

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Институт филологии и языковой коммуникации
Кафедра теории германских языков и межкультурной коммуникации

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
_____ /О.В. Магировская/
« ____ » _____ 2018 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**СЕМАНТИКА ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ В
ВОСПРИЯТИИ ПАЦИЕНТОВ-АФАТИКОВ**

45.04.02 Лингвистика
45.04.02.01 Межкультурная коммуникация и перевод

Магистрант

Е.Ю. Шаповал

Научный
руководитель

д-р филол.н., проф. каф.
РЯиПЛ А.В. Колмогорова

Нормоконтролер

Э.А. Тарасенко

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. АФАЗИЯ КАК ОБЪЕКТ ЛИНГВИСТИКИ. ПРОБЛЕМА ВОСПРИЯТИЯ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ ПАЦИЕНТАМИ С СЕМАНТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ	9
1.1. Афазия. История изучения заболевания.....	9
1.1.1. Понятие афазии	11
1.1.2. Классификации форм афазий	13
1.1.3. Восстановительное обучение пациентов с разными формами афазии	19
1.2. Предлоги как средство вербализации пространственных отношений ..	23
1.2.1. Различные подходы к определению роли предлога в системе языка	23
1.2.2. Вопрос полисемии предлогов в когнитивной лингвистике	27
1.2.3. Языковая репрезентация пространственных отношений в когнитивной семантике	30
1.2.4. Специфика функционирования и свойств предлога как единицы выражения пространственных отношений	32
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.....	35
ГЛАВА 2. ВЛИЯНИЕ КОНТЕКСТНЫХ УСЛОВИЙ И СИСТЕМО-ЯЗЫКОВЫХ ФАКТОРОВ НА УСПЕШНОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕДЛОГОВ ПАЦИЕНТАМИ-АФАТИКАМИ.....	37
2.1. Особенности восприятия пространственных отношений пациентами с афатическими нарушениями речи тяжелой, средней и легкой степени	38
2.2. Роль факторов частотности и полисемичности предлогов в вербализации пространственных отношений пациентами с афазией	43
2.3. Роль факторов конкретности/абстрактности/метафоричности значений предлогов	47
2.4. Влияние контекстных условий на успешность вербализации пространственных предлогов	52
2.4.1. Влияние вербального контекста.....	52
2.4.2. Влияние визуальных образов как части невербального контекста ..	56
2.5. Речевая реабилитация пациентов-афатиков с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу	58
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.....	66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	68

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	71
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Результаты выполнения упражнений в ходе речевой реабилитации пациентов	78
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Успешность употребления пространственных предлогов в ходе речевой реабилитации пациентов.....	79
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Поддержка визуальных образов в ходе речевой реабилитации пациентов	80

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее значимых и интересных с точки зрения семантики средств выражения пространственных отношений в языке являются предлоги. В современной науке о языке изучению семантики лексических единиц уделяется огромное внимание.

Однако существуют заболевания, «остаточным эффектом» которых являются нарушения вербализации пространственных отношений. В данном исследовании в фокусе внимания находится специфика таких нарушений у пациентов-афатиков. Под термином «афазия» понимается «нарушение уже сформировавшейся речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющее собой системные расстройства различных форм речевой деятельности и проявляющееся в виде разноплановых нарушений фонематических, морфологических, лексико-семантических и синтаксических языковых уровней при сохранности движений речевого аппарата, элементарных форм слуха и зрения» [Хомская, 2005: 117]. Детальное изучение значения предлогов с использованием когнитивного подхода дало бы возможность установить содержание пространственных концептов, актуализируемых предлогами, а также оказать лингвистическую помощь в реабилитации пациентов.

Актуальность исследования определяется его включенностью в антропоцентрическую парадигму, в рамках которой объектами исследования становятся как речь человека, так и сам человек как языковая личность. Кроме того, актуальность работы обусловлена практическим решением проблемы понимания афатиками пространственных отношений и их выражения с помощью соответствующих лексических средств при синтезе речи. Применение лингвистического анализа речи больных позволит расширить уже имеющиеся логопедические методики речевой реабилитации для достижения наибольшей эффективности.

Предпосылкой научного исследования семантики пространственных отношений в восприятии пациентами-афатиками является необходимость создания упражнений и методики лингвистической реабилитации пациентов.

Гипотезой исследования является предположение о том, что успешность или затрудненность вербализации пространственных отношений пациентами с моторной афазией с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу зависит от контекстных условий употребления и системно-языковых характеристик пространственных предлогов.

Цель исследования заключается в выявлении и описании контекстных условий и системно-языковых факторов, определяющих успешность или трудность вербализации пространственных отношений пациентами с моторной афазией с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу.

Цель обуславливает постановку и решение следующих **задач**:

- 1) рассмотреть понятие афазии и ее типы;
- 2) рассмотреть способы языковой репрезентации пространственных отношений;
- 3) рассмотреть понятие предлога как средства вербализации пространственных отношений;
- 4) собрать авторский исследовательский корпус, включающий записи речи пациентов;
- 5) выявить особенности употребления пациентами с семантической афазией пространственных предлогов при синтезе речи и соотнести их с факторами лексической комбинаторики, частотности и полисемичности;
- 6) создать ряд упражнений и методику лингвистической реабилитации пациентов.

Цель и задачи исследования определили выбор **ряда методов**. Отбор материала происходил при помощи аудио- и видеозаписи речи пациентов. Методом сплошной выборки из записанного материала отбирались фрагменты, подразумевающие предлоги; составлялись скрипты для этих

фрагментов. В работе использованы элементы качественно-количественного анализа; анализ семантики русских предлогов; метод беседы с больными, изучение медицинской документации; метод классификации; метод контекстного анализа; метод коммуникативного анализа.

Материалом для исследования послужили записи речи пациентов с моторной афазией с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу во время реабилитационных занятий с врачами-логопедами в Отделении восстановления высших нервных функций Сибирского отделения ФМБА РФ (зав. отделением О.Н. Никольская), краткие анамнезы болезни пациентов, а также записи врачей с упражнениями и результатами их выполнения пациентами. Общее количество пациентов составило 64 – 18 и 46 женщин и мужчин соответственно. Общее количество аудиозаписей составило 25 (средней длительностью 3,5 минуты каждая), записей врачей с примерами упражнений и отметками об их выполнении – 41.

Объектом настоящего исследования являются лексические средства выражения пространственных отношений в речи, а именно предлоги.

Предметом исследования являются контекстные условия и системно-языковые факторы, определяющие успешность или, напротив, трудность вербализации пространственных отношений пациентами с моторной афазией с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу.

База исследования. Исследование проводилось в 2017–2018 году на базе отделения высших нервных функций Федерального Сибирского научно-клинического центра. Изучались больные с постинсультными формами афазии.

Степень разработанности выбранной темы в отечественной лингвистике достаточно высока. Исследованием семантики пространственных отношений занимались такие ученые, как О.Н. Селиверстова, Н.Н. Болдырев, Е.С. Кубрякова, А.М. Анохин, Т.В. Черниговская, И.С. Бороздина, Н.Н. Морозова и другие. Проблема афазии достаточно полно освещена классиками неврологии (П. Брока,

К. Вернике и др.), затем выдающимся нейропсихологом современности А.Р. Лурия и его последователями (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель Ж.М. Глозман, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский и др.). К настоящему времени определены адекватная методология, инструментарий изучения и преодоления названного вида патологии речи. Однако, в синтезе афазия и семантика пространственных отношений изучались недостаточно.

Научная новизна настоящего исследования заключается в том, что впервые предпринимается попытка доказать корреляцию между затрудненностью или успешностью использования пространственных предлогов в речи пациентами-афатиками и системно-языковым статусом предлогов, а также особенностями их речевой комбинаторики, а также в попытке разработать методическое лингвистическое пособие для медицинских работников, занимающихся реабилитацией пациентов-афатиков. Кроме того, исследование проведено в тесной связи когнитивной лингвистики и медицины.

Практическая значимость настоящего исследования заключается в возможности использования его результатов для создания методического пособия, направленного на восстановление у пациентов с афазией возможности правильного употребления лексических средств выражения пространственных отношений; в применении его результатов в рамках учебных курсов по различным гуманитарным наукам (психология, когнитивная лингвистика и т.д.), а также для написания курсовых и выпускных квалификационных работ.

Апробация работы

Основные положения и выводы исследования отражены в докладах и выступлениях на следующих научно-практических конференциях: Международная научно-практическая конференция «Язык, дискурс, (интер) культура в коммуникативном пространстве человека» (25 апреля 2017/25 апреля 2018), по результатам которой была опубликована статья в журнале *Siberia Lingua*: Шаповал Е.Ю. Семантика пространственных отношений в

восприятии пациентов-афатиков // *Siberia Lingua*. Красноярск. 2017. Вып. 3. С. 198–208., а также была отправлена на публикацию статья: Шаповал Е.Ю. Влияние частотности и полисемичности предлога на успешность его воспроизведения пациентами-афатиками: опыт эмпирического исследования // *Siberia Lingua*. Красноярск. 2018.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, аннотации, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

ГЛАВА 1. АФАЗИЯ КАК ОБЪЕКТ ЛИНГВИСТИКИ. ПРОБЛЕМА ВОСПРИЯТИЯ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ ПАЦИЕНТАМИ С СЕМАНТИЧЕСКОЙ АФАЗИЕЙ

1.1. Афазия. История изучения заболевания

Первые упоминания афазии появились еще в 19 столетии, когда французский невролог Поль Брока описал случай моторной афазии как «результата поражения задней части нижней лобной извилины левого полушария» [Бейн, Овчарова, 1970: 11]. При этой форме афазии (или, по выражению П. Брока, «афемии»), по его мнению, нарушается определенный вид памяти – не на слова, а на те движения, которые нужны для артикуляции слов. В последствии, на протяжении последующего столетия этот участок мозга называли центром моторной речи, или «центром Брока» [Бейн, Овчарова, 1970].

Спустя некоторое время после открытия Поля Брока немецкий невролог Карл Вернике открыл сенсорную афазию, описав ее как «нарушение речи, возникающее при поражении задней трети верхней височной извилины коры левого полушария, которое вызывает нарушение понимания речи» [Цветкова, 1988: 10]. Такие расстройства ведут к нарушению экспрессивной речи: пациенты испытывают затруднения, называя предметы; они не могут правильно повторять слова и писать под диктовку.

В 1885 г. Л. Лихтгейм создал схему речевых нарушений, которые, с его точки зрения, возникали вследствие повреждения речевого центра и его связи с центром понятий, а также и с проекционными двигательными, слуховыми и зрительными центрами. В этом же году К. Вернике создал анатомическую номенклатуру синдромов афазических расстройств. При выделении различных форм афазии главным критерием в классической схеме являлось состояние внутренней и отраженной (повторной) речи. Эта теория афазических расстройств в значительной степени повлияла на развитие

афазиологии и, несмотря на непрекращающиеся до настоящего времени дискуссии, так или иначе определяет позиции многих клиницистов [Бейн, Овчарова, 1970].

Значительный вклад в развитие афазиологии внесли труды таких исследователей как М.И. Аствацатуров, М.Б. Кроль, Г. Джексон, С.И. Давиденков, М.С. Лебединский, которыми были уточнены представления об агнозии и апраксии как о явлениях высшей психической деятельности.

Кульминационным в современной афазиологии считается учение об афазии А.Р. Лурия. Разработанные им методы нейропсихологической диагностики не потеряли своей актуальности в настоящее время. Наличие современных диагностических средств аппаратных исследований, таких как компьютерная томография (КТ), ядерно-магнитный резонанс (ЯМР) и др., не обеспечивает возможность проведения факторного анализа синдрома, благодаря которому патологическую симптоматику можно разделить на первичную и вторичную (системную). Без этого нельзя сделать принципиально важных выводов о структуре дефекта и путях его преодоления [Лапина, 2004: 22].

Еще одним направлением, существенным в развитии афазиологии, является нейролингвистическое (Т.В. Ахутина; Т.Г. Визель; Ж.М. Глозман; А.Р. Лурия и др.), которое обращается к взаимоотношению гностико-праксического и языкового уровней.

Речевое восприятие понимается как «неоднородный многоплановый процесс: от непосредственного чувственного познания (гнозис) до опосредствованного второсигнального (символического) отражения действительности» [Лапина, 2004: 28]. Важно отметить, что речевое восприятие по своей природе является смысловым восприятием. Прием речевого сообщения осуществляется в несколько этапов: сенсорная обработка сигнала, первичный синтез слова, основанный на операции различения, необходимого для полного синтеза слова и приобретения

опознавательных категориальных и индивидуальных признаков. Итоговым является этап фразового синтеза слов в систему сообщения (применение грамматических и логических правил) [Лапина, 2004: 28].

Другую сторону речевой деятельности составляют процессы воспроизведения (порождения, кодирования) речи. Наиболее сложным и важным моментом этой проблемы являются положения Н. Хомского о предикативности фразовой речи, а также их развитие в работах Т.В. Ахутиной, которая не только подтвердила центральную, порождающую роль предиката в синтаксической структуре предложения, но и показала (на материале больных с афазией) конкретные последствия нарушения предикативности [Ахутина, 2015].

Существенную роль в развитии афазиологии играет и проблема восстановительного обучения при афазии, над разработкой которого работали многие исследователи. К настоящему моменту применяются различные методы реабилитационной работы с пациентами (Э.С. Бейн; Т.Г. Визель и В.М. Шкловский; В.М. Цветкова и др.).

Таким образом, современная афазиология обладает разработанной методологией принципов и методов реабилитации. Однако, атипичные формы афазии, особенно у больных, находящихся в острой и подострой стадии заболевания, изучены недостаточно – как в отношении диагностики, так и в отношении восстановления [Лапина, 2004].

1.1.1. Понятие афазии

В настоящем исследовании, вслед за А.Р. Лурия и Е.Д. Хомской, афазия определяется как «нарушение уже сформировавшейся речи, возникающее при локальных поражениях коры (и «ближайшей подкорки» — по выражению А.Р. Лурия) левого полушария (у правшей) и представляющее собой системные расстройства различных форм речевой деятельности и проявляющееся в виде разноплановых нарушений фонематических, морфологических, лексико-семантических и синтаксических языковых

уровней при сохранности движений речевого аппарата, элементарных форм слуха и зрения» [Хомская, 2005: 117]. Чаще всего такие нарушения являются результатом инсульта, травмы или другого патологического процесса в мозге.

Основная психологическая и неврологическая проблема афазий заключается в решении вопроса о том, лежат ли в основе афазического расстройства мнестические, интеллектуальные или символические дефекты, или же афазию следует понимать как результат нарушения сенсо-моторной основы речи в результате патологии тех „центральных" отделов мозговой коры, которые объединяют работу ее сенсорных и моторных центров [Бейн, Овчарова, 1970].

Разные формы афазии характеризуются и разной степенью дефицита отдельных аспектов речи. При одних формах больше страдает понимание, при других – порождение речи. При одних нарушается грамматика, при других – лексический выбор [Купцова, Власова, 2015].

