

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт филологии и языковой коммуникации
Кафедра теории германских и романских языков и прикладной лингвистики

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

_____ О.В. Магировская

« ____ » _____ 2023 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

45.03.02 Лингвистика

**МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С
КОМПЛЕКСНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ (НА МАТЕРИАЛЕ
АНГЛИЙСКОГО И ИСПАНСКОГО ЯЗЫКОВ)**

Научный руководитель

канд. филол. наук,
доц. Н.Г. Бурмакина

Выпускник

А.А. Тельнова

Нормоконтролер

М.В. Аспатурян

Красноярск 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ АФАЗИЧЕСКОГО ДИСКУРСА	7
1.1. Нейролингвистический подход к анализу коммуникации	7
1.2. Афазический синдром как предмет изучения нейролингвистики	14
1.3. Мультимодальный подход к анализу афазического дискурса.....	18
1.3.1. Специфика мультимодального исследования речи	18
1.3.2. Невербальная семиотика, классификация жестов	21
1.3.3. Специфика жестов при патологии.....	24
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	29
ГЛАВА 2. МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ ПРИ АФАЗИИ.....	31
2.1. Мультимодальная методика изучения афазического дискурса.....	31
2.2. Функции жестов при комплексной моторной афазии.....	32
2.2.1. Жесты-иллюстраторы в афазическом дискурсе	32
2.2.2. Жесты-эмблемы в речи пациентом, страдающих афазией	37
2.2.3. Функции жестов-регуляторов при патологии.....	41
2.3. Компенсаторная функция жестов при утрате предикативного словаря ..	44
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	60
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	65

ВВЕДЕНИЕ

По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, в России каждый год происходит 400000 новых случаев инсульта, а нарушения речи встречаются в 25-30% случаев перенесенного инсульта. Таким образом, каждый год более ста тысяч людей страдают речевыми расстройствами такими, как афазия. Данное речевое нарушение лишает человека способности общения и удовлетворения своих социальных потребностей. В современной отечественной и зарубежной лингвистике анализ речи людей, страдающих афазией, рассматривается в исследованиях широко спектра, и лишь немногие из них посвящены изучению соотношения речи и жестов в общении.

Актуальность данного исследования, прежде всего, обусловлена тем, что изучение афазии входит в компетенции ученых из разных научных областей, но лингвистические подходы к исследованию данного явления играют возрастающую роль в научном сообществе, так как знание о языке и его механизмах позволяют лингвистам исследовать и моделировать связи между каналами коммуникации при патологиях.

Степень разработанности проблемы. Существует большая традиция изучения невербальной семиотики, жестового сопровождения речи (Г.Е. Крейдлин, Ю.В. Николаева, М.Л. Бутовская, Р. Бердвистел, С.А. Григорьева и Н.В. Григорьев), в свою очередь значительный вклад в изучение афазиологии внесла отечественная школа нейролингвистики (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Т.В. Черниговская, Т.В. Ахутина, О.Р. Якобсон). Однако, была выявлена недостаточность разработки вопроса соотношения жестов и речи при патологиях.

Цель выпускной квалификационной работы выявить, в чем заключаются трудности доступа к предикативному словарю при комплексной моторной афазии – человек забывает лексемы, репрезентирующие действия или состояния предмета, или он утрачивает данные концепты.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих **задач:**

1. Изучить нейролингвистический подход к анализу коммуникации.
2. Обобщить данные об афазическом дискурсе, уточнить особенности речи пациентов при комплексной моторной афазии.
3. Рассмотреть содержание термина «жест», систематизировать знания о специфике жестов при патологии.
4. Выявить закономерности использования жестов пациентами с комплексной моторной афазией.
5. Установить, существует ли тенденция компенсировать выпадающие лексемы жестами пациентами с афазией.

Объектом исследования является невербальное поведение пациента с афазией.

Предметом исследования являются компенсаторные функции жестов в афазическом дискурсе.

Материал исследования составили 5 часов видеозаписей коммуникации пациентов с комплексной моторной афазией, говорящих на испанском и английском языках.

Основной теоретико-методологической базой нашего исследования послужили научные труды отечественных и зарубежных исследователей в таких областях, как невербальная семиотика (Г.Е. Крейдлин, Ю.В. Николаева, М.Л. Бутовская, Рэй Бердвистел, С.А. Григорьева и Н.В. Григорьев); нейролингвистика (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Т.В. Черниговская); теория дискурса (А.А. Кибрик, Н.Д. Артюнова, Т.А. ван Дейк, Г. Кресс) и др.

Методы исследования: метод мультимодального аннотирования, метод качественного и количественного анализа жестов.

Структура работы определяется поставленной целью, задачами исследования и спецификой используемого материала. Выпускная квалификационная работа общим объемом 67 страниц, состоит из введения,

двух глав, заключения, списка использованной литературы, включающего 47 наименований, в том числе 13 на иностранном языке.

Во **Введении** обосновывается выбор темы исследования, ее актуальность, указываются объект и предмет данной работы, формулируются цели и задачи работы, упоминаются наиболее значимые авторы, проводившие научные или научно-практические исследования по данной теме, описываются общая методика, называются источники материала практического анализа, приводятся данные о структуре работы.

В первой главе **«Нейролингвистический подход к коммуникации в клинических условиях»** описываются различные подходы к коммуникации (нейролингвистический, аугментативный), дается определение афазии и основная классификация ее форм, рассматривается мультимодальность и в рамках мультимодальности исследуется жестовый канал коммуникации, а также жесты при патологиях.

Во второй главе **«Мультимодальный подход к исследованию афазического дискурса»** анализируется и сопоставляется речь пациентов с афазией и жесты, возникающие при коммуникации.

В **Заключении** обобщаются результаты проведенного исследования, описываются 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 XIV Международной научно-практической конференции молодых исследователей «Язык, дискурс, (интер)культура в коммуникативном пространстве человека» (Красноярск, 2022), на XV Международной научно-практической конференции молодых исследователей «Язык, дискурс, (интер)культура в коммуникативном пространстве человека» (Красноярск, 2023) и на III Международной научно-практической конференции магистрантов, аспирантов и молодых ученых «Язык и перевод в контексте межкультурной коммуникации: актуальные

вопросы и современные аспекты». Также была опубликована статья в научном журнале *Siberia_Lingua* (2022, выпуск 2): Экологичные модели общения пациента с афазией с врачом и медицинским персоналом в условиях стационара с позиции эрготерапии // *Siberia_Lingua*. 2022. Вып. 2. С. 68–77.

ГЛАВА 1. МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ АФАЗИЧЕСКОГО ДИСКУРСА

1.1. Нейролингвистический подход к анализу коммуникации

Нейролингвистика – это наука, которая изучает взаимодействие между мозгом и языком. Она возникла в конце 50-х – начале 60-х годов прошлого века «на стыке трех наук – неврология, психология и лингвистика» [Черниговская, 2010: 462]. Именно симбиоз данных наук позволяет изучать процесс обработки языковой информации нашим мозгом и то, как мы используем язык в процессе коммуникации. Нейролингвистика исследует различные аспекты языковой деятельности, такие как звуковая структура языка, синтаксис, семантика и прагматика. Она также изучает, как мы усваиваем язык в раннем детстве, как храним и восстанавливаем языковые навыки, и как используем язык, чтобы выражать свои мысли и эмоции. Исследования нейролингвистики имеют широкое практические применения, например, лечение речевых нарушений, разработка эффективных методов обучения языку и создание компьютерных алгоритмов для обработки естественного языка [Черниговская, 2012].

Истоки отечественной нейролингвистики восходят к работам Александра Романовича Лурия и другим знаменитым советским ученым. Стоит отметить, что на сегодняшний день, методы, разработанные советской школой, остаются актуальными и признанными в различных научных сообществах. Однако первые исследования нейролингвистики связаны с анализом речевых нарушений и патологий. Для того чтобы узнать, как работает мозг нужно было обращаться к примерам больных людей. В результате операций можно было проанализировать, какие области мозга были повреждены. Такие знания помогали сделать вывод о том, как функционирует мозг и у здоровых людей [Черниговская, 2013].

Лингвистический подход в рамках нейролингвистики был разработан И.А. Бодуэном де Куртенэ. Ключевое положение его работ основывалось на

концепции антропоцентрической парадигмы – в основе всех исследований стоит человек. Ученый полагал, что «существуют не какие-то витающие в воздухе языки, а только люди, одаренные языковым мышлением» [Бодуэн де Куртенэ, 1963: 259]. Все системы человеческого организма, будто психические или физиологический связаны и существуют вместе с мозгом, именно поэтому так важно проводить его исследования. Именно И.А. Бодуэн де Куртенэ первый предположил, что язык является симбиозом «физического, физиологического и психического, общественно и индивидуального», взглянув на исследование языка и речи под другим ракурсом [Там же: 260].

В свою очередь Л.В. Щерба провозгласил принципы, которые в последующем стали базовыми для нейролингвистики. По Льву Владимировичу Щербе необходимо изучать «отрицательный языковой материал», а именно это различного рода речевые патологии и детская речь [Щерба, 1974: 24]. Л.В. Щерба полагал, что необходимо изучать «живую речь, реальные речевые ситуации и речевые ошибки, допущенные коммуникантами» [Там же: 23].

Влияние на формирование нейролингвистики как науки оказали труды Романа Осиповича Jakobson. Р.О. Jakobson считает, что процесс распада звуковой стороны речи обратен процессу приобретения языка, другими словами «афатическая регрессия может служить зеркалом процесса усвоения звуков речи ребенком: она отражает развитие речевых навыков у ребенка, но в обратную сторону» [Jakobson, 1996: 29]. Кроме того, Р.О. Jakobson первым предложил лингвистический подход к систематизации афазии. До исследования Р.О. Jakobson системы языка (фонологическая, морфологическая, лексическая, синтаксическая) не учитывались, а брались во внимание только психофизиологические показатели, например динамичность, моторность, сенсорность. К примеру, согласно работам Р.О. Jakobson «морфология выявила заметный контраст между эфферентными и сенсорными нарушениями» [Там же: 28].

Немалый вклад в развитие нейролингвистики внесли работы Т.В. Ахутиной. Основываясь на положениях Л.С. Выготского о соотношении речи и мышления, Татьяна Васильевна Ахутина предложила модель порождения речи [Выготский, 1999]. Согласно ее работам в процессе порождения речи выделяются два вида операций: «к первому виду относится составление схем предложения разной степени конкретности: создание внутреннеречевого замысла, грамматическое структурирование и составление послоговой кинетической схемы высказывания», в свою очередь ко второму виду операции относят «... нахождение слов и звуков, собой выбор элементов, связанных отношением сходства и составляющих симультанное целое...» [Ахутина, 2014: 27].

В свою очередь психологический подход в рамках нейролингвистики представлен психологической концепцией Л.С. Выготского. Отечественный ученый разработал теорию, согласно которой психическая функция основывается на системном и смысловом строении сознания человека. Кроме того, ученый работал над соотношением мышления и речи. Согласно работам Л.С. Выготского понятия «не возникают механически как коллективная фотография конкретных предметов; мозг действует в данном случае не по способу фотографического аппарата, производящего коллективные снимки, и мышление не заключается в простом комбинировании этих снимков; наоборот, процессы мышления, наглядного и действенного мышления, возникают задолго до образования понятий, и сами понятия являются продуктом долгого и сложного процесса развития детского мышления» [Выготский, 1999: 116].

Физиологический подход в рамках нейролингвистики представляют работы Н.А. Бернштейна. В книге «Физиология движений и активность» Н.А. Бернштейн раскрывает идею о том, что механизмы, которые ответственны за жизнеобеспечение, регулируются уровнем строением нашей нервной системой. Важно отметить, что при допущении ошибки ее коррекция и исправление осуществляет на самом верхнем уровне, иногда эти уровни могут

менять свою позицию, становясь либо нижним, либо верхними [Бернштейн, 1990].

Такое положение коррелирует с организацией речевого поведения. По мнению К.Ф. Седова верхний уровень речевого поведения – это «уровень текста» [Седов, 2007: 40–43]. В свою очередь нижний уровень обусловлен лексемами, фонемами. Если человек запинаятся или забывает подходящую лексему, то «тогда верхним оказывается уровень выбора слов в семантическом поле» [Там же: 41]. В результате, нижний уровень организации речевого поведения становится верхним, что доказывает теорию Н.А. Бернштейна.

Таким образом, Александр Романович Лурия определяет нейролингвистику как науку, изучающую «мозговые нарушения речевой деятельности и те изменения в речевых процессах, которые возникают при локальных поражениях мозга» [Лурия, 2009: 56]. К тому же, Татьяна Владимировна Черниговская уточняет, что изучение системы языка в рамках нейролингвистики происходит «в соотношении с мозговым механизмом речевого поведения» [Черниговская, 2013: 122].

