами нарушений**

	Цитата	Ссылка на видео
L S P	I remember...uh...	<a href="https://clck.ru/ThsvF">https://clck.ru/ThsvF</a> “People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget   People Describe   Cut” 3:53
L S	It was <b>pouring, pouring</b> rain.	<a href="https://clck.ru/ThsvF">https://clck.ru/ThsvF</a> “People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget   People Describe   Cut” 3:53
L S	There was a <b>stream</b> . And I wanted to get in the <b>stream</b> .	<a href="https://clck.ru/ThsvF">https://clck.ru/ThsvF</a> “People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget   People Describe   Cut” 3:53
L S P	This morning I...uhm...went off to...uhm...my, no, where did I go, where did I go this morning? What did I do this morning before we met? I don't remember.	<a href="https://clck.ru/ThsvF">https://clck.ru/ThsvF</a> “People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget   People Describe   Cut” 3:53
L S M	– What's something you never wanna forget? – Our marriage. My wife's marriage and I. I don't want ever forget that. We looked at each <b>other</b> eyes and I'll hold onto it as long as I <b>can't</b> .	<a href="https://clck.ru/ThsvF">https://clck.ru/ThsvF</a> “People with Alzheimer's tell us memories they never want to forget   People Describe   Cut” 3:53
L S P	It's like, it's your genes, you know, and <b>so... uhm...</b> I forgot where I was going.	<a href="https://clck.ru/ThtVq">https://clck.ru/ThtVq</a> “Kids Meet a Woman with Alzheimer's   Cut” 5:14

	Цитата	Ссылка на видео
P L S	But I don't... <b>I-I</b> try not to get upset.	<a href="https://clck.ru/ThtVq">https://clck.ru/ThtVq</a> “Kids Meet a Woman with Alzheimer's   Cut” 5:14
P	It was frustrating trying to get it into the box [it w <sup>f</sup> bz frʌfs' tfreɪtɪŋ 'tfratikeɪ get it 'ɪntu: ðə bvuʊks].	<a href="https://clck.ru/Thtyh">https://clck.ru/Thtyh</a> “There's a cure in sight - AlzheimersResearch UK” 2:08
P	I think it's pretty good [ai θɪŋk its 'prɪti grəd].	<a href="https://clck.ru/ThuFC">https://clck.ru/ThuFC</a> “A Few Words From Harvey and William, Two Alzheimer's Patients” 3:21
L P M	But important things I don't s-seem to remember. If I could I would be <b>in....at</b> a college.	<a href="https://clck.ru/ThuFC">https://clck.ru/ThuFC</a> “A Few Words From Harvey and William, Two Alzheimer's Patients” 3:21
P L S	<b>I-I</b> had an anger problem <b>my-my</b> typical mild self-returned to an ogre <b>my-um-my...</b>	<a href="https://clck.ru/TnXoD">https://clck.ru/TnXoD</a> “Extended Interview with Alzheimer's Patient, Don Hayen” 6:37
P	That's a full-time twenty-four hour three-hundred-and-sixty-five days over a year [ðæts ə fol traɪmə 'twenti fɔ:r 'auə θri: 'hʌndrəd ænd 'sɪksti-faɪv deɪz 'əʊvə ə jɪə θr].	<a href="https://clck.ru/TnYRS">https://clck.ru/TnYRS</a> “Alzheimer's Disease: A Guide for Patients and Families - American Academy of Neurology” 28:31
L	<ul style="list-style-type: none"> <li>– We were neighbors <b>going up.</b></li> <li>– Growing up.</li> <li>– Growing up.</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/TnfH">https://clck.ru/TnfH</a> “Alzheimer's Disease   Don's Story” 4:45