«Речь представляет собой сложнейшую совокупность нервных процессов, осуществляемых при совместной деятельности различных участков головного мозга. Сами по себе речевые процессы, понимаемые в узком смысле этого слова, являются сложнейшей системой сенсомоторных координаций, имеющих свою, специфическую, организацию. Восприятие речи основывается на анализе и синтезе элементов звукового потока, который осуществляется совместной работой слухового и кинестетического анализатора. Процесс произношения слов является сложнейшей системой координированных артикуляторных движений, сформированных в прежнем опыте и имеющих в качестве своей афферентной основы работу того же кинестетического и слухового анализаторов» [Хомская, 2005: 116].

В описания речевой функции больных входят рубрики, наиболее ярко отражающие, с одной стороны, системность дефекта (расстройства разных сторон речевой функции), а с другой, его специфику, обусловленную нарушенной предпосылкой пострадавшего вида импрессивной или

экспрессивной речи: спонтанная речь; речевые автоматизмы; повторная речь; диалогическая речь; называние; фраза по сюжетной картинке; пересказ текста; понимание речи; объем слухо-речевой памяти; состояние функции чтения, письма; состояние орального, артикуляционного и символического праксиса. Последовательность этих рубрик может варьироваться в зависимости от формы афазии. Так, в описаниях «моторных афазий» основное внимание уделено состоянию артикуляционного праксиса, экспрессивной речи, а затем уже пониманию речи, в то время как в описаниях «сенсорных» – наоборот. В некоторых формах афазии описание тех или иных сторон вообще опущено как несущественное для данного синдрома [Шкловский, Визель, 2000].

По данным клиники локальных поражений головного мозга, в обработке речи участвуют следующие зоны: средняя и верхняя височные извилины, нижние теменные отделы и задняя часть нижней лобной извилины левого полушария головного мозга. Каждую из этих зон связывают с определенной формой афазии (в отечественной нейропсихологии традиционно выделяют семь). Эти формы можно условно разделить на два класса: задние (связанные с поражением височных и теменных отделов – выпадение афферентных звеньев) и передние (связанные с поражением задних лобных отделов головного мозга – выпадение эфферентных звеньев) [Купцова, Власова, 2015].

1.1.2. Классификации форм афазий

При афазиях проявляются системные нарушения речевой функции, охватывающие все языковые уровни фонологии, включая фонетику, лексику и грамматику. Клинические картины афазий неоднородны. Различия между ними обусловлены, прежде всего, локализацией очага поражения. Существуют так называемые речевые зоны мозга: задние отделы нижней лобной извилины, височные извилины, нижняя теменная область, а также зона, расположенная на стыке теменной, височной и затылочной областей

левого доминантного полушария головного мозга [Шкловский, Визель, 2000].

Единой клинической классификации афазий все еще не существует. Описано много типологий, созданных на основе различных принципов, аспектов рассмотрения вопроса, а также различных идеологических позиций авторов.

Выдающийся советский нейропсихолог А.Р. Лурия уделял большое внимание изучению высших корковых функций человека и нарушений, возникающих при локальных поражениях мозга. Профессор создал классификацию афазий, которая является популярной и актуальной и в наши дни.

Виды афазий по Лурия:

1. Афферентная моторная афазия
2. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия
3. Акустико-мнестическая афазия
4. Оптико-мнестическая афазия
5. Семантическая афазия
6. Эфферентная моторная афазия
7. Динамическая афазия

[Лурия, цит. по Хомская, 2005, с. 229, 245].

Каждая из упомянутых форм афазии обусловлена поражением определенной зоны мозга и имеет различную сопутствующую симптоматику и клинические проявления.

Более того, в клинической практике также выделяют амнестическую и проводниковую афазии, не входящие в классическую неврологическую классификацию [Шкловский, Визель, 2000].

В.М. Шкловский и Т.Г. Визель в своей работе «Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии» используют типологию, предложенную А.Р. Лурия, и кратко описывают специфику каждого из видов афазий, а также разрабатывают методику

восстановительного лечения. М.М. Шохор-Троцкая в своих трудах также опирается на работы А.Р. Лурия и, помимо видов афазий, описывает различные методики коррекционно-педагогической работы при разных формах афазий.

1. Афферентная моторная афазия.

Это нарушение обусловлено поражением нижних отделов постцентральной зоны левого доминантного полушария. Основным расстройством при таком типе афазии является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений – иными словами, оральная апраксия. Больные выполняют только произвольные движения языком, губами – по заданию этих движений пациенты сделать не могут. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии [Шкловский, Визель, 2000: 12].

А.Р. Лурия различал два варианта афферентной моторной афазии. Один характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи. Вторым вариантом, носящим в клинической практике название «проводниковой афазии», отличается значительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. «Этот вариант афферентной моторной афазии характеризуется нарушением дифференцированного выбора способов артикуляции и симультанным синтезом звуковых и слоговых комплексов и наблюдается у левшей и амбидекстров при поражении левого, реже – правого полушария» [Шохор-Троцкая, 2002: 26].

Многие исследователи солидарны во мнении, что данный вид афазии вызывает одно из тяжелейших речевых расстройств. В клинической практике нередко случаи, когда афферентная моторная афазия возникает в комплексе с эфферентной моторной афазией. При таком сочетании восстановление пациента может стать особенно длительным процессом.

2. Эфферентная моторная афазия (афазия Брока)

Впервые этот тип афазии был описан Полем Брока в 1861 году. Такая афазия обусловлена поражением двигательного речевого центра или так называемого «центра Брока». Эта зона в норме отвечает за плавную смену одного орального или артикуляционного акта другим, что необходимо для слияния артикулем в последовательные, сукцессивно последовательно организованные ряды – «кинетические двигательные мелодии». При очаговых поражениях отмечается патологическая инертность артикуляционных актов, персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. В результате речь больных становится разорванной, сопровождается застреванием на каких-либо фрагментах высказывания [Шкловский, Визель, 2000: 12].

3. Динамическая афазия.

Это нарушение обусловлено поражением головного мозга в заднелобных отделах, расположенных спереди от «зоны Брока». «Основным речевым дефектом при динамической афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания, обусловленная распадом разных уровней внутренней речи» [Шохор-Троцкая, 2002: 51].

Динамическая афазия проявляется в аспонтанности и инактивности. Афазологи различают два вида динамической афазии. Один характеризуется нарушением функции речевого программирования. Речь больных становится бедной, изобилует штампами. При втором типе динамической афазии нарушается функция грамматического структурирования. В речи больных выражен экспрессивный аграмматизм «согласования», а также «телеграфный стиль» [Шкловский, Визель, 2000: 17].

4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия (афазия Вернике)

Впервые сенсорную афазию описал немецкий психиатр Карл Вернике в 1874 году. Ученый показал, что афазия, которую он назвал сенсорной или

акустически чувствительной, возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария. При таком виде афазии у больных наблюдается нарушение понимания речи при восприятии ее на слух, т.е. распад способности к акустическому анализу звуков речи. Длительное время механизм нарушения понимания при этой форме афазии оставался неясным, было очевидным лишь то, что сенсорная афазия является одним из видов акустической агнозии [Шкловский, Визель, 2000].

Наблюдается: грубое нарушение импрессивной речи, отчуждение смысла слова, логорея (обилие речевой продукции). На ранних стадиях заболевания при обширных очагах поражения в височной доле наблюдается полное расстройство понимания речи. Больной воспринимает чужую речь как нечленораздельный поток звуков [Шохор-Троцкая, 2002].

5. Акустико-мнестическая афазия.

Данное речевое нарушение обусловлено очагом поражения, расположенным в средних и задних отделах височной области. Объем слухоречевой памяти у таких больных сужен, кроме того у них наблюдаются трудности понимания развёрнутых видов речи, требующих участия слухоречевой памяти [Шкловский, Визель, 2000: 24].

Нарушение объема удержания речевой информации, ее тормозимость приводят к трудностям понимания длинных, многосложных высказываний, состоящих из 5-7 слов. Больной может указать или дать не тот предмет, о котором идет речь, возникает акустико-мнестическая дезориентированность. При акустико-мнестической афазии больному трудно ориентироваться в беседе с двумя-тремя собеседниками. Семантическая размытость значения слов приводит к возникновению в речи обильных вербальных парафазий, редких литеральных замен, контаминации (слияние двух слов в одно, например, «ножилка» – нож – вилка) [Шохор-Троцкая, 2002].

6. Семантическая афазия.

Данное нарушение наблюдается при поражении теменно-затылочных областей. Нарушение наблюдается при поражении теменно-

затысемантической афазии является импрессивный аграмматизм, т.е. неспособность понимать сложные логико-грамматические обороты речи [Шкловский, Визель, 2000: 26].

Поскольку внимание данного исследования сфокусировано на нарушениях вербализации пространственных отношений, которые проявляются в употреблении пациентами предлогов, наибольший интерес вызывает исследование именно семантической афазии.

Такие формы афазии обусловлены локализацией очага поражения головного мозга в задних отделах левого полушария. «При этом семантическая афазия встречается довольно часто, отличается тяжестью речевых расстройств и относительно невысокими результатами логопедической коррекции. Причинами невысоких результатов восстановления при задних формах афазий являются отсутствие систематизированных методик восстановления, учитывающих структуру когнитивного дефекта, основанных на результатах современных исследований, а также отсутствие взаимодействия специалистов, занимающихся реабилитацией таких больных» [Щербакова, 2014: 792].

Во фразовой речи основными «детальями», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), служат грамматические элементы слов, поэтому основную трудность для больных представляет выделение именно этих элементов из текста и понимание их смысловой роли, особенно пространственной (пространственные предлоги, наречия) [Бурлакова, 1989].

Экспрессивная речь при семантической афазии отличается сохранностью синтагматической стороны речи, она артикуляторно сохранна, не отмечается литеральных парафазий, отсутствует выраженный аграмматизм [Шохор-Троцкая, 2002].

Больные хорошо понимают значение отдельных предлогов, свободно кладут карандаш под ложку или ложку справа от вилки, но затрудняются в расположении трех предметов по инструкции: «Положите карандаш справа

от вилки и слева от карандаша». Еще большие трудности испытываются при расположении геометрических фигур. Например, нарисовать крест под кругом или квадрат над крестом [Шохор-Троцкая, 2002: 9].

«Больные не могут ориентироваться в сравнительных словосочетаниях типа: *Коля выше Миши и ниже Васи. Кто из них самый высокий? Кто самый низкий?* Или: *Оля светлее Тани и темнее Сони. Кто из девочек Оля? Кто Соня? Кто Таня?* Такие же трудности возникают при сравнительных словосочетаниях, с наречиями дальше, ближе, слева, справа и т.д.» [Шохор-Троцкая, 2002: 9].

1.1.3. Восстановительное обучение пациентов с разными формами афазии

Основной целью восстановительного обучения больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы является преодоление афазии, дизартрии, а также неречевых агнозий и апраксий. Основные принципы и методы реабилитации строятся на том, что такие нарушения возникают как следствие локальных поражений мозга. Кроме того, специфика работы определяется тем, что в этих случаях отсутствуют первичные расстройства мышления, памяти, внимания, возникающие вследствие диффузных поражений мозга. Выбор методов реабилитации также зависит от конкретных форм афазии, дизартрии, агнозии, апраксии, которые, в свою очередь, определяются характером очага поражения, его размером и локализацией [Шкловский, Визель, 2000].

Помимо локализации очага поражения и его размеров, специфику нарушения речи при каждой из форм афазии определяет степень тяжести и этап заболевания. Важную роль играют также патогенетические механизмы. Так, например, при сосудистых поражениях головного мозга большое значение имеет характер нарушения мозгового кровообращения, степень выраженности нейродинамического компонента, состояние непострадавших участков мозга и т.д. При афазиях же, имеющих травматическую или

опухолевую этиологию, наиболее значимы тяжесть деструктивного дефекта, а также сроки и характер оперативного вмешательства. Определенное значение имеют и преморбидные интеллектуально-характерологические черты личности больного. Для понимания специфики речевого расстройства при той или иной форме афазии, а следовательно и для обеспечения дифференцированного подхода к их преодолению, чрезвычайно важно выявить механизм, или иначе, нарушенную предпосылку, обуславливающую характер афазиологического синдрома [Шкловский, Визель, 2000].

В.М. Шкловский и Т.Г. Визель создали типовые программы восстановительного обучения больных с разными формами афазии. Авторы разделили программу на группы по степеням выраженности речевого дефекта. У одних больных, составляющих большинство, грубость расстройства речи определяется стадией восстановительного периода; у других – дефект остается грубым и на поздних стадиях восстановления.

Методика состоит в следующем:

На стадии расстройств средней и легкой степени выраженности исследователи предлагают поэтапное восстановление, включающее в себя:

1. Преодоление пространственной апрактогнозии:

– схематическое изображение пространственных взаимоотношений предметов;

– изображение плана пути, комнаты и т.д.;

– конструирование по образцу, по словесному заданию;

– работа с географической картой, часами.

2. Восстановление способности понимания слов с пространственным значением (предлогов, наречий, глаголов с приставками «движения» и т.д.):

– наглядное изображение простых пространственных ситуаций, обозначаемых предлогами и другими частями речи; - заполнение пропущенных «пространственных» элементов в слове и фразе;

– составление фраз со словами, имеющими пространственное значение.

3. Конструирование сложноподчиненных предложений:

- уточнение значений подчинительных союзов;
- заполнение пропущенных главных и придаточных предложений;
- составление предложений с заданными союзами.

4. Восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций:

- картинное изображение сюжета конструкции;
- введение дополнительных слов, обеспечивающих смысловую избыточность («отец моего брата», «письмо от любимой подруги» и т.д.);
- введение логико-грамматических конструкций в развернутый смысловой контекст;
- предъявление конструкций письменно, а затем устно.

5. Работа над развернутым высказыванием:

- изложения, сочинения;
- импровизация на заданную тему;
- толкование сложных по смысловой структуре слов.

[Шкловский, Визель, 2000: 36].

Ольга Петровна Пурцхванидзе провела экспериментальное исследование, целью которого было выявить особенности нарушений речевой функции в острой постинсультной стадии, а также определить оптимальную систему восстановительного обучения изученных больных с использованием методов аудиовизуальной и других видов сенсорной стимуляции [Пурцхванидзе, 2011].

В «обучающем эксперименте» О.П. Пурцхванидзе основное внимание уделяется методам слуховой и других видов сенсорной стимуляции. В афазиологии эти методы относятся к числу не имеющих специальных разработок. Их применение на практике является фрагментарным, не имеющим научного обоснования и четкого методического алгоритма. Между тем, именно они способствуют выработке «возвратной» интеграции

распавшихся навыков с опорой на основные и запасные афферентации [Цветкова, 1988].

Впервые метод слуховой стимуляции при афазии был предложен М. Shuell в 1961 году. В работе с больными автор методики взяла за основу принцип лингафонного обучения иностранному языку. Описания процедуры работы с больными, сделанные М. Suell, достаточно кратки и относятся в основном к резидуальному периоду заболевания. Применение методики для больных в острой стадии заболевания описано незначительно. Отдельные приемы указаны в составе различных восстановительных программ, однако, не в качестве специального направления работы с больными [Пурцхванидзе, 2011: 15].

