

СОДЕРЖАНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	
ВВЕДЕНИЕ.....	
РАЗДЕЛ I. Основные направления научных исследований мышления, речи и поведения в норме и при психических расстройствах (обзор литературы по проблеме).....	
1.1. Особенности диагностического процесса в психиатрии.....	
1.2. Характеристика подходов к изучению речи и мышления.....	
1.2.1. Клинико-психопатологический и клинико-патопсихологический подходы.....	
1.2.2. Клинико-эволюционный метод.....	
1.2.3. Историкогенез мышления и речи в норме и при патологии.....	
1.2.4. Антропогенетический подход.....	
1.2.5. Этологические исследования в психиатрии...	
1.2.6. Клинико-онтогенетический подход.....	
1.2.7. Нейрофизиологический подход.....	
1.2.7.1. Изучение нейрофизиологических основ речевой деятельности.....	
1.2.7.2. Психоакустические аспекты изучения речи...	
1.2.8. Психологический подход к изучению особенностей мышления и речи.....	
1.2.9. Нейропсихологический подход.....	
1.3. Основные направления современной лингвистики и применение различных аспектов лингвистического анализа в психиатрической диагностике	
1.3.1. Становление лингвистики как цельной науки. Историческая, антропологическая лингвистика...	
1.3.2. Семиотика, семантика, психосемантика.....	
1.3.3. Изучение экстралингвистических факторов речи – паралингвистика (просодика).....	
1.3.4. Психолингвистика. Функционализм. Когнитивная лингвистика.....	
1.3.5. Прагматика. Прагмасемантика. Речевые действия.....	
1.3.6. Синтаксис.....	
1.3.7. Психотерапия, психоанализ и лингвистика.....	

1.4. Философские, гносеологические и методологические проблемы психиатрической диагностики.....

1.5. Диагностика речевого поведения в психиатрии: предпосылки к разработке новой клинической дисциплины – клинической лингвистики.....

РАЗДЕЛ II. Методология и методики комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах.....

2.1. Характеристика клинического материала.....

2.2. Методы исследования речевого поведения.....

2.2.1. Клиническое исследование больных (1-й этап).....

2.2.2. Специальное психодиагностическое интервью и осуществление клинико-этологического (кинесического) исследования (2-й этап).....

2.2.2.1. Психодиагностическое интервью.....

2.2.2.2. Клинико-этологическое (кинесическое) исследование.....

2.2.3. Исследование речевого поведения при помощи различных аспектов лингвистического анализа (3-й этап).....

2.2.3.1. Психосемантический анализ речевого поведения.....

2.2.3.2. Паралингвистический (просодический) анализ речевого поведения.....

2.2.3.3. Психолингвистический анализ речи больных.....

2.2.3.4. Семантико-синтаксический анализ речи больных.....

2.2.3.5. Семантико-прагматический анализ речи больных.....

2.2.4. Анализ выявляемых особенностей речевого поведения по исследуемым группам (4-й этап).....

РАЗДЕЛ III. Особенности речевого поведения здоровых лиц.....

3.1. Кинесические (этологические) особенности...

3.2. Психосемантические особенности.....

3.3. Паралингвистические особенности.....

3.4. Психолингвистические особенности.....

3.5. Семантико-синтаксические особенности.....

3.6. Семантико-прагматические особенности.....

РАЗДЕЛ IV. Особенности речевого поведения при органических психических расстройствах.....

- 4.1. Клинические характеристики группы.....**
- 4.2. Кинесические особенности речевого поведения**
- 4.3. Психосемантические особенности.....**
- 4.4. Просодические особенности.....**
- 4.5. Психолингвистические особенности.....**
- 4.6. Семантико-синтаксические особенности.....**
- 4.7. Семантико-прагматические особенности.....**
- 4.8. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения больных с органическими психическими расстройствами.....**

РАЗДЕЛ V. Особенности речевого поведения больных с эндогенными психотическими расстройствами.....

- 5.1. Клинические характеристики группы.....**
- 5.2. Кинесические особенности**
- 5.3. Психосемантические особенности.....**
- 5.4. Просодические особенности.....**
- 5.5. Психолингвистические особенности.....**
- 5.6. Семантико-синтаксические особенности.....**
- 5.7. Семантико-прагматические особенности.....**
- 5.8. Изучение особенностей речевого поведения больных как фактор объективизации клинической динамики в процессе психотерапии.....**
- 5.9. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения больных с эндогенными психотическими расстройствами.....**

РАЗДЕЛ VI. Особенности речевого поведения больных с аффективными расстройствами.....

- 6.1. Клинические характеристики группы.....**
- 6.2. Кинесические особенности.....**
- 6.3. Психосемантические особенности.....**
- 6.4. Просодические особенности.....**
- 6.5. Психолингвистические особенности.....**
- 6.6. Семантико-синтаксические особенности.....**
- 6.7. Семантико-прагматические особенности.....**

- 6.8. Этнический аспект комплексной диагностики речевого поведения.....*
- 6.9. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения больных с аффективными расстройствами.....*

РАЗДЕЛ VII. Особенности речевого поведения детей и подростков с невротическими расстройствами.....

- 7.1. Клинические характеристики группы.....*
- 7.2. Кинесические особенности.....*
- 7.3. Психосемантические особенности.....*
- 7.4. Просодические особенности.....*
- 7.5. Психолингвистические особенности.....*
- 7.6. Семантико-синтаксические особенности.....*
- 7.7. Семантико-прагматические особенности.....*
- 7.8. Изучение и использование особенностей речевого поведения в процессе психотерапии и в психоаналитической практике.....*
- 7.9. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения детей и подростков с невротическими расстройствами.....*

РАЗДЕЛ VIII. Использование особенностей речевого поведения и характеристик семантик, его составляющих в целях дифференциальной диагностики психических расстройств.....

- 8.1. Кинесический аспект речевого поведения.....*
- 8.2. Просодический аспект речевого поведения.....*
- 8.3. Вербальный аспект речевого поведения.....*
- 8.4. Разномодальные семантики.....*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Анализ применения метода комплексной диагностики речевого поведения для усовершенствования диагностического дифференциального и лечебно-реабилитационного процессов в психиатрической клинике.....

ЛИТЕРАТУРА.....

Работы автора по тематике клинической лингвистики.....

ПРИЛОЖЕНИЯ.....

Приложение 1. Словарь лингвистических терминов

Приложение 2. Методическое обеспечение комплексной диагностики речевого поведения

ВВЕДЕНИЕ

Комплексная диагностика речевого поведения – методология новой научной дисциплины в клинической медицине в рамках биопсихосоциальной парадигмы.

Психиатрическая диагностика является одной из наиболее сложных среди клинических медицинских дисциплин, что связано со специфичностью патологического процесса, полиморфизмом и динамичностью клинической картины, большим удельным весом субъективных факторов в ходе установления и верификации диагноза [158,207]. Истинная психиатрическая диагностика должна, в обязательном порядке, сочетать диагностику в узком понимании и непосредственное обследование врачом пациента – психодиагностическое интервью [3,250,432,491]. В ходе психодиагностического интервьюирования врач-психиатр получает представления об особенностях психических и поведенческих расстройств у конкретного пациента на основании изучения совокупности характеристик его речевого сообщения и невербального поведения [201]. В свою очередь, речевое сообщение складывается из вербальной информации и невербальных – просодических (паралингвистических) характеристик (темп речи, громкость, тембр, интонация, паузы и т.п.), и собственно невербального поведения – совокупности динамик мимики, позы и жестов в ходе коммуникации, простых и сложных поведенческих комплексов. Психиатры традиционно используют в целях диагностики осознанно лишь вербальную часть сообщения и отдельные элементы невербальной. Исследования, проводимые в последние два десятилетия кафедрой психиатрии Крымского медицинского университета под руководством профессора В.П. Самохвалова, заложили основы для этологического изучения невербального поведения в психиатрической клинике [98,116,117,201], исследований разномодальных семантик, составляющих поведение, и их трансляций в рамках эволюционной парадигмы [48,200,204], осуществления последовательного семиотического анализа психопатологических переживаний, в том числе, с применением отдельных методов лингвистического анализа [46,65,77]. В изучении вербального аспекта коммуникации при психической патологии существует большое количество работ, изучающих отдельные формы психических расстройств посредством тех или иных изолированных лингвистических подходов [2,182,193,251,271,301,318,320,477].

В то же время, к настоящему моменту отсутствуют работы, рассматривающие все аспекты коммуникации больных в рамках единой системы; не изучены особенности разномодальных семантик и их взаимодействий и трансляций при психических расстройствах; не существует единых лингвистических подходов, позволяющих получать полные представления о вербальном и невербальном поведении в рамках семиотического анализа.

В последние годы одними из основных перспектив дальнейшего развития клинической психиатрии декларируется усовершенствование диагностического процесса, повышение уровня его объективизации, в том числе, за счет широкого привлечения методологии смежных научных дисциплин [32,55,162,183]. Речь и поведение больного человека являются центральным объектом исследования в психиатрии, и сложить о них целостные представления, способствующие глубинному пониманию сущности психопатологии невозможно без комплексных подходов, использующих знания медико-биологических, социально-психологических и языковедческих наук. Указанные проблемы и сложившиеся теоретические предпосылки, наши многолетние исследования, создали возможности для разработки нового направления в диагностике, в котором все коммуникативные особенности пациентов рассматриваются в рамках концепции речевого поведения, слагающегося из взаимодействия трех разномодальных компонентов, со своей семиотической структурой: вербального (собственно речь больного), кинесического (невербальное поведение, сопровождающее речевое высказывание) и просодического (невербальные аспекты речевого сообщения). Предлагаемая комплексная диагностика речевого поведения является попыткой всестороннего изучения всех коммуникативных особенностей конкретного пациента с учетом вида психической патологии, полностью соответствует требованиям биопсихосоциальной парадигмы и является основополагающей методологией для развития новой медицинской дисциплины – клинической лингвистики.

РАЗДЕЛ I

1.1. Основные направления научных исследований мышления, речи и поведения в норме и при психических расстройствах (обзор литературы по проблеме)

Особенности диагностического процесса в психиатрии

В процессе диагностики психических расстройств психиатры решают ряд взаимосвязанных задач и вопросов: разграничение психической нормы и психической патологии; структура психических функций в норме и при патологии; локализация психических функций и психопатологической симптоматики; соотношение психопатологического, патофизиологического и патологоанатомического в структуре психического расстройства; взаимодействие психических функций в норме и при патологии; роль эндогенных и экзогенных факторов, определяющих принципы нозологической типичности психопатологической симптоматики (синдромов) и болезни в целом, а также принципов классификации психических заболеваний и его причины [4,23]. При этом клиническая психиатрия рассматривает психопатологию с учетом конкретных биологических и социальных факторов и условий формирования личности. При определении нозологической принадлежности, этиологии и патогенеза психического заболевания необходимо опираться на особенности соматического (анатомио-физиологического), индивидуально-психологического и социально-психологического уровней организации человека, их реактивности и взаимодействия между собой (как подсистем), с природной и социальной средой. При оценке генеза психопатологической симптоматики следует учитывать особенности структуры личности, взаимодействие сознательных и бессознательных процессов [21,23,157,167,181,207,268,399].

В диагностическом плане психиатрия является одной из наиболее сложных клинических медицинских дисциплин. Связано это с целым рядом как объективных, так и субъективных факторов. К числу объективных можно отнести частое видоизменение клинической картины, фабулы психических расстройств, симуляцию и диссимуляцию, отсутствие способов верификации диагноза, невоз-

возможность в ряде случаев непосредственного наблюдения острых расстройств и получения объективных сведений. Субъективные факторы базируются на личных качествах врача – исследователя, уровне его профессиональных знаний и навыков, личностных особенностях, установках, образованности [158, 207].

Кончаловский М.П. (1934) отмечал, что в процессе диагностики от врача требуются «сначала знания, потом опыт, всегда суждение». Обследуя больного, врач обдумывает то, что он ощущает, видит, слышит. Его восприятие неразрывно связано с мышлением. Сагатовский В.Н. (1965) выделяет три основных способа выявления симптомов – словесный, чувственный, инструментальный – и, в то же время, отмечает, что построение диагноза в целом находится в сфере абстрактного мышления [81]. По мнению Тарасова К.Е. (1989) диагностику составляют три основных неразрывно связанных друг с другом аспекта: логический – специфика мышления врача в процессе установления диагноза, технический – разработка различных специфических методов обследования больного и семиотический – изучение диагностического значения симптомов [158]. Сухарева Г.Е. [224] отмечала: «Клиницист – это не только наблюдатель у постели больного, хотя тонкость наблюдений является необходимым условием его работы; он, как и всякий ученый, собирая и описывая факты, изучает условия возникновения и законы их развития». Мюллер Г. (1973) отмечал: «Диагноз – это результат установления логического подчинения болезненных проявлений, отклонений от нормы, которые отмечаются у индивида, понятием болезни» [72].

Ясперс К. [270, 393] отмечает: «Любой прогресс в познании фактов означает также методический прогресс». Он указывает на необходимость исследования, т.к. оно способствует «прояснению и систематизации добытого фактического знания». Методы диагностики он подразделяет на технические и конкретно-логические. К техническим относятся:

1. Исследование индивидуальных случаев («казуистика», *Kasuistik*) «Исследовательская работа в психопатологии основывается на беседах с больными, на углубленном знакомстве с его поведением и жестами, со свойственными ему способами общения. Далее исследуются письменные источники: записи больного, его родственников, официальные документы. Ясперс К. подчеркивает, что «индивидуальные случаи остаются основным источником опыта,

...сообщают нашим знаниям и наблюдениям необходимую основу».

Статистика включает в себя математические методы обработки данных и определение корреляций. «Статистика указывает на те или иные возможности и побуждает нас их интерпретировать».

1. Эксперименты.

«С точки зрения экспериментальной психопатологии главное научиться находить закономерности, ... представлять их в постижимой форме», т.к. это «есть начало всякой исследовательской работы».

К конкретно-логическим методам постижения и исследования Ясперс К. причислял три основных группы: «схватывание» (Auffassung) отдельных фактов; анализ; охват целостностей.

1. «Схватывание» отдельных фактов заключается в «отборе, разложении, дифференциации и описании отдельных переживаемых феноменов, что является основой феноменологического подхода. При этом важно разграничивать субъективные и объективные феномены, изучать их во взаимосвязях.

2. Исследование взаимосвязей (понимание [Verstehen] и объяснение [Erklären]) направлено на «постижение явлений в аспекте их происхождения» и это дает возможность «дать им собственно психопатологическое истолкование», понять «каким образом одно событие психической жизни проистекает из другого».

3. Постижение целостностей – «анализ и поиск связей между частностями».

При этом Ясперсом выделяются формально-логические ошибки в процессе исследования, которые необходимо преодолевать:

а) Соскальзывание в бесконечность:

1. бесконечное приложение вспомогательных конструкций;
2. мнимая бесконечность возможного;
3. неумеренное использование литературных источников.

б) Тупиковые ситуации, порождаемые абсолютизацией отдельных аспектов.

в) Ложное понимание, обусловленное терминологией [393].

Истинная психиатрическая диагностика должна в обязательном порядке сочетать диагностику в узком понимании и непосредственное обследование врачом пациента – клинический расспрос – диагностическая беседа или психодиагностическое интервью. «Психодиагностическое интервью [158, 432] – метод получения

информации о свойствах личности, психопатологических феноменах, внутренней картины болезни пациента и способ психокоррекционного воздействия на больного, производимый непосредственно на основании личного контакта диагноста и пациента». Интервью отличается от расспроса нацеленностью на выявление скрытых мотивов поведения пациента и оказание ему помощи в осознании истинных оснований для измененного психического состояния. Функциями интервью в психиатрии являются: диагностическая и терапевтическая, осуществляемые параллельно. Принципами интервьюирования являются: однозначность, точность и доступность формулировки вопросов; адекватность, последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость получаемой информации [3].

Отечественная психиатрическая диагностика традиционно опиралась на фундаментальные клиничко-психопатологический и клиничко-феноменологический подходы [29, 69, 114, 123, 289, 371, 393, 481, 515]. Основные проблемы синдромологии и нозологии, изложенные Кронфельдом А.С. [127] сохраняют свою актуальность и в настоящее время [253]. Современные классификационные подходы в психиатрии (ICD-X и DSM-IV ТМ) [163, 328, 503], на первый взгляд, создают впечатление диагностического крена в сторону синдромологии, но в то же время в них заложены основы для синтеза противоположностей симптоматологического и линейно-нозологического, социального и биологического, психологического и нейрофизиологического направлений на качественно ином уровне [182, 473, 474]. Однако, и при новых подходах сохраняются диагностические сложности, связанные с отсутствием надежных, корректных и универсальных методик диагностического интервью [226, 274, 288, 530], несмотря на наличие многочисленных опросников, схем диагностического интервью, матриц и т.п. На наш взгляд, причиной указанных проблем является отсутствие подходов к изучению речи больных, ее вербальных и невербальных аспектов, воплощающих единство биологического и социального, исследующих эволюционную и онтогенетическую динамику речи, языка и мышления в их взаимодействии, как отражение субъективной и объективной реальности в норме и при различных видах психических расстройств.

1.2. Характеристика подходов к изучению речи и мышления

Шейдер Р. [187], характеризуя особенности речи при различных психических расстройствах, указывает на важность данного обследования в диагностике, а также на то, что многие пункты этого раздела одновременно отражают и содержание мышления, и двигательную сферу, и поведение, являясь «зеркалом мышления и эмоций». В клинической психопатологии традиционно рассматриваются психические функции, в норме и патологии, в неразрывном единстве и диалектическом взаимодействии [30]. При этом подчеркивается существование особых форм взаимодействия между мышлением и речью, которые можно охарактеризовать емкой фразой Выготского С.Л. [57]: «Мысль не просто выражается в слове, но и совершается в нем». Поэтому, в нашем дальнейшем описании методы и подходы к изучению речи и мышления будут рассматриваться параллельно.

1.2.1. Клинико-психопатологический и клинико-патопсихологический подходы

Проблема определения понятия мышления является мультидисциплинарной, в равной степени интересовавшей философов, физиологов, психологов, психиатров и кибернетиков [197]. При этом специфика мышления традиционно определяется тремя структурными характеристиками [37]:

- 1) мышление – это отображение существенных связей и отношений между объектами действительности;
- 2) специфичность отображения мышления – в его обобщенности;
- 3) мыслительное отображение характеризуется опосредованностью, что позволяет выйти за рамки непосредственно данного.

Рыбальский М.И. [197] в своем обзоре подходов к определению понятия мышления приводит следующее синтетическое обобщение: «мышление (мыслительный процесс) – это интрапсихическая деятельность, оперирующая всем объемом информации (полученной ранее – «заложеной» в память и поступающей из окружающей действительности на основании личного опыта); конкретный – наглядно-образный и отвлеченный – абстрактный, аналитико-синтетический, творческий акт, осуществляемый с помощью ассоциативных и апперцептивных механизмов, приводящий к построе-

нию суждений и умозаключений в виде теоретической концепции – теоремы или аксиомы».

Существует множество классификаций расстройств мышления в психиатрии. Однако, прежде, чем их представить, нам хотелось бы привести патопсихологическую систематизацию нарушений мыслительной деятельности [85], т.к. она оперирует более широкими понятиями по сравнению с клинической практикой:

- Нарушения операционной стороны мышления (процесса обобщения и отвлечения): недостаточность уровня обобщения; искажение процесса обобщения.
- Нарушение динамики мыслительной деятельности (логического строя мышления): лабильность мышления («скачка идей»); инертность («вязкость») мышления; непоследовательность суждений.
- Нарушение мотивационного компонента мышления: разноплановость мышления; резонерство.
- Нарушения критичности мышления.

Первую классификационную схему патологии мышления предложил Griesinger W. [481]. Он различал два вида аномалий мышления: болезненные представления относительно формы мышления и аномалии представлений относительно их ложного содержания. Гуревич М.О. [68] различал формальные, непродуктивные расстройства мышления и, характеризующиеся патологической мыслительной продукцией. Weitbrecht H.J.[514], Жариков Н.М. [30] различают расстройства мышления, связанные с нарушением ассоциативного процесса, его стойкости и целенаправленности, а также с патологией суждения. Janik A. и Dusěk (1974) различают нарушения динамики мышления (ускоренное, замедленное), структурных механизмов (персеверации, ментизм, резонерство, символическое, паралогическое, кататимное и голотимное, анакастическое, интровертированное, аутистическое, инкогеррентное мышление и т.д.) и содержания его. Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л. и И.Д.Шевчук (1977) делят расстройства мышления на нарушения его темпа, формы и содержания [30].

Bleuler E. [29] отмечает: «В речи отражаются, конечно, все неправильности мышления. Замечательно, что не только у афазиков, но и у шизофреников речь может стать непонятной (спутанность речи, словесная окрошка, шизофазия), хотя мысли у них в это время не спутаны, как это видно по их поведению и работе. В фор-

мально оживленной речи маниакального больного отражается его эйфорическое возбуждение, в тихой и медленной речи меланхолика – депрессивное заторможение, в невнятной бормотании идиотов – их моторная и сенсорная беспомощность, в смазанной спотыкающейся речи паралитиков – их координаторные расстройства, в нерешительной певучей речи эпилептиков – их тяжелая медлительность в мысли и чувстве... Длительное молчание называется мутизмом, оно может иметь в основе различные причины...»

Шейдер Р. [187] приводит общие характеристики речи в норме и при патологии:

1. Громкость, модулированность, эмоциональная окраска.
2. Артикуляция, с выделением различных видов дизартрий: заикание, логоклония, смазанная речь, «мозжечковая» речь – громкая, толчкообразная, нечеткая (крайний вариант – скандирование), «каша во рту» и т.п. При этом подчеркивает необходимость дифференциации указанных расстройств с иностранным акцентом или диалектом.
3. Темп и связность речи.
4. Характер инициации речи: истинное нарушение (болезнь Паркинсона) или длительный латентный период ответа.

Далее он описывает расстройства речи, воплощающие в себе формальные расстройства мышления (разорванность, словесная окрошка, шперрунг, обстоятельность, мимоговорение, персеверация, эхолоалия, скачка мыслей, мутизм).

Наиболее выраженным расстройством мышления является характерная для шизофрении разорванность. В речи она проявляется семантической диссоциацией при относительно сохранной синтаксической структуре. Нарушения лексико-грамматической структуры предложения проявляются в замене фонем, выражающейся деструкцией слов, появлением пассивных неологизмов [371]. Характерно появление неправильных ударений, искажение интонации и модальностей. Значительный интерес представляет дискуссия о природе разорванности мышления, незавершенная и в настоящее время: являются ли указанные расстройства органическими или имеют функциональную природу. Случевский Ф.И., Kleist К. [212, 402] рассматривали эти нарушения как органические, находя параллели с явлениями моторной и сенсорной афазии. Татаренко Н.П. и Лебединский М.С. [30, 212] отмечали лишь формальное сходство афатических и шизофренических расстройств, выделяя четкие кли-

нико-психологические критерии дифференциации. Блейхер В.М. [30] подчеркивал, что динамичность феномена разорванности, его связь с клиникой, возможность спонтанного и терапевтического обратного развития подтверждает отсутствие связи с органическими деструктивными расстройствами и изменениями. В то же время Andreasen N.C. [299, 480], опираясь на современные параклинические [372, 488], нейрохимические [312], молекулярно-генетические [32], нейропсихологические [304] исследования в области шизофрении указывает на четкие корреляции клинической картины, особенностей мышления и когнитивной деятельности с выявляемыми локальными органическими изменениями головного мозга: поражение дорсолатеральной префронтальной ассоциативной коры – преобладание негативной симптоматики, поражение лимбической системы – ярко выраженная продуктивная симптоматика, диффузная атрофия – злокачественное течение с ранним дефектом; поражение левой височной зоны – выраженность аффективных расстройств [480].

Crow T.J. [318, 320] указывает на выявляемое при постмортальных морфологических исследованиях уменьшение асимметрии кортикальных объемов. Нейрофизиологические исследования [350] демонстрируют зависимость языка от баланса специализации и кооперации полушарий, которые уменьшались у больных шизофренией. Указанный феномен может снижать или отрицать распределение специфических функций в каждом полушарии. Изменениями в латерализации Crow T.J. объясняет нарушения речи у больных, проявление аутизма, символического мышления, предполагая, что эти дисфункции первичны. Позитивные симптомы и, в частности, симптомы первого ранга Шнайдера К., он связывает с нарушением нейронной организации речи, нарушением межполушарных связей, подтверждая недостаточность лингвистических процессов изучением семантических, синтаксических и дискурсивных структур [285, 386, 429]. Развивая данную теорию, Crow T.J. [319] выдвигает гипотезу о том, что, возможно, шизофрения является своего рода нейролингвистической платой за существование речи у человека.

И, в заключении обзора работ по специфике шизофренического мышления, хотелось бы подчеркнуть, что качественно иной характер формирования понятий, необычность, «инакость» его объяснялись различными психологическими концепциями [314, 353]. Это

теория нарушения селективности, избирательности информации [37, 513], амотивационность мышления [233, 314].

1.2.2. Клинико-эволюционный метод

Клинико-эволюционный анализ опирается на эволюционную методологию и является инструментом эволюционной психиатрии. Его задачей является выявление механизмов общих для нормы и для патологии [200]. Анализ осуществляется в 3 этапа.

1 этап – клинико-эволюционная семиотика.

Семиотика – наука о знаковых системах, которая включает в себя семантику – науку об отношении знаков к объектам, синтаксис – описание законов соединения знаков и прагматику, характеризующую отношения знаков к поведению человека [438, 439, 450]. В контексте нашей работы, очень важно отметить, что лингвистический анализ представляет собой самый последовательный пример анализа семиотического [200].

Этап изучения клинико-эволюционной семиотики предполагает сравнительный анализ семиотики признака болезни с предположительными аналогами в филогенезе, историогенезе и онтогенезе.

2 этап. Структурное эволюционное исследование клиники.

3 этап. Клинический мониторинг.

Представим обзор работ по проблемам мышления и речи в последовательности предложенный Самохваловым В.П. в его работе «Эволюционная психиатрия» [200]: историогенез, эволюционно-биологический (антропогенетический и этологический) и онтогенетический подходы.

1.2.3. Историогенез мышления и речи в норме и при патологии

Представление о филогенезе мышления и речи чрезвычайно важны для психиатрической клиники, где достаточно нередкими являются различные варианты их более исторически ранних форм. Алексеев В.П. [7] отмечает 4 источника восстановления исторического развития мышления: 1) историко-психологический; 2) зоопсихологический; 3) палеоневрологический; 4) археологический.

Значительное место в работах данного направления занимает «Первобытное мышление» Леви-Брюля Л. [133], который ввел данное положение и описал его особенности. Леви-Брюль Л. отме-

чает, что значительное место в восприятии первобытных людей занимают «коллективные представления, отличающиеся своим мистическим по существу характером и совершенно иной логикой, чем мышление современных людей... Первобытное сознание, безразлично относящееся к объективной связи явлений, обнаруживает особую внимательность к очевидным или скрытым мистическим связям между этими явлениями». Этим автор подчеркивает праологический характер первобытного мышления, которым управляет закон партиципации (сопричастности). Говоря об особенностях этого мышления, Леви-Брюль Л. отмечает, что, «коллективные представления обычно образуют часть мистического комплекса, в котором эмоциональные и аффективные элементы совершенно не позволяют мысли быть и владеть собой». Интересным является отношение первобытного мышления к архаичным языкам: «Общая тенденция этих языков заключается в том, чтобы описывать не впечатление, полученное воспринимающим субъектом, а форму, очертания, положение, движение, образ действия объектов в пространстве... Языки стремятся исчерпать пластические и графические детали того, что они хотят выразить». В дальнейшем происходит развитие более высоких форм мышления – словесно-логических в рамках изменения формы человеческой деятельности, накопления новых знаний и опыта [149, 233, 296, 315].

Levi-Strauss С. [418] считает, что мифологическое и магическое мышление сохраняется и у современного человека, являясь важным инструментом познания. Он замечает, что магическому мышлению свойственна иная логика, а мифологическое мышление является органической частью научного.

Отношение мифологического мышления к современному, логическому определяется по-разному [200].

А. Ряд ученых считают, что в современном мышлении мифологические включения остаются в виде рудиментов, пережитков, проявляющихся при аффекте и психопатологии.

Б. Представители вульгарной социологии считают, что мифологическое мышление вообще отсутствует у современного человека.

В. Levi-Strauss С., Durkheim Е. считают, что архаическое мышление современного человека ни чем не отличается от такового древних – меняется лишь его оформление; то есть базисная система культуры и есть базисная система мифов.

Г. Существует точка зрения, что архаическое мышление, также как и логическое, переживает стадийные изменения. О.М. Фрейдберг (1978) выделяет три ведущие особенности мифологического мышления: конкретность, нерасчлененность и образность, а также два закона архаического мышления:

- а) отсутствие причинно-следственных отношений;
- б) симбиотичность прошедшего и настоящего и, вследствие этого, отсутствие борьбы старого и нового.

При историческом развитии мышления прослеживается постепенное усложнение речи от глагола к имени и метафоре. При нарушениях сознания, а также при очаговых атрофических деменциях наблюдается процесс обеднения речи, происходящий в обратном порядке [199,219,220].

Важным для психопатологии является понимание историогенеза магии, тотема и табу в структуре архаического мышления, так как аналогичные проявления наблюдаются при бреде, синдроме психического автоматизма, истерии. В психопатологии шизофрении интересным является сосуществование архаического и логического мышления. Важным для проникновения в символику психопатологических переживаний, ее субъективную семантику является изучение мифологии и особенностей мифологического мышления [198,495,502].

1.2.4. Антропогенетический подход

Эволюционно-биологический подход к проблемам психиатрии предполагает, что в основе болезни лежат эволюционирующие биологические механизмы – молекулярные, генетические, биохимические, морфологические, физиологические, этологические. Эволюционно-биологическая психиатрия призвана решать следующие задачи:

- выявление законов и факторов происхождения психических заболеваний в биологической эволюции, прежде всего – в филогенезе;
- конструкция адекватных биологических моделей психических заболеваний на различных уровнях эволюционного развития;

- построение классификации психических заболеваний, основанной на их происхождении в биологической эволюции [200].

В изучении биологии человека наибольшее значение имеют следующие методы и подходы:

а) генетический анализ с многомерной оценкой феномена, включающий «психосодержащие» характеристики человека [107,108];

б) этологический анализ, включающий данные этнологии, социологии и культурологии [115,330,331];

в) антропоморфоскопический анализ [116,124, 332].

Одной из важнейших антропогенетических проблем является изучение развития мышления и речи в контексте социализации [306,452,526,527,528]. В связи с антропологическими данными, согласно Алексееву В.П. [5,6,7], в стадийном развитии мышления могут быть выделены следующие этапы формирования простейших логических структур:

А. Австралопитеки – оловый – возникновение инфралогического уровня, закрепление бинарных оппозиций.

Б. Питекантроп – шелльский период – сознание единства в противовес расчленению, категория единичности.

В. Неандертальцы – мустье – возникновение троичных оппозиций, представлений о субъекте – объекте действия и остальных объектах, законы аналогичного иррационального сопричастия.

Г. Верхний палеолит – пятеричное и семирочное деление – формирование конкретности и диффузности мышления.

Самохвалов В.П. [200,202,203] подтверждает реальность данной схемы на закономерностях формальных расстройств мышления при шизофрении как оживлении регрессивных форм мышления.

Речевая коммуникация в антропогенезе возникла из развития различных форм невербальной коммуникации жестовой, мимической, позной (визуальный канал), ольфакторной, тактильной [73, 74].

Изучение данных антропологии указывает на два возможных пути происхождения речи.

1. Теория фиксации звуковых сигналов [9, 36]. Согласно этой теории жизненные шумы-звуки антропоидов, сопровождающие акты поведения – фиксировались как полезные для приспособления вида и послужили основой для развития речевой деятельности.

2. Теория жеста как предшественника речи [380]. Согласно этой теории, язык человека первоначально был жестовым. Затем визуальный канал сменился вокально-слуховым, т.к. использование рук для коммуникации требует много энергии и препятствует трудовой деятельности.

Согласно взглядам Washburn S.L. и de Vore I. [512] основу развития речи составляла вокализация, а жест был обязательным вспомогательным элементом в этом процессе. Целый ряд работ подчеркивают важность взаимодействия жестовой и речевой коммуникации, взаимодействие вербальных и невербальных аспектов в формировании речи и языка [135, 272, 413, 460, 465, 485, 489, 509, 513, 529].

Интересными для клиники психопатологических расстройств является изучение этапов развития речи и мышления в антропогенезе [200]. Бунак В.В. [36] выделял следующие стадии развития речи:

- 1) доречевую;
- 2) преречевую;
- 3) выкрики-призывы;
- 4) отдельные многозначные слова-предложения;
- 5) многочисленные и дифференцированные слова-предложения;
- 6) связанную речь.

Первой стадии в онтогенезе соответствует лепет, голосовые сигналы со слабо выраженной артикуляцией. В клинике типологическое сходство обнаруживается при сопоре и в период большого тонико-клонического приступа. Второй стадии соответствуют лалии с дифференцированной артикуляцией. Сходные звуковые явления отмечаются при идиотии, при переходе глубокого оглушения в сопор. Третьей стадии соответствуют единичные, четвертой – дифференцированные, пятой – фонетически разнообразные слова, шестой – речевые синтагмы. С данными стадиями он ассоциирует стадии развития мышления:

- 1) узкие конкретные представления;
- 2) расширенные конкретные представления;
- 3) общие представления и связи в пределах одного цикла действия;
- 4) общие представления и связи в пределах нескольких циклов действия;
- 5) зачаточные понятия;

- 6) диффузные понятия;
- 7) детализированные понятия;
- 8) синтагмы.

По Алексееву В.П. [7] речь прошла следующие этапы:

1. У питекантропов преобладала диалогическая речь, отмечались отдельные обозначения предметов, слова-предложения, щелкающие и носовые звуки.

2. У неандертальцев отмечалась монологическая речь с современной артикуляцией, обнаруживались затруднения в произношении гласных, телеграфный стиль речи.

3. У современного человека наступает полное овладение артикуляцией, развитие структурных категорий языка, расширение его лексики.

1.2.5. Этологические исследования в психиатрии

Этологическая психиатрия призвана решать следующие задачи:

- а) исследование типологии и структуры невербального поведения для диагностики и прогноза;
- б) выявление причин конкретного поведения для управления поведением;
- в) исследование эволюции патологического поведения в филогенезе [115, 200].

Одной из основных проблем этологии человека является вопрос возможности взаимных переводов (трансляций) речи и поведения [202]. Существенное продвижение вперед возникло после разработки теории трансляции метатекстов [204,470], согласно которой существует возможность моделирования трансмодального переноса между двумя базисными структурами психической деятельности: языком материальной культуры (предметным миром) и невербальным поведением.

Важнейшим направлением этологической психиатрии является исследование эволюции и мозговой организации речи на базе сравнительных исследований [455, 456, 457, 458]. Ploog D. рассматривает эволюционное развитие речи на трех уровнях церебральной организации: корковом, подкорковом и стволовом, описывает их как в норме, так и при различных формах психической и неврологической патологии, проводя аналогии и параллели с изучением мозга приматов.

К настоящему времени накоплено немало работ психиатров по изучению невербального поведения (мимики, поз, жестов, простых и сложных форм поведения, невербальных аспектов речевой коммуникации) как в норме, так и при различных вариантах психической патологии [49, 61, 65, 66, 98, 117, 201, 202, 210, 225, 245, 252]. Значимой для настоящего исследования является работа Вербенко Н.В. [48], в которой изучены и описаны вербально-невербальные трансляции психопатологических переживаний при шизофрении. Schelde J.T. [475, 476, 477] описывает этологические исследования в психиатрической клинике. Особое внимание при этом уделяется изучению невербальных компонентов речи в диагностике, динамическом наблюдении и прогнозе психопатологических расстройств, на примере больных эндогенной депрессией [475, 476]. В перспективе изучения невербальных компонентов речи [115, 200, 469] подчеркивается необходимость проведения биоакустического объективного анализа речи и лингвистического анализа просодии, позволяющего по изменению паралингвистических характеристик речи определять характер эмоционального состояния пациента, выявлять страх, тревогу, депрессию [330, 380]. Обобщая исследования невербальных компонентов речи при психических заболеваниях Самохвалов В.П. [200] отмечает следующие особенности:

1. тихий голос характерен для больных неврозами и депрессиями; громкий голос с высокой напряженностью отражал аффективную охваченность переживаниями при шизофрении, посттравматической энцефалопатии;
2. больным наркоманиями свойственна сниженная напряженность при длительных паузах между словами и тихом голосе;
3. периоды ускорения речи у больных алкоголизмом встречались чаще, однако у них, также как у ипохондриков, отмечался угасающий темп речи к концу беседы; возрастающий темп речи отмечался при бредовых переживаниях, даже когда первоначально больной старается избегать обсуждения своих переживаний;
4. продолжительность пауз в ходе речевого контакта может быть использована в качестве критерия, указывающего на близость к значимой для пациента информации;
5. низкий тембр голоса коррелирует с выраженностью депрессивной симптоматики [499];
6. интенсификация ударений в глаголах отмечалась при бредовых синдромах; при депрессиях обнаружена тенденция к растягиванию

гласных в словах; при неврозах отмечается большое число речевых ошибок;

7. диагностически значимо число стереотипных речевых оборотов: при шизофрении их среднее число не меняется; у больных неврозами возрастает в течение всего контакта, у здоровых – число стереотипов максимально к 6-7 минуте контакта.

Особо подчеркивается важность изучения невербальных аспектов речи в дифференциальной диагностике; выявлении симуляции и диссимуляции психопатологических переживаний, диагностическом процессе при отсутствии визуального контакта с пациентом (телефонная беседа) [48, 115].

1.2.6. Клинико-онтогенетический подход

Онтогенетическая психиатрия рассматривает каждый клинический случай с акцентом на возраст и индивидуальное развитие индивида. При этом, преимущественная психопатология будет определяться тем, какой из трех процессов – морфо-, это- (поведенческий) или психогенетический – ее обуславливает [222]. Под морфогенезом понимается развитие анатомо-морфологического субстрата организменных кондиций: генетика, конституция фенотипа. Этогенез – развитие поведенческих паттернов особи в фило-онтогенезе. Психогенез – развитие индивидуума в социальном окружении в историогенетическом аспекте.

Нас, в рамках настоящего исследования, интересует онтогенетическое развитие мышления и речи. Развитие – есть не что иное, как реализация, модификация и комбинирование задатков [58]. Пиаже Ж. [180] в основу периодизации развития в детском возрасте положил этапы развития мышления ребенка:

1-й период – сенсомоторный (от момента рождения до 15 мес.);

2-й период – недеятельного интеллекта (с 2 до 8 лет);

3-й период – конкретного мышления, интеллекта (9-12 лет);

4-й период – логических операций (с 13 лет и старше);

Характеризуя особенности детской речи, Пиаже Ж. указывает на ее эгоцентрический характер в отличие от социализированной речи, преобладающей у взрослых. Эгоцентрической речи характерно отсутствие «желания воздействовать на собеседника, действительно сообщить ему что-нибудь». Он выделяет три категории эго-

центрической речи: 1) повторение (эхолалия); 2) монолог; 3) монолог вдвоем или коллективный монолог. Социализированная же речь, включает следующие категории: передаваемая информация, критика, приказания, просьбы и угрозы, вопросы, ответы. Наиболее характерна эгоцентрическая речь для детей в возрасте до 6-7 лет.

Развитие речи в онтогенезе неразрывно связано с развитием моторных функций, различными каналами вербальной и невербальной стимуляции социального окружения [97, 99]. Приводим данные развития речевых навыков у детей в первые 5 лет жизни [27]:

- в 4 нед. – совершает движения телом, улыбается, когда слышит голос;
- 8 нед. – смеется при общении, прислушивается к голосу и различным звукам;
- 12 нед – произносит отдельные звуки: «аах», «игах»;
- 16 нед. – громко смеется;
- 28 нед. – произносит сочетания гласных звуков; бормочет;
- 40 нед. – произносит повторяющиеся слоги («дя – дя», «ма – ма»).
- 1 год – знает несколько слов;
- 15 мес. – речь непонятная, называет знакомые предметы (мяч), выполняет простые команды;
- 18 мес. – знает в среднем 10 слов; называет предметы, изображенные на картинах; идентифицирует одну часть тела и более;
- 2 года – составляет предложение из трех слов (подлежащее, сказуемое, дополнение);
- 30 мес. – говорит о себе местоимением «Я», знает свое полное имя;
- 36 мес. – знает свой возраст и пол; считает до трех; повторяет три цифры или фразу из шести слов;
- 48 мес. – считает до четырех, рассказывает;
- 60 мес. – называет четыре цвета; повторяет фразу из десяти слов, считает до десяти.

На структуру речи детей и ее фонетические особенности оказывают влияние три фактора: а) закономерная обусловленность проявлений ее развития; б) условия, в которых формируется речевой аппарат и в) проявление речевой социальной среды [79, 232]. Проблема дизонтогенеза речи находится на стыке педиатрии, детской психиатрии, педагогики и логопедии [156]. При этом важна своевременная диагностика задержек развития, выявление различ-

ных форм соматической и психической патологии, и, главным образом, органических поражений головного мозга [159], приводящих, в первую очередь, к нарушениям коммуникативного поведения [54]. Характер и степень нарушения последнего определяется формой речевых расстройств: алалии, дислалии, дизартрии, заикание и в т.ч. логоневрозы [25, 133, 378].

Проблема развития мышления и речи является ключевой в психогенезе личности как эволюционирование сознания и самосознания в рамках социально-культуральных воздействий [504] и позволяет углубленно изучать объективные и субъективные семантики, особенности самосознания в норме и при патологии, внутреннюю картину болезни, дифференцировать процессуальные психопатологические образования от природно-психических свойств личности, претерпевающей трансформации на всем протяжении жизни [200, 449, 482].

1.2.7. Нейрофизиологический подход

1.2.7.1. Изучение нейрофизиологических основ речевой деятельности

В процессе эволюции звуковая сигнализация трансформировалась в звуковую речь, что обусловлено параллельным процессом развития периферического аппарата звукогенерации и расширением возможности координации деятельности фонационно-артикуляционного аппарата [97, 361, 529]. Система акустической коммуникации человека состоит из нескольких взаимосвязанных компонентов [44]: звук как физическое явление, слух с его рецепторной и мозговой организацией, церебральные структуры интерпретации и организации эффекторного управляющего сигнала и поведения. Речь человека – звуки, организованные в определенные последовательности в результате координированных движений высокоспециализированного фонационно-артикуляционного аппарата. Между звуковым образом (формой) и понятием (значением) устанавливается взаимозависимость, которая организуется в процессе обучения, когда они впервые объединяются в памяти [102, 355]. В процессе обучения происходит дифференциация фонологических форм в дробные речевые единицы с четкими дискретными разли-

чительными признаками по месту их образования в речевом тракте, так и по акустическим характеристикам [175].

Каждый звук речи имеет уникальную акустическую характеристику, частотные составляющие различаются не только у разных людей, но и у одного и того же человека в разных акустических контекстах и при различных эмоциональных состояниях. Визуализировать параметры речи можно с помощью динамических спектрограмм [189, 496].

Фонация обеспечивается деятельностью голосовых связок, артикуляция – двигательной активностью ряда анатомических образований. Колебательные процессы, возникающие в результате включения источников акустических колебаний (голосовые связки, речевой тракт, область смычки – губы, ротовая полость), подвергаются управляемой фильтрации в речеобразующих органах, которые создают сложный частотный фильтр с переменными свойствами [164, 250, 336].

Мозговое распределение такой высокоспециализированной функции человека, как речь, глубоко асимметрично. Лингвистические способности определяются преимущественно левым полушарием [221]. В настоящее время не вызывает сомнения локализация трех взаимосвязанных речевых зон [185]. Это зоны, расположенные в задней височной области, нижней части центральной извилины и в дополнительной моторной коре левого полушария, и объединены внутрикорковыми связями в единое целое [358, 359]. Однако, для осуществления речевой деятельности недостаточно только внутрикорковой обработки информации. В этих процессах участвует и ряд подкорковых структур, в первую очередь таламус [44].

Изучение функциональной асимметрии мозга в отношении механизмов речи выявило следующие особенности:

- необходимость участия левого полушария в обнаружении и опознании артикулированных звуков речи, правого – в опознании интонаций, шумов, музыкальных мелодий;

- левое полушарие обеспечивает восприятие и генерацию звуков речи, правое – улучшение выделения сигнала из шума;

- правое полушарие обеспечивает понимание устной речи и письменной, левое – реализует продуцирование речи;

- правое полушарие в понимании речи ограничено конкретными именами существительными, в меньшей степени отглагольными

существительными и глаголами, ограничено в применении различных грамматических форм;

- левое полушарие является ведущим в логико-семантических операциях [19, 44, 323, 400, 401, 421].

1.2.7.2. Психоакустические аспекты изучения речи

Изучение биофизических свойств речи, акустических характеристик и их роли в передаче слушателю различных видов речевой информации имеет мультидисциплинарные интересы и приобретает особый вес при решении задач клинической медицины [416]. С точки зрения психофизики, система речевой коммуникации включает в себя следующие взаимосвязанные и взаимосогласованные звенья [165]: 1) источник речевого сигнала (процесс формирования речевого высказывания и образования речи); 2) акустический речевой сигнал; 3) приемник речевой информации (слуховой анализатор и мозг слушателя); 4) шум, всегда присутствующий в системе речевой коммуникации и оказывающий существенное влияние как на процесс восприятия речевой информации, так и на ее образование. Психофизиологический процесс восприятия речи не ограничивается слуховым анализом акустических характеристик речевого сигнала, но и простирается на анализ механизмов речеобразования, что отражено в моторной теории восприятия речи [420].

Рассмотрим наиболее значимые для восприятия акустические параметры речи. Важнейшей психоакустической характеристикой речи является ее разборчивость, т.е. степень правильности восприятия слушателем ее фонетических элементов и семантического содержания – внятность и понятность речи. При этом, весьма существенное влияние на восприятие оказывает характер речевого материала, информационная избыточность связной речи. Процесс восприятия речи не является поэлементным, а в каждый данный момент является вероятностным, опираясь на знание слушателем лингвистических закономерностей языка, приобретаемых эмпирически в процессе овладения им [165]. С этим связаны трудности автоматического распознавания речи [143, 437].

Наиважнейшей акустической характеристикой является динамика спектрального состава звука во времени. Спектром звука принято называть представление сигнала в координатах «частота – амплитуда». Голосовой источник (гортань, голосовые связки) форми-

рует звук с линейно падающей, по мере увеличения частоты, амплитудой обертонов. Резонаторная система речевого тракта (ротовая полость, глотка) обладает свойством усиливать отдельные полости частот, значение которых определяется объемом и конфигурацией ротоглоточного резонатора, что в свою очередь обусловливается характерным для каждого речевого звука положением артикуляционных органов. Максимумы акустической энергии на спектрах звуков – получившие название речевых формант (F), играют основную роль в опознании речевых звуков слуховой системой человека [238, 336]. Формантные максимумы на спектрограммах обозначаются индексами F_1 , F_2 , F_3 и т.д. в соответствии с номером форманты (нумерация ведется от самой низкой, первой форманты F_1 к высоким). Согласно акустической теории речеобразования [336], каждый речевой звук характеризуется наличием ряда формант. Однако, для эффективного узнавания звуков речи слушателем достаточно первых двух формант. Значения формантных частот не являются строго фиксированными и зависят от анатомо-физиологических, возрастных и половых различий [165, 348, 437].

Частота основного тона воспринимается на слух как высота голоса человека, а ее изменения во времени – интонация фразы. Частотой основного тона (F_0) называется наименьшая частота колебаний звука, соответствующая частоте прорывов воздуха через сомкнутые края голосовых складок в процессе фонации. Они измеряются в герцах и описываются формулой: $F_0 = 1/T_0$, где T_0 – период колебания голосовых складок. Изменения частоты основного тона во времени определяют особенности лингвистической и экстралингвистической информации: ударение, вопрос, повествование, завершенность, незавершенность высказывания, восклицание, а так же индивидуальных особенностей речи человека и эмоциональных состояний [33, 206, 248, 487, 525].

Психоакустической основой восприятия громкости речи является различие в физической силе речевых звуков. Средний уровень различий разговорной речи при измерении на расстоянии 1м колеблется от 60 до 80 дБ. Уровень звукового давления гласных в целом на 10-40 дБ больше, чем согласных. Исследование звукового потока речи по мощности показали, что разница между наиболее слабыми и наиболее сильными звуками речи составляет 47 дБ и носит название динамического диапазона речи. А разница между условным максимумом и средним уровнем – пикфактор речи. Для

разборчивости речевой сигнал должен превышать уровень средних и громких шумов примерно на 30 дБ [165]. Амплитудно-временные характеристики речи являются весьма важными в передаче экстралингвистической информации. Так, одна и та же фраза в зависимости от ее эмоциональной окраски характеризуется специфическим узором амплитудно-временных характеристик сигнала. Например, время нарастания и спада амплитуды звуков при выражении эмоции горя максимально велико, а при гневе – максимально коротко. Для выражения разных эмоций человек характерным образом видоизменяет амплитудно-временную и интонационно-спектральную структуру фразы, причем каждая из эмоций характеризуется своим набором указанных признаков. Кроме того, указанные признаки вносят определенный вклад в восприятие семантического содержания [16].

Подробные данные об исследованиях экстралингвистических характеристик приводятся нами далее, в разделе, посвященном паралингвистическому (просодическому) анализу речи.

Рядом характерных особенностей отличается восприятие говорящим собственной речи. Во-первых, речевой сигнал, генерируемый самим говорящим, достигает слухового приемника не только воздушным путем, но и непосредственно контактным, в силу чего человек слышит свой голос иначе, чем окружающие. Во-вторых, на восприятии говорящим собственного голоса основаны механизмы самоконтроля и регуляции по механизму обратной связи. В связи с этим описывается три характерных феномена, связанных с произвольной рефлекторной регуляцией.

1) Эффект Ломбарда – произвольное увеличение громкости речи под влиянием увеличения громкости окружающего звукового фона;

2) Эффект Томатиса [387] – произвольное изменение частотных характеристик тракта обратной акустической связи (при восприятии собственного голоса через головные телефоны) – происходит рефлекторная самоимитация особенностей спектра сигнала обратной акустической связи;

3) Возникновение произвольного заикания при определенном времени задержки в восприятии говорящим собственных речевых звуков (около 200 мс) через головные телефоны при интенсивности, преобладающей над интенсивностью, естественных звуков собственной речи [165].

Интересным является изучение особенностей звуковой речи в ходе диалога, в особенности, в коммуникационной системе врач (исследователь) – пациент (испытуемый) с позиций усовершенствования диагностических и терапевтических подходов [431].

1.2.8. Психологический подход к изучению особенностей мышления и речи

Изучение психологии мышления как активной познавательной деятельности и внутреннего процесса планирования и регуляции внешней деятельности чрезвычайно полезно как для диагностики психических и поведенческих расстройств, так и для понимания сущности происходящих изменений в сознании пациента [95, 208].

Джеймс У. [76] характеризовал мышление как продуктивный процесс ориентировки в новых данных опыта с помощью анализа и отвлечения. Искусство мышления он связывал с проницательностью и запасом знаний, подчеркивая важную роль ассоциативного процесса.

Кўлре О. [407], характеризуя психологию мышления, особое внимание уделяет объяснению связей между активностью выбора предмета изучения и поведением индивида. Selz О. [517] подробно классифицировал мыслительные операции как методы решения задач.

Представители ассоциативной психологии [38, 218, 249, 262] заложили основы мышления психологов как новой парадигмы теоретических и экспериментально-психологических изысканий.

Чрезвычайно важным является влияние на клиническую психиатрическую практику бихевиоризма [235, 237], основанного на позитивизме и прагматизме и рассматривающего поведение человека как набор бихевиорем, вписывающихся в формулу «стимул – реакция» [491].

Представители советской психологии [59, 142, 194] рассматривали мышление как процесс отражения объективной реальности, составляющий высшую ступень человеческого познания, возникшее в ходе исторического развития общественной практики как особая форма человеческой деятельности.