	Цитата	Ссылка на видео
L S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– We've been...</li> <li>– Married.</li> <li>– Married for 35 years.</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/TnfH">https://clck.ru/TnfH</a> “Alzheimer's Disease   Don's Story” 4:45
L S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– I was, I was a scie... a scientist? Uhm.. and... for...I guess probably (проговаривает быстро, отработано)</li> <li>– Fifteen years.</li> <li>– Yeah... fifteen or twenty years.</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/TnfH">https://clck.ru/TnfH</a> “Alzheimer's Disease   Don's Story” 4:45
L S	<p>I was driving <b>and... home from a late night and...</b></p> <p>I almost went off the road with Corinne.</p> <p><b>It could've, it could've</b> been a bad, very, very bad because I didn't see the turn.</p>	<a href="https://clck.ru/TnfH">https://clck.ru/TnfH</a> “Alzheimer's Disease   Don's Story” 4:45
L	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Are you tired, sweetie?</li> <li>– <b>Ughm.</b></li> <li>– Yeah.</li> <li>...</li> <li>– Hey, it's a snowman today!</li> <li>– <b>Uhm.</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/UqrZJ">https://clck.ru/UqrZJ</a> “Journey Through Alzheimers: Late Stages” 3:40
L P M	<p><b>It give</b> me the feeling of love, <b>ro-romance</b>. I figure right now the world <b>need</b> to come into music, singing.</p>	<a href="https://clck.ru/ToesT">https://clck.ru/ToesT</a> “How Personalized Music Playlists Help Alzheimer's Patients” 6:18
P	<p><b>P-t-t-t-t</b> I would've <b>lov-love-ved</b> it.</p>	<a href="https://clck.ru/Tof9W">https://clck.ru/Tof9W</a> “Early On-Set Alzheimer's: One Year Later” 4:53
L	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Do you wanna take it?</li> <li>– <b>Uh? Ahhah.</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/TofUH">https://clck.ru/TofUH</a> “Living With Alzheimer's: Jeff & Dawn's Story of Enduring Love” 3:18

	Цитата	Ссылка на видео
L P	<b>You know, I-I was – I was... you know,</b> I couldn't do my work. Yeah, I was the only one doing it. <b>You know.</b>	<a href="https://clck.ru/TofUH">https://clck.ru/TofUH</a> “Living With Alzheimer's: Jeff & Dawn's Story of Enduring Love” 3:18
M L	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Do you like my visits?</li> <li>– Oh, I <b>loved</b> them. Of course. Don't <b>see</b> stupid things. If you're going to speak, speak sensibly.</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
L	<ul style="list-style-type: none"> <li>– It's seven o'clock in Christmas morning and Holly is filming us.</li> <li>– <b>Happy Birthday to you!</b> (поёт) Позже:</li> <li>– <b>Happy Christmas to you!</b> (поёт)</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
L	You are a <b>fucking bitch.</b>	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
M L	I don't know. I don't <b>want know.</b>	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
L M	She's not ugly. On the contrary, she's very <b>beauty.</b>	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
M L	I feel like <b>[an]</b> idiot.	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
M L	Oh, darling I'm sorry <b>[for]</b> making you cry.	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories”

	Цитата	Ссылка на видео
		59:09
M L	But that [is] life, isn't it?	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
M L	That [is] a no danger of me.	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
M L	I actually <b>cried soon.</b>	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
M L	You [are] useless woman.	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
M L	I don't know [if] it was just funny, but it was very good.	<a href="https://clck.ru/Tog9Z">https://clck.ru/Tog9Z</a> “Mum And Me (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 59:09
L	(описывает поход в душ) I went up there, sat down, and all that bloody hell there ( <b>водит рукой по спине</b> ), there, there. It was hot, it was hot.	<a href="https://clck.ru/TwMug">https://clck.ru/TwMug</a> “Who Will Take Care of Us? Mum, Dad, Alzheimer's & Me (Alzheimer's Disease Documentary)   Only Human” 48:13
L S	(Спрашивает про еду в тарелке) <ul style="list-style-type: none"> <li>– This one. What's this? You know what this is, huh?</li> <li>– I...</li> <li>– What's this? There's fish, and there... What is it?</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/TwMug">https://clck.ru/TwMug</a> “Who Will Take Care of Us? Mum, Dad, Alzheimer's & Me (Alzheimer's Disease Documentary)   Only Human” 48:13

	Цитата	Ссылка на видео
	— ...	
L P	Alzheimers is an invisible... uhm... What's the word?	<a href="https://clck.ru/TwPnu">https://clck.ru/TwPnu</a> “While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers” 28:48
S	<b>I'm trapped. Really. Sometimes.</b>	<a href="https://clck.ru/TwPnu">https://clck.ru/TwPnu</a> “While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers” 28:48
P S L	But there again, you see... uhm...Oh...What I was going to say?	<a href="https://clck.ru/TwPnu">https://clck.ru/TwPnu</a> “While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers” 28:48
M L	Where <b>is</b> my pills?	<a href="https://clck.ru/TwPnu">https://clck.ru/TwPnu</a> “While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers” 28:48
L P	And then you put a cup in the... In the, <b>uhm...</b> <b>Uhm...</b> A cup away.	<a href="https://clck.ru/TwPnu">https://clck.ru/TwPnu</a> “While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers” 28:48
P L S	Just good memories, <b>and, and...</b> uhm...new friendships.	<a href="https://clck.ru/TwPnu">https://clck.ru/TwPnu</a> “While I'm Still Sue: Early-onset Alzheimers” 28:48
P S	I did modeling? [aɪ dɪd 'mɛdlnɪŋ]	<a href="https://clck.ru/TwRnD">https://clck.ru/TwRnD</a> “A Marriage to Remember   Alzheimer's Disease Documentary   Op-Docs   The New York Times” 8:34
P L	We came from Stock-on-Trent...uhum... <b>That's where we came from.</b>	<a href="https://clck.ru/U6XwC">https://clck.ru/U6XwC</a>