Предметом исследования нейролингвистики выступает «мозговая организация коммуникативной компетенции человека» [Седов, 2007: 41]. В свою очередь под коммуникативной компетенцией понимают процессы понимания и порождения речи в коммуникативном взаимодействии адресата и адресанта. Объектом нейролингвистики является человеческий мозг [Ахутина, 2014].

Так как нейролингвистика междисциплинарная наука и в область ее исследований входят теоретико-методологические положения различных дисциплин, то цели и задачи, которые ставят перед собой ученые являются многогранными. От изучения процессов языковой обработки в мозге (G. Gallardo, C. Eichner, C. Sherwood, W.D. Hopkins, A. Anwander, A.D. Friederici), изучение языкового развития в детском возрасте, исследование механизмов усвоения языка (Р.О. Якобсон) до изучения

языковых нарушений и расстройств (А.Р. Лурия). Именно последняя задача является релевантной для нашего исследования.

Говоря о нейролингвистике как о науке, важно упомянуть об основных понятиях данной дисциплины. Ключевым понятием является «языковое нарушение», которое релевантно для нашего исследования. Александр Романович Лурия определяет языковое нарушение как нарушение языковой функции, вызванное поражением определенных зон головного мозга. Он выделяет несколько видов языковых нарушений, которые могут возникнуть при поражении определенных зон головного мозга, такие как афазия [Лурия, 2009].

Согласно приведенным выше теоретическим положениям, можно сделать вывод, что нейролингвистика сравнительно молодая дисциплина, изучающая взаимодействие между мозгом и языком. К предмету исследования данной дисциплины относят мозговую организацию коммуникативной компетенции человека, а объектом является мозг человека. Ключевым термином нейролингвистики как науки и релевантным понятием для нашего исследования является «языковые нарушения».

Однако наряду с термином «нейролингвистика» существует смежное понятие «клиническая лингвистика». Стоит упомянуть, что термин «клиническая лингвистика» распространен среди западных ученых, а тенденция к использованию термина «нейролингвистика» прослеживается в работах отечественных исследователей. Ввиду этого, существуют два близких понятия «нейролингвистика» и «клиническая лингвистика», в которых стоит разобраться, прежде чем углубляться в дальнейшую работу. Хотя оба термина содержат в себе слово «лингвистика» и при ознакомлении с постулатами нейролингвистики и клинической лингвистики становится понятно, что теоретические положения данных дисциплин связаны с мозговой деятельностью, с его структурой и порождением языка. Однако, хотя объектом данных дисциплин выступает мозг и изучение языковых нарушений, при этом вводя в заблуждение многих исследователей, они означают разные вещи.

Дилемма заключается в выборе адекватного термина, подходящего к определенной ситуации [Ахутина, 2014].

Для того чтобы разобраться с соотношением нейролингвистики и клинической лингвистики, необходимо обратиться к истокам данной дисциплины. Клиническая лингвистика зародилась в 20 веке вместе с появлением нейролингвистики. Дэвид Кристал обозначил теорию новой дисциплины и определил клиническую лингвистику как «применение лингвистической науки к изучению речевых нарушений, встречающихся в клинических ситуациях» [Crystal, 1980: 11]. По определению клиническая лингвистика является междисциплинарной наукой и в научный аппарат исследований в рамках клинической лингвистики входят теоретические положения когнитивной неврологии, генетики, психиатрии и лингвистики. Таким образом, клиническую лингвистику также определяют как «науку, которая изучает речевые нарушения с особым акцентом на их лингвистические аспекты» [Perkins, Horward: 2011, 112].

Предметом изучения клинической лингвистики является «изучение языковых расстройств» [Межидова: 2021, 71]. В поле изучения данной дисциплины входят следующие разделы: клиническая фонетика, клиническая просодия, клинический дискурс и клиническая прагматика и др. Теоретико-методологические положения лингвистики легли в основу многих тестов для выявления языковых и речевых нарушения. В частности, аахенский афазиологический тест («тест позволяет констатировать наличие афазии; диагностировать один из четырех типов афазиологического синдрома...выполнить сравнительный анализ в динамике речевой реабилитации»), западная афазиологическая батарея («...используется в работе с англоговорящими пациентами, позволяет диагностировать наличие, тип и степень выраженности афазии...»), тест-сценарий («тест разработан для оценки способности к коммуникации пациентов с тяжелыми формами афазии»), протокол исследования металингвистических навыков при афазии («... тест позволяет оценить сохранность метакогнитивных функций у людей,

страдающих афазией и другими расстройствами...» [Бурмакина, Куликова, Попова: 2020, 83–85].

С свою очередь главной задачей клинической лингвистики является разработка эффективных инструментов и методов клинической практики при лечении и реабилитации людей, страдающих речевыми нарушениями. Стоит отметить важность междисциплинарного подхода и «объединять достижения генетики, когнитивной нейробиологии, нейропсихологии и других наук для более полного понимания проблемы и определения способов ее разрешения» [Межидова: 2021, 73].

Особенность клинической лингвистики заключается в том, что фокус ее исследований направлен только на изучение дефицитарных состояний, речевых нарушений. В то время как нейролингвистические исследования затрагивают процессы обработки языка мозгом, речевую норму и усвоение речи ребенком. Нейролингвистическое знание позволяет узнать какие мозговые отделы отвечают за определенные аспекты языка, и понять, какие механизмы используются для производства и обработки речи. С другой стороны, в рамках клинической лингвистики производится диагностика и лечение различных языковых нарушений, такие знания помогают определить как нарушения мозговой деятельности приводят к языковым расстройствам. Другими словами, предмет и область исследований нейролингвистики шире, чем область клинической лингвистики. Кроме того, нейролингвистика как наука зародилась раньше, чем клиническая лингвистика и многие методы нейролингвистики были позаимствованы [Perkins: 2011].

Согласно приведенным выше теоретическим положениям, можно сделать вывод, что нейролингвистика и клиническая лингвистика являются двумя взаимосвязанными областями, изучающими связь процессов мозговой деятельности и порождения языка. В рамках клинической лингвистики рассматриваются дефицитарные состояния, что помогает определить как нарушения мозговой деятельности приводят к языковым расстройствам. Предметом клинической лингвистики является «изучение языковых

расстройств». В свою очередь, нейролингвистика – сравнительно молодая дисциплина, изучающая взаимодействие между мозгом и языком. К предмету исследования данной дисциплины относят мозговую организацию коммуникативной компетенции человека, а объектом является мозг человека. Ключевым термином нейролингвистики как науки и релевантным понятием для нашего исследования является «языковые нарушения». Следовательно, что область нейролингвистических исследований шире, чем клинических исследований.

1.2. Афазический синдром как предмет изучения нейролингвистики

По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, в России каждый год происходит 400000 новых случаев инсульта. А нарушения речи встречаются в 25-30% случаев перенесенного инсульта. Таким образом, каждый год более ста тысяч людей страдают речевыми расстройствами такими, как афазия. Пациенты с афазией чаще всего утрачивают независимость и трудоспособность, что усложняет их восстановление и выздоровление. Зачастую афазия является причиной потери работы и невозможности возвращения к ней [Тихоплав и др., 2019].

В широком смысле афазия – это расстройство возможности пользоваться речью при различных органических повреждениях головного мозга [Бейн, Овчарова, 1970]. Также, афазию определяют как «нарушение уже сформировавшейся речи, которое возникает вследствие локального поражения коры головного мозга левого полушария и представляет собой комплексные нарушения различных видов речевой деятельности» [Хомская, 2005: 395].

Однако, важно отметить, что афазия влияет не только на способность воспринимать и воспроизводить речь, но и на всю психическую сферу жизнедеятельности пациента, поэтому Л.С. Цветкова определяет афазию, как «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]. У пациентов с афазией встречается системное нарушение речи, т.е. в той или иной степени страдает экспрессивная речь (звукопроизношение, грамматика), импрессивная речь (восприятие и понимание), внутренняя речь, письменная речь (чтение и письмо) [Хомская, 2005].

Так как афазия является следствием поражения речевых центров коры головного мозга, то возможными причинами появления этого синдрома являются: инсульты, черепно-мозговые травмы, воспалительные заболевания мозга (например, энцефалит), опухоли головного мозга. Тяжесть синдрома зависит от возраста пациента, локализации очага поражения и компенсаторных возможностей [Гнездилова, 2020].

Существует множество классификаций форм афазий на основании лингвистических, психологических и анатомических критериев. Наиболее фундаментальной является классификация, разработанная советским ученым А.Р. Лурия. Она «учитывает локализацию очага поражения в доминантном полушарии – с одной стороны и характер возникающих при этом нарушений речи – с другой стороны» [Медицинский справочник болезней, 2009: 6]. А.Р. Лурия соотносит мозговые основы предикации и номинации с функциями передних и задних отделов коры головного мозга. Согласно данной классификации, различают:

- моторную (эфферентную и афферентную) – нарушение артикуляции, апраксия, распад единства предложения;
- акустико-гностическую – нарушение фонематического слуха, утрата понимания обращенной речи;
- акустико-мнестическую – дефект понимания речи и ее повторения, распад номинативной функции речи;

- семантическую – нарушение понимания логико-грамматических конструкций, обобщения;
- динамическую афазию – нарушение отношения между замыслом и речью [Там же].

Согласно А.Р. Лурия на ранних этапах развития афазии распадается «динамика артикуляторных актов, утрачивается внутренняя схема слова» [Лурия, 2009: 91–92]. Следовательно, нарушается плавная последовательность слов или слогов. Однако, на поздних этапах развития афазии наблюдается распад единства предложения и нарушение внутренней речи (формирование предварительной схемы фразы). Распад внутренней речи приводит к трудностям ее актуализации во внешнюю структуру предложения. При этом подвержены нарушениям все уровни устной экспрессивной речи.

В данной работе мы рассматриваем комплексную моторную афазию, потому что она «является часто встречающейся формой речевых расстройств» [Лурия, 2012: 232]. Данное речевое расстройство включает в себя элементы, как эфферентной (связана с поражением зоны Брока и центральный дефектом речи является невозможность переключения с одной артикуляторной позиции на другую), так и афферентной афазии (связана с поражением нижних отделов постцентральной коры и центральным дефектом речи является затруднение поиска отдельной артикуляторной позы) [Там же].

В результате трудности переключения с одного речевого элемента на другой для речи пациентов с комплексной моторной афазией характерны многочисленные перестановки звуков и слогов, контаминации, длительные паузы, нарушения ритмико-мелодической стороны речи. Однако, произношение отдельных звуков не нарушается. В остром периоде наблюдаются схожие симптомы с тотальной афазией, т. е. повсеместное нарушение экспрессивной речи. Тем не менее, понимание речи практически не страдает [Гнездилова, 2020].

К тому же, было выявлено, что у пациентов с комплексной моторной афазией наблюдается отчуждение смысла слова. «Это свидетельствует о том,

что в патологический процесс при любой форме афазии вовлекается височная доля левого полушария» [Пурцхванидзе, 2011: 175].

Одним из симптомов комплексной моторной афазии является утрата предикативного словаря – это термин, используемый логопедами. В клинической лингвистике под предикативным словарем принято понимать «совокупность слов, обозначающих действие или состояние предмета, в данном языке» [Лурия, 1966: 258]. Общеизвестно, что предикативность речи имеет первостепенное значение для конструирования высказывания. Глаголы являются важнейшей лексико-грамматической категорией в словаре человека. У людей с моторной афазией нарушение предикатов обусловлено моторными дефектами, дезорганизацией грамматической стороны речи [Лурия, 1974].

Для восстановления речи и реабилитации пациента с комплексной моторной афазией используются на раннем этапе автоматизированные речевые ряды. В дальнейшем больных можно побуждать к речевой активности с помощью беседы на выбранную тему или построения фразы по сюжетным картинкам. Важно помнить, что больным не указывается на дефекты произношения отдельных слогов, так как главная цель – восстановить коммуникативную функцию языка [Бурлакова, 1991].

Таким образом, можно сделать вывод, что афазия – это часто встречаемое явление, причиной которого в большинстве случаев является инсульт. По Е.Д. Хомской афазия – это «нарушение уже сформировавшейся речи, которое возникает вследствие локального поражения коры головного мозга левого полушария и представляет собой комплексные нарушения различных видов речевой деятельности» [Хомская, 2005: 395]. Мы выяснили, что существует множество форм афазии, но самая частотная является комплексная моторная афазия. Для комплексной моторной афазии характерны вышеупомянутые перестановки звуков и слогов, контаминации, длительные паузы, нарушения ритмико-мелодической стороны речи. В свою очередь для восстановления речи чаще всего используются речевые ряды, беседы, фразы по сюжетным картинкам.