Работы, посвященные изучению психологии мышления человека в историогенезе [134] и в онтогенезе [180, 294] представлены нами в соответствующих разделах.

Характеристика психологических трудов по данной проблеме была бы неполной, без перечня работ по различным видам мышления: аутистическое [29], эмоциональное [424], визуальное [276], абстрактное и конкретное [366], творческое и критическое [375, 444], практическое [231, 257].

Особый интерес для настоящего исследования представляют работы, посвященные взаимосвязи мышления и речи, проблемам исследования внутренней речи. Выготский Л.С. [56], анализируя работы по изучению отношения между мышлением и речью в филогенетическом развитии формулирует следующие выводы.

- 1) Мышление и речь имеют различные генетические корни.
- 2) Развитие мышления и речи идет по различным линиям и независимо друг от друга.
- 3) Отношение между мышлением и речью не является сколько-нибудь постоянной величиной на всем протяжении филогенетического развития.
- 4) Антропоиды обнаруживают человекоподобный интеллект в одних отношениях (зачатки употребления орудий) и человекоподобную речь – совершенно в других (фонетика речи, эмоциональная и зачатки социальной функции речи).
- 5) Антропоиды не обнаруживают характерного для человека отношения – тесной связи между мышлением и речью.
- 6) В филогенезе мышления и речи мы можем с несомненностью констатировать доречевую фазу в развитии интеллекта и доинтеллектуальную фазу в развитии речи.

Изучая эти сопоставления, он подчеркивает, что одно развитие является не просто прямым продолжением другого, но, что изменился и сам тип развития. Речевое мышление представляет собой не природную, натуральную форму поведения, а форму общественно-историческую и, потому, отличающуюся целым рядом специфических свойств и закономерностей. «Отношение мысли к слову есть прежде всего не вещь, а процесс, это отношение есть движение от мысли к слову и обратно – от слова к мысли. Это отношение представляется в свете психологического анализа как развивающийся процесс... Мысль не выражается в слове, но совершается в слове... Всякая мысль имеет движение, течение, развертывание, одним словом, мысль выполняет какую-то функцию, какую-то работу, решает какую-то задачу. Это течение мысли совершается как внутреннее движение через целый ряд планов, как переход

мысли в слово и слова в мысль». Далее Выготский Л.С. выделяет два плана в речи: внутренняя, смысловая, семантическая и внешняя, звучащая физически, образующие сложное единство. Характеризуя внутренний план речи, он указывает, что в нем осуществляется переход от синтаксиса значений к словесному синтаксису, превращение грамматики мысли в грамматику слов, видоизменение смысловой структуры при ее воплощении в словах. Описывая особенности внутренней речи Выготский указывает на ее сходство с эгоцентрической речью и приводит следующие характеристики:

- 1) Совершенно особый синтаксис: отрывочность, фрагментарность, сокращенность;
- 2) Господство чистой предикативности;
- 3) Особый семантический строй: преобладание смысла слова над его значением во внутренней речи, объединение слов и агглютинация понятий, иные законы объединения и слияния слов.
- 4) Особенности внутренней речи находят свое воплощение при наблюдении онтогенеза речи ребенка в широком спектре экспериментально-психологических исследований [80, 214].

1.2.9. Нейропсихологический подход

Обзор литературы по проблеме нейропсихологии и ее связей как с лингвистикой, так и с клинической медициной невозможно представить без, хотя бы краткого, изложения трудов основателя советской нейропсихологии Лурии А.Р. [17, 518], развившего принципиальные установки Выготского на решение проблемы локализации психических функций и воплотившего системный нейропсихологический анализ к исследованию афазий, изучению нейропсихологических проблем памяти, связи мышления, речи и сознания [148, 149, 150, 151, 152, 153, 154].

Наиболее интересными для настоящего исследования являются работы в области нейролингвистики, воплощенные в монографии «Язык и сознание» [154]. В ней Лурия А.Р. начинает изложение материала с изучения семантики слова и развития значения слов в онтогенезе, приводит методы исследования понятий. Особое внимание уделяется изучению и объективизации «семантических полей» - «...каждое слово возбуждает целую сложную систему связей, являясь центром целой семантической сети, активизирует определенные семантические поля», которые «характеризуют важный аспект

психологической структуры слова». Отдельно Лурия останавливается на регулирующей функции речи и ее развитии в онтогенезе, которые характеризуют внутреннюю речь и ее мозговую организацию. Описывая предикативность как наиболее характерную черту внутренней речи, он указывает, что номинативная функция – указание на то, что имеется в виду или «тема» уже включена во внутреннюю речь и не придается в специальном обозначении, в отличие от «ремы» - обозначения того, что можно сказать о данной «теме», новая информация.

Характеризуя синтаксическую и семантическую структуры речевого высказывания, Лурия описывает два принципа организации словесных значений: парадигматический – “включение данного элемента в известную систему противопоставлений или в известную иерархическую систему кодов” и синтагматический – организация заключается в “плавных переходах от одного слова к другому”.

Описывая основные формы речевого высказывания: устную (диалогическую и монологическую) и письменную речь, Лурия подробно характеризует особенности речи в диалоге, что чрезвычайно интересно для клинической психиатрии. Основными ее чертами являются следующие:

- говорящий может не иметь собственного мотива высказывания;
- знание ситуации, контекста диалога, что определяет грамматический строй;
- большая роль экстралингвистических факторов;
- допущение значительной грамматической неполноты.

Мозговая организация речевой деятельности изучается в нейропсихологии и нейролингвистике методом анализа особенностей изменения психической деятельности при локальных мозговых поражениях. Эти исследования подтверждают, что речевой процесс опирается на ряд совместно работающих зон мозговой коры, каждая из которых имеет свое специфическое значение для организации речевой деятельности в целом. Так, поражение глубоких отделов мозга вызывает первичную инактивность, нарушение мотивационной основы речевого высказывания. Поражение лобных долей мозга вызывает распад сложных мотивов и программ речевого высказывания, нарушение контроля над речевой деятельностью, что приводит к эхолалии, персеверациям, побочным ассоциациям.

Поражение передних отделов речевых зон приводит к нарушению связности речевого высказывания, проявляемой воспроизведением речевых стереотипов, динамической афазией, либо «телеграфным стилем». Поражение задних отделов коры левого полушария (височные и теменно-затылочные отделы) проявляется нарушением парадигматической организации при сохраненной синтагматической: невозможность овладения фонематической системой звуковой речи и связанными с ней артикуляциями, невозможностью выделения нужных лексических компонентов или невозможностью оперирования сложными логико-грамматическими отношениями.

Также Лурией А.Р. приводится мозговая организация процессов порождения и декодирования (понимания) речевого высказывания.

Даже этот краткий перечень интересов Лурия А.Р. показывает его широкий научный кругозор на стыке психологии, нейропсихологии, психолингвистики и психосемантики. Более подробно проблемы порождения речевого высказывания будут представлены нами в разделах посвященных психолингвистическим взглядам на проблемы синтаксиса.

Проблема мозговой организации речи в норме и при патологии является одной из ведущих в современной нейропсихологии [224, 244, 358, 365, 405, 479] и приобретает все большее значение для клинических неврологии и психиатрии [122, 215, 364, 490, 506, 518]. Продолжается изучение теоретических и прикладных аспектов афазиологии [52, 106, 126, 282, 327]. Интересна в этой связи работа Вryan К. [295] о случаях посттравматической афазии у билингвальных пациентов, где отмечено более быстрое восстановление нейролингвистических функций у данной категории, по сравнению с теми, кто владел лишь одним языком. Не менее актуальными остаются проблемы мозговой локализации и латерализации порождения и восприятия речевого высказывания [45, 67, 93, 173], в т.ч. в процессе онтогенеза [1]. В психиатрической клинике широко используются нейропсихологические подходы к топической диагностике различных деменций [8, 193, 422], аффективной патологии и психотических расстройств, в частности, шизофрении [2, 34, 354, 483]. Вербенко В.А. [46, 47] описан ряд нейропсихологических синдромов в клинике шизофрении, позволяющих уточнять и группировать соотношение позитивной и дефицитарной симптоматики, наличие, локализацию и степень выраженности органических рас-

стройств, что играет большое значение для дифференцированной и обоснованной терапии. В последние два десятилетия прогресс в развитии клинической нейропсихологии связан с развитием технических параклинических диагностических методов, нейробиохимии, фармакогенетики, осуществлением комплексных подходов [478, 480]. Ряд исследований в этой области приведен нами при рассмотрении проблемы природы разорванного мышления при шизофрении.

1.3. Основные направления современной лингвистики и применение различных аспектов лингвистического анализа в психиатрической диагностике

Одним из актуальных направлений научных исследований современной клинической психиатрии является дальнейшее развитие и усовершенствование диагностического процесса, в том числе за счет использования достижений смежных дисциплин и развития междисциплинарных связей, объективизация диагностики и эффективности лечебно-реабилитационных программ [32, 55, 128, 155, 160, 161, 162, 166, 209]. Учитывая, что мышление и речь являются важнейшими источниками диагностической информации и, в то же время, является ведущим инструментом самого процесса диагностики и терапевтического воздействия, становится понятным интерес клиницистов и исследователей к изучению языкознания и применению различных аспектов лингвистического анализа. Представим основные направления современной лингвистики, а также исследования на стыке филологии, психологии, нейролингвистики, психиатрии и психотерапии.

1.3.1. Становление лингвистики как цельной науки. Историческая, антропологическая лингвистика

Предмет лингвистики определяется Ф. де Соссюром [71] как все факты речевой деятельности человека, как у первобытных народов, так и у культурных наций. Им выделены следующие задачи лингвистики:

а) описание и историческое обследование всех доступных ей языков, что ведет к составлению истории всех языковых семейств и по мере возможности к реконструкции их праязыков;

б) обнаружение факторов, постоянно и универсально действующих во всех языках, и установление тех общих законов, к которым можно свести отдельные явления в истории этих языков;

в) определение своих границ и объекта.

Ф. де Соссюр [71, 491] выделяет три последовательные фазы развития в становлении языкознания как науки. На первом этапе появилась грамматика – дисциплина, базирующаяся на логике, с целью отделения правильных форм от неправильных. Возникновение филологии знаменует второй этап и связано с работами Вольфа Ф.А. в 1777 г. Ее основная задача – устанавливать, толковать и комментировать тексты. Начало третьего периода – возникновение сравнительной грамматики, связанная с работами Боппа Ф., Гримма Я., Потта А.Ф., Куна А., Бенфея Т., Мюллера М., Курциуса Г., Шлейхера А. Сравнительный анализ языков дал начало исторической лингвистике, возникновение и развитие которой связано с научной школой Блумфилда [349]. Одним из важных элементов своей теории он считал «регулярность» звуковых изменений – регулярность фонетических изменений представляет собой универсальную черту человеческой речи, что чрезвычайно важно как для изучения языка в его историческом развитии, так и для сравнительного анализа языков разных культур.

Антропологическая лингвистика [224, 383] как область лингвистического исследования посвящена синхронному (состоянию языка в данный момент) и диахронному (изучение языка как фазы его эволюции) изучению языков, на которых говорят народы, не имеющие письменности. Соссюр справедливо называл данный раздел эволюционной лингвистикой. Воас F. [291] установил основной принцип лингвистического анализа – описание языка, исходя из его собственных моделей звуков, форм и значений, взятых в том виде, в каком эти модели выводятся индуктивно из соответствующих текстов. Sapir E. [472] подчеркивал необходимость анализа явлений языка в связи с явлениями культуры, важность изучения речи в ее социальном окружении. Лингвисты – антропологи разрабатывали классификации языков по группам родственных языков или семьям [521]. На основании вышеописанных исследований Сепиром и Уорфом сформулирован принцип лингвистической относительности [425, 522], соединяющий воедино, как речь исторически сложившихся лингвистических конструкторов, так и влияние социального речевого окружения. Одним из наиболее интересных достиже-

ний антропологической лингвистики является глоттохронология или лексикостатистика [388], изучающая степень изменений в языке и определяющая хронологию языков, восстанавливая модели внутренних отношений в пределах той или иной языковой семьи.

Становление языкознания как строгой научной дисциплины, разработка философско-гносеологических, эпистемологических и методологических проблем связана с трудами F. De Saussure [492], Bally Ch. [280], Benveniste E. [283], Bloomfield L. [290], Jakobson R. [392], Jespersen O. [394], Hjelmslev L. [382], Spang – Hanssen H. [493], Carnap R. [300], Whitfield F.J. [520]. Каждая из указанных работ заслуживает отдельного внимания, однако, это не входит в круг интересов настоящего исследования.

1.3.2. Семиотика, семантика, психосемантика

Рассматривая семиотику и семиотическую деятельность (семиозис) как отражение через репрезентацию различия обозначаемого и обозначающего [62], выделяют коммуникативную, познавательную и замещающие функции семиозиса [119, 147], которые осуществляются в форме моделирования, кодирования, схематизации или замещения. Семантика является одной из составляющих семиотики, изучающей отношение знаков к объекту, психосемантика дополняет к этому описание протекания семиозиса в сознании субъекта с выделением объективной и субъективной семантик [11, 12, 13, 14, 176, 177, 178]. Нечипоренко Н.Ф. [169], описывает речевой контекст как объективно существующее целое, состоящее из двух подсистем: семантической и формально-грамматической. Семантический аспект находит свое выражение в семантических пространствах [177] – совокупностях, определенным образом, организованных признаков, описывающих и дифференцирующих объекты (значения) некоторой содержательной области, осуществляющей взаимодействие мышления и речи в их системно-структурном многообразии [15].

Osgood Ch., Kelly U.G. [398, 445] одними из первых предприняли попытку построения семантических пространств. Опираясь на явления синестезии, они создали метод семантического дифференциала – анализ стимулов по набору градуированных оппозиционных шкал. На основе изучения корреляций шкал возможно построение семантических пространств. Метод семантического диф-

ференциала использовался для диагностики неврозов [90], исследования разномодальных текстов и субъективной семантики [14], что непосредственно применимо для анализа психопатологии как метаязыка составляющего метатекст – психическое состояние [200], исследования внутренней картины болезни [228, 257].

Внутренняя картина болезни [153] – «все то, что испытывает и переживает больной, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложного сочетания восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Современный подход учитывает психологию больного, отношение к болезни, тип переработки конфликтных ситуаций [94, 230, 242].

Изучая внутреннюю картину болезни при неврозах, Ташлыков В.А. [229] указывает, что она представляет систему психического приспособления личности к заболеванию, в основе которой лежит значимость невроза для больного («значимые» отношения по Мясищеву В.Н., «личностный смысл» по А.Н.Леонтьеву) и концептуализация им своих ощущений и переживаний в условиях взаимодействия осознаваемого и неосознаваемого уровней психики с учетом его жизненной ситуации. Им выделены депрессивный и фобический варианты, каждый из которых подразделяется на психоцентрический и соматоцентрический подтипы. В последние годы ряд авторов [100, 228] отмечают возрастание уровня соматизации внутренней картины болезни, что ухудшает прогноз и затрудняет реабилитацию больных.

Изучение внутренней картины болезни при психосоматической патологии [100, 132, 243] перспективно с точки зрения системного подхода [216], рассматривающего формирование тех или иных расстройств, отталкиваясь от соответствующих им типов личностно-средового взаимодействия и вытекающих из них типов взаимодействия с болезнью.

При изучении пациентов со склонностью к соматизации описан особый коммуникативный стиль, характеризующийся трудностями словесного обозначения эмоциональных состояний, конкретным механистическим мышлением, неспособностью различать эмоциональные и телесные состояния, затрудненной интернализацией психологических конфликтов и недостаточной способностью к эмпатии. Подобные нарушения получили название алекситимии [278, 500, 501]. Диагностика алекситимии, выработка комплексных ме-

роприятий по ее коррекции важны, поскольку наличие алекситимии препятствует становлению терапевтического союза с пациентом, затрудняет проведение реабилитации, определяет худший прогноз [31, 217, 236, 240, 260]. Разработан ряд диагностических критериев, шкала алекситимии Торонто [500], коммуникативные терапевтические подходы.

Важным для диагностики и выбора терапевтической тактики при эндогенных психозах является изучение психологических характеристик сознания и самосознания больного – их содержания, уровня, смысловых отношений с учетом динамики психопатологических расстройств [205,436].

Свердлов Л.С. [205] рассматривает при острых приступах шизофрении (гармоничный и дисгармоничный варианты) связь этапов терапевтического регресса психопатологической структуры с уровнем самосознания, основной ценностно-смысловой направленностью переживаний, ведущими способами психологической защиты, формированием критического отношения к заболеванию и внутренней картины болезни.

Чудновский В.С. [251], характеризуя изучение клинических аспектов самосознания при психических заболеваниях, подчеркивает следующие принципиальные моменты:

1. Исследованию подвергаются не только результат акта самосознания в форме завершающих самооценок и «критики к болезни», но и различные стороны самого процесса самосознания, его генез. В частности, обращается внимание на способность больного к осознанию различных параметров «образа Я» (как имеющих, так и не имеющих прямое отношение к болезненным расстройствам, в сопоставлении со способностью оценивать те же параметры «Я» других людей. Изучается также способность проецирования знаний об окружающих на себя (свойство транзитивности, по Кону И.С.).

2. Дифференцированному изучению подвергается осознание больными своего физического и психического «Я».

3. Предпочтение отдается анализу таких самооценок больными своего «Я», адекватность которых может быть проконтролирована сопоставлением с данными объективного наблюдения – клинко-психопатологического, медико-психологического, антропометрического.

При этом он предлагает ряд методик изучения самосознания в психиатрической клинике: методика «условного двойника» в трех

вариантах: «воображаемый», «конкретный», «обобщенный», методики графической самооценки.

Изучение проблем самосознания при психических расстройствах чрезвычайно важно для ресоциализации больных, психологической реабилитации [65, 66, 160, 428, 433].

Следует подчеркнуть, что исследовательские и диагностические критерии психических расстройств представляют собой верифицированные психосемантические пространства, которые в процессе установления диагноза сопоставляются с представлениями пациента о болезни в ходе изучения его структуры сознания и самосознания [254].

Совершенствование диагностики, проникновение в сущность психопатологических переживаний трудно себе представить без психоаналитического подхода к символике болезненных расстройств, изучения ее в онто- и историогенезе, в тесной связи с личностными психологическими структурами и интрапсихическими конфликтами, выявления и прослеживания мифологических конструкций в структуре симптоматики, изучения сновидений и фантазий [20, 82, 83, 171, 174, 200, 202, 203, 204, 297, 333, 341, 384, 389, 395, 434, 448, 498, 523].

1.3.3. Изучение экстралингвистических факторов речи – паралингвистика (просодика)

Язык, как непосредственное воплощение мышления, материализует процесс и результат познавательной деятельности человека и закрепляет в своей форме любой индивидуальный акт познания как социальную категорию. Исходя из фундаментального определения языка как непосредственной действительности мысли [136, 259], можно утверждать, что язык является единственным универсальным средством выражения всего процесса мышления человека: его структуры, каркаса и заполнения последнего любым понятийным содержанием [109]. Однако, это не означает, что средства выражения мышления заключаются лишь в звуковой материальной оболочке и изолированы от всех условий конкретной ситуации общения [184]. Изучение процессов вербальной передачи информации, поэтому, всегда должно опираться как на языковые, так и на неязыковые факторы (или артикулируемые и неартикулируемые знаки, по Балли).

Паралингвистика (просодика) – языковедческая дисциплина, изучающая факторы, сопровождающие речевое общение и присутствующие в передаче информации. Паралингвистика изучает различные виды невербальной коммуникации в тесной связи с речевым общением, что связано с двумя факторами:

- 1) определенной избыточностью выбора вербальных средств;
- 2) материальной конкретностью коммуникативного процесса [64, 111].

Возможная избыточность языка при полном вербальном раскрытии какого-либо содержания в естественных условиях снимается путем элиминирования чисто языковых средств и одновременного включения в коммуникацию экстралингвистических средств, подкрепляющих абсолютную однозначность полученного речевого акта, компенсирующих недостающий минимум вербальной структуры. Trager G.L. [507, 508] очертил границы паралингвистики. Сам термин предложен Хиллом А. [374]. Функциональное понимание паралингвистических средств, рассмотренных не в качестве самостоятельных семиотических, а средств сопровождающих вербальную передачу информации, предполагает строгое отграничение всех звуковых, кинетических проявлений коммуникативного поведения от тех из них, которые входят в комплекс речевого поведения и языкового общения [286, 287, 448]. Паралингвизмы служат максимальному расширению информативности речи, но их правильная интерпретация немислима вне связи с семантикой коммуникации [213]. Паралингвизмы, помимо детализации и отражения внешних обстоятельств, характеризуют и самих субъектов коммуникации. Trager J. [507, 508] рассматривает паралингвистику как эмоциональный язык, различая две его стороны: вокализацию и голосовые качества. К вокализации относятся «характеризаторы» (смех, плач, шепот, крик), «классификаторы» (высота тона) и «разрешатели» (междометия, кашель, чихание). Голосовые качества включают языковые признаки артикулируемой речи (тон, тембр).

К паралингвизмам относят свойства звуковой функции, а также мимику, жесты и другие выразительные движения. Свойства звуковой функции воплощаются в артикуляции – синтезе фонационных моментов в ходе общения. Фонация – явление в целом физическое, связанное со всеми свойствами голосового аппарата человека. Общие фонационные признаки (сила голоса, тембр, обертоны, дикция) по своей природе связаны с физиологическими особенностями

субъекта, в зависимости от его психического состояния в момент артикуляции и являются внешними показателями его. Таким образом, фонация двуслойна – она объединяет индивидуальные физические свойства артикулируемой речи во всех ее вариантах и собственно языковые фонематические свойства речепроизводства [105, 109]. Биофизические характеристики речи описаны нами в соответствующем разделе.

Одним из важнейших общефонационных признаков речи, зависящим как от амплитудно-временных характеристик, так и от динамики спектрального состава, является интонация, воплощающая в себе фонетические и грамматические функции языка, связанная и с речью, и с личностью говорящего [121, 322, 376, 410, 524]. Martin P. [430] выделял четыре основных аспекта изучения интонации: 1) акцентный; 2) интонационный; 3) экспрессивный (контролируемый); 4) аффективный (неконтролируемый). Leon P. [417] экспериментально установил акустические параметры интонаций для выражения эмоций. Например, грусть характеризуется: 1) узким мелодическим интервалом; 2) ровным мелодическим контуром; 3) медленным темпом; 4) слабой интенсивностью. Он отмечает: «число признаков, необходимых для интонационной расшифровки, увеличивается, если переходить от информации лингвистического типа к информации экспрессивного типа. В таком случае происходит переход от узкой интонационной системы (содержащей параметры высоты, длительности и интенсивности) к широкой просодической системе, включающей другие параметры в рамках паралингвистических признаков, мотивированных и условных».

Просодическая система, помимо указанных характеристик, включает в себя кинесику – дисциплину, изучающую семиотику телодвижений индивида в ходе коммуникации [288], особенности мимики и жеста.

Важность изучения экстралингвистической информации определяется, помимо указанного, рядом факторов:

- 1) экстралингвистические свойства речи являются более эволюционно древними по сравнению с лингвистическими [269, 453];
- 2) независимость экстралингвистической информации от характера лингвистической, возможность несоответствия семантики эмоционального контекста и смысла словесного высказывания, что обусловлено существованием обособленных мозговых механизмов

кодирования и декодирования этих двух видов речевой информации [513];

3) изменением экстралингвистических характеристик и их соотношений с лингвистической информацией при различных болезненных состояниях, в том числе, психических заболеваниях [446, 454].

Обобщая ряд работ [63, 64, 103, 104, 105, 109, 110, 111, 139, 165, 188] можно выделить следующие характеристики устной речи:

1. Звуковые: голос: тембр, высота, интенсивность (громкость); интонация; темп; характер, длительность и распределения пауз; характер и степень логической выдержанности; степень фонетической редукции; диалект; акцент.

2. Семантико-грамматические: характер заполнения пауз; выбор слов и конструкций; мера выразительности (потенциальная возможность выбора); мера правильности; мера организованности текста.

3. Социально-биологические: возраст; пол; социальный статус; национальность; пространственные характеристики (местоположение говорящего по отношению к слушателю, его перемещения); медицинские: состояние здоровья в целом, как физического, так и психического; состояние речевой системы и голосового аппарата (фониатрический аспект).

Наиболее полное и подробное описание характеристик устной речи и их дискурсивная транскрипция даны в работах Департамента лингвистики в Санта Барбаре [471].

Исследования паралингвистических средств коммуникации представляет интерес для психологической и психиатрической диагностики. Накоплен ряд данных по просодическим характеристикам речи в состоянии эмоционального напряжения [172, 190, 336]; при измененных состояниях сознания [219, 220], особенностям при отдельных эмоциях [63, 109, 529] и личностных чертах [139].

Результаты исследования паралингвистических особенностей речи при психических расстройствах приведены нами в разделе, посвященном этологической диагностике.

1.3.4. Психолингвистика. Функционализм. Когнитивная лингвистика

Книга «Синтаксические структуры» Chomsky N. [307] совершила своего рода революцию в лингвистике, положив начало генеративному подходу к языку. Главной идеей ее является представление о двух уровнях в языковом аппарате человека – уровне глубинной и уровне поверхностной структур, которые связаны между собой посредством трансформаций, которые могут переводить одну глубинную структуру в несколько разных поверхностных с использованием рекурсивных правил [308]. Стандартная теория Хомского была усовершенствована [441] за счет более расширенного изучения семантической интерпретации языковых единиц и лексического компонента. Эта теория основывалась на гипотезе Katz-Postal [461] о том, что трансформации никогда не меняют значения высказывания, и все, что имеет семантическую интерпретацию, должно быть представлено на уровне глубинной структуры. Ross J.R. [467] выдвинул ряд универсальных синтаксических ограничений, которые существенно сокращают порождающуюся способность трансформаций.

В дальнейшем развитие генеративной грамматики привело к созданию теории управления и связывания [309], в которой сформулированы наиболее важные из универсальных ограничений трансформаций, важнейшими из которых являются условие ускользания и условие прилегания. Newmeyer F. [441] предложил модульный подход – рассмотрение языковых явлений в рамках разных модулей, каждый из которых имеет свои принципы и взаимодействует с другими модулями в рамках теории управления и связывания. Jackendoff R.S. [391] предложил X – штрих – теорию (X – Bar – Theory), описал структуру составляющих (синтаксических групп). Lasnik H., Saito M. [415] описали α -перемещение – единственное трансформационное правило, которое, в принципе, позволяет перемещать любой элемент на любое место в предложении. Теория следов [461] заключается в том, что любое синтаксическое перемещение элемента оставляет за собой след, при этом эти следы ведут себя как логические переменные, связанные оператором, роль которого выполняет перемещающийся элемент. Haegeman L. [373] описал принцип пустой категории. Пустыми называются такие категории, которые не получают выражения на поверхностном уровне, и

они бывают трех типов. Принцип использует структурное положение пустых категорий для определения грамматичности поверхностных представленных предложений и ограничивает действие α -перемещений. Одним из главных модулей теории описан под названием Падежного фильтра; Тета-теория описывает тематические (семантические) отношения между различными синтаксическими категориями; теория связывания соотносит разные типы имен и местоимений с их антецедентами [309].

Современный этап в развитии генеративной грамматики связан с книгой Chomsky N. «Минималистская программа» [310]. Согласно минималистской программе, языковой аппарат человека состоит из двух главных подсистем: вычислительной и лексикона. Вычислительная подсистема порождает языковые выражения и подает команды системам реализации. Туда входят все выше описанные правила. Лексикон содержит всю лексическую информацию конкретного языка. Объяснительная сила принадлежит, в основном, лексикону, в котором содержатся не только слова, и фонологическая структура, тематические отношения между словами (валентности), но и все формальные признаки, влияющие на синтаксические процессы и являющиеся разными по характеру в разных языках. В минимализме выделяются две системы реализации: артикуляторно-перцептивная и концептуально-интенциональная. Эти две системы соответствуют двум интерфейсам – фонетической форме и логической форме. Минимализм отказался от глубинной и поверхностной структур и все принципы действуют исключительно на уровнях фонетической и логической форм. Например, принцип пустой категории и другие условия, ограничивающие действия правила α -перемещения, в одних языках применяются на синтаксическом уровне, т.е. явно, до озвучивания, а в других – на интерпретационном уровне логической формы, т.е. скрыто, после озвучивания. Таким образом, оказывается, что в языке не существует факультативных процессов, есть только обязательные, которые могут применяться на разных уровнях в разных языках. Эта концепция обязательности на разных уровнях находит свое выражение в системе формальных признаков: сильный признак обуславливает явное протекание процесса, слабый – скрытое.

С генеративной грамматикой тесно связана формальная семантика в основе каждой лежит принцип Фреге: синтаксические категории служат единицами семантической интерпретации, т.е. значе-

ние сложного выражения представляют собой совокупность значения его составных частей [414].

Современный период развития психолингвистики характеризуется постепенным отходом от примата лингвистической теории и углубленным изучением когнитивных процессов [343, 362]. Центральной проблемой психолингвистики является теория производства речи, изучающая два взаимосвязанных процесса – восприятие речи и производство речи как таковое, которое нагляднее всего проявляется в речевых ошибках.

Процесс восприятия речи можно подразделить на четыре разные, но взаимосвязанные между собой стадии: аудиторную, фонетическую, фонологическую и лексико-синтактико-семантическую [497].

На аудиторной стадии акустическая информация представляет собой физические акустические сигналы со всеми характеристиками, описанными нами ранее. На фонетической стадии происходит отождествление акустических сигналов с конкретными звуками языка. В процессе восприятия речи используется как контекстно зависимая (наличие других звуков), так и контекстно независимая информация. Главное свойство, определяющее процесс восприятия речи, заключается в его категориальном характере, при этом процессор хорошо различает разные категории и плохо – элементы. На фонологической стадии осуществляется сведение фонетических единиц в фонологические, присущие данному языку. При этом несмыслоразличительные признаки игнорируются. На стадии лексического, синтаксического и семантического восприятия речи подключаются такие компоненты процессора, как знание структуры слова, предложения и дискурса, а также общие прагматические соображения. Процесс восприятия на этой стадии происходит как сверху вниз, так и снизу вверх с использованием эффекта фонемной реставрации [514].

Интересным, с точки зрения отражения правил речепроизводства, является изучение речевых ошибок. Главными типами речевых ошибок являются паузы и колебания, исправления, повторы и замещения, оговорки [363]. Fromkin V. [351] предложила разделить оговорки на четыре типа – подстановка, перестановка, опущение и добавление.

Главными проблемами в понимании языка являются объяснения осуществления лексического доступа к словарной статье в мен-

тальном лексиконе и как происходит опознавание слова. Morton J. [440] предложил логогенную модель опознания слова – каждое слово хранится в ментальном лексиконе как логоген, включающий в себя фонологическую, семантическую информацию о слове и его морфологические характеристики. Морфологическая организация ментального лексикона подтверждается гипотезой сателлитового устройства ментального лексикона [337].

Синтаксический анализ предложения в процессе понимания представляет собой процесс определения синтаксической структуры предложения, исходя из представления в виде дерева непосредственных составляющих или фразового дерева (*phrase – marker*) [347]. Главным вопросом в процессе синтаксического анализа является изучение характера аналитических операций, применяемых процессором в области многозначности. Многочисленные модели синтаксического анализа можно разделить на три основных типа: 1) последовательный анализ; 2) параллельный анализ и 3) анализ при помощи отсрочки. Перечислим некоторые из них.

Модель заблуждения [345] основана на принципах минимального присоединения и закрытия (позднего) в двухступенчатой модели: на первом этапе терминальные и фразовые символы приписываются частям предложения по шесть единиц в каждой части, а на втором этапе шестиэлементные фразовые упаковки связываются друг с другом в цельное синтаксическое представление предложения. Frazier L., Rauner K. [346] ввели в эту теорию компонент коррективы. Inoue A., Fodor J.D. [390] разработали модель реагирования флажкового последовательного процессора.

Другими важными направлениями являются: описание и анализ предложений с грамматическими зависимостями на расстоянии [325]; гипотеза о тематическом процессоре как основе компонента коррективы [338]; теория принципов и параметров в рамках синтаксической теории управления и связывания [463, 464]; модель главного слова [462]; модель структурного детерминизма [368].

Центральной задачей последних лет является разработка принципов Универсальной грамматики и конкретно-языковых параметров на материале разных языков [279, 325].

Не оставлены психолингвистикой без внимания и проблемы усвоения родного языка в онтогенезе [211, 451], а также усвоения иностранного языка взрослыми [137, 519].

Солидной альтернативой генеративной грамматики является функциональные и когнитивные подходы, приобретающие доминирующую роль в последние два десятилетия. Основным принципом функционализма является объяснение языковой формы ее функциями. Основными характеристиками функционализма являются следующие:

- 1) типологическая ориентированность исследований;
- 2) эмпиризм;
- 3) использование количественных методов;
- 4) междисциплинарность интересов [96].

Van Valin R.D. [510] – создатель теории референциально-речевой грамматики, уделяет особое внимание исследованию грамматики как пересечения и связывания синтаксического уровня с семантикой. Nichols J. [442] описала морфологическую маркированность синтаксических отношений между двумя составляющими на примере разных языков. Bybee J.L. [298] подошла к теории морфологии с позиции синхронии и диахронии.

Интересны подходы к изучению дискурса как структуры. Теория риторической структуры [426, 427] описывает единицы дискурса и их связи – риторические отношения, которые можно представлять в виде сетей-графов. Родоначальник дискурсивно-ориентированного подхода к синтаксису Givón N. [360] одним из первых предпринял попытку создания глобальной функционалистской альтернативы генеративному синтаксису. Базовой идеей концепции Гивона является положение о том, что грамматика – это набор инструкций по ментальной обработке дискурса, которые говорящий дает слушающему, т.е. грамматика подчинена коммуникативным процессам. Важную роль в его исследованиях играет тезис об иконичности языковой структуры и количественные измерения дискурса.

Интересны работы Chafe W. [303], посвященные исследованию языка и сознания. Определяющими в его методологии являются две идеи: 1) декларирование права исследователя опираться на интроспекцию как на законный источник информации о когнитивных процессах, и 2) приоритет естественных данных. Чейф исследует две основные проблемы: 1) объяснение языковых явлений на основе процессов, происходящих в сознании, и 2) сопоставление устного и письменного языка. Главное понятие структуры дискурса, по

Чейфу, - интонационная единица, т.е. квант дискурса, соответствующий одному фокусу сознания.

Tomlin R. [505] предложил переинтерпретацию ряда понятий в когнитивных терминах, большое внимание уделяя процессам памяти и внимания, предложив изощренную экспериментальную методику, в которой подтверждается влияние грамматических категорий на дефиницию запоминания [329].

Интересными для клинической практики являются работы, в которых объединяются лингвистический анализ и «Анализ бытового диалога» или «конверсационный анализ» [443].

Когнитивная лингвистика исходит из положений о том, что язык является неотъемлемой частью познания и отражает взаимодействие между психологическими, коммуникативными, функциональными и культурными факторами [311].

Многочисленные попытки установить связи между различными аспектами мышления и элементами языковой организации вылились в ряд исследовательских моделей по психосемантике, берут свое начало в трудах представителей генеративной грамматики и развиваются в новое направление. Анализ Мара исходит из трехуровневой организации информационных действующих систем. Абстрактный, репрезентативный и инструментальный уровни преобразуют и формируют информацию. В системе трансформационной грамматики психосемантические модели исследования в зависимости от опорной системы делятся на три группы: 1) модели, ориентированные на символические системы; 2) модели, учитывающие системы связей; 3) гибридная модель [301]. Исследование семантики текста выражено в моделях Жолковского А.К. и Мельчук И.А. «Смысл = Текст», подходе с точки зрения лексической двойственности решений; 4) подходе, выделяющем артикуляционно-фонологически замкнутые системы, которые являются источником и резервом первоочередного анализа смысловых полей. Работы по дискурсивному анализу, занимающиеся изучением связей текста и его понимания, описывают два подхода: уже описанный нами ранее – минималистский [311] и конструктивистский [461], к которым Carpenter предлагает добавить интегративную модель [301].

Когнитивный подход дополняет изучение семантики рядом интересных работ. Это – тезис о воплощенности значения [396], концептуальная теория метафоры [411], теория когнитивной грамматики [412], грамматика конструкций [339, 363].

Перспективным является использование в медицинских целях психолингвистических показателей: коэффициента Трейгера (индекс Шлиссмана) – отношение глаголов к прилагательным в единице текста и характеризующим соотношением созерцательности и склонности к практической деятельности у конкретного индивида в данный момент, характеризует эмоциональную устойчивость [63, 220]. Ertel S. [334, 335] предложил для исследований в психиатрической клинике коэффициент догматизма. Исследуя высказывания политических лидеров и исторических деятелей он выделял два стиля мышления: А–стиль – насыщенный прегнантными выражениями типа «должен», «всегда», «везде», «непременно» и т.п.; Б–стиль с низким уровнем прегнантности. Коэффициент отражает прегнантность когнитивной активности и оказался чувствительным к некоторым эффектам, например, к аплодисментам и аффективным реакциям. Он повышался по мере возрастания тревоги с агрессией, страха, но также связан с положительными эмоциями (эйфория, любовь и триумф).

В последние десятилетия психолингвистические исследования находят широкое применение в психологической клинической практике [357, 385, 423, 447], в изучении коммуникации больных с атрофическими деменциями и психозами позднего возраста [466]; проблем афазий [327]; выявления особенностей тематических модификаций в системе врач-пациент [272]; при аффективной патологии [317], изучении антропологии и транскультуральной лингвистической типологии применительно к эволюционной медицине [140, 302, 370, 468].

1.3.5. Прагматика. Прагмасемантика. Речевые действия

Современный прагматический подход к анализу коммуникации отмечает отражение в нем отношения говорящего к действительности, к содержанию сообщения и к адресату [10, 170, 318, 419]. Современную прагмасемантику невозможно представить без учета аналитических парадигм философского анализа текста: классического структурализма и постструктурализма [59, 146], аналитической философии обыденного языка [528], модальной логики и «философии текста» [195]. Ряд фундаментальных утверждений этих направлений, важных для анализа речевого сообщения как текста, выглядят следующим образом [196]:

- все элементы текста взаимосвязаны;
- связь между элементами текста как системы носит трансуровневый характер и проявляет себя в виде повторяющихся единиц разных уровней (мотивов);
 - в тексте нет ничего случайного, за каждым поверхностным и единичным проявлением лежат глубинные и универсальные проявления, носящие мифологический характер [352];
 - значение каждого элемента определяется контекстом его употребления. Текст не описывает мир, а вступает с ним в сложные взаимоотношения;
 - то, что не существует в одном тексте, может существовать в других [125, 381].

Язык не только описывает внешний мир, но и активно на него воздействует, вступая в сложные взаимодействия, отражая и формируя действительность [277]. Теория речевых актов [484, 485] рассматривает речевой акт как основную единицу общения, а все высказывания как перформативные – т.е., являющиеся выражением и осуществлением действий. При этом структура речевого акта включает в себя иллокуцию – цель говорящего; локуцию – произнесение; перлокуцию – результат воздействия речи на слушающего [277]. Searle J. [486] описывает и классифицирует основные типы речевых актов:

- ассертивы: утверждения, сообщения, уведомления, положения;
- директивы: приказы, просьбы, требования, запреты, разрешения, советы, рекомендации, вопросы;
- коммисивы: обязательства, обещания, уверения, гарантии, клятвы, угрозы, обеты;
- декларативы: назначение на должность, объявление, открытие и закрытие чего-либо, снятие с должности, решение;
- экспрессивы – благодарности, извинения, соболезнования, поздравления, жалобы, похвалы.

Кроме того, в диалоговой конструкции важно выделить грамматические переменные – это установление говорящего, места, времени и универсума общения [75]. Важным для диагностики и психотерапевтической практики является иллокутивно-перлокутивное соответствие, т.е. соответствие эффекта речевого действия ожиданиям говорящего. Среди средств, способствующих приближению перлокуции к ожидаемой выделяют [75] следующие:

- усиление искренности;
- высокое употребление глаголов, подчеркивающих интенсивность иллюзии;
- вежливость.

Современное развитие прагматики находится на позиции переосмотра и ревизии ряда спорных и устаревших положений [344] и углубленного изучения следующих моментов:

- рассмотрение семантических фигур как элементов компетенции носителей языка, служащих для разнообразных сдвигов, расширений и сужений буквального значения;
- проверка синтаксических моделей на предмет их влияния на чередование реплик и на связность диалога, демонстрация влияния синтаксических фигур на уровень «содержания» и на уровень организации диалога и речевого общения вообще.

Современная прагматика занимается изучением структуры и семантики текста, взаимоотношениями языка и речи в ходе коммуникации [43, 234], с учетом позиции говорящего и слушающего [53, 271], в т.ч. в аспекте эволюции языка, сознания, текста и культуры [89]; разработкой коммуникативной грамматики [88] и непосредственным применением в психологии и медицине: исследование мотивных текстов [144], изучение коммуникативных моделей в системе «врач – больной», в т.ч. с разработкой компьютерных программ [75, 367]. Наибольшую ценность прагма-семантические исследования в коммуникативной парадигме представляют для практики консультирования и психотерапии [3]. Ярким примером тому являются эриксоновский подход к индуцированию и использованию гипнотического транса [259] и нейролингвистическое программирование [40], тщательно изучающие речевые стратегии и особенности структуры речи как для диагностики, приближения к пониманию сущности проблемы пациента (клиента), так и для оказания наиболее эффективного терапевтического вмешательства. Так, они выделяют три типа рассогласований в структуре речи пациента, которые могут служить для изучения глубинных проблем личности: вычеркивание, искажение и сврехобобщение. Помимо прочего, в нейролингвистическом программировании большую роль уделяют изучению особенностей синтаксических конструкций и их влиянию на смысл сообщения, воспринимаемый слушателем.

Весьма перспективным нам представляется применение коммуникативной грамматики в комплексной диагностике и диффе-

ренциальной диагностике эндогенных и эндогенно-органических психических расстройств [77, 78].

1.3.6. Синтаксис

Лакан Ж. [130, 131] подчеркивал, что речь сообщает действиям индивида смысл, а конкретный дискурс, как поле трансиндивидуальной реальности субъекта и отражение интерсубъективного времени, «даже ничего не сообщая, демонстрирует существование коммуникации; даже отрицая очевидность, он утверждает, что слово конструирует истину, даже имея целью обман, он играет на вере в свидетельство... Форма, в которой изъясняется язык, сама по себе служит определением субъективности». Изучение этой формы невозможно без исследования синтаксиса в рамках структурно-семантического подхода, опирающегося на следующие основные положения [42, 101, 179, 261]:

1. Язык, мышление и бытие (объективная действительность) взаимосвязаны и взаимообусловлены.

2. Язык – это историческое явление, постоянно развивающееся и совершенствующееся.

3. Язык и речь взаимосвязаны и взаимообусловлены, поэтому принципиально важен функциональный подход к изучению синтаксических единиц – анализ их функционирования в речи.

4. Категории языка организуют диалектическое единство формы и содержания (структуры и семантики).

5. Языковой строй представляет собой систему в многоуровневой структуре языка.

6. Синтаксические единицы многоаспектны.

7. Свойства синтаксических единиц проявляются в синтаксических связях и отношениях.

8. Многие языковые и речевые синтаксические явления синкретичны.

Синтаксис, применительно к речи, изучает, в первую очередь, синтаксические единицы (словосочетание, предложение: простое и сложное синтаксическое целое), основные виды синтаксических связей (сочинение и подчинение) и синтаксические отношения [18, 60, 258]. Синтаксические отношения определяются предикативностью – специфической характеристикой отношений между компонентами предложений, указывающей на степень соотношения со-

держания предложения к действительности. Выделяют предикативные отношения характерные для грамматической основы предложения (подлежащее и сказуемое) и непредикативные: сочинительные и подчинительные (атрибутивные, объективные и обстоятельственные). Средства синтаксической связи служат для построения синтаксических единиц и оформления синтаксических связей и отношений (словоформы, служебные слова, типизированные лексические элементы, интонация, порядок слов: прямой или инверсированный).

Особый интерес для клиники психических заболеваний представляет онтогенетический и исторический взгляд на формирование и становление синтаксиса как синтагматической системы отношений слов [369, 403, 516, 517]. Детская речь синтаксически характеризуется эгоцентричностью, высокой предикативностью и свернутой структурой. В ней осуществляется постепенный переход от внутренней речи, с ее свернутой структурой, сокращенностью и грамматической аморфностью, к разговорной речи, характерной для взрослого человека [87, 152, 154].

Интересными для клинической практики в свете изучения исторического синтаксиса [145] является исследование лингвистики измененных состояний сознания [129]. Спивак Л.Д. [219, 220] отмечает при этих состояниях признаки более исторически и онтогенетически раннего синтаксиса, т.е. регресс синтаксиса (речи и мышления, соответственно). К ним он относит неглагольный предикатив с дативом, однородные члены предложения, часто архаичного облика, тяготеющие к переходу в номинативные односоставные предложения; вне простого предложения преобладает бессоюзная связь (нерасчлененные и обусловленные сложные предложения), специфичность общей ориентации текста.

Одной из центральных проблем лингвистики является изучение уровней и механизмов синтаксиса, частично затронутая нами в разделе 1.3.4. Остановимся несколько подробнее на описании работ, посвященных описанию уровней синтаксической организации в связи с изучением механизмов порождения речи.

Представители «Пражского лингвистического кружка» [324, 340] выработали представление о трехуровневой организации синтаксиса: 1) уровень функциональной перспективы предложения; 2) семантической структуры предложения; 3) грамматической структуры предложения. Первый уровень позволяет реализовать комму-

никативные стратегии говорящего, актуальное членение; второй – обеспечивает передачу внешнеситуационных «ролей» и отношений участников ситуации; третий – фиксирует синтаксические отношения.

Отечественная психологическая школа опиралась на следующие принципы при создании схемы речепроизводства [28, 57, 86]:

1) от общего – к частному, от недифференцированного – к четко дифференцированному;

2) правило параллельного, а не последовательного включения всех уровней, хотя внутри каждого уровня идет последовательное временное представление («поле готовности», «ждущая развертка» создаются одновременно везде);

3) принцип сопряженности уровней, когда звенья одного уровня являются компонентом другого;

4) принцип нахождения конечного соответствия (обратной связи).

Обобщенно модель речепорождения можно представить следующим образом [84, 86, 141]: в начале построения высказывания лежит мотив, порождающий речевую интенцию. На этом этапе говорящий имеет Образ результата, но не имеет Плана действия [435]. Следующий этап – этап внутреннего программирования, имеющий две фазы: смыслообразующую – образование и развертывание общего замысла говорящего и формирование замысла посредством языка. На следующем этапе, вместе с выбором слов происходит временная лексико-грамматическая развертка, которая активирует артикуляционную программу, реализующуюся в моторных актах при контроле по признаку обратной связи.

Обобщенный механизм порождения речи и уровни синтаксиса существующий в школе советской нейролингвистики, полученный, в том числе, на основании данных афазиологии, можно представить следующим образом [17, 138, 149, 246, 247]:

- первый уровень – внутренняя смысловая программа высказывания, где осуществляется смысловое синтаксирование и выбор смыслов во внутренней речи;

- второй – семантическая структура предложения, где осуществляется семантическое синтаксирование и выбор языковых значений слов;

- третий – лексико-грамматическая структура предложения, где происходит грамматическое структурирование и выбор слов по форме (лексем);

- четвертый – моторная программа синтагмы: моторное (кинетическое) программирование и выбор артикулем.

А теперь кратко остановимся на наиболее известных зарубежных работах по данной проблеме. Clark H.H. и Clark E.V. [313], отвечая на вопрос, как планируется и организуется речь, выделяют четыре вида программ: 1) план высказывания (дискурса); 2) план предложения; 3) план «составляющих» поверхностной структуры; 4) программа артикуляции. Планирование предложения, всех его деталей не идет одномоментно, все сразу; говорящий планирует синтаксический костяк и осуществляет лексико-семантический выбор.

Garret M.F. [356] создал теорию, в которой воплощены результаты теоретических и экспериментальных изысканий, патологии речи, психолингвистических исследований. Модель Гаррета пяти-уровневая, переходы с уровня на уровень осуществляются с помощью «фрейм + слот» механизма. Уровень сообщений – существующий в реальном времени конструкт, представляющий коммуникативное намерение говорящего и основывающийся на перцептивном и аффективном состоянии и его знании о мире. Следующий макроуровень – уровень предложений, состоящий из двух подуровней: функционального – мультифразового планирования и позиционного – планирование одной фразы-синтагмы. На функциональном уровне происходит: 1) выбор структур; 2) поиск лексических единиц по значению; 3) приписывание их функциональным структурам. На позиционном уровне осуществляется: 1) построение фразовых фреймов; 2) поиск лексических единиц по форме; 3) приписывание их слотам фразового фрейма; 4) приписывание элементов фрейма позициям в образованной терминальной цепочке.

Следующий уровень – фонетический – определяется детальная фонетическая структура высказывания. На артикуляторном уровне происходит перекодирование матрицы различных признаков фонетического уровня в «моторные команды».

Одним из популярных подходов к решению проблемы построения моделей синтаксиса является «диалоговый» [273, 275, 326]. Диалоговые модели [281, 292] направлены на моделирование гибкого самонастраивающегося механизма, допускающего конку-

ренцию различных стратегий, автоматического и контролируемого модусов работы, конструктивный «диалогизм» различных компонентов внутри системы речепорождения.

Как видно из приведенных обзоров моделей синтаксиса присутствует немало общих принципиально важных совпадений в подходах отечественной школы нейролингвистики и зарубежных исследователей, взращенных на почве генеративной лингвистики. За рубежом исследователям синтаксиса также присущ пристальный интерес к изучению речи при различных патологических состояниях органического генеза и, в первую очередь, при афазиях [263, 284, 404].

Следует особо отметить взгляд Спивака Д.Л. [219, 220] на структуру синтаксиса, сформировавшуюся на основании изучения речи при измененных состояниях сознания, и принципиально отличную от структур, полученных по данным изучения афазий. Признавая членение языкового механизма на парадигматическую и синтагматическую организацию, он считает их соотнесенными не по горизонтали, а по вертикали. По его мнению, глубинные уровни – парадигматические, поверхностные – синтагматические, между собой они связаны глагольным управлением.

Лингвистические принципы организации синтаксических структур, как наиболее универсальные, пытаются применять для построения моделей биологических структур. Так, в работе Cools A. [316] предложена оригинальная модель функционирования моторики человека, в основе которой лежит рассмотрение моторики как «языка тела», «синтаксис» которого основан на многоуровневой организации специфических единиц выражения. Как и в вербальном языке, единицы моторного языка различаются не только количественно, но и качественно. Моторный «словарь» содержит 6 уровней, с постепенным возрастанием степени сложности: I – моторные элементы (функциональные объединения группы мышц); II – моторные контексты (функциональные объединения групп мышц, обслуживающие разные части конечности); III – моторные комплексы (синергии между разными частями тела); IV – моторные паттерны, обеспечивающие взаимоотношения тела и его окружения; V – поведенческие элементы (динамическая связь с окружающим миром); VI – поведенческие стратегии (изменение поведения при меняющихся условиях среды).

Изучение структуры речи в клинике психических расстройств и, в частности при шизофрении, вызывало всегда пристальный интерес у специалистов [30, 197, 212, 255, 305, 342, 397, 511].

Особым интересом пользуется изучение разорванности мышления при шизофрении. В этой связи хотелось бы отдельно выделить блестящую, не утратившую актуальности, работу Случевского Ф.И. [212], в которой проведен семантико-синтаксический анализ речи при атактическом мышлении и шизофазии. Автор исследует и дифференцирует эти две формы расстройств мышления по следующим признакам: соответствие речевой активности поведению; грамматическая и синтаксическая сохранность и виды их нарушений, изучение смысла и предмета речи, тематика и ее связь с личностью и ситуацией общения; выделение расстройств механизмов словообразования (парафазии, дисфразии, дислексии, диспрозодии); интегративность речи и мышления; логико-семантическая структура высказывания; соответствие речи, мышления и поведения; временная динамика расстройств, их связь с клинической картиной и изменениями личности; характер взаимоотношений эмоциональной и семантической составляющих в речи; прагматические характеристики речи; морфологические особенности речи и характер ассоциаций.

