

Giyosova Vasilaxon Avazxon qizi, filologiya fanlari bo'yicha falsafa doktori(PhD), dotsent, Farg'ona davlat universiteti Orcid: 0000-0002-7029-5234
e-mail: giyosovav@gmail.com



NUTQ TIZIMINING TURLI DARAJALARIDA AFAZIYA HOLATIDA NUTQ BUZILISHLARINING PSIXOLINGVISTIK TAHLILI

<https://zenodo.org/records/18780032>

Annotatsiya: Maqolada nutq tizimining turli darajalarida afaziya holatida kuzatiladigan nutq buzilishlarining psixolingvistik tahlili amalga oshiriladi. Tadqiqotning maqsadi – afaziya xos nutqiy nuqsonlarni fonetik-fonologik, leksik-semantik va grammatik sathlarda aniqlash hamda ularning mexanizmlarini psixolingvistik yondashuv asosida izohlashdan iborat. Tadqiqotda nutq faoliyatining ko'p bosqichli tuzilishi, til birliklarining qayta ishlanish jarayonlari hamda nutqni hosil qilish va qabul qilish mexanizmlari nazariy jihatdan asoslanadi.

Kalit so'z va iboralar: afaziya, psixolingvistika, nutq buzilishlari, nutq tizimi, fonetik-fonologik daraja, leksik-semantik daraja, grammatik daraja, agrammatizm, parafaziya, nutq faoliyati, neyropsixolingvistika, reabilitatsiya.

PSYCHOLINGUISTIC ANALYSIS OF SPEECH DISORDERS IN APHASIA AT DIFFERENT LEVELS OF THE SPEECH SYSTEM

Abstract: The article presents a psycholinguistic analysis of speech disorders observed in aphasia at different levels of the speech system. The aim of the study is to identify speech impairments characteristic of aphasia at the phonetic-phonological, lexical-semantic, and grammatical levels, and to explain their underlying mechanisms within a psycholinguistic framework. The research theoretically substantiates the multi-stage structure of speech activity, the processes of linguistic unit processing, as well as the mechanisms of speech production and comprehension.

Keywords: aphasia, psycholinguistics, speech disorders, speech system, phonetic-phonological level, lexical-semantic level, grammatical level, agrammatism, paraphasia, speech activity, neuropsycholinguistics, rehabilitation.

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ ПРИ АФАЗИИ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ РЕЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Аннотация: В статье представлен психолингвистический анализ нарушений речи, наблюдаемых при афазии на различных уровнях речевой системы. Цель исследования заключается в выявлении речевых дефектов, характерных для афазии, на фонетико-фонологическом, лексико-семантическом и грамматическом уровнях, а также в объяснении их механизмов с позиций психолингвистического подхода. В

исследовании теоретически обосновывается многоступенчатая структура речевой деятельности, процессы переработки языковых единиц, а также механизмы порождения и восприятия речи.

Ключевые слова: афазия, психолингвистика, нарушения речи, речевая система, фонетико-фонологический уровень, лексико-семантический уровень, грамматический уровень, аграмматизм, парафазия, речевая деятельность, нейропсихолингвистика, реабилитация.

Введение

Афазия затрагивает разные уровни организации речи – от звукового (фонетико-фонологического) до лексического и грамматического. Психолингвистический анализ ошибок речи афатиков позволяет выявить, какой именно уровень языковой способности пострадал при той или иной форме афазии. Рассмотрим особенности нарушений на основных языковых уровнях: фонетико-фонематическом, лексико-семантическом и грамматическом.

Анализ литературы и методология.

Проблема нарушений речи при афазии традиционно рассматривается на стыке нейропсихологии, клинической лингвистики и психолингвистики.

В классической отечественной традиции афазия определяется как системное нарушение высших психических функций, возникающее при локальных поражениях коры головного мозга.[1:512] Современные исследования исходят из понимания речи как многоуровневой функциональной системы, включающей фонетико-фонологический, лексико-семантический и грамматический (синтаксический) уровни.[4] Нарушение каждого из этих компонентов отражается в специфических типах речевых ошибок, что позволяет использовать уровневый анализ в диагностических и теоретических целях.