1.3. Мультимодальный подход к анализу афазического дискурса

1.3.1. Специфика мультимодального исследования речи

В реалиях современного мира передача информации происходит не только посредством знаковой системы, языка, а с помощью «синтеза различных каналов передачи информации, включающий жесты, направление взгляда, мимика, позы, проксемика, культурный символизм и язык тела» [Бутовская, 2004: 12]. Взаимодействие людей, коммуникативные процессы между ними формируются в симбиозе «различных знаковых систем, т.е. мультимодальностей» [Сорокина, 2017: 168–169].

Формирование мультимодального подхода в лингвистике было обусловлено появлением такого направления как теория дискурса. Благодаря развитию данной теории, фокус внимания ученых сместился с вербальных средств, на различные каналы передачи информации. Данное положение синонимично с теорией мультимодальности. По словам А.А. Кибрика, «адекватное представление о естественной языковой коммуникации может быть получено лишь при мультимодальном подходе, учитывающим все коммуникативные каналы и их внутреннюю организацию» [Кибрик, 2010: 148–149].

В отечественной лингвистике не существует единого определения термина «дискурс», и в зависимости от подхода и направления, в котором работают ученые, он толкуется по-разному. Например, Н.Д. Арутюнова дает следующее определение дискурса: «Дискурс (от франц. discours – речь) – связный текст в совокупности с экстралингвистическими, прагматическими, социокультурными, психологическими и другими факторами, текст, взятый в понятийном аспекте; речь, рассматриваемая как целенаправленное социальное действие, как компонент, участвующий во взаимодействии людей и механизмах их сознания (когнитивных процессах). Дискурс – это речь, погруженная в жизнь». [Арутюнова, 1990: 136–137]. При этом Т.А. ван Дейк предлагает более коммуникативно детерминированное определение дискурса:

«Дискурс – это коммуникативное событие между говорящим и слушающим в процессе коммуникативного действия в определенном временном, пространственном и прочем контексте. Это коммуникативное действие может быть речевым, письменным, иметь вербальные и невербальные составляющие» [Ван Дейк, 1989: 23].

Так же как термин «дискурс», термин «мультиmodalность» является релевантным для нашего исследования. Слово «мультиmodalность» полисемично, оно используется в разных научных областях. Исторически оно восходит из психологии и используется для обозначения каналов восприятия. В когнитивной лингвистике термин – как один из кодов информации, психолингвистике – как принадлежность к определенной сенсорной системе (ощущения, сигналы, стимулы, рецепторы) [Kress, 2009]. В свою очередь, А.А. Кибрик полагает, что термин «мультиmodalность» «опирается на понимание modalности, принятое в психологии, нейрофизиологии и информатики как тип внешнего стимула, воспринимаемого одним из чувств человека, в первую очередь зрением и слухом» [Кибрик, 2010:135]. Наша коммуникация состоит из воспринимаемой нами информации, которая поступает по информационным каналам [Там же].

Исходя из определений, мультиmodalность заключается в передачи значений при помощи разных семиотических средств – модусов. А.А. Кибрик считает, что модусы равны органам чувств (зрение, слух) [Там же]. Однако визуальный канал, как и другие каналы, имеет «сложную внутреннюю организацию» и может быть разделен на компоненты, которые также включены в понятие мультиmodalности [Там же: 136]. Например, речь включает в себя вербальные и просодические параметры; письменная речь – вербальные и графические параметры; визуальный канал состоит из жестикуляции, мимики, позы, проксемики и других составляющих «языка тела» [Там же].

По словам А.А. Кибрика, «жестикуляция является ведущим компонентом визуального информационного канала» [Там же: 140].

Следовательно, в рамках мультимодальности в нашем исследовании будет рассмотрен жестовый компонент коммуникации.

Жестикуляция является одним из ведущих компонентов визуального канала. А.А. Кибрик определяет жесты как «коммуникативное кинетическое поведение, в первую очередь при помощи рук, способное передавать смысл от говорящего к слушающему» [Там же: 136]. Базовая единица жестового канал – «мануальный жест, представляющий собой единое кинетическое усилие и характеризующиеся рядом признаков: рукость: леворучный, праворучный, двуручный жесты; сопоставление: идентичное, симметричное; траектория движения: прямая, дуга, окружность» [Кибрик, 2018: 74]. Самыми распространенными жестами являются указательные. Обычно люди используют их для привлечения внимания собеседника к референту. «Указательный жест является необходимым элементом дейктической процедуры» [Кибрик, 2010: 140]. Из этого следует, что прочтение жестикуляции важно для понимания референции в дискурсе.

Однако, при анализе визуального канала нужно учитывать разницу между коммуникативными и физиологически мотивированными движениями. Важными отличительными характеристиками жестов в отличие от физических движений является «наличие номинации» и «способность жестов менять свое значение в географическом и культурном пространстве, а также во времени [Григорьева, Григорьев, Крейдлин, 2001: 11]. Примером такого изменения является жест перекреститься.

Исходя из вышеперечисленных положений, следует, что благодаря появлению теории дискурса, ученые стали прибегать к мультимодальному анализу. А.А. Кибрик полагает, что термин «мультимодальность» «опирается на понимание модальности, принятое в психологии, нейрофизиологии и информатики как тип внешнего стимула, воспринимаемого одним из чувств человека, в первую очередь зрением и слухом» [Кибрик, 2010: 135]. Информации в течении коммуникации поступает по информационным каналам, которые соотносятся с нашими органами чувств (слух и зрение).

Следовательно, в поле нашего исследования также должен входить и жестовый канал.

1.3.2. Невербальная семиотика, классификация жестов

Ученые, анализируя мультимодальный дискурс, изучают взаимодействие языка и знаковых кодов, которые передаются по невербальным каналам коммуникации. При этом крайне важно знать значение и интерпретацию невербальных знаков для дальнейшего исследования. Этой проблемой занимается наука – невербальная семиотика. Так как данная наука является многокомпонентной системой, «состоящей из взаимосвязанных дисциплин: паралингвистика, кинесика, окулесика, аускультация, гаптика, гастика, ольфакция, проксемика, хронемика, системология», она помогает интерпретировать мимику, жесты, взгляд партнера, позу, дистанцию, темп, интонацию речи и многое другое [Крейдлин: 2002].

В зависимости от подхода и направления, в котором работают ученые, выделяют разные центральные дисциплины. Однако, «два раздела невербальной семиотики, которые признаются основными являются паралингвистика и кинесика» [Там же: 23]. Фокус нашего исследования будет сосредоточен на кинесике.

Кинесика – это «наука о жестах и жестовых движениях, о жестовых процессах и жестовых системах» [Там же: 22]. Основным предметом изучения является жест. Жесты в коммуникативной ситуации выполняют различные роли: «они могут повторять, дублировать актуальную речевую информацию (показывать пальцем, глазами или даже головой); замещать речевое высказывание (жест кивок); подчеркивать или усиливать какие-то компоненты речи; дополнять речь в смысловом отношении (погрозить пальцем); выполнять роль регулятора речевого общения. [Там же: 63].

Базовыми единицами кинесики являются кины и кинемы. Кинами называют «мельчайшие, далее не делимые, наименее заметные движения

длительностью 1/50 секунд [Birdwhistell, 1952: 63]. Кинемы в свою очередь являются «более крупными единицами, с помощью которых происходит реальное общение людей» [Там же: 65]. Однако, наряду с кинами и кинемами базовой единицей кинесики является жест. Согласно Г.Е. Крейдлину слово кинема является «просто синонимом слова жест» [Крейдлин, 2002: 64].

Наша коммуникация состоит из разнообразных кинем. Поэтому существуют различные подходы к их классификации. Например, согласно Г.Е. Крейдлину можно выделить «три семиотических класса: кинемы, имеющие самостоятельное лексическое значение и способные передавать смысл независимо от вербального контекста; кинемы, выделяющие какой-то речевой или иной фрагмент коммуникации; кинемы, управляющие ходом коммуникативного процесса, то есть устанавливающие, поддерживающие или завершающие коммуникацию» [Там же: 65].

Первый вид кинем называют эмблемами. Большинство эмблем «выступают в коммуникативном акте изолированно от речи», они заменяют слова в коммуникативном акте [Бутовская, 2004: 35]. Примером эмблем являются: «протянуть руку для рукопожатия, кивок согласия, склонить голову, погрозить кулаком, постучать рукой по лбу, подзывать рукой, поманить пальцем и т.д.» [Там же: 42].

Второй вид кинем называют иллюстраторами. Иллюстраторы в свою очередь не могут выступать в коммуникативном акте изолированно от речи, они «не могут передавать значения независимо от вербального контекста» [Крейдлин, 2002: 78]. Примерами иллюстраторов являются: «легкое опускание век при произнесении утвердительного предложения в конце его; раскрытые руки в направлении ладонями вверх и слегка наклоненные к адресату» [Там же: 80]. Наиболее типичными представителями иллюстраторов являются мануальные жесты. Однако, существует несколько типов иллюстраторов: жестовые ударения (движения рук, синхронные с актуальной речью), указательные жестовые движения, пространственные и временные маркеры («например, при произнесении высказывания Он сделал это очень медленно

(быстро) амплитуда движущейся руки может меняться в соответствии со сказанным»), идеографические маркеры, кинемонографы («например, изображение ходьбы человека движениями пальцев») [Там же: 121]. Иллюстраторы чаще всего отражают новую информацию, важную на данном отрезке дискурса, помогая говорящему сформулировать, а слушающему – понять речевое послание [Николаева, 2004].

Третий вид кинем – регуляторы. Они, как и эмблемы могут быть обособленными от речи, так и взаимодействовать с ней. Данный вид кинем носит регуляторную функцию, «в частности фатическую функцию поддержания общения» [Там же: 52]. Примером регуляторов является: «кивок, мимические аналоги кивок типа закрывание и открывание глаз, мелкие движения типа смены поз и некоторые определенным образом ориентированные движения тела» [Крейдлин, 2002: 124].

Отличительной характеристикой жестов от физически мотивированных движений является наличие у первых семантики. У каждого жеста есть своя номинация. Выделяются два основных семантических типа жестов: коммуникативные и симптоматические [Григорьева, Григорьев, Крейдлин, 2001].

Коммуникативные жесты – «невербальные единицы, несущие информацию, которую жестикулирующий в коммуникативном акте намеренно передает адресату» [Там же: 11]. Такие жесты в своей семантике отражают указания на участников коммуникативного акта, на время, объект или предмет коммуникативной ситуации. Примерами коммуникативных жестов являются: «погрозить кулаком, подмигнуть, поманить рукой, кивнуть головой, помотать головой, показать руками (размер, объем)» [Там же: 75]. Коммуникативные жесты в свою очередь делятся на подклассы: этикетные, дейктические и общекоммуникативные.

Ученые С.А. Григорьева, Н.В. Григорьев, Г.Е. Крейдлин полагают, что самый большой по объему подкласс жестов является общекоммуникативным, по-другому его называют общим, ситуативно нейтральный. Примерами

общекоммуникативных жестов являются «склонить голову, приложить палец к губам, протягивать руку, покачать головой, похлопать рукой по животу [Там же: 156–158].

Другой тип жестов называется симптоматический. Такие жесты отражают эмоции говорящего. Примерами являются кинемы «прикрыть рот рукой от изумления, сжать губы от гнева, кусать губы из-за нервного состояния, барабанить пальцами по столу» [Крейдлин, 2002: 432]. Симптоматические сохраняют черты физиологических движений и коммуникативных жестов. От физически мотивированных движений симптоматическим жестам присуща природа эмоции (по своей сути является физиологическим явлением), однако жестами передается семантика эмоции, а не ее проявление [Григорьева, Григорьев, Крейдлин, 2001].

Согласно приведенным выше классификациям, следует, что жесты играют важную роль в коммуникации. Они способны регулировать общение, дополнять речь или даже выступать обособленно от нее. Поэтому изучение жестов релевантно для нашего исследования [Крейдлин, 2002].

Подводя итог, можно сделать вывод, что невербальная семиотика – это многокомпонентная наука, состоящая из множества дисциплин. В контексте нашего исследования мы будем рассматривать кинесику. Существуют различные классификаций жестов, согласно которым некоторые типы жестов, а именно коммуникативные по своей природе обладают семантическим значением. Следовательно такие жесты могут компенсировать пробелы на определенном отрезке дискурса или заменять слова в коммуникативной ситуации.