Методика восстановительного обучения О.П. Пурцхванидзе состоит в следующем.

На начальном этапе работы необходимо вывести больных из состояния загруженности, чему способствует невербальная стимуляция – тактильная, аромо-, зрительная и вкусовая стимуляция. Также больным предлагалось прослушивание различных шумов – предметных и природных – через наушники. «У всех больных отмечалась значительная динамика в узнавании неречевых шумов. Это является доказательством того, что использованный разработанный метод повышает функциональную активизацию всей слуховой коры мозга, включая непораженное субдоминантное полушарие» [Пурцхванидзе, 2011: 17]. Далее применяются методы вербальной стимуляции, ориентированные на восстановление способности понимать речь и давать спонтанные речевые реакции на ситуацию общения. Пациентам предлагалось прослушать текст и соотнести слово с обозначаемым им предметом. Затем больному давалось задание показать предмет и параллельно демонстрировалась карточка с изображением этого предмета. Далее вводились задания написать слова, составить простые фразы или описать предмет вербально (если пациенту это доступно). «Такое совмещение вербальных единиц – слов, предложений с зрительными

стимулами (предметными, артикуляционными), а также их значениями обеспечивало функциональные связи между различными по иерархии отделами височно-затылочной и речедвигательной коры» [Пурцхванидзе, 2011]. На финальном этапе необходимо закрепить полученные речевые реакции.

В качестве контрольной группы автор выбрала 30 больных, проходящих лечение в отделении сосудистого неврологического отделения ФМБЦ им. А.И. Бурназяна до проведения настоящего эксперимента. Показатели по динамике восстановления речевой и других ВПФ у этих больных брались из записей в истории болезни, протоколов занятий и дневниковых записей логопеда. Работа с контрольной группой проводилась уже на этапе вербальной стимуляции «для сопоставления особенностей динамики восстановления способности к пониманию речи при условии, что специальный метод слуховой стимуляции по отношению к ним не использовался» [Пурцхванидзе, 2011: 16].

С больными проводились индивидуальные занятия в течение срока госпитализации – в среднем 45 дней. Продолжительность занятия составляла от 15-20 до 45 минут в зависимости от соматического состояния больного. Слуховая и другие виды стимуляции занимали 2/3 общей продолжительности занятия [Пурцхванидзе, 2011: 16].

1.2. Предлоги как средство вербализации пространственных отношений

1.2.1. Различные подходы к определению роли предлога в системе языка

В лингвистике предлог традиционно рассматривают как служебную часть речи, используемую для выражения грамматических связей и отношений между словами, одно из которых является независимым, господствующим, а второе – зависимым, выраженным, как правило, именем существительным, субстантивированным прилагательным, причастием или местоимением в форме косвенного падежа. Иначе говоря, предлог

традиционно относят к служебным словам на основании своей служебной функции. «Предлоги относят к служебным словам и по той причине, что они обычно не употребляются отдельно в качестве самостоятельных членов предложения, а лишь в сочетании с именами и местоимениями: *идти по лесу, вдоль реки, около садов, к товарищу и т. д.*» [Астафьева, 1974, цит. по Чернышев, 2010: 14].

Во многих лингвистических трудах предлог определяют как исключительно служебную часть речи, не имеющую никакого лексического содержания. В частности, в «Русской грамматике» предлог рассматривается как «служебная часть речи, оформляющая подчинение одного знаменательного слова другому в словосочетании или в предложении и тем самым выражающая отношение друг к другу тех предметов и действий, состояний, признаков, которые этими словами называются. Предлогами выражаются те же общие отношения, которые выражаются косвенными падежами существительных (кроме отношения субъектного): это всегда один из видов отношения определительного (по месту, времени, причине, условию, цели и др.) или объектного, либо это отношение необходимого информативного восполнения» [Русская грамматика, 1980: 706].

По мнению некоторых исследователей, семантика предлога абстрактна по своей природе, в то время как семантика самостоятельных частей речи конкретна, так как служит номинации предметов, понятий, явлений.

Однако, мнение об абстрактности и формальности предлогов не разделялось многими учеными уже в XIX веке. «А. Х. Востоков, уделивший большое внимание изучению предлогов, не только определил место предлога в системе частей речи, отмечая его собственное значение, но и предложил классификацию предлогов. Ученый считал, что стороны и положения предмета могут быть показаны местом: 1-е, где начинается, 2-е, где оканчивается, 3-е, где находится что-либо» [Чернышев, 2010: 15].

А.Х. Востоков делит предлоги в собственном значении на движительные, установительные и местительные. Движительные

показывают, откуда идет или где что-либо начинается; установительные указывают на место, куда идет или оканчивается что-либо; и, наконец, местительные указывают на место, где что-либо происходит или находится.

А.А. Потебня, поставив на первое место семантику частей речи и указав на их синтаксическую роль, в то же время подчеркивал их подвижность, изменчивость, переход слов из одних категорий в другие. По его мнению, предлоги представляли собой результат так называемой «эволюции» наречий [Потебня, 1977 цит. по Чернышев, 2010: 15].

Лексическое (фразеологическое) значение предлогов, так же как и полнозначных лексем и фразеологизмов, имеет иерархически организованную структуру. Она состоит из подзначений (сем), последовательно расположенных следующим образом:

- категориальное значение, свойственное всему классу предлогов;
- субкатегориальное значение, характеризующее подкласс предлогов;
- групповое значение, общее для одной семантической группы предлогов;
- подгрупповое значение, свойственное семантической подгруппе предлогов;
- подподгрупповое (= идентифицирующее) значение, общее для мини-объединения предлогов внутри семантической подгруппы;
- индивидуальное значение, отличающее данный предлог от других предлогов мини-объединения (= дифференциальная сема) [Степанова, 2009: 51].

В современной лингвистике вопрос о семантической природе предлога остается нерешенным. По мнению одних исследователей, предлоги играют исключительно грамматическую роль в языке, связывая слова; другие полагают, что у предлога есть лексическое значение, но оно не самостоятельное, а зависит от значений других слов и форм; третьи признают предлог лексически самостоятельным. Таким образом, можно

выделить три направления мысли исследователей относительно соотношений грамматического и лексического значений предлога: признание исключительно грамматического значения предлогов, неполнота лексического значения предлогов и самостоятельность лексического значения предлогов.

Представители первого направления ставят предлоги в один ряд с морфемами, с порядком слов, интонацией и другими грамматическими средствами.

«Г.Е. Крейдлин считает, что предлоги, не имея лексического значения, отвечают за синтаксис. Е. Косериу пишет, что предлоги – частичные слова, так как их значение инструментальное, то есть соответствует значению морфем. По мнению Т.А. Тулиной, предлоги дублируют значения приставок, выступая как техническое средство связывания слов, не обладающее собственным значением. Т.К. Зубкова считает, что предлоги повторяют значения падежных флексий и что значения падежной формы важнее для понимания смысла предложения, чем значение предлога. Таким образом, в лице предлога десемантизируется слово и даже целое словосочетание» [Чернышев, 2010: 17].

Представители второго направления допускают, что у предлогов есть собственное значение, однако, оно зависит от значений других слов. Иными словами, вне контекста предлоги содержания не имеют. Так, например, А.М. Пешковский указывал, что отделить значение предлога от значения аффикса существительного практически невозможно, и в данном случае необходимо упомянуть один сложный звуковой показатель, который частью входит в состав одного из соединяемых слов, частью присоединяется к нему в качестве служебного слова [Пешковский, 2001]. Семантическая функция предлогов в этом случае проявляется в маркировании, то есть уточнении падежных значений.

Сторонники третьего направления утверждают, что предлоги имеют собственное значение, поскольку способны изменять смысл высказывания.

Опираясь на труды отечественных лингвистов, можно утверждать, что предлог, соединяя в себе лексическое и грамматическое значения, является сложным феноменом. По этой причине вопрос о семантической сущности данной языковой единицы остается нерешенным. По мнению современных исследователей, проводить строгую границу между лексическим и грамматическим значениями нельзя. Особенно ярко это проявляется на примере предлогов. Признавая наличие собственной семантики у предлогов, лингвисты ставят перед собой еще более сложные задачи: определить, что является лексическим значением предлога, а что – грамматическим.

«Исследования последних лет, показавшие, что предлоги не только не лишены лексического значения, но и имеют сложную семантическую структуру, позволяют дополнить традиционное определение лексического значения предлогов, которое определяется как “указание на то или иное отношение”» [Русская грамматика, 1980: 710]. О.Н. Селиверстова указывала на то, что лексическим значениям предлогов соответствуют некоторые общие понятия, такие как пространство, время, причина и т.д., которые в комбинации с грамматическим значением предлога представляются как отношения с распределёнными актантными ролями, приписываемыми денотатам знаменательных слов [Селиверстова, 2004: 537].

1.2.2. Вопрос полисемии предлогов в когнитивной лингвистике

Среди обязательных условий в изучении значения предлогов находится требование детального исследования их однозначности/многозначности. В исследованиях некоторых авторов у предлогов постулируется одно значение, обобщающее все возможные семантические варианты. Однозначность предлогов может характеризоваться и в терминах «идеального значения», которое затем подвергается адаптационным сдвигам [Герсковиц, 1986 цит. по Селиверстова, 2004]. Однако необходимо отметить, что идея многозначности предлогов получает всё большее распространение в работах

зарубежных и отечественных лингвистов [Бороздина 2003, 2009; Мальцева 2004; Маляр 2002; Селиверстова 2004; Tyler, Evans 2003].

С признанием многозначности предлогов становится актуальной задача определения характера связей между значениями одного и того же предлога, иными словами – выявление структуры многозначного слова. Существует мнение о том, что значение многозначных предлогов строится по принципу радиально организованной категории с прототипическим значением в её центре [Лакофф, 1987 цит. по Селиверстова, 2004: 729]. Кроме того, отдельные значения предлога могут формироваться под влиянием преобразования пространств, изменения типа непространственных отношений, перехода контекстных вариантов в отдельное значение, разграничения членов микросистемы. Такой тип многозначности не следует отождествлять с «идеальным значением» и «функциональными вариантами», которые выделяет А. Герсковиц [Герсковиц, 1988 цит. по Селиверстова, 2004: 728].

К основным значениям предлога традиционно относят пространственные и временные, которые выводятся из некоторого общего и более абстрактного отношения, которое прослеживается во всех употреблениях предлога. Кроме пространственных и временных выделяется и третья группа значений, основанных на метонимических и функциональных переносах [Селиверстова, 2004: 732] и включающих большое разнообразие предметных отношений (причинных, следственных, целевых, условных и т. д.), которая имеет в лингвистике разное обозначение.

Каждый подкласс предлогов членится на семантические группы. Так, среди обстоятельственных предлогов можно выделить такие семантические группы, как пространственные, временные, целевые, причинные и т. д. каждая группа предлогов имеет собственное групповое значение (пространственное, темпоральное, финальное, каузальное и т. п.). В силу полисемии один и тот же предлог может входить в несколько разных семантических групп [Степанова, 2009: 52].

К числу проблем, затрагивающих семантику пространственных предлогов, относится проблема определения содержания тех концептов, которые актуализируются предлогами в сознании носителей языка. Значение предлога может выходить за рамки геометрии и топологии и должно описываться с учётом тех функциональных связей, которые существуют между объектами [Бороздина 2003, 2009; Мальцева 2004; Маляр 2002; Селиверстова 2004].

В связи с этим представляется необходимым анализ центрального в когнитивной лингвистике понятия – концепта. По мнению Ю.С. Степанова, концептом является идея, включающая абстрактные, конкретно-ассоциативные и эмоционально-оценочные признаки, а также спрессованную историю понятия [Степанов, 2007]. Д.С. Лихачев полагает, что концепт – личностное осмысление, интерпретация объективного значения и понятия как содержательного минимума значения [Лихачев, 1997].

Вслед за Н.Н. Болдыревым, под концептом нами понимается «оперативная содержательная единица памяти, ментального лексикона, концептуальной системы и языка мозга (*lingua mentalis*), всей картины мира, отраженной в человеческой психике» [Болдырев, 2016 цит. по Кубрякова, 1996: 86].

В соотношении «значение – «концепт» подчеркивается отражательная сторона значений языковых единиц и единиц опыта, которые хранятся в индивидуальной и коллективной памяти. Концепты объясняются через значение слов. Вслед за З.Д. Поповой и И.А. Стерниным, представляется справедливым признать, что значение и концепт – продукты деятельности разных видов сознания, т. е. языкового и когнитивного соответственно [Попова, Стернин, 2006].

В соотношении же «смысл – концепт» акцентируется множество лично значимых ассоциаций, связанных с языковыми значениями и единицами опыта в индивидуальном сознании. С позиции значения слова, по мнению В.И. Карасика, следует признать, что содержание языковой единицы

имеет полевую структуру – стабильное ядро и слои ассоциативных признаков разной степени типичности вокруг него [Карасик, 2006].

1.2.3. Языковая репрезентация пространственных отношений в когнитивной семантике

В исследовании семантики предлогов с позиции когнитивной лингвистики существует несколько подходов. Один из них основан на описании грамматики пространства, в которой выделяются понятия фигуры и фона.

Е.С. Кубрякова указывает на то, что, если даже первоначально объект (вещь, тело, лицо) вычленяется из «всего остального», постепенно и это остальное должно принимать при его восприятии более определенную форму. Иначе говоря, если предметы осознаются и осмысляются человеком как определенные части среды или пространства, некие представления должны складываться и для осознания того, что непосредственно окружает человека (фона) и что можно было бы также назвать хронотопом (то есть не только пространством в физическом смысле) [Кубрякова, 2004].

«Объекты» вступают в пространственные отношения, описываемые предлогами, с «местами», которые также могут выражаться предметным именем (например, «полка» в выражении *книга на полке*). Большинство пространственных отношений несимметрично: «помещаемый» объект, или фигура, обычно кодируется грамматическим субъектом, а «место», или фон, – грамматическим объектом предлога. Характерные свойства «фигуры» – это мобильность/способность становиться мобильным во времени и пространстве, наличие пространственных или временных границ, меньшие в сравнении с фоном размеры. «Фон» же, напротив, неподвижен, громоздок, часто мыслится как не имеющий границ [Чернышев, 2010: 20].

Е.С. Кубрякова предполагает, что в актах локального, ограниченного, простого взаимодействия со средой у человека складывались представления об окружающей его обстановке в целом – о том, что соответствовало его

ощущениям непосредственной реальности и, прежде всего, панорамному охвату взглядом среды или пространства. Концептуализироваться и подвергаться категоризации должно было именно то, что входило в «ближайшее окружение» человека и определяло его жизнедеятельность, то, внутри чего он распознавал предметы и их признаки, но в то же время – и то, что соответствовало отдельному моменту его бытия, определяемому в терминах «здесь и сейчас». Для обозначения такого концепта был выбран наименее нагруженный в функциональном отношении и часто используемый в когнитивной литературе термин «сцена», хотя в равной степени можно было бы обозначить этот исходный концепт как «ситуацию» или «положение дел» [Кубрякова, 2004].