В нейропсихологической традиции афазия описывается как системное расстройство высших психических функций, возникающее при локальных поражениях коры головного мозга. Синдромный подход предполагает, что каждая форма афазии характеризуется определённым сочетанием симптомов, отражающих нарушение конкретного речевого механизма. Так, при моторных формах афазии ведущими являются расстройства артикуляторного программирования и грамматической организации высказывания; при сенсорных – нарушения фонематического восприятия и семантической обработки; при семантической афазии – трудности декодирования сложных логико-грамматических конструкций; при акустико-мнестической – дефицит слухоречевой памяти и процессов номинации.

Психолингвистические модели порождения речи дополняют нейропсихологический подход, объясняя механизм возникновения ошибок через нарушение отдельных этапов речевого процесса: концептуализации, лексического выбора, морфо-синтаксического кодирования, фонологического кодирования и артикуляции. С этой точки зрения литеральные парафазии свидетельствуют о сбое фонологического кодирования, аномия – о трудностях доступа к лексической единице, аграмматизм – о нарушении синтаксического программирования.

В современных исследованиях подчёркивается, что уровневый анализ позволяет выявить «мишень» речевого дефекта и дифференцировать формы афазии не только по клинической классификации, но и по структуре языкового нарушения. Такой подход особенно продуктивен при сопоставлении экспрессивной и импрессивной речи, а

также при анализе письменных форм (чтение и письмо), что даёт возможность рассматривать афазии как системное нарушение языковой способности.

Исследование носит описательно-аналитический характер и направлено на выявление особенностей речевых нарушений при различных формах афазии с позиций уровневой организации речевой системы

Результаты и обсуждение

Фонетико-фонематический уровень

Нарушения на фонетико-фонематическом уровне выражаются, с одной стороны, в расстройствах **произношения звуков** (фонетический дефект), с другой – в нарушении **фонематического слуха**, т.е. распознавания звуков. Эти два аспекта обычно соответствуют моторным и сенсорным афазиям.

При моторных афазиях (особенно афферентной) ведущий дефект – *артикуляторный*: пациент не может правильно произнести ряд звуков. Возникают **дизартрические и апрактические искажения** звуков: неверное положение органов речи приводит к искажённому звучанию фонем. Например, при афферентной афазии страдают прежде всего звуки, близкие по артикуляции: переднеязычные ([т], [д], [н], [л]) могут смешиваться между собой; губные ([п], [б], [м]) – тоже, и т.д. Пациент может непроизвольно заменять один звук другим (буквально *литеральная парафазия*), часто не осознавая этого. Иногда звукопроизношение нарушено настолько, что речь становится невнятной, непонятной окружающим. В более лёгких случаях у пациента наблюдается *дисторсия* звуков – т.е. искажение (неправильное звучание), хотя формально звук распознаётся. Например, из-за пареза лицевых мышц [р] может произноситься слабо, без вибрации, шипящие – неясно. Эти дефекты усугубляют проблему коммуникации. При эфферентной (Брока) афазии фонетические ошибки тоже встречаются, но главным образом обусловлены спазмированностью речи: пациент может *«проглатывать»* звуки и слоги при попытке быстрее произнести слово, либо, наоборот, чрезмерно растягивать отдельные звуки. Например, произнося слово «стол», больной Брока может сказать «сто... (пауза)... ол» или «с-стол», раздробив слово. Важно отметить: при моторных афазиях сами по себе органы артикуляции не парализованы (это не периферический дефект), проблема – в центральной организации движений.

При сенсорных афазиях (Вернике) основное – *фонематическое распознавание*. Больной **не различает сходные звуки на слух**. Классический пример: пациенту говорят слово «дом», а он слышит «том» или «ком» – т.е. путает фонемы по акустическим признакам. Это приводит к тому, что больной неверно понимает слова (например, не отличает «пила» и «била»). Сам он при сенсорной афазии произносит звуки часто неправильно, но причина не периферическая, а тоже центральная: вследствие нарушения контроля слуха за собственной речью возникает множество фонемных замен (литеральных парафазий). В итоге речь афатика-сенсорика наполнена звуковыми ошибками – он говорит, не слыша себя. При негрубых формах сенсорного дефекта проявления тоньше: пациент может смешивать фонематически близкие слова (например, оговариваться: вместо «стол» сказать «стог» – смещение на близкий звук). Кроме того, у сенсорных афазиков часто наблюдается *распад речевого слуха* настолько, что они не отличают даже *неречевые* звуки (колокольчик от стука), однако особенно выражен дефект именно на речевом материале[2]. Таким образом, сенсорная афазия – это прежде всего нарушение *фонематического уровня понимания*, что ведёт и ко вторичным фонетическим ошибкам в собственной речи.