Обзор других работ по изучению синтаксиса в клинике шизофрении приведен нами выше (см. p.1.2.1.).

1.3.7. Психотерапия, психоанализ и лингвистика

Невозможно переоценить роль лингвистики и изучения речи в психотерапии и психоаналитической практике, в которых процессы коммуникации являются не только одним из важнейших источников информации для составления диагностических суждений, но и главным терапевтическим орудием. Платонов К.И. [181] отмечал огромное значение слова как лечебного фактора не только в суггестивной работе и в психотерапии в целом, но и при любом общении врача с пациентом. Интерес к структурно-семантическому изучению суггестивных техник и, в первую очередь, вербальной индукции гипнотического транса, дал инициацию к развитию психоанализа [256]. Психоанализу, начиная с работ Фрейда З., свойственен интерес к изучению взаимосвязей сознания, языка и речи, а также выражение в них личностных конструктов. Описывая психопатоло-

гию ошибочных действий, Фрейд З. [239] уделяет тщательное внимание изучению речевых ошибок, оговорок, демонстрируя тем самым проявление скрытых и вытесняемых мотивов в, своего рода, глубинной синтаксической структуре. При этом, само собой, возникают параллели с работами структурных грамматиков по изучению речевых ошибок в рамках построения структуры речепорождения. Подчеркнем при этом, что работа Фрейда вышла на 70 лет раньше (в 1901 г.). Продолжение семантико-синтаксических исследований речи нашло свое воплощение в блестящей работе Фрейда З. [240] «Остроумие и его отношение к бессознательному». В данной работе оригинально и глубоко представлено Фрейдовское понимание природы остроумия, описан его психогенез, виды, лингвистические механизмы. Ну, и конечно, нельзя не упомянуть фундаментальный труд «Толкование сновидений» [241], вышедший в 1900 г. и поднявший на недостижимую высоту исследование сознания в свете структурной семиотики.

Аналитическая психология Юнга К.Г. [264, 265, 266, 267] представляет собой, на наш взгляд, наиболее глубокую, авторитетную и значимую для психоаналитической клинической практики парадигму, поскольку органично сочетает в себе философский, феноменологический, антропологический и семиотический подходы. Исследование архетипов и миров, символики и структуры сознания позволяет проникнуть в сущность психопатологических переживаний, понимать, почему возникают те или иные переживания в структуре болезненных расстройств конкретного индивида [200, 203, 204].

Структурный психоанализ Lacan J. [408, 409] опирается на концепцию «бессознательного, структурированного как язык, в которой «бессознательное есть та часть конкретного трансиндивидуального дискурса, который не хватает субъекту для восстановления непрерывности своего сознательного дискурса». Таким образом, в основу представления о структуре сознания была положена лингвистическая модель. Опираясь на лакановский подход, Калина Н.Ф. [91] предложила структурно-семантический подход к анализу дискурсивных практик в психотерапии. При этом дискурс рассматривается как объект, с которым сталкивается исследователь, открывающий следы субъекта речи и языка и как способ языкового конструирования субъекта, репрезентант его внутреннего опыта. В ходе анализа чрезвычайно важно изучать так же и дискурс терапевта;

взаимомодифицирующие влияния этих двух дискурсов в процессе психотерапевтического диалога [377, 379].

Все современные направления психотерапии, независимо от методологии и терапевтических стратегий едины в одном – пристальном внимании к процессу становления личности, динамике ее изменений в направлении самоактуализации [191], индикатором которых является динамика когнитивных структур субъекта, воплощенная в дискурсе.

Представители нейролингвистической психотерапии предприняли попытку объединить в одной парадигме нейрофизиологические особенности и характеристики когнитивных структур, выражающиеся в ходе речевой коммуникации. При всей спекулятивности положений теории с позиций нейропсихологии и нейролингвистики, несомненным достоинством данного направления является структурно-синтаксический анализ речевой коммуникации, использование метафор [39].

Завершая описание работ по применению различных аспектов лингвистического анализа в клинических интересах, хотелось бы подчеркнуть, что каждое из представленных направлений заслуживает отдельной монографии и представлено нами лишь в общих чертах, позволяющих раскрыть логику междисциплинарных связей, в том числе потенциальных, и основные тенденции соприкосновения биологических и лингвистических исследований. Большое количество работ в этой области представляют собой разрозненные частные случаи, но, в то же время, создают предпосылки для объединения медико-биологической и лингвистической методологии в данных новой научной парадигмы. Изучение речи в норме и при патологии, в том числе, с позиции разработки новых диагностических подходов, требует краткого освещения гносеологических проблем этого процесса.

1.4. Философские, гносеологические и методологические проблемы психиатрической диагностики

В современной теории медицины объектом ее изучения является патологический процесс, наблюдающийся у конкретного больного человека, имеющего свою филогенетическую и онтогенетическую историю и находящегося в конкретных связях с окружающей его природной и социальной средой [70]. Таким образом, человек

как объект психиатрии может быть рассмотрен как диалектическое единство двух подструктур – организменной (биологической) и личностной (социальной). Болезнь представляет собой процесс превращения нормального состояния в патологическое, связанный с реактивно-детерминированными изменениями оптимальной меры компенсаторно-приспособительной саморегуляции живых систем или с экстремальностью внешних воздействий [4, 22, 223].

Диагностический процесс в психиатрии представляет собой одну из форм познания истины и включает в себя два основных его элемента: чувственное (ощущения, восприятия и представления) и рациональное (мышление в многообразных формах: понятиях, суждениях, умозаклчениях, гипотезах, теориях). Процесс обследования больного, выявление и анализ симптомов его заболевания, причин его возникновения составляет первый этап отражения объективной реальности – чувственное познание. На втором его этапе (рациональном) с помощью абстрактно-логического мышления делаются соответствующие умозаклчения, правильность которых проверяется на практике, в частности, эффективностью применяемых лечебных и реабилитационных мероприятий. Мышление как процесс отражения объективной действительности, составляющий высокую ступень человеческого познания, дает знание о ее существенных свойствах, связях и отношениях, осуществляет в процессе познания переход от явления к сущности [24, 50, 118].

С позиций методологии, клиническое мышление должно отвечать следующим требованиям [41, 183]: творческий подход и индивидуализированность; целенаправленность; концентрированность; гибкость; объективность; самостоятельность; опора на законы формальной логики; диалектический подход; диалектическое единство диагностического и лечебного процессов.

Процесс диагностики совершается в процессе диалогового общения с больным и воплощает в себе связь общения с познавательной деятельностью как индивидуальным, процессуальным, непрерывным и динамичным процессом [112], который может быть рассмотрен в субъект-субъектной парадигме с референтно-детерминированной точки зрения [51].

Особенности развития современной науки являются: усиливающаяся тенденция к теоретизации, политеоретичность и синтетические тенденции, что, в первую очередь, относятся к медико-биологическим наукам. Политеоретичность как общегносеологиче-

ский феномен – это такой тип структуры знания, который формируется при многомерном, многоаспектном видении объекта, аналитически отражает многокачественность, проявляющуюся в том, что каждый объект и соответственно каждая вещь в различных системах связей выступает в различных качествах. Поскольку качества выражаются через интегрированное единство определенных свойств объектов, а направленность знания на отражение сущности объекта предполагает выражение ее через интегрированное единство качеств (многокачественность), поскольку политеоретическая тенденция развития знания органично связана с его синтетической тенденцией [120,186]. Механизм отражения в теоретических абстракциях многокачественности объекта посредством политеоретического, в своей основе, знания состоит в мысленном расчленении многостороннего, многоуровневого объекта на соответствующие стороны, свойства, уровни (качества), которые в целостном объекте существуют в неразрывном единстве, хотя и могут находиться в относительно обособленном друг от друга состоянии, а также, состоит в выделении в процессе познавательной деятельности существенных и неразделимых в реальности аспектов бытия, соответствующих включенности объекта в различные системы связей и отношений. При этом происходит взаимодействие самых разных фрагментов всего многообразия методов в рамках одно-, двух-, или трехмерного континуума частных методов отдельных наук. В составе этого континуума методы отдельных наук и методы, не имевшие первоначальной «привязки» к определенным дисциплинам, вступают в различные сочетания и комбинации, а нередко переходят в методы, противоположные [168, 186]. Обращение наук к новым для них объектам познания с использованием новых комбинаций отдельных методов и подходов, проверяемых временем и практикой, позволяет выдвигать новые научные парадигмы, которые служат не только многоаспектному и глубокому изучению объекта исследования, но и обогащает каждый из подходов [26, 35, 293, 459]. В качестве такого многоуровневого и многоаспектного объекта, нуждающегося в новом континууме методологических подходов, синтезе данных разных наук, в настоящем исследовании мы представляем речь человека. А комбинация вышеописанных методов как медико-биологических, так и лингвистических позволит приблизиться к созданию нового парадигматического подхода.

В этой связи нам представляется целесообразным рассмотреть логико-диалектический подход к соотношению теории и метода, а также систему выражения структуры теории и ее функционирования. Под методом понимается использование знаний о законах для продуцирования нового знания, методология – вся структура методов для познания определенного объекта природы, ориентированная на объект и деятельность. Теория решает вопрос о том, что необходимо выяснить и каким образом решать данную проблему [92, 406]. Система высказываний, выражающая структуру теории, как правило включает в себя многие языки, которые в зависимости от степени абстрагирования можно разделить на 4 уровня:

- «первый уровень» - естественные языки общения, исторически сложившиеся в определенном языковом сообществе;
- «второй уровень» - профессиональная (специальная) лексика;
- «третий уровень» - «полуформализованные языки», в основе которых остается разговорный язык;
- «четвертый уровень» - формальные языки, специально созданные для нужд познания.

Всякая теория наилучшим образом может быть изложена языковыми средствами первого и второго уровней.

Источники развития методов выступают и истоками развития теории. При этом преодоление методических границ требует помимо «личной творческой интуиции» ученых, диалектического анализа взаимосвязи эмпирического, теоретического и практического процессов [254].

Проверка верности теории подразумевает ее описание и подтверждение математическими методами. При этом математические методы, математический аппарат описания должны соответствовать реальной сложности описываемого объекта. Метод исследования должен быть адекватным природе изучаемого объекта [192].

1.5. Диагностика речевого поведения в психиатрии: предпосылки к разработке новой клинической дисциплины – клинической лингвистики

Речь является уникальным человеческим феноменом, позволяющим репрезентировать в форме звуковых вербальных символов все виды символов внешнего объективного и внутреннего субъективного миров, а также сложные взаимоотношения между ними.

Речь – явление эволюционное, и ее становление и высокая специфичность стали возможны благодаря филогенетическому развитию головного мозга человека (соответственно, всей совокупности когнитивных процессов); дифференцированной специализации голосового (фонационно-артикуляционного) аппарата; становлению церебральной системы управления речевыми процессами по принципу биологической обратной связи; установлению, закреплению взаимозависимостей между звуковыми образами (формой) и понятиями (значением, содержанием) и их объединению и сохранению в памяти. При этом, под развитием головного мозга, понимается, помимо всего прочего, в первую очередь, становление высококодифференцированных процессов мышления и формирование связанных с ним церебральных механизмов речепорождения и речевосприятия. Следует особо подчеркнуть, что эволюционное развитие мышления и речи шло параллельными, не зависящими друг от друга путями, однако, в ходе филогенеза постепенно возрастали взаимовлияние и качественный уровень связей между двумя процессами, что связано с некой общностью церебрального представительства функций собственно мышления и воплощения мысли в слове, а также, существованием единых механизмов кодирования и трансляции разномодальных символов.

Нейрофизиологически процессы речепорождения связаны с деятельностью всего мозга в целом: интеграция корковых, подкорковых и стволовых структур.

Таким образом, речь несет в себе помимо чисто лингвистической информации, тесно связанную с ней и биологическую информацию (состояние сознания, общее физиологическое состояние, эмоции и т.п.). Поэтому, изучение особенностей речи в клинике будет диагностически значимо только при условии параллельно совместного исследования лингвистических и биологических показателей, выявления их взаимовлияния и сложной системы взаимосвязей.

На речевой стадии развития речи в филогенезе первостепенное значение в передаче информации в ходе коммуникации играли различной степени дифференцированности жизненные шумы и звуки антропоидов, а также система жестового языка. В дальнейшем, по мере становления связанной речи, жест и недифференцированная эмоциональная вокализация отошли на задний план, но по-прежнему служат в ходе общения для передачи экстралингвистиче-

ской информации, носящей, в большинстве случаев, неосознаваемый характер, дополняющей, уточняющей, а в ряде случаев независимой от лингвистической информации и, даже, противоречащей ей. Изучением экстралингвистической информации занимается паралингвистика: просодика – изучает невербальные компоненты речевой коммуникации, кинесика – жесты, выразительные телодвижения и мимические комплексы, сопровождающие речевое высказывание. Изучение невербальных аспектов речи чрезвычайно интересно для психиатрической диагностики по следующим причинам:

1) Экстралингвистическая информация является более эволюционно ранней и позволяет выявлять и анализировать регрессивные элементы психопатологии, составлять суждения об эволюционировании болезненной симптоматики;

2) В силу своего неосознаваемого, инстинктивного характера невербальное поведение значимо для достоверной диагностики и дифференциальной диагностики, выявления симуляции и диссимуляции психопатологических переживаний;

3) Общность эволюционного происхождения вербальной и невербальной речи, их тесная связь с поведением, наличие общих и универсальных мозговых механизмов кодирования вербального языка и языка поведения позволяют изучать трансляции разномодальных семантик (речевой: вербальной и невербальной, поведенческой), устанавливать междисциплинарные связи и объединять методологию лингвистических и медико-биологических дисциплин (клинической психиатрии, этологии, нейрофизиологии, нейропсихологии).

Собственно лингвистический анализ – это, прежде всего семиотический анализ как в языковедческом, так и в клиническом понимании. Клиническая семиотика – это выявление и определение психопатологических симптомов и синдромов (семантика), их взаимосвязь, группирование и нозологическая принадлежность (синтаксис), изменения, приносимые ими в функционирование субъекта и его связи с объективным миром (прагматика). Лингвистическая семиотика заполняет и углубляет эти представления, изучая собственно вербальные символы речи пациента. Помимо структурно-семантического анализа (психосемантика, семантико-прагматический, семантико – синтаксический анализ) лингвистический подход позволяет проводить психолингвистические исследования, изучать дискурс и его структуру, осуществлять когнитивно-

лингвистический и эволюционно-лингвистический подходы, заниматься просодикой и интонологией, лексико-морфологическими, синтаксическими изысканиями. Таким образом, изучение речи является политеоретической, междисциплинарной дисциплиной с синтетическими тенденциями объединения методологии лингвистических и медико-биологических дисциплин.

Получение информации в полном объеме и ее верная интерпретация при изучении речевого поведения в клинике психических расстройств представляются нам возможными лишь при комплексном рассмотрении клинических (клинико-психопатологический, феноменологический, клинико-эволюционный) и лингвистических (психосемантический, просодический, психолингвистический, прагматический, синтаксический) подходов в рамках эволюционно-биологической парадигмы.

Таким образом, проведенный обзор литературы демонстрирует сложность и многоаспектность проблемы изучения речи коммуникативного поведения в норме и при различных патологических состояниях.

Существующие диагностические подходы при их взаимодействии, пересечении и взаимодополнении не в состоянии дать полного представления о речи как интегральном воплощении биологических, социальных и психологических характеристик человека. Описаны отдельные примеры применения тех или иных аспектов лингвистического анализа для диагностики речи при психических расстройствах. Однако не существует, до настоящего времени, работ, в которых был бы разработан комплексный лингвистический подход универсальный для диагностики и, позволяющий устанавливать исследовательские, диагностические и дифференциальные критерии. Следовательно, выявлена необходимость и накопились количественные предпосылки для создания нового диагностического методологического подхода, новой научной дисциплины, в рамках биопсихосоциальной парадигмы, позволяющих органично сочетать медико-биологические и лингвистические модели исследования речи человека. Описание методологии и методик данного подхода, а также его применение в диагностике психических расстройств, в комплексе терапевтически-реабилитационных мероприятий представлены в данной работе.

Основные лингвистические термины и понятия, используемые в настоящей работе, приведены нами в соответствующем словаре (Приложение 1).

РАЗДЕЛ II

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

2.1. Характеристика клинического материала

С целью изучения особенностей речевого поведения при психических расстройствах и сопоставления их с нормой, нами выделено пять основных групп для исследования, включающих, наиболее частые и доминирующие по объему в клинической практике диагностические рубрики, а также психически и соматически здоровых лиц с дифференциацией по возрасту (взрослые и дети), - для отражения особенностей в онтогенезе. Характеристики обследованных групп пациентов с учетом диагностических рубрик, пола и возраста приведены в табл. 2.1.

Всего обследовано 300 больных (145 мужчин и 155 женщин) и 100 здоровых лиц (по 50 – взрослых и детей, мужчин и женщин). Первая группа – органические поражения головного мозга разделена нами на 3 подгруппы, существенно отличающихся как по клинической картине расстройств, так и по особенностям речевого поведения:

- невротоподобные и личностные расстройства – включают в себя органические астенические, конверсивные, тревожные, аффективные и личностные расстройства различного генеза (вследствие нейроинфекций, посттравматические, сосудистые, соматические и т.п.). Подробная характеристика клинических особенностей каждой группы будет приведена в соответствующих разделах;

- психотические расстройства – включают органические кататонические, галлюцинаторные и бредовые (шизофреноподобные);

- дементные – слабоумия различных этиологии (атрофические, сосудистые, посттравматические).

Таблица 2.1. Распределение обследованных пациентов по диагностическим рубрикам с учетом пола и возраста

Исследуемая группа	Количество больных (исследуемых)			Средний возраст
	муж.	жен.	всего	
Органические поражения головного мозга (F ₀)	50	50	100	46,9±7,55
в том числе:				
- невротоподобные и личностные расстройства;	22	18	40	38,2±12,14
- психотические расстройства;	16	14	30	49,06±17,77
- дементные расстройства.	12	18	30	58,65±3,61
Эндогенные психотические расстройства (FII), в том числе:	50	50	100	33,23±3,08
- острые расстройства;	26	24	50	31,38±2,05
- хронические расстройства.	24	26	50	35,08±13,02
Исследуемая группа	Количество больных (исследуемых)			Средний возраст
	муж.	жен.	всего	
Аффективные расстройства настроения (FIII)	20	30	50	41,7±14,68
Невротические расстройства (дети) (FIV)	25	25	50	11,6±3,07
Контрольная группа				
- взрослые;	25	25	50	25,78±5,08
- дети.	25	25	50	10,65±3,07

Вторая группа включает в себя больных эндогенными психотическими расстройствами. Группа условно разделена нами на 2 подгруппы: острые расстройства – впервые в жизни диагностированные, с преобладанием продуктивной психопатологической симптоматики и давностью от 1-й недели до 6 мес.; и хронические расстройства с различной степенью выраженности дефицитарной симптоматики доминирующей в клинической картине. Средняя давность заболевания в данной подгруппе – 12,08±5,68. В этой под-

группе рассматривались отдельно 10 больных (6 женщин и 4 мужчины) со средней давностью заболевания – $5,47 \pm 2,41$, впервые госпитализированные с выраженными дефицитарными расстройствами и никогда не получавшие психофармакотерапевтической помощи. Изучение особенностей речевого поведения данных пациентов чрезвычайно интересно для рассмотрения роли и влияния активной терапии (в частности, нейрорепитивной) на течение заболевания, особенности клинической картины и характер психического дефекта.

Третья группа включает в себя аффективные расстройства настроения: депрессивные эпизоды, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярные расстройства, дистимию.

В четвертой группе мы рассматривали особенности протекания у детей невротических расстройств, не имеющие возрастной детерминации и характерные также и для взрослых: тревожно-фобические, конверсивно-диссоциативные, неврастения, обсессивно-компульсивные.

Всем обследуемым больным диагноз верифицирован согласно исследовательским и диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств МКБ-Х.

В контрольной группе мы изучали особенности речевого поведения психически и соматически здоровых взрослых (студенты, врачи-интерны Крымского медицинского университета, медицинские работники, регулярно проходящие диспансерное обследование) и детей (учащиеся Симферопольских школ, также обследованные).

2.2. Методы исследования речевого поведения

Исследовательскую и диагностическую работу, проводимую с каждым пациентом (и обследуемым) можно условно разбить на 4 этапа.

1-й этап – клиническое обследование больного, включающее первичное психодиагностическое интервью, средней продолжительностью до 1 часа.

2-й этап – аудиозапись второго психодиагностического интервью (в среднем 30 мин.) с регламентированной направленностью, учитывающей интересы настоящего исследования. Параллельно

проводится клинико-этологическое исследование (до 10 мин.) с заполнением специально разработанных нами матриц.

3-й этап – изучение и анализ аудиозаписи психодиагностического интервью по различным аспектам речевого поведения с помощью специальных матриц, опросников и глоссариев.

4-й этап – интерпретация и анализ полученных особенностей речевого поведения, сопоставление их с клиническими данными. Сравнение результатов с данными контрольной и другими группами больных.

2.2.1. Клиническое исследование больных (1-й этап)

Клиническое обследование проводилось на основе клинико-психопатологического и клинико-феноменологического методов диагностики, с опорой на исследовательские и диагностические критерии психических и поведенческих расстройств МКБ-Х. Клинические особенности отражались в специальной матрице (прил. 2.1).

Матрица клинического исследования больного отражает особенности течения расстройства, его давность, этап течения и ведущий психопатологический синдром на момент обследования. Особое внимание уделялось наличию в клинической картине общественно опасных действий, в т.ч. различных проявлений суицидального поведения, прогнозированию риска возможного суицида. Изучалась выраженность социальной дезадаптации, учитывалось наличие инвалидности. Больные подвергались тщательному соматическому и неврологическому обследованию, выявлялись сопутствующие заболевания, особенности их течения. На наш взгляд, на особенности речевого поведения определенное модифицирующее влияние оказывает применяемая терапия и ее интенсивность, что также нашло отражение в матрице (особенности психофармакотерапии, средние дозы, инсулинокоматозная терапия, ЭСТ).

Отдельно учитывались фонетрические особенности речи больных: указание родного языка (крымско-татарский в 22-х наблюдениях, украинский – в 20-ти), диалект, наличие речевых дефектов (заикание, дислалии, ринолалия и т.п.), яркие индивидуальные особенности голоса (фальцет, преобладание низких частот – «бас» и т.п.), особые клинические феномены (например, манерность).

С целью объективизации клинической симптоматики нами применялись шкалы для оценки отдельных расстройств, как на момент исследования, так и в динамике. Так, при обследовании больных шизофренией использовалась PANSS-I – шкала продуктивных и негативных расстройств при шизофрении [399]. Для пациентов с депрессивными расстройствами мы использовали Оценочную шкалу депрессии Гамильтона (HDRS) [494] и Рейтинговую шкалу Бека (The Beck Rating Scale) [494]. Маниакальные расстройства в рамках аффективных расстройств настроения и при психотических расстройствах объективизировались при помощи Шкалы оценки мании по Янгу (YMRS) [494]. Тревожные расстройства в рамках невротических и аффективных расстройств оценивались при помощи Школы тревоги Гамильтона (HAS-P) [494] и Шкалы Гамильтона для определения генерализованной тревоги (HAS-G) [494].

В группе больных детей с невротическими расстройствами в качестве центрального клинического феномена рассматривались сновидения. Мы изучали их согласно Схемы экспериментальной оценки сновидений (по Корабельниковой Е.А., 1997) [113].

2.2.2. Специальное психодиагностическое интервью и осуществление клинико-этологического (кинестического) исследования (2-й этап)

2.2.2.1. Психодиагностическое интервью

Первое психодиагностическое интервью с больным проводилось по традиционным для клинической психиатрии канонам, и целью его являлось установление доверительных отношений с пациентом, на основе которых в дальнейшем формировался терапевтический союз, а также получение максимума информации о личности больного, сведений о его жизни и развитии болезненной симптоматики. К концу беседы складывались диагностические суждения, намечался план обследования и лечебно-реабилитационная программа, осуществлялась договоренность с больным по поводу аудиозаписи следующей беседы. Ведущей стратегией врача во время первого психодиагностического интервью являлось эмпатическое выслушивание, сочетаемое, однако, с высокой активностью, выражающейся в большом количестве вопросов различного спектра контекстов.

Целью второго специального психодиагностического интервью, помимо уточнения ряда неясных вопросов и аспектов и прослеживания динамики психопатологических расстройств в ходе терапии, являлось создание условий для наиболее полного проявления всех аспектов речевого поведения больного в их взаимосвязи и с учетом модифицирующего влияния врача-исследователя. С учетом последнего обстоятельства, мы старались воплотить в процессе интервьюирования более широкий спектр врачебных стратегий: от доминантного врача-эксперта, иногда, осознанно обостряющего беседу в клинически значимых фрагментах речи, до эмпатически-соглашающегося слушателя.

С целью получения информативных, разномодальных сведений мы разбивали интервью на пять основных контекстов, в каждом из которых, в последующем, изучались различные аспекты речевого поведения.

Первый контекст – презентация больным собственных представлений о своем заболевании и связанными с ним проблемами, подробное описание всех его проявлений в динамике, вплоть до настоящего момента. Мы инициировали пациента на монологическую речь вопросом: «Расскажите, пожалуйста, о Вашем заболевании (проблемах): когда оно возникло, чем проявлялось, что менялось на протяжении последнего времени и с чем связано поступление в больницу?» Большая часть информации по данному вопросу была получена врачом во время предыдущего интервьюирования, поэтому пациенту было легче излагать ее и поощрялся именно монолог. Получение монологической речи представляется нам важным для последующего изучения семантико-синтаксических и психолингвистических аспектов речевого поведения, поскольку, на наш взгляд, их рассмотрение следует проводить во фрагменте речи, приближающейся к спонтанной и свободной от модифицирующих влияний слушающего (врача). Во всех остальных контекстах изучалась диалогическая речь с широким спектром активности (количество вопросов) врача-исследователя.

Второй контекст посвящался обсуждению состояния больного и детализации его переживаний, отражающих ведущий в клинической картине психопатологический синдром.

Третьим контекстом являлось уточнение моментов, связанных с особенностями самосознания больного, субъективной картины мира и их изменений в связи с психическим расстройством, описа-

ние внутренней картины болезни. Третий контекст предполагает набор ряда специальных вопросов, характеристика которых будет приведена нами в разделе, посвященном психосемантическим аспектам речевого поведения.

Четвертый контекст предполагал описание социальных коммуникаций пациента до болезни и их изменений в связи с последней. Больному предлагалось рассказать о своей семье и отношениях в ней, о работе и производственном микроклимате.

Пятый контекст – выявление и характеристика системы ценностей пациента, его увлечений, хобби и планов на будущее.

Следует подчеркнуть, что не всегда удавалось придерживаться строгой последовательности контекстов в психодиагностическом интервью. Данное обстоятельство не имеет, на наш взгляд, принципиального значения. При интервьюировании взрослых лиц контрольной группы описывались следующие контексты (тоже пять):

- характеристика самочувствия;
- отражение влияния реальных личностных конфликтов, стрессорных факторов на самочувствие;
- механизмы компенсации и адаптации в неблагоприятных условиях;
- отношение в семье, работа и все с ней связанное;
- система ценностей, увлечения, интересы, планы на будущее.

В группах детей с невротическими расстройствами и здоровых детей интервьюирование предполагало один контекст – презентация сновидений прошедшей ночи в произвольной форме.

Второе психодиагностическое интервью, продолжительность которого составляла порядка 30 мин., подвергалось аудиозаписи портативными диктофонами. Диктофон располагался на расстоянии не более 1 м от пациента, помещаясь на столе врача так, чтобы не обращать на себя внимание; его включение осуществлялось до входа пациента во врачебный кабинет. Пациент усаживался на жесткий стул с прямой спинкой, лицом к врачу, на расстоянии до 1 м, так, чтобы была возможность видеть все его тело, что является необходимым условием клинико-этологического исследования. С целью исключения посторонних помех во время исследования, оно производилось в выходные дни, либо по окончании рабочего дня, отключались телефоны, специально оповещался персонал. Таким образом, соблюдались требования, предъявляемые к проведению этологического исследования (эксперимента) и сводился к мини-

муму уровень фонового шума в помещении (< 10 дБ). Указанные условия соблюдались при каждом психодиагностическом интервьюировании.

В ходе специального психодиагностического интервью осуществлялось клинико-этологическое (кинесическое) исследование.

2.2.2.2. Клинико-этологическое (кинесическое) исследование

Клинико-этологическое исследование включает регистрацию и анализ невербальных аспектов поведения – мимики, позы, жестовой коммуникации. Идеология настоящего исследования предполагает изучение невербальных аспектов речевого поведения – кинесики – комплексов элементов поведения, сопровождающих речевое сообщение. В настоящем исследовании производилась регистрация кинесических характеристик речевого поведения в течении 10 минут, главным образом, на протяжении обсуждения с больным первого и второго контекстов, освещающих сообщения о динамике болезненной симптоматики и переживания в связи с ведущим психопатологическим синдромом. Изучаемые кинесические характеристики речевого поведения учитывались согласно «Глоссария по исследованию невербального поведения человека» (Самохвалов В.П., 1987) и «Глоссария визуальных элементов коммуникаций» (Дерягина М.А., 1987) [200]. В ходе специального диагностического интервью производилась регистрация всех кинесических характеристик на протяжении указанного фрагмента с помощью специальной матрицы (рис.2.1.). По окончании интервью производилась оценка вероятности появления тех или иных кинесических характеристик и средняя динамика кинесических параметров в единицу времени (1 минута).

№п/п _____ Ф.И.О. _____

Возраст _____ Диагноз _____

№ п/п комплекса	Кинесические характеристики		
	поза	мимика	жест
1.			
2.			
3.			
и т.д.			

Рис. 2.1. Матрица регистрации кинесических характеристик

В дальнейшем осуществлялся анализ кинесических особенностей речи, определялась их семантика и характер взаимодействия с семантикой вербального сообщения пациента, для чего нами разработана специальная матрица (прил. 2.2). Данная матрица заполнялась при сопоставлении аудиозаписи психодиагностического интервью и матрицы регистрации кинесических характеристик. В ней изучались соотношения вербальных и невербальных характеристик в наиболее характерных и демонстративных фрагментах (в среднем до 5). Учитывались кинесические особенности перед началом беседы; как реакция на вопросы исследователя (наиболее значимые); во время освещения наиболее важных болезненных переживаний и в период длительных пауз при беседе, семантически наполненных (диссимуляция, аффективные реакции, негативизм, галлюцинирование и т.п.). Если первая матрица дает, главным образом, количественные параметры кинесических характеристик, то вторая позволяет качественно оценивать соотношения вербальной и кинесической семантики в зависимости от ведущего контекста, психопатологического синдрома, типа психического расстройства.

Оценка и интерпретация регистрируемых кинесических характеристик (мимики, поз, жестов) осуществлялась в рамках типологии Крымской этологической школы [115, 200].

2.2.3. Исследование речевого поведения при помощи различных аспектов лингвистического анализа (3-й этап)

На третьем этапе исследования пациента осуществляется анализ аудиозаписи психодиагностического интервью по различным аспектам с помощью разработанных нами методических подходов. На данном этапе исследуются следующие ***лингвистические аспекты речевого поведения***:

- 1) психосемантический, в том числе психоаналитический;
- 2) паралингвистический (просодический);
- 3) психолингвистический;
- 4) семантико-синтаксический;
- 5) семантико-прагматический;

Приводим краткие характеристики и описание методики исследования различных лингвистических аспектов.

2.2.3.1. Психосемантический анализ речевого поведения

Целью психосемантического анализа является описание и анализ структуры основных психосемантических пространств сознания пациента: особенностей психопатологической симптоматики и ее влияния на изменения самосознания, субъективной картины мира и системы взаимосвязей с последним. Клинико-психопатологический и клинико-феноменологический подходы позволяют создавать представления о психосемантических пространствах путем выявления психических и поведенческих расстройств в соответствии с рубриками МКБ-Х, их уточнения и детализации в ходе анализа когнитивной активности, что достигается применением клинических шкал (PANSS-I, рейтинговая шкала Бека и др.). При этом, нам представляется чрезвычайно важным для оценки этапа расстройства, его степени тяжести и прогноза, терапевтической динамики, изучение во взаимосвязи следующих показателей: этап психопатологического расстройства, с указанием ведущего психопатологического синдрома, особенности самосознания больного, субъективная картина окружающего мира, особенности внутренней картины болезни и степень критического отношения к ней, ведущие механизмы психологической защиты. Указанные особенности отражаются в специальной Матрице психосемантического анализа (рис.2.2.) и изучаются на момент диагностического интервью и, при необходимости, в ходе терапии.

№п/п _____ Ф.И.О. _____
Возраст _____ Диагноз _____

Этап психопатологического расстройства. Ведущий синдром	Особенности самосознания больного	Особенности субъективной картины мира	Внутренняя картина болезни. Степень критического отношения.	Ведущие механизмы психологической защиты

Рис. 2.2. Матрица психосемантического анализа

Этап психопатологического расстройства и ведущий психопатологический синдром определялись клинически. С целью выявления особенностей самосознания больным задавались вопросы, позволяющие уточнить характер изменения представлений о себе самом в связи с расстройством, динамику личностного ядра – системы ценностей и ведущих установок, характерологических особенностей. Далее задавались вопросы, позволяющие охарактеризовать особенности изменений субъективной картины мира, динамику в наиболее значимых для личности социальных коммуникациях, системе отношений. Особенности внутренней картины болезни и характер отношения к болезни пациента, в том числе, наличие и степень критического отношения к ней, зависят, главным образом от характера, этапа и степени тяжести психического расстройства и, поэтому, подробно характеризуются нами в соответствующих разделах.

Изучение ведущих механизмов психологической защиты [187] интересно с позиций определения субъективной семантики и особенностей когнитивной активности пациентов, их патологического творчества, а также адаптивностью или дезадаптивностью защитных процессов, что важно для реабилитационной, и, в том числе, психотерапевтической работы.

Интересным для клинической практики является психоаналитический подход к переживаниям больных и их продукции (сновидения, фантазии, галлюцинаторные расстройства и бредовые конструкции). Он позволяет проникать в субъективный мир больного, приближаться к личностным смыслам тех или иных симптомов. В качестве примера применения психоанализа в клинической психиатрии нами изучаются сновидения здоровых детей и детей с невротическими расстройствами. В ходе исследования выделяются и изучаются ключевые символы сновидений, дается их интерпретация, определяются ведущие механизмы психологической защиты, основные интрапсихические конфликты и пути их компенсации.

Важной психосемантической особенностью речевого поведения с позиции клинической практики является алекситимия – феномен, характеризующий и описывающий особый коммуникативный стиль как в норме, так и при различных формах психических расстройств. Для алекситимии характерна сниженная способность к выражению и пониманию эмоциональных категорий, что проявляется во всех аспектах речевого поведения:

- вербальном – сниженное употребление эмоциональных категорий речи – существительных, обозначающих эмоциональное состояние, качественных прилагательных и определительных наречий; аморфность и нерасчлененность оценочных суждений, категоричность и полярность оценок, их детерминация внешними социальными нормами, замена эмоциональных категорий другими модальностями (например, соматическими).

- просодическом – сниженная способность к пониманию и узкий спектр использования в речи эмоциональных аспектов: интонации, тона, громкости, акцентуации слов и т.п.;

- мимическом – бедность мимики и пантомимики, сопровождающих речевое поведение, снижение импрессивной способности – оценки эмоционального состояния других людей по их невербальному поведению;

- коммуникативном – отсутствие нацеленности на открытое и конструктивное общение в микросоциуме, закрытость и отгороженность, сложность создания доверительных отношений, эгоцентризм, затруднения в формировании терапевтических отношений с врачом и медицинским персоналом.

Для выявления, изучения и оценки степени выраженности алекситимии нами разработан специальный глоссарий (прил.3.3). Глоссарий разработан на основе изучения речевого поведения 100 больных различными психическими расстройствами с явными проявлениями алекситимии. В нем исследуются личностные и социально-психологические характеристики пациентов, особенности речевого поведения и коммуникации в микросоциуме.

Среди личностных и социально-психологических характеристик, предрасполагающими к развитию алекситимии являются следующие:

- воспитание в духе рационализма, терпимости и непопулярности эмоций;

- большая зависимость от мнения родителей, симбиотическая связь с ними;

- наличие стереотипов в субъективной картине мира, упрощающих и примитивизирующих отношения между людьми, препятствующих гибкому и творческому подходу и решению проблем; слабый интерес и недоверие к людям, опора на авторитеты, отношения подчинение-субмиссия и т.п.;

- конкретное механистическое мышление;

- неадекватность эмоциональных действий в социальном плане, что приводит к конфликтам, социальной изоляции, углублению эгоцентризма, снижению уровня социальной поддержки и одобрения.

Из клинических характеристик значимыми являются недооценка роли психологических факторов и психических конфликтов, и их вклада в болезненную симптоматику; склонность к соматизации внутренней картины болезни, анозогностические тенденции.

Наличие или отсутствие того или иного признака оценивается в баллах, при суммации которых получается результат в рамках 4-х категорий, характеризующий степень выраженности алекситимии и обуславливающий необходимость проведения специальных мероприятий, так как наличие выраженной алекситимии является неблагоприятным прогностическим фактором.

Мы выделяем 2 вида алекситимии: первичную и вторичную. Первичная алекситимия обусловлена индивидуальными особенностями речевого поведения личности и наблюдается как у здоровых лиц, так и при патологии – главным образом, в клинике невротических, постстрессорных и соматоформных расстройств, в меньшей степени, при невротоподобных расстройствах, соматогенных и в клинике органических поражений головного мозга, аффективных расстройствах настроения. Вторичная алекситимия связана с модифицирующим влиянием на речевое поведение самого болезненного процесса. В свою очередь вторичная алекситимия подразделяется нами на два варианта:

1) регрессирующую (обратимую) – вследствие купирования болезненного процесса и проведения специальных лечебно-реабилитационных мероприятий); и

2) прогрессирующую (необратимую).

Регрессирующая алекситимия встречается в клинике острых психотических расстройств неорганического генеза, при благоприятном течении аффективных расстройств с полноценными и длительными интермиссиями. Прогрессирующая алекситимия связана с нарастанием эмоционально-волевых расстройств при длительном течении шизофрении (при простой форме – с инициального периода расстройства); усилении тяжести органического поражения головного мозга, неблагоприятном течении аффективных расстройств настроения.

Структурное построение психодиагностического интервью позволяет получить презентацию отражения в сознании пациента различных аспектов его взаимоотношений с объективным миром, составить суждения о субъективных представлениях об этом мире, системе коммуникаций в нем, особенностях самосознания. При этом, в большинстве случаев удается определить динамику этих категорий в связи с фактом заболевания, т.к. последнее выступает в качестве своеобразного водораздела «до» и «после начала болезни», особенно в случае острой патологии, относительной интактности личностных структур и сохранной когнитивной активности. Последние два фактора чрезвычайно важны, поскольку их относительная сохранность позволяет получить нужный объем информации. В случае же выраженной патологии, происходит грубая деформация субъективной картины мира и самосознания, выступающая на первый план и являющаяся наиболее значимым диагностическим фактором.

2.2.3.2. Паралингвистический (просодический) анализ речевого поведения

Паралингвистический анализ речевого поведения рассматривает особенности просодии речи в ее динамике, изучает паралингвистические характеристики, их семантику и ее взаимоотношения с семантикой вербального сообщения. Исследование просодических особенностей сообщения включает в себя два момента:

1) субъективный – анализ аудиозаписи психодиагностического интервью с описанием и характеристикой просодических черт согласно матрицам и схеме, разработанных нами;

2) инструментальный – изучение динамических спектрограмм (аудиограмм), полученных при помощи программы Sound Forge 4.0d (Build 173) for Windows NT & 95 PC Pentium-133, позволяющий визуализировать и объективизировать динамику спектральных и амплитудно-временных показателей в тесной связи с семантикой сообщения.

Субъективный аспект анализа осуществляется при помощи специальной Матрицы паралингвистического анализа речи пациента (прил. А.4). Приводим характеристики изучаемых паралингвистических параметров.

Темп речи определяет скорость протекания психических процессов и определяется количеством слов произнесенных исследуемым субъектом в единицу времени (в 1 минуту). В ходе исследования, параллельно с изучением речи больных с психической патологией, производилось изучение в контрольной группе (лица психически и соматически здоровые). Усредненные показатели просодических характеристик контрольной группы приняты нами за условную норму. Так, темп речи 60-100 слов/мин. определяется как нормальный, 100-120 и 40-60 слов/мин, - незначительно ускоренный и замедленный, более 120 и менее 40 слов/мин, значительно ускоренный и замедленный, соответственно; учитывался также и характер изменения темпа в ходе беседы.

Основной тон или громкость речи – восприятие разности в физической силе произносимых звуков, определяемой как субъективно (на слух), так и инструментально. За нормальную громкость речи, с учетом постоянного фонового шума (до 10 дБ), нами приняты показатели 30-50 дБ. Показатели 50-60 дБ – умеренное, 60-70 дБ – значительное повышение основного тона, более 70 дБ – крик. И, соответственно, 20-30 дБ – умеренное, 10-20 дБ – выраженное снижение, менее 10 дБ – шепот. Также учитывался характер изменений громкости речи в ходе беседы в зависимости от контекста высказывания, что вместе с другими показателями, подчеркивает и уточняет семантические характеристики сообщения.

Тембр речи – динамика спектрального состава звуков высказывания во времени. В настоящем исследовании осуществлялось как субъективное определение тембра (низкий, высокий) по выделению основных формант, так и инструментальное определение, компьютерным сонографом, учитывающим изменения как частотных, так и временных характеристик. Дополнительно определялось наличие и выраженность обертонов – субъективно и объективно определяемые добавочные форманты.

Под мелодичностью речи понималась плавность и гармоничность спектральной динамики звукового ряда, наличие согласованности амплитудно-частотных характеристик обертонов. Определялась степень выраженности мелодичности и характер ее изменений.

Прерывистость речи – наличие артикуляционных перерывов в подаче речи, без синтаксической обоснованности. Определялись наличие и степень выраженности прерывистости.

Паузы – наличие перерывов в ходе сообщения (как синтаксически обоснованных, так и без семантической наполненности). Важное значение в оценке пауз играют их продолжительность, частота и характер заполнения. По продолжительности мы рассматриваем следующую градацию пауз:

- короткие: до 1 сек, которые в свою очередь делятся на 3 группы:

- короткие I – до 0,2 сек. – обусловлены артикуляционными и физиологически обоснованными остановками в ходе фонации, отражают синтаксический строй высказывания (конец предложения);

- короткие II – от 0,3 до 0,5 сек. – отражают эмоциональную насыщенность сообщения, влияние выраженных аффектов на дыхательный ритм и согласованность работы фонационно-артикуляционного аппарата;

- короткие III – от 0,6 до 1,0 сек. – связаны с дыхательным циклом, несут значимую семантическую нагрузку;

- средние: от 1 до 2 сек. – обусловлены семантически значимыми и трудно осмысливаемыми переживаниями, астенизацией;

- длинные: от 2 до 4 сек. - обусловлены аффективной патологией – депрессивные расстройства, внезапные и выраженные аффективные переживания; эмоционально-волевым снижением, глубокой астенией, активным болезненным продуцированием на момент интервьюирования, диссимуляцией болезненных переживаний;

- сверхдлинные – более 4 сек. – их семантика обусловлена теми же расстройствами, что и при длинных паузах, но выраженными в большей степени.

Важное значение придавалось изучению характера заполнения пауз:

- вдохи и выдохи, их продолжительность: короткие (до 1 сек), длинные (более 1 сек); характер: с глоточным сжатием – акт дыхания при сомкнутых в различной степени голосовых связках, сопровождаемый особым акустическим феноменом, что характеризует эмоциональный фон исследуемого;

- наличие покашливаний, нечленораздельных звуков, звуков без словесного оформления, назализации (Rhinolalia), междометий, смеха и плача (с учетом степени вокализации и адекватности контексту высказывания). Учитывался характер звучания речи: продолжительность, сдавленность в фонации, неразборчивость и слитность, наличие интенсификации отдельных звуков.

Изучался характер дикции – четкость и правильность артикулирования и синтагмирования (синтаксическая правильность речи). Выделялись следующие нарушения:

- дисфонемия – нарушение воспроизведения отдельных звуков (фонем);

- дисфразия – нарушение произношения отдельных слов или/и их частей;

- диспрозолия – расстройство сферы акцентов, неправильность ударений, синтаксическое несоответствие.

Интонация – характеристика речи, объединяющая в себе взаимосвязь особенности динамики спектральных (обертоновых) и амплитудно-временных показателей в тесной связи с семантикой высказывания. Изучался характер интонации и ее динамика в целом.

Модальность – семантическое выражение субъективного восприятия просодических характеристик высказывания в их единстве, определенное в форме эмоционального состояния.

Как видно из структуры матрицы, она предполагает учет наличия и характера изучаемых просодических черт как в зависимости от контекста высказывания, так и выраженность динамики показателя во времени. Для количественного анализа динамики просодических характеристик нами изучались в 10 минутном фрагменте речи больного такие показатели как темп, основной тон и паузы. Вычислялись показатели динамики темпа и основного тона в единицу времени (количество изменений значения показателя в 1 мин.) и количество пауз в 1 мин., с указанием их продолжительности. Следует отметить, что детальное изучение коротких пауз проводилось только в группах детей с невротическими расстройствами и здоровых детей. Результаты включались в специальную таблицу (табл.2.2).

Указанные данные определялись у каждого обследуемого больного и затем высчитывались средние значения в группе в целом, которые сопоставлялись с данными других групп.

Инструментальное исследование просодии – изучение динамических спектрограмм (аудиограмм) позволяет исследовать важнейшую интегральную характеристику речи – интонацию, объединяющую в себе особенности динамики спектральных и амплитудно-временных показателей в тесной связи с семантикой сообщения.

Таблица 2.2 Характеристика динамики основных паралингвистических характеристик

Среднее количество изменений темпа речи в 1 минуту		
Среднее количество изменений основного тона в 1 минуту		
Среднее количество пауз в 1 минуту среди них:	Абс.ед.	%
- короткие		
- средние		
- длинные		
- сверхдлинные		

Изучение интонации при помощи аудиограмм позволяет:

1) дополнять, конкретизировать вербальную семантику просодической посредством изучения акцентов как в слове, так и в фразе, уточнения модальности, тональной динамики;

2) учитывать уровень и характер эмоционального наполнения фразы, субъективное отношение говорящего к предмету сообщения – изучение интенсивности фонации, количества и артикуляции просодии, модальности;

3) косвенно оценивать физическое и психологическое состояние говорящего – изучение интонационного контура, пауз, динамики частотных и амплитудных характеристик, степени соответствия семантик: просодической и вербальной.

Результаты анализа просодии вносились в специальную матрицу (прил.5.5). В матрице отражались наиболее характерные особенности просодии речи больного, их роль в выражении семантики сообщения и характер взаимодействия вербальной и просодической семантики. Кроме того, выбирался наиболее яркий фрагмент речи, отражающий специфические особенности данного пациента, в котором описывались просодические характеристики с помощью дискурсивной транскрипции.

Дискурсивная транскрипция – это описание всех просодических характеристик с помощью специальных символов, делающих такую запись простой, комплексной и универсальной. В настоящем исследовании использовалась схема символов дискурсивной транскрипции департамента лингвистики в Санта-Барбаре Калифорний-

ского университета [471] в нашем переводе, с некоторыми нашими дополнениями и уточнениями (прил. 6.6).

Паралингвистические (просодические) характеристики речевого поведения определяются рядом факторов, которые можно объединить в две группы: 1) преморбидные особенности; 2) клинико-психопатологические. Изучение преморбидных особенностей просодики не входило в задачи настоящего исследования, однако, сопоставляя данные контрольной группы с различными психическими расстройствами можно утверждать, что важное влияние оказывают: пол, возраст и личностные характерологические особенности исследуемого.

Установлены различия просодики мужчин и женщин как в норме, так и при различных психических расстройствах:

- у женщин отмечается более выраженная динамика показателей темпа и основного тона речи;
- характерна различная динамика спектрального состава звуков во времени (тембра речи) в зависимости от пола;
- речь женщин более эмоциональна: ярче интонационные показатели, заполнение пауз включает широкий спектр характеристик.

В возрасте более 40 лет у всех пациентов отмечаются, в различной степени, признаки характерные для микроорганического поражения головного мозга, описание которых приводится нами далее.

Индивидуальные психологические характеристики проявляются в специфической динамике амплитудно-временных показателей, в характере звучания речи, спектре интонационных возможностей, манере и степени экспрессивности подачи информации.

Клинико-психопатологическими предпосылками, определяющими особенности просодии являются:

- ведущий психопатологический синдром;
- нозологическая принадлежность;
- особенности течения и этап психических расстройств;
- состояние сознания на момент интервьюирования (наличие качественных / количественных его расстройств);
- характер терапии получаемой пациентом, ее интенсивность.

Приводим описание совокупности просодических характеристик отдельных психопатологических синдромов, встречающихся в клинике органических расстройств.

ГЛОССАРИЙ

«ПАРАЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ»

Астенический синдром

Астенический синдром наименее специфичен и встречается при различных заболеваниях как психических, так и соматических. Для него характерны утомляемость, слабость, вялость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, головные и сердечные боли, нарушения сна, сердцебиение, вегетативные нарушения (потливость, тошнота, спазмы и т.п.).

Астенический синдром определяется следующими просодическими чертами:

- Темп речи, как правило, незначительно замедленный, с постепенными изменениями в узком диапазоне. Характерно некоторое ускорение в инициальном периоде беседы с медленным снижением к концу обследования.

- Громкость речи всегда снижена, в степени, коррелирующей с глубиной и выраженностью астенических расстройств. Изменения ее в течение беседы постепенны и выражены незначительно, несколько нарастая первые минуты беседы, и, сохраняясь затем, практически без динамики.

- Тембр речи характеризуется примерно равным соотношением низких и высоких частот, незначительными изменениями в ходе беседы.

- Мелодичность речи сохранена.

- Прерывистость не выражена.

- Выражены короткие и средней продолжительности паузы, количество которых больше в инициальной части беседы и нарастает по мере утомления. Паузы при астеническом синдроме отличаются незначительной семантической насыщенностью. Особенности характера заполнения пауз определяется нозологической принадлежностью астенических расстройств: а) эндогенные психозы - семантическая выхолощенность; б) органическое поражение головного мозга – нечленораздельные звуки, звуки без словесного оформления, назализация; в) невротические и психосоматические – глубокие вдохи и выдохи, междометия.

- Звучание речи несколько сдавленное, временами неразборчивое, характерны умеренно выраженные нарушения дикции, в частности дисфонемия, при выраженном утомлении – дисфразия.

- Интонационные характеристики отличаются узким диапазоном используемых модальностей, низкой экспрессивностью, монотонностью.

- Преобладают модальности с семантикой усталости, неуверенности, беспомощности.

Апато-абулический синдром

Апато-абулический синдром наиболее часто встречается при шизофрении. Для него характерны отсутствие побуждений к чему-либо, пассивность, ангедонизм, безволие, полная отрешенность от всех видов социальной деятельности, заторможенность и безучастность.

Речь больных с апатико-абулическими расстройствами характеризуется значительно сниженным темпом, с невыраженными колебаниями, которые практически не зависят от ведущего контекста общения.

Громкость несколько снижена, речь монотонна, практически не подвержена колебаниям фонации.

Тембр голоса характеризуется преобладанием низких частот, с выхолощенностью обертонов, обеднением мелодичности речи.

Прерывистость выражена умеренно. Определяются паузы различной продолжительности, с преобладанием длинных и средних, без семантической наполненности и слабо связанные с контекстом.

Звучание речи несколько сдавленное с бедностью и однообразностью интонационных характеристик.

Преобладающие модальности: отрешенность, безразличие.

Ананкастный (обсессивно-фобический) синдром

Для данного синдрома характерно наличие постоянных навязчивых мыслей (обсессий), действий (компульсий) или / и страхов (фобий) доминирующих в сознании больного и определяющих его поведение при сохранной критике (одноименный невроз) или ее отсутствии (шизофрения).

Приводим просодические характеристики синдрома:

- Темп речи нормальный, с постепенными изменениями в узком диапазоне.

- Громкость также нормальная с резкими изменениями в узком диапазоне.