1.3.3. Специфика жестов при патологии

Люди с тяжелой формой афазии больше полагаются на использование других каналов коммуникации: жестикуляция, мимика и т.д. [Van de Sandt-Koenderman, 2004]. Такой подход к взаимодействию с другими людьми и

внешним миром применяется в контекст альтернативной или аугментативной коммуникации. Альтернативная коммуникация – это «все способы коммуникации, дополняющие или заменяющие обычную речь людям, если они не способны при помощи нее удовлетворительно объясняться» [Штягинова: 2012, 5]. Такая коммуникация стимулирует речевую активность и помогает ее восстановлению. Соответственно, есть множество дополнительных средств, которые облегчают понимание и выражение мысли, но самые распространённые – это жесты, использование различных символов [Там же: 6].

В рамках аугментативной коммуникации, были разработаны способы взаимодействия людей с нарушением речи для удовлетворения потребностей в общении. Такие способы осуществляются при помощи вспомогательных средств (оборудование, технологии), либо без них. Примером осуществление альтернативной и аугментативной коммуникации без помощи технологии и оборудования являются «жесты, знаки и коды моргания глаз («поднятие глаз для обозначения «да» или закрытие глаз для обозначения «нет»)). Автоматизированная альтернативная коммуникация включает в себя «системы обмена изображениями, компьютерная генерация речи» [Light, McNaughton, 2014: 15].

Нет определенного портрета человека, который является пользователем аугментативной коммуникации. Альтернативная коммуникация может протекать среди людей разных возрастов, разных социально-экономических, этнических классов. Люди, нуждающиеся в такой коммуникации, обладают разнообразными коммуникативными возможностями, но общее для них является то, что им требуется поддержка для эффективного общения и удовлетворения их социальных потребностей. Некоторые из таких людей способны воспроизводить ограниченный вокабуляр, но зачастую этого недостаточно для общения с незнакомыми людьми и в ситуациях, приближенных к стрессу: выступления в группах, коммуникация с

собеседником при помехах (шумы) или взаимодействие с коммуникантом без пресуппозиции [Там же].

Альтернативная коммуникация используется при нарушениях слуха (язык жестов), задержке интеллектуального развития (нарушения, влияющие на способность усвоения вербальных сигналов из-за ограничений функционирования памяти, мышления), нарушениях контакта (аутизм), проблемах, связанных с артикуляционными органами (синдром Дауна), и при приобретенных заболеваниях или травмах (афазия) [Штягинова, 2012: 5].

Главная цель использования аугментативной коммуникации состоит не только в том, чтобы выстроить функционирующую систему коммуникации, но и предоставить людям возможность эффективно и, самое главное, самостоятельно взаимодействовать с коммуникантами и участвовать в разнообразных коммуникативных ситуациях. Кроме того, важным приоритетом является обучение человека вести внутренний диалог [Light, McNaughton, 2014].

Жесты, как упоминалось выше, являются важнейшим инструментом в рамках подхода альтернативной коммуникации. Они позволяют визуализировать образ того или иного слова, передать его семантику. Согласно Е.А. Штягиновой «жесты стимулируют развития речи, когда используются совместно со словом, которое проговаривается вслух» [Штягинова, 2012: 5]. К таким жестам относят «символические социальные жесты и движения (да, нет, нельзя, иди сюда, смотри, слушай), жесты – имитации простых предметных действий (спать, плакать, телефон, звонить по телефону) и жесты описательного характера (изображение дома, самолета)» [Там же: 8].

Однако, в исследованиях Коэльо и Даффи, посвященных использованию мануального жеста при афазии, была обнаружена недостаточность разработки данного вопроса. Испытуемого (человек с афазией) обучали различным мануальным знакам с разнообразной семантикой (глаголы, существительные, прилагательные). Согласно авторам исследования, испытуемый освоил 73 единицы из 90 знаков. Во время контрольных измерений, тестируемый только

один раз использовал обученный жест в беседе с логопедом и не использовал обученные жесты при взаимодействии с людьми в домашних условиях. Коэльо и Даффи пришли к выводу, что, хотя испытуемые с афазией могут овладеть словарем жестов, они не склонны использовать знаки во время коммуникации [Coelho, Duffy, 1985].

Тем не менее люди с афазией сталкиваются со значительными ограничениями при произведении речи, и они могут передавать информацию, заполнять лакуны с помощью незаученных жестов. Согласно исследованию, проведенному К. Бир, К. Хогрефе, М. Хиелшер-Фастабенд и Д. Руитер, люди с тяжелой формой афазии передают больше информации с помощью жестов, чем с помощью речи. К тому же, для слушателя симбиоз жестового и вербального каналов оказался наиболее информативным. Но при этом, в данном исследовании рассматривается только тяжелая форма афазии, что говорит о незаконченности исследования [De Beer, et al., 2020].

Интерес исследования речи людей, страдающих афазией, заключается в том, чтобы обнаружить, что происходит с жестами при нарушении речи, и, таким образом, определить связи, которые объединяют речь и жесты в общении. Исследование Гаэлье Ферре показало, что существует связь между запоминанием лексики и использованием жестов. Наличие жестов на отрезке дискурса улучшает выработку лексики у людей с афазией [Ferré, 2018].

Кроме того, в исследованиях де Бира, де Руитера, К. Хогрефе и М. Хиелшер-Фастабенд было выявлено, что люди с афазией используют больше жестов по отношению к общему количеству слов, чем люди без афазии. Люди с афазией обычно используют жесты иллюстраторы в процессе повествования, компенсируя пробелы в речи. Согласно исследованию, компенсаторный эффект жестов зависит от степени тяжести афазии у пациентов. Чем тяжелее афазия, тем больше жестов требуется для удовлетворения коммуникативных потребностей [De Beer, et al., 2019].

Использование жестов при нарушениях речи помогает актуализировать лексемы, связанные с пространственной информацией. По мнению Сотаро

Кита «жестикуляция помогает говорящему организовать информацию способом, подходящим для лингвистического выражения» [Kita, 2000: 173].

Жесты играют важную роль не только для людей с патологиями, но и с точки зрения восприятия слушающим речи людей с афазией. Мимические жесты способствуют пониманию не только сегментарных единиц речи, но и просодических единиц, фонетических фраз, контрастивных акцентов. В исследованиях Ферре видно, что «движения головы, мануальные жесты могут провоцировать восприятие контрастивного акцента, даже если высказывание не содержит его акустически» [Ferré, Lelandais, 2019: 119]. Жесты иллюстраторы могут облегчить понимание семантических единиц, поскольку жестикуляция включает в себя репрезентативные аспекты в отношении конкретных объектов или понятий [Там же].

Согласно приведенным выше теоретическим положениям, можно сделать вывод, что люди с тяжелой формой афазии, проходят терапию, ориентированную на использование других каналов коммуникации, например, жестовый канал. Такой вид терапии применяется в контекст альтернативной или аугментативной коммуникации. Жесты позволяют визуализировать образ того или иного слова, передать его семантику, поэтому люди с афазией используют больше жестов по отношению к общему количеству слов, чем люди без афазии.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Нейролингвистика – это «наука, изучающая мозговые нарушения речевой деятельности и те изменения в речевых процессах, которые возникают при локальных поражениях мозга». Изучение системы языка в рамках нейролингвистики происходит «в соотношении с мозговым механизмом речевого поведения» [Черниговская, 2013: 122]. Нейролингвистика сравнительно молодая дисциплина, изучающая взаимодействие между мозгом и языком. К предмету исследования данной дисциплины относят мозговую организацию коммуникативной компетенции человека, а объектом является мозг человека. Языковое нарушение – «нарушение языковой функции, вызванное поражением определенных зон головного мозга» [Лурия, 2009: 87].

Под афазией мы понимаем комплексное нарушение речевой деятельности вследствие поражения головного мозга. Это часто встречаемое явление, которое имеет множество форм. Самая распространенная форма – комплексная моторная афазия, поэтому наше исследование связано именно с ней.

Для речи пациентов с комплексной моторной афазией характерны многочисленные перестановки звуков и слогов, контаминации, длительные паузы, нарушения ритмико-мелодической стороны речи и утрата предикативного словаря. У людей с моторной афазией нарушение предикатов обусловлено моторными дефектами, дезорганизацией грамматической стороны речи.

Термин «мультимодальность» «опирается на понимание модальности, принятое в психологии, нейрофизиологии и информатики как тип внешнего стимула, воспринимаемого одним из чувств человека, в первую очередь зрением и слухом» [Кибрик, 2010: 135]. Информация в течении коммуникации поступает по информационным каналам, которые соотносятся с нашими органами чувств (слух и зрение). В фокусе нашего исследования рассматривается жестовый компонент коммуникации и его компенсаторные

функции в ситуации речевой патологии. Таким образом оно является мультимодальным.

Жестикуляция является одним из ведущих компонентов визуального канала. Жесты – это «коммуникативное кинетическое поведение, в первую очередь при помощи рук, способное передавать смысл от говорящего к слушающему». Существуют различные классификаций жестов, согласно которым некоторые типы жестов по своей природе обладают семантическим значением. Следовательно такие жесты могут компенсировать пробелы на определенном отрезке дискурса или заменять слова в коммуникативной ситуации.

Жесты являются важнейшим инструментом в рамках подхода альтернативной коммуникации. Они позволяют визуализировать образ того или иного слова, передать его семантику, поэтому люди с афазией используют больше жестов по отношению к общему количеству слов, чем коммуниканты без патологии.

ГЛАВА 2. МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ ПРИ АФАЗИИ

2.1. Мультимодальная методика изучения афазического дискурса

Традиционные методы клинической лингвистики включают сбор образцов спонтанной речи. Образцы речи могут представлять собой диалоги с логопедом или специалистом по речевым патологиям или с речевым партнером (члены семьи). В контексте клинической лингвистики образцами спонтанной речи выступают личностные повествования (зачастую рассказы о событии, которое привело к травме), пересказы и описание картинок. В качестве материала для проведения исследования были отобраны видеозаписи диалогов с людьми с комплексной моторной афазией. Источником информации послужили видеоматериалы интернет-сервиса YouTube.

После формирования источников информации мы приступили к анализу полученных данных. Работа была выполнена с помощью приложения ELAN 6.3.

ELAN 6.3. – программное обеспечение, профессиональный инструмент для добавления мультиканального аннотирования и расшифровки видео и аудиозаписей. Программа имеет многоуровневую модель данных, которая поддерживает аннотацию с несколькими участниками. ELAN 6.3. позволяет производить разметку видео- и аудиозаписей. Для этого в специальном поле выделяются слои, которым присваивается имя, и вручную выделяются отрезки, которые можно заполнить, например, дать комментарий. Программа применяется в гуманитарных и социальных науках (языковая документация, исследование жестов) с целью проведения качественного и количественного анализа. После аннотирования программа предлагает различные выводы информации (таблицы, диаграмма) для дальнейшего анализа.

Эмпирическим материалом выступают 5 часов видеозаписей занятий логопеда и пациента с афазией интернет-сервиса YouTube. В видеоматериалах

два героя – интервьюер и человек с афазией. План съёмки «от макушки до пояса» определил количество выделенных слоёв. Были определены следующие слои:

1. Жесты: в этот слой включались эмблемы, иллюстраторы, регуляторы, которые являлись значимыми для нашего анализа: «кивок», «поворот головы к собеседнику», «указательные движения кисти», «изображение значений слов с помощью рук»;

2. Речь: в этот слой включалась вербальная коммуникация собеседников: «предполагает несказанное слово», «повторяет слово за пациентом».

2.2. Функции жестов при комплексной моторной афазии

2.2.1. Жесты-иллюстраторы в афазическом дискурсе

В ходе анализа теоретических положений было выявлено, что в рамках коммуникативной ситуации общения с человеком с комплексной моторной афазией изучение жестов является релевантным, что обусловлено ограничениями в передаче информации, а невербальные компоненты коммуникации позволяют заполнить лакуны.

Проведя анализ видео записей диалогов людей с афазией, можно выявить, как компенсируются пробелы в вербальной коммуникации, и какую роль играют жесты в афазическом дискурсе.

(1) Статистика первого видео является показательной. Каждая фраза пациента сопровождается жестами: зеленым обозначены эмблемы, болотно-зеленым обозначены иллюстраторы и синим регуляторы. Чаще всего встречаются жесты-иллюстраторы, так как они отражают новую информацию, важную на данном отрезке дискурса, помогая говорящему сформулировать, а слушающему – понять речевое послание. Разрывы в линии «пациент фраза» говорят о паузах человека с комплексной моторной афазией (Рис.1).