	Цитата	Ссылка на видео
		“Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 1:08:24
P S L	My father was not, was <b>never</b> ( <b>вздохи, бормотания</b> ) a person <b>who-who</b> is a bit of a...( <b>неразборчиво</b> )	<a href="https://clck.ru/U6XwC">https://clck.ru/U6XwC</a> “Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 1:08:24
P	Рассказывает о своём отце: ( <b>интонация резко неестественно поднимается</b> ) Yeah, he was a slip out in a twit [wit] house, you know, <b>wh-what</b> was about it ( <b>интонация резко падает</b> ) <b>w-water</b> ( <b> дальше неразборчиво</b> )	<a href="https://clck.ru/U6XwC">https://clck.ru/U6XwC</a> “Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 1:08:24
P L	<b>Oh-oh-p-p-p-p-p-p</b>	<a href="https://clck.ru/U6XwC">https://clck.ru/U6XwC</a> “Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 1:08:24
P L	(Неожиданно посреди обеда, взволновано) <b>We shall find. If the way long service l-long little come out act-not-act.</b>	<a href="https://clck.ru/U6XwC">https://clck.ru/U6XwC</a> “Malcolm and Barbara: Love's Farewell (Alzheimer's Documentary)   Real Stories” 1:08:24
P	– Bisschen, ja? – Bisschen, ja ['biskəd 'na:].	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“ 29:04
P S L	<b>Ehe-a Uh-ehe-a...</b> Ich könnte auch nicht...	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“

	Цитата	Ссылка на видео
		29:04
L M S	Ich <b>wird vorbrannt</b> (не verbrannt) und dann bin ich Asche. Und die Asche wird ( <b>взмахивает руками и свистит = прах будет рассеян</b> )	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“ 29:04
P S L	Voll...Nei-ie-mah...	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“ 29:04
P M	– Hast du denn sehr geliebt? – Sehr [de:ɐ].	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“ 29:04
S L M	Ich sehe nicht nur <b>der, die...</b>	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“ 29:04
S L P	Пытается взять за руку: <b>Ehe-each-eh (далъше звуки, похожие на скучение).</b>	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“ 29:04
S L	- Ich bin achtundachtzig, wird noch ( <b>показывает жестами слово «краситься»</b> ). - Eh, schminkt.	<a href="https://clck.ru/UpAfM">https://clck.ru/UpAfM</a> „Alter und Demenz - Eine Woche in der Alzheimer-WG   WDR Doku“ 29:04
S L	Ich...bin... <b>neunz...neunzehnhundertdreundvierzig geboren.</b>	<a href="https://clck.ru/UqyvC">https://clck.ru/UqyvC</a>

	Цитата	Ссылка на видео
P		„Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um?   Stiftung Gesundheitswissen“ 4:49
P	Das ich wichtiger als... dass ich die Tasse irgendwo ['a̯gnt, vo:] schmutzig hab' stehen lassen.	<a href="https://clck.ru/UqyvC">https://clck.ru/UqyvC</a> „Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um?   Stiftung Gesundheitswissen“ 4:49
M S L P	Ich hoffe <b>an, da...</b> auf eine Medikation.	<a href="https://clck.ru/UqyvC">https://clck.ru/UqyvC</a> „Alltag mit Demenz: Wie geht man als Paar mit der Erkrankung um?   Stiftung Gesundheitswissen“ 4:49
L P	Wenn ich ob es mir <b>wohl</b> , holen wollte (автоисправление).	<a href="https://clck.ru/UrmQ3">https://clck.ru/UrmQ3</a> „[Doku HD] Leben mit dem Vergessen - Volkskrankheit Alzheimer“ 28:34
L	Wichtiger Schritt wieder oder <b>noch</b> ein wichtiger Schritt zum Leben. Das wird <b>noch</b> Hoffnung, das wird <b>noch</b> der ganze Weile in relativ gesund Zustand <b>noch...</b>	<a href="https://clck.ru/UrmQ3">https://clck.ru/UrmQ3</a> „[Doku HD] Leben mit dem Vergessen - Volkskrankheit Alzheimer“ 28:34
L S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das heißt also...</li> <li>– Wird aufgehalten.</li> <li>– Wird aufgehalten.</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/Utk4i">https://clck.ru/Utk4i</a> „Alzheimer mit 40“ 1:37:31
L M	Es kommt einfach nicht mehr zurück, <b>das</b> Wörter mit der Zeit.	<a href="https://clck.ru/Utk4i">https://clck.ru/Utk4i</a> „Alzheimer mit 40“ 1:37:31