«Ключевая роль предлога в рамках “сценария”, отражающего отношение между фигурой и фоном, очевидно, послужила причиной рассмотрения его как “релятора” – термина, возникновение которого было связано с грамматикой когнитивного описания пространства» [Чернышев, 2010: 22].

Как пишет И.М. Кобозева, локализация представляет особый вид характеристики объекта, сводящийся к указанию его местоположения. «Характеризуя данные отношения, говорящий должен принять один из объектов за ориентир и описать относительно него положение второго объекта (фигуры)» [Кобозева, 2000: 156–157].

В разных исследованиях реляторами обозначают, например, глаголы, наречия места, дискурсивные слова типа *правда, поди, по-видимому, не иначе как и т. П.* [Киселева, Пайар 2003, цит. по Чернышев, 2010]. Во множестве трудов по семантике предлогов, которые отражают пространственные или временные отношения, эту единицу также называют релятором.

Таким образом, семантика предлога представляет собой семантику отношения между объектами в определенной области пространства, а также восприятия этого пространства в сознании человека.

1.2.4. Специфика функционирования и свойств предлога как единицы выражения пространственных отношений

Исследования собственно пространственных употреблений предлога в рамках пространства также получили широкое распространение. Некоторые исследователи полагают, что пространственные значения предлога обуславливают наличие и других его значений. «То есть, если предлог имеет широкий диапазон пространственных значений, то он может выражать различные виды и других типовых значений {на, в, по), и наоборот, если предлогу свойственно только одно значение локального характера, то и при выражении других типов значений разнообразие отсутствует {из-за)» [Коновалова, 1988: 10, цит. по Бороздина, 2003].

Е.С. Кубрякова пишет, что «легко показать не только пространственные значения предлогов, но и их переносные значения. По ее мнению, все эти значения именуют координацию вещей и событий, показывают их место во времени и в пространстве, соотносят выделенные ориентиры с их обобщенными представлениями в голове человека и т. п.» [Кубрякова, 1978: 11, цит. по Чернышев, 2010: 23].

В современной лингвистике традиционно выделяются три основных подхода к описанию пространственных значений предлога: геометрический, топологический и функциональный.

Геометрический подход опирается на признак *n*-мерности: предложные единицы характеризуются в соответствии с пространственными измерениями. Например, английские предлоги *at*, *on*, *in* определяются как одно-, двух- и трехмерные соответственно. Признак *n*-мерности несомненно важен для описания предлогов, но недостаточен. Как отмечает К. Ванделуаз, «недостаток «геометрических» описаний состоит в том, что в них не учитывается следующее обстоятельство: допустимость слов *X* и *Y* в контексте предлога зависит не только от пространственных характеристик

соответствующих объектов, но и от взаимоотношений X-а и Y-а» [Vandeloise, 1992: 20, цит. по Чернышев, 2010: 23].

«Топологический» подход опирается, в первую очередь, на особенности формы объектов, упоминаемых в контексте предлогов. Например, М.В. Филипенко приводит следующее утверждение относительно пространственных употреблений предлога *in*: «X находится в Y-е, если выпуклое замкнутое пространство Y-а включает выпуклое замкнутое пространство X-а. Приведенное определение применимо к случаям типа *Муха в стакане воды*, поскольку стакан воды можно мыслить как замкнутый объект благодаря уровню воды. Но, как было отмечено А. Герсковиц, апелляция к операции «ментального замыкания» формы объекта не всегда дает адекватные результаты, например, в ситуации, когда муха находится в рюмке с водой, нельзя сказать *Муха в рюмке*» [Филипенко, 2000: 17].

«При функциональном подходе характерными оказываются следующие составляющие метонимические отношения:

а) содержащее контролирует позицию содержимого: так, в случае полного контроля в предложении оказываются невозможны количественные оценки, например, допустимость выражения *Палец на три четверти в стакане* при сомнительности *Букет на три четверти в стакане*, хотя именно такова реальная ситуация - поскольку стакан полностью детерминирует положение букета;

б) содержимое перемещается по направлению к содержащему: отсюда допустимость предложения *Сунь палец в кольцо* при аномальности фразы *Палец в кольце*;

в) содержимое, пусть и частично, заключено в содержащее».

[Чернышев, 2010: 25]

Отношение «Содержащее/содержимое» можно уточнять по мере надобности, поскольку в разных языках могут оказаться релевантными разные черты содержащего и содержимого. Можно уточнять и составляющие этого отношения. Так, идея контроля содержащим позиции содержимого

может проявляться по-разному: когда движение содержащего предполагает аналогичное движение содержимого (вода в стакане), или когда содержащее ограничивает движение содержимого (опять же вода в стакане), или когда содержащее препятствует доступу к содержимому извне (заключенный в камере) [Чернышев, 2010: 25].

А.В. Солоницкий отмечает, что обобщение всех случаев употребления на основе «широкого понимания» пространственных значений кажется затруднительным.

Во-первых, все попытки определения пространственных значений не обходятся без слов, «тяготеющих к прагматике»: ориентир, выше (ниже), препятствие, наблюдатель и т. п. В большей степени эти слова близки логико-понятийным связкам со значением цели, причины, условия и т. п. [Солоницкий, 2003].

Во-вторых, не все предлоги способны иметь пространственное значение (например, *без, про, для, с* с винительным и творительным падежами, *по* с винительным и предложным падежами), но все способны иметь непространственные значения [Солоницкий, 2003].

В-третьих, все попытки определить инвариантное значение или общий для всех значений компонент привели к «непространственному» результату [Солоницкий, 2003].

В-четвертых, предметное значение имени при предлоге не обязательно влечет пространственную интерпретацию предлога (*отдал часы за книгу, ушел за книгой, ключ от кабинета, соус крыбе* и т. д.) [Солоницкий, 2003].

Автор говорит о том, что искомое единственное значение предлогов имеет непространственную природу.

Таким образом, в современной науке о языке существует несколько различных подходов к пониманию пространственных значений предлога. Однако, общепринятой характеристики функционирования предлога в качестве единицы выражения пространственных отношений нет.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Опираясь на труды исследователей, занимавшихся изучением проблем афазиологии, мы пришли к выводу, что афазия – это системное нарушение речи, возникающее при локальных поражениях мозга и охватывающее разные уровни организации речи. Афазия приводит к нарушениям восприятия и продуцирования речи, понимания концептов, стоящих за той или иной лексической единицей, тем самым лишая речь пациента с афазией коммуникативной функции.

Клиническая картина, симптоматика, механизм воздействия на физиологию и психику пациента у всех форм афазии различны. Однако, общим для всех форм является системное нарушение речи. Возникновение той или иной формы афазии зависит от локализации очага поражения левого полушария коры мозга человека.

Семантическая афазия проявляется в неспособности пациента понимать сложные логико-грамматические конструкции. Связность элементов в таких структурах обеспечивается предлогами, и понимание их смысловой роли, особенно пространственной, вызывает наибольшие затруднения.

Несмотря на многолетнюю историю исследования семантики предлогов, ученые не пришли к единому мнению относительно роли этой части речи в системе языка. В настоящем исследовании мы поддерживаем точку зрения о том, что характер семантики предлога двойственен: в нем сочетаются лексическое и грамматическое значения. Лексическим значениям предлогов соответствуют такие понятия, как пространство, время и движение. Пространственные значения широко представлены в семантике предлогов, но при этом они не являются единственными значениями данных языковых единиц.

Пациентами с семантической формой афазии понимается грамматическое значение отдельных предлогов. Однако, содержание

концептов, актуализируемое предложениями, их лексическое значение вызывают затруднения.

ГЛАВА 2. ВЛИЯНИЕ КОНТЕКСТНЫХ УСЛОВИЙ И СИСТЕМНО-ЯЗЫКОВЫХ ФАКТОРОВ НА УСПЕШНОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕДЛОГОВ ПАЦИЕНТАМИ-АФАТИКАМИ

Во время выполнения теоретической части исследования нами была выдвинута гипотеза о том, что успешность или затрудненность вербализации пространственных отношений пациентами с семантической афазией зависит от факторов частотности и полисемичности пространственных предлогов. Одной из главных задач настоящего исследования было выявление особенностей употребления пациентами с семантической афазией пространственных предлогов при синтезе речи и соотнесение их с факторами лексической комбинаторики, частотности и полисемичности. Цель исследования заключается в выявлении и описании контекстных условий и системно-языковых факторов, определяющих успешность или затрудненность вербализации пространственных отношений пациентами с семантической афазией.

Материалом для исследования послужили записи речи пациентов с семантической афазией во время реабилитационных занятий с врачами-логопедами в Отделении восстановления высших нервных функций Сибирского отделения ФМБА РФ (зав. отделением О.Н. Никольская), краткие анамнезы болезни пациентов, а также записи врачей с упражнениями и результатами их выполнения пациентами. Общее количество пациентов составило 64: 18 женщин и 46 мужчин. Пациентов с комплексной моторной афазией (афферентно-эфферентная) и нейродинамическими нарушениями по семантическому типу – 46, из них у 6 пациентов афазический синдром проявляется в легкой степени тяжести, у 32 – средней степени тяжести, у 8 – тяжелой степени тяжести. У 18 пациентов диагностирована эфферентная моторная афазия с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу, у 2 из них афазический синдром проявляется в легкой степени тяжести, у 13 – средней степени тяжести, у 3 – тяжелой степени тяжести. Количество

аудиозаписей составило 25 (средней длительностью 3,5 минуты каждая), записей врачей с примерами упражнений и отметками об их выполнении – 41.

Исследовательская процедура представляла собой ряд действий:

1. Прослушивание записей речи пациентов.
2. Транскрибирование записанных фрагментов по системе «ТРУД» [Макаров, 2003: 116-117].
3. Определение успешности / неуспешности вербализации пространственных отношений.
4. Изучение кратких анамнезов болезни, записей врачей с упражнениями и результатами их выполнения пациентами.
5. Анализ и систематизация допущенных в ходе выполнения заданий ошибок в вербализации пространственных отношений по следующим параметрам:
 - предлоги, употребленные верно;
 - предлоги, употребленные неверно;
 - пропущенные предлоги.

В качестве основного объекта исследования были выбраны следующие предлоги: *в, на, с, к, из, у, от, под, перед, между, над, около, возле*. Выбор перечисленных выше единиц обусловлен наибольшей частотностью (согласно Новому частотному словарю русской лексики О.Н. Ляшевской и С.А. Шарова) их употребления в речи для описания элементарных пространственных отношений.

2.1. Особенности восприятия пространственных отношений пациентами с афатическими нарушениями речи тяжелой, средней и легкой степени

Согласно проводимым ранее исследованиям, а также представленным специалистами Отделения восстановления высших нервных функций Сибирского отделения ФМБА РФ материалам следует, что «чистые» случаи,

укладывающиеся в стандартные клинические картины, встречаются крайне редко. Каждый случай имеет свои индивидуальные особенности и, как правило, сочетает несколько форм афазии. В данном исследовании мы опирались на системность дефекта, степень его выраженности и общие особенности данных пациентами ответов.

Поскольку с лингвистической точки зрения наибольший интерес вызывают афазии с нейродинамическими нарушениями по типу семантической афазии, для настоящего исследования были выбраны пациенты, у которых наблюдались именно такие нарушения. У 71% исследуемых пациентов была диагностирована комплексная моторная афазия (афферентно-эфферентная), у 29% – эфферентная моторная афазия.

Таблица 1. Информация о пациентах, принявших участие в исследовании

Условное обозначение пациента в исследовании	Информация о пациенте; краткий анамнез болезни
Пациент 1	Мужчина, 71 год. Диагноз неврологический: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Речевое заключение: комплексная моторная (эфферентная, афферентная) афазия. Тяжелая степень выраженности.
Пациент 2	Мужчина, 46 лет. Диагноз неврологический: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии. Речевое заключение: комплексная моторная (афферентная, эфферентная) афазия с преимущественным афферентным синдромом. Средняя степень выраженности.
Пациент 3	Мужчина, 39 лет. Диагноз неврологический: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Речевое заключение: комплексная моторная афазия

	(эфферентная, афферентная) с ведущим эфферентным синдромом. Средняя степень выраженности.
Пациент 4	Мужчина. Речевое заключение: комплексная моторная афазия (афферентная, эфферентная) легкой степени выраженности.
Пациент 5	Мужчина, 40 лет. Диагноз неврологический: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Речевое заключение: комплексная моторная афазия (эфферентная, афферентная) с ведущим эфферентным синдромом. Средняя степень выраженности.
Пациент 6	Женщина. Речевое заключение: комплексная моторная афазия (афферентная, эфферентная) средней степени выраженности.
Пациент 7	Мужчина, 49 лет. Диагноз неврологический: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии. Речевое заключение: Комплексная моторная (афферентная, эфферентная) афазия с преимущественным афферентным синдромом. Средняя степень выраженности.
Пациент 8	Мужчина, 61 год. Диагноз неврологический: вирусный менингит. Речевое заключение: Эфферентная моторная афазия. Средняя степень выраженности дефекта.

Одна из методик восстановления предполагала выполнение пациентами таких заданий как:

- спонтанный монологический рассказ о себе;
- ответ на вопрос с опорой на изображение;
- пересказ ранее прочитанного/услышанного.

Спонтанная речь больных с тяжелой степенью выраженности дефекта ограничена. Пациенты используют преимущественно номинативные лексические единицы, практически отсутствуют глаголы. Пространственные

отношения практически не распознаются, пространственные предлоги в речи отсутствуют; стимуляция восприятия пространственных отношений с помощью визуальных образов мало эффективна.

Пациент 1 [A2], рассказ о себе (тяжелая степень выраженности дефекта):

A1: Где ты живешь?

A2: Я...я...Красноярск.

Однако, такие случаи встречались крайне редко – из 64 пациентов только у 7 была диагностирована афазия тяжелой степени.

Пациенты со средней степенью выраженности дефекта составили большинство группы – 73%. У таких пациентов отмечается базовая фразовая речь, они способны передать свою мысль в общих чертах. Словарь семантически беден, представлен преимущественно существительными, частотными глаголами. Простые пространственные отношения распознаются, однако, пространственные предлоги из речи «выпадают».

Например:

Пациент 2 [A2], рассказ о себе (средняя степень выраженности дефекта):

A1: Где ты живешь?

A2: Я живу Назарово.

Пациент понимает суть вопроса, однако, у него нарушено понимание грамматических связей слов, которые выражаются флексиями и предлогами, в следствие чего пространственный предлог *в* из речи «выпадает».

Пациент 3 [A1], рассказ о себе (средняя степень выраженности дефекта):

A1: Я живу мама, Любаша // Metallургов, в роца // Metallургов двадцать пять, в квартира 87.

У таких пациентов не наблюдается глубоких нарушений экспрессивной речи: они используют простые по конструкции предложения и словосочетания, понимают просто построенную речь, однако, при

усложнении грамматического строя речи пациент испытывает трудности понимания.

При легкой степени выраженности дефекта спонтанная речь пациентов достаточно развернута, но однообразна. Однако, присутствует большое количество речевых штампов, которые маскируют трудности в поиске нужного слова или конструкции. Пространственные отношения распознаются легко, пространственные предлоги в большинстве случаев употребляются верно. Словарь разнообразный. Возможна монологическая речь на определенные темы.

