

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

Институт филологии и языковой коммуникации
Кафедра романских языков и прикладной лингвистики
45.03.02 Лингвистика

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой РЯиПЛ
_____ А.В. Колмогорова

«__» _____ 2022 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

**СПЕЦИФИКА ИНТОНАЦИОННЫХ КОНТУРОВ
ВЫСКАЗЫВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АФАЗИЕЙ (НА
МАТЕРИАЛЕ РУССКОГО И ИСПАНСКОГО ЯЗЫКОВ)**

Выпускник

А.С. Сибирская

Научный руководитель

д-р филол. наук, проф.
А.В. Колмогорова

Нормоконтролер

Д.С. Дюкарева

Красноярск 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ИНТОНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АФАЗИЕЙ.....	8
1.1. Интонация и ее типы	8
1.1.1. Понятие интонации.....	8
1.1.2. Типы интонационных конструкций в русском языке.....	9
1.1.3. Типы интонационных моделей в испанском языке	14
1.2. Клиника афазий.....	19
1.2.1. Понятие афазии.....	19
1.2.2. Классификации афазий.....	20
1.2.3. Смешанная (комплексная) моторная афазия.....	23
1.3. Специфика интонационных конструкций в норме и при патологии	25
1.3.1. Специфика восприятия интонационных конструкций	25
1.3.2. Специфика воспроизведения интонационных конструкций	27
1.3.3. Особенности тема-рематического членения	31
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	35
ГЛАВА 2. СПЕЦИФИКА ИНТОНАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ В РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С АФАЗИЕЙ.....	38
2.1. Особенности интонационных контуров различных типов высказываний в речи пациентов с афазией.....	38
2.1.1. Утвердительные высказывания.....	38
2.1.2. Побудительные высказывания	45
2.1.3. Вопросительные высказывания	47
2.1.4. Общие выводы по особенностям интонационных контуров различных типов высказываний в речи пациентов с афазией	55
2.1.5. Опыт работы с данными пациентов с афазией, являющихся носителями испанского языка.....	57
2.2. Просодические особенности тема-рематического членения в речи пациентов с афазией.....	62
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	69

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	72
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	75

ВВЕДЕНИЕ

В наше время все больше и больше людей страдают от сосудистых заболеваний головного мозга, например инсульта или тромбоза. Афазия, в свою очередь, является одним из самых тяжелых последствий этих болезней, не позволяющим человеку свободно общаться, выражать свои мысли или понимать окружающих его людей.

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что проблема афазии представляет большой интерес для исследователей различных областей, таких как логопедия, психология, неврология, физиология, нейролингвистика и других. Однако в последнее десятилетие в эту работу активно включилась лингвистика, поскольку накопленные знания о языке и его механизмах позволяют лингвистам успешно моделировать языковые процессы не только в норме, но и при патологии. Наше исследование, выполненное преимущественно на материале, собранном в клинических условиях, продолжает данную тенденцию и предлагает анализ интонационной составляющей речи в норме и при патологии.

Степень разработанности проблемы. С одной стороны, в лингвистике существует обширный пласт исследований в области просодии, характерной для людей без патологий, говорящих на разных языках (М.А. Баршак, Е.А. Брызгунова, Л.Р. Зиндер, Л.А. Пиотровская, Т.Е. Янко и др.), с другой – активно развиваются исследования речи пациентов с когнитивными и когнитивно-речевыми нарушениями (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Т.В. Черниговская, М.К. Шохор-Троцкая и др.). Однако, как показал проведенный нами анализ литературы, исследований посвященных именно анализу интонационных конструкций в речи пациентов с афазией крайне мало.

Цель исследования заключается в выявлении и описании особенностей воспроизведения интонационных контуров высказывания

пациентами с диагнозом «комплексная моторная афазия» (далее – КМА) средней и тяжелой степени выраженности дефекта.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

1. Изучить содержание термина «интонация», рассмотреть основные функции интонационных конструкций и описать каждую из них.

2. Изучить и проанализировать имеющуюся нейролингвистическую литературу, посвященную проблеме афазии, и обобщить сведения по данной теме.

3. Систематизировать имеющиеся в научной литературе сведения по вопросам специфики восприятия и воспроизведения интонации у пациентов с афазией.

4. Изучить просодические особенности тема-рематического членения высказываний в норме и при патологии.

5. Провести экспериментальное исследование специфики интонационных моделей у пациентов с комплексной моторной афазией средней и тяжелой степени выраженности дефекта на фоне интонационных моделей носителей русского и испанского языков без патологий и проанализировать полученные результаты.

6. Сопоставить полученные результаты и сделать соответствующие выводы о специфике интонационных контуров высказывания у пациентов с КМА средней и тяжелой степени выраженности дефекта.

Объектом исследования является состояние речи пациентов с комплексной моторной афазией (далее – КМА) средней и тяжелой степени выраженности дефекта.

Предметом настоящего исследования служат особенности воспроизведения интонационных контуров высказывания пациентами с диагнозом КМА средней и тяжелой степени выраженности дефекта.

Материал исследования составили: 1) 47 минут аудиозаписей речи пациентов, прошедших реабилитацию в центре нейрореабилитации Сибирского клинического центра ФМБА России (15 человек); 2) 1 час аудиозаписи речи носителей русского языка без патологий (3 человека); 3) 20 минут аудиозаписи речи пациента-носителя испанского языка с видеохостинга YouTube; 4) 40 минут аудиозаписи речи пациентов-носителей испанского языка из базы AphasiaBank (4 человека); 4) 30 минут аудиозаписи речи носителя испанского языка без патологий.

Основной теоретико-методологической базой нашего исследования послужили научные труды отечественных и зарубежных исследователей в таких областях, как фонетика и фонология (М.А. Баршак, Е.А. Брызгунова, М.В. Гордина, Т.Е. Янко); нейролингвистика (Э.С. Бейн, Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, П.А. Овчарова, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский); общая теория языка (Л.В. Щерба, А.К. Столярова, А.Ю. Фильченко) и др.

Основными методами исследования в нашей работе являются метод анализа и синтеза теоретического материала, метод электронно-акустического анализа устной речи, сопоставительный и описательно-аналитический метод, элементы лингвистического эксперимента.

Практическая значимость нашего исследования состоит в возможности применения результатов на практике при работе с пациентами с диагнозом «афазия», а также при составлении пособий по восстановительному обучению.

Структура работы определяется поставленной целью, задачами исследования и спецификой используемого материала. Выпускная квалификационная работа общим объемом 79 страниц(ы), состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, включающего 50 наименований, в том числе 11 на иностранном языке.

Во **Введении** обосновывается выбор темы исследования, ее актуальность, указываются объект и предмет исследования,

формулируются цели и задачи работы, упоминаются наиболее значимые авторы, проводившие научные или научно-практические исследования по данной проблеме, описывается общая методика, практическая значимость, называются источники материала исследования, приводятся данные о структуре работы.

В первой главе **«Теоретические основы изучения интонации у пациентов с афазией»** рассматриваются и описываются различные интонационные конструкции русского языка, интонационные модели испанского языка, дается определение афазии и основная классификация ее форм, а также описывается специфика интонационных конструкций и тема-рематического членения в речи в норме и при патологии.

Во второй главе **«Специфика интонационных моделей в речи пациентов с афазией»** анализируется и сопоставляется речь пациентов с афазией и носителей русского и испанского языков без патологий.

В **Заключении** обобщаются результаты проведенного исследования, описывается их соответствие общей цели и конкретным задачам, поставленным во введении, и намечаются перспективы дальнейшего изучения рассматриваемых в работе проблем.

Апробация работы. Основные положения исследования нашли отражение в докладах и выступлениях на II Международном «Форуме языков и культур» (Красноярск, 2021) и XIV Международной научно-практической конференции молодых исследователей «Язык, дискурс, (интер)культура в коммуникативном пространстве человека» (Красноярск, 2022). Также по теме исследования была опубликована одна статья в журнале из Перечня ВАК РФ «Культура и текст» (2022): Колмогорова А.В., Сибирская А.С., Чмых М.В. Специфика интонационных контуров высказываний у пациентов с афазией // Культура и текст. 2022. Вып. 1 (48). С. 188–198.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ИНТОНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АФАЗИЕЙ

1.1. Интонация и ее типы

1.1.1. Понятие интонации

Супрасегментные элементы звукового строя языка – это такие звуковые качества, которые соотносятся с какой-либо цепочкой сегментных единиц как с единым целым. Если супрасегментные средства функционируют на уровне потока речи, фразах, то их принято называть интонацией того или иного текста [Гордина, 1997: 205].

Основной единицей интонации является синтагма, поэтому интонационное оформление речи всегда предполагает синтагматическое членение. Русский и советский лингвист Лев Владимирович Щерба определял синтагму как фонетическое единство, выражающее единое смысловое целое в процессе речи-мысли [Щерба, 1974].

Российский лингвист Т.Е. Янко отмечает, что интонация как явление обладает особыми характеристиками, отличающими ее от других уровней языка. Так, например, способность к анализу и интерпретации интонации у носителей языка развита слабее, чем к анализу любого другого языкового явления. Более того, интонация сильнее подвержена к разрушению в речи человека. Даже незначительные проявления эмоций в процессе речепроизводства могут послужить причиной разрушения значений, которые должны выражаться интонационно [Янко, 2008: 10].

Справедливо говорить о том, что под интонацией понимается совокупность некоторых фонетических признаков, характеризующих речь.

К таким признакам относятся мелодика – изменение высоты тона, интенсивность – различия в силе произнесения отдельных элементов слова или фразы, а также изменение темпа, тембр и паузы.

Советский и российский лингвист М.В. Гордина [Гордина, 1997: 208] выделяет шесть основных функций интонации: 1) членение речевого потока на законченные смысловые отрезки, 2) оформление и противопоставление различных типов высказываний (повествование, вопрос, побуждение, восклицание), 3) выражение характера связи между частями фразы (объяснение, добавление), 4) выражение смысловых отношений (выделение главного слова), 5) передача эмоционально-модальных значений и 6) изображение психоэмоциональных особенностей говорящего.

Исследования в области интонации дают ученым понимание того, насколько эффективно можно передавать в речи такие, на первый взгляд, абстрактные значения [Янко, 2014].

Можно говорить о том, что смысловоразличение является одной из главных функций интонации. Этим обусловлено существование в русском языке так называемых интонационных конструкций. Подробнее каждая из них описана ниже.

1.1.2. Типы интонационных конструкций в русском языке

В русском языке выделяют семь типов интонационных конструкций, которые принято называть ИК-1 (ика-один), ИК-2, ИК-3, ИК-4, ИК-5, ИК-6 и ИК-7. Важнейшим критерием выделения типов интонационных конструкций является способность говорящего-носителя языка различать смысл звучащих предложений.

Важно помнить о том, что смысловые различия всех интонационных конструкций не могут быть совмещены в одном контексте без искажения смысла. Таким образом, они не взаимозаменяемы [Шведова, 1980: 97].

В зависимости от содержания предложения различные интонационные конструкции могут служить для различных целей: от определения типа высказывания до выражения эмоциональных оттенков

предложения. Главная же задача интонационных конструкций – смысловое противопоставление пары высказываний, совпадающих по своему сегментному составу, то есть имеющих различия, не совместимые в одном контексте:

Преподаватель пришел.

Преподаватель пришел?

Во всех типах интонационных конструкций выделяют предударную, ударную (она является центром ИК), и заударную части. Центр интонационной конструкции может передвигаться. В одних случаях это полностью изменяет смысл высказывания, в других – уточняет.

Первая интонационная конструкция (ИК-1):

Чаще всего ИК-1 используется для выражения завершенности в повествовательных предложениях:

Папы нет дома. Он ушел в магазин.

Центр ИК-1 всегда передвигается на слово, которое несет неизвестную для собеседника информацию.

Предударная часть произносится на среднем тоне. На ударной части тон понижается ниже среднего. Заударная часть также характеризуется тоном ниже среднего.

Вторая интонационная конструкция (ИК-2):

Чаще всего ИК-2 используется для выражения вопроса в вопросительных предложениях с вопросительным словом:

Сколько листов нужно этому студенту?

Предикатом вопроса является вопросительное слово. Центр ИК-2 всегда перемещен на слово, уточняющее предикат вопроса (ту информацию, которая запрашивается).

Предударная часть характеризуется средним тоном с возможным незначительным повышением. Ударная часть произносится с повышением тона и усилением словесного ударения. Заударная часть, как и в ИК-1, характеризуется понижением тона ниже среднего.

Иногда при выражении восклицания, обращения или требования повышение тона выражено более ярко, чем при выражении вопроса. Такой вариант принято называть ИК-2а. Однако смысловых различий между ИК-2 и ИК-2а нет, поэтому при эмоциональных вопросах также справедливо говорить об использовании конструкции ИК-2а.

Осторожно! Не подходи близко.

Третья интонационная конструкция (ИК-3):

Чаще всего ИК-3 используется для выражения вопроса в предложениях без вопросительного слова:

Ты пойдешь в музей?

Ты пойдешь в музей?

Центр ИК-3 всегда показывает предикат вопроса, выбор которого зависит от содержания разговора.

Предударная часть произносится на среднем тоне. На ударной части тон заметно повышается. На заударной части повышение тона недопустимо – он должен понизиться ниже среднего.

Четвертая интонационная конструкция (ИК-4):

Чаще всего ИК-4 используется для выражения вопроса в неполных вопросительных предложениях с союзом “а”:

А завтра сможешь?

Предударная часть характеризуется средним тоном. Если ударная часть стоит в конце высказывания, то она начинается с более низкого тона, нежели чем ударная, а затем, в пределах слога, тон резко повышается. Если в высказывании есть заударная часть, то ударная часть произносится с понижением тона, а заударная с ровным повышением.

Пятая интонационная конструкция (ИК-5):

Чаще всего ИК-5 используется для выражения восхищения в предложениях с местоименными словами.

Какое платье!

Центром ИК-5 чаще всего является местоименное слово. Предударная часть обычно короткая, произносится на среднем тоне. Ударная часть характеризуется повышением тона выше среднего. На заударной части один или несколько слогов произносятся тоном выше среднего. На одном из последних или последнем слоге заударной части тон понижается ниже среднего [Брызгунова, 1967].

Шестая интонационная конструкция (ИК-6):

Чаще всего ИК-6 используется для эмоционального выражения 1) недоумения или 2) оценки.

1) *Как он сказал?*

2) *Как он сказа́л!*

На ударной части тон повышается и держится до конца конструкции. ИК-6 похожа на ИК-4, но характеризуется более высоким уровнем тона на гласном ударной части.

Седьмая интонационная конструкция (ИК-7):

Чаще всего ИК-7 используется для выражения эмоционального отрицания.

Како́й он специа́лист!

ИК-7 характеризуется резким повышением тона на ударной части, но произнесение ударного гласного заканчивается смычкой голосовых связок (смычка голосовых связок обозначается пересечением стрелки в примере выше). Эта особенность отличает ИК-7 от схожей с ней ИК-3 [Шведова, 1980: 98].

Нередко для замены введенного Е.А. Брызгуновой термина «интонационная конструкция» используется термин «акцент», который определяется как «коммуникативно релевантное движение тона и другие сопутствующие движению тона фонетические феномены» [Янко, 2004: 85].

Также в современной русистике существует другая классификация интонационных конструкций, представляющая просодические особенности диалектного русского языка. Автором классификации

является российский лингвист Татьяна Евгеньевна Янко. Она выделяет особую интонационную конструкцию, характеризующую просодические особенности одесского регионального варианта русского языка, которую также принято называть градуальным подъемом.

Данная конструкция характеризуется повышением тона на ударном слоге. Если в высказывании присутствуют заударные слоги, тон продолжает повышаться, начиная от того уровня, который был достигнут в результате подъема на ударном слоге.

Не всегда распространялась полностью пробу́кция.

Схожая интонационная конструкция наддиалектного варианта русского языка будет, напротив, характеризоваться рельефным падением тона на ударном слоге [Янко, 2016].

Восприятие интонации представляет большой интерес для ученых, занимающихся прагматикой.

Так, проблема прагматического восприятия интонации разными носителями языка при использовании коммуникантами различных видов художественных тропов остается актуальной и малоизученной. Например, понимание сарказма требует от носителей языка активного вовлечения прагматических возможностей в процесс восприятия интонации, ведь для этого необходима интеграция фоновых знаний информации из других источников, доступных слушателю в момент коммуникации. Только в этом случае может быть достигнуто понимание значений, противоречащих буквальному смыслу высказывания [Koh, Lee, Lee, 2022]. Ирония также считается особым прагматическим феноменом, и ее понимание требует задействования функций более высокого порядка, по сравнению с интерпретацией других имплицатур [Antoniou, Milaki, 2021].

Таким образом, интонационные конструкции позволяют нам улавливать интенцию говорящего, что значительно упрощает процесс коммуникации.

1.1.3. Типы интонационных моделей в испанском языке

В испанском языке в каждой синтагме выделяют предупредительную часть, среднюю часть и тонема. Тональные изменения происходят в первом и последнем ударном слогах синтагмы, поэтому тонема (последний ударный слог) является самой важной частью синтагмы, определяющей коммуникативный тип предложения.