Рисунок 1. Насыщенность слоев первой разметки

Важно отметить, что с помощью жестов-иллюстраторов, а именно кинефонографов, человек компенсирует слова в процессе коммуникации. (Например, изображение ходьбы человека движениями пальцев). В данном видео больной несколько раз прибегает к использованию таких жестов. Например, при произнесении фразы “*go and one hour flight*” («пойти и один час полета»), пациент помогает себе произнести слово “*flight*” («полет») жестовым изображением самолета с помощью движения ладони снизу вверх (Рис.2).



Рисунок 2. Жестовое изображение самолета

Запись диалога логопеда с пациентом была сделана в рамках занятия, направленного на восстановление экспрессивной речи. Пациент сталкивается с трудностью при произнесении лексемы, вследствие чего между коммуникантами произошел следующий диалог:

Пациент: “*Yes and want to...hm*” («Да и хочу...хм»).

Логопед: “*Sleep*” («Спать»).

Пациент: “*Yes.*” («Да»).

В данном примере мы можем наблюдать длительную паузу, характерную для речи людей с комплексной моторной афазией. При западении лексической единицы интервьюируемый с помощью жеста-иллюстратора, а именно изображая спящего человека посредством расслабления всего тела: руки и голова опущены, передает семантику несказанной лексемы. Несказанное слово является глаголом, а именно инфинитивом, так как после предиката “want” идет частица “to”, которая является формальным признаком инфинитива. Кроме того, стоит отметить, что собеседник реагирует не на вербальное высказывание больного в определенный отрезок дискурса, а на информацию, транслируемую через жестовый канал. В разговорном анализе интерпретация дискурса должна базироваться на интерпретации собеседника, поэтому после данного жеста, собеседник предполагает несказанное слово, и пациент соглашается с ним (Рис.3).



Рисунок 3. Изображение спящего человека

Собеседник внимателен к больному, и это прослеживается в его интенции к поддержанию взаимодействия. Каждый раз, когда больной вместо произнесенного слова показывал жест, собеседник считывал это и предлагал потенциальные варианты. Так, пациент, не произнеся ни слова, использует жест-иллюстратор, изображая ходьбу с помощью напряженных движений рук вверх и вниз, руки согнуты в локтях, пальцы собраны в кулак. После этого, собеседник спрашивает “*did you go*” («ты ходил») и на этот вопрос, пациент реагирует с помощью жеста-эмблемы согласия (кивок) (Рис. 4).



Рисунок 4. Изображение ходьбы

Отметим также способ заполнения пауз пациентом. Интервьюируемый без слов использует жесты-иллюстраторы: указательный палец направлен вперед, указательное движение руки назад. Его глаза сконцентрированы на стенах помещения. Собеседник, наблюдая за данными движениями, произносит лексему “*hospital*” («*больница*»), и пациент соглашается с ним, говоря “*yes*” («*да*») (Рис. 5).

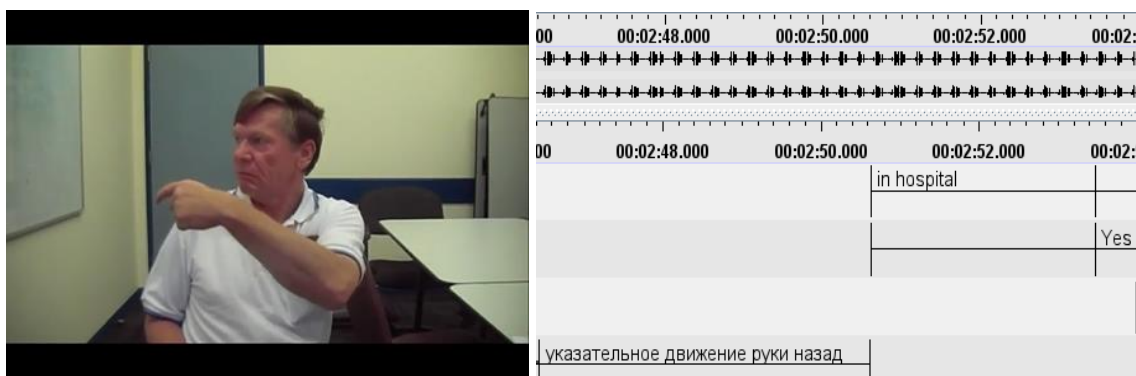


Рисунок 5. Указательные движения на стены

(2) Тенденцию к замещению жестами слов с помощью иллюстраторов можно отследить во втором видео. Пациент затрудняется произнести слово, говоря “*it is T or it's not T it's you know*” («*это T или это не T, ну ты знаешь*») параллельно изображая круг указательным пальцем. Собеседник внимательно слушает и произносит правильное слово “*MRI*” («*MPT*») (Рис. 6).

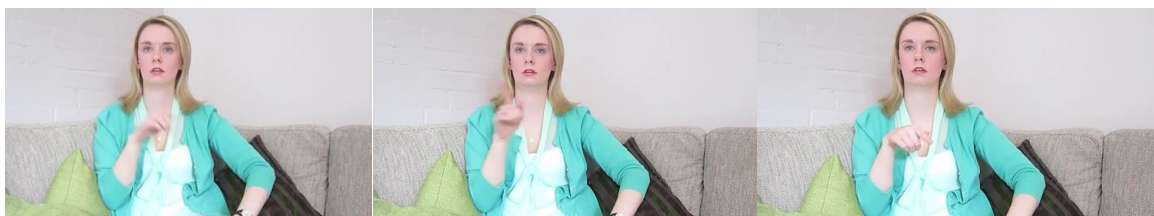


Рисунок 6. Изображение круга указательным пальцем

В свою очередь, во фразе *“I am supposed to be in the m...middle”* («Я должна быть в с... середине»), интервьюируемый помогает себе произнести слово *“middle”* («середина») с помощью жеста-иллюстратора – руки согнуты в локтях, приподняты на середину туловища, ладони направлены вверх. В данном случае характер западения слова мотивирован затруднением поиска артикулярной позы, что характерно для речи людей с комплексной моторной афазией (Рис. 7).



Рисунок 7. Изображение середины

Были обнаружены кинезонографы, такие как изображение письма с помощью движения правой руки и изображение книги с помощью движения ладоней, направленных вверх. Данные жесты помогают пациенту сконцентрироваться и произнести нужное слово (Рис. 8).



Рисунок 8. Изображение письма и книги

Согласно анализу аннотирования, проведенного в приложении ELAN 6.3 общее количество жестов пациентов с комплексной моторной афазией в двух различных видео приближено к количеству произнесенных фраз пациента. Так, в первом видео пациент произнес 103 фразы и произвел в общей сумме 121 кинемы, во втором видео пациент произнес 62 фразы и произвел в общей сумме 64 кинемы. Из этого следует, что жесты являются важным компонентом коммуникации, они помогают не только компенсировать лакуны в вербальном канале, но и транслировать важную информации для собеседника, на которую он может легко реагировать (Рис. 9).

Слой	Количество аннотаций	Слой	Количество аннотаций
собеседник	32	Собеседник	21
Пациент фраза	103	Пациент фраза	62
пациент ж-эмблемы	14	пациент ж-эмблемы	17
пациент ж-иллюстраторы	90	пациент ж-иллюстраторы	39
пациент ж-регуляторы	17	пациент ж-регуляторы	8

Рисунок 9. Анализ аннотирования, проведенного в приложении ELAN 6.3

2.2.2. Жесты-эмблемы в речи пациентом, страдающих афазией

Анализируя жесты-эмблемы в рамках афазического дискурса, стоит отметить, что данный вид жестов может возникать отдельно от вербального компонента коммуникации ввиду того, что жесты-эмблемы несут за собой закрепленную семантику.

(3) В приведенном видео, логопед и пациент знакомятся друг с другом. Логопед произносит: *“Hi Anna, nice to meet you. I am your speech therapist.”*

(«Привет, Анна, приятно с тобой познакомиться. Я твой логопед»). Анна (имя пациентки) использует жест-эмблему рукопожатие для знакомства с новым логопедом. Примечательно, что Анна произносит слово “hi” («привет») только после данного жеста (Рис. 10).



Рисунок 10. Жест-эмблема рукопожатие

(4) Далее в четвертом видео, жест эмблема встречается в начале диалога. Логопед знакомится с пациенткой, говоря: “*Hello Lexi, I am Gaby and I am going to ask you some questions. Do you feel good?*” («Привет, Лекси, я Габи, и я собираюсь задать тебе несколько вопросов. Ты хорошо себя чувствуешь?») Лекси (имя пациентки) ничего не произнесла, но с помощью мануального жеста-эмблемы большой палец вверх передала необходимую в коммуникативной ситуации информацию (Рис. 11).

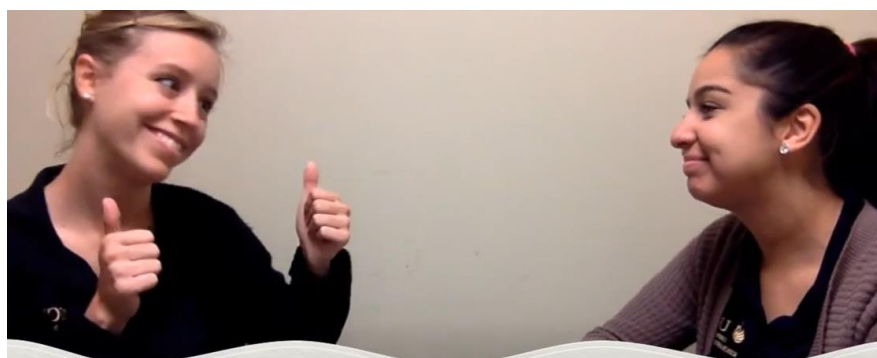


Рисунок 11. Жест-эмблема большой палец вверх

(5) В следующем видео логопед и пациент дискуссияруют на тему отдыха. Пациент повествует о том, как проводил отпуск до инсульта говоря: *“I used a regular parking”* («Я пользовался обычной парковкой»). Логопед переспрашивает: *“Regular parking space?”* («Обычным парковочным местом?»), на что пациент отвечает: *“No. Parking in t...the...”* («Нет. Парковка т...в...»). Поскольку мы рассматриваем речь людей с комплексной моторной афазией, то в данном примере мы характер западения обусловлен затруднением поиска отдельной артикулярной позы. Далее логопед предполагает пропущенное слово: *“Parking in the hotel?”* («Парковка в отеле?»), и пациент говорит: *“Yes!”* («Да!»). Вместе с последним словом пациент использует жест-эмблему – указательный палец направлен на собеседника. Лексема так и не была произнесена, но собеседник догадался об утраченной информации (Рис. 12).



Рисунок 12. Жест-эмблема–указательный палец направлен на собеседника

(6) В шестом видео логопед спрашивает: *“Así que habéis pensado hacer?”* («Итак, вы подумали о том, что будете делать?») Пациентка не уверена в том, что будет делать на выходных, и, прежде чем ответить на вопрос поднимает правое плечо и наклоняет голову вправо, говоря фразу *“no sé, la cena, no sé”* («я не знаю, ужинать, я не знаю»). Жест-эмблема с семантикой неуверенности помогает ответить на вопрос логопеда (Рис. 13).



Рисунок 13. Жест-эмблема с семантикой неуверенности

Такой же жест можно наблюдать при ответе на вопрос: “*Hay leones en Europa?*” («*Есть львы в Европе?*»). Пациентка поднимает правое плечо и наклоняет голову вправо – жест-эмблема с семантикой неуверенности, и произносит фразу “*en el zoo...*” («*в зоопарке...*»). Данный жест помог сконцентрироваться на ответе и произнести правильно слово (Рис. 14).



Рисунок 14. Жест эмблема с семантикой неуверенности

Далее логопед спрашивает “*sabes que es?*” («*знаешь, что это?*»). Стоит отметить, что собеседник с афазией не знает, что означает данное слово. На вопрос, пациентка отвечает с помощью жеста-эмблемы с семантикой «нет», поворачивая голову из стороны в стороны. Важно подметить, что на вербальном уровне ответа не было (Рис. 15).



Рисунок 15. Жест эмблема с семантикой «нет»

Подводя итог, жесты-эмблемы в рамках афазического дискурса возникают отдельно от вербального компонента коммуникации ввиду того, что эмблемы несут за собой закреплённую семантику. Пациенты используют данный вид жестов для замены лексем, так как в большинстве случаев они так и не были произнесены.

2.2.3. Функции жестов-регуляторов при патологии

Анализируя жесты-регуляторы в рамках афазического дискурса, стоит подчеркнуть главную функцию данных кинем – фатическую. Жесты-регуляторы по определению направлены на поддержание контакта коммуникантов в коммуникативном акте.