Например:

Пациент 4 [A1], рассказ о себе (легкая степень выраженности дефекта):

A1: Я родился двадцатого третьего восемьдесят третьего в городе Ангарске Иркутской области. Уехал оттуда, там, где жили и живут наши знакомые. Живу со своей женой, сыном; учусь, пытаюсь читать, писать, рассказывать, понимать, что рассказываю.

Таким образом, восприятие пространственных отношений напрямую зависит от характера и степени тяжести нарушений. Пациентам с тяжелой степенью выраженности дефекта сложнее всего дается понимание и вербализация пространственных отношений, пациенты используют преимущественно номинативные лексические единицы. Пациенты со средней степенью выраженности дефекта распознают простые пространственные отношения, однако, практически всегда «выпускают» из речи пространственные предлоги; нарушено понимание грамматических связей слов. Пациенты с легкой степенью выраженности дефекта способны на развернутую монологическую речь; пространственные отношения распознаются легко, о чем свидетельствует безошибочное употребление пространственных предлогов в большинстве случаев.

2.2. Роль факторов частотности и полисемичности предлогов в вербализации пространственных отношений пациентами с афазией

В данном исследовании мы выдвинули предположение о том, что успешность или затрудненность вербализации пространственных отношений пациентами с семантической афазией зависит от факторов частотности и полисемичности пространственных предлогов.

Согласно “Новому частотному словарю русской лексики” О.Н. Ляшевской и С.А. Шарова [Ляшевская, Шаров, 2009], самыми частотными пространственными лексическими единицами (в *ipm* – относительной частоте на миллион словоформ) являются *в* (частота 31374.2), *на* (частота 15867.3), *к* (частота 5389.0), *из* (частота 4314.1), *у* (4306.1), *за* (3904.1), *от* (3672.5), *под* (частота 1126.0). Кроме того, пациентами назывались такие пространственные лексемы, как *около* (частота 228.1), *возле* (частота 111.0), *между* (607.5).

Нами были проанализированы результаты выполнения заданий в рамках реабилитационных занятий с пациентами со средней и легкой степенью выраженности дефекта.

Одна из методик восстановления предполагала выполнение пациентами таких заданий как:

- спонтанный монологический рассказ о себе;
- ответ на вопрос с опорой на изображение;
- пересказ ранее прочитанного/услышанного.

Нами было рассмотрено 25 аудиозаписей реабилитационных занятий, каждая из которых содержала материалы по всем трем типам заданий. Общее количество вакантных позиций для пространственных предлогов в этих записях составило 312, из них 194 были заполнены. Проанализировав ответы пациентов на поставленные задачи, мы обнаружили некоторые закономерности.

Нами было выявлено, что наиболее часто из спонтанной речи афатика “выпадают” предлоги *в* (47% от общего числа употребленных/предполагаемых) и *на* (34%). Кроме того, наблюдается нарушение согласования предиката и обстоятельства.

Следует отметить, что трудность в употреблении данных предлогов возникает у пациентов, выстраивающих связный монолог о себе, в то время как при описании показываемых им изображений и пересказе текста эти же предлоги используются правильно (при этом наблюдается нарушение в согласовании предиката и обстоятельства).

Это подтверждает наше предположение о том, что успешность заполнения вакантной позиции при порождении речи зависит от частотности и полисемичности предлога в совокупности. Чем частотнее предлог, тем менее он должен быть подвержен “выпадению” из речи. Однако, наиболее частотные предлоги являются также наиболее полисемичными: согласно Малому академическому словарю русского языка, предлог *на* обладает 34 значениями, *в* – 23 значениями. Это вызывает трудности в согласовании предиката и обстоятельства – частотность предлога позволяет пациенту понять, какой предлог нужно поставить на предполагаемую позицию, в то время как полисемичность этого же предлога вызывает затруднения в согласовании. В результате, при порождении речи пациент оставляет место предлога пустым.

Например:

Пациент 5 [A2], рассказ о себе (средняя степень афазии):

A1: В какой город ты приехал?

A2: Я ехал Красноярск

A1: Где стоят книги?

A2: Книги стоят шкаф

Пациент 5 [A2], работа с изображениями:

A1: Где стоит цветок?

A2: Цветок стоит на столе

A1: Где лежит письмо?

A2: Письмо лежит в книге

Таблица 2. Влияние частотности и полисемичности предлога на успешность вербализации пространственных отношений

Предлог	Частотность пространственного предлога (“Новый частотный словарь русской лексики” О.Н. Ляшевской и С.А. Шарова), ipm	Степень полисемичности пространственного предлога	Успешность вербализации пространственного предлога пациентами в монологическом рассказе о себе (количество пациентов, правильно употребивших предлог)	Успешность вербализации пространственного предлога пациентами при поддержке визуального образа (количество пациентов, правильно употребивших предлог)
В	31374.2	23 значения	53%	82%
На	15867.3	34 значения	34%	70%
С	11311.9	26 значений	61%	89%
К	5389.0	13 значений	68%	93%
У	4306.1	4 значения	87%	95%
От	3672.5	13 значений	65%	89%
Под	1126.0	18 значений	72%	93%
Перед	626.7	7 значений	83%	97%
Между	607.5	11 значений	75%	95%
Над	537.0	3 значения	92%	98%

Проведенный нами анализ доказывает, что факторы частотности и полисемичности пространственных предлогов находятся в конкурентных отношениях. Логично предположить, что наиболее частотные предлоги должны быть менее подвержены «выпадению» из речи пациентов, поскольку в повседневной речи они используются чаще, и, следовательно, закрепляются

в сознании в определенных контекстах или образах. Однако, при проведении работы с пациентами мы отметили, что это не соответствует действительности: вакантные места, предполагающие наличие наиболее частотных предлогов, чаще всего остаются пустыми. Тогда мы обратились к фактору полисемичности пространственного предлога. Проведя сопоставительный анализ этих двух факторов, мы обнаружили, что наиболее частотные предлоги являются также наиболее полисемичными – они имеют большое количество различных значений, в том числе сразу несколько – пространственных. В результате пациент испытывает трудности в выборе предлога.

Следует отметить, что данная закономерность отношений факторов частотности и полисемичности предлога справедлива не только для спонтанной речи – например, при рассказе о себе в форме монолога, но и при выполнении заданий на понимание пространственных отношений при помощи визуального образа. Чем менее полисемичен предлог (вне зависимости от его частотности), тем более вероятно, что пациент не испытает трудностей в употреблении предлога. Например, наиболее полисемичный предлог *на* (34 значения) был употреблен пациентами правильно лишь в 34% случаев, в то время как предлог *над*, имеющий 3 значения – в 92% случаев (см. Таблица 2).

Задания на отражение пространственных отношений при помощи визуальных образов (задания типа указать на предмет в кабинете и описать его отношение в пространстве по отношению к другому предмету или задание изобразить пространственные отношения фигур на бумаге) приносят более положительный результат в целом – в таких заданиях предлоги реже употребляются неверно либо «выпадают» из речи пациента.

Это подтверждает наблюдение о том, что нейродинамические нарушения по семантическому типу оказывают влияние главным образом на способность пациента к симультанному синтезу речи, в то время как при работе по определенной модели (вопрос-ответ в одной форме) и при

поддержке визуальных образов, «выпадений» пространственных предлогов не наблюдается.

2.3. Роль факторов конкретности/абстрактности/метафоричности значений предлогов

В данном исследовании мы выдвинули предположение о том, что степень конкретности пространственного значения предлога оказывает существенное влияние на успешность его употребления. Вербализация конкретных пространственных отношений между объектами вызывает меньшие трудности, нежели метафорических.

Нами был проведен анализ записей врачей, где указывались упражнения и результаты их выполнения пациентами. С каждым пациентом проводится по 5 занятий в неделю. Каждое занятие включает в себя перечень заданий:

- прослушать предложение и выбрать правильный вариант (на слух);
- прослушать и выбрать правильный вариант (с опорой на картинку);
- нарисовать предметы, учитывая их положение в пространстве;
- прочитать и исправить окончания в словах, данных в скобках;
- показать предметы в кабинете;
- расположить предметы в пространстве;
- прослушать/прочитать предложение и выбрать правильный вариант ответа (правильный предлог) из трех возможных;
- прочитать словосочетание и подобрать предлог (без вариантов ответа).

Успешность выполнения упражнения оценивалась следующим образом:

- 1 балл – задание выполнено

– 0,5 балла – задание выполнено после повторения; латентные задержки

– 0 баллов – задание не выполнено

В каждом упражнении давалось три задания, то есть за каждое упражнение можно было получить максимум 3 балла.

	Пациент 1	max	1 занятие 6.07.2017	2 занятие 7.07.2017	3 занятие 10.07.2017	4 занятие 12.07.2017	5 занятие 13.07.2017
И м п р е с - н а я	1.1. Послушайте и выберите правильный вариант (предъявляем на слух) (задание 3)	3 б	3	3	3	3	3
	1.2. Послушайте и выберите правильный вариант (предъявляем с опорой на картинку) (задание 3)	3 б	3	3	3	3	3
	2. Нарисуйте	3 б	3	3	3	3	3
	3. Прочитайте и исправьте окончание в словах, данных в скобках (задание 2)	3 б	1 0 0	0,5 0 1	0,5 1 1	1 0,5 1	1 1 1
	4. Покажите (предметы в кабинете)	3 б	3	3	3	3	3
	5. Положить предметы	3 б	0,5 0,5 1	3	3	3	3
		Max 18 б	15	16,5	17,5	17,5	18
Э к с п р е с - а я с т р	1. Прочитайте, выберите из трех предложенных предлогов нужный, вставьте его в предложение (задание 1)	3 б	3	3	3	3	3
	2. Прочитайте словосочетание, вставьте пропущенный предлог (задание 3)	3 б	3	3	3	3	3
	3. Составьте предложение со словами, данными вразброс (задание 2)	3 б	1 0,5 0,5	1 0 0,5	1 0 1	0,5 0,5 0,5	1 1 0,5
	4. Составить предложение с предлогом ОКОЛО по сюжетной картинке	3 б	0,5 0,5 1	0,5 0,5 1	0,5 1 1	1 1 0,5	0,5 0,5 0,5
	5. Составить предложение с предлогом ОКОЛО, опираясь: - на предметы в кабинете - на предметы на рабочем столе - на заданную тему («Лето»)	3 б	1 1 0,5	1 1 0,5	0,5 0,5 1	1 1 0,5	1 1 1
		Max 15 б	12,5	12	12,5	12,5	13

Рисунок 1. Записи результатов выполнения упражнений в ходе речевой реабилитации пациентов

Наиболее широкое поле для исследования представляли случаи пациентов со средней степенью тяжести афазического синдрома. Нами проанализирован материал по 32 пациентам со средней степенью выраженности нарушения по семантическому типу. У каждого из пациентов рассматривался материал по 5 занятиям. Всего в предложенных упражнениях было 760 вакантных позиций для предлогов, 574 из которых предполагали наличие пространственного предлога. Успешнее других пациенты

справлялись с заданием с возможностью выбора из предложенных вариантов:

- Морщинки появились (за/около/под) глаз
 - Встаньте (вокруг/за/около) магазина
 - Гулять с собакой (за/около/перед) дома
- или
- (под/над/около) его скул выступает легкая краска
 - Дама (через/около/за) бюста Ленина
 - Встретились (перед/рядом/с/около) магазина

В каждом из предложений значение пространственного предлога было конкретным, и задача согласования была уже выполнена.

К пятому занятию распределение результатов выглядело следующим образом:

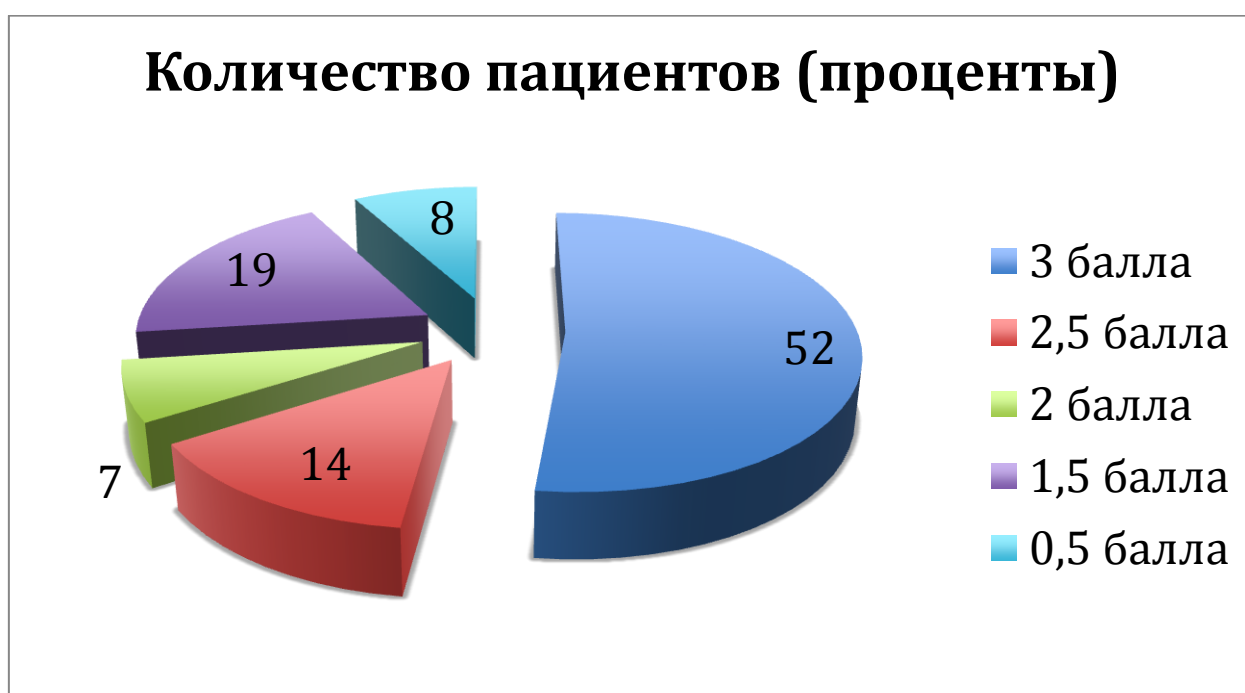


Рисунок 2. Успешность употребления пространственных предлогов в ходе речевой реабилитации

3 балла – 52% пациентов; 2,5 балла – 14% пациентов; 2 балла – 7% пациентов; 1,5 балла – 19% пациентов; 0,5 балла – 8% пациентов.

Анализируя данные, мы наблюдаем положительную динамику в процессе реабилитации. На первом занятии те же пациенты показывали менее впечатляющие результаты:



Рисунок 3. Успешность употребления пространственных предлогов в ходе речевой реабилитации

3 балла – 41% пациентов; 2,5 балла – 9% пациентов; 2 балла – 5% пациентов; 1,5 балла – 11% пациентов; 1 балл – 15% пациентов; 0,5 балла – 19% пациентов.