	Цитата	Ссылка на видео
L M	Also nicht darüber zu sorge [n].	<a href="https://clck.ru/Utk4i">https://clck.ru/Utk4i</a> „Alzheimer mit 40“ 1:37:31
P S L	Also... Das. Ist. Quatsch.	<a href="https://clck.ru/UtkAJ">https://clck.ru/UtkAJ</a> „Gedanken einer Demenz- Patientin   Panorama 3   NDR“ 5:11
P S L	Also... Das. Ist. Auch fast nicht traurige Geschichte letzten Endes, weil wir das gemeinsam erlebt haben, und mein Mann mir das letzten Endes dann wieder nacherzählen muss noch bis war alles weg.	<a href="https://clck.ru/UtkAJ">https://clck.ru/UtkAJ</a> „Gedanken einer Demenz- Patientin   Panorama 3   NDR“ 5:11
P	Aber ich glaube, ich ziehe mich immer wieder ['vaɪdə] zurück.	<a href="https://clck.ru/UtkAJ">https://clck.ru/UtkAJ</a> „Gedanken einer Demenz- Patientin   Panorama 3   NDR“ 5:11
P S L	Und...Denke immer...Uhm...	<a href="https://clck.ru/UtkAJ">https://clck.ru/UtkAJ</a> „Gedanken einer Demenz- Patientin   Panorama 3   NDR“ 5:11
L P	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Machst du dann oft?</li> <li>– *Цокает* (= да)</li> <li>– Ja...</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/UtkUU">https://clck.ru/UtkUU</a> „Warum Menschen mit Demenz unter Corona-bedingter Isolation leiden   REPORT MAINZ“ 6:13
L P S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oh, Frau Veil...</li> <li>– Uhm?</li> <li>– Denn gelacht davon, uhm? Das es Ihnen alles zu viel...</li> <li>– (кивает)</li> <li>– Sie können nicht mehr...</li> <li>– <b>Ta-te, ta-te! Versuche ich [i]! Ich mach es kaputt! (громко, призывающно)</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/UtkhH">https://clck.ru/UtkhH</a> „Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?“ 6:53

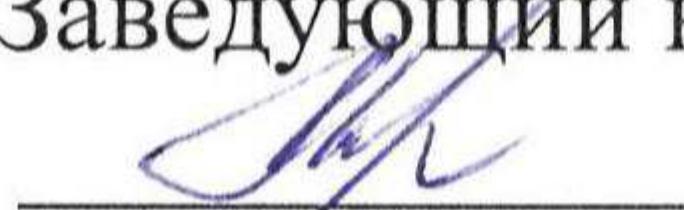
	Цитата	Ссылка на видео
L P S	<b>Ebe-de-tse sproch wird da-da tse-tse empfarts raus!</b>	<a href="https://clck.ru/UtkhH">https://clck.ru/UtkhH</a> „Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?“ 6:53
L P S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Könnt man platzen vor Ärger?</li> <li>– <b>Uhm.</b></li> <li>– Man muss auch aufpassen.</li> <li>– <b>Ne.</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/UtkhH">https://clck.ru/UtkhH</a> „Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?“ 6:53
L P S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sie haben eine große Familie.</li> <li>– <b>Uhm (интонация «нет»).</b></li> <li>– Viele Kinder.</li> <li>– <b>Uhm (интонация «да»).</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/UtkhH">https://clck.ru/UtkhH</a> „Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?“ 6:53
P	Jedes Jahr ein Kind ['je-je:də 'zo a 'kint].	<a href="https://clck.ru/UtkhH">https://clck.ru/UtkhH</a> „Demenz / Alzheimer - Wie gehe ich mit dementen Menschen um?“ 6:53
L P S M	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vettel ist da.</li> <li>– <b>Der-da-vot-da-to</b> auch Vettel, der Vettel?</li> <li>– Ist da.</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/UuVQE">https://clck.ru/UuVQE</a> „Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät“ 22:51
L P S	Wollten sich... <b>(указывает на пакет)?</b>	<a href="https://clck.ru/UuVQE">https://clck.ru/UuVQE</a> „Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät“ 22:51
L S	<b>Den braucht man, den braucht man, den braucht man, den braucht man!</b>	<a href="https://clck.ru/UuVQE">https://clck.ru/UuVQE</a>