Обратимся к видеозаписи занятия логопеда с пациентом по восстановлению экспрессивной речи. В рамках занятия логопед задает вопросы пациенту о восстановительном процессе после инсульта. Пациент не услышал вопроса, вследствие чего обратился к логопеду с фразой «*te repite por favor*» («повтори, пожалуйста»), одновременно наклоняя голову в сторону собеседника. Данная кинема является жестом-регулятором, так как способствует поддержанию диалога и установлению контакта между пациентом и логопедом (Рис.16).



Рисунок 16. Жест-регулятор в диалоге на тему восстановительного процесс после инсульта

(7) В данном видеофрагменте диалог происходит между посетителями государственного центра по лечению приобретенных нарушений головного мозга в Мадриде и пациентом данного центра. На данном фрагменте запечатлено начало коммуникативной ситуации. Один из посетителей говорит: *“Pues nos encontramos aquí en el centro Estatal de atención al Daño Cerebral.”* («Ну, мы находимся здесь, в государственном центре по лечению приобретенных нарушений головного мозга.»). Это утвердительное предложение, начало диалога в следствие чего пациент поддерживает контакт с собеседником, используя жест-регулятор – кивок головы. Стоит отметить, что данный жест-регулятор не содержит никакой семантики, только несет фатическую функцию (Рис 17).



Рисунок 17. Жест-регулятор кивок головы

(8) Обратимся к следующей видеозаписи пациента с посетителем клиники. На данном фрагменте запечатлено знакомство между людьми, посетитель рассказывает про себя и про цель прихода в клинику. Стоит подчеркнуть, что пациент на протяжении всего монолога посетителя держит зрительный контакт, тело повернуто в сторону собеседника, наблюдаются легкие кивки (Рис. 18).



Рисунок 18. Жесты-регуляторы во время знакомства пациента с посетителем

Таким образом, жесты-регуляторы помогают людям с афазией поддерживать диалог и быть полноправными участниками коммуникации, даже несмотря на речевые патологии. В подтверждение этих слов, мы также приведем диаграмму аннотаций, которая наглядно показывает, что жесты регуляторы возникают вместе с фразами собеседника. Синим обозначена линия «собеседник», зеленым обозначена линия «пациент жесты-регуляторы». Разрывы в линии «собеседник» говорят о том, что интервьюер молчит, разрывы в линии «пациент жесты-регуляторы» говорят, что жестов-регуляторов не наблюдается. При этом видно, что линии «собеседник» и «пациент жесты-регуляторы» совпадают (Рис.19).

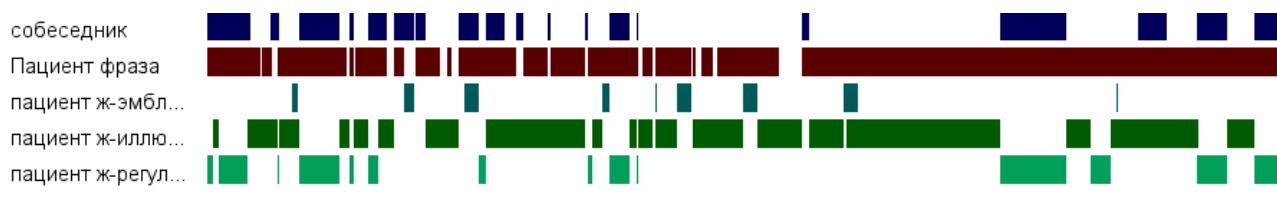


Рисунок 19. Диаграмма аннотаций

2.3. Компенсаторная функция жестов при утрате предикативного словаря

В результате трудности переключения с одного речевого элемента на другой для речи пациентов с комплексной моторной афазией характерны многочисленные перестановки звуков и слогов, контаминации, длительные паузы, нарушения ритмико-мелодической стороны речи. В остром периоде данный вид афазии может напоминать тотальную афазию, т. е. повсеместное нарушение экспрессивной речи.

Одним из симптомов комплексной моторной афазии является утрата предикативного словаря – это термин, используемый логопедами. В клинической лингвистике под предикативным словарем принято понимать «совокупность слов, обозначающих действие или состояние предмета, в данном языке» [Лурия, 1966: 258]. Общеизвестно, что предикативность речи имеет первостепенное значение для конструирования высказывания. Глаголы являются важнейшей лексико-грамматической категорией в словаре человека. У людей с моторной афазией нарушение предикатов обусловлено моторными дефектами, дезорганизацией грамматической стороны речи.

В ходе анализа видеозаписей диалогов с людьми с афазией было выявлено, что компенсаторную функцию в афазическом дискурсе выполняют жесты иллюстраторы. Совместно с этим, именно жесты иллюстраторы используются при стремлении пациента компенсировать пробелы, связанные с предикатами.

(9) Запись диалога логопеда с пациентом была сделана в рамках занятия, направленного на восстановление экспрессивной речи. Больной описывает, что происходит на картинке. Пациент сталкивается с трудностью при произнесении лексемы, вследствие чего между коммуникантами происходит следующий диалог:

Пациент: “*Una niña*” («Девочка»).

Логопед: “*Que hacía?*” («Что делала?»).

Пациент: “*Estaba poniendo*” («Она клала»).

Пациент сперва поднимает руку вверх, а потом произносит данную фразу. В диалоге затруднение возникло перед произнесением глагола, так как семантически категориальное значение *poner* (*estaba poniendo*) является процесс (поместить предмет на какое-то место), выражено с помощью глагольной конструкции *estar+gerundio* во времени *pretérito imperfecto* (прошедшее несовершенное) и в предложении является сказуемым. (Рис. 20).



Рисунок. 20 Изображение движения

(10) На данном отрезке дискурса, пациент повествует о роли семьи при восстановительном процессе, говоря “*It’s good to walk with the dog and hm communicate*” («Приятно гулять с собакой и, хм, общаться»). Перед словом “*communicate*” («общаться») пациент берет длительную паузу, характерную для речи людей с комплексной моторной афазией, и не может произнести лексему. Лексической единицей является глагол, так как семантически категориальное значение является процесс (разговаривать с кем-то), морфологически присутствует суффикс *-ate*, характерный для глаголов. Затем, жестами, а именно, движениями открытой кисти вперед, пациент иллюстрирует данное слово. После данной кинемы, пациент произносит предикат (Рис. 21).

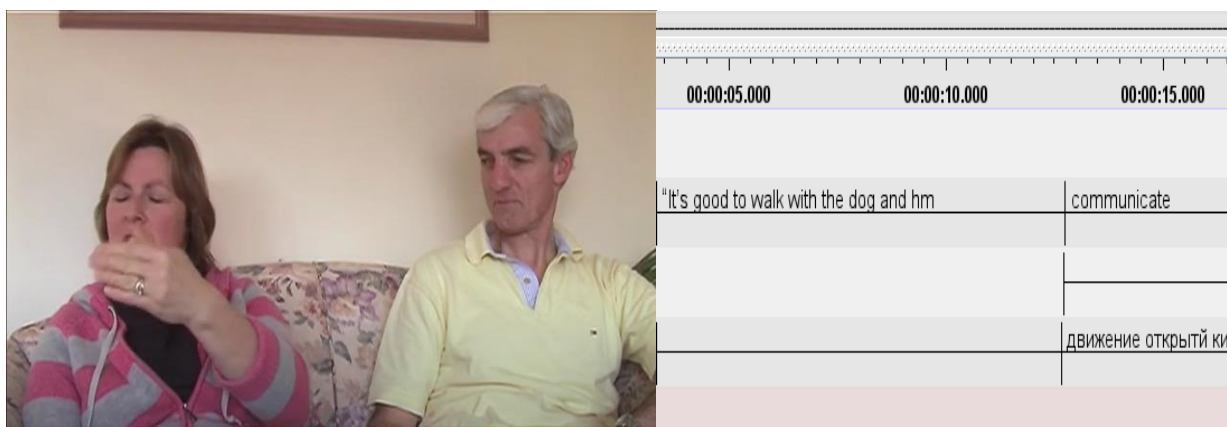


Рисунок. 21 Изображение слова «communicate»

(II) Тенденцию к компенсации глаголов жестами можно отследить в пятом видео. Для речи пациента характерно не только нарушение ритмико-мелодической стороны речи, но и затруднения перед произнесением глагола. Пациент испытывает трудности перед произнесением лексемы, говоря “*I could not say anything, I just ...*” («Я не мог ничего сказать, я только...»), параллельно изображая спящего человека с помощью расслабления всего тела: руки и голова опущены, глаза закрыты. Важно отметить, что лексическая единица так и не была произнесена. Однако, в разговорном анализе интерпретация дискурса должна базироваться на интерпретации собеседника, поэтому после данного жеста, собеседник предполагает несказанное слово “*slept*” («спал»), и пациент соглашается с ним. Следовательно, мы можем сделать вывод, что пропущена лексема “*slept*”, которая является глаголом, так как семантически категориальное значение является процесс (находится в состоянии сна), морфологически и грамматически выражено в форме *past simple* (простое прошедшее время), в предложении играет роль сказуемого (Рис. 22).



Рисунок. 22. Изображение спящего человека

(12) Рассмотрим следующий видеофрагмент. В данном примере коммуникативная ситуация происходит между пациентом с комплексной моторной афазией и посетителями клиники. Пациент повествует о трудностях, с которыми он сталкивается в период восстановления после инсульта, говоря о повседневных вещах: “*D... duchar ... ducha, ducha*” («Принимать душ...принимаю душ, принимаю душ»). Затруднение возникло перед произнесением глагола, так как семантически категориальное значение данной лексемы является идея процесса (использования приспособления для разделения водной струи с целью умывания), морфологически присутствует окончание, характерное для глагольных форм и синтаксически в предложении выступает сказуемым. Перед произнесением инфинитива, пациент использует мануальный жест-иллюстратор, поднимая руку вверх и иллюстрируя положение душа. Стоит упомянуть, что характеристика западения лексемы мотивирована не только утратой предикативного словаря, но и затруднением поиска отдельной артикуляторной позиции, что характерно для речи людей с комплексной моторной афазией (Рис. 23).



Рисунок 23. Изображение положения души

(13) В следующем видеофрагменте у пациента в рамках занятия с логопедом состоялся разговор о трудностях, с которыми пришлось столкнуться из-за потери речи. Пациент, произнося фразу “*no sabía de como... como...c*” («Я не знала как...как...к»), сталкивается с трудностью произнесения лексемы. Вследствие чего мануальными движениями кисти и смыканием пальцев рук перед лицом, изображая процесс говорения, пациент произносит “*hablaba*” («говорила»). Затруднение возникло перед произнесением глагола, так как семантически категориальное значение данной лексической единицы является процесс (владеть, пользоваться устной речью), морфологически присутствует окончание, характерное для времени *pretérito imperfecto* (прошедшее несовершенное). В данном случае характеристика западения лексемы мотивирована не только утратой предикативного словаря, но и затруднением поиска отдельной артикулярной позиции (Рис. 24).



Рисунок 24. Изображение процесса говорения с помощью мануального жеста

(14) Обратимся к следующему видеофрагменту. Данное взаимодействие пациента с логопедом характеризуется компенсацией глаголов жестами со стороны пациента. В рамках разговора была затронута тема взаимодействия людей с афазией друг с другом. Пациент, сначала произносит фразу “*creo que...*” («*думаю, что...*»), затем останавливается и жестом сцепленных пальцев рук иллюстрирует скрепление, соединение двух частей. После данного жеста пациент произносит часть предложения “*interconecta a las personas para que ellos puedan hablar, expresar sus miedos*” («*это объединяет людей, чтобы они могли говорить, выражать свои страхи*»). Именно с помощью мануального жеста, пациент смог произнести лексему. Лексической единицей, вызвавшей затруднение, является глагол, так как семантически категориальное значение является процесс (сделать сходным, похожим), морфологически присутствует окончание, характерное для глагольных форм, в предложении выступает сказуемым (Рис. 25).



Рисунок 25. Жест сцепленных пальцев рук

(15) Рассмотрим видеофрагмент интервью человека с афазией. Пациентка государственного центра по лечению приобретенных нарушений головного мозга в Мадриде повествует о роли врачей при восстановительном процессе после инсульта. Стоит отметить, что также наблюдаются характерная утрата предикативного словаря и длительные паузации. Пациентка произносит: “*Nos ayudan a usar el lenguaje y nos ayudan a...*” («*Они помогают*

нам пользоваться языком и помогают нам...»), затем с помощью движения кисти от себя, пальцы разведены в стороны пациентка произносит лексему “socializarnos” («социализироваться»). Данная лексическая единица является глаголом, так как семантически категориальное значение является процесс (становится полноправным членом общества), выражено с помощью глагольной конструкции *ayudar a+ infinitivo* (Рис. 26).