Поскольку занятия проводятся каждый день в течение недели, мы предполагаем, что, помимо конкретности значения предлога, существенную роль в улучшении показываемых результатов играет фактор повторяемости, поскольку по типу задания во всех занятиях одинаковы – меняется только содержание. Пациент запоминает некоторые алгоритмы согласования, что помогает ему сделать правильный выбор в последующих упражнениях.

Пациенты с легкой степенью выраженности дефекта уже на первом занятии успешно справлялись с большинством заданий. Нами был проанализирован материал по 3 пациентам с легкой степенью выраженности дефекта. Всего в предложенных упражнениях было 90 вакантных позиций

для предлогов, 48 из которых предполагали наличие пространственного предлога.

Пациенты успешно справлялись с заданием выбрать один из трех предложенных вариантов – 87% больных выполнило это задание на 3 балла.

Отдельно на занятиях проводилась работа с предлогом *около*. Пациентам давались следующие задания:

1. Прочитать словосочетание и изменить окончание слова после предлога.
2. Составить предложение с предлогом *около* по сюжетной картинке.
3. Составить предложение с предлогом *около*, опираясь на:
 - предметы в кабинете;
 - предметы на рабочем столе;
 - заданную тему («Лето»).

Наиболее успешно пациенты справлялись с заданием согласования, а также составления предложения с опорой на предметы в кабинете и на заданную тематику.

Согласно “Новому частотному словарю русской лексики” О.Н. Ляшевской и С.А. Шарова [Ляшевская, Шаров, 2009], среди пространственных предлогов *около* находится на тридцатом месте, то есть является одним из наименее частотных. В то же время, этот предлог имеет лишь одно пространственное значение (указание на объект, находящийся рядом), которое может употребляться как в конкретном значении, так и в метафорическом.

В заданиях существует градация примеров предложений и словосочетаний по степени конкретности пространственного значения – от наиболее конкретных к абстрактным, метафорическим.

Например:

- Доктор нанес мазь около (ноздря)
- Ходить вокруг да около (проблема)

Вербализация конкретных пространственных отношений между объектами (например, *Ребята толпились около (машина)*) вызывала меньшие трудности – 87% пациентов выполнили это задание на 1 балл, в то время как определение метафорического пространственного значения (например, *Его жена тихонько существовала около (Он)*) вызывало трудности практически у всех пациентов – 72% пациентов не справились с заданием, 23% выполнили его на 0,5 балла и лишь 5% справились с заданием.

2.4. Влияние контекстных условий на успешность вербализации пространственных предлогов

2.4.1. Влияние вербального контекста

При изучении материалов, собранных в процессе речевой реабилитации пациентов, мы обратили внимание на то, что некоторые концепты, актуализируемые теми или иными пространственными предлогами, у пациентов отсутствуют.

Одним из типов заданий, предлагаемых пациентам в процессе реабилитации, был пересказ ранее прочитанной или прослушанной истории. Мы исследовали пациентов со средней степенью выраженности дефекта. Один и тот же пациент показывал разные результаты при выполнении заданий разного типа. При монологическом рассказе о себе пространственные предлоги из речи пациента «выпадали», либо были употреблены неверно. Однако, выполняя задание пересказать ранее прочитанную или прослушанную историю, те же самые предлоги пациентом употреблялись верно (в ряде случаев – с нарушениями в согласовании или с латентной задержкой).

Мы предполагаем, что значительную роль в реабилитации пациентов с афазиями с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу играет лингвистический контекст употребления предлога.

Для изучения роли контекстных условий в вербализации пространственных отношений пациентами с афазиями необходимо дать

определение контекста. В современной лингвистике существует много понятий, отражающих линейные отношения языковых единиц. Одним из них является термин синтагматика. Синтагматика как аспект изучения языка предполагает изучение правил сочетаемости одноуровневых единиц языка и их реализацию в речи. Синтагматические отношения языковых единиц подчинены не только лексическим, но и грамматическим законам и семантизируются в конкретных текстах или высказываниях. С данными категориями тесно соотносится понятие контекст, который в данном исследовании понимается как «отрезок текста, в котором конкретизируется значение данного полисемичного слова или отражается его актуальный смысл» [Влавацкая, 2017: 38].

В процессе пересказа истории происходит осмысление ранее прочитанного текста, формируются алгоритмы согласований. Синтаксическое окружение предлога стимулирует память пациента, восстанавливая ранее знакомые словосочетания, фразеологизмы. Складывается представление о том, какое пространственное значение актуализируется тем или иным предлогом, закрепляются конкретные образы.

Например:

Пациент 6 [A1], пересказ истории (фрагмент):

A1: Дед с внуком шли *у колодца*. Веревкой колодец стал..глубокий был колодец. Упала веревка *в ведро*. Колодец..ехал мужик воды напиться. Было *под соломой*, а он не напился и деду не дал. А второй мужик ведро воды напился и деду дал. А ведро с собой увез.

Пациент затрудняется составить логический рассказ с соблюдением причинно-следственных связей, однако, пространственные отношения распознает и вербализует без ошибок. В рассказе о колодце, благодаря синтагматическому вербальному контексту, пациент распознает отношения лексических единиц колодец-веревка-ведро. В данном случае пространственный предлог *в* имеет директивное значение (направление движения), тесно связанное с семантикой перемещения в пространстве,

заложенной в значении глагола *упасть*. В словосочетаниях *шли у колодца* и *было под соломой* предлоги *у* и *под* имеют локативное значение (местоположение в пространстве и/или во времени), указывая на положение предметов в пространстве. При этом предлог *у* связан с глаголом *идти*, в семантике которого заложено директивное значение однонаправленного перемещения, однако, в данном случае имеет место динамическая локализация.

Пациент 7 [A1], пересказ рассказа А.П. Чехова «Злой мальчик» (фрагмент):

A1: Иван Иванович Ляпкин... молодой человек приятной... наружности и Анна Семеновна Замблицкая, молодая девушка со вздернутым носиком... ступ-спустились вниз... на скамеечке... И уселись на берегу... реки... за стеной молодого ивняка. Чтобы.. А! И защищал их от постороннего люда... Только рыбы и пауки-паявинуны были свидетелям их пребывания. Они были вооружены удочками, сачками, червями.. все.. ну.. всеми рыболовными принадлежностями. И тут же приступили рыбачить. Но только-только начали рыбачить... Иван Иванович Ляпкин тут же забросил удочки *на иное-м направлении*. Он начал атаку *на ином фронте*.

Пациент понимает и помнит последовательность действий, совершаемых героями рассказа; речь обрывиста, но логична. Сочетание лексических единиц *на скамеечке* предполагает наличие глагола: *сидеть на скамеечке*, в связи с чем в данном случае был неверно употреблен предлог *на* в место *к*. Пациент не распознал директивного характера глагола *спустились*. В предложении «И уселись *на берегу... реки.. за стеной молодого ивняка*» пространственный предлог *на* включен во фразеологический контекст «сидеть на берегу», что помогает пациенту подставить необходимый предлог и соблюсти правила согласования. В предложении «Иван Иванович Ляпкин тут же забросил удочки *на иное-м направлении*» пациент перепутал алгоритмы согласования глагола *забросить* с разными значениями: *переместить* объект в пространстве и разговорное *доставить* куда-либо. Пациент первоначально

правильно склоняет прилагательное *иное* в соответствии с употребленным предлогом *на*, однако, понимая директивный характер глагола *забросить* и, вероятно, подразумевая предлог *в*, пациент исправляет прилагательное, склонив его по предложному падежу. В следующем предложении «Он начал атаку *на ином фрон-те*» пациент распознает локативное значение предлога и не допускает ошибок в согласовании.

Пациент 8 [A1], пересказ истории (фрагмент):

A1: Его все матросы знали, что он был такой очень мальчик..ну..научился, значит, корабли..выдвигать. Но..все матерые знали его хороший мальчик, один раз случилось такое вот, что, значит, упала мальчика..девочка *упала в-в..когда корабль, вот*. В это время..ну, она упала в воду, и мороз должен был достать, значит, эту девочку..найти. Но ему, значит, поскольку корабль отходил от этой вот..от этого майора, тут увидели, значит, что..на их п-п-попал акула увидела, значит, и...значит, она хотела попасть *на этого..на матроса*.

Речь пациента бедна; присутствует большое количество речевых автоматизмов (*значит*), маскирующих поиск нужной лексической единицы. Однако, пространственный предлог *в* пациент употребляет верно, соблюдая при этом правила согласования (*упала в воду*). В данном случае описываемая в истории ситуация чрезвычайного происшествия на корабле, как мы предполагаем, вызывает определенные ассоциации (возможно, подкрепленные визуальным образом) и помогает безошибочно подставить пространственный предлог. В случаях, когда пациенту предлагается изолированно обозначить пространственные отношения с опорой на изображение (задания ответить на вопрос по картинке), могут возникать некоторые трудности в согласовании:

Пациент 6 [A2]:

A1: А книга где?

A2: На...полке.

Пациент правильно распознает пространственные отношения предметов, однако, ему требуется больше времени на правильное согласование. В случае пересказа истории о происшествии на корабле контекст рассказываемой истории помогает распознать директивный характер предлога *в*, а связанный с предлогом глагол *упасть* позволяет быстрее определить правильный алгоритм согласования. Кроме того, как мы полагаем, концепт происшествия вызвал у пациента ряд ассоциаций, которые помогли ему безошибочно употребить предлог.

Основным проявлением нарушений по семантическому типу является трудность в понимании сложных логико-грамматических конструкций. Наличие синтагматического вербального контекста помогает пациенту восстановить в памяти закрепленные образы и парадигмы согласования, помогающие выбрать нужный предлог.

Кроме того, важнейшую роль играет не только вербальный контекст, но и визуальный.

2.4.2. Влияние визуальных образов как части невербального контекста

Как было упомянуто ранее, успешность употребления того или иного пространственного предлога при поддержке визуального образа значительно выше. Одним из заданий пациентов было составление предложений по сюжетной картинке или с опорой на предметы на столе/в кабинете. В 76% случаев задание составить предложение с опорой на предметы, находящиеся в поле зрения пациента, было выполнено на 3 балла. Наличие визуального контекста также помогает восстановить в памяти закрепленные образы и подобрать подходящий предлог.

Таким образом, наиболее успешными в выполнении для пациентов были упражнения, включающие визуальный компонент (вне зависимости от степени тяжести дефекта): задания на расположение предметов в пространстве и описании местоположения предметов в кабинете, а также

задание изобразить пространственные отношения. Нами был проведен анализ записей врачей с упражнениями и результатами их выполнения пациентами в ходе речевой реабилитации.

С каждым пациентом проводилось по 5 индивидуальных занятий в неделю. Успешность выполнения упражнения оценивалась следующим образом:

- 1 балл – задание выполнено
- 0,5 балла – задание выполнено после повторения; латентные задержки
- 0 баллов – задание не выполнено

В каждом упражнении давалось три задания, то есть за каждое упражнение можно было получить максимум 3 балла.

Ниже приведены результаты выполнения заданий пациентами со средней степенью выраженности дефекта.

Таблица 3. Успешность восприятия пространственных отношений при поддержке визуального образа на 1 занятии речевой реабилитации (количество пациентов в %)

Задание / баллы	3 б	2,5 б	2 б	1,5 б	1 б	0,5 б
Нарисуйте	39%	17%	15%	13%	9%	7%
Покажите (предметы в кабинете)	42%	15%	18%	11%	8%	6%
Положите предметы	36%	21%	17%	14%	7%	5%

К 5 занятию речевой реабилитации динамика существенно улучшилась:

Таблица 4. Успешность восприятия пространственных отношений при поддержке визуального образа на 5 занятии речевой реабилитации (количество пациентов в %)

Задание	3 б	2,5 б	2 б	1,5 б	1 б	0,5 б
Нарисуйте	62%	15%	11%	5%	4%	3%
Покажите (предметы в кабинете)	74%	11%	9%	4%	0%	2%
Положите предметы	58%	17%	10%	7%	5%	3%

Таким образом, важнейшим фактором в выражении пространственных отношений пациентами с афазией является поддержка визуального образа. Наиболее успешно больные справлялись с задачей указать на имеющиеся в кабинете предметы. Это позволяет утверждать, что визуальное восприятие пространства и пространственных отношений предметов нарушено в меньшей степени, нежели их концептуализация и вербализация.

2.5. Речевая реабилитация пациентов-афатиков с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу

Для пациентов с нейродинамическими нарушениями по семантическому типу афазии характерны бедность словаря, малое разнообразие синтаксических средств выражения, затруднения в понимании сложных логико-грамматических конструкций, а также нарушения в вербализации пространственных отношений.

В фокусе настоящего исследования находится восприятие пациентами пространственных отношений и их выражение с помощью соответствующих лексических средств при синтезе речи. Поскольку в качестве объекта исследования были выбраны пространственные предлоги, предложенные

нами варианты реабилитационных упражнений строятся на работе именно с этими лексическими единицами. Основными задачами коррекционной работы при таких нарушениях мы определяем восстановление способности пациентов устанавливать корреляции между отношениями предметов в пространстве и предлогами, актуализирующими такие отношения; способность воспринимать метафорические значения предлогов, а также распознавать концепты, стоящие за тем или иным пространственным предлогом.

Основой для нашей методики восстановления послужил комплекс упражнений, проводимых с пациентами Отделения восстановления высших нервных функций Сибирского отделения ФМБА РФ (зав. отделением О.Н. Никольская). Мы предприняли попытку модифицировать уже имеющийся алгоритм работы с целью повышения эффективности коррекционной работы с пациентами-афатиками.

Комплекс речевой реабилитации состоял из нескольких этапов. Первоначально с пациентом проводилась беседа; врач задавал вопросы, касающиеся личности больного – его имя, фамилию, отчество, возраст, адрес, семейное положение. Беседа помогает установить контакт с больным, а также позволяет врачу оценить речевые возможности пациента, его ориентированности в пространстве, во времени. Далее происходило обследование неречевого праксиса и гнозиса – пространственного праксиса, воспроизведения ритмов, зрительного гнозиса, орального и лицевого праксиса, динамического орального праксиса.

Поскольку с лингвистической точки зрения интерес вызывает обследование речевых функций, восстановительные упражнения и результаты работы с пациентами именно этого этапа были проанализированы в настоящем исследовании.

Одна из методик восстановления предполагала выполнение пациентами таких заданий как:

- спонтанный монологический рассказ о себе

- ответ на вопрос с опорой на изображение
- пересказ ранее прочитанного/услышанного

В результате анализа аудиозаписей с занятий мы выявили, что наиболее успешно пациенты справляются с заданиями, в которых предполагается поддержка визуального образа (ответ на вопрос с опорой на изображение). При спонтанной речи пациент испытывает трудности в употреблении пространственных предлогов в силу факторов частотности и полисемичности. Это наблюдение позволяет нам предположить, что поддержка визуального образа играет важную роль в речевой реабилитации и может быть использована более широко, нежели в уже существующих методиках.