	Цитата	Ссылка на видео
		„Alzheimer in der Partnerschaft - Wenn das Leben leise in Vergessenheit gerät“ 22:51
L S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ne.</b></li> <li>– Möchte nicht?</li> <li>– <b>Ne. Ne.</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/UvrE6">https://clck.ru/UvrE6</a> „Planet Wissen - Diagnose Alzheimer“ 58:17
L	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wie heißt es? (указывает на изображение свистка)</li> <li>– <b>Weiß ich nicht.</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/Ux9Rg">https://clck.ru/Ux9Rg</a> „odysso: Diagnose Alzheimer Doku (2016)“ 44:35
L P S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Können Sie mir auch sagen, an welchem Ort wir hier sind?</li> <li>– Wir sind hier <b>in der...In der...</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/Ux9Rg">https://clck.ru/Ux9Rg</a> „odysso: Diagnose Alzheimer Doku (2016)“ 44:35
L P S	<b>Uhm...Ple...Uhm...Pfle...</b>	<a href="https://clck.ru/Ux9Rg">https://clck.ru/Ux9Rg</a> „odysso: Diagnose Alzheimer Doku (2016)“ 44:35
P	Er muss sauber sein... [ˈzaʊ̯ə]	<a href="https://clck.ru/Ux9hi">https://clck.ru/Ux9hi</a> „Wir ziehen in eine Demenz- WG // Leben in der Alzheimer- WG: Doku deutsch“ 7:32
M	<b>Achtdreißig</b> (вместо Achtunddreißig)	<a href="https://clck.ru/Ux9hi">https://clck.ru/Ux9hi</a> „Wir ziehen in eine Demenz- WG // Leben in der Alzheimer- WG: Doku deutsch“ 7:32
L S	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Habt ihr daraus immer getrunken?</li> <li>– <b>Nein, nein, nein, nein, nein.</b></li> </ul>	<a href="https://clck.ru/Ux9hi">https://clck.ru/Ux9hi</a>

	Цитата	Ссылка на видео
		„Wir ziehen in eine Demenz-WG // Leben in der Alzheimer-WG: Doku deutsch“ 7:32
L S P	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Und dann... Geht es dann...</b></li> <li>– Angekommen?</li> <li>– Ja.</li> </ul>	<a href="https://clck.ru/Ux9sc">https://clck.ru/Ux9sc</a> „Wie man mit Alzheimer leben kann (Demenz)“ 7:34
L S P M	<p><b>Uhm...</b> Da hab ich vorher festgestellt, dass</p> <p>ich...Uh...einfach nicht mehr <b>bemerken, merken</b></p> <p>kann, mich an manches nicht mehr erinnern <b>kann,</b></p> <p><b>konnte</b> was am Vortag passiert ist...<b>Uhm...Ja...</b></p>	<a href="https://clck.ru/Ux9wE">https://clck.ru/Ux9wE</a> „«Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer“ 7:09
M L S P	<p>Ich bin [<b>ein</b>] Mensch der sich immer gerne mit</p> <p>Gleichgesinnten zusammen tut von, daher war das</p> <p>jetzt mit so ein sch-schwieriges-s ding da... auch an</p> <p>dieser Stelle mal... An der Stelle mal zu gucken wo</p> <p>gleich gefühlt es sein könnten was wir gemeinsam</p> <p>machen können.</p>	<a href="https://clck.ru/Ux9wE">https://clck.ru/Ux9wE</a> „«Ich will kein Mitleid!» – Architektin lebt mit Diagnose Alzheimer“ 7:09

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт филологии и языковой коммуникации  
Кафедра теории германских языков и межкультурной коммуникации  
45.03.02 Лингвистика

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой ТГЯиМКК  
 О.В. Магировская

«23» июня 2021 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

**УРОВНЕВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У  
АНГЛО- И НЕМЕЦКОЯЗЫЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ  
АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Выпускник



Е.В. Никифорова

Научный руководитель



канд. филол. наук,  
доц. Я.В. Попова

Научный консультант



канд. мед. наук,  
В.Г. Абрамов

Нормоконтролер



А.А. Струзик

Красноярск 2021