Для удобства понимания можно поделить испанскую синтагму на четыре уровня. На первом уровне (или ниже его) обычно заканчивается неоконченная синтагма. На втором – среднем, или нейтральном уровне, обычно произносится средняя часть повествовательной синтагмы, не окрашенной эмоционально. До третьего уровня доходит тон незавершенного повествовательного предложения и тон вопросительной фразы. Четвертый уровень характерен лишь для эмоциональных высказываний [Баршак, 1989: 70].

Фонетист М.А. Баршак выделяет в испанском языке одиннадцать интонационных моделей, которые принято называть ИМ-1 (иэм-один), ИМ-2, ИМ-3, ИМ-4, ИМ-5, ИМ-6, ИМ-7, ИМ-8, ИМ-9, ИМ-10 и ИМ-11 соответственно. Так же, как и интонационным конструкциям русского языка, интонационным моделям в испанском языке свойственно самостоятельное значение и определенная коммуникативная установка. В основном, в моделях отражена логическая интонация, но иногда возможны отклонения при выражении эмоциональных оттенков.

ИМ-1 используется для 1) выражения завершенности в повествовательных предложениях, 2) побудительных предложениях с нейтрализованной интонацией и 3) вопросительных предложениях с вопросительным словом с нейтрализованной интонацией. Данная интонационная модель характеризуется восходящей интонацией до границы первого уровня и нисходящей интонацией в конце фразы [Там же: 80].

1) *No lo sabía. (Я этого не знал.)*

2) *Dígame lo que pasó. (Расскажите мне, что произошло.)*

3) *¿Por qué quieres irte? (Почему ты хочешь уйти?)*

ИМ-2 характерна для 1) вопросительных предложений без вопросительного слова, 2) переспросов, 3) вопросительных предложений с вопросительным словом, произносимых с оттенком вежливости и 4) первой части альтернативных вопросов. В ИМ-2 конец фразы имеет восходящее направление до высшего уровня [Там же: 81].

1) *¿Quieres saberlo? (Ты хочешь знать об этом?)*

2) *(Se fue riéndose.) ¿Riéndose? (Он ушел смеясь.) Смеясь?)*

3) *¿Cómo se llama? (Как Вас зовут?)*

4) *¿Té o café? (Чай или кофе?)*

Интонационный рисунок ИМ-3 имеют 1) вопросительные предложения с вопросительным словом, произносимые без подчеркнутой вежливости, 2) вторая часть альтернативных вопросов. В данной интонационной модели восходящее движение тона отмечается в средней части, на высшем уровне тон, напротив, понижается [Там же: 82].

1) *¿Dónde vives? (Где ты живешь?)*

2) *¿Té o café? (Чай или кофе?)*

ИМ-4 можно встретить в 1) повествовательных предложениях с логическим ударением в конце и 2) повествовательных предложениях с эмфатическим ударением на конце, которое не меняет и не уточняет смысла. Для данной интонационной модели, так же, как и для ИМ-3, характерен мелодический максимум на третьем уровне и нисходящий тон в тонеме [Там же: 83].

1) *Está en la oficina ahora (у no en otro lugar). (Он сейчас в офисе (и нигде больше).*

2) *Este coche es muy caro. (Эта машина очень дорогая.)*

ИМ-5 характерна для 1) вопросительных предложений без вопросительного слова, произносимых с оттенком утверждения и 2)

вопросительных предложений с вопросительным словом с эмоциональным выражением удивления или возмущения. Тон достигает максимума на третьем уровне и снижается к концу фразы [Там же: 83].

1) *¿Vas conmigo? (Идешь со мной?)*

2) *¿Quién es este hombre? (Кто этот мужчина?)*

ИМ-6 употребляется при произнесении 1) побудительных предложений с нейтральной интонацией. Данная модель имеет мелодический максимум на верхней границе третьего уровня, а в конце фразы характеризуется нисходящим тоном. Чем больше в таких фразах нейтральна интонация, тем больше они похожи на ИМ-1 [Там же: 84].

1) *¡Déjame en paz! (Оставь меня в покое!)*

ИМ-7 – это модель двухсинтагменной фразы, она характерна для 1) простых повествовательных предложений, состоящих более, чем из одной синтагмы, 2) простых повествовательных предложений (а также побудительных с нейтральной интонацией) с однородными членами, 3) сложноподчиненных повествовательных предложений (а также побудительных с нейтральной интонацией), 4) сложносочиненных повествовательных предложений (а также побудительных с нейтральной интонацией) и 5) предложений с распределительным перечислением. Конец фразы при ИМ-7 выходит за границу диапазона с нисходящим направлением [Там же: 84].

1) *Además, no puedo salir de casa hoy. (Кроме того, сегодня я не могу выходить из дома.)*

2) *En la ciudad hay tiendas y hospitales. (В городе есть магазины и больницы.)*

3) *No sé quién eres. (Я не знаю, кто ты такой.)*

4) *Dámelo y te dejaré ir. (Отдай мне это, и я позволю тебе уйти.)*

5) *Por allá se veían residencias preciosas, pero más cerca de las afueras de la ciudad había chabola. (Вдали виднелись роскошные дома, но ближе к окраине города были трущобы.)*

ИМ-8 – модель многосинтагменной фразы, характерная для 1) повествовательных предложений, содержащих обращение, выделенное в отдельную синтагму, 2) сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, части которых являются достаточно независимыми друг от друга, 3) повествовательных и побудительных предложений, содержащих прямую речь, со словами автора в начале или в конце предложения и 4) повествовательных и побудительных предложений с вводными словами в конце предложения. Первая синтагма в ИМ-8 всегда заканчивается тонемой завершенности, указывая на ее большую самостоятельность. Финальная синтагма также характеризуется нисходящим тоном [Там же: 85].

1) *Señor García, usted ha venido muy temprano para la reunión.* (Сеньор Гарсиа, Вы приехали на встречу слишком рано.)

2) *Ha venido muy temprano, pero puede entrar y esperar aquí.* (Вы приехали слишком рано, но можете войти и подождать здесь.)

3) – *No lo veo – dijo Pablo.* (– Я его не вижу, – сказал Пабло.)

4) *Puedo venir más tarde, si lo quieres.* (Я могу прийти попозже, если хочешь.)

ИМ-9 также является моделью многосинтагменной фразы (не менее трех синтагм). Такой интонационный рисунок имеют 1) предложения с прямой речью, которую прерывают слова автора и 2) предложения с вводными словами посередине. В ИМ-9 первая синтагма заканчивается тонемой третьего или четвертого уровня (незавершенность), вторая, представляя собой вставку, произносится тоном ниже второго уровня, что говорит о ее малой значимости. На третьей синтагме наблюдается падение тона [Там же: 86].

1) *No te entiendo – dijo la chica – No hablo español.* (Я тебя не понимаю, – сказала девочка, – я не говорю по-испански.)

2) *Te diré, si lo necesitas, todo lo que sé.* (Я расскажу, если тебе нужно, все, что знаю.)

ИМ-10 – многосинтагменная модель, которая может расширяться путем добавления аналогичных первой синтагм. ИМ-10 характерна для 1) предложений с полным перечислением (перед последним членом ставится союз *у* (*и*), а также с перечислением с обобщающим словом, 2) предложений, содержащих приложение посередине и 3) сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, составные части которых состоят более чем из двух синтагм. Средняя синтагма заканчивается тонемой незавершенности второго или третьего уровня, конец фразы характеризуется нисходящим тоном [Там же: 87].

1) *Esta anécdota es vieja, buena y interesante.* (Это старая, добрая и интересная история.)

2) *Moscú, la capital de Rusia, es la ciudad muy bonita.* (Москва – столица России – очень красивый город.)

3) *No me escuchas nunca, porque crees que sabes mucho, pero ahora la situación es diferente.* (Ты никогда меня не слушаешь, потому что считаешь себя умнее, но теперь ситуация совсем другая.)

ИМ-11 – многосинтагменная модель, использующаяся при произнесении 1) повествовательных предложений с обособленным определением и обстоятельством, которые часто выражаются придаточным предложением. Данная интонационная модель может реализоваться согласно лексическому наполнению, но средняя синтагма всегда является как бы вставкой в высказывание [Там же: 87].

1) *La ciudad, donde pasaba mi infancia, ha cambiado muchísimo.* (Город, в котором я провела свое детство, сильно изменился.)

Таким образом, ИМ-2 имеет восходящий направление до высшего уровня, а ИМ-1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 характеризуются нисходящим тоном [Абакумова, Величкова, 2009].

Интонация играет важную роль в передаче смысла высказывания и понимании чужой речи. Однако в некоторых случаях человек может утратить способность различать интонационные конструкции. В

следующем параграфе мы подробнее разберем понятие афазии – расстройства речи, при котором способность строить интонационный контур высказывания может быть утеряна.

1.2. Клиника афазий

1.2.1. Понятие афазии

Под афазией понимается своеобразное расстройство уже сформированной речи, которое по своей природе отличается от других нарушений, например логоневрозов или дизартрии. В широком смысле афазия – это расстройство возможности пользоваться речью при различных органических повреждениях головного мозга [Бейн, Овчарова, 1970: 7]. В.М. Шкловский и Т.Г. Визель определяют афазию как следствие инсультов, травм и других локальных повреждений мозга [Шкловский, Визель, 2000]. Л.С. Цветкова дает следующее определение: «Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических повреждениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи» [Цветкова, 1988: 15].

Мы рассматриваем специфику интонационных контуров у пациентов с афазией, а значит должны уделить внимание не только нарушениям в речепроизводстве пациентов, но и трудностям, возникающим у них при восприятии чужой речи. Таким образом, по нашему мнению, определение Л.С. Цветковой отражает специфику нашей работы наиболее точно, ведь в нем говорится о дезинтеграции всей психической сферы пациента. Данное определение мы будем считать ключевым.

Чаще всего причиной афазических расстройств становятся сосудистые заболевания головного мозга, такие как ишемический инсульт, геморрагический инсульт или тромбоз артерий.

Единой общепризнанной классификации видов афазии нет. Существует ряд классификаций, основанных на разных принципах рассмотрения данного вопроса и раскрывающих различные стороны данного заболевания. Рассмотрим некоторые из них ниже.

1.2.2. Классификации афазий

В 1885 году Людвигом Лихтгеймом была создана схема речевых нарушений. Ученый предполагал, что речевые нарушения возникают в результате повреждения речевого центра и нарушения его связи с центром понятий, а также зрительным, слуховым и двигательным анализаторами речи. Карл Вернике подвел под эту схему анатомический субстрат и создал анатомическую номенклатуру синдромов афазических расстройств. Так появилась классическая неврологическая классификация афазий Вернике-Лихтгейма, в основе которой лежит анализ состояния внутренней и отраженной речи [Бейн, Овчарова, 1970: 12].

Согласно классификации Вернике-Лихтгейма, выделяется семь форм афазии: моторно-кортикальная, субкортикальная и транскортикальная, сенсорно-кортикальная, субкортикальная, транскортикальная и проводниковая.

Русские афазиологи в большинстве своем пользуются нейропсихологической классификацией, разработанной Александром Романовичем Лурией в 40-е годы двадцатого века [Лурия, 1947; 1948; 1962; 1966; 1975; 2003]. Согласно данной классификации, выделяется шесть форм афазии: эфферентная моторная афазия или афазия Брока, афферентная моторная афазия, динамическая афазия, семантическая афазия, акустико-гностическая сенсорная афазия или афазия Вернике и акустико-мнестическая афазия. Рассмотрим более подробно каждую из вышеуказанных форм.

Причиной эфферентной моторной афазии или афазии Брока является нарушение двигательного центра речи, вызванное повреждением премоторной церебральной коры головного мозга. У пациентов с данной формой афазии теряются элементы внутренней схемы слова и затруднено нахождение нужных артикуляционных переходов в процессе говорения. Говоря другими словами, пациент с легкостью произносит отдельные «чистые» звуки, но не может собрать их в слова, так как не способен найти артикуляционные варианты, определяющие произношение этих звуков в составе целого слова [Лурия, 1947: 85].

Афферентная моторная афазия возникает при поражении артикуляционной зоны постцентральной извилины. Речь пациентов с афферентной моторной афазией неловкая и медленная, так как они не могут быстро найти нужную позицию языка, губ и т. п., чтобы произнести тот или иной звук. В грубых случаях трудность найти нужные артикуляции настолько резка, что пациент не способен произнести практически ни один звук [Там же: 113].

Акустико-гностическая сенсорная афазия или афазия Вернике вызвана поражением коркового центра слухового анализатора (зоны Вернике). Речь пациентов с данной формой афазии довольно беглая, однако нечленораздельная и малопонятная. Такой симптом обуславливается непониманием или искажением восприятия чужой речи. Человек обычно способен произнести несколько вводных фраз, но его попытки перейти к развернутому высказыванию заканчиваются провалом, так как он не помнит или путается в значениях [Там же: 142].

Возникновение акустико-мнестической афазии обусловлено неполноценностью слухоречевой памяти. При данной форме афазии на долгое время сохраняется понимание чужой речи и способность к письму. Однако пациент не способен удержать в памяти длинную фразу или назвать какой-либо предмет по чужой просьбе, что мешает полноценному речевому мышлению [Там же: 143].

Причиной семантической афазии являются поражения височно-теменно-затылочной зоны. Пациенты с семантической афазией не страдают от затруднений, связанных с чтением и письмом, однако с трудом понимают сложные логико-грамматические конструкции и не могут их употреблять. Такие пациенты с трудом собирают буквы в единое слово, испытывают проблемы со счетом [Там же: 152].

Динамическая афазия возникает при поражении префронтальной лобной коры. При данной форме афазии существенно страдает четкая направленность активности пациента. Мотивы человека становятся нестойкими, целенаправленная деятельность может заменяться произвольными автоматизмами. В речи это проявляется в нежелании говорить и использовании речевых штампов [Там же: 93].

Интересна лингвистическая классификация афазий Р. Якобсона [Якобсон, 1966], работы которого вызвали непосредственный интерес у А.Р. Лурии и других признанных афазиологов. Якобсон внес в афазиологию лингвистический подход. Если до этого ученые описывали моторность или сенсорность типа афазии, то Р. Якобсон уделял внимание фонологической, морфологической и синтаксической структурам языка. В его работах фигурируют термины «селекция» (парадигматические отношения единиц) и «комбинация» (синтагматические отношения единиц).

При нарушении парадигматических отношений в речи появляются литеральные (звуковые) (например, код – год) и вербальные (словесные) (например, кот – собака) парафазии.

При нарушении синтагматических отношений пациент страдает от «телеграфного стиля» – несвязанной речи, для которой характерны отсутствие предлогов, употребление глаголов в инфинитиве, неправильное согласование и т. д.

Якобсон считал, что классические термины «моторная» и «сенсорная» необходимо заменить на термины «кодирование» и «декодирование» соответственно [Якобсон; цит. по: Черниговская, 2001].

Стоит отметить, что «чистые» афазии проявляются довольно редко, чаще всего пациенты страдают от смешения нескольких форм. В данном исследовании мы уделим наибольшее внимание смешанной (комплексной) моторной афазии, так как большинство пациентов, речь которых мы будем анализировать далее, страдают именно от этой формы афазии. Более подробно смешанную (комплексную) форму моторной афазии мы рассмотрим ниже.

1.2.3. Смешанная (комплексная) моторная афазия

Под смешанной или комплексной моторной афазией понимают речевое расстройство, сочетающее в себе элементы эфферентной моторной афазии и афферентной моторной афазии. Для данной формы заболевания характерным является разная степень поражения либо эфферентного, либо афферентного звена [Гнездилова, 2020]. Возникновение комплексных афазий объясняется очаговым поражением смежных речевых зон [Народова и др., 2012].

Как уже было замечено ранее, при эфферентной форме афазии страдает двигательный центр речи, вследствие чего пациент не способен собирать отдельные звуки в слова и «переключаться» с одного звука на другой. Причиной афферентной формы афазии, в свою очередь, являются повреждения артикуляционной зоны, что вызывает нарушения артикуляторных движений органов речи. Пациенты с афферентной формой афазии не могут произносить звуки речи, так как не способны найти нужную артикуляцию.

Одной из основных особенностей комплексной моторной афазии является влияние симптомов афферентной моторной афазии на симптомы

эфферентной: при слиянии двух форм моторных афазий, замедленный выбор артикуляции (симптом афферентной афазии) затормаживает появление персевераций и эхолалий (симптомы эфферентной моторной афазии).

Встречается комплексная моторная афазия разной степени тяжести. Зависит это от степени поражения постцентральных и премоторных речевых отделов коры головного мозга. Степень тяжести при комплексной моторной афазиях зависит не от самого сочетания двух различных форм расстройства, а от степени их выраженности. Например, грубая афферентная моторная афазия с признаками эфферентной моторной афазии не является крайне тяжелым речевым расстройством, так же, как и грубая эфферентная афазия с признаками афферентной моторной афазии [Шохор-Троцкая, 2002: 137].

