

ФУНКЦИИ АВТОМАТИЗМОВ В РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ-АФАТИКОВ

А. В. Колмогорова

Сибирский федеральный университет

Поступила в редакцию 29 июля 2018 г.

Аннотация: статья посвящена описанию функций автоматизмов в речи больных, страдающих системным нарушением речи – афазией. На материале наблюдений за речевым поведением 13 пациентов в клинических условиях во время занятий с логопедом описаны функции структур произвольного уровня организации речи у пациентов-афатиков. Представлена их типология в аспекте соотношения «форма – функция». Выделены следующие функции автоматизмов: эмоционально-экспрессивная, коммуникативная, метакоммуникативная, психологическая, когнитивная и метакогнитивная. Описаны пути использования реабилитационного потенциала автоматизмов.

Ключевые слова: автоматизмы, афазия, речевые клише, функциональная классификация, коммуникативная функция, когнитивная функция.

Abstract: the article explores the variety of functions that automatisms accomplish in patients' with aphasia speech. The data corpus is collected from observations after 13 patients that follow the professional based conventional speech language therapy. In the research, we tend to classify automatisms focusing on «form – function» correlation as following: emotional, communicative, metacommunicative, psychological, cognitive, and metacognitive. The discussion on the possible pathways for using automatisms in the rehabilitation practice closes the article.

Key words: automatisms, aphasia, speech clichés, functional classification, communicative function, cognitive function.

Настоящее исследование выполняется в рамках проекта «Лингвистическое сопровождение реабилитации постинсультных больных с афазией», реализуемого в Институте филологии и языковой коммуникации Сибирского федерального университета (г. Красноярск) при поддержке ФСНКЦ ФМБА России.

На сегодняшний день проблематика исследования речи в ситуации патологий имеет особую актуальность как в теоретико-методологическом, так и в социальном аспектах. В первом случае анализ речи при серьезных ее нарушениях позволяет получить новые данные о когнитивных механизмах речевой деятельности, которые остаются латентными при наблюдениях за нормой. Во втором – знания о когнитивной природе подобных нарушений позволяют повысить эффективность реабилитационной работы, способствуя тем самым повышению качества жизни населения. Следует отметить, что ежегодно отмечается рост числа больных с диагнозом «афазия». Так, например, число пациентов, обратившихся в ФСНКЦ ФМБА России в г. Красноярске с диагнозом «инсульт», повлекшим за собой системные нарушения речи, выросло с 596 случаев в 2012 г. до 1252 в 2016 г., причем если в 2013 г. пациентов моложе 30 лет было 40, то в 2016 г. – 75.

Целью исследования является выявление функций автоматизмов в речевой продукции пациентов-афатиков для дальнейшего использования полученных знаний в восстановительном обучении.

Новизна работы связана с тем, что впервые предпринята попытка проанализировать функциональную нагруженность фрагментов автоматизированных структур в речевой, когнитивной и психической деятельности пациентов, имеющих системные нарушения речи.

Теоретическая значимость полученных результатов обусловлена тем, что уточняется понятие автоматизма, дается классификация автоматизмов по критерию «форма – функция» в речи пациентов с речевым дефектом средней и тяжелой степени.

Результаты исследования могут быть использованы в восстановительной работе с пациентами.

1. Понятие речевого автоматизма в современных нейролингвистических исследованиях

Автоматизм – понятие, которое используется в нейролингвистических работах для характеристики некоторых типов речевой продукции пациентов с диагнозом «афазия». Афазия определяется как потеря способности использовать должным образом

средства языка в речи [1, с. 8], дезинтеграция разных звеньев речевой деятельности, обеспечивающих в норме функционирование сложившихся у зрелого носителя языка высокоавтоматизированных типовых моделей слушания – говорения и чтения – письма [2]; системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи. Афазия включает в себя четыре составляющие – нарушение собственно речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменение личности и личностную реакцию на болезнь [3, с. 15].