При других формах афазии также могут быть фонематические ошибки, но менее ведущие. Например, при акустико-мнестической афазии фонематический слух относительно сохранён, но из-за перегрузки памяти пациент может пропускать звуки в длинных словах (просто забывая начало, пока произносит конец). При семантической афазии фонематический уровень не страдает. При динамической – фонематический слух в норме, произношение тоже (могут лишь быть легкие дизартрические черты, если поражены соседние зоны, но не обязательно).

Нарушения чтения и письма на уровне букв (алексии и аграфии фонемного уровня) тоже связаны с фонематическими расстройствами. Так, сенсорный афазик не понимает написанного слова, потому что не соотносит буквы и звуки. Он же делает ошибки в письме – заменяет буквы на схожие по звучанию (слышим «дом»), а пишет «том»). Моторный афазик (Брока) понимает написанное, но при письме может пропускать гласные, окончания – т.е. упрощает, как и в речи устной (аграмматизм в письме, пропуски – аналог «телеграфного стиля» на письме). Аферентный афазик при письме может смешивать схожие по начертанию буквы (поскольку у него праксис букв страдает – например, *литеральная аграфия*, путает «Ш» и «Щ» или зеркально пишет). Все эти симптомы отражают вовлечённость фонетико-графического уровня.

Лексико-семантический уровень

На лексическом уровне основным нарушением при афазии является **аномия** – трудности в назывании слов. Практически для всех видов афазии в той или иной степени характерен *дефицит слова*: у пациента снижен активный словарный запас, особенно заметно – наименования объектов, имён собственных, специфических понятий. Даже при лёгких афазиях (типа аномической) это может быть единственным симптомом. При тяжёлых моторных афазиях слово может «застрывать на языке», пациент заменяет целевое слово общим («штука», «это самое») или жестом.

Виды **вербальных парафазий** зависят от характера афазии. Различают *семантические парафазии* – замена слова другим по смыслу (например, вместо «стол» сказать «стул»). Такие ошибки чаще присущи сенсорной афазии (больной пытается подобрать слово, но из-за утраты точного значения слова говорит близкое по смыслу) или акустико-мнестической (когда происходит «соскальзывание» на соседнее по смысловому полю слово). Другой тип – *несемантические, случайные парафазии*, когда слово заменено на совсем неподходящее (например, вместо «стол» – «собака»). Это чаще наблюдается при тяжелой сенсорной афазии или при выраженной амнестической – когда пациент не столько путает смыслы, сколько не может активировать нужное слово и заполняет паузу первым пришедшим на ум словом (иногда из предыдущей фразы – персеверация). Также бывает *звучание вместо смысла*: пациент с сенсорной афазией, утратив разборчивость речи, может подбирать слова не по значению, а по созвучию – например, вместо «армия» сказать «армада» или бессмысленное «армония». Это уже на стыке лексического и фонологического уровня.

При *моторных афазиях* (особенно эфферентной) лексические нарушения проявляются как **ограничение словаря**, преимущественно глаголов и служебных слов. Больной Брока использует в речи почти одни существительные в именительном падеже, очень мало глаголов (может вообще избегать, или употреблять инфинитивы). При динамической – тоже скудость словаря, но обусловленная не столько потерей значений слов, сколько инициацией: человеку трудно «достать» слово из памяти без внешней поддержки. Однако в устной речи эффект похож: речь малолексична. При афферентной – лексика может быть сохранна, если бы не артикуляция: больной знает слова, но не может их произнести. Однако если процесс затяжной, то и лексика

редуцируется – пациент пользуется всё более ограниченным набором слов, часто самых простых («да», «нет», «хорошо»).