Тембр голоса, преимущественно, низкий, обертоны не выражены. Мелодичность речи выражена. Прерывистость умеренная.

- Преобладают короткие паузы, заполняемые непродолжительными вдохами и выдохами, в том числе, с глоточным сжатием, часто встречаются покашливания, нечленораздельные звуки стереотипного характера.

- Звучание речи продолжительное, на высоте аффекта возможны сдавленность, нарушения дикции. Интонации акцентные, экспрессивные, реже аффективные.

- Преобладающие модальности: напряжение, беспокойство, неуверенность, сомнения, тревожность, страх.

При эндогенных заболеваниях паралингвистические характеристики синдрома тяготеют к стереотипизации, узкому спектру изменений, меньшей выраженности просодической окраски высказываний.

Ананкастный синдром невротического генеза отличается более выраженной и резкой динамикой основных просодических показателей, более широким спектром интонационных характеристик, ярким звучанием речи, что связано с большим динамизмом и широким спектром аффективных переживаний.

Бредовые синдромы

Бредовые синдромы характеризуются наличием ложной идеи (или системы идей) овладевающей сознанием больного, в значительной степени определяющих поведение и не поддающихся коррекции. Ряд видов бреда (преследования, отравления, воздействия) имеют высокую степень риска совершения больным общественно опасных действий (агрессия, акты насилия, самоповреждения).

Паралингвистические характеристики зависят от характера бредового синдрома, этапа развития, степени систематизации болезненных идей, их содержания и взаимосвязи с эмоциональными расстройствами, характера ведущего аффекта.

Наиболее общими признаками являются следующие:

- Темп речи и громкость приближаются к средним значениям, для них характерны как постепенные, так и резкие изменения в широком диапазоне. Тембр может быть различным, динамика незначительная.

- Мелодичность сохранна, прерывистость умеренная.
- Паузы короткие и средней продолжительности, особенно выражены при нежелании пациента раскрывать сущность болезненных переживаний.
- Заполняются паузы скудно, в зависимости от преобладающих аффектов, но всегда максимально семантически насыщены, будучи приурочены к ключевым словам и фразам.
- Звучание речи, характер интонации и ведущие модальности определяются аффективной насыщенностью переживаний, их контекстом.

Галлюцинаторный синдром

Галлюцинаторный синдром – наличие у пациента расстройств в сфере восприятия, когда создается возбуждение в том или ином анализаторе без реально существующего раздражителя (стимула). Синдром возникает как при эндогенных заболеваниях (шизофрения), так и при экзогенных, например алкогольный психоз (белая горячка), психозы при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклероз, гипертония) и т.п.

Паралингвистические особенности данной группы больных можно разделить на 2 группы:

1) состояния, когда галлюцинаторные переживания актуальны на момент клинического осмотра;

2) галлюцинаторные расстройства на момент осмотра отсутствуют и не играют определяющей роли в переживаниях.

1) Просодические черты при галлюцинировании:

- Темп речи, как правило, нормальный или несколько снижен, но подвержен различным колебаниям в широком диапазоне.

- Громкость варьирует в широких пределах, и также подвержена резким изменениям.

- Тембр голоса и его изменения определяются содержанием галлюцинаторных переживаний, субъективным к ним отношением и выражают соответствующие аффективные расстройства.

- Мелодичность речи снижена, выражена прерывистость.

- Характерна выраженность пауз, главным образом, продолжительных, в ходе которых явно проявляются соответствующие невербальные поведенческие признаки.

- Семантика пауз, характер их заполнения выражают широкий спектр аффективных реакций на содержание галлюцинаторных расстройств.

- Звучание речи сдавленное. Выражен весь спектр интонационных характеристик, где преобладает аффективный тип интонации.

Преобладающие модальности позволяют косвенным образом оценить характер, содержание и интенсивность галлюцинаторных переживаний: недоумение, растерянность, непонимание, страх, опасение, тревожность, раздражение и т.д.

2) Паралингвистические характеристики при отсутствии расстройств восприятия на момент беседы определяются как нозологической принадлежностью синдрома, так и другими психопатологическими расстройствами, присутствующими в клинической картине.

Гебефренический, гебоидный синдром

Данные синдромы специфичны для шизофрении и характеризуются дурашливостью, нелепым поведением, вычурной жестикulyцией, гримасничанием, клоунадой при грубых расстройствах мышления и гротескных нарушениях социальных и этических норм.

Приводим наиболее типичные просодические черты синдромов:

- Темп речи, в среднем, незначительно ускоренный с резкими изменениями в широком диапазоне.

- Громкость в нормальных пределах, но также подвержена резким изменениями.

- Преобладают высокочастотные форманты, с резкими и выраженными изменениями, хаотическим нагромождением обертонов различных частот, вне связи с контекстом высказывания, что резко нарушает мелодичность речи, делает ее прерывистой, подчеркивая неадекватный контексту характер экспрессии.

- Преобладают короткие паузы без семантической наполненности, с большим количеством нечленораздельных звуков, звуков без словесного оформления, междометиями, неадекватным контексту смехом (реже плачем) с вокализацией.

- Речь неразборчивая, выражены нарушения дикции: дисфонемия, реже дисфразия, диспрозодия.

- Выражены все типы интонаций, с беспорядочным чередованием, неадекватностью контексту и несоответствием характеру эмоциональных переживаний.

Преобладающие модальности могут включать широкий спектр, в зависимости от семантики болезненных переживаний.

Депрессивный синдром

Для депрессии характерны подавленное настроение, тоска, двигательная и когнитивная заторможенность, ангедонизм, наличие идей виновности и собственной неполноценности, суицидальные переживания, пессимизм и ряд соматических нарушений (снижение аппетита и веса, расстройство сна, нарушение пищеварения, снижение сексуального влечения, различные боли).

Депрессивному синдрому характерна следующая просодическая картина:

- Темп речи всегда снижен, степень снижения коррелирует с глубиной депрессии вплоть до мутизма при депрессивном ступоре. Изменения темпа медленные, в узком диапазоне, за исключением состояния ажитации (выраженном возбуждении), когда наблюдаются резкие и широкоамплитудные колебания.

- Громкость снижена, все ее характеристики и их динамика совпадают с изменениями темпа и согласованы с ним.

- Тембр голоса, преимущественно низкий, с незначительными изменениями, мелодичностью просодического профиля речи, невыраженной прерывистостью.

- Выражены паузы средней и длительной продолжительности, семантически насыщенные, заполняемые продолжительными вдохами и выдохами, в том числе и с глоточным сжатием, плачем с различной степенью вокализации (от беззвучного, без слез, до рыданий и стонов при *Raptus melancholicus* – внезапном возбуждении и интенсивной тревоге).

- Звучание речи продолжительное, с интенсификацией гласных звуков.

- Выражены экспрессивный и аффективный типы интонаций.

- Преобладающие модальности: подавленность, безнадежность, безысходность, боль, скорбь, отрешенность.

Дереализационно-деперсонализационный синдром

Данному синдрому характерны расстройства сенсорного синтеза, проявляющиеся в искаженном восприятии собственного тела и/или ощущении измененности, неестественности и нереальности окружающего мира, времени.

Паралингвистически синдром объединяет в себе характеристики ипохондрического и астенического синдромов.

Ипохондрический синдром

Ипохондрическому синдрому характерно повышенное внимание к собственному здоровью, страх заболеть, подозрения или различная степень уверенности в наличии какого-либо заболевания (или ряда болезней), что приводит к многочисленным консультациям и обследованиям, подчинению жизни специальным режимам и диетам, самолечению, неоправданному увлечению и злоупотреблению различными медикаментами (фармакофилия).

При ипохондрическом синдроме наиболее типичны следующие изменения основных просодических свойств речи:

- Темп речи нормальный или несколько снижен. Колебания темпа плавные, в узком диапазоне. Характеристики громкости соответствуют таковым темпа речи.
- Тембр низкий, практически не подвержен изменениям.
- Мелодичность сохранена, прерывистость не выражена. Преобладают короткие паузы, заполняемые вдохами и выдохами различной продолжительности, в том числе, с глоточным сжатием.
- Звучание речи сдавленное, интенсификация гласных звуков.
- Интонации акцентные, интонационные, носят стереотипный характер.
- Ведущие модальности: поглощенность своими переживаниями, беспокойство, усталость, раздражение, опасение и страх.

Ипохондрический синдром эндогенного характера отличается большей стереотипностью просодики, меньшим динамизмом показателей, более узким спектром их изменений.

Кататонический синдром

Кататонический синдром является регрессивной формой поведения характерной приматам (реакция застывания – бегства). Он проявляется в двух формах: возбуждение – бурная нецеленаправленная активность с сужением сознания и, часто, агрессивными тенденциями; и ступоре – полной обездвиженности, невозможно-

сти контакта с больным при количественно неизменном сознании.

Для кататонического ступора характерен мутизм (молчание). Субступорозные состояния определяются низким темпом речи, без какой-либо динамики, снижением громкости без изменений, нарушением мелодичности речи. Преобладают продолжительные паузы без семантической наполненности, с большим количеством звуков без словесного оформления. Звучание речи неразборчивое, сдавленное с резко выраженной диспрозодией, крайне обедненными интонационными характеристиками. Модальность высказывания определяется с трудом, в большинстве случаев это – отрешенность, безразличие.

Для кататонического возбуждения характерно значительное ускорение темпа, повышение громкости речи. Преобладает высокий тембр, хаотическими нагромождениями различных обертонов, грубо нарушающих мелодичность речи. Речь прерывиста, паузы практически отсутствуют. Звучание речи характеризуется неразборчивостью и предельной слитностью, акцентированием согласных звуков, выраженными дисфонемией и дисфразией, неадекватностью интонационных характеристик контексту, их узким спектром. Преобладающие модальности беспокойство, напряженность, гнев, страх и т.д.

Микрокататоническими (указывающими на начальное, легкое или скрытое проявление расстройств) являются следующие паралингвистические признаки: монотонность речи, узкий диапазон и отсутствие изменений темпа и тембра, нарушенная мелодичность, выраженная прерывистость; короткие паузы, заполняемые звуками без словесного оформления и нечленораздельными звуками; сдавленность звучания, диспрозодия; узкий спектр интонационных характеристик, несоответствие их преобладающей модальности.

Конверсионные и диссоциативные расстройства

Для данных синдромов типично преобладание эмоциональной регуляции поведения, демонстративность, выраженная аффективная насыщенность, высокий эгоцентризм, отражение эмоциональных проблем в обратимых физических расстройствах – конверсия или рассогласование деятельности когнитивных структур (амнезия, расстройства сознания) – диссоциация.

Темп и громкость речи в средних значениях, но подвержены резким изменениям в широком диапазоне. Преобладают высокочастотные форманты. Мелодичность речи подвержена резким изменениям, выражена прерывистость. Преобладают короткие паузы, реже средней продолжительности, заполняемые вдохами и выдохами различной продолжительности, часто с глоточным сжатием; часто отмечаются междометия, резкие переходы от смеха к плачу, с широким диапазоном вокализации, покашливаниями. Звучание речи может включать широкий спектр характеристик с выраженным динамизмом. Нарушение дикции только на высоте аффектов. Ярко выражены интонационные характеристики с преобладанием аффективных. Ведущие модальности: демонстративность, поглощенность своими переживаниями, волнение, недовольство, боль и т.п.

Маниакальный синдром

Характерно повышенное настроение, двигательная расторможенность, ускоренное мышление, бурная социальная деятельность, многоречивость, завышение самооценки, облегченность, гиперсексуальность, отсутствие критики.

Приводим просодические характеристики маниакального синдрома:

- Темп речи всегда ускорен в различной степени. Характерны резкие изменения от незначительно ускоренного до *fuga idearum* (скачка идей).
- Громкость несколько повышена, характерны резкие ее изменения от крика до шепота, в связи с осиплостью голоса.
- Тембр голоса высокий, практически не меняется; выражено большое количество обертонов, в связи с утратой мелодичности и резкой прерывистостью. Паузы практически отсутствуют.
- Звучанию речи характерна прерывистость, неразборчивость и предельная слитность, нарушение дикции, связанные с небрежным и ускоренным артикулированием.
- Интонации экспрессивные и аффективные.
- Преобладающие модальности зависят от семантики переживаний и широко варьируют от радости, самоуверенности до раздражительности, гнева и т.д.

Неврозоподобный синдром

Паралингвистика синдрома может включать в себя особенности, описанные при астеническом, ананкастном и конверсионном синдромах. Главным отличительным признаком является наличие стигм микроорганического поражения мозга.

К ним относятся:

- сужение диапазона изменений основных параметров;
- снижение мелодичности речи;
- более выраженная прерывистость;
- преобладание коротких пауз без семантической наполненности;
- заполнение пауз нечленораздельными звуками без словесного оформления;
- неразборчивость звучания, более частые нарушения дикции вне аффективных переживаний;
- интенсификация согласных звуков;
- бедность интонационных характеристик;
- преобладание модальностей, указывающих на усталость, непонимание, беспомощность.

Психоорганический синдром

Синдром, как правило, необратим и характерен для органических заболеваний головного мозга и знаменует постепенный переход к слабоумию (глобальному снижению когнитивной деятельности). Для него типичны снижение памяти, расстройство интеллектуальной деятельности, неустойчивость эмоциональной сферы, грубое утрирование характерологических черт и постепенная утрата навыков и способностей (от профессиональных до самообслуживания).

При этом синдроме паралингвистические стигмы микроорганического поражения головного мозга приобретают максимальную полноту и выраженность и являются определяющими. Кроме того, необходимо особо выделить следующие характеристики:

- снижение темпа речи и громкости речи;
- наличие большого количества средних и продолжительных пауз;
- выраженные нарушения дикции, широкий спектр афатических расстройств.

Синдром личностных аномалий (психопатический, психопатоподобный)

Для синдрома типично наличие аномальных черт характера, отличающихся, постоянством, не поддающихся коррекции и грубо нарушающих социальную адаптацию. Данные черты возникают с детства (психопатические) или развиваются в результате заболеваний нервной системы (психопатоподобные). Наиболее часто встречаются эмоционально неустойчивые, тревожные, истерические и ананкастные расстройства. Паралингвистика синдрома определяется характером личностных расстройств и нозологической принадлежностью. Наиболее общими являются следующие признаки:

- несогласованность характера изменений темпа речи, тембра и громкости;
- дисгармоничность спектральных характеристик, нарушения мелодичности, выраженная прерывистость речи;
- преобладание коротких пауз, без семантического наполнения;
- узкий спектр интонаций, их стереотипность.

Синдром нарушенного сознания

Для данного синдрома характерно нарушение ориентировки больного в месте и времени, иногда, в собственной личности, наличие ярких галлюцинаторных переживаний, определяющих поведение и различная степень амнезии болезненных переживаний, невозможность продуктивного контакта и полный уход в болезненные переживания.

Приводим паралингвистические характеристики синдрома:

- Темп речи несколько снижен, имеет тенденцию к снижению, при периодически возникающих резких колебаниях в широком диапазоне, непродолжительных, ситуационно обусловленных.
- Громкость имеет средние значения, с изменениями, согласованными с таковыми темпа.
- Тембр характеризуется хаотической сменой формант, богатством обертонов, резко нарушающих мелодичность и усиливающих прерывистость.
- Паузы короткие и средней продолжительности, имеют тенденцию к нарастанию как по частоте, так и по времени, семантически выхолощенные.

Заполняются паузы большим количеством нечленораздельных звуков и звуков без словесного оформления, вдохами и выдохами нерегулярной продолжительности.

- Звучание речи неразборчивое, сдавленное, временами слитное, выражены нарушения дикции, интенсификация согласных.

- Выражено беспорядочное чередование различных интонаций и модальностей, их нагромождение, в отрыве от контекста высказывания.

Тревожный синдром

Для тревожного синдрома определяющими являются наличие выраженного беспокойства, неопределенного глобального страха витального характера, страха смерти или сумасшествия, внутреннее напряжение, возбуждение и широкий спектр вегетативных реакций (сердцебиение, озноб, мышечная дрожь, удушье, давление в груди, боль и жжение в животе и т.п.). Наиболее типичны для тревожного синдрома следующие характеристики:

- Темп речи и громкость в среднем незначительно повышены с резкими изменениями в широком диапазоне.

- Тембр голоса высокий с выраженными и резкими изменениями, большим количеством обертонов, нарушающих мелодичность. Выражена прерывистость.

- Паузы не выражены, преобладают короткие, заполняемые вдохами, в том числе, с глоточным сжатием, покашливаниями.

- Звучание речи сдавленное, с интенсификацией согласных, нарушениями дикции в виде дисфонемии, диспрозодии на высоте аффекта.

- Интонации акцентные и аффективные.

- Преобладающие модальности: напряженность, тревожность, опасение, беспокойство.

Особенности течения расстройства и его этап влияют при органических психических расстройствах на особенности просодии следующим образом:

- острое появление невротоподобных и психотических расстройств способствует более яркой и полной картине паралингвистических характеристик за счет выраженных аффективных расстройств;

- полнота клинической картины того или иного синдрома, его завершенность, дают более яркую просодическую картину;

- давность заболевания коррелирует с выраженностью органического поражения и характеризуется большей представленностью органических стигм в просодии. Изучение компьютерных динамических спектрограмм (аудиограмм), проведенное для всех больных группы, позволяет подтвердить и уточнить вышеприведенную картину и, главным образом, дать более детальные характеристики интонации.

Приводим наиболее типичные для органических психических расстройств особенности аудиограмм:

- специфические интонационные характеристики, указывающие на органическое поражение, нарастают от неврозоподобных расстройств (минимальная выраженность или отсутствие признаков) к дементным;

- тенденция к рваному характеру интонационного контура, дисгармоничный характер динамики частотных и амплитудных показателей;

- интонационная выхолощенность – уменьшение количественно просодических признаков в динамике, обеднение качественно, за счет невыраженности ряда характеристик, монотонный характер, бедная акцентуация.

- увеличение количества обертонов (шумы, нечленораздельные звуки).

2.2.3.3. Психолингвистический анализ речи больных

Целью психолингвистического анализа в рамках настоящего исследования являлось изучение психолингвистических индексов и речевых ошибок при различных видах расстройств. Исследование психолингвистических индексов позволяет сопоставлять лексико-морфологические характеристики речи с психологическими и клиническими особенностями пациента. Анализ речевых ошибок позволяет составлять представления об особенностях функционирования системы речепорождения, выявлять уровень, с которым связаны ошибки.

Нами исследовались два коэффициента: коэффициент Трейгера (Шлиссмана) и индекс прегнантности (директивности) Эртеля. Коэффициент Трейгера представляет собой отношение глаголов к прилагательным в единице текста (подсчет количества указанных морфологических параметров в 10-минутном фрагменте речи боль-

ного). Значение коэффициента не является постоянной величиной у одного и того же исследуемого и служит косвенной характеристикой эмоциональной насыщенности и стабильности, отражает насыщенность действиями когнитивных структур. Поскольку прилагательные возникли на более позднем периоде становления речи, их снижение (и как следствие – увеличение коэффициента) отражает элементы регресса речи, эмоциональную нестабильность, напряженную когнитивную деятельность. Кроме того, низкий уровень прилагательных подчеркивает склонность к алекситимии, активность процессов осмысления болезненного состояния. У здоровых лиц коэффициент характеризует соотношение в когнитивных структурах рефлексивности и активности деятельности, эмоционального и рационального. Важна оценка данного коэффициента в совокупности с другими семантико-синтаксическими показателями.

Индекс прегнантности (директивности) – соотношение количество слов А-экспрессии к общему количеству слов в единице текста. Слова и выражения А-экспрессии (прил.2.7) характеризуют степень прегнантности (доминантности) когнитивных структур пациента.

Высокий индекс прегнантности подчеркивает выраженность таких индивидуально-психологических характеристик как доминантность, стеничность, авторитарность, бескомпромиссность, самостоятельность в принятии решений, активность, склонность к действиям, а не размышлениям. Клинически данный коэффициент коррелирует с гипоманиакальным аффектом, экспансивностью переживаний, аффективной насыщенностью, активностью компенсаторно-защитных механизмов. Значения коэффициентов и речевые ошибки при анализе аудиозаписи психодиагностического интервью вносятся в специальную матрицу (прил.2.8). Как видно из матрицы, при изучении речевых ошибок заполняется специальная таблица, отражающая типы речевых ошибок, их количество в единице текста (10 мин.) и семантику речевого фрагмента, в котором обнаружена ошибка. Затем анализируются возможные причины речевых ошибок и уровень речепорождения, с которым связано их возникновение. Заключение отражает замечание по поводу преобладающего типа ошибок и уровня речепорождения в наибольшей степени претерпевающий воздействие патологического процесса.

Охарактеризуем типы речевых ошибок, изучаемые в данном исследовании

1) Оговорки

К ним относятся: подстановка, перестановка, опущение, добавление и замещение.

- Подстановка – речевая ошибка, при которой происходит дополнение слова звуком или слогом, присутствующим в нормальной структуре другого слова в том же предложении.

Например: «как в виртуальном ви[р]дении».

- Перестановка – замена местами звуков (слогов) как в одном слове, так и в разных словах в рамках предложения.

Например: «глестящая, бладкая поверхность», вместо

«блестящая гладкая поверхность»;

«перемутомление» вместо «переутомление».

- Опущение – выпадение из слова звука или слога. Сюда же относится «проглатывание» окончаний слов.

- Добавление – прибавление к слову звука или слова в любой части слова.

- Замещение – замена звука (слога) на другой в рамках одного слова.

Оговорки происходят, главным образом, на четвертом уровне системы речепорождения – уровне моторной программы синтагмы (моторно-кинетическое программирование и выбор артикулем) и могут быть связаны с первым – внутренней смысловой программой.

2) Повторы

В настоящем исследовании мы выделяли повторы:

а) звуков и слогов;

б) слов и словосочетаний.

Повтор звуков и слогов связан нарушениями на четвертом уровне системы речепорождения. Повтор слов и словосочетаний, на наш взгляд, может быть связан со всеми первыми тремя уровнями, в зависимости от характера повтора и контекста. В дальнейшем, мы проиллюстрируем данную гипотезу.

3) Исправления (коррекция)

Коррекция предполагает поправки, включаемые самим говорящим по ходу высказывания, с целью исправления как структуры слов, так и порядка слов в рамках предложения. Коррекция связана с третьим уровнем речепорождения – уровнем лексико-

грамматической структуры предложения, где происходит грамматическое структурирование и выбор слов по форме (лексем) и, в меньшей степени, с четвертым уровнем.

4) Фальстарт (колебания)

При данном типе речевой ошибки происходит обрыв предложения в самом его начале, поскольку оно порождено преждевременно и нет логических и смысловых обоснований данной информации. Как правило, оборванное предложение следует несколько позднее по ходу сообщения. Данная речевая ошибка связана с первым уровнем речепорождения – внутренней смысловой программой высказывания.

5) Паузы

В контексте данного исследования мы рассматривали паузы, появление которых не было обусловлено ни синтаксически (конец предложения, фразы), ни семантически (астенизация, сокрытие переживаний, отреагирование эмоций и т.д.). Данный вид пауз связан с первым и вторым (семантическая структура предложения) уровнями речепорождения.

б) Нарушения дикции

Связаны с четвертым уровнем речепорождения и включают в себя дисфонемию, дисфразию и диспрозодию.

Изучение речевых ошибок в сообщении пациента представляет значительный интерес, поскольку их анализ позволяет получить большое количество различной информации об особенностях речевого поведения.

Во-первых, речевые ошибки способствуют уточнению и дополнению вербальной семантики сообщения. Представим семантическую интерпретацию речевых ошибок. Оговорки могут толковаться: 1) как следствие значительного эмоционального напряжения пациента в силу аффективной насыщенности описываемых переживаний, их субъективной значимости; 2) как следствие астенизации пациента и ослабления речевого самоконтроля; 3) психоаналитически – как проявления вытесняемых и конкурирующих тенденций, в случае, если в результате оговорки получается совершенно другое слово со своей семантикой, отличной от планируемого говорящим. Аналогичным образом интерпретируются коррекции. Фальстарт указывает на: 1) значительную скорость и эмоциональную насыщенность описываемых переживаний; 2) стремление диссимулировать эти переживания – в случае, если в дальнейшем па-

циент не возвращается к данной тематике, то есть создается впечатление, что пациент «проговорился», но вовремя себя остановил.

Повторы слов и словосочетаний, если они семантически обоснованы, указывают на подчеркивание важности и субъективной значимости данного элемента сообщения. Повторы звуков и слогов, как правило, семантически не обоснованы и указывают на определенные проблемы фонационно-артикуляционного уровня различного генеза (логоневроз, моторная афазия, различные органические поражения головного мозга).

Нарушения дикции указывают на: 1) аффективную насыщенность описываемых переживаний; 2) различные органические поражения головного мозга; 3) патологию фонационно-артикуляционного аппарата или органов слуха.

Паузы без семантико-синтаксического обоснования указывают на снижение когнитивной активности, ее дефицитарный характер по причине интеллектуально-мнестического снижения или патологии эмоционально-волевой сферы.

Во-вторых, речевые ошибки вносят свой вклад как в просодическую картину высказывания, так и в просодическую семантику.

И, в третьих, изучение речевых ошибок позволяет соотносить их с тем уровнем в системе речепорождения, на котором они возникают при данной патологии, и таким образом, составлять представления об особенностях функционирования механизмов порождения речи и уровнях синтаксиса при данном психическом расстройстве. В настоящей работе мы использовали схему речепорождения Ахутиной Т.В. (1989) [17]. В предыдущем разделе нами были описаны речевые ошибки и их соотнесенность с уровнями речепорождения в контрольных группах.

2.2.3.4. Семантико-синтаксический анализ речи больных

Задачей семантико-синтаксического анализа является раскрытие взаимосвязей между формой и содержанием высказывания – синтаксической структурой и семантикой вербального сообщения. В нашем исследовании семантико-синтаксический анализ складывался из двух основных моментов: 1) изучение синтаксических характеристик речи больных; 2) изучение семантико-синтаксических показателей.

Приводим краткое описание этих синтаксических характеристик [18].

К синтаксическим единицам относят: словосочетание, предложение, сложное синтаксическое целое. Наибольший интерес для целей нашего исследования представляет предложение – основная единица синтаксиса, в которой находят свое выражение наиболее существенные функции языка: познавательная, экспрессивная, коммуникативная.

Основные виды синтаксической связи, проявляющиеся в предложениях – сочинение и подчинение, выражают смысловые отношения между предметами и явлениями действительности. При сочинении объединятся синтаксически равноправные компоненты, при подчинении – неравноправные, один из которых главный, а другой – зависимый.

Синтаксические отношения определяются предикативностью – специфической характеристикой отношений между компонентами предложения, указывающей на степень соотношения содержания предложения к действительности. Выделяют предикативные отношения характерные для грамматической основы предложения (подлежащее и сказуемое) и непредикативные: сочинительные и подчинительные (атрибутивные, объективные и обстоятельственные).

Средства синтаксической связи служат для построения синтаксических единиц и оформления синтаксических связей и отношений (словоформы, служебные слова, типизированные лексические элементы, интонация, порядок слов). При анализе аудиозаписи психодиагностического интервью определялось качественное соотношение синтаксических единиц, преобладающие виды синтаксических связей и отношений.

Количественный анализ синтаксических особенностей воплощен в определении семантико-синтаксических показателей, которые вносились в специальную Матрицу семантико-синтаксического анализа речи больного (прил. 2.9). Следует еще раз уточнить, что семантико-синтаксическому анализу подвергается фрагмент речи продолжительностью до 10 мин. и по своему характеру приближающийся к монологичной. Это обстоятельство немаловажно, поскольку диалогическая речь в значительной степени отличается по синтаксическим характеристикам и ее анализ невозможен без учета особенностей всех участников диалога (в данном случае и врача-

исследователя), что в значительной степени затрудняет работу и создает массу дополнительных аспектов, не входящих в рамки настоящего исследования.

Приводим описание исследуемых семантико-синтаксических показателей.

1) Информативная плотность текста – показатель, характеризующий величину соотношения общего количества предикатов к общему количеству предложений в единице текста. Предикаты – члены предложения, выступающие в роли сказуемого (чаще – глаголы) и характеризующие действия и события, описываемые в нем. Поэтому можно говорить, что информативная плотность – это насыщенность текста действиями и событиями, что отражает активность функционирования когнитивных структур.

2) Соотношение простых и сложных предложений в тексте, выраженное в процентах. Количество сложных предложений в тексте характеризует степень его синтаксической сложности, а следовательно, указывает на уровень дифференцированности и сложности когнитивной активности.

3) Предикативный состав текста:

а) соотношение простых и составных глагольных сказуемых, выраженное в процентах.

Простые предикаты – выраженные одним словом, *составные* – несколькими (чаще двумя), например: пошел погулять, стал прислушиваться, захотел узнать и т.п. Выраженность составных предикатов коррелирует с синтаксической сложностью.

б) неполная реализация предиката – опущение фрагмента в целях упрощения текста, в тех случаях, когда он явно подразумевается, исходя из контекста. Например: «Все вышли на улицу, и я тоже». Неполная реализация предиката – свидетельство синтаксической неполноты, зачастую без ущерба полноте семантической. Признак характерный для разговорной речи.

4) Анализ субъектов (действующих лиц) текста, состоит из анализа общего количества и процентного в нем соотношения субъектов, выраженных именами существительными и местоимениями. Качественный состав субъектов характеризует уровень эгоцентричности речи (преобладание местоимений), степень определенности действующих лиц, индивидуальные особенности восприятия и т.п. Количественный анализ субъектов дает следующий коэффициент.

5) Соотношение общего количества субъектов к общему количеству предикатов в единице текста.

Данный показатель отображает одновременно как опредмеченность (привязку к конкретным действующим лицам) действия, так и активность субъектов данного сообщения. Для правильной интерпретации данного показателя его нужно оценивать в совокупности с информативной плотностью текста.

6) Новизна текста.

Данный показатель введен нами и представляет собой отношение суммы субъектов и предикатов ремы (новая для слушателя информация в данном фрагменте текста) к сумме субъектов и предикатов темы (информация известная собеседникам или слушателям из общего контекста). Новизна текста отражает уровень новой информации, что характеризует когнитивную активность, творчество (в т.ч. патологическое), оригинальность мышления и т.п. При тенденции к снижению показателя соответственно снижаются все указанные характеристики. Его значительное повышение в клинике психических расстройств указывает на интенсивность болезненной продукции.

7) Разница: новизна – информативная плотность.

Данный показатель введен нами для оценки модального значения, характеризующего степень информационной избыточности текста, не несущей в себе нового и, обусловленную особенностями синтаксиса разговорной речи. Описанная разница возрастает при речевых повторах (различных вариантах стереотипий, обстоятельности).

8) Семантико-синтаксическая полнота текста.

Показатель введен нами и представляет собой половину суммы семантически и синтаксически неполных предложений (или их фрагментов) в единице текста, вычтенную из общего количества предложений, выраженную в процентах. Данный показатель характеризует полноценность функционирования когнитивных структур, качество и полноту отражения объективной реальности в мышлении субъекта.

9) Семантико-синтаксическая диссоциация – количество предложений в тексте с несоответствием семантики и синтаксиса (тематические соскальзывания, разорванность), выраженное в процентах. Данный показатель введен нами для оценки выраженности

указанных расстройств мышления, специфичных для шизофрении и шизофреноподобных расстройств различной этиологии.

10) Синтаксический строй предложения.

Изучение синтаксического строя предложения предполагает определение процентного соотношения предложений с прямым и инверсированным строем. Прямой синтаксический строй предполагает определенный порядок: субъект – предикат – дополнение – обстоятельство. При инверсии данный порядок нарушается. Согласно нашей гипотезе, увеличение количества инверсированных предложений свидетельствует о регрессе мышления и речи (и соответственно, сознания), что наблюдается при органических поражениях головного мозга (в качестве постоянного и прогрессирующего признака) и в клинике острых психотических расстройств (как временная характеристика), при аффектах, а также, более часто, в диалогической речи.

После определения и анализа семантико-синтаксических показателей формулируются характерные особенности, на основании которых, в дальнейшем выделяются типичные для каждой исследуемой группы признаки.

2.2.3.5. Семантико-прагматический анализ речи больных

Изучение прагматики речевого поведения предполагает определение особенностей отношения говорящего (пациента) к предмету сообщения, выявление мотиваций и целей реализуемых в ходе коммуникаций. Семантико-прагматический анализ предполагает исследование соотношений прагматики и семантики текста, способы и характер реализации субъективных смыслов в речи больного, взаимомодифицирующее влияние собеседников на речевое поведение, взаимодействие семантик различных речевых коммуникативных стратегий. В настоящем исследовании мы изучали следующие семантико-прагматические особенности речи больных:

- 1) Тип речевых актов и их роль в выражении той или иной семантики речевых действий в исследуемом фрагменте речевого сообщения.

- 2) Перлокутивно-иллокутивные соотношения.

- 3) Характер модифицирующего действия исследователя на роль пациента в ходе коммуникации.

Результаты семантико-прагматического анализа вносились в специальную матрицу (прил. 2.10). Приводим характеристики изучаемых семантико-прагматических особенностей речи.

С позиции теории речевых актов любое речевое сообщение рассматривается как действие, имеющее свой мотив, цель, форму выражения. Выделяется пять типов речевых актов: ассертивы, комиссивы, директивы, декларативы и экспрессивы. Подробное описание таких речевых актов приведены нами в Разделе I. Структурно речевые акты подразделяются на три составляющих: иллокуция – часть сообщения, позволяющая судить о мотивах, побуждающих пациента к общению, целях которые ставятся им в процессе коммуникации; локуция – часть сообщения, в которой непосредственно выражена информация, адресованная слушателю (врачу – исследователю) и перлокуция – результат речевого акта, слагаемый из двух компонентов: конечного результата, – оформленного и воплощенного в речевое поведение смысла сообщения говорящего (пациента) и интерпретации семантики сообщения слушающим (врачом-исследователем).

При этом смысл сообщения рассматривается как слагаемое всех трех семантик речевого поведения: вербальной, просодической и кинесической. Особенности взаимоотношений этих разно-модальных семантик в зависимости от контекста сообщения отражаются в специальной матрице (см. прил. 2.11.), с учетом результатов исследований соответствующих аспектов речевого поведения и в соотнесении с клиническими характеристиками.

Модифицирующее воздействие речевого поведения врача на речевое поведение пациента в ходе психодиагностического интервью изучается в зависимости от коммуникативных стратегий врача и пациента, их соответствия, гибкости и динамичности, а также характера взаимоотношений в системе «врач-пациент», с учетом как объективных, так и субъективных факторов. Мы выделяем следующие коммуникативные стратегии врача:

- патерналистская – авторитарность и доминантность;
- экспертная;
- эмпатичное выслушивание;
- поддерживающе-помогающая;
- фасилитирующая (стимуляция более полного раскрытия пациентом своих переживаний);

- корригирующая (психокоррекция, психотерапевтическая интервенция, манипулирование).

Пациент, в ходе коммуникации, может проявлять себя в следующих стратегиях:

- уход в болезненные переживания;
- сокрытие болезненных переживаний (диссимуляция);
- апелляция к помощи, с раскрытием болезненных переживаний (в той или иной степени);
- неадекватность и непоследовательность;
- манипулирование и рентные установки;
- симуляция и сюрсимуляция.

Характеристики речевого поведения в зависимости от коммуникативных стратегий будут приведены в дальнейшем, при описании конкретных психических расстройств.

2.2.4. Анализ выявляемых особенностей речевого поведения по исследуемым группам (4-й этап)

На заключительном этапе изучения речевого поведения суммируются и интерпретируются результаты особенностей по различным аспектам с учетом разномодальных семантик и клинических характеристик исследуемого пациента. Затем анализируются особенности речевого поведения в группе в целом, как качественно, так и количественно, данные сопоставляются с результатами контрольной группы – в результате чего выделяются дополнительные диагностические критерии того или иного расстройства. С целью получения дифференциально-диагностических критериев, осуществляется сопоставление результатов различных групп между собой. При этом используются методы статистического анализа.

Статистическую обработку данных производили при помощи пакета программ “Statistica-5.0”. Полученные значения проверяли на нормальность с помощью W-критерия Шапиро-Вилкса и, в зависимости от результатов оценки, применяли параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (U-критерий Вилкоксона) критерии для сравнения независимых выборочных средних (т.к. данные не были связаны попарно и выборки в некоторых случаях отличались количественно). В последующем, при изложении результатов исследований речевого поведения, для удобства восприятия материала, мы будем опускать таблицы и цифровые данные,

указывающие на исследования достоверности различий по изучаемым параметрам и будем ограничиваться лишь указаниями на их качественный характер.

Помимо выявления диагностических и дифференциально-диагностических критериев речевого поведения наиболее значимым, в рамках настоящего исследования, является изучение особенностей соотношения разномодальных семантик: вербальной, кинесической и просодической. Для этого в каждой группе исследуются следующие три основных момента:

1) Описание вариантов взаимодействия семантик с указанием наиболее типичных и преобладающих при данной патологии; сопоставление с контрольной группой.

2) Качественное описание особенностей семантик и их взаимодействия и взаимодополнения с указанием результатов клинико-этологического исследования (для кинесики), паралингвистического анализа (для просодии), психосемантического и семантико-прагматического анализа (для вербальной семантики).

3) Описание количественных характеристик различных аспектов речевого поведения в их сопоставлении с нормой и другими группами. При этом предполагается, что общая семантика речевого поведения складывается из суммы трех разномодальных характеристик. Для описания количественного значения семантик мы использовали ряд основных показателей:

- для кинесики:

- 1) средняя динамика показателей по каналу мимики;
- 2) средняя динамика показателей по позному каналу;
- 3) средняя динамика показателей по каналу жеста.

- для просодии:

- 1) средняя динамика темпа речи;
- 2) средняя динамика основного тона;

- для вербальной семантики:

- 1) информативная плотность;
- 2) новизна текста;
- 3) семантико-синтаксическая полнота.

В последующем учитывалась количественная динамика указанных показателей (в %) при различных психических расстройствах, по сравнению с данными здоровых лиц.

РАЗДЕЛ III

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

В данном разделе мы приводим наиболее характерные черты речевого поведения здоровых обследуемых, принципиально значимые для сопоставления их с аналогичными данными обследуемых групп больных. При этом дается сравнение особенностей по двум отличным друг от друга подгруппам: здоровые взрослые и дети.

В отличие от больных, в данной подгруппе не проводилось клиническое исследование и осуществлялось единственное интервьюирование, которое и подвергалось аудиозаписи. Однако интервьюированию предшествовала специальная работа по исключению у данных лиц психической и соматической патологии: краткая беседа с исследуемыми или их родителями (в группе детей), изучение медицинской документации (диспансерные карты, амбулаторные карты). Особенности интервью и его структура описаны нами в соответствующем разделе.

3.1. Кинесические (этологические) особенности

Невербальное поведение исследуемых, изучаемое как совокупность признаков по трем основным каналам – мимическому, позному и жестовому, отражает когнитивную активность, эмоционально-волевою сферу, позволяет судить о мотивационных тенденциях и психическом состоянии в целом. Семантика, которую оно несет, ценна сама по себе и без связи с вербальным поведением, что ярко демонстрирует целый ряд работ проведенных под руководством профессора В.П. Самохвалова и представленных в обзоре литературы. Однако, к настоящему времени, остаются неизученными проблемы взаимодействия вербальной и невербальной семантик в рамках речевого поведения. Исследования в группе лиц контрольной группы, как взрослых, так и детей, показывают значительную активизацию собственно невербального поведения в процессе речевой активности. При этом мы отмечали следующие варианты взаимодействия невербальной (кинесической) и вербальной семантик:

1) полное соответствие и взаимодополнение – встречаемое наиболее часто, когда кинесика иллюстрировала вербальную семантику, оттеняя отдельные аспекты и нюансы вербального сообщения; служила, своего рода дополнительным эмоциональным фактором, создающим смысловое дополнение и уточнение, и как следствие, некоторое внутреннее переструктурирование. Данный вариант обозначен нами как семантико-синтаксическая интеграция;

2) второй вариант назван нами подчиненным дополнением – невербальная семантика несет в себе дополнительное сообщение, вытекающее из основного (вербального) и отражающее связанные с ним эмоциональные реакции, оценочные суждения, мотивации. Например, вербальное сообщение исследуемого несет в себе информацию о некоем событии, описываемом аффективно нейтрально, в то же время невербальные признаки демонстрируют широкий спектр эмоциональных реакций. Фраза исследуемого Г.: «На придирки и явную недоброжелательность с ее стороны я реагирую спокойно» сопровождается мимическим комплексом раздражения (неполный вариант комплекса гнева); реакцией плеча, сжиманием пальцев в кулак и скрещиванием голени, что подчеркивает стремление скрыть агрессию, вполне логично вытекающую из контекста. Данный вариант встречался в контрольной группе при обсуждении конфликтных, фрустрирующих ситуаций.

3) Третий вариант – конкурирующие тенденции – семантики рассогласованы, несут в себе равноценную по значимости информацию. Подобный вариант встречается при стремлении скрыть некие сведения, недостаточную искренность, желание уйти от фрустрирующей темы, борьбе мотивов, недостаточной мотивации к беседе в силу различных причин. Например: При обсуждении темы супружеских взаимоотношений вербальная семантика исследуемого Я. содержит описание несущественных и формальных событий, в то время как на протяжении всего контекста отмечаются выраженные признаки тревоги и стремления скрыть свои переживания: мимика напряжения, жесты латентной тревоги, аутогруминг, частая смена поз со скрещиванием всех конечностей, избегание глазного контакта.

Описанные варианты в дальнейшем рассматриваются при различных видах психических расстройств в качестве основных и будут дополнены патологическими формами взаимодействия семантик.

Для сопоставления кинесических особенностей речевого поведения в норме и при патологии наиболее существенными являются следующие моменты:

1) динамика кинесических характеристик в единицу времени – среднее количество комплексов по каналам мимика – поза – жест за 1 мин;

2) преобладающие кинесические характеристики – признаки с наибольшей вероятностью возникновения;

3) кинесические особенности в зависимости от ведущего контекста речи;

Показатели кинесики контрольной группы приведены нами в табл. 3.1.

Таблица 3.1 Показатели динамики кинесических характеристик речевого поведения лиц контрольной группы

Группы исследуемых	Количество кинесических комплексов за 1 мин. в абс.ед. и процентные соотношения по каналам		
	мимика	поза	жест
Взрослые	1,21 ± 0,09 49,4%	0,51 ± 0,06 20,8%	0,73 ± 0,07 29,8%
Дети	1,34 ± 0,05 51%	0,69 ± 0,09 26,2%	0,6 ± 0,08 22,8%

Как видно из таблицы, наибольшую информационную нагрузку в обеих группах несет мимический канал (49,4% - у взрослых и 51% - у детей), затем следует жестовый канал у взрослых и позный у детей (соответственно 29,8% и 26,2%). Наименьшую информативность содержит динамика позы у взрослых и жеста у детей (20,8% и 22,8%). Следует подчеркнуть, что отличия динамики по различным каналам у взрослых и детей не являются статистически достоверными.

Преобладающими позами речевого поведения у взрослых были следующие: наездника (0,58), Будды (0,45), фараона (0,28), кучера (0,23), откинувшаяся (0,22); у детей: наездника (0,33), откинувшаяся (0,32), Будды (0,25), фараона и кучера (по 0,13). По мимическим комплексам у взрослых и детей преобладали: внимание (0,32 и 0,25 соответственно), интерес (0,25 и 0,28), улыбка (0,37 и 0,4), задумчивость (0,23 и 0,21) и напряженность (0,17 и 0,13). Преобладаю-

щими у взрослых были отмечены жест-акцент (0,73), обращения (0,28), задумчивость (0,27), одобрения (0,35); у детей – жест-акцент (0,62), одобрения (0,27), обращения (0,25), задумчивость (0,18).

Наиболее выраженная динамика и широкий спектр кинесических характеристик отмечается у исследуемых контрольной группы при обсуждении конфликтных ситуаций, актуальных проблем и механизмов компенсации.

3.2. Психосемантические особенности

Психосемантическое исследование речевого поведения в контрольной группе предполагает: у взрослых – изучение основных интрапсихических и межперсональных конфликтов и механизмов психологической защиты, с помощью которых достигается компенсация состояния, а также феномена алекситимии; у детей – психосемантическое, в т.ч. психоаналитическое изучение сновидений. Результаты исследования психосемантики сновидений у детей будут приведены нами при сопоставлении их с аналогичными данными детей с невротическими расстройствами.

Исследование группы здоровых взрослых выявило следующие основные типы конфликтных ситуаций, затрудняющих адаптивное функционирование в микросоциуме:

- 1) проблемы, связанные с социальными обстоятельствами (материально-бытовые, производственные конфликты) (76%);
- 2) проблемы личностно-семейного характера (52%) и
- 3) интрапсихические проблемы (наличие определенных «комплексов» - застенчивость, неуверенность в себе, недоверие к другим людям и т.п.; фрустрация ожиданий, неуверенность в будущем) (40%).

У 24% обследуемых на момент интервьюирования актуальными являлись конфликтные ситуации всех 3-х типов; у 44% - двух типов, однако удавалось достичь компенсации состояния при различной степени напряженности адаптационных механизмов. При этом в качестве ведущих механизмов психологической защиты выступали следующие: рационализация (72%), подавление (44%), сублимация (36%), интеллектуализация (32%), и проекция (28%).

Изучение алекситимии с помощью разработанного нами глоссария выявило умеренно выраженные ее проявления (от 8 до 15 баллов) у 6 исследуемых (12% от группы). В данном случае речь

идет о первичной алекситимии, связанной с индивидуальными особенностями личности обследуемых, их ригидным и ограниченным коммуникативным репертуаром. У всех лиц с алекситимией отмечалась значительная напряженность функционирования адаптивно-приспособительных механизмов. Ведущими механизмами психологической защиты были диссоциация, идентификация и регрессия. Указанные обстоятельства позволяют прогнозировать высокий риск развития невротических и соматоформных расстройств в данной группе, и, следовательно, указывают на необходимость проведения первичной психопрофилактической работы.

3.3. Паралингвистические особенности

Семантика просодического компонента речевого поведения, слагаемая из комплексной оценки основных паралингвистических характеристик, интонации, ведущих модальностей, так же как и семантика кинесическая, взаимодействует у лиц контрольной группы с семантикой вербальной в рамках трех основных вариантов: семантико-синтаксической интеграции, подчиненного дополнения и конкурирующих тенденций. В отличие от кинесической семантики, привносящей в речевое поведение биологические аспекты коммуникации, семантика просодическая наполняет сообщение субъекта тонкими аспектами личностного характера, и, в первую очередь, субъективным смыслом. В задачи настоящего исследования не входит детальное описание паралингвистических характеристик различных аспектов психофизического состояния и эмоциональных особенностей, постольку в дальнейшем нами будут рассматриваться отдельные просодические синдромы в рамках различных психических расстройств, которые в той или иной степени представляют собой количественные и/или качественные изменения просодии речи у здоровых. Приводим данные о динамике основных паралингвистических показателей и характеристик пауз у лиц контрольной группы, необходимые для сравнительного анализа аналогичных показателей при различных психических расстройствах (табл.3.2).

Как видно из табл. 3.2. динамика основного тона и темпа у детей несколько выше, чем у взрослых, причем в последнем случае эти различия статистически достоверны. У детей также больше общее количество пауз, главным образом, за счет коротких.

Объективное изучение паралингвистических характеристик в их динамике посредством получения и анализа динамических спектрограмм иллюстрируется на рис.3.1, где в качестве примера приведены фрагменты аудиограмм взрослого 24 лет и ребенка 12 лет.

Таблица 3.2 Характеристика динамики основных паралингвистических показателей и особенностей пауз у лиц контрольной группы

Изучаемые показатели	Исследуемые подгруппы	
	Взрослые	Дети
Среднее количество изменений темпа речи за 1 мин.	1,11 ± 0,09	1,34 ± 0,07*
Среднее количество изменений основного тона за 1 мин.	1,14 ± 0,08	1,29 ± 0,05
Паузы (среднее количество в 1 мин.)		
короткие		
абс.ед.	14,73	61,5
%	17,78	70,8
средние		
абс.ед.	8,24	34,4
%	5,17	20,6
длинные		
абс.ед.	0,92	3,8
%	1,73	6,9
сверхдлинные		
абс. ед.	0,08	0,3
%	0,42	1,7
В с е г о	23,97	25,1

Примечание: 1)* - различия достоверны ($P < 0,05$);

Под спектрограммой мы приводим синхронный текст речи исследуемого. Как видно из рис.3.1, изучение аудиограммы позволяет объективно оценить следующие показатели:

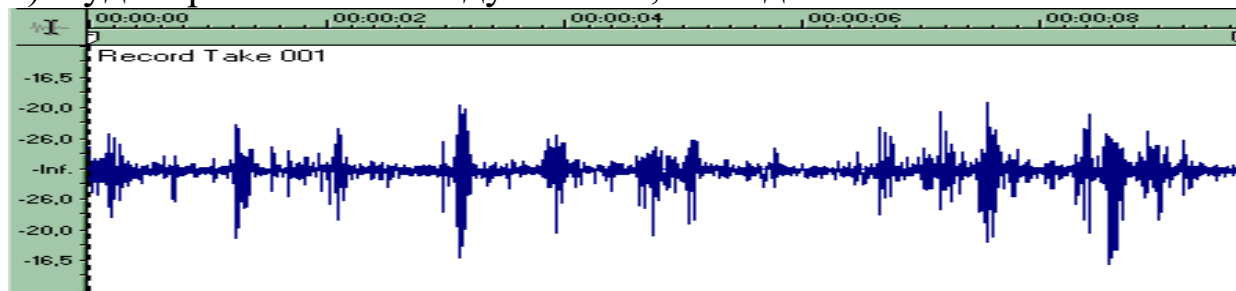
- темп речи (по горизонтальной шкале указано время, под строкой в тексте речи – количество слов). В наших случаях: 132 слова/мин и 96 слов/мин;

- основной тон (амплитуда колебаний по вертикальной шкале);

- продолжительность пауз (фрагменты, где присутствует только фоновый шум);
- частотные характеристики (расстояние между отдельными волнами по горизонтальной шкале);
- особенности интонационного контура – характер амплитудно-временной динамики спектрограммы, ее разнообразие и интенсивность;

Рис.3.1. Аудиограммы лиц контрольной группы.

а) Аудиограмма 1. Исследуемый Г., 24 года

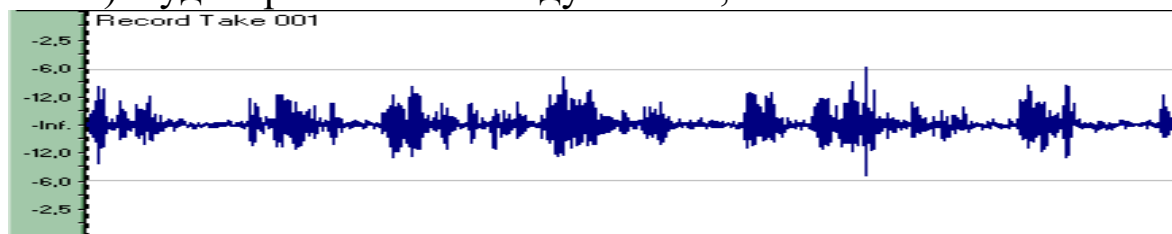


Текст речи больного.

Ну несомненно, да, вот остались так вот две собаки, ну, вот из воспоминаний детства, одна и большая и грязная, одна вот маленькая...

Рис.3.1. Аудиограммы лиц контрольной группы.

б) Аудиограмма 2. Исследуемый К, 12 лет.



Текст речи.

Выкопали - а там это...лежат всякие такие сокровища и мы набрали этих сокровищ но не все.

Под спектрограммой мы приводим синхронный текст речи исследуемого. Как видно из рис.3.1, изучение аудиограммы позволяет объективно оценить следующие показатели:

- темп речи (по горизонтальной шкале указано время, под строкой в тексте речи – количество слов). В наших случаях: 132 слова/мин и 96 слов/мин;
- основной тон (амплитуда колебаний по вертикальной шкале);
- продолжительность пауз (фрагменты, где присутствует только фоновый шум);
- частотные характеристики (расстояние между отдельными волнами по горизонтальной шкале);

- особенности интонационного контура – характер амплитудно-временной динамики спектрограммы, ее разнообразие и интенсивность;

- наличие акцентов и выделений отдельных слов.