Кроме того, речевая реабилитация предполагала проведение индивидуальных занятий (5 занятий в неделю), на которых пациенту было необходимо выполнить следующие задания:

- прослушать предложение и выбрать правильный вариант (на слух)
- прослушать и выбрать правильный вариант (с опорой на картинку)
- нарисовать предметы, учитывая их положение в пространстве
- прочитать и исправить окончания в словах, данных в скобках
- показать предметы в кабинете
- расположить предметы в пространстве
- прослушать/прочитать предложение и выбрать правильный вариант ответа (правильный предлог) из трех возможных
- прочитать словосочетание и подобрать предлог (без вариантов ответа)

Успешность выполнения упражнения оценивалась следующим образом:

- 1 балл – задание выполнено

- 0,5 балла – задание выполнено после повторения; латентные задержки

- 0 баллов – задание не выполнено

В каждом упражнении давалось три задания, то есть за каждое упражнение можно было получить максимум 3 балла.

На наш взгляд, основной недостаток имеющегося комплекса упражнений, ориентированных на вербализацию пространственных отношений и выбор предлога, состоит в отсутствии некоторой системности. Например, в рамках одного задания пациенту предлагаются предложения с предлогами, актуализирующими разные значения – пространственное и временное:

- Дама (через/около/за) бюста Ленина

- Провести вместе (около/за/перед) двух часов

В данном случае пациенту предлагается выбрать правильный предлог – в обоих предложениях это будет предлог *около*, однако, в первом случае он имеет пространственное значение, во втором – временное. В силу влияния фактора полисемичности предлогов такое «смещение» значений в рамках одного задания, на наш взгляд, может вызывать трудности и, как следствие, иметь низкую результативность.

Основываясь на своих наблюдениях, мы предполагаем, что подобные задания необходимо строить поэтапно, подобно физическим нагрузкам. На начальной стадии в рамках одного задания необходимо давать предложения с наименее полисемичными предлогами, за которыми будет стоять лишь одно их значение. Предложения должны быть простыми, без множества синтаксических связей. В следующем задании, где пациенту предлагается изменить окончание слова, проводить работу с теми же предлогами, что были в предыдущем. Таким образом, у пациента будет возможность закрепить предлоги в контексте и составить некоторый алгоритм построения связей. Постепенно «увеличивая нагрузку», мы предлагаем «наращивать» контекст и составлять предложения с наиболее полисемичными предлогами

и совершенно разными их значениями и разной степенью конкретности – от наиболее конкретных значений на первых этапах к метафорическим – на финальных.

Задания могут выглядеть следующим образом.

Занятие 1.

I. Прочитайте и выберите правильный вариант:

1. Тумбочка стоит (над/около/перед) кровати.
2. Мужчина стоял (перед/около/у) поездом.
3. Гулять с собакой (над/перед/у) дома.

II. Измените окончание в слове:

1. Спортсмены бегают около (стадион).
2. Я заметил котёнка у (подъезд).
3. Девочка сидела перед своим (брат).

III. Подберите предлог:

1. Мой друг стоял (...) дверью.
2. (...) меня в автобусе сидел незнакомый мужчина.
3. Все собрались (...) входа в здание.

Поскольку поддержка визуального образа оказывает положительное влияние на успешность вербализации пространственных отношений, необходимо предложить пациенту задания с изображениями до того, как работать непосредственно с предлогами.

Например, сначала пациенту можно предложить описать предметы, которые он видит перед собой, задавая ему наводящие вопросы типа: «Где висит картина?», «Где стоит табурет?», «Я сижу перед вами или за вами?» и т.д. Затем пациенту можно показать изображения, на которых отражены пространственные отношения предметов и людей и попросить его описать то, что он видит. При этом важно сначала определить, что на рисунке является центральным объектом, о чем именно пациент будет говорить. Если пациент затрудняется с ответом, ему задаются наводящие вопросы об этом предмете, описываются его свойства. Мы предполагаем, что это поможет

пациенту закрепить визуальные образы с помощью зрительной памяти, которая в следующем упражнении поможет ему успешно выполнить задание с выбором предлога. После выполнения двух заданий с поддержкой визуального образа необходимо сменить тип упражнений и перейти к описанным выше заданиям на выбор предлога. Затем мы предлагаем снова вернуться к работе с изображением, а именно к заданию нарисовать или расположить предметы в пространстве. Это могут быть простые геометрические фигуры, которые пациенту нужно будет изобразить в соответствии с указанием врача: «Нарисуйте круг под треугольником; квадрат около круга» и т.д. Это задание мы предлагаем дать после описанных упражнений, поскольку оно требует от пациента полной самостоятельности – у него не будет вспомогательного изображения или текста, он должен будет сделать выбор, опираясь на пройденные упражнения и закрепленные в них образы. Важно, чтобы в рамках одного занятия проводилась работа с определенным набором предлогов. Кроме того, на наш взгляд, на первых занятиях необходимо вводить предлоги в бытовой контекст, чтобы «подключить» к реабилитации жизненный опыт пациента.

К финальным занятиям в рамках одного задания можно использовать разные по значениям и по степени конкретности и полисемичности предлоги, вводить их в более развернутые контексты, а при работе с визуальными образами можно переходить к заданиям на составление предложения из определенного набора слов.

Например, одно из упражнений на финальных занятиях может выглядеть следующим образом:

Прочитайте и выберите правильный вариант:

1. Мы с друзьями гуляли (над/около/перед) трех часов.
2. Я издали увидел друга, который стоял (перед/около/в) моего подъезда.
3. Его жена тихонько существовала (около/перед/у) него.

В рамках одного упражнения предлог *около* актуализирует разные значения (временное – в первом предложении, пространственное – во втором), а также используется для обозначения метафорического смысла (предложение 3). Кроме того, в данном упражнении расширен контекст и включены подчинительные связи.

Поскольку свойством нарушений по семантическому типу является сложность понимания сложных логико-грамматических единиц, необходимо «разбить» их на элементарные парадигматические синонимы. Например, в повседневной жизни мы говорим: «Положи нож между вилкой и ложкой». Такое выражение может вызвать у пациента трудности в понимании значения, актуализируемого предлогом *между*. Для того, чтобы пациент понял, что стоит за этим предлогом, необходимо его «разложить» на элементарные парадигмы пространственных отношений: «Положи нож справа от вилки и слева от ложки».

Для понимания метафорических значений предлогов, а также для придания процессу реабилитации более успокаивающий характер, предлагается проводить работу с опорой на творчество. В финальных заданиях просить пациента описать, например, репродукции известных картин; изображения, содержащие юмористический или метафорический подтекст. Логопед обсуждает изображения с пациентом, затем предлагает больному составить предложения с использованием метафор.



Рисунок 4. Репродукция картины В.И. Сурикова «Взятие снежного городка»

Пациенту предлагается описать то, что он видит на картине – кто на ней изображен, какие события происходят. В зависимости от того, что рассказывает пациент, задавать ему наводящие вопросы. В данном случае они могут быть такими: «Куда движется человек на лошади?», «Где стоит тот или иной человек?», «Где сидит женщина?» (в/на санях) и т.д. Если пациент не испытывает больших затруднений и правильно отвечает на вопросы, можно перейти к более сложной части упражнения – пониманию логико-грамматических оборотов речи и метафор. Например: «Что значит “взять” городок?», «Куда смотрит женщина, сидящая в санях?» и т.д.

Предлагается сохранить задания на пересказ своими словами известных литературных произведений.

Мы считаем, что при систематической работе в течение нескольких месяцев (время реабилитации зависит от степени тяжести дефекта) с привлечением творческих заданий и физической активности можно достичь увеличения словарного запаса, уменьшить импрессивный аграмматизм, достичь понимания пациентом пространственных отношений и уменьшить трудности их вербализации с помощью предлогов.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

В результате анализа имеющегося материала мы пришли к некоторым выводам:

1. Успешность употребления предлога зависит от условий речевой продукции. Предлоги «выпадают» при спонтанном синтезе речи (монолог о себе), в то время как при поддержке визуального образа (задания описать изображения, указать на предметы в кабинете) эти же предлоги употребляются (в ряде случаев – с ошибками в согласовании).

2. Между полисемией предлога и успешностью его употребления в речи пациента существует обратная зависимость: вероятность нарушения употребления многозначного предлога гораздо выше, нежели однозначного. Возможно, это связано с отсутствием разнообразия механизмов согласования – однозначный предлог «автоматически» употребляется верно. Наиболее полисемичные предлоги имеют большое количество различных значений, в том числе сразу несколько – пространственных. В результате пациент испытывает трудности в выборе предлога.

3. Успешность заполнения вакантной позиции при порождении речи зависит от частотности и полисемичности предлога в совокупности. Наиболее частотные предлоги являются также наиболее полисемичными. Это вызывает трудности в согласовании предиката и обстоятельства – частотность предлога позволяет пациенту понять, какой предлог нужно поставить на предполагаемую позицию, в то время как полисемичность этого же предлога вызывает затруднения в согласовании. Таким образом, фактор полисемии «перекрывает» фактор частотности предлога.

4. Степень конкретности пространственного значения предлога оказывает существенное влияние на успешность употребления предлога. Вербализация конкретных пространственных отношений между объектами вызывает меньшие трудности, нежели метафорических.

5. Лингвистический контекст и ассоциации, вызываемые тем или иным пространственным концептом, помогают пациенту быстрее устанавливать пространственные связи между объектами, подбирать необходимые лексические единицы для вербализации этих связей, а также быстрее ориентироваться в алгоритмах согласования.

Следовательно, в фокусе реабилитации должны находиться более частотные полисемичные предлоги. Кроме того, при восстановительном обучении представляется важным уделять внимание не только заполнению пропущенных в предложении лексических единиц, но также и синтаксическому компоненту, а именно падежному согласованию, согласованию по времени и числу. С помощью заданий на пересказ текста необходимо формировать у пациента связь предлога с контекстом и понимание пространственных концептов, актуализируемых предлогами, а также стимулировать возникновение ассоциаций, работая с текстами, описывающими бытовые ситуации или содержащими знакомые представителям русской культуры концепты. Важна поддержка визуальных образов в различных проявлениях.

На основании проведенного анализа, при консультационной поддержке специалистов, представляется возможным улучшить уже имеющиеся методики восстановительного обучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С опорой на труды отечественных и зарубежных ученых в сфере лингвистики и в области медицины, рассмотрено понятие афазии и виды данного заболевания. Афазия – «нарушение уже сформировавшейся речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющее собой системные расстройства различных форм речевой деятельности и проявляющееся в виде разноплановых нарушений фонематических, морфологических, лексико-семантических и синтаксических языковых уровней при сохранности движений речевого аппарата, элементарных форм слуха и зрения» [Хомская, 2005: 117].

В результате анализа материала был собран авторский исследовательский корпус, включающий 25 аудиофрагментов, содержащих монологи и диалоги пациентов, пересказы историй. Кроме того, были изучены краткие анамнезы болезни пациентов и записи врачей с упражнениями и результатами их выполнения пациентами в объеме 41 записи.

С помощью лингвистического инструментария исследования (отбор материала методом сплошной выборки; составление скриптов для этих фрагментов; элементы качественно-количественного анализа; анализ семантики русских предлогов; изучение медицинской документации; метод классификации; метод контекстного анализа; метод коммуникативного анализа) были описаны контекстные условия и системно-языковые факторы, определяющие успешность или трудность вербализации пространственных отношений пациентами-афатиками.

В результате анализа имеющегося материала мы выявили, что успешность употребления предлога зависит от условий речевой продукции, которые мы относим к контекстным факторам. Предлоги «выпадают» при спонтанном синтезе речи (монологе о себе), в то время как при поддержке визуального образа (задания описать изображения, указать на предметы в

кабинете) эти же предлоги употребляются (в ряде случаев – с ошибками в согласовании).

Проанализировав записи врачей с упражнениями и результатами их выполнения пациентами, мы выяснили, что между полисемией предлога и успешностью его употребления в речи пациента существует обратная зависимость: вероятность нарушения употребления многозначного предлога гораздо выше, нежели однозначного.

Изучив факторы частотности и полисемичности пространственных предлогов и специфики их употребления пациентами-афатиками, мы пришли к выводу, что успешность заполнения вакантной позиции при порождении речи зависит от двух этих факторов в совокупности. Наиболее частотные предлоги являются также наиболее полисемичными. Это вызывает трудности в согласовании предиката и обстоятельства – частотность предлога позволяет пациенту понять, какой предлог нужно поставить на предполагаемую позицию, в то время как полисемичность этого же предлога вызывает затруднения в согласовании. Таким образом, фактор полисемии «перекрывает» фактор частотности предлога. Оба этих фактора мы относим к системно-языковым.

Изучив результаты выполнения упражнений с предлогом около, мы выявили, что степень конкретности пространственного значения предлога оказывает существенное влияние на успешность употребления предлога. Вербализация конкретных пространственных отношений между объектами вызывает меньшие трудности, нежели метафорических. Степень конкретности предлога мы рассматриваем как системно-языковой фактор успешности/затрудненности употребления предлога. Кроме того, высока роль работы с лингвистическим контекстом и бытовыми концептами в качестве стимулов для вызова ассоциаций, которые помогают пациенту быстрее устанавливать пространственные связи между объектами, подбирать необходимые лексические единицы для вербализации этих связей, а также быстрее ориентироваться в алгоритмах согласования.

Таким образом, мы выявили, что в фокусе реабилитации должны находиться более частотные полисемичные предлоги. Кроме того, при восстановительном обучении представляется важным уделять внимание не только заполнению пропущенных в предложении лексических единиц, но также и синтаксическому компоненту, а именно падежному согласованию, согласованию по времени и числу. С помощью заданий на пересказ текста необходимо формировать у пациента связь предлога с контекстом и понимание концептов, актуализируемых предлогами. Важна поддержка визуальных образов.

На основании проведенного анализа были предложены модификации имеющейся методики речевой реабилитации и данные рекомендации для дальнейшего улучшения комплекса упражнений.

В заключение следует отметить, что результаты данного исследования в дальнейшем могут быть использованы в рамках учебных курсов по различным гуманитарным наукам, а также для написания курсовых и выпускных квалификационных работ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. О механизмах построения высказывания. Москва: «Теревинф», 2012. 144 с.
2. Ахутина Т.В. Подход к афазии А.Р. Лурии и казанская лингвистическая школа // И.А. Бодуэн де Куртенэ и мировая лингвистика. Международная конференция (V Бодуэновские чтения): Труды и материалы. Казань, 2015. С. 11–13.
3. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. София: Медицина и физкультура, 1970. 211 с.
4. Болдырев Н.Н. Когнитивная лингвистика. Москва-Берлин: Директ-Медиа, 2016. 251 с.
5. Бороздина И.С. Семантика пространственных предлогов: автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19. Курск, 2003, 25 с.
6. Бороздина И.С. Изучение содержания языкового выражения пространственных отношений в рамках когнитивной лингвистики // Вестник ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. Санкт-Петербург, 2010 (А). Вып. 2. С.231–250.
7. Бороздина И.С. Предлоги как специфическое средство вербализации пространственных отношений // Ученые записки. Электронный научный журнал курского государственного университета [Электронный ресурс]. 2010 (Б). Вып. 2(14). С.134–138. URL: <https://cyberleninka.ru/journal/n/uchenye-zapiski-elektronnyu-nauchnyu-zhurnal-kurskogo-gosudarstvennogo-universiteta#/842079> (дата обращения: 05.06.2017).
8. Бороздина И.С. Русский предлог с/со и основные пространственные характеристики описываемых денотативных ситуаций // Вестник челябинского государственного университета. Челябинск, 2013. Вып. 3. С. 19–24.