Рисунок 26. Движение кисти от себя, пальцы разведены в стороны

(16) Обратимся к следующему видеофрагменту. В данном примере коммуникативная ситуация происходит между пациентом с комплексной моторной афазией и журналистами. Пациент повествует о жизни с афатическим синдромом, говоря: “I...I...strive to be happy” («Я...Я...стремлюсь быть счастливым»). Затруднение возникло перед произнесением глагола, так как семантически категориальное значение данной лексемы является процесс (настойчиво добиваться чего-то), синтаксически в предложении выступает сказуемым. Перед произнесением глагола, пациент использует мануальный жест-иллюстратор, ладонь направлена на себя, пальцы собраны (Рис. 27).

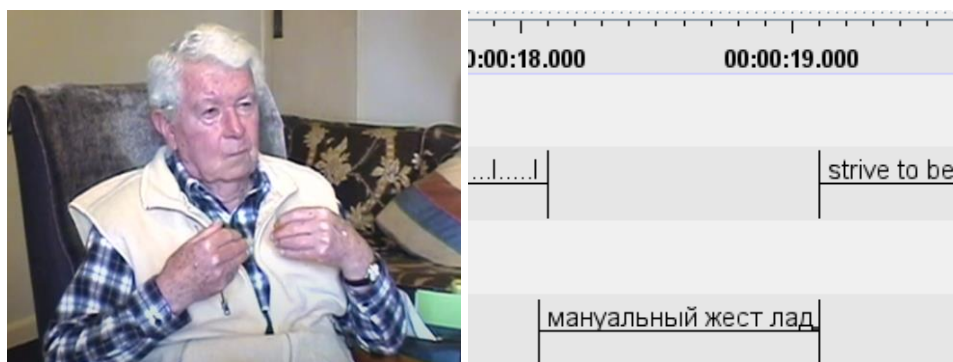


Рисунок 27. Жест-иллюстратор, ладонь направлена на себя, пальцы собраны

(17) В следующем видеофрагменте, человек с комплексной моторной афазией рассказывает о первом дне после инсульта, говоря: “*I can’t speak properly*” («Я не могу нормально говорить»). Затруднение возникает перед лексемой “*speak*” («снять»), которая является глаголом, так как семантически категориальное значение является процесс (поддерживать общение), синтаксически является сказуемым. Перед произнесением глагола наблюдается паузация и собеседник с помощью мануального жеста (ладонь боком к собеседнику, пальцы направлены на собеседника) произносит лексему (Рис. 28).



Рисунок 28. Ладонь боком к собеседнику, пальцы направлены на собеседника

(18) Обратимся к следующему видеофрагменту. В рамках диалога журналист и пациент с афазией обсудили сложности, с которыми сталкивается человек с языковыми нарушениями, говоря: “*What, what, I can’t*” («Что, что,

Я не могу»). Затруднение возникло перед произнесением модального глагола “*can*” («*мочь*»), после которого наблюдается мануальный жест (ладонь боком к собеседнику, пальцы разведены в стороны) и жест поднятия плеч (Рис. 29).



Рисунок 29. Мануальный жест и жест поднятия плеч

(19) В следующем видеофрагменте у пациента в рамках интервью с журналистом состоялся разговор о потере речи. Пациент, произнося фразу “*you have the way to...to...go from one dot to the next*” («*у вас есть путь переходить из одной точки в другую*»), сталкивается с трудностью произнесения лексемы. Вследствие чего мануальными движениями кисти (рука поднята выше плеча, пальцы собраны), пациент произносит “*go*” («*переходить*»). Затруднение возникло перед произнесением глагола, так как семантически категориальное значение данной лексической единицы является процесс (двигаться поступательно), морфологически присутствует частица *to*, характерная для инфинитива (Рис. 30).



Рисунок 30. Мануальное движение кисти (рука поднята выше плеча, пальцы собраны)

(20) Рассмотрим следующий видеофрагмент. Пациента повествует о способах поддержки человека с языковым нарушением. Интервьюируемый, произнося фразу “*it’s helpful when people know I can’t...multitask*” («это важно, когда люди знают, что я не могу совмещать несколько дел»), сталкивается с трудностью произнесения лексемы. Вследствие чего мануальными движениями кисти (ладонь направлена на себя, пальцы разведены в стороны), пациент произносит “*multitask*” («совмещать несколько дел»). Затруднение возникло перед произнесением глагола, так как семантически категориальное значение данной лексической единицы является процесс (делать параллельно несколько дел в одно время), в предложении является частью составного глагольного сказуемого (Рис. 31).



Рисунок 31.

Было исследовано 20 видео на наличие стремления компенсировать предикаты с помощью жестов иллюстраторов. Маркером выборки для 340 жестов выступают паузы перед произнесением лексемы. Синим обозначена линия «жесты, компенсирующие глаголы», оранжевым обозначена линия «жесты, компенсирующие другие части речи». В некоторых видео жесты, компенсирующие другие части речи (существительные и прилагательные) преобладают. Однако в общей сумме 175 жестов возникают при компенсации глаголов и 165 жестов при компенсации других частей речи. Следовательно, наша гипотеза, сформулированная в начале нашего исследования,

подтвердилась. Люди, страдающие афазией, проявляют тенденцию компенсировать различные лексемы, которые они не могут вспомнить, жестами. Наиболее частотно данная практика встречается при поиске единиц предикативного словаря. Результаты подтверждают, что человек, страдающий комплексной моторной афазией, утрачивает доступ к лексическим единицам, репрезентирующим действия или состояния, но данные концепты в его памяти сохраняются. Люди с комплексной моторной афазией стремятся компенсировать дефицит на вербальной уровне с помощью жестов (Рис. 32).

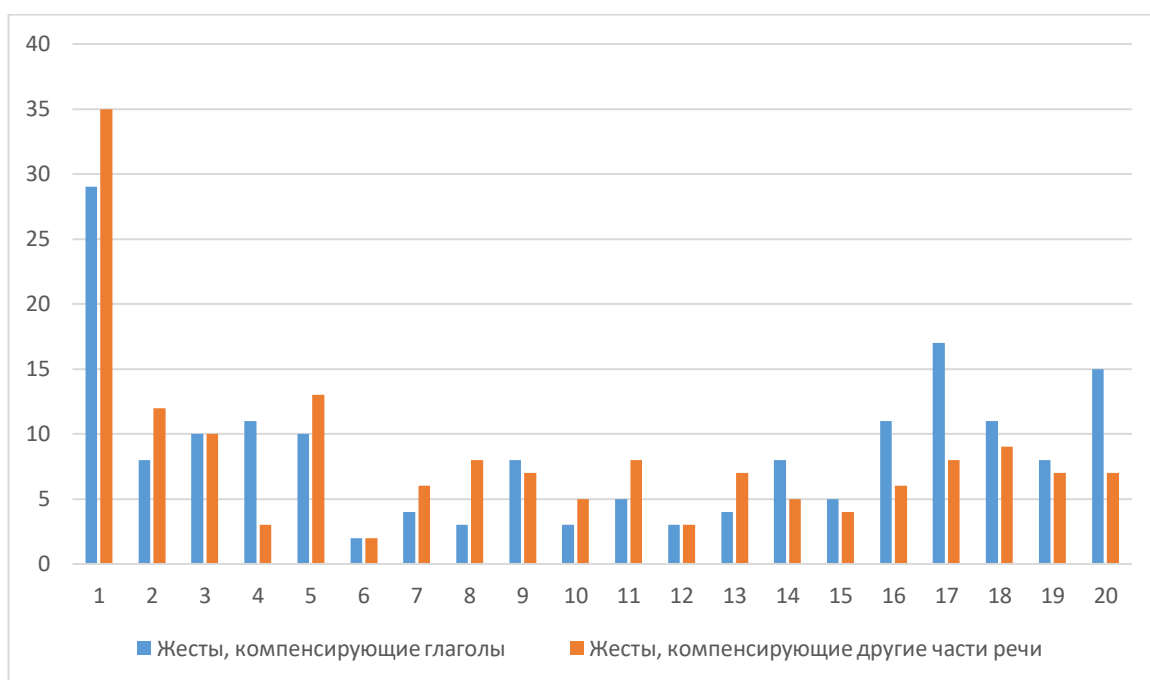


Рисунок 32. Диаграмма жестов

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

В качестве материала для проведения исследования были отобраны видео- и аудиозаписи занятий логопеда с пациентом с афазией. Анализ материала был проведен с помощью приложения ELAN6.3. Эмпирическим материалом для работы послужили 5 часов видеозаписей занятий логопеда и пациента с афазией интернет-сервиса YouTube.

Проведя анализ видео записей диалогов людей с афазией, было выявлено, что общее количество жестов коррелирует с общим количеством произнесенных фраз пациента. Следовательно, жесты являются важным компонентом коммуникации при патологии, кинемы помогают не только компенсировать лакуны на вербальном канале, но и транслировать важную информации для собеседника, на которую он может легко реагировать.

С помощью жестов иллюстраторов, а именно кинемографов и других видов жестов иллюстраторов, человек стремится компенсировать слова в процессе коммуникации. Например, изображая семантику данного слова.

Жесты эмблемы в рамках афазического дискурса возникают отдельно от вербального компонента коммуникации ввиду того, что эмблемы несут за собой закреплённую семантику. Люди с афазией используют данный вид жестов для замены лексем, так как в большинстве случаев слова не были произнесены.

Жесты регуляторы помогают людям с афазией поддерживать диалог и быть полноправными участниками коммуникации, даже несмотря на речевые патологии и трудности к доступу к вокабуляру. Кроме того, было выявлено, что жесты регуляторы системно возникают вместе с каждой фразой собеседника. Это говорит о том, что чаще всего люди с афазией стремятся к взаимодействию с собеседником и поддержанию контакта с ним.

Одним из симптомов комплексной моторной афазии является западение предикативного словаря. Согласно количественному анализу жестов, пациенты прибегают к использованию жестов, компенсирующих глаголы,

чаще чем к использованию жестов, компенсирующих другие части речи. Это свидетельствует о том, что люди, страдающие афазией, нуждаются больше в компенсации глаголов, чем в компенсации других частей речи. Одновременно с этим, результаты подтверждают, что человек, страдающий комплексной моторной афазией, утрачивает доступ к лексическим единицам, репрезентирующим действия или состояния, но данные концепты в его памяти сохраняются.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящей работы было проведение мультимодального исследования и выявление причины трудности доступа к предикативному словарю – человек забывает лексемы, репрезентирующие действие или состояние предмета, или он утрачивает данные концепты. Нейролингвистика – это «наука, изучающая мозговые нарушения речевой деятельности и те изменения в речевых процессах, которые возникают при локальных поражениях мозга».

Работа посвящена анализу взаимодействия речи человека с комплексной моторной афазией и жестов, возникающих в рамках афазического дискурса. Под афазией понимают комплексное нарушение различных видов речевой деятельности уже сформированной речи вследствие поражения головного мозга. Самая распространенная форма – комплексная моторная афазия, поэтому наше исследование связано именно с ней. Для речи пациентов с комплексной моторной афазией характерны многочисленные перестановки звуков и слогов, контаминации, длительные паузы, нарушения ритмико-мелодической стороны речи. Кроме того, наблюдается утрата предикативного словаря.

Работа основывается на мультимодальном анализе речи пациентом с комплексной моторной афазией. Термин «мультимодальность» «опирается на понимание модальности, принятое в психологии, нейрофизиологии и информатики как тип внешнего стимула, воспринимаемого одним из чувств человека, в первую очередь зрением и слухом» [Кибрик, 2010: 135]. Информация в течении коммуникации поступает по информационным каналам, которые соотносятся с нашими органами чувств (слух и зрение). В рамках мультимодальности в нашем исследовании рассмотрен жестовый компонент коммуникации. Жест – это «коммуникативное кинетическое поведение, в первую очередь при помощи рук, способное передавать смысл от говорящего к слушающему». Существуют различные классификаций жестов,

согласно которым некоторые типы жестов по своей природе содержат семантику. Такие жесты компенсируют пробелы на определенном отрезке дискурса или заменяют слова в коммуникативной ситуации.

В ходе работы было проведено мультимодальное исследование, в рамках которого были проанализированы речь пациентом с комплексной моторной афазией и жесты, возникающие в рамках афазического дискурса. В ходе исследования была проанализирована речь 20-ти испано- и англоговорящих пациентов с диагнозом комплексная моторная афазия разных типов тяжести.