Несмотря на, как правило, тяжелую картину речевых нарушений, не все клинически наблюдаемые проявления афазии являются симптомами распада речевых функций – наблюдаются и позитивные симптомы, показывающие что у больного сохранено, на что он способен в попытках речевого общения [4, с. 321]. Именно к таким – сохраненным – явлениям, которые легко воспроизводятся в речи на фоне сильнейших затруднений, относятся речевые автоматизмы. Данная категория речевых явлений достаточно разнородна. К ней относятся речевые фрагменты различной структуры и сложности: от упроченных в речевом опыте пациента стереотипов предложений [5] или единичных высказываний [6] – осмысленных несложных по структуре коротких предложений, как правило, повелительного или восклицательного типов, отражающих актуальное эмоциональное состояние пациента и связанных с коммуникативной ситуацией общения («господи как оно дальше то!»); стереотипные выражения [7] или речевые штампы [8; 9] – простейшие формы реактивных реплик, в норме обычно используемых по инерции в диалоге («ой, ну скажете», «и не говори»), и наконец, автоматизированные речевые (словесные) ряды [10], под которыми понимаются хорошо упроченные непредикативные и непропозициональные последовательности языковых единиц, например прямые числовые ряды, названия дней недели, последовательность месяцев в году и т. д.

Собственно речевые автоматизмы как «позитивные симптомы» сохранности некоторых речевых функций следует отличать от имеющих с ними некоторые аналогичные черты «негативных симптомов»: 1) эмболов, «застреваний» или «периодически возвращающихся выражений» [6], под которыми понимают непонятную конструкцию или некоторое простое слово, произносимое бессмысленно, без увязки с контекстом или ситуацией, заменяющее больному всю вербальную речь при попытке общения с ним;

2) персевераций, т. е. навязчивого, упорного повторения одних и тех же предыдущих движений, звуков, слов, фраз, образов, мыслей [11, с. 302]. Представляется, что главный отличительный признак автоматизмов от указанных явлений – это связь с коммуникативной ситуацией общения, эмоциональным состоянием больного, осмысленность употребления, которые характерны для тех явлений, которые объединены в категорию автоматизмов и совершенно не свойственны ни эмболам, ни персеверациям.

Таким образом, под речевыми автоматизмами в данной работе понимаются проявления непровольного уровня организации речи в речевой продукции пациентов-афатиков [11, с. 5], гетерогенные по своей структуре и различные по уровню сложности, но обнаруживающие связь с коммуникативной ситуацией и эмоционально-психологическим состоянием больного.

2. Материал и методы

Материалом для исследования послужили 14 часов аудиозаписей занятий логопеда и пациентов (140 аудиозаписей от 3 до 10 минут) в Отделении восстановления высших нервных функций Сибирского отделения ФМБА РФ. Наблюдение велось за 13 пациентами, из которых 8 имели речевое заключение «комплексная моторная афазия», 2 – «афферентная моторная афазия», 1 – «эфферентная моторная афазия», 2 – «комплексная сенсорная афазия». Всего в их речи было зафиксировано 366 автоматизмов. Записи скриптовались согласно нотационной системе транскрипции устной речи ТРУД¹, а затем интерпретировались с применением методов коммуникативного и разговорного видов анализа.

3. Функции речевых автоматизмов

Отметим, что общей характеристикой автоматизмов, составивших исследовательскую выборку, является их употребление пациентами в живом диалогическом общении с логопедом – из 366 автоматизмов только 2 были обнаружены в нарративах-пересказах учебных текстов. Даже если пациент пересказывает текст или рассказывает монолог о себе, делая это с большими затруднениями, автоматизмы – короткие высказывания «врываются» в его речь тогда, когда

¹ В представленных в статье примерах используются следующие знаки нотации: / – интонация восходящая; \ – интонация нисходящая; .. – невокализованная пауза менее 0,5 с; ... – невокализованная пауза более 0,5 с; (0.8) – пауза с указанием длительности; >>> – убыстрение темпа; \$ – неразборчивая речь (кол-во значков по кол-ву слогов); @ – говорит естественно @ – комментарий; # смех # – паразытовые явления, сопровождающие речь; ! – эмоциональный тон.

эмоции (пример 1 – эмоция растерянности) или, наоборот, желание поддержать коммуникацию с врачом (пример 2 – желание извиниться) приобретают большую силу:

(1) пациент Д., 1978 г. р., комплексная моторная афазия средней степени тяжести:

юнгой там быть он.. аа а папа ма-трос ... ма- ээ..те... матросы говорили... это (0,5) этоо (0,5) >>> **господи как оно дальше то!**...ну это... мальчик...ой.