Стоит отметить, что при комплексной моторной афазии нарушаются все стороны экспрессивной речи: спонтанная, диалогическая, повторная и номинативная. Более того, страдает чтение, письмо, способности к счету [Кадыков, 1998]. В тяжелых случаях моторной афазии при сохранном понимании устной и письменной речи очень редко остается способность к произношению отдельных слов и слогов; пациент при этом осознает свою проблему. Также характерным симптомом является нарушение «внутренней речи» – скрытой вербализации, сопровождающей процесс мышления [Народова и др., 2012].

Повреждение различных отделов головного мозга может отразиться на восприятии и воспроизведении интонационных конструкций, что пагубно влияет на качество коммуникации, затрудняет как понимание чужой речи, так и собственное речепроизводство. Подробнее о специфике интонационных конструкций в норме и при патологии мы поговорим в следующем параграфе.

1.3. Специфика интонационных конструкций в норме и при патологии

1.3.1. Специфика восприятия интонационных конструкций

Говоря о проблеме афазии, важно понимать ключевую роль нейролингвистики в процессе изучения этого заболевания и при последующей реабилитации, так как современный психолингвистический подход к афазии показывает, что многие афазические расстройства обусловлены именно нарушениями восприятия абстрактных лингвистических представлений [Duarte, Varo Varo, 2006].

Восприятие интонации является очень важным аспектом успешной коммуникации, ведь с ее помощью речь говорящего приобретает различные оттенки. Л.Р. Зиндер [Зиндер, 1960] предлагает различать два аспекта в интонации: 1) коммуникативный, так как с помощью интонации мы понимаем, является высказывание законченным или незаконченным, содержит оно вопрос, ответ, побуждение к действию; 2) эмоциональный, так как интонация несет определенную эмоциональную нагрузку, отражающую эмоциональное состояние говорящего, его отношение [Столярова, Фильченко, 2011]. Следовательно, мы можем выделить следующие наиболее распространенные варианты функционирования интонации: аффективная просодика (выражение эмоциональных состояний – удивления, иронии, злости и т.д.), коммуникативная нагрузка (побуждение к действию, запрос информации, просьба, приказ и т.д.), логические ударения, синтагматическое членение высказывания (смысл фразы в таком случае будет зависеть от верного восприятия логической паузы во время речи) и завершенные/незавершенные высказывания [Черниговская, 2017: 273].

Советский и российский учёный в области нейронауки и психолингвистики Т.В. Черниговская в своей книге «Чеширская улыбка кота Шредингера» пишет: «восприятие эмоциональной просодики в

большой степени связано с активацией правополушарных структур» [Там же: 273].

В одной из статей описано исследование, в котором принимали участие две группы испытуемых (шестьдесят здоровых респондентов и сто человек, больных шизофренией). Целью эксперимента являлось выяснение специфики полушарной асимметрии восприятия интонаций в норме и при шизофрении.

В ходе исследования было обнаружено, что при предъявлении эмоциональных реакций, законченных/незаконченных высказываний на левое ухо, они воспринимаются и интерпретируются быстрее. Это свидетельствует об обработке таких стимулов правым полушарием головного мозга. А логические ударения, напротив, воспринимаются и интерпретируются успешнее при предъявлении на правое ухо. Следовательно, эти стимулы обрабатываются левым полушарием головного мозга [Там же: 278].

Восприятие интонации у пациентов с афазией в большей степени зависит от локализации очага поражения головного мозга. Нередко интонация, мелодика, ритм и акцентуация остаются полностью сохранными. Это характерно для форм афазии, возникающих при поражении задней речевой зоны (эфферентная моторная, сенсорная, акустико-мнестическая, семантическая формы афазии). При формах афазии, поражающих переднюю речевую зону (эфферентная моторная и динамическая формы афазии) страдает как раз таки декодирование сообщения. Это определяется расположением особые центры восприятия интонации в головном мозге. Например, нарушение восприятия интонации является одним из признаков эфферентной моторной афазии, так как при данной форме заболевания поражаются нижние отделы премоторной области левого полушария головного мозга [Михальчи, Михальчи, 2017].

Отечественный афазиолог А.Р. Лурия установил, что при эфферентной моторной афазии «нарушения в декодировании связного

высказывания выступают именно в анализе связного высказывания, в правильной оценке синтаксических согласований, включенных в это высказывание, в оценке его просодического (интонационно-мелодического) строения и, в конечном счете, проявляются в отчетливом нарушении того «чувства языка», которое и является результатом усвоения и активного использования развернутых, связных высказываний» [Лурия, 2002: 354].

В одном из проведенных исследований было выяснено, что пациенты с эфферентной моторной афазией различают просодические контуры высказываний хуже, чем простые акустические сигналы, а интонационные конструкции хуже, чем ударения на фразовом уровне [Rohrer et al., 2012].

У пациентов с семантической афазией, напротив, сохраняется процесс активной работы с декодированием сообщения. Испытывая сложность с пониманием сложных лексико-грамматических конструкций, такие пациенты опираются на интонационно-мелодическую организацию высказывания и значение отдельных лексических элементов [Лурия, 2002: 338].

Таким образом, восприятие просодической стороны речи может одновременно являться и сложным препятствием, и ключевой подсказкой на пути к пониманию смысла высказывания у пациентов с разными формами афазии.

1.3.2. Специфика воспроизведения интонационных конструкций

Любое высказывание состоит из объективного содержания и субъективного (аффективного) отношения к данному содержанию, т.е. в процессе коммуникации помимо передачи значения, существует передача смысла.

Так как между словами, словосочетаниями, высказываниями может существовать большое количество связей, говорящий (субъект) должен

ограничить их, выбрав самые, на его взгляд, значимые и уместные в данной ситуации. Иными словами, говорящий должен придать речевому высказыванию тот или иной смысл.

Выбор определенных значений и ограничение связей существует при придании смысла речевым высказываниям, состоящим как из одного слова, так и из целого предложения. Смысл речевого высказывания определяется контекстом и выражается в различных интонациях, правильном распределении логических пауз [Лурия, 2002: 109].

Особый научный интерес для специалистов представляют вопросы интонационного членения при воспроизведении письменных текстов. Среди них – понимание того, какие психолингвистические механизмы лежат в основе интонационного декодирования письменных текстов.

В данном случае важна роль пунктуации внутри текста. Знаки препинания являются графической опорой, служащей для упрощения сегментации текста на интонационные единицы (синтагмы). Также, при воспроизведении письменных предложений со сложной семантической структурой, особую роль играет зрительное восприятие. Боковое зрение позволяет читающему опираться одновременно на левый и правый контекст, что обеспечивает доступ к большему объему информации. Это, в свою очередь, дает читающему восприятие того, насколько объем фрагмента воспроизводимой речи, и когда можно будет выразить смысловую завершенность данного фрагмента интонационными средствами [Пиотровская, 2016].

Принципиально важным является положение о том, что при синтагматическом членении текста особую роль играет понимание смысла высказывания, поэтому разные дикторы могут реализовать один и тот же текст по-разному. Из этого следует, что особую роль при просодическом оформлении письменных текстов играет уровень глубины восприятия, объем читательского опыта и различные индивидуальные особенности [Пиотровская, 2017].

Российский филолог Лариса Александровна Пиотровская выделяет три основных стратегии чтения, которые различает между собой глубиной восприятия смысла и, как следствие, просодическим оформлением.

Первая стратегия – стратегия безразличия. Характеристиками данной стратегии чтения является следующее:

- быстрый темп речи;
- отсутствие паузы как маркера межсинтагменной границы (обусловлено скоростью темпа);
- наличие большого количества оговорок;
- суженный диапазон, который проявляется в неглубоком понижении тона в синтагмах ИК-1 и свидетельствует о невозможности членения диктором текста на синтагмы большие, чем предложения, и, как следствие, об отсутствии смысловой организации текста;
- неуместное понижение тона (ИК-1) в синтагмах, которые не могут рассматриваться как завершённые по смыслу;
- монотонное интонационное оформление;
- отсутствие маркированного понижения тона (ИК-2а), с помощью которого может даваться эмоциональная оценка;
- преобладание автоматизированных синтагматических ударений.

Для второй стратегии – стратегии делового чтения характерны следующие черты:

- средний или замедленный темп, который с помощью бокового зрения позволяет диктору просмотреть следующую часть текста и провести смысловое прогнозирование;
- пауза как маркер межсинтагменной границы наблюдается при просодическом оформлении половины синтагм текста;
- минимальное количество оговорок;
- средний диапазон;

- понижение тона используется либо в синтагмах, занимающих позицию абсолютного конца высказывания, либо в синтагмах в середине высказывания, на месте максимально слабых синтаксических связей;
- разнообразное интонационное оформление;
- в части неконечных синтагм используется нисходяще-восходящий тон, подчеркивающий официальный характер;
- маркированное понижение тона (ИК-2а) используется в синтагмах для сравнения/противопоставления;
- наличие двувершинных синтагм;
- присутствие логического и/или акцентного ударения.

Третья стратегия называется стратегией личностной оценки и обладает следующими характеристиками:

- наличие оговорок, замечаемых и затем исправляемых диктором;
- разнообразие типов ИК, используемых как в конечных, так и в неконечных синтагмах;
- преобладание эмоционально маркированного, а не эмоционально нейтрального тона в конечных синтагмах;
- доминирование в неконечных синтагмах резкого восходяще-нисходящего тона, что является отличительной чертой живого непринужденного общения;
- убыстренный общий темп речи;
- небольшое количество синтагм, включающих больше трех-четырёх фонетических слов;
- наличие эмфатического (иногда немотивированного) ударения;
- широкий диапазон, обусловленный эмоциональной вовлеченностью.

Пациенты с афазией, как и носители языка без патологий, используют в процессе коммуникации механизмы придания высказыванию смысла, поэтому можно говорить о полной или частичной сохранности речеобразования. Однако установлено, что в большей степени они

пользуются интонационными конструкциями или жестами, в меньшей – мимикой. Это указывает на то, что интонация и жесты могут быть наиболее важными смыслообразующими ресурсами, поэтому могут быть использованы в терапии [Groenewold, Armstrong, 2019].

Например, эфферентная моторная афазия, которая часто является последствием инсульта, характеризуется нарушениями речи, но полностью сохранной способностью к пению. Этот удивительный факт вдохновил некоторых исследователей на создание одной из самых обсуждаемых практик – музыкальной терапии [Al-Shdifat, Sarsak, Ghareeb, 2018]. Однако исследования не подтверждают положительного влияния данной терапии на речь пациентов с афазией. Несмотря на то, что вариация частот спетых или произнесенных фраз оказывает положительное влияние на речепроизводство, улучшения артикуляции или воспроизведения интонации замечено не было [Stahl et al., 2011].

В одном из других исследований отмечено, что музыкальная терапия улучшала речь пациентов с течением времени. Однако у пациентов, страдающих афазией тяжелой степени, этот положительный эффект не оставался стабильным [Haro-Martínez, 2019].

Таким образом, анализ литературы показал, что пациенты с афазией могут иметь трудности как с восприятием интонационных конструкций в чужой речи, так и с произведением интонации в собственной речи. Данные нарушения зависят от локализации очага поражения в головном мозге.

1.3.3. Особенности тема-рематического членения

Тема-рематическое членение является одним из средств, позволяющих достичь коммуникативной значимости предложения. Как следствие, появляется возможность организовывать предложения и объединять их в более крупные единицы [Фахертдинова, 2010].

Исходным пунктом сообщения является что-то известное или «данное», о котором в ходе коммуникации узнается что-то «новое». Основа коммуникации заключается в сочетании неизвестного и нового [Крушельницкая, 1956].

Таким образом, тема – это основной пункт коммуникации. Она вносит в предложение уже известную информацию. Рема, в свою очередь, является ядром коммуникации, сообщая новую информацию [Пирогова; цит. по: Мжельских, 2018].

При этом рема конструирует речевой акт, а тема служит для связи предложений между собой и с экстралингвистической реальностью [Янко, 1999].

Говоря о просодическом критерии тема-рематического членения, следует отметить, что для рематических участков высказывания характерна большая просодическая выделенность по сравнению с тематическими [Пирогова; цит. по: Мжельских, 2018].

Эта выделенность выражается в характерном повышении тона на границе тематического и рематического участков.

Более того говорящие часто используют особую паузацию на границе темы и ремы. И хотя согласно правилам пунктуации русского языка в письменной речи запятая на границе темы и ремы не ставится, в устной речи она отчетливо отмечена с помощью характерной паузы [Ковтунова, 2002: 51].

Таким образом, закономерно говорить о том, что речь носителей русского языка без патологий характеризуется паузой и повышением тона на рематическом участке высказывания.

К нарушениям при тема-рематическом членении предложений у пациентов, страдающих афазией, ведет поражение особых зон головного мозга.

Благодаря данным, полученным в ходе проведения теста Вады, помогающего выявить ведущее по речи полушарие головного мозга, было установлено, что более чем у 95% всех праворуких людей речевые функции

закреплены в основном за левым полушарием. У большей части левшей (около 70%) речевые центры так же находятся в левом полушарии. У оставшихся 30% у половины речь контролируется правым полушарием, а у другой половины – обоими [Блум, Лейзерсон, Хофстедтер, 1985: 179].

В настоящее время афазиологи закрепляют за каждым полушарием головного мозга следующие функции:

Таблица 1. Распределение речевых функций между полушариями

ГОЛОВНОГО МОЗГА

Левое полушарие	Правое полушарие
классификация слов	восприятие просодических элементов, связанных с актуальным членением предложения
восприятие абстрактных понятий	опознание конкретной лексики
кодирование и декодирование звуковой речи	воспроизводство в речи готовых форм слов в качестве целостных неделимых единиц,
морфологическое членение слов	наполнение высказывания смыслом и содержанием
актуализация валентностей слова	
словоизменение, словообразование	
сложные синтаксические построения	
структурированность, концептуальность и упорядоченность	
использование лексики, участвующей в формировании грамматических конструкций (местоимения, вспомогательные глаголы, определенные глагольные формы)	

Таким образом, при поражении правого полушария восприятие речи становится формальным, а смысла – дефектным, так как человек уже не в состоянии выделить актуальную важную информацию, содержащуюся в высказывании [Горошко, 2005].

Именно вследствие поражения зон правого полушария может ухудшаться опознание и восприятие фонетических характеристик речи, просодических компонентов высказываний. Например, может страдать распознавание женских и мужских голосов, голосов знакомых людей, интонационных конструкций. Пациенты утрачивают возможность понимать

коммуникативный замысел – смысл высказывания и интенцию говорящего с ними – тема-рематическое членение предложения становится невозможным.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

1. Интонация – сложный феномен, действующий на все уровни не только языкового механизма человека, но и его когнитивной системы. Вслед за М.В. Гординой, в данной работе мы будем понимать под интонацией совокупность некоторых фонетических признаков, таких как мелодика, интенсивность, темп, тембр и пауза, которые характеризуют звучащую речь.

2. Интонация завершает, оформляет и категоризирует высказывания. С помощью интонации говорящий демонстрирует тип высказывания и передает его смысл. Согласно этому критерию, в русском языке существуют различные классификации типов интонационных конструкций. Согласно классификации Е.А. Брызгуновой, которая находится в фокусе нашего интереса в данной работе, выделяется 7 интонационных конструкций (ИК). Главный критерий выделения типов интонационных конструкций – способность говорящего различать смысл звучащих предложений: ИК-1 используется для выражения завершенности в повествовательных предложениях, ИК-2 используется для обозначения вопроса в вопросительных предложениях с вопросительным словом, ИК-3 используется для выражения вопроса в предложениях без вопросительного слова, ИК-4 используется для обозначения вопроса в неполных вопросительных предложениях с союзом “а”, ИК-5 используется для выражения восхищения в предложениях с местоименными словами, ИК-6 используется для эмоционального выражения недоумения или оценки, ИК-7 используется для выражения эмоционального отрицания.

3. В испанском языке, согласно классификации М.А. Баршак, выделяется 11 интонационных моделей, которые помогают передавать смысл высказываний и упрощают понимание чужой речи. ИМ-2 характеризуется восходящим тоном на конце высказывания, а ИМ-1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 – нисходящим.

4. Тема-рематическое членение высказывания в устной речи так же происходит с помощью интонационного оформления – характерного повышения тона на границе тематического и рематического участков и ярко выраженной паузацией. Это позволяет вычленять новую и старую информацию.

5. В зависимости от просодического оформления русском языке выделяют три стратегии чтения письменных текстов: стратегию безразличия, стратегию делового чтения и стратегию личностной оценки. Для каждой из стратегий характерно свое особое просодическое оформление.

6. Афазия – сложное системное нарушение речевой и когнитивной деятельности. Проведенный анализ литературы по нейролингвистике показал, что для целей нашего исследования в наибольшей степени релевантно определение Л.С. Цветковой. «Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических повреждениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи». Данное определение точнее других отражает специфику нашей работы, так как в нем упоминается проблема дезинтеграции всей психической сферы пациента с афазией.

7. Существует несколько классификаций видов афазии, однако одной общепризнанной на данный момент нет. В России наибольшей популярностью пользуется нейропсихологическая классификация А.Р. Лурии. Согласно этой классификации, выделяется шесть видов афазии: эфферентная моторная афазия, афферентная моторная афазия, динамическая афазия, семантическая афазия, акустико-гностическая сенсорная афазия и акустико-мнестическая афазия.