Анализ субъективного и объективного анализа того или иного фрагмента речи суммируется и графически воплощается с помощью символов дискурсивной транскрипции. Примеры применения транскрипции будут приведены нами при подробной клинической иллюстрации особенностей речевого поведения в каждом из последующих разделов, описывающих отдельные виды психических расстройств.

Взаимодействия просодической семантики речевого поведения здоровых лиц с вербальной и кинесической описываются в рамках трех вариантов, описанных нами ранее.

3.4. Психолингвистические особенности

Изучение и интерпретация психолингвистических коэффициентов (Трейгера и индекса прегнантности Эртеля) в норме (у лиц контрольной группы) и не входили в задачу настоящего исследования, поскольку это является отдельной проблемой. Значение и динамика указанных коэффициентов связаны со следующими факторами:

- индивидуальные личностные особенности;
- общее психофизическое состояние индивида;
- уровень адаптации в микросоциуме, ведущие мотивационные и установочные характеристики личности на данный момент;
- состоянием эмоциональной сферы;
- индивидуальной значимостью обсуждаемого материала;
- возрастом и, в меньшей степени, полом обследуемого.

Поэтому, мы определяли значения психолингвистических показателей, главным образом для сопоставления с аналогичными показателями у больных с различными психическими расстройствами. Значения психолингвистических показателей лиц контрольной группы приведены нами в табл. 3.4. и 3.5.

Изучение речевых ошибок в контрольной группе показало, что увеличение их количества связано, в основном, с тремя моментами:

1) инициальным периодом интервьюирования, когда существует некоторое напряжение в связи с самим фактом беседы (в частности, ее аудиозаписью);

2) контекстом беседы, связанным с эмоционально насыщенными переживаниями, описанием конфликтных, психотравмирующих ситуаций и т.п.;

3) с наступающим утомлением, ближе к концу беседы.

Время появления речевых ошибок и их выраженность зависят от речевой активности исследуемого, объема и степени сложности и субъективной значимости сообщаемой им информации, исходного психофизического состояния и коммуникативных стратегий как исследуемого, так и исследователя. Так, например, согласно нашим наблюдениям, наибольшее количество речевых ошибок наблюдается при патерналистской стратегии и жесткой фасилитации исследователем, в сочетании со стремлением исследуемого скрывать часть своих переживаний, либо манипулировать исследователем.

Среднее количество речевых ошибок в зависимости от их видов приведены нами в табл. 3.3.

Таблица 3.3 Речевые ошибки лиц контрольной группы

Виды речевых ошибок	Среднее количество речевых ошибок в 1 мин.	
	Взрослые	Дети
1. Оговорки	0,86	1,15
в том числе:		
подстановка	0,09	0,18
перестановка	0,21	0,29
опущение	0,33	0,46
добавление	0,13	0,13
замещение	0,12	0,19
2. Коррекция	0,47	1,76
3. Фальстарт	0,21	1,03
4. Повторы	0,32	0,41
в том числе:		
звуков и слогов	0,11	0,41
слов и словосочетаний	0,21	0,32
5. Нарушения дикции	0,06	0,13
в том числе:		
дислексия	0,05	0,1
дисфразия	0,01	0,03
диспрозодия	0	0
6. Паузы без семантико-синтаксической обоснованности	0,23	0,27
7. Всего речевых ошибок	2,15	4,75

Как видно из табл. 3.3, у детей в контрольной группе речевых ошибок всех видов больше, чем у взрослых. Это обстоятельство объясняется, скорее всего, функциональной незрелостью системы речепорождения у детей, ее меньшей толерантностью к различного рода нагрузкам.

3.5. Семантико-синтаксические особенности

Детальное изучение синтаксических характеристик речи лиц контрольной группы не входило в задачи настоящего исследования. Для сопоставления указанных особенностей речевого поведения в норме, и при различных формах психической патологии, определялись семантико-синтаксические показатели, приведенные в табл.3.4. и табл.3.5.

Таблица 3.4 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели взрослых лиц контрольной группы

Исследуемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	50	1,620	1,200	2,24
S1	50	34,296	16,600	55,00
PR/S	50	7,910	0,000	17,10
PR/N	50	3,551	0,000	15,20
S/S	50	48,945	9,000	72,00
S/M	50	51,070	28,000	91,00
S/PR	50	0,546	0,370	0,72
N	50	1,602	1,330	2,00
N-I	50	0,017	0,490	0,43
SSP	50	96,188	88,800	100,00
SSD	50	0,000	0,00	0,00
INV	50	1,689	0,00	6,00
KT	50	1,950	1,00	4,20
ИП	50	1,144	0,00	4,10

Таблица 3.5 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели детей контрольной группы

Исследуемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	50	1,41050	0,50000	2,4200
S1	50	27,75625	0,00000	57,1000
PR/S	50	3,45250	0,00000	14,3000
PR/N	50	2,13000	0,00000	12,4000
S/S	50	41,15750	0,00000	100,0000
S/M	50	58,84250	0,00000	100,0000
S/PR	50	0,78725	0,53000	1,2500
N	50	1,38950	1,10000	1,9000
N-I	50	-1,03525	-1,15000	0,9000
SSP	50	94,86750	75,0000	100,0000
SSD	50	0,00000	0,00000	0,0000
INV	50	0,92875	0,00000	6,2500
КТ	50	4,79500	0,28000	14,0000
ИД	50	0,46850	0,00000	4,2200

Для установления диагностической и дифференциально-диагностической значимости указанных семантико-синтаксических и психолингвистических показателей нами будет производиться определение достоверности их различия между отдельными формами психической патологии и с контролем.

Примечание: В табл. 3.4. – 3.5. и далее во всех таблицах, описывающих семантико-синтаксические и психолингвистические показатели и достоверность их различий в исследуемых группах больных, используются следующие условные обозначения:

- I – информативная плотность текста;
- S1 – количество сложных предложений в тексте;
- PRS – количество составных глагольных предикатов;
- PRN – количество предикатов с неполной реализацией;
- SS – количество субъектов-существительных;
- SM – количество субъектов-местоимений;
- S/PR – отношение: субъекты – предикаты;
- N – новизна текста;
- N-I – разница: новизна – информативность;
- SSP – семантико-синтаксическая полнота текста;
- SSD – семантико-синтаксическая диссоциация;
- Inv – количество предложений с синтаксической инверсией;
- КТ – коэффициент Трейгера;
- ИД – индекс прегнантности (директивности);
- T – значения критерия Стьюдента;
- U – значение критерия Вилкоксона;
- * - различия достоверны при $p < 0,05$;
- ** - различия достоверны при $p < 0,01$;
- P – достоверность различий.

Достоверны различия в группах взрослых и детей по 9 показателям: у взрослых по сравнению с детьми выше значения информативной плотности текста, новизны, большее количество сложных предложений, составных глагольных предикатов и субъектов-существительных, что отражает сложность и высококодифференцированность речи взрослых. Более высокий индекс прегнантности взрослых указывает на более активный, деятельный и уверенный характер взаимодействия с окружающим миром, а более низкий коэффициент Трейгера (большее количество прилагательных в речи) подчеркивают более дифференцированную картину восприятия этого объективного мира (описание не только действий и объектов, но и свойств объектов и характера действий). И, в заключение, следует отметить, что в обеих группах новизна текста несколько меньше информативности, что отражает синтаксические особенности устной речи, возрастающие по мере движения от монологической к диалогической форме. При этом высокое значение показателя семантико-синтаксической полноты (соответственно 96,18% и 94,86%) указывает на то, что изучался фрагмент монологической речи исследуемых.

3.6. Семантико-прагматические особенности

Изучение типов речевых актов в речевом поведении лиц контрольной группы показало, примерно, равную их встречаемость в тексте. При этом, преобладание того или иного типа обусловлено ведущими модальностями и контекстом сообщения и, в свою очередь, служило более точному и емкому их воплощению. Так, например, при описании обыденных ситуаций, обсуждении семейных и социальных моментов преобладали ассертивы и декларативы – повествовательный тип сообщения; при сообщении о конфликтных ситуациях – комиссивы и директивы, в меньшей степени, - экспресивы – агонистически-структурирующий тип сообщения; при описании личностных эмоциональных проблем и неприятных ощущений – экспресивы – эмотивный тип сообщения.

Исследование структуры речевых актов выявило у всех лиц контрольной группы иллокутивно-перлокутивное соответствие, которое может быть трех степеней, в зависимости от характера взаимодействия трех семантик речевого поведения (вербальной, кине-

сической и просодической): полное, ослабленное и усиленное. Полное иллокутивно-перлокутивное соответствие наблюдается при согласовании всех трех основных семантик в рамках семантико-синтаксической интеграции и подчиненного дополнения. Ослабленное соответствие наблюдается в случае, если одна из семантик находится во взаимоотношении конкурирующих тенденций, и/или большее количество отношений подчиненного дополнения, особенно, по каналам кинесика-просодика. Следует отметить, что в контрольной группе не отмечалось случаев взаимоотношений всех трех семантик в рамках конкурирующих тенденций. И, наконец, усиленное иллокутивно-перлокутивное соответствие отмечалось при согласовании всех семантик в рамках семантико-синтаксической интеграции и применения специальных механизмов усиления перлокутивного эффекта. К последним относятся комплексы речевого поведения субмиссивного характера и, индуцирующие альтруистическое поведение, выражаемые вербально – подчеркнуто корректными и вежливыми формами обращения, мягким, недирективным стилем подачи информации, демонстрацией субъективной значимости и эмоциональной насыщенности проблемы; кинесически – комплексом признаков субмиссии (позы подчинения и моления, мимика улыбки, беспомощности, страдания; жесты покорности и смущения, выразительные акцент-жесты); просодически – эмоциональным подчеркиванием и усилением всех вышеперечисленных моментов.

В задачи настоящей работы не входило изучение модифицирующих влияний в системе исследователь – исследуемый в контрольной группе. В заключение, лишь подчеркнем, что ведущей коммуникативной стратегией, к которой мы стремились, была нацеленность на конструктивный эмпатичный диалог, со стороны обоих его участников.

РАЗДЕЛ IV

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

4.1. Клинические характеристики группы

В рамках настоящего исследования изучалось речевое поведение 100 больных (50 мужчин и женщин) с различными клиническими формами органического поражения головного мозга. Данная группа больных подразделялась на три подгруппы, каждая из которых отличалась как яркими клиническими, так и особенностями речевого поведения:

1). Органические неврозоподобные и личностные расстройства – 40 человек (22 мужчины и 18 женщин). Средний возраст подгруппы – $38,2 \pm 12,14$ лет. Данная подгруппа включает в себя органические аффективные – 10 больных, тревожные – 10, диссоциативные – 5, астенические – 8 и личностные расстройства – 7, различной этиологии. Для больных характерны отсутствие или минимальная выраженность когнитивных расстройств (энцефалопатии). По этиологическому фактору расстройства распределяются следующим образом: вследствие сердечно-сосудистых заболеваний – 13 больных; сосудистой патологии головного мозга – 7; посттравматические – 5, вследствие перинатальной патологии и дегенеративных заболеваний нервной системы – 7, вследствие другой соматической патологии – 8. Средняя давность заболевания составила $7,12 \pm 4,77$ лет. Для всех больных была характерна различная степень прогрессивности протекания психических расстройств, 28 пациентов госпитализировались в психиатрическую клинику повторно.

2). Органические психотические расстройства – 30 больных (16 мужчин и 14 женщин). Средний возраст группы – $49,06 \pm 17,77$. Данная подгруппа включает в себя органические кататонические расстройства – 5 больных, галлюцинаторные – 12; и бредовые (шизофреноподобные) – 13. Этиологически психотические состояния были обусловлены: сосудистыми заболеваниями головного мозга – 15 больных; черепно-мозговыми травмами – 8; соматической патологией (сахарный диабет; онкопатология) – 5; сифилитические поражения головного мозга – 1 и дегенеративные (болезнь Вильсона-

Коновалова) – 1. Средняя давность заболевания в подгруппе составила $12,25 \pm 7,02$ лет, однако, все пациенты были госпитализированы в психиатрическую клинику впервые в жизни, в связи со значительным ухудшением в течении основного заболевания и появлением острых психотических расстройств. У 6 больных в последующем развились хронические психотические расстройства и они госпитализировались повторно (длительность катамнеза – 3 года).

3). Органические дементные состояния – 30 больных (12 мужчин и 18 женщин). Средний возраст подгруппы: $58,65 \pm 3,61$ лет. Этиологически слабоумие было обусловлено следующими причинами: болезнь Альцгеймера – 10 больных; болезнь Пика – 4; черепно-мозговая травма – 4; сосудистые заболевания головного мозга – 4; множественные острые нарушения мозгового кровообращения – 2; вследствие нейроинфекции – 2; старческая деменция – 4. Средняя давность заболеваний в подгруппе: $6,78 \pm 4,02$ лет. 18 больных неоднократно госпитализировались до настоящей госпитализации, 12 – поступили впервые в жизни с клиникой выраженных когнитивных расстройств.

Как нами уже отмечалось, у всех больных группы диагноз верифицирован комплексным клиническим обследованием, параклиническими методами. Все больные подвергнуты патопсихологическому исследованию, 15 – нейропсихологическому. Больные с аффективными и тревожными расстройствами (20 чел.) исследованы с помощью соответствующих шкал Бека и Гамильтона, что важно как для оценки клинической динамики в ходе терапии, так и для сопоставления зависимости особенностей речевого поведения от выраженности психопатологической симптоматики.

4.2. Кинесические особенности речевого поведения

Изучение особенностей невербального поведения больных с органическими расстройствами в коммуникативном контексте демонстрирует широкий спектр проявлений с выраженной дифференциацией по подгруппам и нарастанием, по мере продвижения от неврозоподобных к дементным состояниям, двух тенденций: 1) общего обеднения кинесических характеристик и их динамики, и 2) нарастание специфических признаков, отражающих регрессивный характер патологии. Приводим эти особенности по подгруппам, со-

поставляя их между собой и с аналогичными данными в норме (контрольная группа).

В подгруппе невротоподобных и личностных расстройств преобладали позы наездника (0,43), фараона (0,33), кучера (0,28) и откинувшаяся (0,12). Как видно из приведенных характеристик, позные особенности несущественно отличаются от таковых контрольной группы, причем имеется тенденция к преобладанию статичных поз. Динамика позных характеристик практически не зависит от контекста психодиагностического интервью.

Мимические характеристики в указанной подгруппе в наибольшей степени реагирует на смену контекста беседы, в полной мере иллюстрируя переживания больного. Поэтому в мимических комплексах, помимо типичных и для контрольной группы комплексов внимания (0,35), улыбки (0,27), интереса (0,23), благоговения (0,27), встречаются комплексы, отражающие семантику переживаний: страдание (0,18), беспомощность (0,19), страх (0,17), плач (0,15), напряженность (0,1), непонимание (0,1), более часто выявляется амимия (0,08).

Жестовые характеристики, так же как и мимические, в значительной степени активизируются в контексте описания болезненной симптоматики. Преобладают жесты: акцент (0,7), одобрения (0,32), обращения (0,25), задумчивости (0,23). Более часто по сравнению с контрольной группой встречаются жест латентной тревоги (0,13), манипулирование частями тела (0,05) и предметами (0,15), стереотипии (0,04) и тики (0,08).

Кинесические характеристики больных с органическими психотическими расстройствами отражали как модальность болезненных переживаний, так и сам органический процесс, что выразалось в существенном снижении кинесической динамики, активизирующейся в контексте описания болезненных переживаний, конфликтных ситуаций. Среди позных характеристик преобладают следующие: фараона (0,27), наездника (0,25), заключенного (0,22), Будды (0,13), кучера (0,12), агрессии (0,06), эмбриона (0,03). Мимические комплексы, помимо описания сущности болезненных переживаний, отражают снижение мотивации к коммуникации и общее обеднение мимики: амимия (0,13), напряженность (0,13), интерес (0,03), улыбки (0,05), внимание (0,25), беспомощность (0,18), безразличие (0,08), страх (0,13), гнев (0,1), страдание (0,1), тупость (0,08). Те же тенденции отражает и жестовый компонент: акцент (0,53), обраще-

ние (0,13), задумчивость (0,08), отстранения (0,13), отвращения (0,05), латентной тревоги (0,1). Значительно увеличивается в данной группе количество стереотипий (0,13) и гиперкинезов (0,12).

У больных с дементными состояниями отмечается наименьшая реакция кинесики на процесс интервьюирования. Кинесика имеет семантически выхолощенный, стереотипный характер, практически не меняющийся в зависимости от контекста беседы. Преобладают позы: наездника (0,23), эмбриона (0,18), кучера (0,12), фараона (0,08), откинувшаяся (0,07), заключенного (0,1); встречается кампторкормия (0,05). В мимических комплексах доминируют амимия (0,58), беспомощность (0,57), безразличие (0,43), тупость (0,33), непонимание (0,28), удивление (0,18). Жестовый компонент кинесики в данной группе наиболее обеднен. Преобладают жесты: акцент (0,18), покорности (0,18), демонстрации (0,13), одобрения (0,08), латентной тревоги (0,07). Выражены аутогруминг (0,15), манипулирование одеждой (0,58), частями тела (0,18), пищей (0,05). Большое количество различных двигательных и мимических стереотипий (0,15), часто отмечается тремор (0,32) как отражение основной патологии (атрофической). Значительно чаще, чем в других подгруппах встречается яктация (0,13). Указанные признаки свидетельствуют об уменьшении специфической энергии действия, субмиссии, регрессивном смещении активности, значительном семантическом обеднении.

Чрезвычайно важно представить, помимо качественных, количественные характеристики кинесики – среднюю динамику мимики, позы и жеста в единицу времени (1 минуту) (табл.4.1).

В таблице представлены как динамика кинесических показателей по каналам мимика – поза – жест, так и объем информации, которую несет каждый канал. Как видно из таблицы, отмечается прогрессирующее уменьшение динамики кинесических характеристик по всем каналам от неврозоподобных к дементным расстройствам. При этом происходит уменьшение доли мимического канала во всех трех группах, уменьшение вклада жестового канала (в группе неврозоподобных расстройств незначительное), что компенсируется возрастанием влияния канала позы, особенно в группах психических и дементных расстройств. Чтобы выяснить, имеет ли указанная динамика диагностическое и дифференциальное значение нами приводится определение достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Таблица 4.1. Сравнительные характеристики динамики кинесических показателей больных с органическими расстройствами и лиц контрольной группы

Группа	Мимика		Поза		Жест	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органические невротоподобные и личностные расстройства	0,98±0,07	47,6	0,47±0,04	22,8	0,61±0,04	29,6
Органические психотические расстройства	0,41±0,06	43,2	0,33±0,05	34,7	0,21±0,03	22,1
Дементные расстройства	0,21±0,04	38,9	0,19±0,06	35,2	0,14±0,02	25,9
Контроль: взрослые	1,21±0,09	49,4	0,51±0,06	20,8	0,73±0,07	29,8
Контроль: дети	1,34±0,05	51	0,69±0,09	26,2	0,6±0,08	22,8

Во всех группах динамика мимических показателей является достоверно отличающейся и, следовательно, имеет диагностическую и дифференциальную значимость. По позному каналу достоверны все различия, кроме пар: дементные – психотические расстройства и органические невротоподобные – контроль. По жестовому каналу достоверны все отличия, кроме пар: органические психотические – дементные расстройства и органические невротоподобные – контрольная группа (как взрослые, так и дети). Следовательно, наиболее информативным и значимым в речевом поведении является мимический канал.

Таким образом, наиболее важными особенностями кинесического компонента речевого поведения при органических психических расстройствах являются:

- 1) прогрессирующее снижение семантической наполненности;
- 2) значительное снижение динамики кинесических показателей по всем каналам;
- 3) увеличение количества кинесических признаков, указывающих на общий регресс, уменьшение активности, субмиссию, снижение специфичности невербальных характеристик;

4.3. Психосемантические особенности

Первое, на что обращает внимание исследователь в ходе психодиагностического интервью, это мотивированность и способность больного к активному диалогу, объем получаемой информации и ее качественный (полисемантический) состав. В этом отношении, больные с невротоподобными расстройствами в большинстве случаев более активны, способны в полном объеме осветить все контексты, легко индуцируются на монолог. Пациенты с психотическими расстройствами при правильном построении беседы, установлении терапевтических отношений, также способны воспроизвести всю полноту описанных категорий. Однако, здесь необходим учет особенностей болезненной симптоматики, ее содержания и степени выраженности органического поражения головного мозга. По мере нарастания последнего, врач-исследователь сталкивается со значительными затруднениями в ходе психодиагностического интервью, необходимостью жесткой структурализации и упрощения последнего, активной фасилитацией речевой активности пациента. Наиболее значимым фактором выступает нарастающее семантическое обеднение и упрощение отражения в сознании тех или иных аспектов жизнедеятельности – психосемантических пространств. Приводим описание наиболее значимых для диагностики психосемантических пространств по исследуемым подгруппам.

Больные с невротоподобными и личностными расстройствами дают довольно полную дифференцированную картину мира, описывают свои взаимоотношения с ним сквозь призму болезненного расстройства, как центрального определяющего фактора, проявляющегося во всех обсуждаемых контекстах, в большей или меньшей степени, и оказывающего самые разные влияния на них. При описании болезни, вне зависимости от объема и степени детализации, как правило, не удастся получить полной и дифференцированной картины ее, в силу невозможности интегрировать в сознании психические и соматические изменения (эмоциональные и вегетососудистые проявления), полно интерпретировать их и точно описать, что отражается на качестве и объеме критического отношения. Заболевание описывается больными в рамках двух, не всегда взаимосвязанных, категорий: характеристика совокупности неких процессов (действий) в организме и аффективных реакций (как самостоятельных, так и реакций на указанные процессы). Для подоб-

ных описаний характерно значительное обеднение лексико-семантической группы прилагательных, что является одним из признаков алекситимии. Легкие проявления алекситимии, выявленные при помощи специального, разработанного нами, глоссария, регистрировались у 4-х больных с тревожными, 3-х – депрессивным и 2-х – конверсивными органическими расстройствами. В 3-х случаях тревожных расстройств алекситимия носила вторичный характер, остальные – первичная, что подтвердило клиническое наблюдение, повторное определение уровня в динамике и катамнез. Наиболее частой формой психологической защиты в данной подгруппе был регресс, что находило отражение во всех контекстах интервью.

Больные с психотическими органическими расстройствами характеризуются нарастанием деформации картины мира, степень и направленность которой зависели от особенностей и содержания болезненной симптоматики, нарастающим обеднением и выпадением целых фрагментов, углублением эгоцентризма, типичного и для невротодобных расстройств. Континуум критического отношения к болезненному расстройству флуктуировал в широком спектре: от полной критики и до отрицания факта заболевания и поломки всех компенсаторных механизмов, и зависел, в первую очередь, от выраженности энцефалопатии. Структура самосознания отличалась у данной группы больных примитивизацией, выхолащиванием многих категорий, полярностью оценок и суждений, ослаблением нравственных понятий, превалированием аффективного мышления. Преобладающими механизмами психологической защиты служили отрицание, рационализация и регресс; характерна тенденция к ослаблению активности защитных механизмов, вплоть до их отсутствия при деменциях.

Больные со слабоумием воплощали в себе крайнюю выраженность всех вышеописанных тенденций: семантическое опустошение как количественно, так и качественно, минимальную когнитивную активность. Весь мир таких больных состоял из того, что находится у них в данный момент перед глазами и тех скудных ассоциаций, которые удавалось извлекать из памяти, и для которых характерен клишеподобный характер.

Таким образом, для больных с органическими расстройствами характерны следующие психосемантические особенности (тенденции):

- снижение речевой активности и способности к монологичности высказывания;
- упрощение, обеднение, фрагментированность картины окружающего мира и самосознания;
- выхолощенность основных психосемантических пространств;
- тенденция к преобладанию регрессивных форм достижения компенсации состояния, анозогнозии.

Количественные характеристики вербальной семантики речевого поведения и ее более детальное описание можно получить, исследуя семантико-синтаксические показатели, приведенные нами в соответствующей главе.

4.4. Просодические особенности

Особенности течения расстройства и его этап влияют при органических психических расстройствах на особенности просодии следующим образом:

- острое появление неврозоподобных и психотических расстройств способствует более яркой и полной картине паралингвистических характеристик за счет выраженных аффективных расстройств;

- полнота клинической картины того или иного синдрома, его завершенность, дают более яркую просодическую картину;

- давность заболевания коррелирует с выраженностью органического поражения и характеризуется большей представленностью органических стигм в просодии. Изучение компьютерных динамических спектрограмм (аудиограмм), проведенное для всех больных группы, позволяет подтвердить и уточнить вышеприведенную картину и, главным образом, дать более детальные характеристики интонации.

Приводим наиболее типичные для органических психических расстройств особенности аудиограмм:

- специфические интонационные характеристики, указывающие на органическое поражение, нарастают от неврозоподобных расстройств (минимальная выраженность или отсутствие признаков) к дементным;

- тенденция к рваному характеру интонационного контура, дисгармоничный характер динамики частотных и амплитудных показателей;

- интонационная выхолощенность – уменьшение количественно просодических признаков в динамике, обеднение качественно, за счет невыраженности ряда характеристик, монотонный характер, бедная акцентуация.

- увеличение количества обертонов (шумы, нечленораздельные звуки).

Дополним качественные характеристики просодики количественными, в частности, выраженностью динамики основных просодических характеристик (табл. 4.2).

Приведенная таблица иллюстрирует описанные выше тенденции изменения основного тона и темпа речи по мере нарастания органического поражения головного мозга. В группе невротоподобных и личностных расстройств отмечается увеличение динамики указанных показателей, относительно здоровых взрослых, что отражает насыщенность семантики просодии, ее сохранность и большую функциональную сложность, необходимые для передачи широкого спектра аффективных расстройств и болезненных переживаний. В группах психотических органических и дементных расстройств данные показатели значительно ниже нормы, что отражает обеднение просодической семантики, выхолощенность данного канала, тенденцию к снижению его дифференцированности и значительное функциональное упрощение, монотонность речи, максимально выраженные при дементных состояниях. Во всех трех группах органических расстройств четко прослеживается тенденция к увеличению общего количества пауз, достигаемое за счет возрастания длинных и сверхдлинных пауз, причем большая доля этих пауз семантически выхолощенные и синтаксически не обусловленные. Анализ указанных пауз будет дан нами в разделе, посвященном изучению речевых ошибок.

Таблица 4.2 Динамика основных просодических характеристик больных с органическими расстройствами и лиц контрольной группы

Группа	Изменения основного тона в 1 мин.	Изменения темпа речи в 1 мин.	Среднее количество пауз в 1 мин. абс. и в % от всех пауз				
			короткие	средние	длинные	сверхдлинные	всего
Неврозоподобные расстройства	1,21±0,09	1,51±0,07	16,88 65%	6,4 24,6%	2,31 8,9%	0,39 1,5%	25,98 100%
Психотические органические расстройства	0,51±0,06	0,59±0,02	13,9 51,6%	8,88 33%	3,14 11,7%	1,01 3,7%	26,93 100%
Дементные	0,22±0,01	0,26±0,01	6,96 24,7%	10,26 36,4%	9,6 34%	1,39 4,9%	28,21 100%
Контроль: взрослые	1,14±0,08	1,11±0,09	14,73 61,5%	8,24 34,4%	0,92 3,8%	0,08 0,3%	23,97 100%
Контроль: дети	1,29±0,05	1,34±0,07	17,78 70,8%	5,17 20,6%	1,73 6,9	0,42 1,7%	25,1 100%

Для определения диагностической и дифференциальной значимости динамики основного тона и темпа речи, нами проводились определения достоверности различий данных показателей в указанных группах по t-критерию Стьюдента.

Все подгруппы органических расстройств достоверно отличаются друг от друга по обоим показателям, следовательно динамики тона и темпа являются дифференциально-диагностическими просодическими характеристиками. Указанные критерии являются диагностическими (то есть достоверно отличаются от нормальных показателей) в группах органических психотических и дементных расстройств. В группе неврозоподобных расстройств достоверны различия лишь по темпу речи с контрольной группой взрослых.

Таким образом, на основании проведенных исследований, можно выделить следующие особенности просодики при органических психических расстройствах:

- по мере нарастания выраженности степени органического поражения головного мозга отмечается регресс просодической составляющей речевого поведения, проявляющийся семантической выхолощенностью, функциональным упрощением, снижением динамики основных паралингвистических показателей;

- изучение интонации демонстрирует дисгармоничный характер динамики амплитудно-частотных показателей, ее упрощение и стереотипность, что приводит к монотонности и невыразительности пауз;

- увеличение количества и продолжительности пауз, их семантическая выхолощенность и синтаксическая необоснованность, что отражает снижение когнитивной активности;

- нарастание фонационно-артикуляционных дисфункций: нечеткость и неразборчивость звучания речи, более частые нарушения дикции, увеличение количества нечленораздельных звуков и звуков без словесного оформления, появление стабильных нарушений дикции не связанных с аффективными переживаниями, интенсификация согласных звуков, утрата мелодичности, выраженная прерывистость;

- преобладающие модальности указывают на снижение когнитивной активности, ее несостоятельность в решении коммуникативных и адаптивно-приспособительных задач.

4.5. Психолингвистические особенности

Представим количество речевых ошибок по их видам при органических расстройствах в сопоставлении с контрольными группами (табл. 4.3).

Количество оговорок при органических расстройствах больше, чем у здоровых взрослых, при этом их количество нарастает от неврозоподобных расстройств к дементным. Наиболее выраженный вид оговорок при дементных расстройствах и психотических – опущение (соответственно 0,57 и 0,45 в минуту), которые можно соотнести с четвертым и, в меньшей степени, третьим уровнем системы речепорождения. Большинство оговорок больных с неврозоподобными и личностными расстройствами связаны с высокой аффективной насыщенностью психопатологических переживаний;

больных с психотическими расстройствами – наличием конкурирующих тенденций и ослаблением речевого самоконтроля; дементных больных – по причине органических поражений головного мозга, проявляющихся на всех уровнях речепорождения.

Коррекция убывает по мере нарастания степени органического поражения, что диссонирует с нарастанием количества речевых ошибок. Данное обстоятельство обусловлено снижением самоконтроля за речью и общей степени критичности сознания. Снижение способности к исправлению ошибок, возникающих в процессе речепроизводства, указывает на нарушение речепорождения в целом, так как нарушается параллельное протекание процессов на всех четырех уровнях и отсутствие саморегуляции по механизму обратной связи в цепи замысел – конечный результат (звуковая форма).

Фальстарт при неврозоподобных расстройствах почти в 2 раза больше, чем у здоровых взрослых, что отражает высокую аффективную и семантическую насыщенность переживаний. При психотических и дементных расстройствах отмечается нарастающее снижение данного вида речевых ошибок, что указывает на тенденцию аффективной и, в дальнейшем, семантической обедненности переживаний, общее замедление протекания когнитивных процессов.

Повторы звуков и слогов при неврозоподобных расстройствах превышают значительно контрольную группу. Это обусловлено, главным образом, логоклонией и тоническими формами органического заикания, что соотносится с четвертым уровнем. Повторы слов и словосочетаний при неврозоподобных расстройствах семантически обусловлены застреванием на аффективно значимых аспектах переживаний. При органических психотических расстройствах повторы звуков и слогов значительно меньше, чем в других группах, а повторы слов и словосочетаний встречаются несколько чаще, чем при неврозоподобных расстройствах и отражают речевые стереотипии – поражение третьего и второго уровней. При дементных состояниях повторы выражены максимально, особенно слов и словосочетаний, и связаны с первым уровнем речепорождения – дефицитом выбора смыслов во внутренней речи и поломкой регуляции механизма в целом. Речевые стереотипии (симптом ку-

рантов, симптом граммофонной пластинки, эхо-феномены) отражают грубые расстройства процессов мышления.

Таблица 4.4. Анализ речевых ошибок больных с органическими расстройствами и лиц контрольных групп

Виды речевых ошибок	Среднее количество речевых ошибок в 1 минуту, по группам				
	органические неврозоподобные расстройства	органические психотические расстройства	дементные расстройства	контроль: взрослые	контроль: дети
Оговорки:					
- подстановка	0,16	0,17	0,19	0,09	0,18
- перестановка	0,41	0,31	0,21	0,21	0,29
- опущение	0,18	0,45	0,57	0,23	0,36
- добавление	0,11	0,08	0,05	0,12	0,13
- замещение	0,15	0,21	0,28	0,12	0,19
Всего	1,0	1,22	1,33	0,7	1,05
Коррекция	0,55	0,31	0,06	0,47	1,76
Фальстарт	0,39	0,17	0,09	0,21	1,03
Повторы:					
- звуков и слогов	0,46	0,19	0,49	0,11	0,41
- слов и словосочетаний	0,31	0,36	0,92	0,21	0,32
Всего	0,77	0,55	1,41	0,32	0,73
Паузы без семантического-синтаксического обоснования	0,15	0,31	0,67	0,03	0,07
Нарушения дикции:					
- дислексия	0,31	0,19	1,01	0,05	0,1
- дисфразия	0,10	0,32	0,99	0	0,03
- диспрозодия	0,04	0,09	0,41	0	0
Всего	0,45	0,6	2,41	0,05	0,13
Итого всех речевых ошибок	3,31	3,18	5,97	1,78	4,77

Паузы без семантического-синтаксического обоснования указывают на нарастание выраженности когнитивных расстройств по мере увеличения степени органического поражения головного мозга: от неврозоподобных расстройств (0,15 в минуту) к психотическим (0,31) и дементным (0,67). Особенно контрастны указанные показатели в сопоставлении с контрольной группой (взрослые – 0,03; дети – 0,07). Эта тенденция приурочена к первому уровню речепорождения и подтверждает семантическую выхолощенность, описанную нами в соответствующем разделе.

Нарушения дикции также нарастают от неврозоподобных к дементным расстройствам и связаны с четвертым уровнем речепорождения. При этом, при неврозоподобных расстройствах они обусловлены, главным образом, аффективной насыщенностью переживаний и патологией фонационно-артикуляционного аппарата, при дементных – поражением головного мозга, при психотических – всеми указанными причинами. Следует предположить, что по мере нарастания уровня органического поражения головного мозга дислексия и дисфразия связаны также с третьим уровнем речепорождения – выбором лексем и грамматическим структурированием.

Таким образом, изучение речевых ошибок при органических расстройствах выявило следующие психолингвистические особенности больных данной группы:

- 1) Количество речевых ошибок нарастает по мере возрастания степени органического поражения головного мозга;
- 2) Увеличение количества речевых ошибок достигается, главным образом, за счет роста повторов, семантически и синтаксически необоснованных пауз и нарушений дикции;
- 3) Значительно снижается речевой самоконтроль, о чем свидетельствует низкое число коррекций при нарастающем количестве ошибок в целом;
- 4) Нарастает семантическая выхолощенность, что проявляется увеличением пауз, нарастанием повторов и низким количеством фальстартов; снижается когнитивная активность и темп протекания психических процессов;
- 5) По мере нарастания степени органического поражения головного мозга обнаруживаются более регрессивный характер речи и тенденция вовлечения в патологический процесс более глубоких уровней системы речепорождения, дисфункциональная работа всех механизмов и системы в целом.

Анализ психолингвистических коэффициентов (Трейгера, пре-гнантности) представлен нами в следующем параграфе вместе с семантико-синтаксическими показателями.

4.6. Семантико-синтаксические особенности

Рассмотрение семантико-синтаксических особенностей позволяет изучать взаимосвязь формы (синтаксические особенности) и содержания (семантика) в их взаимосвязи и взаимодействии при патологии, влияние формы психического расстройства на синтаксическую структуру высказывания больного. Ниже нами представлены семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных с органическими неврозоподобными и личностными расстройствами (табл. 4.5), органическими психотическими (табл. 4.6) и дементными расстройствами (табл. 4.7).

Таблица 4.5 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных с органическими неврозоподобными и личностными расстройствами

Изучаемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	40	1,39550	0,93000	1,8600
S1	40	20,18625	0,00000	42,9000
PR/S	40	6,56650	0,00000	14,3000
PR/N	40	2,68975	0,00000	8,8200
S/S	40	43,18500	16,6000	72,8000
S/M	40	56,81500	27,2000	83,4000
S/PR	40	0,46950	0,26000	0,8000
N	40	1,27825	0,56000	1,7900
N-I	40	0,11725	0,45000	0,4500
SSP	40	89,99000	68,8000	100,0000
SSD	40	0,35750	0,00000	5,3000
INV	40	6,22500	0,00000	13,4000
KT	40	3,60525	1,67000	11,4000
ИД	40	2,19325	0,00000	9,8700

Таблица 4.6 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных с органическими психотическими расстройствами

Изучаемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	30	1,21111	0,37000	1,6600
S1	30	12,02944	0,00000	20,7000
PR/S	30	2,68333	0,00000	12,5000
PR/N	30	2,32222	0,00000	13,2000
S/S	30	42,41111	9,10000	70,0000
S/M	30	57,58889	30,0000	90,9000
S/PR	30	0,47556	0,33000	0,9000
N	30	1,20000	0,58000	1,5100
N-I	30	0,02389	-1,26000	0,7000
SSP	30	83,29167	51,5000	100,0000
SSD	30	2,15556	0,00000	8,0000
INV	30	8,93611	0,00000	18,5000
KT	30	4,06889	1,41000	6,7000
ИД	30	1,73444	0,00000	4,0000

Таблица 4.7 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных с дементными расстройствами

Изучаемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	30	0,83091	0,25000	1,6900
S1	30	2,82455	0,00000	12,5000
PR/S	30	1,17864	0,00000	13,6000
PR/N	30	0,41045	0,00000	3,3000
S/S	30	41,85000	0,00000	100,0000
S/M	30	58,15000	0,00000	100,0000
S/PR	30	0,41091	0,21000	0,7300
N	30	0,60864	0,12000	1,8000
N-I	30	-1,22682	-1,64000	0,2400
SSP	30	53,52273	21,5000	92,9000
SSD	30	1,39773	0,00000	14,2000
INV	30	16,08182	2,50000	35,0000
KT	30	6,89955	0,80000	15,0000
ИД	30	0,49000	0,00000	4,0500

Проанализируем качественные тенденции изменений показателей во всех исследуемых подгруппах по их средним значениям.

Информативная плотность текста уменьшается от неврозоподобных расстройств (1,395) к психотическим органическим (1,21), достигая минимума при дементных (0,83), что подчеркивает тенденцию выхолащивания семантики сообщения. Количество сложных предложений в тексте имеет аналогичную динамику (20,19 → 12,03 → 2,82) – показатель структурного упрощения речи, на что указывает и тенденция к уменьшению количества составных предикатов (6,56 → 2,68 → 1,18) и неполной реализации предикатов. Последний показатель указывает на сниженную способность ориентировки, направленной на получение информации из контекста беседы и, следовательно, затрудненность активного диалогического общения, в том числе, в связи с ростом эгоцентричности, – на что указывает тенденция к росту субъектов, выраженных местоимениями (56,8 → 57,6 → 58,2).

Отношение субъектов к предикатам практически одинаковое при неврозоподобных и психотических расстройствах (0,47 и 0,48) и несколько понижается при дементных расстройствах (0,41), что подчеркивает тенденцию к уменьшению количества субъектов, что синтаксически выражено большим количеством безличных, неопределенно-личных односоставных предложений – отражение синтаксического упрощения и нарастания семантико-синтаксической неполноты.

Новизна текста также уменьшается, причем при психотических расстройствах несущественно (1,2 по сравнению с 1,28 при неврозоподобных), что связано с компенсирующим, на органическое снижение показателя, действием патологического творчества (бредообразование, галлюцинирование); при дементных – уменьшение существенно (0,61), что отражает общие тенденции органических расстройств.

Разница «новизна – информативность» при неврозоподобных и дементных расстройствах по знаку отрицательна, а по модулю увеличивается, что отражает особенности диалогической речи и ее семантическое упрощение, увеличение количества речевых повторов (обстоятельность, стереотипии). При психотических расстройствах значение показателей положительное, что полностью объясняется наличием болезненных конструкторов (так как они для слушателя – исследователя являются не связанными с контекстом, логикой вы-

сказывания, а зачастую, и со всем предыдущим содержанием; позитивная симптоматика и паралогические конструкции всегда отличаются «новизной» в семантико-синтаксическом аспекте).

Показатель семантико-синтаксической полноты отражает те же тенденции, что и информативная плотность и неуклонно снижается (89,99 → 83,29 → 53,52).

Показатель семантико-синтаксической диссоциации при неврозоподобных расстройствах минимален (0,36) и обусловлен расстройствами мышления у больных с выраженным тревожным синдромом на высоте аффекта. При дементных расстройствах показатель несколько выше (1,39) и объясняется афатическими расстройствами (главным образом, сенсорной афазией). При органических психотических расстройствах этот показатель максимален (2,16) и связан со специфическими шизофреноподобными расстройствами мышления (тематическое соскальзывание, элементы разорванности).

Количество предложений с синтаксической инверсией нарастает (6,23 → 8,94 → 16,08), что отражает регресс речи: на первом месте в предложении стоит, как правило предикат, как более эволюционно ранняя форма, а субъекта может не быть вовсе (см. показатель отношения субъект/предикат). По тем же причинам отмечается и рост коэффициента Трейгера по подгруппам (3,61 → 4,07 → 6,9), что обусловлено выпадением прилагательных как эволюционно более поздних форм.

Тенденция к снижению индекса прегнантности (директивности) (2,19 → 1,73 → 0,49) отражает общее снижение активности когнитивных структур, нарастающую дезадаптацию индивида во всех сферах.

Все описанные тенденции изменения семантико-синтаксических показателей справедливы как внутри группы, по мере нарастания уровня органического поражения головного мозга, так и при сопоставлении с данными контрольных групп. Исключение составляет лишь индекс прегнантности (1,14 – у взрослых и 0,47 – у детей). Его значения возрастают при неврозоподобных и психотических расстройствах, что отражает высокую аффективную насыщенность и субъективную значимость болезненных переживаний, напряженность компенсаторных и защитных психологических механизмов. При дементных расстройствах значения индекса приближается к таковому у здоровых детей, что еще раз подчеркивает

регрессивный характер изменений (регресс как эволюционный (филогенетический) так и онтогенетический).

Для определения диагностической значимости семантико-синтаксических и психолингвистических показаний определим достоверность их различий с показателями контрольной группы. Все вышеописанные тенденции подтверждаются статистически, так как большинство коэффициентов достоверно отличаются во всех группах органических расстройств от показателей контрольной группы взрослых. Достоверными во всех группах оказались показатели количества сложных предложений в тексте, информативная плотность, отношение субъекты – предикаты, показатель семантико-синтаксической полноты, инверсивность. Следовательно, указанные показатели являются диагностическими для группы органических психических расстройств в целом.

Оценим достоверность различий всех описанных показателей внутри группы органических расстройств. Как следует из статистического анализа, достоверными для всех трех групп являются различия по показателям информативной плотности текста, количеству сложных предложений, семантико-синтаксической полноте и инверсивности. Эти четыре показателя отражают статистическое подтверждение тенденции к снижению информативности, синтаксическому упрощению, семантической выхолощенности и увеличения количества регрессивных синтаксических форм по мере нарастания уровня органического поражения головного мозга.

4.7. Семантико-прагматические особенности

Семантико-прагматический подход к изучению речевых коммуникаций в системе врач – пациент позволяет уточнять направленность когнитивной активности больного, его отношение к ней, особенности мотивационной сферы и характеристики коммуникативного «репертуара» участников диалога, их взаимовлияние и динамику. Начнем описание семантико-прагматических характеристик больных с органическими психическими расстройствами с уточнения характера коммуникативных стратегий и их динамики в процессе общения, так как из этого вытекает ряд других прагматических особенностей.

Больные с невротоподобными и личностными расстройствами, как правило, были достаточно активны в общении, опираясь на

стратегию раскрытия болезненных переживаний и апелляцию к помощи. В общении с такими больными нами использовались практически все стратегии: эмпатическое выслушивание было базисным в ходе общения, так как помогало получить наиболее полное представление о внутреннем мире и переживаниях больного; фасилитация, в мягком варианте, применялась для уточнения ряда клинически и психологически важных аспектов; поддерживающе-помогающая и корригирующая стратегии органично вплетались в диагностическое интервью как органичные его составляющие и элементы реабилитационного и психотерапевтического процессов; экспертные позиции врача необходимы были при решении ряда принципиальных позиций во взглядах на сущность болезненного процесса и лечения. Сочетание патернализма и экспертного подходов были необходимы при уходе больного в болезненные переживания и попытках манипулирования врачом, при неадекватности и непоследовательности, что в данной группе отмечалось в единичных случаях. Такой широкий терапевтический арсенал коммуникативных стратегий говорит о возможности создания с пациентами данной группы терапевтических отношений на высоком уровне.

Больные с психотическими расстройствами менее охотно шли на контакт: в 5 случаях отмечался уход в болезненные переживания (бредовые расстройства), в 7 – сокрытие психопатологической симптоматики. В остальных случаях – болезненные переживания раскрывались достаточно полно и отмечалась нацеленность на терапевтический союз. Уход в болезненные переживания и диссимуляции связаны, в первую очередь, с особенностями психопатологических расстройств. Как правило, это были бредовые расстройства с идеями отравления, отношения, особого значения и преследования с полным отсутствием критики, либо острый галлюциноз в первые сутки манифестации болезненного расстройства. В таких случаях применялись терапевтические стратегии, сочетающие в себе фасилитацию и эмпатическое выслушивание.

При дементных состояниях больные были апрагматичны (или гипопрагматичны): у них отсутствовала мотивация и активность в беседе, их сообщения носили свернутый характер, освещая лишь ответы на простые и однозначные вопросы врача; инициатива во время интервьюирования отсутствовала. Беседа носила односторонний характер и, поэтому, приходилось прибегать к жесткой фасилитирующей стратегии. Данную коммуникативную стратегию у

больных с деменциями мы обозначили как субмиссивно-регрессивную.

Интересно проследить взаимовлияние коммуникативных стратегий врача и пациента. В группе неврозоподобных расстройств мягкая фасилитация и эмпатическое выслушивание способствовали более полному раскрытию болезненных переживаний, а сочетание экспертных позиций и умеренного патернализма способствовало становлению доверительных отношений с врачом. В группе органических психотических расстройств сочетание патернализма и экспертного подхода способствовало уходу пациента в болезненные переживания, а жесткая фасилитация на этом фоне провоцировала агрессивно-защитные тенденции у больных и усиливала диссимулятивные тенденции. Поэтому оптимальной врачебной стратегией было органичное сочетание экспертной позиции и доверительно-поддерживающего отношения как основы для создания терапевтического союза и корригирующих тенденций в будущем. При дементных расстройствах смена врачебных стратегий не принесла существенных результатов на модификацию речевого поведения больного, и все же, наиболее оптимальным, на наш взгляд, является сочетание патерналистских и эмпатичных стратегий.

Тип речевых актов пациента во многом зависел от стратегии речевого поведения. Описание сущности болезненных переживаний и их полное раскрытие характеризовалось преобладанием асертивов и экспрессивов; уход в болезненные переживания – директивов и комиссивов, диссимуляция – декларативов и директивов; попытки манипулирования врачом, с рентными установками – директивов и экспрессивов.

Чрезвычайно важное диагностическое значение имеет изучение структуры речевых актов у данной группы больных. Однако, прежде чем охарактеризовать ее, необходимо описать особенности взаимодействия разномодальных семантик, составляющих речевое поведение.

При неврозоподобных и личностных расстройствах органического генеза вербальная, кинесическая и просодическая семантика взаимодействуют друг с другом в рамках семантико-синтаксической интеграции и подчиненного дополнения. Все семантики сохранены, выражены полно и имеют в своем составе слабо выраженный органический компонент (снижение информативности и новизны вербальной семантики, элементы регрессивных черт в

кинесике и просодике). Поэтому иллюкутивно-перлокутивные отношения в данной группе характеризуется полным и ослабленным иллюкутивно-перлокутивным соответствием, причем ослабление соответствия как раз и отражает органический процесс.

При органических психотических расстройствах отмечается снижение количества случаев, в которых все три семантики согласованы и интегрированы. Это связано с двумя причинами: во-первых, увеличивается количество вариантов подчиненного дополнения, за счет того, что одна или две семантики несут преимущественно органические и регрессивные черты (что отражает тенденцию нарастания уровня органики); во-вторых, нарастает выраженность третьего варианта – конкурирующие тенденции, что объясняется наличием психотических переживаний. Психотические переживания в семантиках отражаются следующим образом:

- диссимуляция – вербально проявляется минимально, по каналам просодики и кинесики выявляются соответствующие им аффекты: тревога, страх, агрессивность, признаки галлюцинирования;
- указанные аффекты могут проявляться по одному из каналов (или по двум) не только в контексте обсуждения сущности болезненных переживаний, но и во всех других аспектах.

В силу указанных причин, иллюкутивно-перлокутивные отношения в данной подгруппе характеризуются двумя вариантами: 1) ослабленное иллюкутивно-перлокутивное соответствие; 2) иллюкутивно-перлокутивная диссоциация, отражающая рассогласование не только семантики в рамках сообщения, но и разницу между мотивом коммуникации пациента и результатом восприятия врачом его сообщения. Проиллюстрируем последний вариант клиническим примером. Больной З., 42-х лет с органическим аффективно-бредовым расстройством вследствие многократных черепно-мозговых травм, описывает свои взаимоотношения с матерью и конфликты. Пациент стремится довести до врача информацию, вербальная семантика которой следующая: мать совершенно его не понимает, уделяет ему внимания меньше, чем его сестре, совсем не помогает ни в чем, меньше любит, недоброжелательна и нетерпима ко всем его проявлениям и, как результат, - его «мать упекла в психбольницу». Данное сообщение имеет манипулирующую стратегию – вызвать у врача сочувствие, с последующей выгодой – получение индивидуального подхода с ослаблением режима наблюдения. В ходе сообщения пациентом данной информации врачебная

стратегия – эмпатичное выслушивание, уточняющее – конкретизирующие вопросы, в результате, - перлокутивно имеется следующая информация: мать не понимает больного, так как не разделяет его завышенной, в связи с болезнью, самооценки, категорично относится к его злоупотреблению алкоголем и «бдению» по ночам, нетерпима, так как обиделась на его «реакцию гнева и раздражения», не помогает, так как отказалась дать займы «на грандиозный проект с влиятельными и могущественными людьми». Таким образом, информация пациента глазами врача трансформируется в подтверждение наличия гипоманиакального синдрома, собственной переоценки, экспансивности, идей отношения и склонности к аффективным реакциям и агрессивным тенденциям. Само собой, данная клиническая интерпретация сообщения больного не может соответствовать его ожиданиям. Кроме того, кинесическая семантика несет в себе характеристики, указывающие на наличие тревоги, агонистических тенденций, в частности агрессивность, что согласуется с семантикой просодической, несущей к тому же выраженные органические регрессивные черты.

Дементные расстройства характеризуются выхолощенностью и регрессивными чертами всех семантик, которые рассогласованы. Данный вариант взаимодействия семантик обозначен нами как семантико-синтаксическая дезинтеграция и регресс. И поэтому, по мере нарастания выраженности степени органического поражения головного мозга, все большее количество иллокутивно-перлокутивных соотношений будут описываться вариантом иллокутивно-перлокутивной дезинтеграции, которая имеет тенденцию к разрушению структуры речевого акта вообще и апрагматизму речевого поведения. Данный вариант становится понятным и очевидным, если представить речевое поведение больной Н., 72 лет, с диагнозом сенильная деменция: вербальная семантика предельно выхолощена явлениями сенсорной, амнестической афазии, персеверациями; просодическая и кинесическая семантика несут в себе регрессивные признаки, характеризуются стереотипностью, минимальной динамикой. Создается впечатление независимости семантик друг от друга, речевое сообщение апрагматично – оно не несет в себе ни отражения каких-либо аспектов действительности, ни деятельности, ни отношения к ним.

Таким образом, органические психические расстройства характеризуются тенденцией к упрощению, дезинтеграции и разруше-

нию структуры речевых актов, что отражает гипо-(а)-прагматизм речевого поведения и воплощается в ослаблении иллюкутивно-перлокутивного соотношения, их диссоциативном и дезинтегративном характере. Разномодальные семантики, по мере нарастания уровня поражения головного мозга, характеризуются ослаблением и нарушением взаимодействий, тенденцией к регрессированию и выхолощенности.