(2) (пациент Ш., 1957 г. р., эфферентная моторная афазия средней степени тяжести):

значит... мальчик бросил... кол а это (0,5) акула (0,5) веревку... веревку бросил... на которой они должны чтобы (0,8) @ виновато@ >>> **вот тут немножко я напутал.**

Вышеприведенные два примера иллюстрируют такие функции речевых автоматизмов, как *эмотивно-экспрессивная* и *коммуникативная*.

Автоматизм выполняет эмоционально-экспрессивную функцию, когда пациент не в силах более сдерживать свои отрицательные эмоции – гнев, раздражение, растерянность, отчаяние – и он выплескивает их в диалоге теми речевыми структурами, которые были наиболее упрочены в его речевом опыте и употреблялись для выражения подобных или сходных эмоций. Очевидно, что речевой опыт разный – у кого-то он локализован преимущественно в сниженном регистре, а у кого-то – в нейтральном или разговорном (примеры 3 и 4):

(3) пациент Ч., 1956 г. р., комплексная моторная афазия (эфферентная, афферентная) с ведущим эфферентным синдромом средне-тяжелой степени выраженности:

1. Логопед (далее – Л.): возраст свой назовите /

2. Пациент (далее – П.): как возраст / сорок че ... че @затруднения@ сорок пять почти нет... почти сорок девять почти \

3. Л.: где вы живете/

4. П.: А />>> **АААй заколебала ты!** @естественно, без затруднений, раздраженно@ тысяча как /

(4) пациент М., 1963 г. р., комплексная моторная (афферентная, эфферентная) афазия с преимущественным афферентным синдромом средне-тяжелой степени выраженности:

Л.: а номер дома назовите и квартиры/

П.: \$\$.. **три раза я-я.. это говорил!** @раздраженно@

Если эмотивно-экспрессивная функция реализуется преимущественно автоматизмами – стереотипными предложениями, то вторая же из упомянутых функций – *коммуникативная* – реализуется как предложениями, так и стереотипными выражениями или речевыми штампами. Последние в основном служат для организации коммуникации, выполняя структурные функции дискурсивных маркеров завершения

высказывания (пример 5), а также средств заполнения пауз, служащих поиску необходимого слова (пример 6):

(5) пациент Ш., 1982 г. р., афферентная моторная афазия тяжелой степени:

я Игорь ... я неженат... мама бис ну в debilке учит детей (0,5) мои этот... моя эта ... Лена моя сестра (0,5) старшая... меня вот четыре года @дальше уверенно, естественно@ >>> **чо сказать/ ну все наверно** /#смех# @смотрит на логопеда@.

(6) пациент Ж., 1961 г. р., комплексная моторная (афферентная, эфферентная) афазия средне-тяжелой степени выраженности:

живу я в Бийске ..это Алтайский край.. номальный город бошой ..субо-нет-триста человек население.. в общем нормальный город... нормальный-нормальный есть **а вообще это**..нуу..всё...ну забыл уже

Стереотипные же предложения-высказывания преимущественно используются для реализации различных коммуникативных тактик в общении с логопедом. Некоторые из них носят выраженный конфронтативный характер и призваны прекратить общение (пример 7):

(7) пациент Ж., 1961 г. р., комплексная моторная (афферентная, эфферентная) афазия средне-тяжелой степени выраженности:

Л.: как зовут вашу жену/

П.: оо..на...ээ...как сказать... **я все равно ничего не скажу! не трогайте меня!**

Другие – кооперативный характер, выступая инструментами поддержания контакта с собеседником (примеры 2, 8): пациент беспокоится, что его коммуникативные дефекты послужат причиной прекращения общения, которое столь ценно для него, поэтому использует тактику положительной антиципации, уверяя врача, что «щас все расскажу» (пример 8), а в случае затруднений чувствует неловкость, которую пытается сгладить при помощи тактики извинения (пример 2) самоиронии (пример 8) («всех собрала»):

(8) пациентка И., 1940 г. р., комплексная семантическая афазия средней степени:

все враскажу сейчас как по порядку всё .. вот моя семья..у меня три..два..сына и одна дочь..во..аээ.. тро-тро-трое ой..ой-ой -врой..#смех# **щас всех собрала** #смех#