8. Помимо «чистых» афазий существуют так же комплексные формы, представляющие собой смешение нескольких видов афазии.

Именно они будут находиться в фокусе нашего интереса в практической главе, поскольку большинство пациентов в нашей выборке – именно с таким диагнозом.

9. Восприятие и воспроизведение интонации являются важными аспектами в процессе коммуникации, ведь с их помощью речи придаются особые оттенки, упрощающие понимание смысла высказываний и интенций говорящего. У пациентов с афазией процесс восприятия и воспроизведения интонации нередко бывает нарушен. Некоторые пациенты не могут уловить смысл высказывания, так как от них ускользает интонация, несущая эмоциональную и коммуникативную нагрузку, другие, напротив, не могут с помощью интонации выразить свою мысль, отношение к чему-либо, эмоции, их речь кажется монотонной и безжизненной.

ГЛАВА 2. СПЕЦИФИКА ИНТОНАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ В РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С АФАЗИЕЙ

2.1. Особенности интонационных контуров различных типов высказываний в речи русскоязычных пациентов с афазией

В ходе исследования будет проанализирована речь пациентов с диагнозом комплексная моторная афазия средней степени тяжести и речь носителей русского языка без патологий. Анализ речевых фрагментов будет осуществляться в компьютерном программном пакете для анализа фонетики Praat. Преимущественно работа будет заключаться в анализе тонограмм, демонстрирующих изменения интенсивности звука в децибелах. Это позволит нам пронаблюдать выстраивание опрошенными интонационных контуров высказываний и проследить за повышениями и понижениями тона на разных участках высказывания. После завершения данного этапа мы сравним тонограммы высказываний пациентов с афазией и людей без патологии между собой, а также с описанными Е.А. Брызгуновой эталонными характеристиками, присущими каждой из интонационных конструкций.

2.1.1. Утвердительные высказывания

Согласно работе российского лингвиста Е.А. Брызгуновой, для выражения завершенности в повествовательных предложениях тон на ударной части понижается ниже среднего.

На основе анализа речи пациентов, страдающих афазией, нами было выдвинуто предположение о том, что такая закономерность речи выражается у них в процессе произнесения не так ярко, как у людей без патологий.

Чтобы подтвердить нашу гипотезу, ниже мы проанализируем запись речи пациента, страдающего комплексной моторной афазией, и сравним его интонацию с интонацией трех носителей русского языка без патологий.

Для работы мы решили взять речь пациента Ш-ва А.М. (мужчина, 1957 г.р.), запись речи которого была сделана логопедом в течение занятия, направленного на восстановление экспрессивной речи в отделении восстановления высших психических функций ФСНКЦ ФМБА России. В рамках занятия пациент рассказывал специалисту о своей семье. В определенный момент он решил закончить свою речь утвердительным предложением «И все, наверное», которое имело характерное эмоциональное выражение извинения.

Если мы посмотрим на представленную ниже интонационную конструкцию данного высказывания, то увидим, что интонация пациента соответствует характеристикам, указанным Е.А. Брызгуновой, о которых мы упомянули выше.

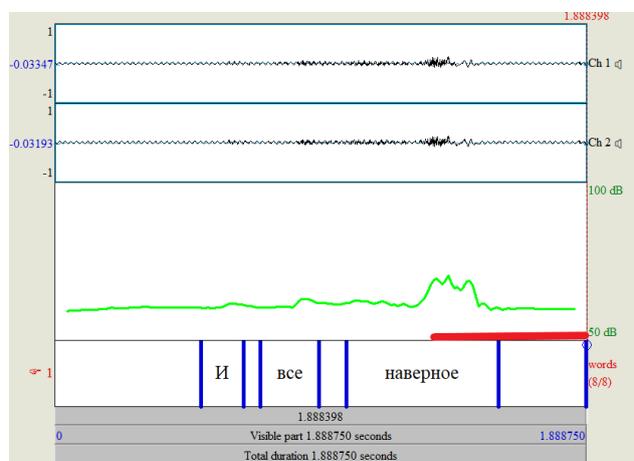


Рисунок 1. Анализ речи пациента Ш-ва А.М.

Логическим центром данного высказывания является слово «*наверное*». На тонограмме мы можем видеть, как на ударном слоге этого слова тон начинает опускаться, придавая фразе оттенок логической завершенности.

Теперь сравним интонацию, которую использует пациент с комплексной моторной афазией, с интонацией носителей русского языка без патологий.

Чтобы подтверждать или опровергать наши гипотезы относительно речи пациентов с афазией, была проанализирована запись речи трех носителей русского языка без патологий, которые повторяли фразы, произнесенные пациентами. Мы намеренно проанализировали речь женщины и двух мужчин разного возраста, чтобы получить наиболее достоверные результаты.

Первый испытуемый – О-ва Е.В. – студентка отделения иностранных языков ИФиЯК СФУ, родной язык – русский, учебный билингв, 2000 г.р. Запись была сделана на мобильный телефон в домашних условиях.

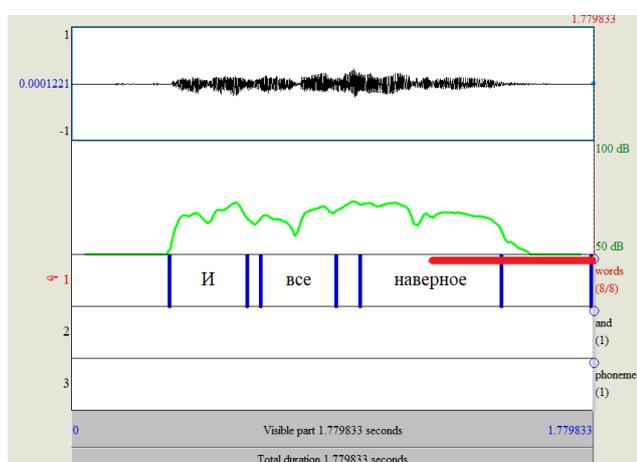


Рисунок 2. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Интонационная конструкция на данной тонограмме также полностью соответствует характеристикам, описанным Е.А. Брызгуновой. Тон высказывания начинает плавно понижаться после ударной части.

Второй испытуемый – У-в Т.А. – студент отделения иностранных языков ИФиЯК СФУ, родной язык – русский, учебный билингв, 2000 г.р. Запись была сделана на мобильный телефон в домашних условиях.

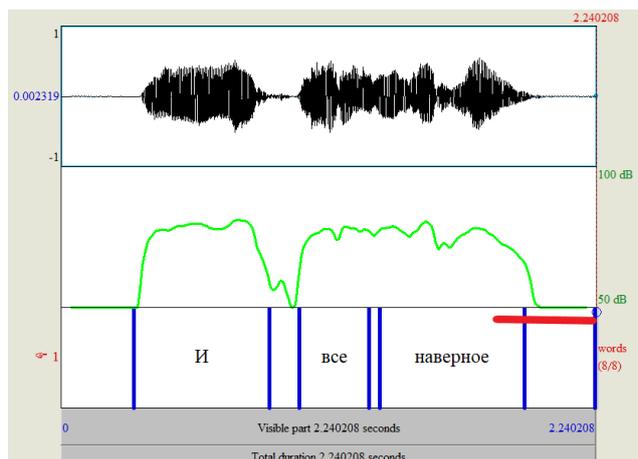


Рисунок 3. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

Данная тонограмма также соответствует эталонным характеристикам интонационной конструкции утвердительного предложения. Однако, судя по резким переходам тона, данное высказывание воспринимается как более резкое и динамичное, по сравнению с высказыванием О-вой Е.В.

Третий испытуемый – Ч-в Д.Р. – печатник плоской печати, родной язык – русский, монолингв, 1971 г.р. Запись была сделана на мобильный телефон в домашних условиях.

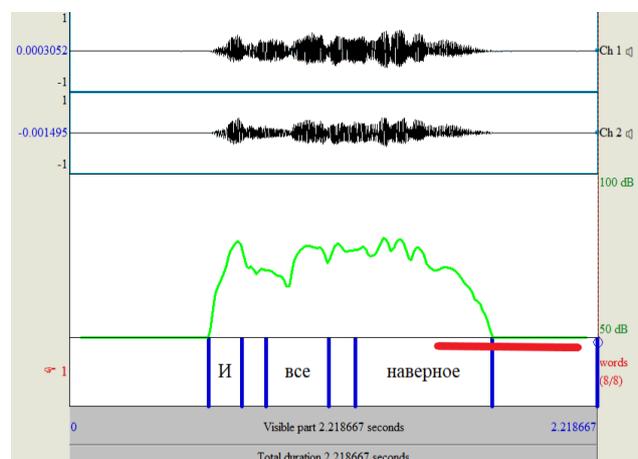


Рисунок 4. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

Данная тонограмма также демонстрирует характеристики, описанные Е.А. Брызгуновой. Тон на заударной части высказывания резко падает, давая слушающему понять, что мысль закончена.

Таким образом, мы можем говорить о том, что в утвердительных предложениях с яркой эмоциональной окраской интонация у пациентов с афазией не отличается от интонации носителей русского языка без патологий.

Однако заметно, что в речи людей, не страдающих афазией, более отчетливо видны повышения и понижения тона на предупредных и ударных слогах соответственно.

Теперь проанализируем утвердительное предложение с нейтральной эмоциональной окраской в речи пациента Ч-ва В.И. (мужчина, 1956 г.р.), так же страдающего комплексной моторной афазией.

Запись диалога с данным пациентом была сделана логопедом в течение занятия, направленного на восстановление экспрессивной речи в отделении восстановления высших психических функций ФСНКЦ ФМБА России. В рамках занятия логопед задавал пациенту вопросы о семье. Пациенту было трудно вспомнить имена своих сыновей, вследствие чего между ним и логопедом произошел следующий диалог:

Логопед: «Первого сына зовут Дима?»

Пациент: «Да, воспитал. Я же назвал его...»

Реплика пациента является утвердительным предложением, однако если мы посмотрим на упомянутую выше интонационную конструкцию высказывания, то увидим, что она не совсем соответствует данным Е.А. Брызгуновой характеристикам, так как выраженного понижения тона на ударной части (слово «назвал») в предложении нет.

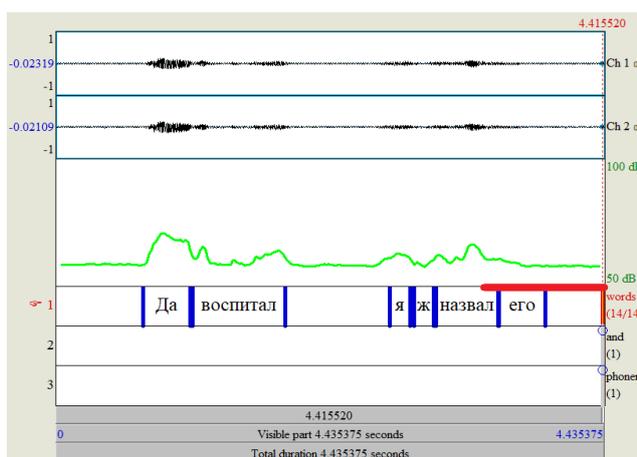


Рисунок 5. Анализ речи пациента Ч-ва В. И.

На данной тонограмме мы не наблюдаем выраженного падения тона. Такое нарушение интонационного контура высказывания в реальной жизни

может привести к ощущению слушающим недосказанности, так как логическая завершенность мысли не выражена интонационно.

Теперь сравним интонационные конструкции в речи пациента с интонационными конструкциями в речи вышеупомянутых носителей русского языка без патологий.

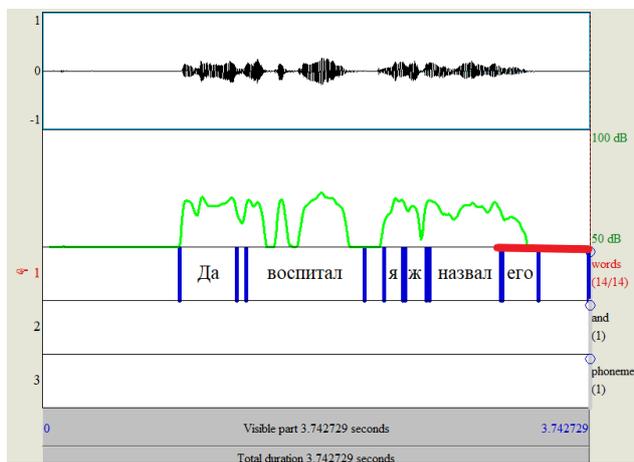


Рисунок 6. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Интонационный контур данного высказывания в полной мере соответствует эталонным интонационным характеристикам, так как мы можем наблюдать отчетливое понижение тона после произнесения опрошенной ударного слога.

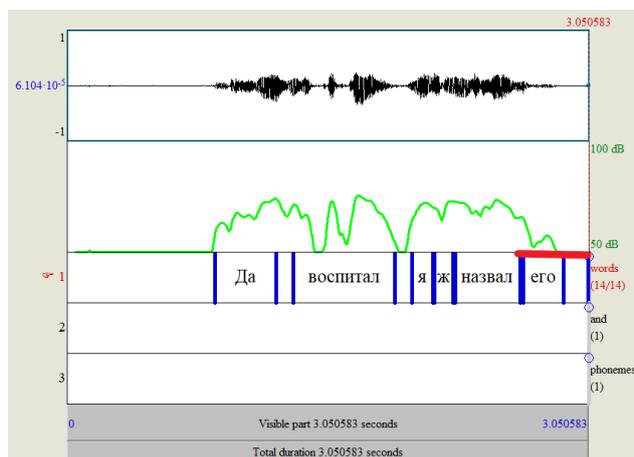


Рисунок 7. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

Данная тонограмма также демонстрирует интонационную норму при произнесении утвердительного предложения. Тон на заударной части падает ниже среднего.

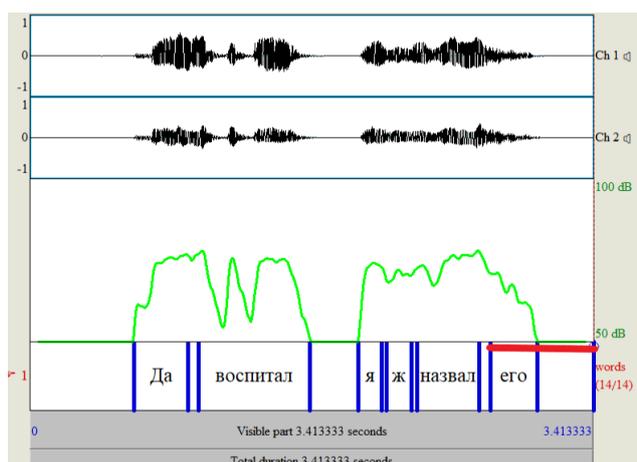


Рисунок 8. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

Речь третьего опрошенного без патологий тоже соответствует упомянутым нами ранее характеристикам ИК-1. Логическая завершенность мысли также достигается путем понижения тона на заударной части.

Как мы можем видеть по представленным визуализированным интонационным конструкциям, в речи носителей русского языка без патологий тон на ударной части высказывания понижается ниже среднего, а у пациента с афазией это не выражено в должной мере.

Более того, так же, как и в первом случае, отчетливо видны повышения и понижения тона в речи носителей русского языка без патологий, в то время как тон пациента с афазией не такой динамичный.

Таким образом, закономерно говорить о том, что интонация в утвердительных предложениях с нейтральной эмоциональной окраской у пациентов с афазией не соответствует в полной мере существующим в русском языке интонационным нормам.

Таким образом, для интонационных контуров утвердительных высказываний в речи пациентов со средней формой комплексной моторной афазии характерны легкие нарушения, проявляющиеся преимущественно при произнесении утвердительных предложений с нейтральной эмоциональной окраской. Графические диаграммы показывают, что в речи людей без патологий присутствуют отчетливые повышения и понижения тона на протяжении всего времени произнесения фразы. У пациентов с афазией это выражено более слабо.

2.1.2. Побудительные высказывания

После проведенных исследований мы решили выяснить, подтвердятся ли наша гипотеза при анализе не только утвердительных, но и других типов высказываний.

Для анализа мы вновь обратились к записи речи вышеупомянутого пациента Ч-ва В.И. В ходе разговора с логопедом пациент очень долго не мог подобрать нужные слова, чтобы выразить свою мысль, вследствие чего обратился к специалисту с фразой «Ну помоги!», характеризующейся как побуждение к действию.

Согласно классификации Е.А. Брызгуновой, для выражения восклицания, обращения или требования используется ИК-2 или ИК-2а, в случае, когда повышение тона выражено особенно ярко. Предударная часть высказывания при такой конструкции характеризуется средним тоном с возможным незначительным повышением. Ударная часть произносится с повышением тона и усилением словесного ударения. Заударная часть характеризуется понижением тона ниже среднего.

Обратимся к интонационному контуру высказывания пациента с афазией.