9. Бурлакова М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. Москва, 1989. 190 с.
10. Визель Т.Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии: системный интегративный подход: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04. Москва, 2002, 26 с.
11. Визель Т.Г. Вопросы прогноза коррекции речевого развития и восстановления речи при афазии // Вестник угроведения. Ханты-Мансийск, 2015. Вып. 4 (23). С.124–130.
12. Винарская Е.Н. Клинические проблемы афазии. Москва: «Медицина», 1971. 216 с.
13. Влавацкая М. В. Синтагматика vs. комбинаторика: основы комбинаторной лингвистики // Научный диалог. 2017. Вып. 1. С. 35–45.
14. Кобозева И.М. Лингвистическая семантика. Москва: Эдиториал УРСС, 2000. 352 с.
15. Конева Н.Ю. Метафоризация и метонимизация значений предлогов и наречий // Вестник Вятского государственного университета. Киров, 2010. Вып. 2, том 4. С. 69–72.
16. Крейдлин Г.Е. Метафора семантических пространств и значение предлога // Вопросы языкознания. Москва, 1994. Вып. 5. С. 19–28.
17. Критчли М. Афазиология. Москва: Медицина, 1974. 231 с.
18. Кубрякова Е.С. Язык и знание. На пути получения знаний о языке: части речи с когнитивной точки зрения. Роль языка в познании мира. Москва: Языки славянской культуры, 2004. 560 с.
19. Кузнецова Г.А., Васильева В.С. Коррекционно-педагогическая работа по восстановлению речи больных с афазией // Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. Материалы межрегиональной научно-практической конференции студентов, аспирантов, магистрантов и слушателей. Екатеринбург, 2011. С.148–150.
20. Купцова С.В., Власова Р.М. Особенности реорганизации речевых зон мозга у больных с разными формами афазии // Вестник Воронежского

государственного университета: Лингвистика и межкультурная коммуникация. Воронеж, 2015. Вып. 4. С. 74–81.

21. Лапина Н.М. Особенности восстановления речи у больных с атипичными формами афазии (в острой стадии заболевания): автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. Москва, 2004, 26 с.

22. Лешева М.М., Александрова Е.А., Шувалова Р.Р., Якупов Э.З. Арт-терапия в реабилитации афазий у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу // Вестник современной клинической медицины. 2015. Т.8. Прил.1. С. 68–71.

23. Лихачев Д.С. Концептосфера русского языка. // Русская словесность: от теории словесности к структуре текста // Москва, 1997. С. 280–287.

24. Лурия А.Р. Травматическая афазия. Москва: Издательство академии медицинских наук СССР, 1947. 367 с.

25. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Москва: Издательство Московского университета, 1962. 433 с.

26. Ляшевская О.Н., Шаров С.А. Новый частотный словарь современного русского языка. Москва: Азбуковник, 2009. 1112 с.

27. Майорова Л.А. Реорганизация процессов начального этапа восприятия речи у пациентов с постинсультной сенсорной афазией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.03.01. Москва, 2013, 31 с.

28. Макаров М.Л. Основы теории дискурса. Москва: ИТДГК «Гнозис», 2003. 280 с.

29. Мальцева О.Л. Предлог как средство концептуализации пространственных отношений: дис. ...канд. филол. наук. Курск, 2004, 222 с.

30. Малый академический словарь / Ред.: А. П. Евгеньева. Москва, 1999. 4-е изд. 702 с.

31. Маляр Т.Н. Концептуализация пространства и семантика английских пространственных предлогов и наречий: автореф. дис. д-ра филол. наук. 10.02.04. Москва, 2002, 26 с.
32. Михайленко А.А., Литвиненко И.В. Перекрестная афазия // Вестник российской военно-медицинской академии. Санкт-Петербург, 2015. Вып. 4. С. 228–235.
33. Морозова Н.Н. Выражение пространственных отношений в когнитивной семантике // Преподаватель XXI век. Москва, 2015. Вып. 4, том 2. С. 353–363.
34. Пешковский А.М. Русский синтаксис в научном освещении. Москва: Языки славянской культуры, 2001. 510 с.
35. Полонская, Н.Н. Методика восстановления устной речи при комплексной афазии средней степени выраженности // Вестник МГУ. Серия 14: Психология. 1987. Вып. 1. С. 40–47.
36. Попова З.Д., Стернин И.А. Когнитивная лингвистика. Воронеж: Истоки, 2006. 226 с.
37. Пурцхванидзе О.П. Реабилитация больных с афазией в ранней постинсультной стадии с использованием аудиовизуальной стимуляции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 13.00.03. Москва, 2011, 25 с.
38. Рахилина Е.В. Когнитивная семантика: История. Персоналии. Идеи. Результаты [Электронный ресурс] / Е.В. Рахилина. URL: <http://lpcs.math.msu.su/~uspensky/journals/siio/36/36RAKHILIN> [pdf] (дата обращения 10.06.2017).
39. Селиверстова О.Н. Труды по семантике. Москва: Языки славянской культуры, 2004. 960 с.
40. Солоницкий А.В. Проблемы семантики русских первообразных предлогов. Владивосток: Издательство ДВГУ, 2003. 126 с.
41. Степанов Ю.С. Концепты. Тонкая пленка цивилизации. Москва: Языки славянских культур, 2007. 248 с.

42. Степанова З.М. Системные отношения пространственных предлогов: синонимия (на материале французского и русского языков) // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. 2009. Вып. 11 (15). С. 51–54.
43. Томас Е.В. Пространственная семантика конструкций «сквозь/ через + вин. падеж» (на основе данных национального корпуса русского языка) // Гуманитарные науки в Сибири. Новосибирск, 2009. Вып. 4. С. 112–117.
44. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. СПб: Питер, 2005. 496 с.
45. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. Москва: Просвещение, 1988. 207 с.
46. Цветкова Л.С. Афазиология – современные проблемы и пути их решения. Москва: Издательство МПСИ, 2002. 640 с.
47. Черникова Л.А. Пластичность мозга и современные реабилитационные технологии // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. Москва. 2007. Том 1. Вып. 2. С. 40–47.
48. Чернышев А.Б. Когнитивное моделирование семантики пространственных и временных производных предлогов с общим значением «Движение к конечному объекту» (на материале английского и русского языков): дис. ... канд. филол. наук: 10.02.20. Москва, 2010, 194 с.
49. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. Москва: «Ассоциация дефектологов», 2000. 96 с.
50. Шматова Н.В. Особенности схематизации пространства в контекстах со значением опоры в норвежском, исландском и русском языках (на примере пространственных предлогов в и на и их скандинавских эквивалентов) // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация. Новосибирск, 2009. Вып. 2, том 7. С. 52-58.

51. Шохор-Троцкая М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. Москва: «Институт общегуманитарных исследований», 2002. 182 с.
52. Щербакова М.М. Семантическая афазия. Обследование и реабилитация больных // Русский медицинский журнал. Москва, 2014. Вып. 10. С. 792–794.
53. Щербакова М.М. Восстановление речи у больных с афазией при доминировании импрессивных речевых нарушений // Преподаватель XXI век. 2016. Вып. 3. С. 198–203.
54. Щербакова М.М., Котов С.В. Реабилитация больных с афазией по модифицированным методикам восстановления // Альманах клинической медицины. 2014. Вып. 31. С. 56–60.
55. Щербакова М.М., Котов С.В. Реабилитация больных с афазией по модифицированным методикам восстановления // Альманах клинической медицины. Москва, 2014. Вып. 31. С. 56–60.
56. Berthier M.L., Garcia-Casares N., Walsh S.F. et al. Recovery from post-stroke aphasia: lessons from brain imaging and implications for rehabilitation and biological treatments // *Discov. Med.* 2011. Vol. 12 (65). P. 275–289.
57. Cahana-Amitay D., Martin A. *Redefining Recovery from Aphasia*, 2015. Oxford University Press, 2015. Oxford: Oxford University Press. 305 p.
58. Cienki Alan J. *Spatial Cognition and the Semantics of Prepositions in English, Polish and Russian*. München: Verlag Otto Sagner, 1989.
59. Crosson B., McGregor K., Gopinath K., Conway T. W., Benjamin M., Chang Y. L., Bacon Moore A., Raymer A., Briggs R. W., Sherod M., Wierenga C. E., Keith D. Functional MRI of language in aphasia: a review of the literature and the methodological challenges. *Neuro- psychology review*, 2007. 17 (2). P. 157–177.
60. Grillo A. *Generalized minimality. Syntactic underspecification in Broca's aphasia*. Utrecht: LOT, 2008. 215 p.

61. Heiss W. D., Kessler J., Thiel A., Ghaemi M., Karbe H. Differential capacity of left and right hemispheric areas for compensation of poststroke aphasia, 1999. 45 (4). P. 430–438.

62. Reinvang I. Aphasia and brain organization. New York: Springer Science+Business Media, 1985. 204 p.

63. Whitworth A., Webster J., Howard D. A Cognitive Neuropsychological Approach to Assessment and Intervention in Aphasia. New York: Psychology Press, 2014. 392 p.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Результаты выполнения упражнений в ходе речевой реабилитации пациентов

Пациент 1		max	1 занятие 6.07.2017	2 занятие 7.07.2017	3 занятие 10.07.2017	4 занятие 12.07.2017	5 занятие 13.07.2017
И м п р е с - н а я	1.1. Послушайте и выберите правильный вариант (предъявляем на слух) (задание 3)	3 б	3	3	3	3	3
	1.2. Послушайте и выберите правильный вариант (предъявляем с опорой на картинку) (задание 3)	3 б	3	3	3	3	3
	2. Нарисуйте	3 б	3	3	3	3	3
	3. Прочитайте и исправьте окончание в словах, данных в скобках (задание 2)	3 б	1 0 0	0,5 0 1	0,5 1 1	1 0,5 1	1 1 1
	4. Покажите (предметы в кабинете)	3 б	3	3	3	3	3
5. Положить предметы	3 б	0,5 0,5 1	3	3	3	3	
		Max 18 б	15	16,5	17,5	17,5	18
Э к с п р е с - а я с т р	1. Прочитайте, выберите из трех предложенных предлогов нужный, вставьте его в предложение (задание 1)	3 б	3	3	3	3	3
	2. Прочитайте словосочетание, вставьте пропущенный предлог (задание 3)	3 б	3	3	3	3	3
	3. Составьте предложение со словами, данными вразброс (задание 2)	3 б	1 0,5 0,5	1 0 0,5	1 0 1	0,5 0,5 0,5	1 1 0,5
	4. Составить предложение с предлогом ОКОЛО по сюжетной картинке	3 б	0,5 0,5 1	0,5 0,5 1	0,5 1 1	1 1 0,5	0,5 0,5 0,5
	5. Составить предложение с предлогом ОКОЛО, опираясь: - на предметы в кабинете - на предметы на рабочем столе - на заданную тему («Лето»)	3 б	1 1 0,5	1 1 0,5	0,5 0,5 1	1 1 0,5	1 1 1
		Max 15 б	12,5	12	12,5	12,5	13

Рисунок 1. Записи результатов выполнения упражнений в ходе речевой
реабилитации пациентов

Успешность употребления пространственных предлогов в ходе речевой реабилитации пациентов

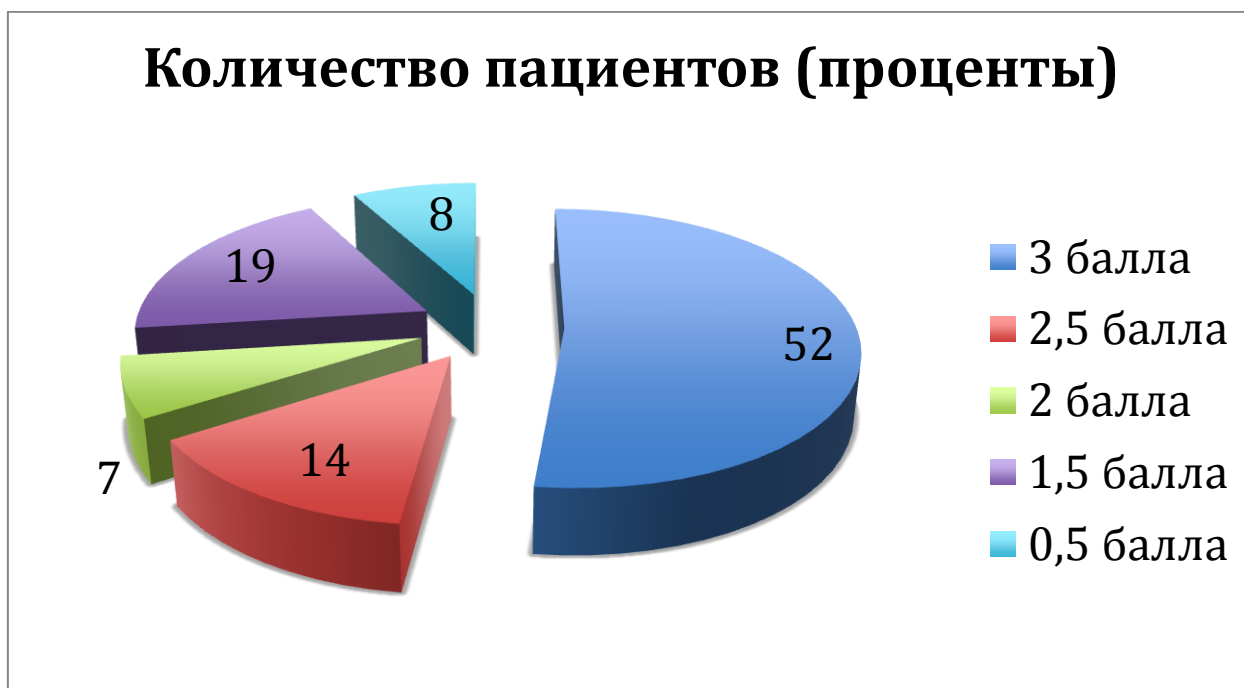


Рисунок 2. Успешность употребления пространственных предлогов в ходе речевой реабилитации



Рисунок 3. Успешность употребления пространственных предлогов в ходе речевой реабилитации

Поддержка визуальных образов в ходе речевой реабилитации пациентов



Рисунок 4. Репродукция картины В.И. Сурикова «Взятие снежного городка»

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Институт филологии и языковой коммуникации
Кафедра теории германских языков и межкультурной коммуникации

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

 /О.В. Магировская/

« 20 » июня 2018 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

СЕМАНТИКА ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ В
ВОСПРИЯТИИ ПАЦИЕНТОВ-АФАТИКОВ

45.04.02 Лингвистика

45.04.02.01 Межкультурная коммуникация и перевод

Магистрант



Е.Ю. Шаповал

Научный
руководитель



д-р филол.н., проф. каф.
РЯиПЛ А.В. Колмогорова

Нормоконтролер



Э.А. Тарасенко

Красноярск 2018