Поскольку для пациента коммуникативные трудности находятся в фокусе внимания, он сосредоточен на процессе организации общения, в его речи нередки автоматизмы, которые выполняют метакоммуникативную функцию, важным аспектом которой выступает регуляция речи в процессе общения [12]. Так, пациент контролирует содержание и структуру высказывания (пример 9), комментирует трудности в подборе слов (пример 10):

(9) пациентка И., 1940 г. р., комплексная семантическая афазия средней степени:

ну..сы-сын работает у меня..у нас там..повышено.. это..нунунну...эт-этоо я..#смех# шас скажу..мм...ну ладно...**о работах все сказала**...второй работает там на крупина-крупской ..мастер-мастером.

(10) пациент М., 1963 г. р., комплексная моторная (афферентная, эфферентная) афазия с преимущественным афферентным синдромом средне-тяжелой степени выраженности:

вижу, что не получается...сказать не могу.

Больные стремятся контролировать не только развертывание высказывания, но и оценивать его правильность, закреплять успешные попытки, фиксировать на них внимание – иными словами, они осуществляют регуляцию собственной когнитивной деятельности. Инструментами такой регуляции выступают также автоматизмы. Рассмотрим следующие примеры реализации автоматизмами *метакогнитивной функции*:

(11) пациент Д., 1978 г. р., комплексная моторная афазия средней степени тяжести:

однажды случилось так что у-упала...мм..**так это не то** (13с.) ааведро..ведро\...упало ведро на.. колодец и..и воды нету.

(12) пациент К., 1953 г. р., комплексная сенсорная афазия (акустико-гностическая, акустико-мнестическая) с ведущим акустико-гностическим синдромом тяжелой степени выраженности:

Л.: как зовут./ кто в вашей семье/ перечислите ваших домочадцев\.

П.: жена, дочь и ...на..нэ..как же..Гена... **вот так правильно** #смех#

В речи пациентов наблюдаем самоперебивы в случае развертывания оцениваемой как неправильная грамматической формы (пример 11) и, наоборот, фиксацию внимания на правильно произнесенном собственном имени, которое на предыдущих занятиях долго не получалось выговорить (пример 12). Отмечаются частые случаи использования стереотипных конструкций для саморегуляции припоминания – «так-так-так шас...ну вот же». Подобные высказывания не направлены на собеседника – это разговор с самим собой. Такая эгоцентрическая речь пациентов с афазией, по-видимому, выполняет те же функции, что и у детей, становясь «мышлением в собственном смысле этого слова», т. е. принимая на себя «функцию планирующей операции решения новой задачи, возникающей в поведении» [13, с. 100], осуществляя переключение с одной задачи на другую [14].

Наконец, в исследовательском материале присутствует целый ряд высказываний, в которых артикулируется психическая травма, нанесенная переживанием актуального состояния: «я ничего (ни хрена) не помню», «я забыл», «я не могу сказать». Депрессия – одно из наиболее частых последствий церебрального инсульта. В среднем у трети пациентов, пере-

несших инсульт, отмечаются клинически значимые симптомы депрессии [15], которые усиливаются при наличии нарушений речи [16]. Можно предположить, что подобные «приобретенные» автоматизмы выполняют *психологическую функцию* «проговаривания» травмы.

В логопедической работе врачи широко опираются на речевые автоматизированные ряды, которые, являясь упроченными поверхностными структурами речи, обходятся в норме без опосредования внутренней речью, что при афазии, когда внутренняя речь повреждена [17], особенно ценно. В этом смысле исследователи единодушны в том, что растормаживание автоматизированных в прошлом речевых рядов – обязательное условие раннего восстановления речи [18], посредством движения «не от слова к фразе, а от фразы к слову» с последующей активацией механизмов внутренней речи. Например, пациент М., 1954 г. р. (комплексная моторная (афферентная, эфферентная) афазия с преимущественным афферентным синдромом) в диалоге с врачом на вопрос о том, что он ел на ужин, на фоне жесточайших затруднений «выпаливает» упроченную формулу «первое, второе, третье». Представляется, что такие автоматизированные ряды выполняют в речи пациентов когнитивную функцию. Они позволяют связать слово-стимул (в процитированном примере – *ужин*) и часть фрейма (Ч. Филлмор называет подобные фреймы «сформированными языком» [19]), минуя внутреннюю речь, поскольку «устоявшиеся умения не требуют активного мышления, из мысли они становятся особой памятью» [20, с. 59], а внешняя речь, в отличие от внутренней, может быть обусловлена моторным автоматизмом, способным замещать мышление, а значит, экономить усилия и мозговую энергию.