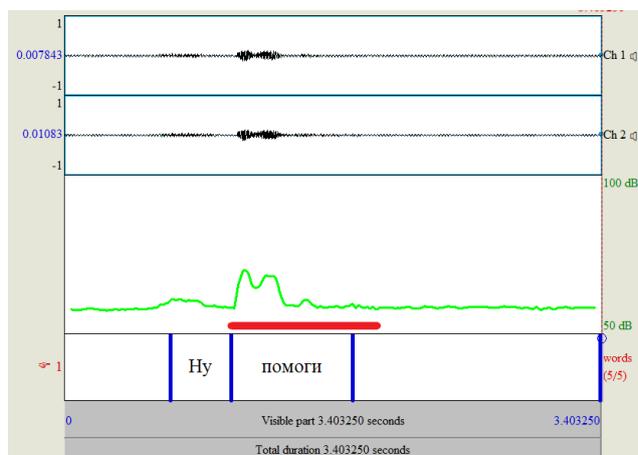


Рисунок 9. Анализ речи пациента Ч-ва В.И.

Как мы можем видеть, при данном типе высказывания интонация пациента соответствует описанным Е.А. Брызгуновой характеристикам,

которые мы упомянули выше. Мы наблюдаем повышение тона на ударном слове «помоги» и его спад к концу фразы.

Теперь мы снова обратимся к данным, полученным при опросе трех носителей русского языка без патологий, на интонационные конструкции высказываний которых мы опирались ранее, чтобы наглядно увидеть, как выглядит интонация в побудительных предложениях у людей без патологий.

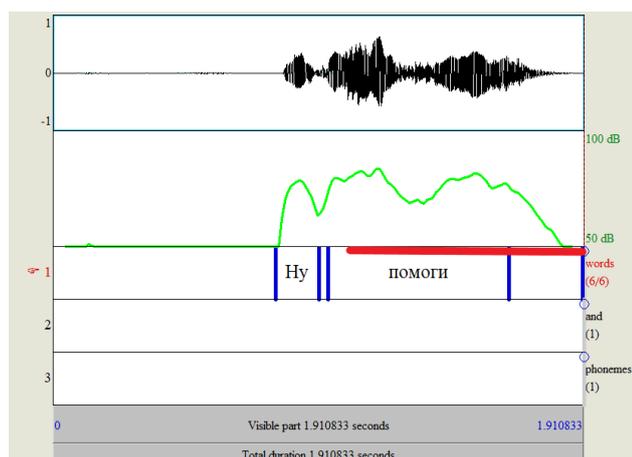


Рисунок 10. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Данная тонограмма демонстрирует полное соответствие с упомянутыми выше эталонными характеристиками. Мы наблюдаем незначительное повышение тона на заударной части «ну» и его пик на ударной части «помоги».

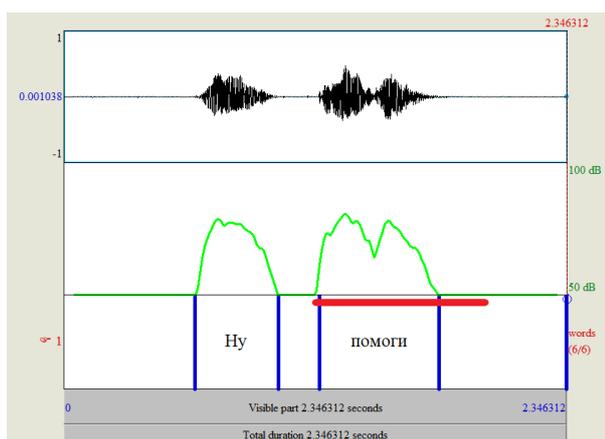


Рисунок 11. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

Данная тонограмма показывает более динамичное звучание, однако также соответствует описанным интонационным характеристикам. Между предударной и ударной частью мы наблюдаем логическую паузацию, пик повышения тона также приходится на ударную часть.

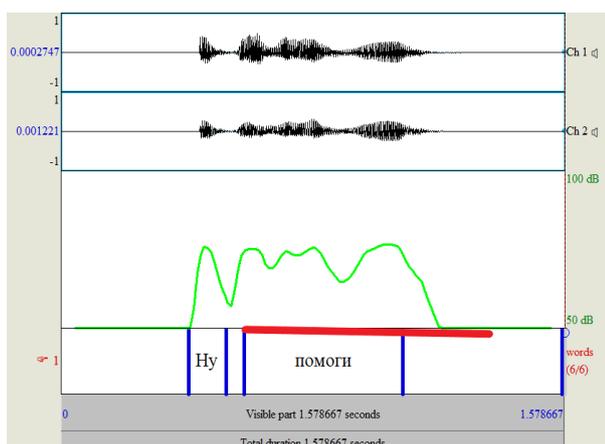


Рисунок 12. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

Интонационная конструкция данного высказывания также соответствует описанной норме. Резкое варьирование тона обуславливает его эмоциональность и экспрессивность.

Таким образом, в данном случае интонация людей без патологий так же полностью соответствует описанию Е.А. Брызгуновой.

Исходя из полученных нами данных, можно сделать вывод о том, что интонация при выражении требования у пациентов с комплексной моторной афазией сохранена в должной мере и не отличается от интонации в речи носителей русского языка без патологий.

Согласно нашей гипотезе, полная сохранность интонационных контуров побудительных высказываний обуславливается тем, что для пациентов высказывания данного типа наиболее актуальны – они стремятся наиболее точно выразить свою просьбу/приказ, чтобы обязательно получить желаемое.

2.1.3. Вопросительные высказывания

В рамках нашего исследования мы также проанализировали интонационные конструкции вопросительных предложений в речи пациентов с афазией. Было решено проанализировать три основных типа вопросов: вопросительные предложения с вопросительными словами (специальные

вопросы), вопросительные предложения без вопросительных слов (общие вопросы) и неполные вопросительные предложения с союзом «а».

Согласно классификации Е.А. Брызгуновой, специальные вопросы, общие вопросы и неполные вопросы с союзом «а» в русском языке произносятся согласно ИК-2, ИК-3 и ИК-4, соответственно.

Таким образом, при произнесении вопросительного предложения с вопросительным словом интонация повышается на ударной части в месте логического ударения (в специальных вопросах, как правило, местом логического ударения является слово, уточняющее предикат вопроса (запрашиваемой информации) и понижается на заударной части.

ИК-3 так же характеризуется повышением тона на ударной части для расставления логических ударений. На заударной части повышение тона, напротив, не допустимо, так как это нарушает смысл высказывания.

В неполных вопросах с союзом «а» заударная часть произносится с повышением тона, в то время как предударная и ударная части характеризуются ровным тоном.

Чтобы определить особенности произнесения вопросительных предложений с вопросительными словами в речи пациентов с афазией, мы проанализировали речь пациента Ф-ва В.Е (мужчина, 1952 г.р.). В рамках занятия пациенту было предложено рассказать о себе. В ходе разговора пациент рассказал, на его взгляд, все, что было нужно, и спросил: «Что еще говорить?»

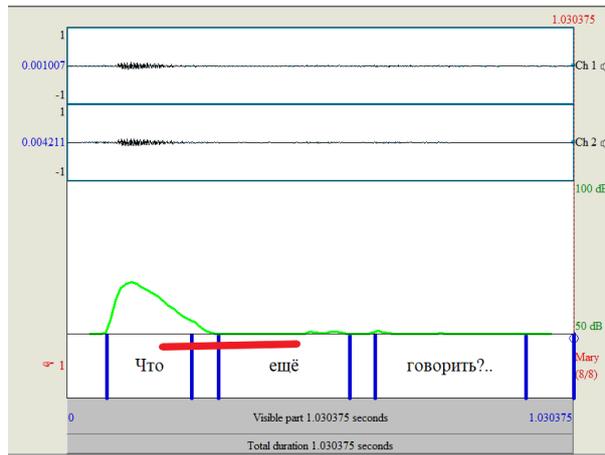


Рисунок 13. Анализ речи пациента Ф-ва В.Е.

Как мы можем видеть, вопрос пациента лишен логического ударения и повышения тона на ударной части (слово «ещё»). Повышение интонации наблюдается на предупредной части, в то время как оставшаяся часть предложения произносится ровным тоном.

Теперь сравним интонационный контур высказывания пациента с афазией с интонационными контурами высказываний носителей русского языка без патологий.

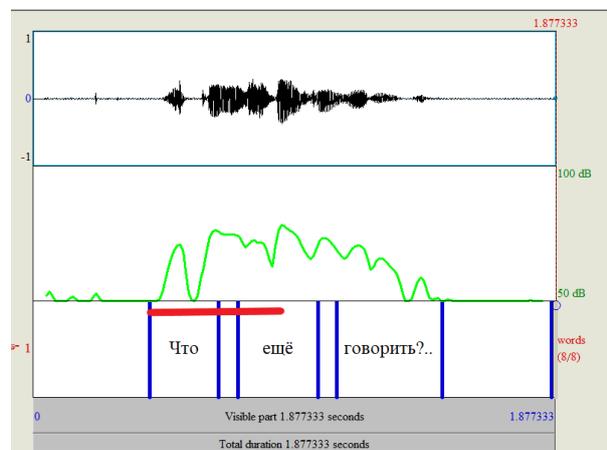


Рисунок 14. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Данная тонограмма в полной мере соответствует характеристикам Е.А. Брызгуновой. Пик повышения тона приходится на уточняющее слово.

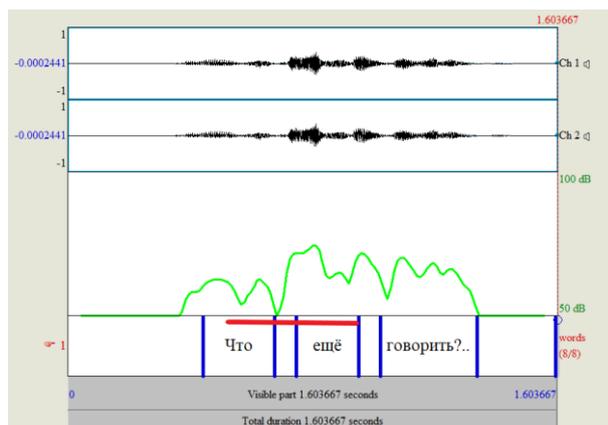


Рисунок 15. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

Интонационная конструкция данного высказывания тоже соответствует норме, наибольшей интонационной выделенностью также обладает слово «еще», уточняющее предикат вопроса.

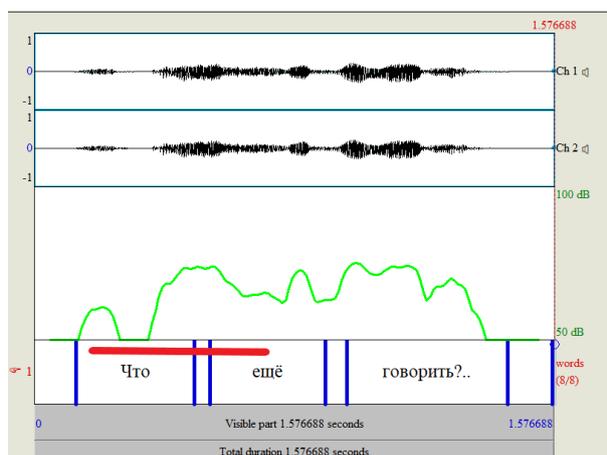


Рисунок 16. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

Тонограмма высказывания третьего опрошенного демонстрирует соответствие с нормой. Тон повышается на ударной части и сохраняется ровным до середины заударной части, что свидетельствует о яркой эмоциональной окраске.

Как мы можем видеть, в интонационном контуре каждого из опрошенных наблюдается характерное логическое повышение тона на ударной части высказывания.

При анализе интонационных контуров общих вопросов примером послужил монолог пациента П-ва Н.И. (мужчина, 1965 г.р.) В рамках занятия мужчине предлагалось прочитать рассказ А.П. Чехова «На гвозде». В произведении присутствовал следующий фрагмент: «На стене торчал

большой гвоздь, а на гвозде висела новая фуражка с сияющим козырьком и кокардой. Чиновники поглядели друг на друга и побледнели. – Это его фуражка! – прошептали они. – Он... здесь!?!» Вопрос «Он здесь» является вопросом без вопросительного слова.

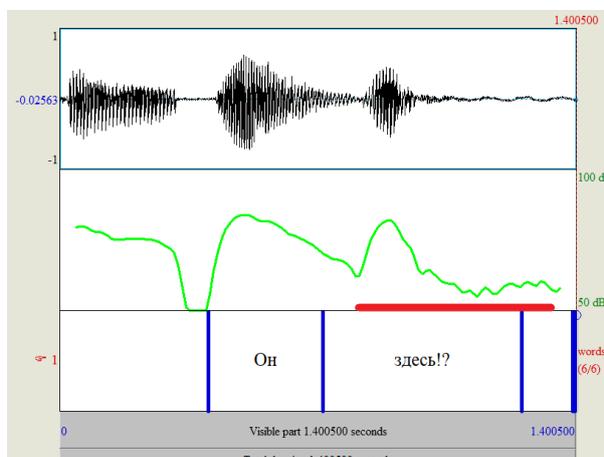


Рисунок 17. Анализ речи пациента П-ва Н.И.

Для интонационного оформления вопросов без вопросительных слов характерен более высокий тон при произнесении ударной части по сравнению с предударной частью. Это особенность ИК-3, согласно работам Е.А. Брызгуновой. В речи пациента тон на ударной части, напротив, не повышается по сравнению с предударной частью, что превращает вопрос без вопросительного слова (ИК-3) «Он... здесь!?» в утвердительное предложение (ИК-1) «Он здесь».

Теперь обратимся к данным, полученным при опросе носителей русского языка без патологий.

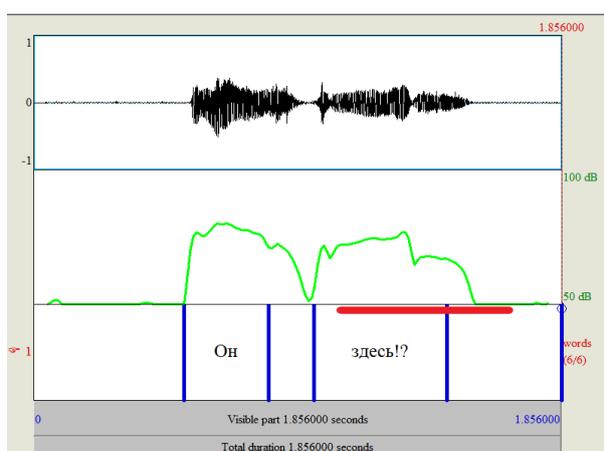


Рисунок 18. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Мы можем видеть, что на данной тонограмме тон повышается на ударной части. С помощью логического ударения показывается цель высказывания – запрос информации.

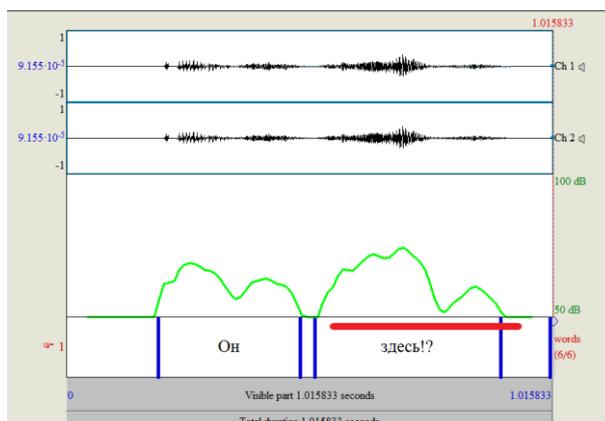


Рисунок 19. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

Данная интонационная конструкция также соответствует норме, небольшая паузация перед ударной частью способствует акцентированию на прагматически важной части высказывания.

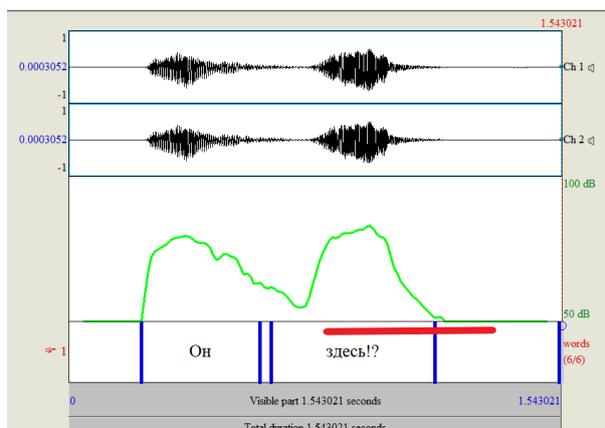


Рисунок 20. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

На данной тонограмме мы также наблюдаем характерное повышение тона на ударном слоге ударной части.

В отличие от интонации пациента с афазией, интонация носителей русского языка без патологий, согласно интонационным контурам, стабильно удерживается во время произнесения ударной части, спадая непосредственно в конце высказывания.

В рамках анализа интонации при произнесении неполных вопросительных предложений с союзом «а» была рассмотрена речь пациента

Ч-ва В.И., также проходящего реабилитацию в медицинском центре. В ходе занятия с врачом он рассказывал о себе и своей жизни и, пытаясь понять, что еще ему нужно рассказать логопеду, задал вопрос «Ну а что еще?»