При *сенсорной афазии* лексический запас будто тоже теряет чёткость: феномен «пустой речи» – пациент говорит много слов, но они не складываются в информативное высказывание. Часто у таких больных наблюдается *аномия* (не могут подобрать нужное слово) и они заменяют его описанием или другим словом – но поскольку контроль нарушен, эти замены могут быть далёкими от смысла. Например, хочет сказать «ручка», а говорит «ну это... дверь... окно... нет, ну что пишут...». В письменной речи (если она возможна) – тоже попытки описательно выразиться.

При *акустико-мнестической афазии* лексические ошибки выражены как *амнестические периоды*: человек забывает слово, особенно если отвлёкся или если ему дали несколько слов – он вспомнит первые, забудет последние. Здесь много *окружных путей номинации*: описывает функцию предмета вместо названия («то, чем режут хлеб» вместо «нож»). Интересно, что при подсказке или в конкретной ситуации слово может сразу всплыть – то есть проблема не в утрате значения, а в доступе к слову в данный момент.

При *семантической афазии* лексический запас относительно сохранён. Однако трудности понимания значений проявляются в тонких семантических задачах: например, пациенту сложно подобрать синонимы или различить близкие по значению слова. Он может путать паронимы, не улавливать переносные значения. Иногда отмечают феномен «конкретности мышления»: больной понимает только прямое значение слов, а метафоры, пословицы – дословно, без переноса смысла. Это связано с поражением зон, отвечающих за сложные семантические связи.

Восприятие и понимание значений слов (семантический уровень импрессивной речи) при афазиях также может нарушаться. При сенсорной афазии – понятно, что из-за фонемного дефекта и значения недоступны. При акустико-мнестической – человек слышит слово, но если предложение длинное, то к концу предложения может забыть начало и потерять нить смысла. При семантической – проблема именно в понимании сложного смысла фразы (как обсуждали). При моторных – понимание лексическое сохранно, страдает только грамматика в понимании.

Грамматический (синтаксический) уровень

Грамматический строй речи нарушается при афазии наиболее заметно в моторных формах. Различают два характерных синдрома: **аграмматизм** и **параграмматизм**.

Аграмматизм – это *обеднение и упрощение грамматической структуры речи*. Классический аграмматизм наблюдается при афазии Брока (эфферентной моторной). Проявления: отсутствие служебных слов (предлогов, союзов), ошибки склонения и спряжения (слова часто остаются в начальной форме), нарушение согласования слов в роде, числе, падеже. Предложения короткие, неполные – по сути, речь состоит из набора отдельных слов. Такой стиль напоминает телеграмму, отсюда термин «телеграфный стиль»[2]. Пример аграмматической фразы: «Мы идти кино вчера» (вместо «Мы ходили вчера в кино»). Здесь видим инфинитив вместо личной формы глагола, отсутствие предлога «в», неправильный порядок слов. При тяжёлой степени аграмматизма фразы состоят буквально из 1–2 слов («дом... хорошо», «не... болит» и т.п.). Аграмматизм касается как экспрессивной речи, так и часто *импрессивной*: больной Брока плохо понимает сложные конструкции, в которых понимание опирается на грамматическую форму. Например, он лучше поймет фразу в прямом порядке («Волк поймал лису»), чем с инверсией («Лису поймал волк») – может перепутать, кто кого поймал, ориентируясь на порядок вместо окончаний. Это явление называется

импрессивный аграмматизм. Таким образом, аграмматизм – это целостное нарушение грамматической компетенции, затрагивающее и речь, и понимание в какой-то мере.

Параграмматизм – противоположный по виду симптом, свойственный *сенсорной афазии*. Если аграмматизм – это чрезмерная простота, то параграмматизм – *хаотическая сложность*. Больной сенсорный афазик пытается говорить грамматически, строит длинные фразы, использует много служебных слов – но делает это неправильно и бессистемно. В его речи появляются лишние окончания, неправильные спряжения, фраза может начаться одним синтаксисом, а закончиться другим. Например: «Он вчера... были... идёт в магазин... и купила... э... купили...». Видно, что человек пытается строить грамматически, но смешивает формы (единственное/множественное, роды, времена). Фраза разваливается, не завершаясь логично. Это и есть параграмматизм – как бы *грамматическая крошка*. Он обусловлен тем, что пациент Вернике не контролирует свою речь (не понимает и не слышит себя) и кроме лексических замен допускает и грамматические ошибки – видимо, утрачивая тонкие грамматические навыки. Однако, в отличие от аграмматизма, при параграмматизме речь остается связной и развернутой (просто с массой ошибок), тогда как при аграмматизме – телеграфные обрубки. Можно сказать, что аграмматизм – дефицит грамматики, а параграмматизм – ее распад и извращение.