Итоги проведенного анализа отражены в классификации автоматизмов по критерию «форма – функция» (таблица).

Количественный подсчет автоматизмов различных функциональных типов указывает, что ведущими функциями являются эмоционально-экспрессивная, когнитивная и метакогнитивная. Наименьшую долю в нашем исследовательском корпусе имеют автоматизмы, выполняющие метакоммуникативную функцию – всего 6 единиц (рисунок).

4. Возможности реабилитационной работы с опорой на автоматизмы

В качестве одного из ключевых принципов поэтапной речевой реабилитации отечественными исследователями [21] указывается использование в качестве опоры более упроченных, высокоавтоматизированных уровней организации речи. Именно данный уровень речи и актуализируется благодаря автоматизмам.

Классификация автоматизмов в речи пациентов-афатиков по критерию «форма – функция»

Речевые автоматизмы	
Функция	Форма
Эмоционально-экспрессивная	Хорошо упроченные простые короткие предложения (повелительного или восклицательного типов), отражающие негативные эмоции
Коммуникативная а) организация структуры и развертывания высказывания б) реализация тактик общения	Речевые клише
	Простые короткие предложения различных коммуникативных типов
Метакоммуникативная	Простые короткие, преимущественно повествовательные, предложения
Метакогнитивная	Речевые клише
Когнитивная	Речевые автоматизированные ряды
Психологическая	Короткие фразы об актуальном состоянии больного, где в качестве субъекта и подлежащего выступает Я

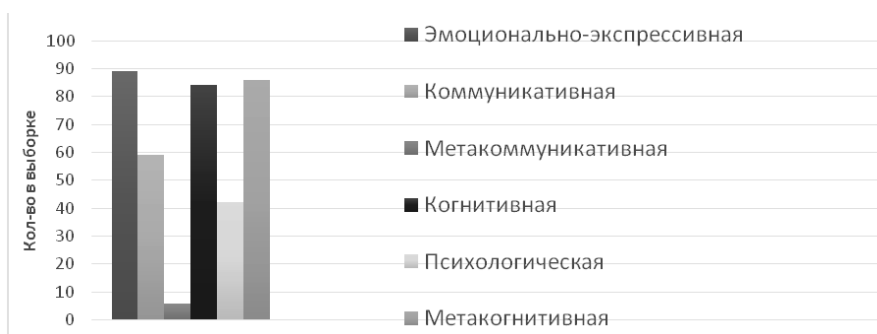


Рисунок. Распределение автоматизмов по функциональным типам

Предложенная в работе функциональная их классификация позволяет более активно и гибко апеллировать к подобным структурам во время восстановительного обучения.

Так, улучшая при помощи психотерапевтической работы эмоциональное состояние пациентов, последовательно формируя у них положительные эмоциональные состояния удовольствия, радости, интереса можно стимулировать расширение диапазона автоматизмов с эмоционально-экспрессивной функцией.

Если, выстраивая восстановительное занятие, тщательно продумывать динамику коммуникативной ситуации, эмоционально реагируя на речевые действия пациента, то это «вынудит» последнего использовать разнообразные коммуникативные тактики, которые, в свою очередь, за счет оживления прошлого коммуникативного опыта могут дать толчок к актуализации новых автоматизмов с коммуникативной функцией, которые в дальнейшем расширят вокабуляр.

Целенаправленное формирование у пациентов навыка использования автоматизмов в метакоммуникативной и метакогнитивной функциях позволит

усилить концентрацию внимания и саморегуляцию во время выполнения учебных заданий, а принимая во внимание важную психологическую функцию некоторых «приобретенных» после появления дефекта автоматизированных высказываний, специалисты получают возможность работать над депрессивным синдромом, проявляющимся у афатиков.