Приводим клинические примеры, иллюстрирующие различные варианты органической патологии с подробным описанием особенностей речевого поведения по всем изучаемым аспектам.

Клинический пример 4.1.

Больной С., 1980 года рождения.

Диагноз: Органическое депрессивное расстройство вследствие сосудистого поражения головного мозга, с нарастающими психопатоподобными изменениями личности по эмоционально неустойчивому типу (F06.34).

Из анамнеза: Родился первым ребенком в семье служащих. Данных за отягощенную наследственность нет. Беременность и роды протекали у матери без патологии. Рос и развивался без особенностей. Перенес ветряную оспу, эпидемический паротит, в дошкольном возрасте часто болел респираторными заболеваниями. В 10 лет получил легкую травму головы без потери сознания (при падении ударился затылком). По характеру всегда был активным, общительным, доброжелательным, обидчивым, впечатлительным. Окончил 10 классов, учился удовлетворительно, интересовался техникой, получил водительские права. Подрабатывал водителем на родительском автомобиле. Сразу после школы женился на однокласснице, с которой дружил с детства. Между молодыми супругами часто возникали мелкие конфликты, связанные с проблемами бытового характера и неготовностью к браку, в силу некоторого инфантилизма и гиперопеки родителей с обеих сторон. Курит, алкоголь употребляет умеренно, эпизодически. 15.03.1998 г. больной после конфликта с женой уезжает из дома на машине и пропадает на двое суток. 18.03.98 г. жена, вернувшись от матери, застала больного спящим. По пробуждению он был дезориентирован, растерян, дал выраженное психомоторное возбуждение, в связи с чем был госпитализирован в приемно-диагностическое отделение Крымской Республиканской клинической психиатрической боль-

ницы №1. Больной находился в клинике с 18.03.98 г. по 14.07.98 г. При поступлении – дезориентирован в месте и времени, продуктивному контакту не доступен, возбужден, агрессивен. При осмотре выявлен левосторонний гемипарез и артериальная гипертензия 180/110 мм рт. ст. По мере купирования психомоторного возбуждения на первый план в клинике выступили проявления острой энцефалопатии с выраженным амнестическим синдромом: амнестическая дезориентировка, конградная и фиксационная амнезия, значительное снижение критической способности мышления и когнитивной деятельности в целом, регрессивные черты поведения с аффективной неустойчивостью. Проведенное комплексное клиническое и параклинические методы исследования (ЭЭГ, РЭГ, Эхо ЭГ, КТ, токсикологическое, вирусологическое, биохимическое, люмбальная пункция), сбор объективных сведений не позволили достоверно выявить этиологическую причину энцефалопатии. Из круга дифференциальной диагностики: острый неспецифический энцефалит, постинтоксикационная энцефалопатия и энцефалопатия вследствие сосудистого поражения, больше данных было в пользу последнего диагноза. В ходе массивной комбинированной медикаментозной терапии и комплексной реабилитации, включающей ЛФК, нейропсихологическую и психокорректирующую работу в течение 4-х месяцев амнестический синдром редуцировался, за исключением трехдневного периода с 15 по 18 марта 1998 г., а в течение последующих 3-х месяцев у больного практически полностью восстановилась когнитивная деятельность и он вернулся к работе. В тоже время, постоянно сохранялась умеренная церебральная симптоматика, пациент стал более пассивным, утратились преморбидные инфантильные поведенческие черты, стал эмоционально лабильным, несдержанным, часто давал аффективные реакции по незначительным поводам. В силу этих причин усилились конфликты с женой, которая в сентябре 1998г. родила ребенка, и была крайне недовольна отсутствием помощи от больного. В ноябре 1999г. жена больного подала на развод, на что последний дал бурную аффективную реакцию с демонстративными суицидальными действиями (порезы вен на предплечье) и отравление медикаментами, в связи с чем с 23.11.99г. по 5.12.99г. проходил лечение повторно. Спустя месяц, больной совершает повторно суицидальную попытку (прием различных медикаментов и попытка отравления природным газом) в ответ на запрет родителями вождения ав-

томобиля – третья госпитализация 8.01 – 27.01.2000г. Все указанное время пациент принимал активную поддерживающую терапию (сосудистые препараты, ноотропы), находился под динамическим наблюдением. С конца августа 2000г. больной стал более пассивным, замкнутым, стремился уединяться, выглядел печальным и отстраненным, потерял ко всему интерес, ссылаясь на плохое самочувствие и головную боль, заявляя, что переживает развод с женой. Накануне госпитализации, спрятал от родителей две банки растворителя, пытался ночью их выпить, но вовремя обнаружен матерью, запертым в ванной. Дал выраженную аффективную реакцию, кричал, что «хочет умереть» и «не может больше так жить», был злобен. Настоящая госпитализация с 18.10. по 2.12.2000г. **В отделении:** ориентирован всесторонне, сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступен, однако, свои переживания раскрывает неполно, рационализирует госпитализацию, ссылаясь на домашние конфликты. Настроение снижено, двигательно и идеаторно заторможен. В первые дни госпитализации был тревожным, эмоционально лабильным, склонным к бурным аффективным реакциям. Малообщителен, задумчив, пассивен. Психотических расстройств нет. Диссимулирует суицидальные тенденции, в отношении предыдущих попыток заявляет, что «хотел поугаить мать», чтобы разрешили ему водить машину, настоящую ситуацию объясняет тем, что хотел отдать растворитель друзьям для хозяйственных нужд. Мышление предметно-конкретное, запас знаний на уровне старших классов средней школы. Расстройств памяти не выявляет. Интересуется выпиской, заявляя, что «больше не будет делать глупостей». При неврологическом осмотре выявляется микроочаговая симптоматика, легкие остаточные явления левостороннего гемипареза. На ЭЭГ умеренные диффузные изменения без признаков локальной патологии, признаки дисфункции верхнестволовых структур. Соматической патологии не выявлено, периодически отмечается тенденция к повышению АД до 150/90 мм рт ст. Эхо ЭГ патологических изменений не выявила. На РЭГ признаки затруднения венозного оттока. **Осмотр окулиста:** артерии глазного дна извиты, умеренно спазмированы, вены полнокровны. **Консультация психолога:** легкое снижение когнитивной деятельности, утомляемость и быстрая истощаемость, нарушение аффективной саморегуляции, выраженный эгоцентризм.

Таким образом, у больного после перенесенной острой энцефалопатии на фоне легкого интеллектуально-мнестического снижения, нарастают психопатоподобные личностные расстройства с преобладанием эмоциональной неустойчивости, истероформных реакций и развиваются депрессивные расстройства с диссимулируемыми суицидальными тенденциями.

Приводим описание особенностей речевого поведения больного по всем аспектам, изучаемым в ходе психодиагностического интервью.

Психосемантически у больного выявляется выраженный эгоцентризм. Внутренняя картина объективного мира несколько упрощена в силу инфантильных установок и оценки всех вещей и событий с позиции собственного эмоционального комфорта и степени удовлетворенности своих потребностей, на основе чего и строятся все отношения с окружающими. Самоконтроль и критические способности мышления ослаблены, внутренняя картина болезни фрагментарна и соотнесена к прошедшим событиям (первая госпитализация). Ведущими механизмами психологической защиты является отрицание, регрессия и рационализация. Определяются умеренные явления алекситимии (15 баллов по опроснику), которая является вторичной, связана с органическим поражением головного мозга и, в меньшей степени, ведущим депрессивным синдромом. Для данного случая алекситимии, помимо предрасполагающих социальных и личностных психологических характеристик, характерно значительное уменьшение прилагательных, бедность и стереотипичность вербальной и невербальной экспрессии, невыраженные импрессивные способности. Фактор алекситимии, наряду с эгоцентризмом способствует росту числа конфликтных ситуаций, на которые пациент реагирует дезадаптивно.

Кинесические особенности отражают как органическое поражение головного мозга – уменьшение количества невербальных признаков, их стереотипный характер, так и на ведущий депрессивный синдром – появление поз подчинения и задумчивости, печальной мимики, жестов задумчивости. Кроме того, кинесическая семантика позволяет выявлять диссимуляцию глубины депрессивных расстройств и суицидальных тенденций. В этом контексте появляется жест латентной тревоги, скрещивание конечностей, поворот головы в сторону с мимикой напряжения, соответствующим

образом меняется и просодика. Динамика показателей выглядит следующим образом:

- мимика – $0,91 \pm 0,07$
- поза – $0,49 \pm 0,03$
- жест – $0,49 \pm 0,06$.

Указанные показатели специфичны для группы в целом, за исключением несколько меньшего значения динамики жеста по сравнению со средним показателем группы ($0,61 \pm 0,04$).

Просодические особенности отражают, в первую очередь, паралингвистический синдром органического поражения: сужение диапазона динамики основных показателей, прерывистость и нарушение мелодичности, преобладание коротких пауз, большое количество обертонов, бедность и стереотипность интонационных характеристик. Кроме того просодика отражает наличие депрессивных и тревожных расстройств: эпизоды резких изменений основных показателей, дыхательная дизритмия, выразительные паузы с соответствующей семантикой и модальностью. Приводим в качестве иллюстрации фрагмент речи больного с использованием символов дискурсивной транскрипции департамента лингвистики Калифорнийского университета (Санта-Барбара, 1994), позволяющих отражать в графической форме просодические характеристики.

...Dim <LO< Думал, приду домой.. (0.5) H SNIFF вены / пару раз / чикну, .. (0.4) H <A<CR Мама испугается H раз, машину мне /.. (0.3) отдаст .. (0.6) H – Hx Пришли домой... (1.0) все, я зашел в туалет, <ARH .. (0.3) H, пошел, взял лезвия, приложил лезвия, вены себе <F /p-раз./.. (0.3) Ну.. (0.2) я думал как .. (0.4) мама испугается и .. (0.2) H машину мне отдаст...”

Для данного пациента характерен узкий интонационный спектр, рваный контур, большое количество обертонов, невыразительные характеристики, нарушение мелодичности, высокая прерывистость.

Приводим количественные характеристики просодики: динамика основного тона – $1,32 \pm 0,04$; динамика темпа речи – $1,36 \pm 0,09$; количество пауз в 1 минуту: всего – 26,2; короткие – 18,2; средние – 5,85; длинные – 1,95; сверхдлинные – 0,2.

Психолингвистические особенности.

Анализ речевых ошибок и психолингвистических коэффициентов подтверждает особенности свойственные группе неврозопо-

добных и личностных расстройств. Приводим количество речевых ошибок в единицу времени: оговорки: всего – 0,7; подстановка – 0,2; перестановки – 0,3; опущение – 0,1; добавление 0,05; замещение 0,05; коррекция – 0,4; фальстарт – 0,5; повторы: звуков и слогов – 0,2; слов и словосочетаний – 0,4; всего – 0,6; паузы без семантико-синтаксической обоснованности – 0,1; нарушения дикции: дислексия – 0,3; дисфразия – 0,2; диспрозолия – 0; всего – 0,5. Всего речевых ошибок – 2,8. КТ – 6,4; ИД – 0,21.

Семантико-синтаксические показатели речи больного:

I – 1,77; S1 – 22,2; PR/S – 3,03; PR/n – 2,01; S/m – 71,4; S/PR – 0,44; N – 1,4; N-1 = -0,34; SSP – 96; SSD – 0; Inv – 11,0.

Показатели демонстрируют сохранность высококодифференцированного синтаксиса, эгоцентризм (высокий S/m) речи, регрессивность (высокие Inv, N – I).

Прагматические особенности.

Больной легко вступает в контакт, достаточно активен в раскрытии своих переживаний, общается доверительно, поскольку знаком с врачом со времени первой госпитализации. Часть переживаний пациент диссимулирует, интерпретируя и рационализируя свои действия и поступки. Преобладающим типом речевых актов являются ассертивы, декларативы и экспрессивы. Модифицирующее влияние врачебных стратегий (мягкая фасилитация, эмпатичное выслушивание) на речевое поведение проявляется усилением диссимуляции, что отражается больше на кинесическом уровне. Разномодальные семантики описываются вариантом подчиненного дополнения, в меньшей степени – семантико-синтаксической интеграцией, и в контексте описания депрессивных и суицидальных переживаний – вариантом конкурирующих тенденций. Разномодальные семантики насыщены, большей частью взаимодополняют друг друга. Иллокутивно-перлокутивные взаимодействия находятся в отношениях соответствия, которое может быть ослаблено (в контексте диссимуляции) и усиленно (контекст психотравмирующих переживаний).

Таким образом, речевое поведение больного С. отражает сложный комплекс психопатологической симптоматики: наличие депрессивных расстройств с суицидальными тенденциями на фоне нарастания органического поражения головного мозга, выражаю-

щемся, в первую очередь, нарастанием психопатоподобных изменений личности по аффективно неустойчивому типу. Все аспекты речевого поведения описывают клинические и личностные особенности пациента, во взаимодополнении дают цельную картину с типичными, вышеописанными признаками, характерными для данной подгруппы.

Клинический пример 4.2.

Больная А., 1930 года рождения.

Диагноз: Органическое шизофреноподобное расстройство вследствие атеросклероза сосудов головного мозга.

Из анамнеза: Родилась вторым ребенком в семье рабочих. Данных за отягощенную наследственность не выявлено. Росла и развивалась без особенностей. В детстве перенесла малярию и брюшной тиф, часто болела пневмониями. По характеру всегда была активной, общительной, непримиримой к несправедливости, властной и бескомпромиссной. Окончила 7 классов, до пенсии работала на швейной фабрике, последние 6 лет не работает. Замужем, имеет двух взрослых детей, внуков. Проживает с мужем. С 47 лет, когда отмечались болезненные явления климактерического периода, появились периодические колебания артериального давления, головные боли. Последние 5 лет нарастают головные боли, периодически – с головокружением, снижение памяти, повышения АД до 170/100 мм рт. ст., заострение преморбидных характерологических черт, ригидность. За 2,5 месяца до настоящей госпитализации, после конфликта с соседкой, стала подозрительной, усиленно запирала двери днем, никого не пуская из домашних, нарушился сон. Среди ночи часто вставала, ходила на кухню, приносивалась, к чему-то прислушивалась. Заявляла, что соседи в сговоре с бандитами, хотят забрать квартиру и отравить ядовитыми газами. Слышала голоса “злоумышленников” за дверью и под потолком. Накануне госпитализации, на фоне резкого повышения АД 190/110 мм рт. ст., видела мужа с “чужим лицом”, считала его “бандитом”, набросилась с ножом. Госпитализирована в состоянии психомоторного возбуждения бригадой СМП в КРКПБ №1 21.09.1999 г. и находилась в клинике по 12.12.1999 г.

В отделении: в течение первых двух суток дезориентирована в месте и времени, возбуждена, агрессивна, кричит, ночью не спит, контакту не доступна. В дальнейшем, на фоне комплексной психо-

фармакотерапии, стала спокойной, упорядоченной. Замкнута, держится настороженно, ни с кем не общается, подозрительна, легко аффектирует. Временами к чему-то прислушивается, становится напряженной, агрессивной. Заявляет, что существует “группа недоброжелателей”, которая причастна к ее “попаданию” в больницу. Свои переживания раскрывает неохотно, фрагментарно. Опасается за свою квартиру, негативно отзывается о соседях. Жалуется на головную боль, головокружение, шум и звон в ушах, считает соседей виновными в этом, говорит, что слышит их голоса. Мышление замедленное, паралогическое, обстоятельное, аффективно застревает на конфликтной ситуации. Критика отсутствует, недовольна пребыванием в отделении. Интеллект незначительно снижен, фиксационная гипомнезия, путается в датах и событиях. Соматическое обследование выявило у больной хронический необструктивный бронхит в стадии неполной ремиссии; симптоматическую артериальную гипертензию вследствие атеросклероза сосудов головного мозга. Последний диагноз подтвержден осмотром невропатолога и окулиста, данными инструментальных (ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ) и лабораторных (холестерин плазмы) методов. Патопсихологическое исследование выявило у больной умеренное интеллектуально-мнестическое снижение, непоследовательность суждений, паралогичность и снижение критических способностей.

Таким образом, у больной на фоне нарастания признаков органического поражения головного мозга вследствие сосудистого заболевания, развивается психотическое состояние с галлюцинаторными расстройствами, бредовыми идеями отравления, отношения, ущерба, элементами острого чувственного бреда на фоне гипертонического криза, обусловившего дезориентацию и психомоторное возбуждение с агрессивными тенденциями; отсутствием критики.

Приводим описание речевого поведения больной.

Психосемантические особенности больной слагаются из двух составляющих: нарастающего эгоцентризма и упрощения внутренней картины мира, стереотипизация всех отношений для соответствия деформирующемуся образу Я – с одной стороны; и доминирующая в сознании патологическая идея о существовании угрозы физическому Я и материального ущерба – с другой. Эти два момента преломляют и деформируют все представления больной. Критическое отношение к болезни отсутствует, в равной степени как и критические способности мышления в целом. Ожидание

опасности и настороженность накладывают отпечаток на коммуникативную активность пациентки – общение как защита и отстаивание своих прав, либо как витальная необходимость. Интересен психоаналитический подход, помогающий понять, почему у данной личности в психозе появилась данная символика и симптоматика, с учетом характерологических особенностей, истории жизни и ведущих механизмов психологической защиты на данный момент. Во-первых, настоящий психоз – следствие неудачного вытеснения детских страхов, отражающих психотравму, происшедшую в 7-летнем возрасте, когда была свидетелем ограбления прохожей на улице. Во-вторых, результат проекции собственной скупости, корыстности и недоброжелательности к людям, так или иначе проявлявших себя в высказываниях больной ранее. В качестве подтверждения последнего положения можно привести элементы ретроспективного бреда больной, в котором она приводит “доказательства” наличия и ранее у ряда людей и соседей имущественных претензий к ней, попыток повлиять на ее душевное здоровье и социальный статус. У больной нарастает, типичная для группы, тенденция семантической неполноты, выпадения и выхолащивания сематических полей, что проявляется неполными, фрагментарными и скупыми вербальными описаниями практически всех контекстов и семантик, за исключением центральной – психотической.

Кинесические особенности речевого поведения складываются из двух основных компонентов: 1) регрессивные признаки, указывающие на органическое поражение головного мозга; 2) признаки, подчеркивающие психотические переживания и отражающие комплекс негативных аффектов, вытекающих из болезненных идей: тревогу, напряжение, настороженность и агрессивные тенденции. Первый компонент включает в себя высокую встречаемость в ходе интервьюирования поз подчинения и моления, мимические комплексы безразличия и беспомощности, тупости, бедность жестикуляции, стереотипные жевательные движения нижней челюсти и дрожательный гиперкинез верхних конечностей (не связанный с психофармакотерапией (малые дозы нейролептиков) и отмечавшийся в момент госпитализации), а также низкую динамику кинесических показателей по всем каналам. Второй компонент выражается позами Наполеона и агрессии, мимическими комплексами решимости, гнева, отвращения; жестами отстранения и латентной тревоги, проявляемыми, большей частью, в контексте описания бо-

лезненных переживаний и конфликтов. Приводим количественные показатели динамики кинесических показателей данной больной по каналам: мимика – $0,44 \pm 0,04$; поза – $0,31 \pm 0,05$; жест – $0,19 \pm 0,03$.

Показатели типичны для группы органических психотических расстройств.

Просодические характеристики, также как и кинесика, отражают две особенности: психотические переживания и органическое поражение головного мозга, причем второй компонент превалирует в данном случае. Речь больной имеет ряд артикуляционно-фонологических особенностей: 1) в связи с отсутствием всех зубов отмечается нечеткость и смазанность артикулирования звонких согласных, нарушения дикции; 2) стереотипные жевательные движения привносят в речевую картину как в паузах, так и при речепроизнесении ряд артефактов – нечленораздельные звуки “шамкающего” характера.

Просодические особенности речи больной полностью отражает описанный нами синдром (микро-) органического поражения головного мозга. В качестве иллюстрации приводим фрагмент речи больной с дискурсивной транскрипцией просодических характеристик.

“<Dim <TRM./ Начало звенеть... (1.2) Н THROAT Звенеть начало.. (0.7) / <CR Звенеть, звенеть >CR.. (0.6) С улицы/.... (3.8) <HI И вот это.. (0.4) все.. (0.7) вокруг было... (1.2) <BR движение >BR>Hi.... (4.2) SNIFF <CR Что меня хотят <RH выжить.. (0.4) из моей квартиры... (3.1) BURPH-H_x THROAT. Все падало и вращалось.. (0.5). А< У нас приемник и телевизор и магнитофон сами стали говорить.. (1.1) это...”

Фрагмент иллюстрирует прерывистость речи, большое количество продолжительных пауз, нечленораздельных звуков, звуков без словесного оформления.

Приводим количественные характеристики просодики больной: динамика основного тона – $0,46 \pm 0,05$; динамика темпа речи – $0,49 \pm 0,03$; паузы (в 1 минуту): короткие – 12,9; средние – 9,2; длинные – 3,25; сверхдлинные – 1,1; всего – 26,45.

Данные отражают тенденции характерные для группы. Психолингвистические особенности.

Приводим количество речевых ошибок и значения психолингвистических коэффициентов, полностью отражающие тенденции специфичны для органических психотических расстройств.

Оговорки: подстановка – 0,1; перестановка – 0,35; опущение – 0,5; замещение – 0,15; Всего – 1,1. Коррекция – 0,1; фальстарт – 0; повторы: звуков и слогов – 0,1; слов и словосочетаний – 0,5; всего – 0,6. Паузы «пустые» – 0,35; нарушение дикции: дислексия – 0,3; дисфразия – 0,2; диспрозолия – 0,25. Всего – 0,75. Итого речевых ошибок – 2,9; КТ – 2,69; ИД – 1,71.

Семантико-синтаксические показатели отражают синтаксическое упрощение речи больной, тенденцию к нарастанию неполноты речи, элементы регресса, выраженный эгоцентризм. Приводим значения коэффициентов:

I – 1,31; S1 – 18,75; Pr/s – 0; Rr/n – 3,85; S/S – 12,5; S/m – 87,5; S/Pr – 0,38; N – 1,57; N-I=0,26; SSP – 85,5; SSD – 2,5; Inv – 12,5.

Подчеркнем особо относительно высокое и положительное значение разницы новизны и информативности (N – I), отражающее продуктивную симптоматику, на фоне органики (низкие значения I, S1, SSP).

Семантико-прагматические особенности.

Процесс интервьюирования больной сопряжен с рядом трудностей, что обусловлено такими ее коммуникативными стратегиями как погруженность в болезненные переживания, диссимуляция, а иногда и неадекватностью – перенесение в реальность болезненных переживаний, с вытекающими агрессивными тенденциями. С учетом последних обстоятельств, ведущая стратегия врача понимающе-поддерживающая и, в то же время, патерналистская. С учетом правильности выбора стратегии, мягкая фасилитация в ходе интервью способствовала снижению напряженности и агрессивности больной, увеличила объем информации сообщений больной в ходе раскрытия части своих переживаний.

Большинство фрагментов речевого поведения больной содержат взаимодействие разномодальных семантик, главным образом, в рамках подчиненного дополнения и конкурирующих тенденций и, следовательно, преобладают в иллокутивно-перлокутивных отношениях ослабленное соответствие и диссоциация.

Таким образом, все аспекты речевого поведения дают полную картину особенностей психотических расстройств на фоне нарастания

тающего органического поражения головного мозга с типичными характеристиками, выделенными нами для данной группы.

Клинический пример 4.3.

Больная И., 1934 года рождения.

Диагноз: Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.

Из анамнеза: Родилась первым ребенком в семье служащих. Бабушка по материнской линии переносила в пожилом возрасте психотическое расстройство, лечилась в психиатрической больнице. Росла и развивалась без особенностей. По характеру всегда была активной, общительной, доброжелательной. Окончила 10 классов, педагогический институт, до пенсии проработала учителем русского языка и литературы в школе. Была замужем, развелась по причине алкоголизма мужа, имеет взрослого сына, проживающего в другом городе. Проживает одна, последние годы подрабатывала уборщицей. Со слов подруги больной, первые изменения в поведении обнаружили за 5 лет до настоящей госпитализации (с 20.04.1999г.): стала раздражительной, периодически жаловалась на вялость, забывчивость, выглядела подавленной, перестала следить за собой, плохо спала ночами, отмечались колебания аппетита от значительного снижения до булимии. Указанные расстройства постепенно нарастали, в связи с чем подруга привела больную на консультацию к невропатологу. Короткое время, без эффекта, принимала антидепрессанты и ноотропы. Нарастали расстройства памяти, перестала читать, что раньше очень любила, не могла готовить себе пищу, практически не ухаживала за собой. Настоящая госпитализация в связи с тем, что больная пропала и подруга разыскивала ее около суток: пошла во двор вынести мусор и не могла найти дорогу назад, бродила по окресным дворам, ночевала на детской площадке.

В отделении: в месте и времени не ориентируется – амнестическая дезориентация, в собственной личности ориентируется, контакт составляет малопродуктивный, биографические сведения сообщить не может в силу выражений амнестической, сенсорной и семантической афазии. Неряшлива, гипобулична, апатична, весь день проводит в пределах постели, не общается ни с кем. Односложно отвечает на простые вопросы. Психотических расстройств нет. Мышление аморфное, с персеверациями, выявляются грубые

расстройства когнитивной деятельности, фиксационная амнезия, некритичность к своему состоянию. Обжорлива, легко аффектирует, в пределах отделения не ориентируется, ночью спит плохо, беспокойна в пределах палаты. Соматическое обследование выявило у больной дисгормональную миокардиодистрофию (данные анамнеза: тяжелый и болезненный климактерический период, когда впервые появились нарушения, лабильность АД; данные ЭКГ). Осмотр невропатолога: рассеянная неврологическая микросимптоматика. Данные КТ – признаки диффузной атрофии вещества головного мозга с преобладанием атрофии лобно-височных областей, больше справа. На ЭЭГ выявляются диффузные расстройства, очаг медленноволновой активности в правой височной области, сниженный вольтаж, дисфункция стволовых структур. Патофизиологическое исследование выявило выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, явления амнестической, сенсорной и семантической амнезии, аграфию, акалькулию, апраксию.

Таким образом, у больной отмечается довольно быстрое нарастание деменции вследствие болезни Альцгеймера с ранним началом (в 60 лет). В настоящее время заболевания находится на этапе перехода II стадии болезни в III.

Приводим описание особенностей речевого поведения больной по всем изучаемым аспектам.

Наиболее существенной особенностью психосемантики больной является полная деструкция субъективной картины объективного мира, предельная выхолощенность семантических пространств, примитивное самосознание. По причине грубых афатических расстройств речевое поведение больной опирается на фрагментарное отражение текущих событий, несостоятельность во всех сферах, кроме удовлетворения примитивных потребностей. Возможность использовать накопленный опыт и какие-либо знания отсутствуют, как и критические способности. Когнитивная активность слагается из оперирования текущими, семантически простыми событиями, подкрепляемыми стихийными ассоциативными процессами и обрывочными фрагментами воспоминаний. Речевая активность и возможность монологической речи отсутствуют. Анозогнозия. Выраженная дезадаптивность психологических защитных механизмов.

Кинесические особенности речевого поведения определяются регрессивными чертами и минимальной динамичностью по всем

каналам. Преобладает поза эмбриона, в которой больная находится все время клинического интервьюирования. Доминируют мимические комплексы амимии, тупости и беспомощности. Жестовый канал определяет стереотипный аутогруминг – растирание нижней части лица левой верхней конечностью, манипулирование одеждой, единичные жесты – акценты и одобрения. Динамика кинесических показателей отражает минимум данной группы: мимика – $0,18 \pm 0,01$; поза – $0,11 \pm 0,03$; жест – $0,07 \pm 0,01$.

Просодические особенности характеризуются регрессивными чертами, выраженностью синдрома органического поражения: речь монотонна, лишена модуляции, основные показатели практически не меняются; большое количество продолжительных пауз, заполняемых нечленораздельными звуками (сопение, жевание), звуками без словесного оформления (м-г, м-м, а-э); большое количество обертонов, ведущих к утрате мелодичности; интенсифицируются согласные звуки, временами речь нечленораздельна. Приводим фрагмент речи больной с дискурсивной транскрипцией просодики (данный фрагмент один из немногих, где речь разборчива и относительно синтаксически сохранна):

“... <P <L <N <TRM Встретила женщину.. (0.7) H, SNIFF которая рядом.. (0.3) дома... (1.2) с нашего... (2.3) H-Nx-THROAT, TSK. Может.. (0.3). И я это.. (0.2) Она зашла за мной, взяла, поговорила.. (0.3) TSK. Ну и мне / хорошо было / стало. Знаете / так хорошо.. (0.4) / было. >P >L. >TRM.”

Психолингвистические особенности.

Приводим количество речевых ошибок:

оговорки – 1,21; из них подстановка – 0,1; перестановка – 0,15; опущение – 0,66; добавление – 0; замещение – 0,3; коррекция – 0; фальстарт – 0; повторы – 1,35; из них звуков и слогов – 0,4; слов и словосочетаний – 0,95; паузы “пустые” – 1,25; нарушения дикции: всего – 2,09; из них дислексия – 0,74; дисфразия – 1,21; диспрозо-дия – 0,14. Всего речевых ошибок – 5,9. КТ – 8,98; ИД – 0.

Речевые ошибки ярко отражают все тенденции, описанные нами, в соответствующей главе.

Семантико-синтаксические особенности.

Семантико-синтаксические показатели отражают распад речи как структурный, так и функционально-смысловой: I – 0,37; S1 –

4,4; Pr/S – 0; Pr/N – 0; S/S – 50,0; S/M – 50,0; S/Pr – 0,42; N – 0,51; N-1=0,14; SSP – 24,4; SSD – 4,4; Inv – 16,3.

У данной больной показатели I, Rr/S, Pr/n и SSP предельно низкие – отражение семантического оскудения речи; N, N-1, SSD относительно высоки за счет выраженного афатического синдрома. Семантико-прагматические особенности.

Речевой контакт с больной затруднен в силу выраженных афатических и интеллектуально-мнестических расстройств. Коммуникативные стратегии больной определяются апрагматизмом, непоследовательностью и неадекватностью и, практически, не реагируют на смену врачебных стратегий. Преобладают ассертивные типы речевых актов. Взаимодействие разномодальных семантик описывается вариантом семантико-синтаксической дезинтеграции и регресса, наблюдается иллюкутивная-перлюкутивная дезинтеграция, ведущая в ряде случаев к полному распаду структуры речевого акта.

Таким образом, приведенное описание речевого поведения больной ярко иллюстрирует все вышеописанные нами черты свойственные для дементных больных.

3.8. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения больных с органическими психическими расстройствами

В предыдущих главах нами описаны особенности речевого поведения больных органическими психическими расстройствами в подразделении на три подгруппы, отражающие постепенное нарастание выраженности поражения головного мозга и преобладающую клиническую симптоматику: непсихотические органические, психотические и дементные расстройства. Сопоставления клинико-психопатологических характеристик органических психических расстройств и особенностей речевого поведения, проведенный клинико-статистический анализ позволяют выделить следующие корреляции:

1) При органических психических расстройствах речевое поведение определяется выраженностью органического поражения головного мозга, этапом расстройства.

Это подтверждается достоверной разницей ($p < 0,05$) в динамике кинесических и просодических показателей, различием семанти-

ко-синтаксических и психолингвистических индексов на разных этапах органических расстройств. Выделены качественные патогномоничные признаки в разномодальных семантиках для каждого из этапов.

2) Особенностью речевого поведения коррелируют с ведущим психопатологическим синдромом.

Нами описаны синдромальные особенности кинесики, выделены основные просодические синдромы (соответствующие психопатологическим) с учетом нозологической специфичности, даны характеристики всех аспектов вербальной семантики.

3) Наблюдение за динамикой органических психических расстройств, в том числе в ходе терапии, подтверждает возможность ее объективизации посредством исследования динамики основных маркеров речевого поведения. По мере нарастания выраженности поражения головного мозга речевое поведение приобретает регрессивный характер – увеличивается количество более филогенетически ранних признаков. Таким образом, речевое поведение коррелирует с особенностями течения органических психических расстройств.

Установленные корреляции и проведенный клинко-статистический анализ, подтверждающий достоверность различий с контрольной группой, делают возможным выделение наиболее значимых характеристик речевого поведения исследуемой группы в качестве дополнительных диагностических и исследовательских критериев.

**Дополнительные исследовательские
и диагностические критерии органических
психических расстройств
(по данным комплексной диагностики речевого поведения)**

Для речевого поведения при органических психических расстройствах характерно нарастание признаков структурно-функционального упрощения и смыслового выхолощения разномодальных семантик, его составляющих, утрата специфичности взаимодействия и разрушение связей между отдельными каналами коммуникации, что ведет к постепенному распаду речевого поведения как функциональной системы.

Наиболее значимыми особенностями разномодальных семантик являются следующие:

- Кинесическая семантика:

- значительное снижение ($p \leq 0,01$) динамики кинесических показателей по всем трем каналам: мимики, жестов и поз;

- уменьшение семантического разнообразия кинесических признаков в отражении вербальной информации, преобладание показателей, указывающих на субмиссию, уменьшение специфической энергии действия, регрессивное смещение активности на фоне значительного семантического обеднения;

- наиболее выражены указанные изменения в мимическом, а, затем, в жестовом каналах, что неспецифически компенсируется позным каналом и отражает распад кинесической семантики в соответствии с этапами ее филогенетического развития.

- Просодическая семантика:

- смысловое обеднение и функциональное упрощение динамики ($p \leq 0,01$) основных просодических показателей, утрата связей просодики с особенностями ведущего психопатологического синдрома и эмоциональным контекстом сообщения;

- преобладание признаков, указывающих на регресс просодики и органическое поражение головного мозга. К ним относятся следующие:

- а) упрощение и обеднение интонационных характеристик, их стереотипный характер, монотонность речи;

- б) увеличение количества ($p \leq 0,05$) и продолжительности пауз, в т.ч. семантически и синтаксически не обоснованных;

- в) нарастание фонационно-артикуляционной дисфункции: нарушения дикции, нечеткость и неразборчивость звучания речи, увеличение количества нечленораздельных звуков и звуков без словесного оформления, утрата мелодичности речи, прерывистость, интенсификация согласных звуков;

- г) стереотипность и неспецифичность ведущих модальностей.

- Вербальная семантика.

- психосемантические особенности:

- а) снижение речевой активности, утрата способности к монологической речи;

- б) упрощение, обеднение, фрагментированный характер субъективной картины окружающего мира и самосознания;

- в) выхолощенность основных психосемантических пространств, нарушение и отсутствие взаимодействий между ними;
- г) преобладание регрессивных форм достижения компенсации состояния при тенденции к упрощению и неполноте внутренней картины болезни.

- психолингвистические особенности:

- а) увеличение количества речевых ошибок ($p \leq 0,01$), главным образом, повторов, пауз без семантико-синтаксического обоснования и нарушений дикции, что отражает утрату речевого самоконтроля, снижение когнитивной активности и необратимые нарушения всех уровней системы речепорождения;
- б) изменения психолингвистических показателей указывают на обеднение лексико-семантической группы прилагательных, что является этапом распада речи и нарастающую дезадаптацию во всех сферах жизнедеятельности индивида.

- семантико-синтаксические особенности:

- а) снижение показателей информативной плотности и новизны текста ($p \leq 0,01$);
- б) структурно-функциональное упрощение текста, увеличение количества ($p \leq 0,01$) регрессивных синтаксических форм.

- семантико-прагматические особенности:

- а) нарастающий коммуникативный гипопрагматизм;
- б) ослабление взаимосвязей между компонентами речевых актов, вплоть до полного разрушения структуры последних.

Указанные особенности речевого поведения нарастают по своей выраженности от непсихотических к органическим психотическим расстройствам и достигают максимума при дементных состояниях, отражая степень органического поражения головного мозга.

Таким образом, наиболее значимые характеристики речевого поведения при органических психических расстройствах сводятся к следующим особенностям:

1. По мере нарастания выраженности органического поражения головного мозга у больных отмечается тенденция к регрессу всех разномодальных семантик, составляющих речевое поведение. Регрессивный характер изменения семантик проявляется: уменьшением объема, дифференцированности и степени сложности передаваемой информации; структурно-функциональным упрощением; выпадением ряда составляющих семантик, значительным сни-

жением динамики основных показателей в ходе сообщения; прогрессирующим нарастанием регрессивных черт семантик – появление онтогенетически и филогенетически более ранних форм и признаков; утратой коммуникативной функции речевого поведения.

2. Взаимодействия разномодальных семантик при органических психических расстройствах характеризуются дезинтегративными тенденциями, что ведет к структурно-функциональному распаду речевого поведения.

3. Помимо тенденции к поражению регрессивности и дезинтегрированности семантик, каждой из изучаемых подгрупп больных характерны свои особенности:

а) для непсихотических органических расстройств характерна относительно высокая семантическая насыщенность; взаимодополняющий характер семантик, передающих выраженные аффективные расстройства и сложные отношения личности с объективным миром;

б) при органических психотических расстройствах органические черты речевого поведения и признаки продуктивной психопатологической симптоматики выражены в равной степени, разномодальные семантики носят диссоциированный характер взаимодействия;

в) дементные расстройства воплощают в себе максимальную выраженность распада всех составляющих речевого поведения.

РАЗДЕЛ V

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

5.1. Клинические характеристики группы

Данная группа объединяет в себе основные диагностические рубрики раздела F2 МКБ-10, для которых характерны психические расстройства психотического регистра со специфическими расстройствами мышления, продуктивной психопатологической симптоматикой, эмоционально-волевыми и, как правило, выраженными поведенческими расстройствами. Клинические особенности перечисленных диагностических рубрик достаточно хорошо изучены в силу яркой специфичности данных патологических расстройств и их преобладания в структуре пациентов психиатрических клиник. И поэтому, для нас представляет интерес изучение особенностей речевого поведения, не столько в плане дифференцирования расстройств внутри группы, сколько выяснения критериев, позволяющих разграничивать сходную симптоматику, встречающуюся в других разделах. Кроме того, в свете эволюционного подхода, представляло интерес изучение особенностей динамики речевого поведения в зависимости от следующих факторов:

- остроты возникновения психотических расстройств;
- особенности течения и давности заболевания;
- соотношения в клинической картине позитивной и негативной психопатологической симптоматики, выраженности психического дефекта.

С учетом указанных факторов, все больные группы были разделены на 2 подгруппы по 50 человек: 1-я – условно обозначена нами как острые расстройства; 2-я – хронические. Вся группа включала 100 больных: 50 мужчин и женщин, средний возраст группы $33,23 \pm 3,08$ лет. Распределение больных по диагностическим рубрикам и полу представлено в табл. 5.1.

Таблица 5.1 Распределение больных группы F2 по диагностическим рубрикам и полу

Диагностические рубрики	Количество больных		
	мужчины	женщины	всего
Параноидная шизофрения	13	19	32
Кататоническая шизофрения	5	3	8
Гебефреническая шизофрения	4	3	7
Простая шизофрения	6	6	9
Всего больных шизофренией	28	28	56
Шизоаффективные расстройства	7	5	12
Бредовое расстройство	5	7	12
Острое шизофреноподобное психотическое расстройство	10	10	20
Итого	50	50	100

1-я подгруппа – острые психотические расстройства включала в себя больных с давностью заболевания от 1-й недели до 6 месяцев. Средняя продолжительность психотических расстройств от момента возникновения до госпитализации составила, согласно клиничко-анамнестических данных, $48,8 \pm 7,14$ дней. 42 больных госпитализированы впервые в жизни, 4 – повторно и 4 – третий раз. У всех больных отмечалось преобладание продуктивных расстройств. В группу входило 26 мужчин и 24 женщины. Средний возраст: $31,38 \pm 2,05$ лет. По диагностическим рубрикам группа включала острые шизофреноподобные расстройства – 20 больных (10 мужчин и женщин), бредовые расстройства – 12 (5 и 7 соответственно), шизоаффективные расстройства – 12 (7 и 5) и параноидную шизофрению – 8 (2 и 6). Больные параноидной шизофренией включены в данную группу, так как давность процесса была менее 6 месяцев, преобладала позитивная психотическая симптоматика, и в то же время, повторность госпитализации и наличие классических клинических признаков данного заболевания позволили установить диагноз до истечения 6 месяцев, как это регламентировано МКБ-10.

В группу хронических психотических расстройств мы включили для исследования 50 больных: 24 мужчину и 26 женщин. Средний возраст группы: $35,08 \pm 13,02$ лет. Группа включала себя больных шизофренией: параноидной – 24 (по 12 мужчин и женщин), кататонической – 8 (5 и 3), гебефренической – 7 (4 и 3) и простой - 9 (6 и 3), со средней давностью заболевания – $10,08 \pm 3,68$ лет. Все

больные группы имели выраженные дефицитарные проявления в клинической картине расстройства, 36 из них, многократно (в среднем $6,4 \pm 1,8$ раз) проходили стационарное лечение, характеризовались выраженной социальной дезадаптацией. В данной группе 10 больных (6 женщин и 4 мужчины) со средней давностью заболевания – $5,47 \pm 2,41$ лет, госпитализировались впервые в жизни с выраженными дефицитарными и наличием продуктивных психопатологических расстройств и никогда не получали психофармакотерапевтической помощи. Изучение речевого поведения больных данной группы чрезвычайно интересно с позиций оценки влияния активной терапии (в первую очередь нейролептической). Ставились следующие вопросы:

- отличается ли динамика клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения при психофармакотерапии и у интактных больных (т.е. ранее не леченных);

- каков вклад терапии нейролептиками в формирование, выраженность и особенности психического дефекта, т.е. существуют ли различия в речевом поведении дефектных больных, длительно получающих психофармакотерапию и ранее не лечившихся.

Клиническая динамика пациентов данной подгруппы в ходе психофармакотерапии оценивалась при помощи Шкалы позитивных и негативных симптомов при шизофрении – PANSS-I. Особенности речевого поведения данной подгруппы будут приведены нами в конце раздела, как иллюстрация возможности использовать их изучение в оценке эффективности психофармакотерапии, составлении прогностических суждений.

5.2. Кинесические особенности

Приводим особенности кинесического аспекта речевого поведения по выделенным подгруппам.

Для больных группы острых психотических расстройств характерно преобладание поз, указывающих на субмиссию и статичность, как следствие выраженной внезапной дезадаптации, а также, отражающих насыщенность болезненными переживаниями и связанными с ними аффектами. Указанные особенности наиболее ярко проявляются в контексте описания пациентами своих болезненных переживаний и позволяют выявлять диссимулятивные тенденции. В группе преобладали позы: сосредоточенности (0,45), раздумья

(0,25), фараона (0,18), агрессии (0,18), заключенного (0,16), моления (0,15), наездника (0,15). При галлюцинаторно-параноидном синдроме отчетливо преобладали позы сосредоточенности, агрессии с характерным периодическим увеличением плеча, движениями туловища вперед и назад, сжимании кисти в кулак, различными наклонами головы “бодящего характера”. Для аффективно-бредовых расстройств характерно преобладание поз раздумья, моления, агрессии. При полиморфных расстройствах характерна более выраженная смена поз, хаотические и, подчас, стереотипные движения в конечностях. Следует подчеркнуть, что динамика по каналу позы наиболее выражена в контексте описания болезненных переживаний.

У больных с выраженными дефицитарными проявлениями преобладают статичные позы, менее выражена динамика по данному каналу, довольно часто встречались стереотипные движения. Преобладают позы: наездника (0,37), фараона (0,31), подчинения (0,29), эмбриональная (0,23). В двух случаях отмечена камптокормия (0,05). Стереотипные движения конечностями, головой встречались достоверно чаще, чем в группе острых расстройств (0,26). Указанные особенности отражают специфическую для дефицитарных состояний энергетическую редукцию и семантическое упрощение болезненных переживаний, регрессивные элементы моторики.

Мимический канал в группе острых психотических расстройств отражал, в первую очередь, широкий спектр болезненных переживаний, и связанных с ними, аффектов. Преобладали следующие мимические комплексы: напряженность (0,48), внимание (0,38), задумчивость (0,23), страх (0,28), беспомощность (0,21), страдание (0,29), гнев (0,13), непонимание (0,18), плач (0,12). Специфичным для всех больных является диссоциация мимических комплексов верхней и нижней половин лица, что отражает специфический эндогенный процесс. Данный признак быстро редуцировался в ходе психофармакотерапии.

В группе дефицитарных больных отмечались тенденции к снижению динамики по мимическому каналу, уменьшение семантической его нагрузки, преобладание мимических комплексов, свидетельствующих о специфическом болезненном процессе, ведущем к эмоционально-волевому снижению. Преобладали следующие мимические комплексы: а-(гипо)мимия (0,42), безразличие (0,28), бес-

помощность (0,23), напряженность (0,23), тупость (0,18). Мимические комплексы улыбки (0,12), кокетства (0,16), отмечающиеся у женщин в данной группе, отличались стереотипичным характером. Для всех больных характерна тенденция к закреплению диссоциации мимики верхней и нижней половин лица, наличие диссоциации правой и левой его половин.

Жестовый компонент кинесики в группе острых расстройств определялся коммуникативной стратегией пациента. Преобладали следующие жесты: акцент (0,38), обращение (0,2), покорности (0,13), задумчивости (0,28), отстранения (0,18), латентной тревоги (0,28). В группе хронических расстройств отмечалось снижение динамики по каналу жеста и уменьшение его семантической насыщенности. Жестикуляция носила стереотипный характер и, зачастую, диссоциировала с семантикой как других каналов, так и вербального сообщения. Преобладали жесты: акцент (0,23), одобрения (0,13), демонстрации (0,13), покорности (0,15).

Количественные показатели динамики кинесических характеристик приведены нами в табл. 5.2.

Как видно из таблицы, динамика кинесических комплексов хронических расстройств меньше, чем острых по всем каналам и обе группы существенно отличаются более низкой динамичностью кинесики по сравнению с контрольной группой, что говорит об уменьшении роли невербальных средств речевого поведения в передаче информации. Исследуя процентное соотношение отдельных каналов, можно отметить, что от острых к дефицитарным расстройствам нарастает тенденция к уменьшению объема информации по каналам мимики и жеста, а поздний компонент, исходя из этого, несколько увеличивается, вероятно, как более ранний филогенетически.

Таблица 5.2 Показатели динамики кинесических характеристик больных группы F2 в сравнении с показателями контрольной группы

Группы	Показатель динамики кинесических комплексов за 1 мин. в абс.ед. и процентные соотношения по каналам		
	мимика	поза	жест
F2 острые расстройства	0,52±0,07 46,8%	0,28±0,05 25,2%	0,31±0,05 28%
F2 хронические расстройства	0,37±0,03 44%	0,24±0,04 28,6%	0,23±0,04 27,4%
Контроль: взрослые	1,21±0,09 49,4%	0,51±0,06 20,8%	0,73±0,07 29,8%
Контроль: дети	1,34±0,05 51%	0,69±0,09 26,2%	0,6±0,08 22,8%

Кинесические показатели группы F2 достоверно отличаются по всем каналам от контрольных групп и, следовательно, являются диагностически значимыми. Острые и хронические расстройства внутри группы F2 достоверно отличаются только по динамике кинесических показателей мимического канала.

Определенное модифицирующее влияние на кинесические особенности речевого поведения имеет проводимая психофармакотерапия и, в первую очередь, применение нейролептиков. Приводим описание кинесических особенностей нейролептической интоксикации, выявленной у 27 больных на момент диагностического интервью:

- 1) Уменьшение динамики кинесических показателей по всем каналам;
- 2) Мимически: преобладание гипомимии, немигающий взгляд, более часто встречается симптом «хоботка» полуоткрытый рот, гиперсаливация, стереотипные жевательные движения губами, полускал.
- 3) Преобладают позы высокой статичности (фараона, наездника), движения замедлены, утрачена их гармоничность, координированность и плавность.
- 4) Жестикуляция носит характер стереотипного аутогруминга, увеличивается количество двигательных стереотипий и частота встречаемости тремора верхних конечностей.

Таким образом, обобщая все вышесказанное, можно выделить следующие наиболее характерные особенности кинесики больных с шизофренией и другими расстройствами в рамках группы F2:

1. Семантика кинесического аспекта речевого поведения складывается из двух компонентов: а) отражение болезненных переживаний и связанных с ними аффектов; б) отражение специфики расстройств данной группы, выражающихся в появлении регрессивных элементов, диссоциации компонентов разных каналов, смысловом упрощении и эмоционально-волевым снижении. По мере нарастания выраженности дефицитарных расстройств, преобладающее влияние имеет второй компонент.

2. По мере нарастания дефицитарных расстройств снижается динамика кинесических показателей по всем каналам и, как следствие, уменьшается информативность кинесики.

3. Кинесические особенности определяются ведущим психопатологическим синдромом, полностью отражают его нюансы, помогая выявлять диссимулятивные тенденции больных.

4. Регрессивные черты кинесики в данной группе имеют ряд отличий от таковых при органических психических расстройствах:

- меньшая выраженность регресса семантики;
- регрессивные признаки не являются тотальными, а касаются, в большей степени, эмоционально-волевой сферы, что диссоциирует с сохранностью других аспектов;
- уменьшение динамики показателей кинесики выражено в меньшей степени, чем при органических расстройствах;
- мимический и жестовый каналы остаются более сохранными, что с учетом их более позднего развития (по сравнению с позным каналом) подчеркивает меньшую выраженность кинесического регресса.

5.3. Психосемантические особенности

Психосемантические особенности больных с эндогенными психотическими расстройствами определялись клинической картиной: остротой возникновения болезненных расстройств, этапом и особенностями течения, ведущим психопатологическим синдромом, наличием и степенью выраженности дефицитарной симптоматики.

Для больных подгруппы с острыми психотическими расстройствами характерно быстрое (в течение нескольких суток – недель) развитие болезненной симптоматики, преимущественно (за исключением бредовых расстройств) выраженный полиморфизм клинических проявлений, протекающих зачастую, с острым чувственным бредом, качественными изменениями сознания. Психосемантика больных на данном этапе характеризовалась погружением в мир болезненных переживаний, ощущением катастрофы в субъективных представлениях об объективном мире, собственной измененностью, поломкой адаптивных и защитных механизмов, отсутствием критичности. В мироощущении больных преобладала растерянность, апокалиптические переживания, что и определяло их поведение. В связи с невозможностью на данном этапе осмысления происходящих изменений больные не могли их вербализировать. В психосемантических пространствах наиболее яркой особенностью было стирание грани между “Я” и объективным миром.

Ведущими способами психологической защиты являлись бегство, агрессия и оцепенение, которые вместе с фрагментами болезненных переживаний и определяли вербальную семантику речевого поведения. На данном этапе развития болезненных расстройств – этапе полиморфных клинических проявлений и психосемантической психотической деструкции на момент клинического интервьюирования находились 24 больных. Контакт с ними был непродуктивный и психодиагностическое интервью не могло осуществляться в полном объеме, так как коммуникативные стратегии больных определялись погруженностью в болезненные переживания, непоследовательностью и неадекватностью.

20 больных данной подгруппы, на момент интервьюирования, находились на следующем этапе развития психотических проявлений – этапе очерченных и структурно оформленных проявлений психоза. На этом этапе психосемантические особенности определялись рефлексивной направленностью на интеграцию соматических, психических, а затем социальных компонентов собственной личности – личная история разделяется на два больших фрагмента: до и после появления болезненных переживаний; постепенно происходит очерчивание границ между “Я” и объективным миром. Угроза катастрофы отступает, происшедшее рационализируется, отчасти, отрицается. Вербальное поведение обогащается подробным описанием болезненных переживаний, часть из них диссимулируется,

что является прообразом для начала процесса критического переосмысления и предпосылками для формирования внутренней картины болезни.