При других афазиях грамматические нарушения тоже встречаются, но менее выраженные. При динамической афазии – экспрессивный аграмматизм схож с бруксовским (бедная синтаксическая структура, хотя не столь элементарная). При семантической – грамматически пациент может говорить правильно, но как только фраза усложняется (например, много придаточных), он сам путается и упрощает высказывание. При акустико-мнестической – грамматика как таковая не грубо нарушена, но из-за пауз в поисках слов фразы могут быть недоделанными, обрывающимися – что создает впечатление грамматических ошибок, хотя правило не нарушено, просто не договорено.

Нарушения понимания грамматических конструкций – главный признак семантической афазии, как обсуждалось. Это тоже грамматический уровень, только импрессивной стороны. Пациент не извлекает смысл из сложноподчинённых предложений, из конструкций со страдательным залогом («Больной был осмотрен врачом» – он поймет как «больной осматривал врача», перепутав субъекты). Если порядок слов противоречит обычному, афазик семантический теряется. То есть у него нарушена способность декодировать синтаксис. Такой дефект называют *«синтаксической афазией»* (это термин Г. Хэда, он, кстати, выделял сходное явление как отдельную форму афазии)[3]

Письмо и чтение на грамматическом уровне тоже страдают. При аграмматизме больной пишет так же телеграфно, пропуская окончания, предлоги. При параграмматизме – писал бы с лишними окончаниями, но чаще сенсорный афазик вообще не может связно писать под диктовку. Понимание письменных грамматических структур, например, при семантической афазии – нарушается аналогично устному.

Заключение

Таким образом, психолингвистический разбор показывает, что каждая форма афазии имеет «мишенью» определённый уровень языковой способности: при моторных – преимущественно фонетика и синтаксис (выражается аграмматизмом, артикуляторными проблемами), при сенсорной – фонология и лексика (фонематический слух, семантические замены), при семантической – именно

грамматическая семантика (логико-грамматические отношения), при амнестических – лексический уровень (номинация). Конечно, в живой речи все уровни взаимосвязаны, поэтому, скажем, фонематический дефект тянет за собой лексический (не различает фонемы – не понимает слова – значит, и лексика страдает). Тем не менее выделение уровней полезно для анализа конкретных ошибок и составления программы терапии, на какую именно сторону речи влиять.

Список использованной литературы

1. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 3-е изд. М.: Академический проект, 2000. – 512 с.
2. phsreda.com
3. infourok.ru/infourok.ru.
4. Ахутина Т. В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. М.: Тривола, 2002. – 256 с.

Собиров Немат Казакбаевич, Старший преподаватель русской кафедры E-mail: nemat.sabirov.60@inbox.ru

Абдукаххарова Зебо Алишер кизи, Ферганский государственный университет, г.Фергана, Узбекистан E-mail: abdullaevazebo275@gmail.com



МОТИВ ВИНЫ И ЕГО СВЯЗЬ СО СТРАДАНИЕМ В РОМАНАХ Ф.М. ДОСТОЕВСКОГО

<https://zenodo.org/records/18780124>

Аннотация: В статье исследуется специфика мотива вины и его связь со страданием в романах Ф.М. Достоевского. Страдание рассматривается как естественное следствие вины и одновременно как путь к духовному возрождению. Показано, что вина у Достоевского представляет собой не только юридическую или моральную категорию, но прежде всего онтологическое состояние человека.

Ключевые слова: Достоевский, мотив вины, страдание, искупление, духовное возрождение, совесть, Раскольников, “Преступление и наказание”, “Братья Карамазовы”, христианская антропология, метафизика вины.

THE THEME OF SUFFERING IN THE WORKS OF FYODOR DOSTOEVSKY

Abstract: Abstract: This article examines the specifics of the guilt motif and its connection with suffering in the novels of F.M. Dostoevsky. Suffering is viewed as a natural consequence of guilt and simultaneously as a path to spiritual rebirth. It is shown that guilt in Dostoevsky is not only a legal or moral category, but, above all, an ontological state of a person.