Согласно данным мультимодального анализа, было выявлено, что общее количество жестов коррелирует с общим количеством произнесенных фраз пациента. Жесты являются важным компонентом коммуникации при патологии наравне с вербальным каналом. Кинемы помогают не только компенсировать лакуны, возникающие в вербализованной речи, но и транслировать важную информацию для собеседника, на которую он может легко реагировать, что является релевантным как для собеседника, так и для человека с афазией в рамках афазического дискурса.

Разные типы жестов несут разную функцию в контексте афазического дискурса. Например, с помощью жестов иллюстраторов, а именно кинефонографов и других видов жестов, человек стремится компенсировать слова в процессе коммуникации. Например, изображая невербальными средствами значение, заложенное в данном слове.

В свою очередь жесты эмблемы в рамках афазического дискурса возникают отдельно от вербального компонента коммуникации ввиду того, что эмблемы несут за собой закреплённую семантику. Люди с афазией используют данный вид жестов для замены лексем, так как в большинстве случаев слова не были произнесены.

Одновременно с тем, жесты регуляторы помогают людям с афазией поддерживать диалог и быть полноправными участниками коммуникации, даже несмотря на речевые патологии и трудности к доступу к вокабуляру. Кроме того, было выявлено, что жесты регуляторы системно возникают вместе

с каждой фразой собеседника. Это говорит о том, что чаще всего люди с афазией стремятся к взаимодействию с собеседником и поддержанию контакта с ним.

Согласно количественному анализу, пациенты с комплексной моторной афазией прибегают к использованию жестов, компенсирующих глаголы, чаще чем к использованию жестов, компенсирующих другие части речи. Это свидетельствует о том, что люди, страдающие афазией данного типа, нуждаются больше в компенсации глаголов, чем в компенсации других частей речи. Результаты подтверждают, что человек, страдающий комплексной моторной афазией, утрачивает доступ к лексическим единицам, репрезентирующим действия или состояния, но данные концепты в его памяти сохраняются.

Данное исследование может быть расширено с помощью работы по анализу других типов афазии и разных степеней тяжести афазии (тяжелая, легкая).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнова Н.Д. Дискурс // Лингвистический энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1990. С. 136–137.
2. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ лексики, семантики и прагматики. М.: Языки славянской культуры, 2014. 424 с.
3. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. София: Медицина и физкультура, 1970. 210 с.
4. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность / под ред. О.Г. Газенко; изд. подгот. И.М. Фейгенберг; редкол.: А.А. Баев (пред.) и др.; АН СССР. М.: Наука, 1990. Т.1. 494 с.
5. Бодуэн де Куртенэ. И.А. Избранные труды по общему языкознанию. М.: Изд-во АН СССР, 1963. Т.1. 384 с.
6. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: Просвещение, 1991. 192 с.
7. Бурмакина Н.Г., Куликова Л.В, Попова Я.В. Интернационализация опыта клинической лингвистики: анализ европейских подходов к тестированию речевых нарушений афазического типа // Политическая лингвистика, 2020. Вып. 4(82). С. 81–88.
8. Бутовская М.Л. Язык тела: природа и культура (эволюционные и кросскультурные основы невербальной коммуникации человека). М.: Научный мир, 2004. 440 с.
9. Ван Дейк Т.А. Язык. Познание. Коммуникация.; составление В.В. Петрова; пер. с англ. яз. под ред. В.И. Герасимова; вступ. ст. Ю.Н. Караулова, В.В. Петрова. М.: Прогресс, 1989. 310 с.
10. Выготский Л.С. Мышление и речь. Изд. 5, испр. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.
11. 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. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. С. 55–62.

12. Григорьева С.А., Григорьев Н.В., Крейдлин Г.Е. Словарь языка русских жестов. Москва-Вена: Языки русской культуры: Венский славистический альманах, 2001. 256 с.

13. Кибрик А.А. Мультиmodalная лингвистика // Когнитивные исследования: сборник научных трудов. М.: Институт психологии РАН, 2010. Т.4. С. 135–152.

14. Кибрик А.А. Русский мультимодальный дискурс. Часть I. Постановка проблемы // Психологический журнал, 2018. Т.39. Вып. 1. С. 70–80.

15. Крейдлин Г.Е. Невербальная семиотика: Язык тела и естественный язык. М.: Новое литературное обозрение, 2002. 592 с.

16. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека: и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1966. 432 с.

17. Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов. М.: Наука, 1974. 172 с.

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

19. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. Изд. 3-е. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. 256 с.

20. Медицинский справочник болезней [Электронный ресурс]. 2009. URL: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia> (дата обращения: 04.01.2022).

21. Межидова М.Р. Роль клинической лингвистики в лечении языковых нарушений. // Вестник медицинского института, 2021. Вып. 1(19). С. 70–73.

22. Николаева Ю.В. Функциональные и семантические особенности иллюстративных жестов в устной речи. // Вопросы языкознания, 2004. Вып. 4. С. 48–67.

23. Пурцхванидзе О.П. Аудиовизуальная стимуляция в коррекционной работе при афазии // Теория и практика общественного развития, 2011. С. 175–176.
24. Седов К.Ф. Нейропсихоллингвистика. М.: Лабиринт, 2007. 224 с.
25. Сорокина Ю.В. Понятие мультимодальности и вопросы анализа мультимодального лекционного дискурса // Филологические науки. Вопросы теории и практики, 2017. Вып. 10-1(176). С. 168–170.
26. Тихоплав О.А. и др. Способ восстановления речи на раннем этапе у пациентов с моторной афазией, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Выбор оптимальной стратегии у пациентов с сосудистыми заболеваниями, 2019. С. 75–80.
27. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: Лабиринт, 2005. 496 с.
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. Мозг и язык: врожденные модули или обучающаяся сеть? // Вестник Российской Академии наук, 2010. Т. 80. Вып. 5-6. С. 461–465.
30. Черниговская Т.В. Нить Ариадны и пирожные Мадлен: нейронная сеть и сознание // В мире науки / ScientificAmerican, 2012. Вып. 4. С. 40–47.
31. Черниговская Т.В. Это не я — это мой мозг... (опасные времена для человеческого в человеке) // Отечественные записки, 2013. Вып. 1. С. 116–127.
32. Штягинова Е.А. Альтернативная коммуникация. Методический сборник. Новосибирск: Городская общественная организация инвалидов «Общество «Даун Синдром», 2012. 31 с.
33. Щерба Л.В. О тройном аспекте языковых явлений и об эксперименте в языкознании. // Языковая система и речевая деятельность, 1974. С. 24–39.
34. Якобсон Р.О. Язык и бессознательное. М.: Гнозис, 1996. 248 с.

35. Birdwhistell R. L. Introduction to kinesics: An annotation system for analysis of body motion and gesture. Louisville, KY: Univ. of Louisville Press, 1952. 75 p.
36. Coelho C.A., Duffy R.J. Communicative use of signs in aphasia: Is acquisition enough? // *Clinical Aphasiology*, 1985. Vol. 15. P. 222–228.
37. Crystal D. Aspects of clinical linguistic Theory and Practice. Perth: Australian Association of Speech and Hearing, 1981. 229 p.
38. De Beer C. et al. The Production of Gesture and Speech by People With Aphasia: Influence of Communicative Constraints. // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2019. 62(12). P. 1–16.
39. De Beer C. et. al. Evaluating Models of Gesture and Speech Production for People With Aphasia // *Cognitive Science*, 2020. Vol. 44. P. 662–672.
40. Ferré G. Gesture/speech integration in the perception of prosodic emphasis. // 9th International Conference on Proceedings of Speech Prosody. Poznan. Poland, 2018. P. 35–39.
41. Kita S. How representational gestures help speaking, in: McNeill, D. (Ed.) // *Language and Gesture* / Cambridge University Press, Cambridge, 2000. P. 162–185.
42. Kress G. What Is Mode? // *A Handbook of Multimodal Analysis* / ed. by C. Jewitt. L. – N. Y.: Routledge, 2009. P. 54–67.
43. Lelandais M., Ferré G. The verbal, vocal, and gestural expression of (in)dependency in two types of subordinate constructions. // *Journal of Corpora and discourse studies*, 2019. Vol. 2. P. 117–143.
44. Light J., McNaughton D. Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? // *Augmentative and Alternative Communication*, 2014. Vol. 30. P. 1–18.
45. Perkins M.R. Clinical linguistics: Its past, present and future // *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2011. 25(11–12). P. 922–927.

46. Perkins M.R., Howard S.J. Clinical linguistics // The Rutledge Handbook of Applied Linguistics/ ed. by Routledge, 2011. P. 111–123.

47. Van de Sand-Koenderman W.M.E. High-tech AAC and aphasia: widening horizons? // Aphasiology, 2004. Vol.18. P. 245–263.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

1. Be determined...every day: Ian living life with aphasia [Электронный ресурс]. 2014. URL: https://www.youtube.com/watch?v=G41ZCj-m_WY (дата обращения: 21.05.2023).
2. Aphasia – Sarah Scott Update 4 years after a stroke [Электронный ресурс]. 2013. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ZcjEKjJTmNk> (дата обращения: 21.05.2023).
3. Anomic aphasia SFA session 1 [Электронный ресурс]. 2012. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=w95EF3fW21A> (дата обращения: 21.05.2023).
4. Aphasia Assessment video [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=sU8Rz-Bjcig> (дата обращения: 21.05.2023).
5. Speech-Language Therapy: Working with a patient with aphasia [Электронный ресурс]. 2014. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=B1SBFUgluK0> (дата обращения: 21.05.2023).
6. Tratamiento logopédico de la afasia [Электронный ресурс]. 2013. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=tNwfjEzyf9Y> (дата обращения: 21.05.2023).
7. Afasia. Entrevista en sesión con una paciente con afasia motora moderada (parte 1 de 2) [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=sRa9Hz8h-U4> (дата обращения: 21.05.2023).
8. Cómo es la vida con afasia motora? [Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=pq5R71xguT8> (дата обращения: 21.05.2023).
9. Intervención logopédica en afasia progresive no fluente [Электронный ресурс]. 2019. URL: https://www.youtube.com/watch?v=AzSER_0Ohn4&t=3s (дата обращения: 21.05.2023).

10. Living with aphasia [Электронный ресурс]. 2015. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=BwivMTVXJOw> (дата обращения: 21.05.2023).
11. After words trailer II.mov [Электронный ресурс]. 2013. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=aSOxhw3iYvc> (дата обращения: 21.05.2023).
12. Afasia. Entrevista a un paciente con afasia motora y ejercicios [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=4XBfnNGsf8M> (дата обращения: 21.05.2023).
13. Afasia. Entrevista a paciente recuperada de afasia motora (parte 1 de 2) [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ZRiiWIIyn8c> (дата обращения: 21.05.2023).
14. Afasia. Cuando las palabras fallan, la música habla: terapia musical para personas con afasia [Электронный ресурс]. 2018. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=wOHj2oLYjQE> (дата обращения: 21.05.2023).
15. Afasia. Entrevista a paciente recuperada de afasia motora (parte 2 de 2) [Электронный ресурс]. 2018. URL: https://www.youtube.com/watch?v=W4fnh_NO4Uc (дата обращения: 21.05.2023).
16. La vida con afasia motora: pasado, presente y conducción de vehículos [Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=cnGpJX6mpa0> (дата обращения: 21.05.2023).
17. Living well with aphasia – The Australian association [Электронный ресурс]. 2012. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=EAwFR4h8kCc> (дата обращения: 21.05.2023).
18. The communication disability and aphasia network [Электронный ресурс]. 2010. URL: https://www.youtube.com/watch?v=W_qEqPpFG3A (дата обращения: 21.05.2023).

19. Patience, listening and communicating with aphasia patients [Электронный ресурс]. 2014. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=aPTTjRTmgq0> (дата обращения: 21.05.2023).

20. Aphasia – What helps? [Электронный ресурс]. 2016. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=U5u1Q8KZP40> (дата обращения: 21.05.2023).

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт филологии и языковой коммуникации
Кафедра теории германских и романских языков и прикладной лингвистики

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

 О.В. Магировская

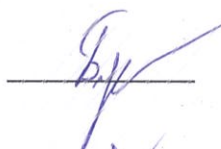
« 22 » июня 2023 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

45.03.02 Лингвистика

**МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С
КОМПЛЕКСНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ (НА МАТЕРИАЛЕ
АНГЛИЙСКОГО И ИСПАНСКОГО ЯЗЫКОВ)**

Научный руководитель



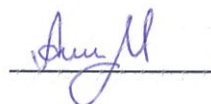
канд. филол. наук,
доц. Н.Г. Бурмакина

Выпускник



А.А. Тельнова

Нормоконтролер



М.В. Аспатурян

Красноярск 2023