У 6 больных на момент интервьюирования отмечался существенный регресс болезненных идей. На этом этапе возникало отчуждение болезненных переживаний от личности, формировалось критическое отношение к ним, структурировалась внутренняя картина болезни. Вербальная семантика характеризовалась насыщенностью и задействованностью всех лексико-семантических групп, так как данный этап требует не меньших усилий и лексических средств, чем патологическое творчество. Ведущими механизмами психологической защиты на данном этапе были рационализация, интеллектуализация, подавление. Пять больных с бредовыми расстройствами, госпитализированные несколько позднее всех остальных пациентов группы (на 3-м месяце болезненных проявлений), находились на этапе активного патологического творчества, расширения бредовой фабулы, генерализации болезненных идей. Бредовые конструкции стойко деформировали образ объективного мира, вели к переосмыслению образа “Я” как с начала болезненных проявлений, так и задолго до них. Изменения собственного “Я” касались физического и социального аспектов и связывались причинно-следственно с основной фабулой бреда, что и определяло внутреннюю картину болезни. Критика к состоянию отсутствовала, все моменты, противоречащие фабуле, подвергались отрицанию и подавлению, хотя ведущим механизмом психологической защиты была рационализация. Изучение психосематики больных с бредовыми расстройствами имеет не только диагностический интерес, но чрезвычайно важно для проведения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. С данными больными мы проводили специальную работу, обозначенную нами как обучение диссимуляции бреда в рамках мифотворчества терапевтического союза.

Для проведения данной работы необходимо соблюдение ряда условий и предпосылок как со стороны пациента, так и со стороны врача. (Во всех пяти случаях мы выступали в роли лечащего врача, ведущего больных с момента госпитализации и до момента выписки. Среднее время пребывания больных в стационаре – около 1,5 месяцев).

Пациенты, включенные в данную работу, соответствовали следующим требованиям: первичные больные, с активно протекаю-

щим бредообразованием, незавершенной бредовой системой; интеллектуальный, интерпретативный характер бреда; болезненные переживания тесно связаны с личностно-мировоззренческими установками и ведущими ценностными ориентациями пациента; отсутствие выраженной семейно-социальной дезадаптации; отсутствие в бредовой системе элементов, имеющих повышенную социальную опасность, приводящих, как правило, к общественно опасным действиям; достаточный интеллектуальный уровень пациента, его нацеленность на сотрудничество.

Со стороны терапевта важным является решение двух проблем:

1) преодоление собственного внутреннего сопротивления. Общеизвестен страх здоровых людей, в том числе и профессионалов, связанный с погружением в психотические переживания и, вытекающей отсюда опасностью для собственного психологического состояния. На наш взгляд, симпатия к пациенту и рациональный альтруизм, с одной стороны, и интеллектуальное удовольствие от нестандартной исследовательской работы, проникновение в “иные миры” способствуют более глубокому самопознанию, проверке и расширению адаптивных возможностей собственных защитных механизмов;

2) опасение терапевта оказаться включенным в бредовую фабулу.

Вероятность этого всегда существует и при обычной работе психиатра с пациентом. Однако, в рамках терапевтического союза, возможно, контролировать и прогнозировать не только сам факт этого включения, но и характер подключения к переживаниям пациента. Кроме того, сочетание психотерапевтической работы и индивидуально разработанной психофармакологической терапии позволяет добиться более быстрого наступления качественных ремиссий, что значительно снижает риск указанных осложнений.

Психотерапевтическую работу по обучению диссимуляции бреда можно условно разбить на четыре этапа.

1-й этап – создание терапевтического союза.

На этом этапе устанавливаются доверительные эмпатичные отношения с пациентом, основанные на уважительном отношении к его личности и переживаниям, искреннем желании понять и помочь. Абсолютно исключены категоричность и нацеленность на кратковременную, массивную интервенцию, с наивным желанием исправить все “здесь и теперь”. Важным моментом является пра-

вильный выбор врачебной коммуникативной стратегии, органично сочетающий в себе гибкое взаимодействие эмпатического выслушивания, поддержки и экспертных позиций, опирающихся не столько на специальные знания, сколько на логику и здравый смысл.

2-й этап – изучение бредовой конструкции и “присоединение” к ней.

На этом этапе происходит феноменологическое изучение бредовых построений в их развитии и активном взаимодействии с окружающим миром и ядром личности больного. Определяются ведущие линии и ключевые моменты бредообразования, “слабые” места в бредовой логике. Безусловно, невозможно понять до конца, логически осмыслить паралогичные построения, нельзя прочувствовать все ужасы психотического мира. Однако, такой подход позволяет в наибольшей степени изучить все психосемантические особенности больного, подкрепляя их данными исследования речевого поведения в целом. Присоединение терапевта к бредовой системе предполагает создание совместного, приемлемого для пациента и понятного для врача, варианта трактовки болезненных переживаний, внутри которого заложены предпосылки для возвращения больного к реальности.

3-й этап – трансформация болезненных переживаний посредством создания диссимуляционных программ и антибредовых механизмов.

Диссимуляция – своеобразная здоровая прививка рациональности и логичности на древо бреда. Ее обоснованность может исходить как из бредовых переживаний (не попадать больше в больницу, не показывать слабость недоброжелателям, избегать непонимания и осуждения), так и из рациональных моментов (продолжить работу, улучшить отношения со значимыми людьми, избегать конфликтов, закончить учебу). Диссимуляция модифицирует поведение, делая больного более адаптивным, социально приемлемым. В идеале предполагается следующая динамика бредовых конструкций: от диссимуляции к аффективной выхолощенности и, затем, к дезактуализации с формированием критики сохранными личностными структурами.

Ускорению дезактуализации бреда и появлению критики способствует “подсадка” в болезненную структуру антибредовых механизмов. К ним можно отнести все те элементы, которые способ-

ны нарушить болезненную стройность бредовой системы, расширить ее прочность. Это – “зерна сомнения”, брошенные в нужное время в “слабые” места, мягкие, но категоричные утверждения относительно второстепенных фактов и моментов в узловых местах бреда, которые принимаются аксиоматично, на основании авторитета врача и доверия больного; совместный поиск противоречий в логике больного, анализ отдельных элементов, обсуждение разных вариантов интерпретации, совместные выводы из этой работы.

4-й этап – внебольничный: поддержка, текущая коррекция.

Результаты данной работы, в сравнении с пятью больными из данной группы с аналогичной симптоматикой оценивались клинико-катамнестически (длительность наблюдения 1 год):

- у больных с бредовыми расстройствами, которым проводилась специальная психотерапевтическая программа пребывания в стационаре было меньше, в среднем на 2 недели;
- отмечалась более качественная ремиссия с сохраненной социальной адаптацией, отсутствием социально опасных действий и конфликтов по причине болезненной фабулы;
- благодаря сложившимся терапевтическим отношениям и единому видению проблемы индивидуальные реабилитационные программы осуществлялись более полно и качественно.

Приступаем к описанию психосемантических особенностей второй подгруппы – больных шизофренией с длительным течением болезненного процесса и выраженными дефицитарными расстройствами. Субъективная картина объективного мира у данных больных характеризуется упрощенным характером, эгоцентризмом, проявляемым в большом количестве субъективных смыслов и символики, вытекающих из болезненного процесса и составляющих дополнительное психосемантическое пространство. Взаимодействия психосемантики болезни с объективным миром приводит к значительной деформации последнего, характер которой зависит от преобладающих расстройств в структуре дефекта. Так, например, при эмоционально-волевых расстройствах ослабевают коммуникации с внешним миром, происходит погружение во внутренний мир; при галлюцинаторно-параноидных – болезненные переживания накладывают структурирующе-регламентирующий характер, определяют поведенческую активность.

Для самосознания больных характерно ощущение собственной измененности, попытка разобраться в ее причинах. В широких пре-

делах варьирует степень критичного отношения к болезненным переживаниям, которая определяет полноту внутренней картины болезни и ее адекватность. В отличие от группы острых психотических расстройств, в данной группе психосемантические показатели остаются относительно стабильными, флуктуируя по мере обострений и, со временем, отражают продвижение к регрессу семантик, проявляющемуся диссоциированием относительно сохранных семантических пространств с практически выхолощенными; сохранением в целом семантической структуры. При этом коммуникативные функции вербальной семантики утрачивается не за счет ее выхолощенности и распада, как мы описали при органических расстройствах, а за счет дисбаланса и отсутствия связей между различными психосемантическими полями, - так называемым схизисом (расщеплением), проявляющихся и в относительно богатой внутренней жизни, при значительном снижении ее внешних проявлений. Коммуникативная активность направлена внутрь пациента, либо в воображаемые миры – семантики, описывающие болезненные изменения, переживания, фантазии. Ведущими механизмами психологической защиты выступали регрессия, идентификация, символизация и рационализация.

У 14 больных выявлены выраженные проявления алекситимии (от 15 до 22-х баллов по опроснику) и 7 больных – умеренные (менее 15 баллов). Во всех случаях алекситимия носила вторичный прогрессирующий характер. И хотя, у 10 из этих пациентов в преморбиде отмечались выраженные шизоидные черты и коммуникативные проблемы, на наш взгляд, главным фактором в формировании этого коммуникативного стиля явился сам шизофренический процесс. У всех 21 больных с алекситимией определялись выраженные эмоционально-волевые расстройства: апато-абулический синдром, аутизация, амбивалентность и амбитендентность. Преобладали пациенты с “ядерными” формами: 10 – с простой, 4 – кататонический, 2 – гебефренический и лишь 5 – с параноидной. Появление алекситимии при течении шизофренического процесса является ярким феноменом, отображающим суть психосемантических изменений при данном расстройстве.

Подытоживая изучение особенностей психосемантики в данной группе, можно отметить следующие характеристики:

- 1) При острых психотических расстройствах психосемантические особенности отражают динамику болезненного процесса,

его взаимодействие с личностью пациента в зависимости от этапа и характера течения.

2) При хронических психотических расстройствах психосемантика больных определяется как особенностями продуктивной симптоматики, так и нарастающим психическим дефектом, что проявляется специфическими регрессивными чертами: диссоциацией наполненности и степени сложности психосемантических пространств, при сохранной структуре в целом и интровертированной коммуникативной направленности, регрессивными механизмами психологической защиты и феноменом вторичной прогрессирующей алекситимии.

3) Изучение психосемантических особенностей имеет не только диагностическую, дифференциальную и прогностическую значимость, но и способствует проведению специализированных, индивидуализированных реабилитационных программ, включающих психотерапевтическую работу с психотическими переживаниями.

5.4. Просодические особенности

Как уже отмечалось нами в предыдущем разделе, на просодические особенности речевого поведения больных определяющее влияние имеют ведущий психопатологический синдром, его нозологическая принадлежность и особенности течения, этап расстройства. Паралингвистические характеристики основных синдромов приведены нами ранее. Хотелось бы подчеркнуть специфичность для всех больных данной группы той или иной выраженности микрокататонического просодического синдрома.

Микрокататоническими просодическими чертами являются следующие: монотонность речи, узкий диапазон и отсутствие изменений темпа и тембра, бедность обертонов; обедненная мелодичность и выраженная прерывистость; короткие паузы, заполняемые звуками без словесного оформления и нечленораздельными звуками; звучание сдавленное с диспропорцией, узким спектром интонационных характеристик, их стереотипичностью и несоответствием преобладающей модальности.

Микрокататонические просодические характеристики являются специфичными для шизофрении в целом, включаясь, в той или иной степени, в другие, ранее описанные нами синдромы. И, если,

для группы острых расстройств просодическая картина речи определяется, в основном, ведущим психопатологическим синдромом, то для шизофрении, по мере ее течения, характерна тенденция к доминированию данного синдрома. Просодика дефектных состояний складывается из микрокататонического синдрома и просодических характеристик ведущего психопатологического синдрома, определяющего тип дефекта. Учитывая тот факт, что кататонический тип реагирования является универсальным и эволюционно ранним, преобладание кататонических черт речи при длительном течении шизофрении указывает на особую форму регрессии речевого поведения.

Чрезвычайно важно в этой связи отметить тот факт, что модифицирующее влияние терапии нейролептиками на просодику речи больных и картина нейролептической интоксикации (как при острых расстройствах, так и при хронических) определяется микрокататоническим просодическим синдромом. То есть, и влияние нейролептиков, и хроническое течение шизофренического процесса с формированием дефекта проявляются в просодической картине речи сходным образом, и проявления эти обусловлены, в первую очередь, патологией подкорковых ядер. Таким образом, можно предположить, что речевое поведение при острых шизофреноподобных расстройствах определяется функциональными расстройствами корковых и подкорковых структур, а при длительном течении – нарастанием органического поражения подкорковых структур. Для сопоставления отметим, что при органических расстройствах нарастают необратимые нарушения на всех трех уровнях, обеспечивающих речевое поведение: корковом (локально или диффузно), подкорковом (по мере нарастания степени поражения – выраженные и глобальные изменения, в отличие от шизофрении, где поражается ряд структур и в разной степени) и стволовом (при тяжелых деменциях).

Таблица 5.3 Динамика просодических характеристик больных группы F2

Исследуемая подгруппа	Изменения основного тона	Изменения темпа речи	Паузы (среднее количество в 1 минуту)				
			короткие	средние	длинные	сверхдлинные	все-го
Острые расстройства	0,91± 0,02	0,99± 0,07	6,81 3,7%	0,36 4,1%	0,72 0,3%	0,5 0,9%	6,39 0,0%
Хронические расстройства	0,66± 0,11*	0,65± 0,06*	3,6 2,6%	0,02* 4,9%	0,31 0,9%	0,91* 0,6%	5,84 0,0%

Примечание: * - указание на достоверность различий по критерию t Стьюдента при $p \leq 0,01$.

Объективизация просодических особенностей речи больных посредством динамических спектрограмм подтверждает вышеописанные особенности.

Как уже отмечалось, по мере нарастания выраженности дефицитарных расстройств определяется тенденция к монотонному характеру речи, то есть динамика основных просодических характеристик (основного тона, темпа речи и тембра) уменьшается. Количественный анализ указанных характеристик представлен нами в табл. 5.3.

Как видно из приведенных таблиц, динамика основного тона и темпа по мере нарастания дефицитарных расстройств снижается и внутри группы отличия острых и хронических расстройств носят достоверный характер. Эти показатели меньше по сравнению с контрольной группой и также достоверны, за исключением динамики темпа речи здоровых взрослых и больных с острыми расстройствами.

Общее количество пауз в единицу времени при острых психических расстройствах несколько больше, чем при хронических (26,39 и 25,84 соответственно), причем их количество выше показателей в норме (взрослые – 23,97; дети – 25,1), сопоставимо с показателями при неврозоподобных органических расстройствах (25,98) и ниже органических психических и дементных расстройств (26,93 и 28,21, соответственно). В исследуемой группе, по мере нарастания выраженности дефицитарных расстройств отмечается уменьшение количества коротких и длинных пауз и увеличивается число пауз средней продолжительности и сверхдлинных (см. табл. 5.3).

Таким образом, обобщая все вышеизложенное, можно сформулировать следующие наиболее общие черты просодики больных эндогенными психотическими расстройствами:

1. Семантика просодического компонента речевого поведения складывается из двух основных частей: семантики ведущего психопатологического синдрома и специфической, для эндогенных расстройств, семантики синдрома, обозначенного нами как микрокататонический.

2. Для микрокататонического просодического синдрома характерны следующие паралингвистические характеристики: монотонность, узкий диапазон и низкая динамика основных показателей, прерывистость, утрата мелодичности, заполнение пауз нечленораздельными и звуками без словесного оформления, сдавленное звучание речи с диспрозоидией, дисфразией, реже дислексией, бедность интонационных характеристик, вычурный характер акцентирования, отражающий болезненную субъективную семантику, диссоциативный характер вербальной семантики и просодической модальности.

3. По мере нарастания выраженности дефицитарных расстройств преобладающее значение приобретает микрокататонический синдром, усиливается диссоциация семантик просодических синдромов, появляются регрессивные черты.

4. Острые расстройства данной группы характеризуются просодическими чертами специфического функционального характера, хронические – специфическими микроорганическими.

5. Нейролептическая терапия оказывает модифицирующее влияние на просодическую картину речи больных и несет в себе органические черты.

6. Просодические характеристики данной группы весьма специфичны и достоверно отличаются по основным показателям от особенностей паралингвистических черт как лиц контрольной группы, так и больных с другими психическими расстройствами.

Просодические особенности больных с давним шизофреническим процессом, никогда не получавших нейролептической терапии и их динамика в процессе лечения в сравнении со всей группой, приведены нами, вместе со всеми другими особенностями речевого поведения указанной подгруппы, в разделе 5.8.

5.5. Психолингвистические особенности

Анализ речевых ошибок больных с шизофренией и другими расстройствами из рубрики F2 представляет особый интерес, так как у больных данной группы в речевом поведении отмечаются как регрессивные, так и микроорганические черты. Поэтому, изучение особенностей речевых ошибок при данной патологии и соотнесении их с уровнями речепорождения значимо для дифференциальной диагностики.

Характер речевых ошибок и их количественные значения у больных исследуемой группы приведены нами в табл. 5.5.

Как видно из таблицы, общее количество речевых ошибок у больных группы F2 значительно превышает показатели контрольной группы (1,93 – взрослые и 4,87 – дети), показатель хронических расстройств (8,01) превышает органические неврозоподобные (3,32) и психотические (3,16) расстройства, и количество речевых ошибок при деменциях (5,96). При острых расстройствах показатель (5,44) несколько ниже, чем при хронических.

Количество оговорок при острых психотических расстройствах (0,8) несколько меньше, чем при хронических (1,01). Эти данные сопоставимы с контрольной группой (взрослые – 0,86, дети – 1,15) и, в целом, меньше, чем при органических психических расстройствах. На наш взгляд, меньшее количество речевых ошибок при острых расстройствах связано с выраженным контролем за речью со стороны пациента, что обусловлено творческим процессом осмысления болезненных переживаний, настороженностью в контакте и диссимулятивными тенденциями, когда происходит своего рода скрининг на втором (семантическая структура предложения) и, особенно, третьем (лексико-грамматическая структура предложения) уровнях речепорождения.

Речевые ошибки в виде оговорок в группе острых психотических расстройств возникают, как правило, на высоте аффектов, либо при затруднении вербализации собственных болезненных переживаний. При хронических психотических расстройствах оговорки указывают на ослабление речевого контроля как отражение нарастающей дефицитарности когнитивных процессов, на что указывает также меньшее количество исправлений (0,17), чем при острых расстройствах (0,29) при большем количестве оговорок.

Таблица 5.5 Характеристика речевых ошибок больных группы F2

Виды речевых ошибок	Среднее количество речевых ошибок в 1 мин.	
	F2 острые расстройства	F2 хронические расстройства
Оговорки		
- подстановка	0,05*	0,14*
- перестановка	0,22	0,31*
- опущение	0,21	0,41*
- добавление	0,21*	0,06*
- замещение	0,11	0,09
Всего	0,8	1,01*
2. Коррекция	0,29*	0,17*
3. Фальстарт	0,29*	0,04*
4. Повторы:		
- звуков и слогов	0,14	0,18*
- слов и словосочетаний	0,59*	1,94*
Всего	0,73*	2,12*
5. Паузы без семантической синтаксической обоснованности	0,24*	0,27*
Нарушения дикции:		
- дислексия	0,14*	0,19*
- дисфразия	0,36*	0,44*
- диспрозолия	2,59*	3,77*
Всего	3,09*	4,4*
Итого речевых ошибок	5,44*	7,01*

Примечание: * - достоверность различий с группой здоровых взрослых по t-критерию Стьюдента $p \leq 0,01$.

Количество фальстартов при острых расстройствах больше, чем при хронических (0,29 и 0,04 соответственно) и указывает на наличие конкурирующих тенденций на первом уровне речепорождения – внутренней смысловой программы и обусловлено сложностью осмысления и вербализации переживаний и диссимуляцией, подробно изложенными в разделе психосемантических особенностей речевого поведения.

Количество повторов в исследуемой группе существенно превышает показатели контрольной группы и больных с органическими психическими расстройствами (0,73 – острые и 2,12 – хрониче-

ские расстройства). Причем величина этого показателя определяется повторами слов и словосочетаний, что иллюстрирует выраженность речевых стереотипий, нарастающих по мере углубления дефицитарных расстройств. Данный вид речевых ошибок связан с первыми двумя уровнями речепорождения и проявляется персеверациями, вербигерацией и стереотипным повторением на протяжении психодиагностического интервью одних и тех же представлений, идей.

Количество пауз без семантико-синтаксической обоснованности примерно одинаково как при острых (0,24), так и при хронических (0,27) расстройствах. Их невысокий, по сравнению с органическими психическими расстройствами (например, при деменциях – 0,67), уровень указывает на обусловленность таких пауз не общей семантической выхолощенностью и регрессом, а, в первую очередь, патологией эмоционально-волевой сферы, выраженностью негативной психопатологической симптоматики.

Наиболее значимым, как количественно, так и качественно, видом речевых ошибок для данной группы являются нарушения дикции: диспрозодия и, в меньшей степени, дисфразия.

Таким образом, изучение психолингвистических особенностей больных с шизофренией и другими расстройствами рубрики F2 на примере речевых ошибок позволяет выделить следующие характерные для группы особенности:

- 1) Наиболее свойственными для указанных психических расстройств являются повторы слов и словосочетаний и нарушения дикции в виде диспрозодии и дисфразии.
- 2) Данные виды речевых ошибок отражают специфические изменения как коркового, так и подкоркового уровней регуляции речевого поведения.
- 3) Анализ соотношения речевых ошибок с уровнями в системе речепорождения выявляет следующие характерные черты: сложность осмысления и вербализации болезненных переживаний; наличие конкурирующих тенденций в мотивационном аспекте коммуникации; диссимуляцию; наличие регрессивных тенденций, связанных с эмоционально-волевыми расстройствами и выраженностью негативной психопатологической симптоматики, при относительно сохранной семантике вербального компонента речевого поведения.

5.6. Семантико-синтаксические особенности

Изучение семантико-синтаксических особенностей в речевом поведении больных группы F2 представляет интерес с позиций визуализации расстройств мышления, в первую очередь, формальных, специфичных для данного контингента пациентов и, поэтому, традиционно привлекало внимание психиатров. Анализ семантико-синтаксических показателей позволяет не только выявить качественные характеристики особенностей патологических форм мышления, но и оценить их количественно. Приводим семантико-синтаксические и психолингвистические показатели обследуемых больных рубрики F2.

Таблица 5.5 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных с острыми психотическими расстройствами рубрики F2

Исследуемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	50	1,48800	0,86000	2,3900
S1	50	26,54750	8,00000	46,0000
PR/S	50	9,61200	0,00000	22,0000
PR/N	50	3,40525	0,00000	13,6000
S/S	50	49,57750	11,1000	71,4000
S/M	50	50,42250	28,6000	88,9000
S/PR	50	0,43625	0,17000	0,6100
N	50	1,52725	0,88000	2,1000
N-I	50	0,05625	0,59000	0,7000
SSP	50	91,12875	79,7000	100,0000
SSD	50	14,66450	4,40000	32,0000
INV	50	2,64325	0,00000	9,0000
KT	50	3,97425	1,95000	12,0000
ИД	50	2,72250	0,00000	10,8000

Таблица 5.6 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных шизофренией с дефицитарными расстройствами

Изучаемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	50	1,33325	0,68000	1,8900
S1	50	22,19500	6,30000	50,0000
PR/S	50	6,30425	0,00000	19,0000
PR/N	50	2,69250	0,00000	12,7500
S/S	50	50,04750	6,25000	100,0000
S/M	50	49,95250	0,00000	93,7500
S/PR	50	0,44575	0,20000	0,7500
N	50	1,31225	0,52000	2,0600
N-I	50	0,02275	0,54000	0,3900
SSP	50	89,30875	52,0000	100,0000
SSD	50	13,30250	3,60000	35,7000
INV	50	3,55500	0,00000	11,8000
KT	50	3,45375	1,00000	8,5000
ИД	50	2,25725	0,00000	7,0200

Приводим описание указанных показателей в исследуемых группах больных.

Информативная плотность текста в группе острых расстройств несколько выше, чем в группе хронических (1,49 и 41,33), причем этот показатель в группе острых расстройств несколько ниже, чем в контрольной группе взрослых и выше, чем у здоровых детей; показатель в группе дефицитарных расстройств ниже, чем в контрольных группах, причем в сравнении со здоровыми взрослыми эти различия носят достоверный характер. Данный показатель указывает на тенденцию уменьшения наполненности вербальной семантики речевого поведения по мере увеличения выраженности негативной психопатологической симптоматики.

Количество сложных предложений в речи больных с острыми расстройствами несколько выше, чем при хронических (26,5% и 22,2%), причем этот показатель в обеих группах достоверно ниже контрольной группы здоровых взрослых и ниже, чем у детей (при острых расстройствах – достоверно). Этот показатель свидетельствует о тенденции к структурному упрощению вербальной семантики по мере течения эндогенного процесса.

Предикативный состав по мере течения психотического процесса упрощается: в группе хронических расстройств меньшее количество составных предикатов и неполной реализации предиката, что отражает семантико-синтаксическое упрощение.

Характеристики субъектного состава в группе острых и хронических расстройств примерно одинаковы и отличаются от контрольных групп бóльшим количеством существительных и меньшим – местоимений.

Соотношения субъектов к предикатам в исследуемых группах сопоставимы и достоверно ниже аналогичных показателей контрольных групп. Это связано с существенным увеличением количества предикатов при психотических расстройствах, что отражает значительное усиление когнитивной активности по осмыслению и интерпретации последних.

Показатель новизны текста уменьшается от острых к хроническим расстройствам; он достоверно ниже, чем в контрольной группе здоровых. При острых расстройствах новизна несколько выше, чем у здоровых детей и подростков ниже взрослых, что связано с большим количеством речевых стереотипий, обстоятельностью диссимулятивными тенденциями.

Разность: новизна – информативность указывает на структурную сложность текста: при положительном ее значении, как это мы видим при острых расстройствах (+0,056) отмечается выраженный процесс патологического творчества и массивные продуктивные психопатологические расстройства; отрицательное значение свойственно норме (взрослые: -0,017; дети: -0,035), и чем больше его модульное значение, тем меньше семантическая наполненность текста в целом. При дефицитарных расстройствах этот показатель составляет -0,023. Таким образом, целесообразно изучать эти показатели (информативной плотности и новизны) в единстве.

Показатель семантико-синтаксической полноты в группе острых расстройств несколько выше, чем при дефицитарных, и обе группы имеют достоверно более низкие показатели в сравнении с контрольными.

Показатель семантико-синтаксической диссоциации является патогномоничным для эндогенных психотических расстройств и отражает количество фрагментов текста с тематическими соскальзываниями и разорванностью мышления – нарушение семантических связей в тексте при сохранности его синтаксической структу-

ры. Данный показатель несколько выше в группе острых расстройств по сравнению с дефицитарными (14,66% и 13,3%) и, само собой разумеется, достоверно выше как показателей контрольных групп (где этот феномен не встречается вовсе), так и других групп больных. При острых расстройствах, по мере формирования ремиссии, наблюдается диагностически значимое уменьшение данного показателя (до нулевого значения), при дефицитарных расстройствах показатель отличается стабильностью и незначительной динамикой.

Количество предложений с синтаксической инверсией нарастает по мере хронизации процесса (2,64% - острые; 3,56% - хронические расстройства). Этот показатель в обеих группах выше, чем в норме, причем при хронических расстройствах, - достоверно.

Значения коэффициента Трейгера при острых расстройствах несколько ниже, чем при хронических, показатель в обеих группах достоверно выше, чем у здоровых взрослых и несколько ниже контрольной группы детей и подростков, что связано с описанными выше особенностями предикатов (их увеличение) и отражает высокую когнитивную активность по переработке болезненных переживаний.

Значения индекса прегнантности при острых расстройствах несколько выше хронических, и обе группы имеют достоверно более высокие показатели в сравнении с контрольными группами, что интерпретируется аналогично предыдущему показателю.

Таким образом, наибольшую диагностическую значимость для психических расстройств группы F2 имеют следующие коэффициенты: количество сложных предложений, отношение субъектов к предикатам, семантико-синтаксическая полнота, семантико-синтаксическая диссоциация, синтаксическая инверсия и психолингвистические показатели.

Изучение семантико-синтаксических показателей позволяет объективизировать следующие особенности вербальной семантики речевого поведения больных эндогенными психотическими расстройствами:

1. Наличие семантико-синтаксической диссоциации, ведущей, с одной стороны, к уменьшению семантико-синтаксической полноты и информативной плотности текста и, с другой стороны, - к структурно-функциональному усложнению за счет выраженной новизны, увеличению предикативной сложности, отражающих процессы

осмысления, анализа и интерпретации психотических переживаний.

2. По мере нарастания выраженности дефицитарных расстройств отмечается тенденция к семантико-синтаксическому упрощению за счет уменьшения патологического творчества и, соответственно, снижению информативности и новизны, синтаксического упрощения, появления элементов семантико-синтаксического регресса, которые, однако, носят диссоциированный, второстепенный характер и не достигают уровня, описанного нами при органических психических расстройствах.

5.7. Семантико-прагматические особенности

Семантико-прагматические аспекты коммуникации в системе пациент-врач при эндогенных психотических расстройствах представляют значительный интерес. Связано это с тем, что при данных формах психической патологии проникновение в мир болезненных переживаний пациента сталкивается со значительными трудностями, обусловленными следующими факторами:

а) погруженностью больного в психотический хаос мыслей и эмоций, ощущений и переживаний, с большим трудом поддающийся осмыслению и интерпретации, зачастую, в силу своих особенностей, препятствующий любым коммуникациям, и даже налагающим на них запрет, в том числе табуирующий саму возможность передачи этих переживаний другому лицу, которое может восприниматься как потенциально несущее угрозу;

б) невозможностью осмысления и понимания (в глубинном смысле) болезненных переживаний пациента врачом-исследователем; наличием ряда исследовательских стереотипов и клише в восприятии больного и гиперпрагматичных установок врача в ходе коммуникации;

в) наличием широкого арсенала коммуникативных стратегий больного, для которого характерны хаотичное нагромождение, непоследовательность и нелогичность в использовании тех или иных коммуникативных подходов, невозможность прогнозирования ответных реакций.

Перечисленные особенности наиболее справедливы для группы острых психотических расстройств и практически нивелируются по мере нарастания негативной симптоматики, независимо от типа

дефекта. Последнее обстоятельство определяет широту коммуникативного арсенала и типы реагирования в ходе коммуникации. В группе острых психотических расстройств ведущими коммуникативными стратегиями выступали: уход в болезненные переживания, неадекватность и непоследовательность, диссимуляция. Особо следует отметить вариант, при котором болезненные переживания проецировались на само психодиагностическое интервью, которое могло быть одним из ключевых переживаний в свете персекуторно-агонистических тенденций и предполагало высокую вероятность агрессивных и опасных действий со стороны пациента. Данный вариант дает очень яркие характеристики невербальных аспектов речевого поведения, при практическом отсутствии вербального контакта.

При дефицитарных расстройствах наблюдается широкий спектр коммуникативных стратегий пациентов и, следовательно, возможно гибкое применение терапевтических подходов, с использованием различных степеней фасилитации. Коммуникативный арсенал больных сужается по мере нарастания негативной психопатологической симптоматики и определяется типом дефекта и содержанием переживаний. Характерной особенностью обеих групп является наличие диссоциации в сфере мотивации – коммуникативные стратегии и аутистически-эгоцентрический или паралогический характер взаимодействий коммуникативных тенденций речи больного.

Преимущественное использование того или иного типов речевых актов пациентом, как и в других группах психических расстройств, определялось коммуникативными стратегиями, аффективной насыщенностью и характером переживаний. Следует подчеркнуть, что в рубрике F2, в силу наличия диссоциированности во всех сферах личности больного и в аспектах речевого поведения, тип речевого акта нес минимальную диагностическую нагрузку, выявляя несоответствие содержания сообщения его форме.

Структура речевых актов при острых психотических расстройствах описывается следующими вариантами:

- 1) иллюкутивно-перлюкутивная диссоциация – наиболее часто встречается и отражает как выраженные расстройства мышления (главным образом, разорванность), так и расстройства в эмоционально-волевой сфере, что приводит к неконгруентности прагматики сообщения больного как его собственным мотивам, так и праг-

матическим установкам и ожиданиям слушателя (в данном случае, исследователя);

2) иллокутивно-перлокутивная дезинтеграция – как и предыдущий вариант, является обратимым и редуцируется по мере купирования острых психотических расстройств, протекающих с острым чувственным бредом и расстройствами сознания в клинической структуре и отражает бессвязность мышления;

3) ослабление (усиление) иллокутивно-перлокутивного соответствия зависит от наличия и выраженности диссимулятивных тенденций, степени раскрытия больным своих переживаний, их аффективной насыщенности.

Исходя из сказанного, становится очевидным, что разномодальные семантики в структуре речевого поведения взаимодействуют, главным образом, в рамках варианта конкурирующих тенденций, где вербальная семантика диссоциирует со значениями кинесики и просодики, причем две последние семантики, как правило, согласованы и отражают аффективные переживания и состояние сознания пациента. Вариант семантико-синтаксической дезинтеграции и регресса семантики встречается только при расстройствах, протекающих с помрачением сознания и носит преходящий характер.

При нарастании выраженности дефицитарных расстройств отличается тенденция к гипопрогматизму больных, что проявляется нарастанием иллокутивно-перлокутивного ослабления, вплоть до дезинтеграции при глубоких дефектах, шизофазии. Соответственно, во взаимодействии разномодальных семантик преобладает тенденция к диссоциированности всех трех семантик, снижению их наполненности и семантико-синтаксической дезинтеграции. Таким образом, отмечается некий параллелизм между деменциями и дефицитарными расстройствами. Однако, последние отличаются от расстройств, приводящих к слабоумию, относительной сохранностью и диссоциированным характером.

Резюмируя особенности прагматики больных с шизофренией, шизоаффективными, бредовыми и острыми шизофреноподобными расстройствами, можно отметить следующие характеристики:

1. В указанной группе больных преобладают диссоциативные взаимоотношения разномодальных семантик, находящих свое отражение и в особой структуре речевых актов.

2. По мере нарастания выраженности дефицитарных расстройств, нарастает ослабление иллокутивно-перлокутивного соответствия в структуре речевых актов, вплоть до семантико-семантической дезинтеграции, однако, относительная сохранность семантик и их диссоциированный характер, отличают указанные состояния от дементных.

3. Изучение прагматики сообщения пациента и особенностей взаимодействия разномодальных семантик позволяет выявлять диссимуляцию болезненных переживаний, диагностировать расстройства, протекающие с нарушением сознания, определять степень выраженности дефицитарных расстройств, их обратимость в динамике, а, следовательно, составлять прогностические суждения.

4. Изучение семантико-прагматических особенностей речевого поведения больных позволяет выработать оптимальные коммуникативные стратегии врача в ходе диагностики и лечебно-реабилитационном процессе.

5.8. Изучение особенностей речевого поведения больных как фактор объективизации клинической динамики в процессе психофармакотерапии

Целью настоящего раздела является иллюстрация возможности оценки клинической динамики в ходе психофармакотерапии с помощью изучения изменений речевого поведения на примере 10 пациентов, впервые госпитализированных с давним шизофреническим процессом и наличием в клинической картине как выраженной продуктивной, так и негативной психопатологической симптоматики. Кроме того, изучение особенностей речевого поведения данной подгруппы представляет интерес в плане сопоставления с особенностями больных с дефицитарными расстройствами, длительно получающих терапию нейрорепетитивными препаратами, для уточнения модифицирующего влияния последней на речевое поведение и ее вклад в структуру психического дефекта.

Клиническая динамика оценивалась клинико-психопатологически и объективизировалась с помощью шкалы PANSS – I дважды: на момент психодиагностического интервью (2-3-й день психофармакотерапии) и через 4 недели комбинированной психофармакотерапии (средние дозы типичных нейрорепетитивных препаратов, антидепрессанты, ноотропы, метаболиты).

Перед началом лечения клиническая симптоматика больных характеризовалась хроническими галлюцинаторно-параноидными расстройствами и вытекающими из них аффектами (тревно-субдепрессивные расстройства). Дефицитарная симптоматика была представлена эмоционально-волевыми и психопатоподобными расстройствами. Средние показатели группы по шкале PANSS – I составили $(20,5 \pm 1,8) + (32,75 \pm 1,25) + (50,7 \pm 3,2) = 103,95 \pm 2,1$. Через месяц лечения отмечалась, в целом, по группе редукция галлюцинаторных расстройств, купирование вторичных аффективных расстройств и снижение аффективной насыщенности и актуальности бредовых переживаний. Редукция негативной симптоматики была выражена значительно слабее и сводилась к некоторому оживлению эмоциональных реакций, сглаживанию психопатоподобных проявлений на фоне сохраняющегося волевого снижения и выраженных проявлений дезадаптации во всех сферах. Следует подчеркнуть, что дозировка нейролептиков подбиралась индивидуально и легкие явления нейролепсии, возникшие в 3-х случаях, быстро купировались назначением корректоров. Средние показатели по шкале PANSS – I выглядели через месяц следующим образом: $(15,2 \pm 1,0) + (18,1 \pm 1,75) + (39 \pm 2,25) = 72,3 \pm 1,7 (\Delta 31,65)$

Сопоставим приведенные данные с динамикой речевого поведения.

Наиболее важным элементом в динамике психосемантики больных являлось формирование внутренней картины болезни и появление элементов критического отношения к ней, что способствовало более высокой мотивации к общению с врачом и медицинским персоналом, общим увеличением речевой активности больных. Менялась прагматика коммуникации, все больший удельный вес занимали стратегии, направленные на терапевтическое сотрудничество, апелляцию к помощи, уменьшались диссимулятивные тенденции, в результате чего становилось возможным оценить в полном объеме болезненную симптоматику как в «длиннике» (с момента манифестации шизофрении), так и в «поперечнике» (структура психопатологических расстройств на момент клинического интервьюирования). Психосемантические пространства, отражающие болезненную симптоматику структурировались, прослеживались сложные системы болезненных взаимосвязей между ними, что позволяло проникнуть в суть переживаний больного. Активизировались механизмы психологической защиты, происходила

смена регрессивных защит на более адекватные (интеллектуализация, рационализация). Выявленные у 4 больных выраженные проявления алекситимии не претерпели существенной, статистически достоверной динамики, что подчеркивает их вторичный, прогрессирующий характер и связь с негативной эмоционально-волевой симптоматикой. Особенности отражения объективного мира и его взаимодействия с «Я» больного изменились незначительно за счет снижения ощущения исходящей угрозы и опасности, по причине редукции галлюцинаторно-параноидной симптоматики. В целом же, субъективная картина мира оставалась прежней, что подчеркивает выраженность дефицитарных проявлений и создает неблагоприятные прогностические суждения в отношении быстрой реабилитации и ресоциализации пациентов.

Динамика семантико-прагматических характеристик заключалась в уменьшении степени диссоциированности разномодальных семантик, увеличении речевых актов с иллюкутивно-перлюкутивным соответствием, что отражает уменьшение выраженности формальных расстройств мышления, снижение актуальности психопатологических переживаний и усиление коммуникативной активности пациентов.

При изучении в динамике семантико-синтаксических показателей достоверная динамика обнаружена только по индексу семантико-синтаксической диссоциации. В ходе терапии он снизился со средних значений в группе: $14,38 \pm 1,76$ до $6,21 \pm 1,14$. Из других показателей следует отметить незначительное повышение информативной плотности текста (на 0,11), увеличение количества сложных предложений (на 2,87%) и увеличение новизны текста (на 0,13), что объясняется редукцией формальных расстройств мышления, более полным раскрытием больными своих переживаний и некоторой общей активизацией когнитивной деятельности. Остальные показатели практически не менялись, что отражает выраженность дефицитарных проявлений и их сохранность через месяц терапии. С учетом ранее описанных закономерностей семантико-синтаксических характеристик, на редукцию негативной симптоматики будут указывать снижение инверсивности и коэффициента Трейгера, повышение семантико-синтаксической полноты и отношения субъекты-предикаты. Таким образом, учет динамики семантико-синтаксических и психолингвистических показателей позво-

ляет оценивать степень редукции негативной и позитивной симптоматики, определять прогноз.

Речевые ошибки в исследуемой подгруппе соответствовали показателям группы дефицитарных расстройств и в ходе терапии существенно не изменились. Несколько возросло количество фальстартов (на 0,07 в 1 минуту) и коррекций (на 0,06), что отражает усиление контроля за речью и увеличение объема передаваемой информации, ее сложность, внутреннюю противоречивость и аффективную насыщенность.

Динамика кинесических характеристик за месяц терапии проявилась наиболее ярко. Оживление мимики выразилось достоверным увеличением динамики мимических комплексов: $0,43 \pm 0,04$ – до начала терапии и $0,63 \pm 0,03$ – через 4 недели. Регистрируемые мимические комплексы отличались разнообразием; существенно увеличивалась мимика улыбки (0,19), интереса (0,17), уменьшалась выраженность мимических комплексов, свидетельствующих о патологических аффектах (мимика страха, страдания, гнева, беспомощности). Мимический канал оказался наиболее чувствительным к фармакотерапии. Позные характеристики также несколько увеличивались в динамике комплексов в единицу времени ($0,26 \pm 0,03$ и $0,35 \pm 0,05$). Уменьшилась доля статичных поз, существенно уменьшилось количество двигательных стереотипий (0,21 и 0,09). Жестовый канал несколько активизировался в динамике ($0,27 \pm 0,03$ и $0,33 \pm 0,04$) и существенно не менялся в структуре.

Просодические характеристики отражали динамику психопатологических синдромов, по мере редукции которых звучание речи приближалось к таковой в контрольной группе, однако, микрокататонический просодический синдром редуцировался наиболее медленно и был связан с выраженностью и сохранностью дефицитарной психопатологической симптоматики. Динамика основного тона существенно не менялась ($0,73 \pm 0,05$ и $0,77 \pm 0,44$), в то время как существенно увеличивалась динамика темпа речи ($0,71 \pm 0,05$ и $0,97 \pm 0,09$).

Таким образом, изучение речевого поведения больных и его динамики в ходе психофармакотерапии позволяет объективизировать редукцию психопатологических расстройств, прогнозировать особенности их течения, определять выраженность и стабильность дефицитарной симптоматики, что имеет важное значение в осуще-

ствлении реабилитационных мероприятий, в решении медико-социальных и экспертных вопросов.

Для установления вклада психофармакотерапии, в частности, терапии нейролептиками, в структуру дефицитарных расстройств и ее модифицирующего действия на речевое поведение больных, нами сопоставлялись особенности 10 больных, впервые госпитализированных с длительно текущим шизофреническим процессом ($5,47 \pm 2,41$ лет) до начала терапии с аналогичными особенностями 10 больных (по 5 мужчин и женщин) сходного возраста, средней продолжительности заболевания ($5,8 \pm 2,2$ лет), сопоставимой выраженностью продуктивных и дефицитарных расстройств и, получающих практически постоянно нейролептики в поддерживающих дозах, неоднократно проходивших стационарное лечение (минимум 3 госпитализации). Выявлены следующие различия сравниваемых групп:

1) У больных, получавших психофармакотерапию, отмечались более структурированные и завершенные представления о собственной болезни, ее внутренняя картина была сформирована, что находило отражение в большей степени критичности. Психосемантические пространства носили более дифференцированный характер, что проявлялось в более адекватной субъективной картине мира и интегрированных аспектах самосознания. Коммуникативный арсенал этих больных отличался большей широтой и определенными прагматичными установками на терапевтический контакт, которые носили стереотипный и не всегда конструктивный характер (решение вопросов о выписке, изменение режима наблюдения, предпочтение той или иной терапии).

2) В группе больных, никогда не получавших нейролептической терапии, отмечались недостоверно более высокие показатели информативной плотности и новизны текста и более низкие значения показателя инверсивности и коэффициента Трейгера.

3) При изучении речевых ошибок в группе больных, получавших ранее психофармакотерапию, выявлено большее количество речевых стереотипий (1,96 в сравнении с 1,59) и более выраженные нарушения дикции (3,42 и 2,96), главным образом, за счет диспрозодии. Остальные виды речевых ошибок сопоставимы и, следовательно, в подгруппе больных, получавших нейролептики, общее количество ошибок несколько больше. Данные виды речевых ошибок связаны преимущественно с третьим и четвертым уровнем ре-

чепорождения, на регуляцию которых существенное влияние имеют подкорковые структуры.

4) Кинесические показатели и их динамика в сравниваемых подгруппах существенно не отличались. Следует отметить лишь несколько большую выраженность двигательных стереотипий в группе больных, получавших терапию нейролептиками (0,24 и 0,15), и подчеркнуть, что на момент обследования ни у одного больного, получавшего нейролептики, не было проявлений побочных действий (экстрапирамидные расстройства).

5) Просодическая составляющая речевого поведения отличалась в исследуемых группах наиболее существенно как количественно, так и качественно. В группе больных, получающих нейролептики, микрокататонический синдром был ярко выражен и определял паралингвистическую картину высказывания, что проявлялось более бедными интонационными характеристиками, выраженной диспрозоидией, насыщенными "шумовыми" заполнениями пауз (нечленораздельные звуки, звуки без словесного оформления), полной утратой мелодичности. В данной группе отмечалась достоверно меньшая динамика основного тона ($0,59 \pm 0,04$ в сравнении с $0,73 \pm 0,05$) и темпа речи ($0,58 \pm 0,03$ и $0,71 \pm 0,05$).

Таким образом, интерпретируя полученные различия в особенностях речевого поведения больных шизофренией с выраженными дефицитарными расстройствами, получавшими психофармакотерапию и ранее не лечившихся, можно отметить следующие характеристики:

1. Применение психофармакотерапии способствует более высокой дифференциации вербальной семантики речевого поведения, что благотворно сказывается на проведении лечебно-реабилитационных мероприятий и улучшает прогноз в плане социальной реадaptации.

2. Изменения речевого поведения у больных, получающих нейролептическую терапию, свидетельствуют о привнесении последней микроорганического фона, наиболее ярко проявляющегося в просодике, что указывает на преимущественную вовлеченность подкорковых структур.

3. Изучение динамики речевого поведения больных в процессе психофармакотерапии позволяет, наряду с традиционными клиническими методами, диагностировать проявления нейролептической интоксикации на ранних этапах, определять ее степень, прогнози-

ровать возникновение осложнений в процессе лечения, своевременно назначать корригирующие мероприятия.

Приводим клинические иллюстрации особенностей речевого поведения больных с эндогенными психотическими расстройствами.

Клинический пример

Больной Н., 1974 г.р.

Диагноз: Шизофрения. Кататонический тип. Непрерывное течение с выраженным смешанным психическим дефектом.

Из анамнеза: Родился единственным ребенком в семье служащих. Двоюродная тетка больного по отцовской линии страдала параноидной шизофренией с редкими психотическими эпизодами и качественными ремиссиями. Раннее развитие без особенностей. Рос здоровым ребенком, перенес ветряную оспу и корь. По характеру был активным, общительным, доброжелательным, имел много друзей, увлекался музыкой, легкой атлетикой. В школу пошел в 7 лет. До 7-го класса учился хорошо, однако, в связи с разводом родителей, по причине создания отцом другой семьи, очень переживал, забросил учебу. В течение полугода жаловался на головные боли, утомляемость, раздражительность. Наблюдался невропатологом с диагнозом вегето-сосудистая дистония. С 17 лет отмечается нарастание в поведении психопатоподобных проявлений: прогуливал уроки, периодически алкоголизировался, не ночевал дома, вращался в сомнительных компаниях, эпизодически употреблял каннабис, давал вспышки агрессии на замечания матери. По окончании школы поступил в техническое училище, однако, через несколько месяцев был исключен за пропуски занятий, драку с однокурсниками, brutальное поведение. Устроился работать разнорабочим в коммерческую фирму, однако, и там долго не удержался. Агрессивное поведение и уходы из дома чередовались с периодами, когда мог по несколько дней не выходить из квартиры, лежал в постели, или сидел в одной позе, часами уставившись в одну точку. В возрасте 19 лет появились галлюцинаторные расстройства по типу вербальных псевдогаллюцинаций угрожающего, бранящего, комментирующего и императивного характера, определяющих поведение больного. В 1993 г. впервые проходил лечение в психиатрической больнице по месту жительства в связи с императивным галлюцинозом, в результате которого больной пытался поджечь квартиру и выброситься с

балкона 5-го этажа. В клинике отмечался эпизод кататонического ступора с онейроидными переживаниями, периоды кататонического возбуждения, что и определило настоящий диагноз. Первая госпитализация длилась пять с половиной месяцев и, несмотря на проводимую терапию, больной выписан в ремиссии С. Состояние пациента в последующие 3,5 года определялось преобладанием негативной психопатологической симптоматики: нарастанием апато-абулии с периодическими brutальными психопатоподобными проявлениями, чередованием периодов выраженной заторможенности и адинамии с возбуждениями и агрессивностью без каких-то причин, либо под воздействием усиливающегося галлюциноза. За этот период больной трижды проходил стационарное лечение, продолжительностью 2,5-3,5 месяца, с незначительными и кратковременными улучшениями. Учитывая длительность, стойкость и терапевтическую резистентность болезненной симптоматики, а также наличие выраженных дефицитарных проявлений больному предлагалось освидетельствование МСЭК для инвалидизации, однако, мать от этого предложения отказалась. Пациент был направлен для решения вопросов коррекции лечения и проведения методов интенсивной терапии в Крымскую Республиканскую клиническую психбольницу №1, где находился с 14.11.1997г. по 5.02.1998 (провел 83 к/д).

При поступлении: больной ориентирован всесторонне, сознание не помрачено. Контакт составляет малопродуктивный и крайне формальный: безучастно сидит в одной позе, на вопросы отвечает односложно, одним-двумя словами, своих переживаний не раскрывает. Несколько напряжен и тревожен, эмоционально сглажен, тускл, гипомимичен. Временами выявляются объективные признаки слуховых галлюцинаций. Мышление замедлено, аморфное. К своему состоянию не критичен. В отделении ни с кем не общается, лежит в одной позе, дважды давал немотивированные психомоторные возбуждения с агрессивностью, злобностью. В первые 3 недели больной получал азалептин, галоперидол, френолон, ноотропы и витаминотерапию в больших дозах; тщательно и всесторонне обследовался. Соматическое, неврологическое, лабораторные и параклинические обследования какой-либо патологии со стороны соматической сферы и признаков органического поражения головного мозга не выявило. Была начата инсулинотерапия. Показатели по шкале PANSS: в начале госпитализации: $36 + 39 + 84 = 159$, перед

инсулинотерапией: $32 + 33 + 80 = 145$. Проведен курс инсулинотерапии, на время которого все препараты были отменены, за исключением финлепсина по 200 мг в обед и на ночь. В ходе лечения отмечалось 14 сопорозных состояний на дозах 116 – 132 ЕД простого инсулина. Существенные ограничения на возможности метода наложила слабая выраженность подкожных вен, затрудняющих выведение больного из состояния сопора. Однако, и тот объем инсулинотерапии, который удалось провести, дал существенную терапевтическую динамику. Больной стал более активным, общительным и доступным контакту. Оживились мимические реакции, рассказал о наличии и содержании галлюцинаторных расстройств, а также о том, что с 3-й недели пребывания в стационаре они купировались. Появились элементы критики к неправильному поведению и болезни в целом. В мышлении выявлялись элементы резонерства, тематические соскальзывания, при сохранении тенденции к снижению темпа и невысокой когнитивной продуктивности. Больной стал общаться со сверстниками, изредка вовлекался в трудовые процессы отделения. Показатели по шкале PANSS перед выпиской: $14 + 21 + 43 = 78$, то есть видна существенная динамика (уменьшение показателя вдвое). Больной выписан в ремиссии Б.

Катамнестическое наблюдение в течение 3-х лет подтверждает позитивные результаты проведенного лечения, которые можно обозначить как замедление темпа нарастания дефицитарных проявлений, урежение периодов эксацербации симптоматики и улучшение семейно-социальной адаптации. У больного значительно улучшились отношения с матерью, сгладились психопатоподобные проявления. Продуктивная симптоматика, за указанный период, возобновлялась дважды и быстро (1,5-2 недели) купировалась в амбулаторных условиях. Больной в течение года участвовал в постройке домов, выполняя легкую подсобную работу. Однако, продолжали нарастать эмоционально-волевые расстройства, пассивность, затрудненность социальных контактов, увеличивалась продолжительность периодов апатичности, в силу чего больной в 2000г. освидетельствован МСЭК по месту жительства – установлена 2-я группа инвалидности.

Таким образом, у больного с 18 лет развивается злокачественный шизофренический процесс с кататонической, галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, быстрым нарастанием дефицитарных расстройств.

Приводим описание особенностей речевого поведения больного Н.