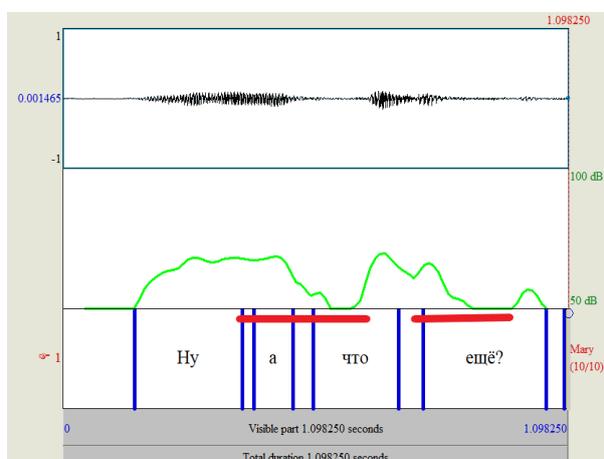


Рисунок 21. Анализ речи пациента Ч-ва В.И.

Как мы можем видеть, данная конструкция не в полной мере соответствует данным Е.А. Брызгуновой характеристикам. Мы наблюдаем относительно ровный тон на предударной части и его незначительное повышение на ударной и заударной частях.

Теперь вновь сравним полученный интонационный контур пациента с данными, полученными при анализе речи носителей русского языка без патологий.

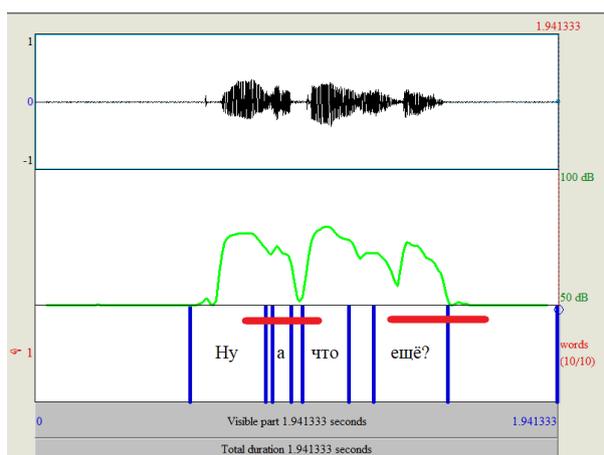


Рисунок 22. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Данная тонограмма демонстрирует характерное повышение тона на ударной части и его сохранение вплоть до конца высказывания.

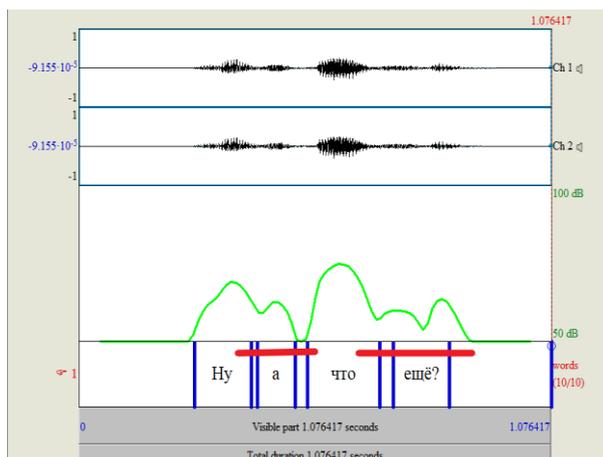


Рисунок 23. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

При анализе данной интонационной конструкции мы можем наблюдать повышение тона на ударном слоге ударной части, затем его частичное понижение, а после очередное повышение на ударном слоге заударной части, что позволяет говорящему сохранить логику высказывания. Данное высказывание характеризуется меньшей экспрессивностью по сравнению с предыдущим.

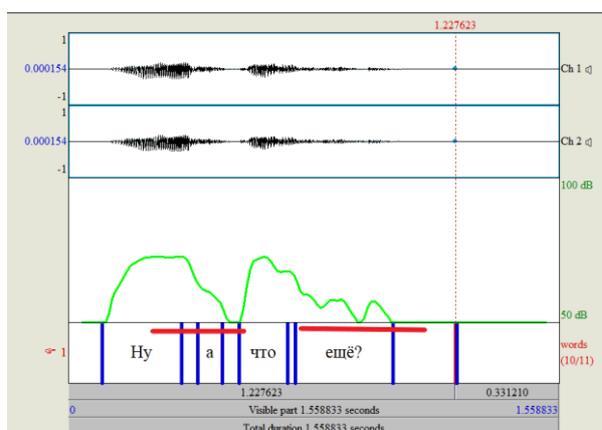


Рисунок 24. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

Интонационная конструкция данного высказывания в точности повторяет предыдущую (рис. 23). Здесь мы также наблюдаем незначительное понижение тона после ударного слога ударной части и его повышение на заударной части.

При анализе данного типа вопроса мы не смогли выявить принципиальных отличий между речью пациента с афазией и речью носителей языка без патологий. Понижение и повышение тона практически

не отличается, расхождения заметны лишь в громкости произнесения и длительности пауз в речи.

Таким образом, согласно полученным в ходе исследования данным, можно говорить о том, что соблюдение интонационных норм при произнесении вопросительных высказываний вызывает у пациентов с афазией наибольшие трудности. В зависимости от ситуации нарушения могут варьироваться от легких (недостаточная выразительность) до тяжелых (интонационные нарушения, препятствующие пониманию смысла высказывания).

2.1.4. Общие выводы по особенностям интонационных контуров различных типов высказываний в речи русскоязычных пациентов с афазией

После проведения исследования по выявлению особенностей интонационного оформления высказываний пациентами с афазией все полученные результаты были оформлены в таблицу для удобства изучения.

Таблица 2. Сравнительная характеристика реальной интонации пациентов с афазией и носителей русского языка без патологий

Тип высказывания	Ожидаемая интонация по Е.А. Брызгуновой	Реальная интонация пациентов с афазией	Реальная интонация носителей русского языка без патологий
ИК-1 (утвердительное предложение)	Предударная часть произносится на среднем тоне, на ударной части тон понижается ниже среднего, тон на заударной части – ниже среднего.	Реальная интонация пациентов с афазией не в полной мере соответствует описаниям Е.А. Брызгуновой. В некоторых случаях тон при произнесении ударной части не понижается. Таким образом, отсутствует интонационное разграничение ударной и заударной частей.	Реальная интонация носителей русского языка без патологий в полной мере соответствует данным Е.А. Брызгуновой характеристикам. Более того, речь носителей без патологий более уверенна и динамична по сравнению с речью пациентов с

Тип высказывания	Ожидаемая интонация по Е.А. Брызгуновой	Реальная интонация пациентов с афазией	Реальная интонация носителей русского языка без патологий
			афазией, понижения и повышения тона в рамках высказывания выражены более ярко.
ИК-2 (вопросительные предложения с вопросительным словом, восклицания, обращения, требования)	Предударная часть характеризуется средним тоном, ударная часть произносится с повышением тона и усилением словесного ударения, на заударной части тон падает ниже среднего.	В речи пациентов с афазией не наблюдается повышения тона на ударной части высказывания. Тон, после произнесения предударной части, напротив, падает ниже среднего. При анализе восклицаний в речи пациентов с афазией отклонений от нормы не обнаружено. Проанализированная интонация соответствует характеристикам, предложенным Е.А. Брызгуновой.	Реальная интонация носителей русского языка без патологий в полной мере соответствует данным Е.А. Брызгуновой характеристикам.
ИК-3 (вопросительные предложения без вопросительного слова)	Предударная часть произносится на среднем тоне, на ударной части заметно характерное повышение тона, тон на заударной части понижается ниже среднего.	Реальная интонация пациентов с афазией не соответствует описаниям Е.А. Брызгуновой. Тон на ударной части не повышается, что приводит к сильным затруднениям при понимании смысла высказывания.	Реальная интонация носителей русского языка без патологий в полной мере соответствует данным Е.А. Брызгуновой характеристикам.
ИК-4 (неполные вопросительные предложения союзом «а»)	Предударная часть характеризуется средним тоном, ударная часть начинается с более низкого тона, который резко повышается в пределах слога.	Реальная интонация пациентов с афазией не в полной мере соответствует описаниям Е.А. Брызгуновой. Тон при произнесении ИК-4 повышается как на ударной, так и на заударной частях	Реальная интонация носителей русского языка без патологий не в полной мере соответствует данным Е.А. Брызгуновой характеристикам. При анализе речи выявлено

Тип высказывания	Ожидаемая интонация по Е.А. Брызгуновой	Реальная интонация пациентов с афазией	Реальная интонация носителей русского языка без патологий
	Однако при наличии в высказывании заударной части, ударная часть произносится с понижением тона, а заударная с ровным повышением	предложения.	характерное повышение тона на ударной и заударной частях высказывания. Однако понимаю смысла данное отклонение от нормы не препятствует.

Таким образом, мы можем видеть, что в речи пациентов имеются отклонения от ожидаемой эталонной интонации при произнесении практически всех проанализированных нами типов высказывания за исключением побудительных предложений.

2.1.5. Опыт работы с данными пациентов с афазией, являющихся носителями испанского языка

На данный момент в Испании не существует достоверных данных о распространенности речевых расстройств. Однако несмотря на нехватку данных, в реабилитационной практике врачи достаточно часто встречаются со случаями соответствующих заболеваний [Tamarit, 2006].

Согласно данным медиков, в Испании афазия чаще всего (21–38% всех случаев) является последствием инсультов [Berthier, Casares, Dávila, 2011].

С начала 2000-х годов проблема афазия стала актуальной и в Латинской Америке. Там, к сожалению, случаи этого заболевания нередки среди молодого населения. Чаще всего такое происходит из-за вредных привычек и нездорового образа жизни. Также самыми распространенными причинами возникновения афазии являются опухоли, деменция, СПИД и другие дегенеративные заболевания [García, 2000].

Для анализа речи испаноговорящих пациентов мы воспользовались находящимся в открытом доступе материалом с видеохостинга YouTube.

В анализируемом нами видео женщина с афазией, ставшей следствием перенесенного инсульта, рассказывала о том, как изменилась ее жизнь в ходе заболевания. Рассказывая о том, какую сложность для нее представляет передача в речи конкретных дат, она произнесла следующую фразу: “Es súper complicado, porque quieres decir un día y te sale otro” («Это очень тяжело, потому что ты хочешь назвать один день, а называешь другой»).

Данное сложное повествовательное предложение можно разделить на три синтагмы, поэтому ему свойственен интонационный контур ИМ-8. Как мы помним, М.А. Баршак отмечала, что при таком типе интонационной модели первая и последняя синтагмы характеризуются нисходящим тоном, показывающим завершенность и обособленность.

Ниже мы можем видеть, как контур ИМ-8 выглядит в речи человека, страдающего афазией.

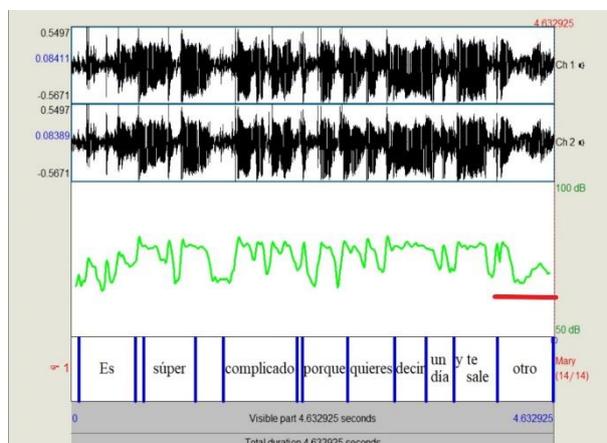


Рисунок 25. Анализ речи испаноговорящего пациента с афазией 1

Как мы можем видеть, темп речи у пациента достаточно высок, с ярко выраженными спадами и подъемами. Тонема последней синтагмы доходит до третьего уровня, выражающего интонацию незавершенности, недосказанности. Это превращает ИМ-8 в ИМ-2 и нарушает изначальную интенцию говорящего, так как сказанное воспринимается слушающим как вопрос.

Для сравнения мы опросили носителя испанского языка без патологий. О-ес С. – преподаватель ИФиЯК СФУ, родной язык – испанский, учебный билингв, 1978 г.р. Запись была сделана на мобильный телефон в домашних условиях.

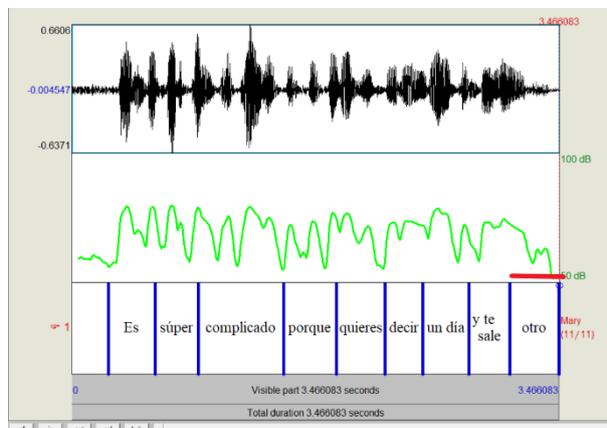


Рисунок 26. Анализ речи опрошенного О-еса С.

По сравнению с речью пациента с афазией, речь носителя испанского языка без патологий в полной мере соответствует контурам ИМ-8, так как характеризуется ниспадающим тоном в финальной части высказывания.

Кроме данных с видеохостинга Youtube мы использовали записи речи пациентов с афазией из базы данных AphasiaBank (<https://aphasia.talkbank.org/>). AphasiaBank – электронная платформа с базой записей речи пациентов с афазией на разных языках, которую пополняют сами исследователи. Система содействует ученым, изучающим проблему коммуникации при афазии, давая возможность рассматривать новые случаи заболевания.

Одна из пациентов (женщина, 1969 г.р.) делилась воспоминаниями о своих первых днях борьбы с заболеванием: “No podía hablar!” («Я не могла говорить!»). Такое эмоциональное утвердительное предложение можно отнести к интонационной модели 4, характерной для повествовательных предложений с логическим ударением в конце. Для данной интонационной модели характерно повышение тона до третьего уровня и нисходящий тон на ударном слоге.

Тонограмма высказывания пациентки выглядит следующим образом:

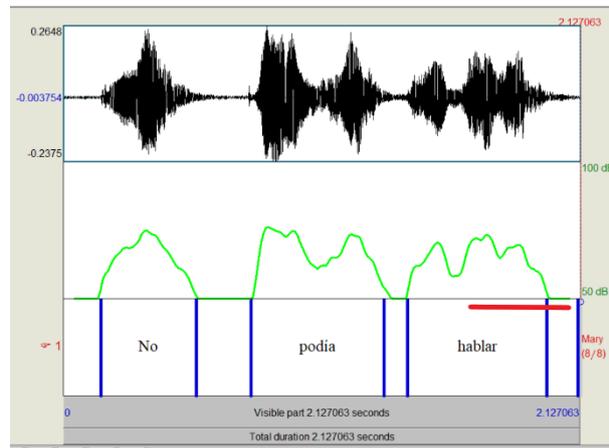


Рисунок 27. Анализ речи испаноговорящего пациента с афазией 2

В данном случае мы можем видеть, что интонационные контуры высказывания соответствуют эталонным характеристикам. Это может быть обусловлено тем, что пациентка эмоционально вовлечена в разговор, ей хочется выразить свои эмоции.

Далее мы сравнили данную тонограмму с тонограммой, демонстрирующую интонационный контур носителя испанского языка без патологий:

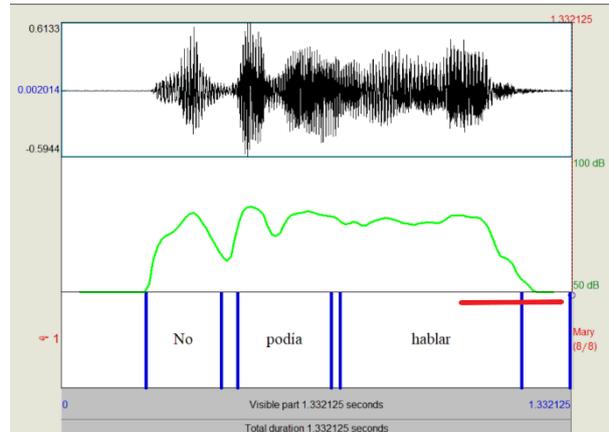


Рисунок 28. Анализ речи опрошенного О-са С.

На данной тонограмме мы наблюдаем отсутствие пауз внутри высказывания, что свидетельствует о более быстрой и уверенной речи. Довольно высокий тон стабильно сохраняется на протяжении всей фразы, спадая непосредственно на тоне.

Речь обоих респондентов соответствует характеристикам, свойственным ИМ-4. Таким образом, можно говорить о том, что пациенты с

афазией способны выразить свои эмоции через интонацию, что, скорее всего, обусловлено прагматически.