Эффективность же опоры на автоматизированные ряды во время восстановительного обучения обусловлена активизацией структур моторной памяти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель Т. Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазий (системный интегративный подход) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Т. Г. Визель. – М., 2002. – 49 с.
2. Визель Т. Г. К вопросу о природе афазии / Т. Г. Визель // Дефектология. – 2009. – № 6. – С. 65–70.
3. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение / Л. С. Цветкова. – М., 1988. – 207 с.
4. Винарская Е. Н. Значение нейролингвистического исследования актов речевого общения / Е. Н. Винарская // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты) : учеб. пособие для студ. высш. и сред. спец. пед. учеб.

заведений : в 2 т. / под ред. Л. С. Волковой и В. И. Се-
ливерстова. – М. : ВЛАДОС, 1997. – Т. 2. – С. 316–322.

5. *Якобсон Р.* Афазия как лингвистическая проблема. Афазия и восстановительное обучение. Тексты / Р. Якобсон ; под ред. Л. С. Цветковой, Ж. М. Глозман. – М., 1983. – С. 138–142.

6. *Критчли М.* Афазиология / М. Критчли. – М. : Медицина, 1974. – 333 с.

7. *Винарская Е. Н.* Клинические проблемы афазии / Е. Н. Винарская. – М., 1971. – 216 с.

8. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных повреждениях мозга / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во МГУ, 1962. – 432 с.

9. *Обуховская А. Ю.* Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков : автореф. дис. ... канд. пед. наук / А. Ю. Обуховская. – СПб., 2009. – 22 с.

10. *Шохор-Троцкая М. К.* Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления : Библиотека практического врача / М. К. Шохор-Троцкая. – М. : Книга по Требованию, 2012. – 141 с.

11. *Цветова Л. С.* Мозг и интеллект : нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л. С. Цветова. – М. : Просвещение ; Учеб. лит., 1995. – 304 с.

12. *Грабовская И. В.* Теоретические основания изучения метакоммуникативных вопросов в англоязычном диалогическом дискурсе : в 2 ч. / И. В. Грабовская // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – Тамбов, 2013. – № 7 (25). – Ч. 2. – С. 78–82.

13. *Выготский Л. С.* Мышление и речь / Л. С. Выготский. – М. : Лабиринт, 2007. – 351 с.

14. *Emerson M. J.* The role of inner speech in task switching : a dual-task investigation / M. J. Emerson, A. Miyake // *J. Mem. Lang.* – 2003. – Vol. 48. – P. 148–168.

15. *Hackett M. L.* Predictors of depression after stroke : a systematic review of observational studies / M. L. Hackett, C. S. Anderson // *Stroke.* – 2005. – № 36. – P. 296–301.

16. *Кутлыбаев М. А.* Депрессия у пациентов с постинсультной афазией : диагностика и клинические особенности / М. А. Кутлыбаев [и др.] // *Практическая медицина.* – 2014. – № 3. – С. 103–106.

17. *Langland-Hassan P.* Inner speech deficits in people with aphasia / P. Langland-Hassan [et al.] // *Frontiers of Psychology.* – 2015. – Vol. 6. – P. 1–10.

18. *Оппель В. В.* Восстановление речи после инсульта / В. В. Оппель. – М. : Медицина, 1972. – 150 с.

19. *Филлмор Ч.* Фреймы и семантика понимания / Ч. Филлмор // *Новое в зарубежной лингвистике.* – Вып. XXIII. Когнитивные аспекты языка / пер. с англ. сост. и ред. В. В. Петров, В. И. Герасимов. – М. : Прогресс, 1988. – С. 52–93.

20. *Визель Т. Г.* О содержании понятия «распад речи» / Т. Г. Визель // *Вестник АлтГПУ.* – 2016. – № 2 (27). – С. 57–65.

21. *Можейко Е. Ю.* Восстановление речевых нарушений у постинсультных больных : актуальность, проблемы и перспективы // *Сибирское медицинское обозрение.* – 2008. – № 2. – С. 16–20.

Сибирский федеральный университет

Колмогорова А. В., доктор филологических наук, профессор, заведующая кафедрой романских языков и прикладной лингвистики

E-mail: nastiakol@mail.ru

Тел.: 8-960-760-48-49

Siberian Federal University

Kolmogorova A. V., Doctor of Philology, Professor, Head of the Romance Languages and Applied Linguistics Department

E-mail: nastiakol@mail.ru

Tel.: 8-960-760-48-49