Еще один пациент (мужчина, 1980 г.р.), речь которого мы анализировали в ходе исследования, не расслышал вопрос логопеда и переспросил его: “Dímelo otra vez” («Скажи мне это еще раз»).

Для побудительных предложений характерна ИМ-6 с мелодическим максимумом на верхней границе третьего уровня и нисходящим тоном в конце фразы.

Ниже представлена тонограмма сказанного:

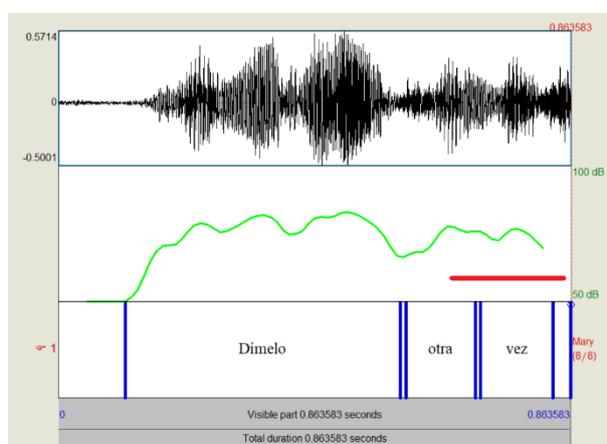


Рисунок 29. Анализ речи испаноговорящего пациента 3

Как мы можем видеть, тон интонационного контура пациента действительно значительно поднимается на ударной части и плавно понижается на заударной, придавая высказыванию значение завершенности.

Теперь рассмотрим интонационный контур высказывания носителя без патологий:

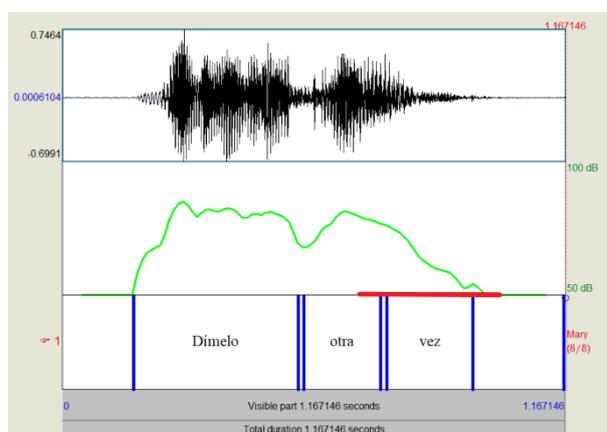


Рисунок 30. Анализ речи опрошенного О-еса С.

Данный интонационный контур также в полной мере соответствует эталонным характеристикам. Мы можем наблюдать повышение тона на ударной части высказывания и его понижение к концу высказывания.

Стоит отметить, что во время анализа интервью мы не нашли ни одного фрагмента, в котором пациенты задают вопросы логопеду. Это может обуславливаться прагматически, ведь пациенту с афазией довольно сложно брать на себя роль человека, ведущего разговор.

Таким образом, мы увидели, что у испаноговорящих пациентов с афазией также могут страдать контуры утвердительных предложений. Тон на ударной части высказывания не понижается до нужного уровня, тем самым не придавая всей фразе значения завершенности. Однако контуры эмоционально окрашенных утвердительных высказываний и побудительных высказываний сохранены в полной мере. Похожую картину мы наблюдали и при анализе речи русскоговорящих пациентов с афазией. Такие особенности, скорее всего, обуславливаются непосредственным вовлечением пациента в диалог, его желанием донести до слушающего информацию и оказаться понятым.

2.2. Просодические особенности тема-рематического членения в речи пациентов с афазией

Нами было решено проанализировать речь пациентов, у которых была диагностирована средняя форма комплексной моторной афазии, чтобы выяснить, сохранена ли у них данная просодическая особенность русского языка в полной мере.

У пациента Б-ва Ю.А. (мужчина, 1965 г.р.) в рамках занятия состоялся разговор о семье. На вопрос логопеда «Сколько у Вас детей?» пациент ответил фразой «У нас детей семь», в которой часть «у нас детей» – тема, а «семь» – рема.

Если мы посмотрим на представленную ниже интонационную конструкцию данного высказывания, то увидим, что на рематической части высказывания интонация повышается. Более того, ей предшествует пауза. Значит, интонация пациента соответствует существующим в русском языке просодическим нормам.

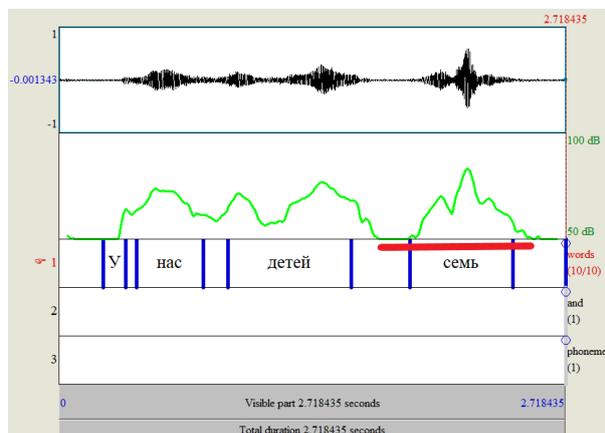


Рисунок 31. Анализ речи пациента Б-ва Ю.А.

Теперь сравним интонационные конструкции в речи пациента с интонационными конструкциями в речи упомянутых в предыдущем параграфе носителей русского языка без патологий.

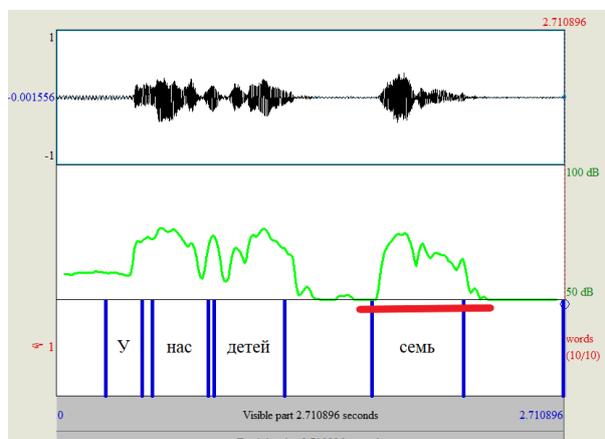


Рисунок 32. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Данная тонограмма также характеризуется паузацией на темарематической границе и повышением тона в начале рематической части.

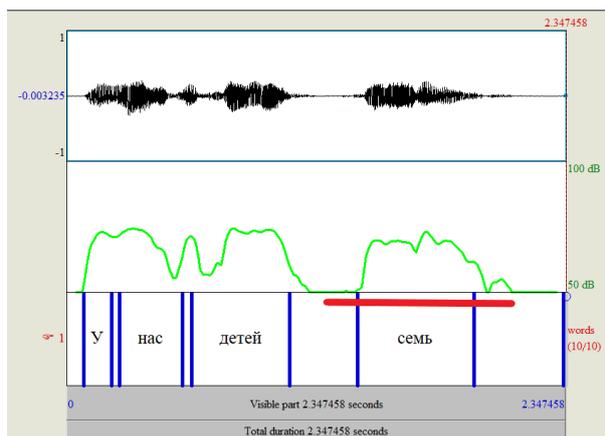


Рисунок 33. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

На тонограмме второго опрошенного носителя русского языка без патологий мы так же можем наблюдать все просодические критерии тематического членения.

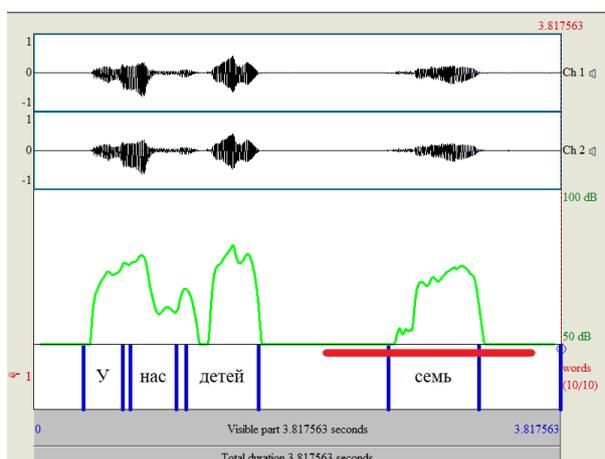


Рисунок 34. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

Высказывание Ч-ва Д.Р. характеризуется большей экспрессивностью по сравнению с другими опрошенными, так как в нем присутствует более длительная паузация на границе темы и ремы.

Пациенту И-ву Е.М. (мужчина, 1979 г.р.) логопед задал вопрос «Как тебя зовут?», на что последовал ответ «Меня зовут Женя», где «меня зовут» – тема, а «Женя» – рема.

На представленной ниже интонационной конструкции также наблюдается характерное повышение тона на рематической части высказывания, однако пауза на границе темы («меня зовут») и ремы («Женя») отсутствует.

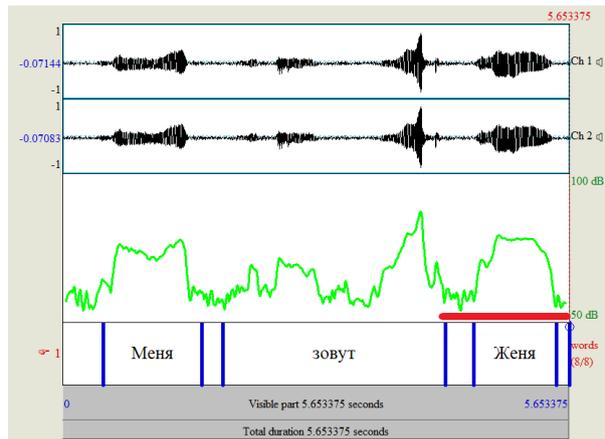


Рисунок 35. Анализ речи пациента И-ва Е.М.

Теперь рассмотрим тонограммы высказываний носителей русского языка без патологий.

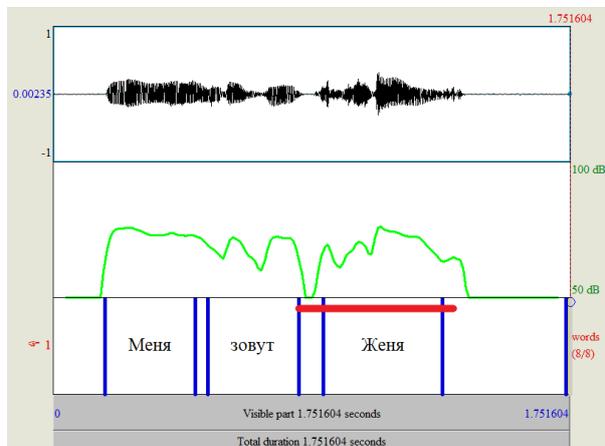


Рисунок 36. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Данная тонограмма характеризуется короткой паузой на темарематической границе и логическим повышением тона в начале рематической части.

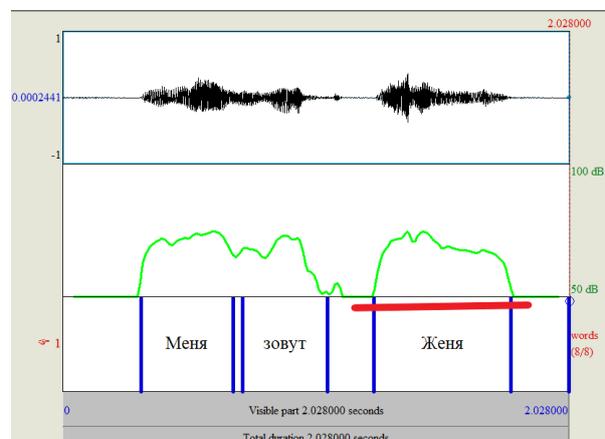


Рисунок 37. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

В данном высказывании мы можем наблюдать более длительную паузу и более резкое повышение тона в начале ремы, что свидетельствует о большей экспрессивности.

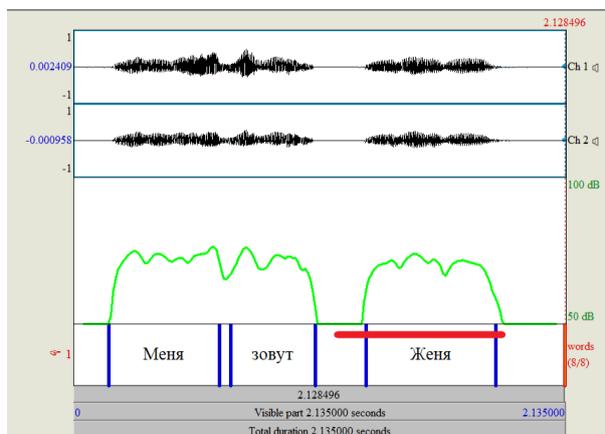


Рисунок 38. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

Данная тонограмма соответствует просодическим нормам, а по экспрессивности напоминает тонограмму высказывания предыдущего опрошенного.

У пациента Б-ва. Ю.А. специалист спросила: «Где Вы живете?». Он ответил: «Я живу город Красноярск». В данном высказывании «Я живу» – тема, а «город Красноярск» – рема.

Представленная ниже интонационная конструкция показывает, что несмотря на неправильное согласование слов в предложении, у пациента в должной мере сохранено просодическое выделение темы и ремы в высказывании, так как мы можем наблюдать и повышение тона на рематической части, и паузу на границе темы (*я живу*) и ремы (*город Красноярск*).

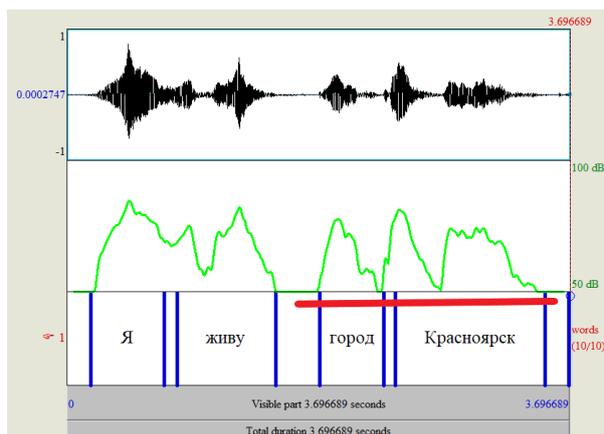


Рисунок 39. Анализ речи пациента Б-ва Ю.А.

Теперь приступим к анализу речь носителей русского языка без патологий.

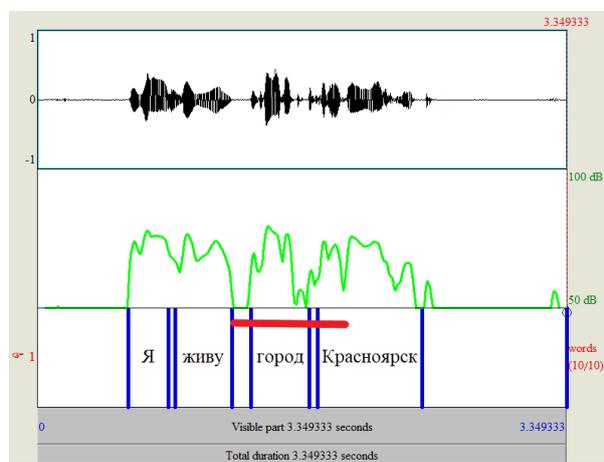


Рисунок 40. Анализ речи опрошенной О-вой Е.В.

Паузация на границе темы и ремы и повышение тона в начале рематической части характеризует данное высказывание как соответствующее просодической норме.

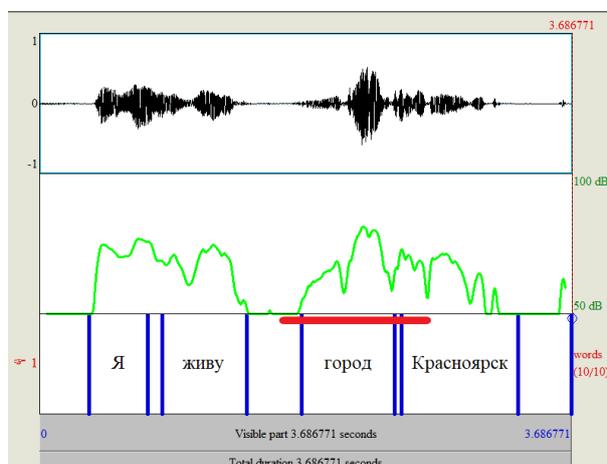


Рисунок 41. Анализ речи опрошенного У-ва Т.А.

Начало рематической части данного высказывания характеризуется повышением тона, паузация разделяет старую и новую информацию, что полностью соответствует описанным эталонным характеристикам.

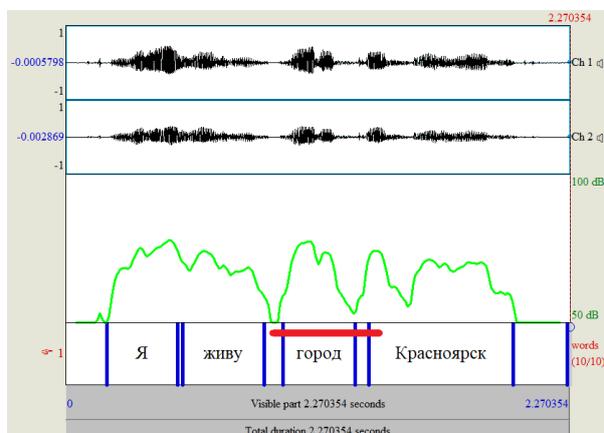


Рисунок 42. Анализ речи опрошенного Ч-ва Д.Р.

На тонограмме данного высказывания мы также наблюдаем паузацию и повышение тона, что характеризует его как соответствующее норме.

Проанализировав интонационные контуры высказываний носителей русского языка без патологий, можно говорить о том, что акцент на рематической части высказывания в их речи заметен отчетливее, так как мы наблюдаем более характерную паузу на границе тематического и рематического участков.

Таким образом, мы выяснили, что просодические критерии тема-рематического членения предложения сохранены в речи пациентов с афазией в должной мере и не затрудняют понимание излагаемой информации, однако в речи носителей русского языка без патологий данные интонационные характеристики проявляются более выразительно.

После проведения исследования, посвященного выявлению особенностей тема-рематического членения в речи пациентов с афазией, все результаты также были собраны в одну общую таблицу.

Таблица 3. Сравнительная характеристика тема-рематического членения в речи пациентов с афазией и носителей русского языка без патологий

Просодические критерии тема-рематического членения предложений	Реальное тема-рематическое членение предложений в речи пациентов с афазией	Реальное тема-рематическое членение предложений в речи носителей русского языка без патологий
<p>Рематические участки высказывания выделяются повышением тона и паузацией на границе темы и ремы.</p>	<p>Реальное тема-рематическое членение предложений в речи пациентов с афазией соответствует орфоэпическим нормам русского языка. Повышение тона на рематических участках полностью сохранно. В некоторых случаях паузация на границе темы и ремы выражена неотчетливо или не выражена совсем, однако это не препятствует пониманию смысла высказывания.</p>	<p>Реальное тема-рематическое членение предложений в речи носителей русского языка без патологий соответствует интонационным нормам русского языка.</p>

Таким образом, в речи пациентов с афазией при вычленении темы и ремы в высказывании соблюдаются ожидаемые просодические нормы русского языка. Незначительное нарушение, проявляющееся в короткой, по сравнению с выявленной в речи носителей русского языка без патологий, паузации на тема-рематической границе не является препятствием для понимания смысла.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

1. При произнесении эмоционально окрашенных высказываний просодические особенности русского языка сохраняются в речи пациентов с афазией в должной мере, однако в речи людей без патологии наблюдается более выраженное падение тона на ударном слоге.

2. Утвердительные высказывания с нейтральной эмоциональной тональностью характеризуются у пациентов с афазией меньшей степенью интонационной выразительности. Падение тона может быть настолько слабо выражено, что будет препятствовать пониманию смысла высказывания.

3. Побудительные предложения произносятся пациентами с афазией с соблюдением всех соответствующих особенностей. В данном типе высказываний наблюдается самое полное сохранение интонационных контуров. Интерпретируя полученные результаты, мы можем предположить, что это может быть обусловлено прагматически: способность выразить просьбу, требование является наиважнейшей интенцией, не только служащей удовлетворению насущных потребностей человека, но и отражающей психологические изменения, связанные с болезнью. Если это намерение не будет узнано коммуникативными партнерами, то качество жизни пациента резко снизится.

4. Интонационные контуры различных типов вопросительных высказываний заметно страдают. В некоторых случаях это сильно препятствует пониманию смысла сказанного и интенции говорящего. Такие отклонения от интонационного эталона также могут иметь прагматическое объяснение: в рамках реабилитации пациенты чаще всего занимают роль «ведомых» коммуникантов, интенция вопроса для них не характерна, так как она, в основном, реализуется медицинским персоналом или родственниками.

5. Во всех проанализированных типах интонационных конструкций, в той или иной мере, проявляется выраженность

характеристик, свойственных речи носителей русского языка без патологий, описанных в ИК по Е.А. Брызгуновой.

6. Особенности воспроизведения интонации испаноговорящими пациентами имеют сходства с особенностями, выявленными у русскоговорящих пациентов. Неправильное интонирование и неверный выбор нисходящего или восходящего тона на конце утвердительной фразы препятствуют пониманию интенции говорящего и смысла всего высказывания. Контуры эмоционально окрашенных и побудительных высказываний более сохранены, что может обуславливаться прагматическими особенностями, вовлечением в диалог, желанием донести информацию до коммуникативного партнера. Вопросительных высказываний в проанализированных нами фрагментах интервью почти нет. Это снова свидетельствует о низком значении высказываний такого типа для пациентов с афазией.

7. Просодическое выделение темы и ремы в высказывании в речи пациентов с афазией соответствует описанным специалистами характеристикам, однако в речи людей без патологий выделяется более яркая паузация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе нашей работы было проведено экспериментальное исследование, в рамках которого проанализированы сходства и различия состояния речевой функции у пациентов с афазией и у носителей русского языка и испанского языка без патологий. В ходе исследования была проанализирована речь 15-ти пациентов с диагнозом комплексная моторная афазия средней степени тяжести, а также речь трех носителей русского языка без патологий. Также мы проанализировали речь пяти испаноговорящих пациентов с диагнозом афазия, сравнив их речь с речью одного носителя испанского языка без патологий.

При сравнении интонационных контуров высказываний пациентов с афазией и информантов без патологий были сделаны выводы, демонстрирующие сходства и различия в речепроизводстве людей с патологией и без нее.

В эмоционально окрашенных высказываниях интонация пациентов с афазией соответствует описанным специалистами характеристикам, которые заключаются в понижении тона на заударном слоге.

В утвердительных высказываниях с нейтральной эмоциональной тональностью падение тона может быть выражено довольно слабо. В некоторых случаях такие отклонения могут препятствовать пониманию смысла высказывания.

Побудительные предложения в речи пациентов с афазией соответствуют всем просодическим нормам русского языка. Согласно нашей гипотезе, это может обуславливаться прагматическими особенностями. Интенция просьбы, способствующая удовлетворению потребностей, является наиболее актуальной для людей, столкнувшихся с серьезной болезнью.

Вопросительные высказывания различных типов страдают в речи пациентов с афазией больше всего. Мы предполагаем, что данная особенность так же имеет прагматический характер: интенция вопроса не

характерна для пациентов с афазией, так как они, чаще всего, являются «ведомыми» коммуникантами.

В речи испаноговорящих пациентов с афазией были выявлены схожие нарушения, ранее обнаруженные у пациентов, говорящих на русском языке. Неправильный выбор восходящего или нисходящего тона в тонеме финальной синтагмы утвердительных предложений приводит к искажению смысла всей фразы. При этом наблюдается сохранность контуров эмоционально окрашенных и побудительных предложений. Это, вероятнее всего, обуславливается непосредственным вовлечением человека в разговор, его желанием донести до партнера смысл высказывания, выполнить свою коммуникативную цель. Вопросительных высказываний в проанализированных нами интервью пациентов с афазией крайне мало или нет совсем. Это может подтвердить нашу гипотезу о крайне небольшой значимости высказываний данного типа для пациентов. Ввиду заболевания им сложно выполнять в коммуникации роль ведущего.

При тема-рематическом членении предложения у пациентов с афазией наблюдаются в речи и повышение тона на рематическом участке высказывания, и паузация на границы темы и ремы.

Однако нами было установлено, что даже при соблюдении всех просодических норм, пациенты с афазией говорят менее уверенно по сравнению с носителями языка без патологий. Это проявляется в более слабой выраженности вышеупомянутых характеристик, свойственных каждому из типов проанализированных высказываний и тема-рематическому членению.

Итак, наше исследование показывает, что в речи пациентов с афазией в той или иной мере проявляются нарушения интонирования. В зависимости от степени тяжести дефекта такие нарушения могут как казаться незначительными, так и в значительной мере усложнять ход коммуникации ввиду невозможности слушающего понять интенцию говорящего и смысл высказывания.

Полученные нами данные могут помочь логопедам и афазиологам дополнить и усовершенствовать программу восстановительного обучения для пациентов с афазией посредством введения в реабилитационную программу особых упражнений, направленных на восстановление интонационных контуров.

В дальнейшем нами планируется работа по анализу других типов интонационных конструкций, которые не были затронуты в данном исследовании.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумова О.В., Величкова Л.В. Коммуникативная и эмоциональная функция интонационных единиц (системное исследование на материале русского и испанского языков) // Вестник ВГУ. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация. 2009. Вып. 1. С. 70–74.
2. Баршак М.А. Испанский язык: Практическая фонетика: Учеб. для ин-тов и фак-тов иностр. яз. М.: Высш. шк., 1989. 223 с.
3. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. София: Медицина и физкультура, 1970. 210 с.
4. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведение. М.: Мир, 1988. 248 с.
5. Брызгунова Е.А. Интонация и смысл предложения // Вопросы языкознания. 1967. С. 35–44.
6. Гнездилова С.О. Комплексная моторная афазия в остром периоде ишемического инсульта. Описание клинического случая // Научная инициатива в психологии: Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых / под ред. В. П. Гаврилюка. Курск: Изд-во Курский государственный медицинский университет, 2020. С. 55–62.
7. Гордина М.В. Фонетика французского языка: 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1997. 304 с.
8. Горошко Е.И. Функциональная асимметрия мозга, язык, пол. Аналитический обзор. // Текстология.RU [Электронный ресурс]. 2005. URL: <http://www.textology.ru/article.aspx?aId=254> (дата обращения: 04.01.2022).
9. Зиндер Л.Р. Общая фонетика. Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Высш. школа, 1979. 312 с.
10. Кадыков А.С. Адаптация к нарушениям общения // Медицинская реабилитация. / под ред. В. М. Боголюбова. М.: Пермь, 1998. С. 592–615.
11. Ковтунова И.И. Современный русский язык. Порядок слов и

актуальное членение предложения.: учеб. пособие. 2-е изд., стереотипное. М.: Едиториал УРСС, 2002. 240 с.

12. Крушельницкая К.Г. К вопросу о смысловом членении предложения // Вопросы языкознания. 1956. Вып. 5. С. 55–67.

13. Лурия А.Р. Травматическая афазия: клиника, семиотика и восстановительная терапия. М.: Издательство академии медицинских наук, 1947. 367 с.

14. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М.: изд-во и тип. Изд-ва Акад. мед. наук СССР, 1948. 236 с.

15. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962. 431 с.

16. Лурия А.Р. Лобные доли и регуляция психических процессов. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1966. 740 с.

17. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1975. 253 с.

18. Лурия А.Р. Письмо и речь: нейролингвистические исследования. // М.: Академия, 2002. 352 с.

19. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 384 с.

20. Мжельских М.К. Репрезентация категории человек в прототипической картине мира (на материале русского и французского языков): дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19. Красноярск, 2018. 237 с.

21. Михальчи Е.В., Михальчи Е.Е. Особенности восприятия интонации у лиц с ОВЗ и инвалидностью. // Человек. Общество. Инклюзия. 2017. Вып. 4(32). С. 103–111.

22. Народова Е.А., Прокопенко С.В., Народова В.В., Народов А. А. Реабилитация больных с комплексной моторной афазией в остром периоде ишемического инсульта // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2012. Вып. 10. С. 40–45.

23. Пиотровская Л.А. Смысл и интонация: влияние письменной

речи на устную // Литературоведение. Лингвистика: сб. научн. трудов / редкол.: Н. Б. Лезунова, Т. П. Вязовик, Н. Г. Николаюк. СПб.: Изд-во СПбГУП, 2016. С. 277–282.

24. Пиотровская Л.А. Об эмоционально нейтральной речи: результаты экспериментального исследования интонации // Сборник научных трудов XVIII Всероссийской научной конференции. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургский государственный университет промышленных технологий и дизайна, 2017. С. 254–260.

25. Русская грамматика в 2 томах / Н.Ю. Шведова [и др.]; отв. ред. Н.Ю. Шведова; Акад. наук СССР, Ин-т рус. яз. М.: Наука, 1980. 783 с.

26. Столярова А.К., Фильченко А.Ю. Просодика и прагматика высказываний. // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. Вып. 9 (111). С. 34–37.

27. Фахертдинова Г.Ф. Особенности тема-рематической организации различных видов текстов // Вестник Башкирского университета. 2010. Вып. 1 (15). С. 99–101.

28. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. М.: Просвещение, 1988. 207 с.

29. Черниговская Т.В. Психо- и нейролингвистика // Проект "Звуковая энциклопедия" [Электронный ресурс]. 2001. URL: <http://www.sonoteka.spb.ru> (дата обращения: 15.01.2021).

30. Черниговская Т.В. Чеширская улыбка кота Шредингера: язык и сознание. М.: Издательский дом ЯСК: Языки славянской культуры, 2017. 448 с.

31. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: Ассоциация дефектологов, 2000. 96 с.

32. Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 182 с.

33. Щерба Л.В. О тройком аспекте языковых явлений и об эксперименте в языкознании // Языковая система и речевая деятельность / под. ред. Л. Р. Зиндера, М. И. Матусевич. Ленинград: Наука, 1974. С. 24–39.
34. Якобсон Р. Лингвистические типы афазии // Избранные работы / под. ред. В.А. Звегинцева. М.: Прогресс, 1985. С. 287–301.
35. Янко Т.Е. О понятиях коммуникативной структуры и коммуникативной стратегии // Вопросы языкознания. 1999. Вып. 4. С. 28–55.
36. Янко Т.Е. Русская интонация в задачах и примерах. // Русский язык в научном освещении. 2004. Вып. 2 (8). С. 84–121.
37. Янко Т.Е. Интонационные стратегии русской речи в сопоставительном аспекте. М.: Языки славянских культур, 2008. 312 с.
38. Янко Т.Е. Проблемы анализа коммуникативных структур и интонации: вопросы и решения. // Критика и семиотика. 2014. Вып. 2. С. 93–126.
39. Янко Т.Е. Новые интонационные конструкции русского языка: разработка транскрипции. // RusNLP [Электронный ресурс]. 2016. URL: https://nlp.rusvectors.org/en/publ/dialogue_2016_7b0a55a615aebf16ce4194c1528e3dc78f30d222%20 (дата обращения: 15.02.2022).
40. Al-Shdifat K., Sarsak J., Ghareeb F. A. Exploring the efficacy of melodic intonation therapy with Broca's aphasia in Arabic // South African Journal of Communication Disorders. 2018. 65:1. P. 1–8.
41. Antoniou K., Milaki E. Irony comprehension in bidialectal speakers // The Modern Language Journal. 2021. 105. P. 697–719.
42. Berthier M., Casares N., Dávila, G. Afasias y trastornos del habla // Medicina. 2011. 10:74. P. 5035–5041.
43. Duarte M., Varo Varo C. Lenguaje y cerebro: conexiones entre neurolingüística y psicolingüística // Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Investigación y intervención en patologías del lenguaje. 2006. P. 107–119.
44. García O. Afasia: un problema que aumenta en América Latina // El

Nuevo Diario [Электронный ресурс]. 2000. URL: <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/variedades/61331-afasia-problema-que-aumenta-america-latina/> (дата обращения: 17.05.2022).

45. Groenewold R., Armstrong E. A multimodal analysis of enactment in everyday interaction in people with aphasia // *Aphasiology*. 2019. 33:12. P. 1441–1461.

46. Haro-Martínez A., Lubrini G., Madero-Jarabo R., Díez- Tejedor E., Fuentes B. Melodic intonation therapy in post-stroke nonfluent aphasia: a randomized pilot trial // *Clinical Rehabilitation*. 2019. 33:1. P. 44–53.

47. Koh J., Lee S., Lee J. L2 pragmatic comprehension of aural sarcasm: Tone, context, and literal meaning // *ScienceDirect* [Электронный ресурс]. 2022. URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0346251X22000057?pes=vor> (дата обращения: 03. 03. 2022).

48. Rohrer J., Sauter D., Scott S., Rossor M., Warren J. Receptive prosody in nonfluent primary progressive aphasia // *Elsevier*. 2012. 48. P. 308–316

49. Stahl B., Kotz S., Henseler I., Turner R., Geyer S. Rhythm in disguise: why singing may not hold the key to recovery from aphasia // *Brain*. 2011. 134. P. 3083–3093.

50. Tamarit E. Apraxia del habla: Presentación de un caso clínico // *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Investigación y intervención en patologías del lenguaje*. 2006. P. 1–17.

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

Институт филологии и языковой коммуникации
Кафедра романских языков и прикладной лингвистики
45.03.02 Лингвистика

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой РЯиПЛ
А.В. Колмогорова
«21» июня 2022 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

**СПЕЦИФИКА ИНТОНАЦИОННЫХ КОНТУРОВ
ВЫСКАЗЫВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АФАЗИЕЙ (НА
МАТЕРИАЛЕ РУССКОГО И ИСПАНСКОГО ЯЗЫКОВ)**

Выпускник

А.С. Сибирская

Научный руководитель

д-р филол. наук, проф.
А.В. Колмогорова

Нормоконтролер

Д.С. Дюкарева

Красноярск 2022