Проведение психодиагностическое интервьюирование в полном объеме в первые недели госпитализации не представлялось возможным, в силу низкой коммуникативной активности больного, крайне формального контакта и низкой динамики всех показателей, при быстрой истощаемости внимания. Поэтому, обследование производилось через неделю по окончании инсулинотерапии. Следует особо подчеркнуть, что за этот период сохранились все качественные тенденции и особенности различных аспектов речевого поведения; произошло лишь оживление их динамики при некотором увеличении разнообразия признаков, их составляющих.

Кинесический аспект.

Для больного характерно преобладание статичных поз: наездника и подчинения, крайне низкая динамика по каналу позы – $0,16 \pm 0,01$. При попытке обсуждения бредовых переживаний, которые больной диссимулирует, отмечается реакция увеличения плеча, отклонение головы вперед с опусканием подбородка, сжатие рук в кулаки, либо поворот головы в сторону с напряжением жевательных мышц.

Для мимического канала характерна гипомимичность, мимические комплексы безразличия, задумчивости, в меньшей степени – внимания, напряженности. Характерен, периодически отмечающийся, редуцированный симптом хоботка, стереотипные жевательные движения при задумчивости, редкое мигание. Динамика мимических комплексов также низкая – $0,31 \pm 0,02$.

Жесты носят стереотипный характер и представлены жестами одобрения, редуцированным жестом-акцентом. Часто отмечаются стереотипные движения кистей рук. Динамика по жестовому каналу незначительная – $0,15 \pm 0,02$. Указанные особенности кинесики отражают нижнюю границу показателей по всем каналам, свойственные для ядерных форм шизофрении с выраженными дефицитарными расстройствами.

Психосемантические особенности.

Психосемантика вербального сообщения больного отражает устойчивую деформацию и обедненное отражение объективного мира в связи с выраженными дефицитарными расстройствами. Утрачены связи с объективным миром и преобладающее число контактов с ним обусловлены особенностями психопатологической

симптоматики: вербальным псевдогаллюцинозом и бредовыми идеями отношения и преследования. Отдельные аспекты самосознания дезинтегрированы, превалирует образ физического «Я», через призму которого воспринимаются все остальные. Внутренняя картина болезни носит аморфный характер, центральное место в ней занимает галлюциноз, к которому присутствуют элементы критики, и который служит своеобразным знаменем начала болезни, хотя на данном этапе у пациента уже не происходит сопоставления самосознания до и после начала заболевания. Преобладают отрицание и регресс как ведущие психологические защитные механизмы. Выражена алекситимия, носящая прогрессирующий вторичный характер, показатель по шкале алекситимии оставался стабильным и составил в начале терапии и перед выпиской 26,5 баллов.

Просодические особенности.

Просодика речи больного определялась доминированием микрокататонического просодического синдрома: монотонность, узкий диапазон и невыраженность динамики основных паралингвистических характеристик, утрата мелодичности, тенденция к нарастанию «пустых» пауз, заполненных нечленораздельными звуками и звуками без словесного оформления, сдавленный характер звучания речи, выраженная диспрозодия, бедные и стереотипные интонационные характеристики.

Приводим показатели динамики основного тона и темп речи больного, а также характеристику пауз: основной тон – $0,44 \pm 0,03$; темп речи – $0,42 \pm 0,02$; паузы: короткие – 10,4; средние – 11,8; длинные – 2,94; сверхдлинные – 0,85; Всего – 25,99.

Психолингвистические особенности.

Особенности речевых ошибок и их количество отражают тенденции, характерные для группы в целом.

Приводим их характеристики: оговорки: подстановка – 0,09; перестановка – 0,16; опущение – 0,39; добавление – 0,1; замещение – 0,11; Всего – 0,85. Коррекция – 0,09. Фальстарт – 0,09. Повторы: Звуков и слогов – 0,14; Слов и словосочетаний – 1,88; Всего – 2,02; «Пустые» паузы – 0,33. Нарушения дикции: дислексия – 0,15; дисфразия – 0,45; диспрозодия – 3,66. Всего – 4,26. Итого речевых ошибок: 7,64.

Семантико-синтаксические особенности.

Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больного отражают все тенденции присущие группе дефицитарных расстройств:

I - 1,14; S1 - 9,8%; P_R/S - 3,6%; P_R/n - 1,8; S/S - 83,75%; S/m - 16,25; S/ P_R - 0,5; N - 1,24; N - 1 = 0,1; SSP - 80,5%; SSD - 1,8%; Inv - 0; КТ - 4,33; ИД - 2,2.

Обращает на себя внимание низкое значение показателей информативной плотности текста, семантико-синтаксической полноты и количества сложных предложений, что подчеркивает структурно-функциональное упрощение вербальной семантики. Высокое значение показателя отношения субъектов к предикатам обусловлено низким количеством предикатов в силу вышеуказанных причин. Высокое значение КТ указывает на выраженность алекситимии. Положительное значение разницы: новизна - информативная плотность объясняется раскрытием пациентом части своих болезненных переживаний. Отсутствие предложений с синтаксической инверсией весьма показательно в плане дифференциации с органическими психотическими расстройствами. Приведенные значения семантико-синтаксических показателей характеризуют шизофренический процесс с выраженными дефицитарными расстройствами.

Семантико-прагматические особенности.

Яркой особенностью прагматики пациента является практическое отсутствие мотиваций к коммуникации, сменяемое гипопрагматизмом к концу терапии, отражающем некоторую заинтересованность процессом терапии и, вытекающими из него, предположительными сроками выписки. Последнее обстоятельство привнесло нацеленность на сотрудничество в преобладающие коммуникативные стратегии погруженности в болезненные переживания, отстраненность и сокрытие своих переживаний. Исходя из этого, во врачебных стратегиях доминировали фасилитирующие тенденции на основе эмпатии и создания атмосферы доверия, понимания и поддержки.

В речи больного отмечается узкий спектр использования типов речевых актов, преобладали ассертивы. Структура речевых актов характеризовалась иллокутивно-перлокутивным ослаблением и диссоциацией, достигающей уровня дезинтеграции во всех аспектах за исключением описания сущности болезненных переживаний,

что подчеркивает выраженную социальную дезадаптацию пациента. Взаимодействие разномодальных семантик описывается вариантом семантико-синтаксической диссоциации, отражающим тенденцию нарастания независимости информации всех трех семантик друг от друга, при слабо выраженных вариантах подчиненного дополнения (аффективная окраска вербального сообщения просодики или/и кинесики в редуцированных вариантах) и конкурирующих тенденций (при диссимуляции скрываемые переживания проявляют себя в кинесической, реже, просодической семантике).

Таким образом, приведенные особенности речевого поведения больного Н., позволяют объективизировать, уточнять и характеризовать клинические черты его заболевания: соотношение и выраженность продуктивных и негативных психопатологических расстройств, их особенности с учетом этапа течения, составлять прогностические суждения, оценивать эффективность проводимой терапии.

4.9. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенности речевого поведения больных с эндогенными психотическими расстройствами

Особенности речевого поведения при эндогенных психотических расстройствах изучались в подразделении на две подгруппы: острые и хронические. В основу данного разделения положена этапность в течении расстройств, острота развития и длительность психотических расстройств, соотношение позитивной и дефицитарной симптоматики. В ходе исследования получены достоверные различия ($p < 0,05$) основных маркеров разномодальных семантик, а также выделены патогномичные качественные признаки каждой из подгрупп, что позволяет утверждать о наличии корреляций между особенностями течения, этапом эндогенного расстройства и характеристиками речевого поведения.

Нами выделены особенности речевого поведения характерные для дефицитарных и продуктивных психопатологических синдромов, описаны просодические синдромальные характеристики с учетом нозологической специфичности, выделены кинесические маркеры, психосемантические, семантико-синтаксические, психолингвистические и прагматические характеристики, что позволяет го-

ворить о корреляции синдромальных психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения.

Объективизация клинических особенностей и их динамики в ходе психофармакотерапии производилась как клинически (при помощи шкалы PANSS-1), так и посредством изучения динамики маркеров речевого поведения. Результаты клинического шкалирования и тестирования маркерами речевого поведения сопоставимы, причем в ряде моментов (оценка эффективности терапии, риска общественно-опасных действий, выявление диссимуляции, ранняя диагностика побочных действий нейрорептиков, определение качества ремиссии) речевая диагностика была более тонкой и позволяла получать данные раньше по срокам.

Таким образом, учитывая установленные корреляции и проведенный клинико-статистический анализ, подтверждающий достоверность различий с контрольной группой ($p < 0,05$), возможно выделение наиболее значимых признаков в качестве дополнительных исследовательских и диагностических критериев.

Дополнительные исследовательские и диагностические критерии эндогенных психотических расстройств *(по данным комплексной диагностики речевого поведения)*

Речевое поведение в данной группе характеризуется диссоциированным характером взаимоотношения разномодальных семантик, выраженность и обратимость которого определяется особенностями течения и давностью психического расстройства. Содержание разномодальных семантик определяется двумя компонентами: отражением психотических расстройств и специфическими чертами, характеризующими биологическую сущность болезненного процесса.

• Кинесическая семантика:

- снижение динамики и уменьшение информативности кинесических показателей ($p \leq 0,01$) по мере течения болезненного процесса и нарастания дефицитарных расстройств;
- отражение, дополнение и уточнение болезненных переживаний и связанных с ними аффектов, в том числе диссимулируемых: агонистическое поведение, агрессивность, высокий уровень тревоги и неискренность;

- признаки диссоциации как в рамках одного канала (мимические диссоциации), так и в структуре кинесики в целом (несогласованность семантик мимики, позы и жеста);

- нарастание субмиссивно-статичных признаков, стереотипий, низкоспецифичных и семантически недифференцированных характеристик, указывающих на снижение специфической энергии действия и отдельные регрессивные черты.

- **Просодическая семантика:**

- отражение, уточнение и дополнение болезненных переживаний и связанных с ними аффектов;

- специфичность расстройств данной группы отражает микрокататонический просодический синдром, имеющий обратимый характер при острых расстройствах и нарастающий, по мере увеличения выраженности негативной психопатологической симптоматики. Он включает следующие просодические характеристики:

- а) бедность, стереотипность, и семантическая выхолощенность интонации, дисгармоничный и несоответствующий характер ее динамики и изменений ведущих модальностей;

- б) прерывистость и утрата мелодичности в силу выраженных нарушений дикции, главным образом, - диспрозодии, вычурный характер акцентирования и интонирования;

- в) заполнение пауз нечленораздельными звуками и звуками без словесного оформления;

- г) низкая динамика ($p \leq 0,01$) основных паралингвистических характеристик в узком диапазоне;

- по мере нарастания психического дефекта в просодике появляются органические стигмы и регрессивные признаки, усиливается диссоциация семантик.

- **Вербальная семантика.**

- психосемантические особенности:

- а) интравертированный характер коммуникативной активности;

- б) диссоциация психосемантических пространств по функциональной сложности и наполненности;

- в) сложный и динамичный характер субъективной картины окружающего мира и самосознания, зависящий от клинических характеристик расстройства;

г) преобладание регрессивных механизмов психологической защиты;

д) наличие феномена вторичной прогрессирующей алекситимии.

- психолингвистические особенности:

а) при острых расстройствах достоверно ($p \leq 0,01$) преобладают коррекции и фальстарты, при дефицитарных – речевые ошибки представлены повторами и нарушениями дикции. Речевые ошибки при острых расстройствах отражают насыщенность продуктивной психопатологической симптоматики, конкурирующие тенденции и высокий уровень диссимуляции; при хронических – семантическое обеднение и поражение подкорковых структур, находящих свое отражение на соответствующих уровнях системы речепорождения;

б) психолингвистические показатели характеризует экспансивность болезненных переживаний, уровень дезадаптации, наличие регрессивных семантических структур и определяются клиникой психического расстройства и этапом динамики.

- семантико-синтаксические особенности:

а) наличие семантико-синтаксической диссоциации и высокой новизны текста, ведущих, с одной стороны – к уменьшению семантической полноты и информативной плотности и, с другой, - к структурно-функциональному усложнению текста сообщения;

б) полипредикативность и увеличение предикативной сложности текста;

в) нарастание признаков семантико-синтаксического регресса по мере нарастания дефицитарных расстройств;

- семантико-прагматические особенности:

а) широкий спектр проявлений коммуникативного прагматизма, включающий полипрагматизм, неадекватные коммуникативные модели и гипо- (а-) прагматизм;

б) наличие иллюкутивно-перлюкутивной диссоциации в структуре речевых актов, углубляющейся, по мере хронизации болезненного процесса, вплоть до дезинтеграции.

Резюмируя наиболее существенные особенности речевого поведения больных с эндогенными психотическими расстройствами следует остановиться на следующих основных моментах:

1. Наиболее специфичной особенностью речевого поведения больных данной группы является диссоциированный характер

как содержания отдельных семантик, так и их взаимодействия между собой.

2. Разномодальные семантики отражают информацию двух видов: содержащую презентацию психопатологических переживаний и отношения к ним больного; представляющие специфические биологические особенности самого болезненного процесса.

3. По мере нарастания выраженности дефицитарных проявлений отмечается тенденция к увеличению влияния информации второго вида, взаимодействие разномодальных семантик приобретает дезинтегрированный характер, речевое поведение утрачивает прагматичность и коммуникативные функции, что диссонирует с его относительной семантико-синтаксической сохранностью.

4. Специфичность семантики, отражающей болезненный процесс, заключается в сочетании ряда регрессивных черт и проявлений нарастающего, по мере длительности заболевания, микроорганического поражения мозга, преимущественно, подкорковых структур, что наиболее ярко отражается в просодической семантике.

5. Изучение особенностей отдельных разномодальных семантик в их взаимодействии позволяет приближаться к пониманию сущности болезненных переживаний больных, более тонкой диагностике и дифференциальной диагностике, выявлять диссимулятивные тенденции, составлять прогностические суждения и решать экспертные вопросы, разрабатывать индивидуализированные лечебно-реабилитационные программы.

6. Применение психофармакотерапии оказывает модифицирующее влияние на речевое поведение. Терапия нейролептиками способствует, с одной стороны, - более высокой дифференциации вербальной семантики редукции болезненной симптоматики, отражающейся в наполненности и взаимодействии психосемантических пространств; и с другой стороны, - длительное применение препаратов данной группы привносит микроорганические черты, наиболее ярко воплощающиеся в просодике сообщения. Таким образом, микроорганические стигмы в речевом поведении больных с выраженными дефицитарными расстройствами являются результатом как самого болезненного процесса, так и применяемой нейролептической терапии.

РАЗДЕЛ VI

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

3.1. Клинические характеристики группы

Группа больных с аффективными расстройствами клинически однородна и описывается нами по всем аспектам речевого поведения в целом. Как и в других исследуемых группах, мы прослеживали при аффективных расстройствах настроения зависимость особенностей речевого поведения от наиболее значимых клинических характеристик:

1) Ведущий психопатологический синдром.

Наиболее обоснованным, с позиций интересов настоящего исследования, является выделение двух синдромов, отличающихся, прежде всего, психосемантически, просодически и кинесически: депрессивного и маниакального.

2) Особенности течения болезненного расстройства.

Рассматривались три рубрики раздела F3: депрессивный эпизод; рекуррентное депрессивное расстройство и биполярное расстройство.

3) Давность заболевания и возраст пациента.

Нам представлялось важным проследить влияние на речевое поведение длительно протекающего болезненного процесса и наличия микроорганического фона у пожилых больных. Для этого больные, особенно старше 40 лет, тщательно обследовались на наличие соматических и органических заболеваний; при наличии выраженных сопутствующих заболеваний, для исключения модифицирующего влияния на картину речевого поведения, - такие больные не входили в группу исследуемых.

Всего в данной группе обследовано 50 больных: 20 мужчин и 30 женщин. Средний возраст больных группы составил $41,7 \pm 14,68$. Следует отметить широкий возрастной интервал обследуемых больных от 16 до 66 лет.

Депрессивный эпизод был диагностирован у 18 больных (6 мужчин и 12 женщин: 12 больных – умеренный, 4 – тяжелый без психотических расстройств, 2 – с психотическими соответствующими аффекту). Ведущим синдромом у данных больных был де-

прессивный (депрессивно-тревожный, депрессивно-астенический, депрессивно-апатический). Средняя давность заболевания в данной подгруппе $3,5 \pm 1,8$ мес. (от 1 до 9 мес.). Большинство пациентов имели на момент обследования возраст до 40 лет (средний возраст: $33,2 \pm 5,7$ лет).

Рекуррентное депрессивное расстройство выявлено у 22 больных (13 женщин и 9 мужчины: 14 – умеренно депрессивный эпизод, 8 – тяжелый). Все больные перенесли до последней госпитализации от 2-х до 8 депрессивных эпизодов (в среднем: $3,75 \pm 1,6$) и болели от 2,5 до 28 лет (в среднем $8,4 \pm 3,7$ года). Большинство больных были старше 40 лет (средний возраст $44,9 \pm 7,6$ лет).

Биполярное аффективное расстройство было выявлено у 10 больных (по 5 мужчин и женщин). У 5-ти из них на момент обследования определялся маниакальный эпизод: умеренной степени тяжести – 4 больных, тяжелый с психотическими расстройствами, соответствующими аффекту – 1; 5 больных – умеренный депрессивный эпизод. Давность заболевания от 2-х до 20 лет (в среднем $6,5 \pm 2,6$ лет), в анамнезе от 3-х до 11 эпизодов (в среднем $4,75 \pm 1,9$). Все больные с рекуррентными и биполярными расстройствами госпитализировались несколько раньше, чем с депрессивным эпизодом (с учетом уже имеющегося опыта предшествующих госпитализаций и динамического диспансерного наблюдения, и находились в болезненном состоянии от 3-х недель до 2,5 мес. (в среднем 1,5 мес.). С целью объективизации степени тяжести болезненных расстройств и оценки терапевтической динамики нами использовались специальные шкалы: для депрессивных расстройств – оценочная шкала депрессии Гамильтона (HDRS) и Рейтинговая шкала Бека (The Rating Scale); маниакальные расстройства исследовались при помощи Шкалы оценки мании по Янгу (YMRS); тревожные расстройства объективизировались при помощи Шкалы Гамильтона для определения генерализованной тревоги (HAS-G).

3.2. Кинесические особенности

Компоненты невербального поведения, сопровождающие речевое высказывание у больных данной группы определяются в первую очередь ведущим психопатологическим синдромом: 1) депрессивным; 2) маниакальным; а также степенью выраженности сопут-

ствующим расстройств: тревожных, астенических, соматоформных и т.п.

Поза больных, в клинике которых преобладает депрессивный синдром характеризуется статично-субмиссивным характером. Преобладают позы: фараона (0,23), наездника (0,31), Родена (0,28), заключенного (0,19), моления (0,11), эмбриона (0,1). Динамика по данному каналу определяется тревожными расстройствами и не имеет определенной зависимости от контекста психодиагностического интервью, хотя и отчетливо меняется (в обе стороны) при обсуждении болезненных переживаний и суицидальных тенденций.

При маниакальных состояниях отмечается более выраженная динамика по данному каналу и преобладают позы, которые можно охарактеризовать как экспансивно-агонистические: Наполеона (0,29), агрессии (0,34), откинувшаяся (0,21), фараона (0,16). Выраженный динамизм поз отражал повышение специфической энергии действия, свойственное данным расстройствам. Больные часто вставали в ходе беседы, стремились сократить индивидуальное расстояние при контакте, двигались по ординаторской. При выраженном тревожном синдроме, ажитации, депрессивные больные также вставали и перемещались по комнате, однако это поведение выражало избегание контакта, увеличение дистанции и полную погруженность в болезненные переживания. То есть, в данной группе маниакальные и депрессивные расстройства выражали разные полюса симптоматики и кинесических проявлений, однако, учитывая, что подгруппа 5 больных с маниакальными расстройствами статистически мала, - количественное определение динамики кинесических показателей и сравнение с другими группами проводилось только для 45 больных с депрессивными расстройствами. Показатели же динамики маниакальных больных, приводящиеся нами отдельно и для корректности статического анализа с другими группами (кроме подгруппы депрессивных расстройств), не сопоставляются.

Мимические характеристики, традиционно для психиатров, несут самую большую семантическую диагностическую нагрузку при аффективных расстройствах настроения. При депрессивных расстройствах преобладали следующие мимические комплексы: задумчивость (0,43), страдание (0,42), беспомощность (0,33), плач (0,27), внимание (0,35), страх (0,13), напряженность (0,15). Патогномоничны печальные брови, складки Верагута, горизонтальные

морщины лба, опущенные углы рта, взгляд в окно, вниз, Васнецовские глаза, неоднократно описанные в этологических работах.

Маниакальные расстройства характеризовались следующими преобладающими мимическими комплексами: радость (0,33), улыбка (0,32), интерес (0,27), решительность (0,25), гордость (0,17), гнев (0,18). Указанные комплексы отражают весь спектр переживаний больных и их динамика зависела как от контекста психодиагностического интервью, так и от коммуникативной стратегии (и ее изменений) врача-исследователя. Так, например, авторитарность и жесткие экспертные позиции врача, легко индуцировали у больных агонистические аспекты поведения: раздражительность, гневливость, агрессивность.

Для жестового канала больных депрессиями характерны следующие жесты: акцент (0,67), задумчивости (0,38), латентной тревоги (0,32), одобрения (0,28), обращения (0,2), покорности (0,15). При маниакальных состояниях преобладали жесты: обращения (0,5), акцент (0,51), объятия (0,21), отстранения (0,2), демонстрации (0,18). Для больных с депрессивными расстройствами характерны часто встречающиеся встряски головы и конвульсии плеч на высоте аффектов, обездвиженность плеч, наклон туловища вперед с уменьшением плеча, фиксация рук на груди или голове, аутогруминг, манипулирование: предметами, одеждой, пальцами. При маниакальных состояниях часты выпадения головой, увеличение и реакция плеча с сжиманием кисти в кулак, скрещивание рук и ног, пристальный взгляд в лицо.

Количественные показатели динамики кинесических показателей больных с аффективными расстройствами настроения по каналам мимики, позы и жеста приведены нами в табл. 6.1. Выделенные подгруппы (депрессивные и маниакальные расстройства) достоверно отличаются друг от друга по всем трем каналам по t критерию Стьюдента (при $p \leq 0,01$). Как видно из таблицы, показатели динамики при маниакальных расстройствах значительно выше по всем каналам (особенно по мимическому) и превышают показатели контрольной группы взрослых, соответствуют динамике здоровых детей.

Таблица 6.1 Показатели динамики кинесических характеристик больных с аффективными расстройствами

Подгруппы больных (их количество)	Динамика кинесических показателей за 1 мин. в абс. числах и в % по каналам		
	миимика	поза	жест
Депрессивные расстройства (45 больных)	0,61±0,08 45,9%	0,41±0,04 30,8%	0,31±0,09 23,3%
Маниакальные расстройства (5 больных)	1,34±0,03 51,5%	0,69±0,04 26,5%	0,87±0,05 22%

Показатели кинесической динамики при депрессивных расстройствах меньше, чем в контрольной группе, причем достоверно по каналам мимики и жеста, что указывает на их диагностическую значимость. При этом, в группе депрессивных расстройств, по сравнению с нормой, уменьшается объем информации по каналам мимики и жеста и увеличивается значимость позного канала (20,8% в группе здоровых взрослых и 30,8% - в группе аффективных расстройств настроения).

Существенным фактором, определяющим выраженность вышеописанных характеристик, являлись клинический этап течения расстройства (манифестация, максимальная выраженность клинических проявлений на высоте аффективной фазы, становление интермиссии) и степень тяжести болезненных проявлений, объективизируемая при помощи рейтинговых шкал. Установлены прямопропорциональные зависимости между указанными показателями. Возраст больного проявлялся в кинесической картине появлением отдельных регрессивных характеристик у больных старше 55 лет и отражающих микроорганические процессы в головном мозге, обусловленные нормальным старением и легкой сосудистой патологией.

Таким образом, изучение кинесических характеристик у больных с аффективными расстройствами позволяет выделить следующие наиболее характерные особенности:

- 1) Кинесические характеристики определяются ведущим психопатологическим синдромом (депрессивным или маниакальным) и отражают семантику связанных с ним болезненных переживаний.
- 2) Снижение динамики кинесических показателей при депрессивных расстройствах обусловлено уменьшением специфической

энергии действия, выражено меньше, чем при органических психических расстройствах и не является свидетельством семантического регресса.

6.3. Психосемантические особенности

Психосемантические характеристики больных с аффективными расстройствами определялись, главным образом, клиническими особенностями и индивидуальными личностными чертами. В первую очередь, полярность и содержание психосемантических пространств обуславливал тип расстройства: депрессивное или маниакальное. При наличии в структуре аффективного эпизода психотических расстройств, их содержание дополняло картину психосемантики больного. И, наконец, преморбидные личностно-психологические характеристики приносили индивидуальность в семантику тех или иных символов, коммуникативные особенности.

Психосемантика депрессивных и маниакальных состояний в работах психиатров и клинических психологов описана достаточно подробно, и поэтому, мы остановимся лишь на ряде наиболее важных моментов, с точки зрения взаимодействия различных аспектов речевого поведения.

Особенности когнитивной и бихевиоральной активности больных с депрессивными расстройствами в рамках аффективной патологии довольно подробно и полно описываются диагностическими критериями МКБ-10 и опросником рейтинговой шкалы Бека. Наиболее важными являются категории, свидетельствующие об изменении восприятия собственного «Я» и самооценки, деформирующие отражение в сознании пациентов объективного мира. Изменение физического компонента «Я» включает комплекс соматоформных ощущений, зачастую поглощающих внимание больных и определяющих ипохондрические конструкты, формирующие особое психосемантическое пространство. Патологическая динамика психического компонента собственного «Я» включает заниженную самооценку, недовольство собой, чувство вины, неуверенность во всем, всепоглощающий пессимизм, ощущение неудачливости, безнадежности, негативное отношение к себе. Эти ощущения и идеи проецируются как на прошлое, так и на будущее и определяют аутоагрессивные тенденции как единственный выход из ситуации утраты системы субъективных смыслов и ценностей.

Выявление суицидального поведения имеет большой клинический интерес, определяющий меры профилактики и первичной профилактики и сопряжено с рядом трудностей, так как этот аспект переживаний зачастую диссимулируется. Однако, определение и описание всей совокупности психосемантических пространств, входящих в депрессивный регистр, позволяет с достаточной степенью верифицировать наличие суицидального риска. Кроме того, включение в общую картину других аспектов речевого поведения позволяет объективизировать клиническую тяжесть расстройства и выявлять диссимуляцию по просодическим и кинесическим признакам, несущим в себе выраженную тревогу, неискренность и собственно депрессивные признаки.

Вышеописанные особенности самосознания проецируются и на картину внешнего мира, отражая его хотя и полно, но схематично и в минорном свете. Интерес к объективному миру утрачивается, равно как сводятся на нет все виды деятельности и коммуникации, что создает при тяжелых депрессивных расстройствах определенные сложности и в системе «врач-больной», поскольку нет мотивации для контакта со стороны пациента. Проецирование болезненного состояния обследуемых больных на внешний мир приводило к восприятию его утратившим содержание, измененным как внешне, так и внутренне, причем все пациенты подчеркивали субъективность этих ощущений, сравнивая их с тем, что были до болезни. Изменялись темпоральные ощущения, - время воспринималось тягостно замедленным.

Все приведенные черты определяли внутреннюю картину болезни, формируемую по мере появления элементов критического отношения к болезненной ситуации, что наиболее ярко проявлялось у первичных больных с депрессивными эпизодами. При рекуррентных депрессивных расстройствах больные уже имели четкое представление о болезни, ее структурировали и гораздо активнее шли на терапевтические отношения, на основании прошлого позитивного опыта. Ведущими механизмами психологической защиты в данной подгруппе были регрессия, отрицание, проекция.

Психосемантические пространства больных с маниакальными расстройствами во многом отражали противоположные и полярные категории, в сравнении с депрессивными пациентами. У всех пациентов отмечалась завышенная самооценка, облегченное и упрощенное восприятие окружающего мира и системы взаимоотноше-

ний с ним на почве экспансивно-эйфорического самоощущения, легко переходящего в агонистическое поведение при столкновении с любыми препятствиями и помехами на пути реализации своих многочисленных идей и стремлений, в основе которых лежали гедонистические и эгоцентрические тенденции. Способствующим фактором для облегчения агонистического поведения (раздражительность, гневливость, brutальные выходы и агрессия как вербальная, так и невербальная) служила аффективная неустойчивость больных. Критическое отношение к своему болезненному состоянию, как правило, отсутствовало и формировалось по мере становления внутренней картины болезни в процессе терапии. Несколько иначе обстояла ситуация у больных с биполярными аффективными расстройствами, имевшими опыт предшествующих маниакальных эпизодов. В этих случаях происходило более легкое формирование терапевтических отношений, более гибкие коммуникативные стратегии пациентов облегчали формирование внутренней картины болезни и критического отношения к ней. Ведущими механизмами психологической защиты являлись отрицание, рационализация, проекция.

Психотические переживания, выявленные у одной больной с биполярным аффективным расстройством в маниакальной фазе и двух пациенток с рекуррентными депрессивными расстройствами своеобразно дополняли психосемантику переживаний в зависимости от содержания и соответствия полярности аффекта.

По мере редукции болезненной симптоматики и становлении интермиссии, указанные психосемантические особенности неуклонно редуцировались, что соответствовало регрессу психопатологической симптоматики и уменьшению баллов при исследовании рейтинговыми шкалами, то есть выраженность психотических особенностей прямо пропорционально коррелировало с клиникой расстройства.

Преморбидные личностные особенности пациентов, с одной стороны подвергались сглаживающему модифицирующему влиянию болезненных аффектов, но с другой стороны происходило патологическое усиление характерологических черт синтонных расстройству. Особый интерес представляет изучение в клинике депрессивных расстройств алекситимии – феномена, отражающего особый коммуникативный стиль и поведенческую стратегию, являющегося одновременно и отражением индивидуальных психоло-

гических характеристик, и модифицирующего влияния болезненного процесса на речевое поведение.

В ходе исследования больных группы, включающего клинико-психологический анализ, сбор анамнестических и объективных данных и применение «Глоссария для выявления и оценки выраженности алекситимии» (см. прил.2.3) феномен алекситимии выявлен у 18 пациентов с депрессивными расстройствами. У 14 больных алекситимия была выражена (15 – 22 балла по глоссарию, среднее значение – $18,25 \pm 1,7$); у 4 – значительно выраженная (более 22-х баллов, среднее значение – $23,75 \pm 0,4$). Как уже отмечалось нами ранее алекситимия в настоящем исследовании рассматривается в подразделении на первичную – обусловленную преморбидными психологическими и коммуникативными особенностями пациентов и вторичную – обусловленную модифицирующим влиянием на коммуникативные стратегии и речевое поведение болезненного процесса. Вторичная алекситимия, в свою очередь подразделяется на регрессирующую и прогрессирующую, что обусловлено исключительно особенностями психического расстройства и характером его течения, этапом психопатологической симптоматики. В 6-ти случаях выявлена первичная алекситимия, в 12 – вторичная, причем в 10 – регрессирующая и в 2 – прогрессирующая. Дадим краткие характеристики указанным подгруппам.

У всех больных с первичной алекситимией диагностирован умеренный депрессивный эпизод. Преморбидно пациенты характеризовались неуверенностью в себе, ранимостью, застенчивостью. У них отмечались сложности в установлении контактов, заниженная самооценка, недоверие к людям. Пациенты воспитывались в условиях гиперопеки со стороны родителей, авторитарности, отличались незрелостью суждений, некоторым инфантилизмом (возраст всех больных до 24 лет), категоричностью.

У всех больных выявлена выраженная алекситимия, показатели которой существенно не изменились при проведении повторного определения в фазе интермиссии, по окончании курса лечения: средний балл выраженности алекситимии в подгруппе: до начала лечения – 18,6, в интермиссии – 15,8.

Вторичная регрессирующая алекситимия выявлена у 10 больных: 7 – с депрессивным эпизодом умеренной тяжести; 3 – с тяжелыми (7 больных – первичные, 3 – в рамках рекуррентного депрессивного расстройства). У всех пациентов отсутствовали коммуни-

кативные проблемы, личностные и социально-психологические черты, определяющие изучаемый феномен. Весь комплекс черт речевого поведения, свойственного алекситимии, появился у пациентов с манифестацией депрессивного эпизода и, практически, полностью устранился в интермиссии. Средние показатели выраженности алекситимии в подгруппе: до лечения – 21,5; в интермиссии – 6,25 (алекситимия отсутствует).

Вторичная прогрессирующая алекситимия выявлена у двух больных с неблагоприятным течением рекуррентного депрессивного расстройства, короткими некачественными интермиссиями, нарастанием патохарактерологических черт. Обе пациентки (46 и 54 лет) наблюдались и велись нами в течение 3-х лет. Болезненные расстройства отличались терапевтической резистентностью, несмотря на непрерывную поддерживающую терапию и 3-4-х кратные ежегодные стационарирования, что привело к инвалидизации больных. До болезни у пациенток, также как и в предыдущей подгруппе, отсутствовали черты и особенности, предрасполагающие к алекситимии. Показатели выраженности алекситимии у данных больных прогрессировали: 3 года назад, в период первой госпитализации средний балл алекситимии составил 18,5, год назад – 21,75, в ходе проведения настоящего исследования – 24,25. Выраженность алекситимии в данной подгруппе коррелировала с выраженной дезадаптацией пациенток, наличием высокого суицидального риска, создавала значительные трудности в проведении реабилитационных мероприятий в связи с необходимостью специализированных терапевтических коммуникативных стратегий, ориентирующихся как на понимание и учет алекситимического поведенческого стиля, эгоцентризма и погруженности в болезнь данных пациентов, так и на их коррекцию и устранение. Именно подобных пациентов врачи разных специальностей традиционно относят к группе “трудных больных”.

Следует подчеркнуть, что у пациентов с алекситимией, в сравнении с другими больными аффективной патологией отмечалось более медленное формирование внутренней картины болезни, часто последняя носила соматоцентрированный характер, позднее формировались адекватные отношения к болезненным расстройствам и качественные терапевтические отношения. Все это затрудняло проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, замедляло наступление качественной интермиссии в среднем на 3 недели

(при прочих равных условиях). Исходя из сказанного, нам представляется совершенно необходимым диагностирование алекситимии и проведение специализированной психотерапевтической и коррекционной работы по ее устранению. Проводимая нами “анти-алекситимическая” программа включала в себя органичное соединение комплексной психофармакотерапии со следующими лечебно-реабилитационными мероприятиями:

- рациональная терапия, направленная на разъяснения данного феномена и разбор отдельных его составляющих как компонентов речевого поведения;

- личностно-реконструктивная психотерапия, с созданием психосемантического пространства, характеризующего эмоциональную жизнь в тесной взаимосвязи с другими аспектами жизнедеятельности; лексическое наполнение указанного пространства;

- обучение языку невербальной экспрессии и импрессии;

- групповая терапия в ключе коммуникативных тренингов и Роджерсовских групп;

- телесно-ориентированная психотерапия;

- музыкотерапия и терапия творческим самовыражением.

Подробное описание и результаты данной программы нами не приводятся, так как это не входит в задачи настоящего исследования. Однако, неоспорим тот факт, что глубинное понимание проблемы алекситимии и комплексный подход к ней были бы невозможны вне рамок концепции речевого поведения и изучения отдельных его аспектов в их единстве.

Таким образом, обобщая особенности психосемантики больных с аффективными расстройствами, можно выделить следующие моменты:

1. Вербальная семантика больных в целом сохранна, однако, отражает деформированное восприятие себя и окружающего мира за счет доминирования болезненных субъективных семантик, определяющихся ведущим психопатологическим синдромом (депрессивным или маниакальным), наличием и содержанием психотических расстройств.

2. Болезненные изменения психосемантических пространств носят обратимый характер и прогрессирующе убывают по мере становления интермиссии.

3. Изучение индивидуально-психологических преморбидных особенностей необходимо включать в комплексную диагностику

для выявления отдельных клинических аспектов, в первую очередь, социально- опасных действий.

4. Феномен алекситимии воплощает в себе как индивидуальные коммуникативные характеристики больного, так и модифицирующее влияние на речевое поведение аффективной (депрессивной) патологии и, в то же время, оказывает влияния на течение болезненного процесса; его изучение имеет важное диагностическое и прогностическое значение.

6.4. Просодические особенности

Паралингвистические особенности речи больных с аффективными расстройствами определяются, также как и другие компоненты речевого поведения данной группы, характером расстройства, ведущим психопатологическим синдромом и этапом динамики состояния на момент психодиагностического интервью.

Патогномоничными для аффективных расстройств являются депрессивный и маниакальный просодический синдромы. Для депрессивного просодического синдрома характерно снижение темпа речи и громкости, преобладание низкочастотных составляющих тембра, мелодичность речи, большое количество пауз средних и длительных, заполняемых продолжительными вдохами, плачем. Звучание речи продолжительное, с интенсификацией гласных звуков. Выражен аффективный тип интонации. Для маниакального синдрома характерно существенное увеличение темпа и громкости речи, резкие их изменения. Речь прерывиста, паузы практически отсутствуют, что делает речь не разборчивой; характерны нарушения дикции. Интонационные характеристики определяются контекстом переживаний.

Наличие в структуре аффективного эпизода психотических расстройств вносит дополнительный вклад в просодическую картину, вытекающий из ведущих аффектов и особенностей психопатологических расстройств.

Указанные просодические характеристики выражены максимально, начиная с манифестации расстройства и плавно уменьшаются по мере становления интермиссии. При этом, ведущие в просодике эпизода расстройства, постепенно сменяются на астенический просодический синдром, с последующим восстановлением паралингвистики речи в норме, однако, этот процесс нормализации

несколько (в среднем на 2 недели) отстает от динамики клинических характеристик. Таким образом, полная редукция просодики аффективных расстройств является, на наш взгляд, надежным критерием достижения пациентом состояния интермиссии.

Исследование компьютерных аудиограмм при данной патологии помогает уточнять следующие моменты: выразительные акценты в слове или фразе; динамику и смену ведущих модальностей; уровень, интенсивность и характер эмоционального наполнения фразы; характер субъективного отношения пациента к своему общению; количественные характеристики и их динамику в зависимости от контекста высказывания.

Для депрессивного синдрома аудиографически характерен плавный мелодичный интонационный контур, гармоничная динамика основных просодических параметров, преобладание низкочастотных тонов, сниженный темп и основной тон, выраженные паузы, акцентуация гласных звуков.

При тревожном синдроме аудиографически отмечается рваный интонационный контур, выраженная амплитудно-частотная динамика во времени, нарушение мелодичности, за счет прерывистости, большого количества высокочастотных обертонов; резкие изменения основных параметров в широком диапазоне, интенсификация согласных, яркая фразовая акцентуация.

Маниакальный синдром характеризуется прерывистым интонационным контуром, высокой амплитудно-временной динамикой основных показателей, ускоренным темпом речи и, в большинстве случаев, повышенным тоном, выразительной экспрессией.

Количественные данные динамики основных просодических характеристик (темпа речи и основного тона), а также особенности пауз при аффективных расстройствах настроения представлены в табл.6.2.

Как видно из таблицы, показатели динамики основных просодических параметров при депрессивных расстройствах существенно (и достоверно) ниже, чем при маниакальных состояниях. При этом показатели динамики при депрессивных расстройствах ниже контрольной группы, и сопоставимы с динамикой острых психотических расстройств (группа F2); динамика при маниакальных состояниях выше нормы и сопоставима с показателями группы органических непсихотических расстройств.

Таблица 6.2 Динамика просодических характеристик больных с аффективными расстройствами

Исследуемая группа	Средние показатели динамики в 1 мин.		Среднее количество пауз в 1 минуту				
	основного тона	темпа	короткие	средние	длинные	сверхдлинные	всего
Депрессивные расстройства (45 больных)	0,81± 0,03*	0,87± 0,05*	7,07* 29,2%	8,49 35%	6,6* 27,2%	2,07* 8,6%	24,23 100%
Маниакальные расстройства (5 больных)	1,39± 0,07	1,71± 0,06	19,78 86,2%	3,1 13,5%	0,04 0,3%	0	22,96 100%

Примечание: * - достоверность отличий от группы здоровых взрослых по t-критерию Стьюдента при $p \leq 0,01$.

Существенно отличается и характеристика пауз в указанных подгруппах. Общее количество пауз при депрессивных состояниях больше, чем при маниакальных и сопоставимо с показателями контрольной группы. Однако, характер распределения пауз по продолжительности существенно отличается как от нормы, так и от других обследуемых групп больных большим количеством длинных (27,2%) и сверхдлинных пауз (8,6%), при невысоком проценте коротких (29,2%) пауз. При маниакальных состояниях преобладают короткие паузы (86,2%), длинные и сверхдлинные – практически отсутствуют. Указанные особенности подчеркивают особенности когнитивной деятельности при аффективной патологии и, в первую очередь, темп мышления.

Как видно из таблицы, динамика основного тона и темп речи при депрессивных аффективных расстройствах имеет диагностическую значимость (достоверность различий с контрольными группами).

Таким образом, изучение особенностей просодической сопоставляющей речевого поведения при аффективных расстройствах позволяет выделить следующие моменты:

1. Просодическая семантика соответствует сущности психопатологических расстройств, дополняя и уточняя семантику ведущего

психопатологического синдрома субъективными смыслами и эмоциональным отношением к предмету сообщения.

2. Просодические характеристики отражают активность и направленность когнитивных процессов пациента, позволяют верифицировать степень выраженности психопатологических расстройств, уточнять этап, на котором находится симптоматика на момент клинического интервьюирования, выделять наиболее значимые для пациента аспекты болезненных переживаний, с учетом диссимуляции, как глубины расстройства, так и клинически важных феноменов, например, суицидальных переживаний.

3. Изучение динамики основных просодических характеристик при аффективных расстройствах настроения имеют весомую диагностическую и дифференциально-диагностическую значимость в силу яркости и специфичности интонационных характеристик.

6.5. Психолингвистические особенности

Анализ речевых ошибок больных с аффективными расстройствами интересен с точки зрения уточнения гипотез, выдвинутых в предыдущих разделах, в частности о большой роли субъективных семантик, передающихся невербальными аспектами речевого поведения. Характеристика речевых ошибок в данной группе представлены в табл. 6.3.

Отметим, что при изучении психолингвистических особенностей, мы рассматривали всю группу в целом, так как полярность аффектов не имеет принципиального влияния на особенности речепорождения.

Как видно из таблицы, общее количество речевых ошибок при аффективной патологии существенно ниже, чем в других группах больных и сопоставимо с общим количеством ошибок в контрольной группе взрослых. Охарактеризуем отдельные виды речевых ошибок в исследуемой группе.

Общее количество оговорок (0,64) – самое низкое среди всех исследуемых групп, что обусловлено снижением когнитивной активности и замедлением темпа протекания психических процессов, так как подавляющее количество больных – с депрессивными расстройствами. Самый большой удельный вес среди оговорок занимает опущение (0,29), что подчеркивает наибольшую вероятность их возникновения на высоте тревожных проявлений, при резких

изменениях темпа речи. У больных с маниакальными расстройствами оговорки возникают на фоне значительного ускорения темпа речи.

Количество исправлений (0,37) сопоставимо с показателями в группе острых психотических расстройств рубрики F2 и органическими психотическими расстройствами. Исправления покрывают значительную часть оговорок, что говорит о сохранности функции контроля за речью.

Таблица 6.3 Характеристика речевых ошибок больных с аффективными расстройствами

Виды речевых ошибок	Среднее количество речевых ошибок в 1 мин.
1. Оговорки:	
- подстановка;	0,04*
- перестановка;	0,14*
- опущение;	0,29
- добавление;	0,03*
- замещение;	0,14
Всего	0,64
2. Коррекция	0,37*
3. Фальстарт	0,19
4. Повторы:	
- звуков и слогов;	0,21*
- слов и словосочетаний;	0,29*
Всего	0,5*
5. Нарушения дикции:	
- дислексия;	0,11*
- дисфразия;	0,09*
- диспрозодия;	0,05*
Всего	0,25*
6. Паузы без семантико-синтаксического обоснования.	0,14*
Итого	2,09*

Примечание: * - достоверность отличий от группы здоровых взрослых по t-критерию Стьюдента при $p \leq 0,01$.

Низкое количество фальстартов (0,19) указывает на низкий темп мышления, при котором пациентам удается справиться с конкурирующими тенденциями и мотивами. Фальстарты свидетельствуют о высоком уровне тревоги и субъективно значимых моментах,

помогают выявлять наиболее значимые и «ключевые» фрагменты переживаний.

Количество повторов (0,5) – самое низкое по сравнению с другими группами, при этом количество повторов звуков и слогов сопоставимо с повторами слов и словосочетаний. Повторы звуков и слогов связаны с IV уровнем речепорождения и объясняются наличием тревожных расстройств, создающих помехи. Повторы слов и словосочетаний, в отличие от двух предыдущих групп, связаны с первыми двумя уровнями речепорождения и объясняются не специфическими изменениями в системе речевого синтаксирования, а влиянием на эту систему общих изменений когнитивной активности.

Нарушения дикции выражены незначительно (0,25), и хотя превышают показатели здоровых лиц, но значительно ниже, чем в других обследованных группах. Нарушения дикции обусловлены аффективными факторами, в первую очередь, тревогой.

Количество «пустых» пауз также ниже, чем в других группах, что подчеркивает семантическую сохранность речевого поведения. Паузы без семантико-синтаксического обоснования возникают, как правило, ближе к концу психодиагностического интервью на фоне выраженной астении, истощаемости способности к концентрации внимания и недостаточной мотивации к конструктивному терапевтическому диалогу.

Таким образом, изучение речевых ошибок больных с аффективными расстройствами позволяет выделить следующие наиболее характерные психолингвистические черты данной группы:

1. Синтаксические структуры порождения речи при аффективной патологии характеризуются функционально-семантической сохранностью.
2. На работу системы речепорождения наиболее существенное влияние оказывают следующие факторы:

- полярность расстройства, создающая энергетический дефицит в обеспечении нормального функционирования синтаксических структур (при депрессивных расстройствах), либо энергетический дисбаланс (при маниакальных состояниях);

- выраженные аффекты и, в первую очередь, тревожные расстройства, создают своеобразные помехи в работе системы, проявляющиеся оговорками (опущение), нарушениями дикции, исправлениями и фальстартами.

3. Изучение речевых ошибок позволяет более углубленно изучать субъективные семантики сообщения больного, уточнять «ключевые» моменты болезненных переживаний, диссимуляцию, феномен алекситимии.

6.6. Семантико-синтаксические особенности

Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных с аффективными расстройствами приведены нами в табл. 6.4.

Представим описание и интерпретацию средних значений семантико-синтаксических и психолингвистических показателей больных исследуемой группы, в сопоставлении с показателями контрольных групп, для выявления наиболее характерных диагностических особенностей.

Информативная плотность текста достоверно ниже показателей здоровых взрослых, и в то же время, несколько выше, чем у здоровых детей. Данное снижение характеризует снижение когнитивной активности больных с депрессиями, описанное нами в предыдущих разделах. В то же время, показатель остается выше, чем у больных с органическими психическими расстройствами и больных группы F2.

Для показателя количества сложных предложений справедливо все отмеченное выше для показателя информативности, за исключением того, что он ниже, чем у здоровых детей и в группе острых шизофреноподобных расстройств. Уменьшение количества сложных предложений в тексте говорит о некотором функциональном упрощении.

Количество составных предикатов и их неполная реализация несколько ниже в данной группе, чем у здоровых взрослых, однако достоверно выше, чем у здоровых детей, а также по сравнению со всеми уже описанными группами больных, за исключением острых расстройств рубрики F2.

Таблица 6.4 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели больных с аффективными расстройствами

Исследуемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	50	1,48100	1,15000	2,4000
S1	50	25,35250	10,0000	43,7000
PR/S	50	6,97075	0,00000	25,0000
PR/N	50	2,99575	0,00000	8,1000
S/S	50	46,94250	10,5000	90,0000
S/M	50	53,30750	10,0000	89,5000
S/PR	50	0,53300	0,35000	0,7500
N	50	1,46100	1,14000	1,7400
N-I	50	0,01900	0,90000	0,2300
SSP	50	94,46750	85,0000	100,0000
SSD	50	1,00250	0,00000	5,0000
INV	50	3,19375	0,00000	15,0000
KT	50	2,81350	1,31000	8,2000
ИД	50	1,28900	0,00000	8,6200

Соотношение субъектов и предикатов достоверно ниже контрольной группы детей и подростков, несколько ниже здоровых взрослых и выше по сравнению со всеми другими группами, причем различия носят достоверный характер при сопоставлении с дементными больными и больными группы F2. Это обстоятельство объясняется некоторым увеличением общего количества субъектов, при сохранности предикативного состава.

Новизна текста, равно как и разница: новизна-информативность, достоверно ниже в сравнении с контрольной группой взрослых, несколько ниже острых расстройств рубрик F2, несколько выше здоровых детей и достоверно выше органических психических расстройств и больных шизофренией с дефицитарными расстройствами.

Показатель семантико-семантической полноты (94,46%) отражает сохранность вербальной семантики речевого поведения, сопоставимую с данными контрольной группы.

Семантико-синтаксическая диссоциация (1%) выражена незначительно и отражает тематические соскальзывания на высоте тревоги, либо при значительном ускорении мышления (вплоть до скачки идей) при маниакальных состояниях.

Количество предложений с синтаксической инверсией (3,19%) несколько выше, чем у здоровых взрослых и достоверно больше, чем в контрольной группе детей.

Коэффициент Трейгера в данной группе (2,81) достоверно выше, чем у здоровых взрослых, что связано как с некоторым увеличением количества предикатов, так и, главным образом, уменьшением количества прилагательных в связи с феноменом алекситимии. Данный коэффициент достоверно ниже, чем у здоровых детей и существенно отличается от всех других групп больных, главным образом, за счет выраженной предикативности последних. Индекс директивности (1,29) выше, чем в норме, причем по сравнению с детьми – достоверно, и отражает увеличение когнитивной активности по переработке болезненных переживаний, не достигающую, однако, таковой при психотических расстройствах различного генеза. То есть, величина данного показателя в клинике психических расстройств отражает интенсивность и выраженность продуктивных расстройств, степень вовлеченности в них личности больного и напряженность аффектов.

Таким образом, изучение семантико-синтаксических особенностей больных с аффективными расстройствами позволяет выделить следующие особенности вербальной семантики речевого поведения в данной группе:

1) Вербальная семантика характеризуется структурно-функциональной сохранностью, на которую оказывает модифицирующее влияние изменение темпа психических процессов и когнитивной активности, а также особенности болезненных переживаний.

2) Большую роль при данной патологии играют субъективные семантики, что находит свое выражение в семантико-синтаксических показателях (количество субъектов как общее, так и выраженных местоимениями, отношение субъектов к предикатам, особенности предикативного состава и психолингвистические индексы).

6.7. Семантико-прагматические особенности

Коммуникативный прагматизм больных с аффективными расстройствами определялся рядом клинических факторов:

1) Давность болезненного расстройства, наличие в анамнезе аффективных эпизодов.

Пациенты с впервые возникшими аффективными расстройствами на ранних этапах склонны рационализировать и психологизировать болезненную симптоматику. Ввиду отсутствия, в своем большинстве, элементарных знаний о данной патологии, пациенты не обращаются за психиатрической помощью и, если консультируются, то, как правило, у врачей-интернистов. Коммуникативные стратегии таких пациентов отличаются непоследовательностью; больные, одолеваемые сомнениями, склонны частично диссимилировать тяжесть симптоматики.

Наличие в анамнезе аффективных эпизодов, клинически очерченных и длительных, способствует более быстрому формированию внутренней картины болезни и адекватного к ней отношения, и поэтому, больные гораздо легче включаются в терапевтические отношения. В случае, если пациенты уже получали психиатрическую помощь, особенно при позитивных результатах терапии и создании благоприятных стереотипов в отношениях с лечащим врачом, коммуникативные задачи последнего существенно облегчаются.

2) Полярность аффектов болезненного расстройства.

Коммуникация в системе: врач – больной с маниакальными расстройствами отличаются от общения с депрессивными пациентами более сложными задачами в плане выбора оптимальных стратегий, что объясняется значительно меньшей критичностью к заболеванию, часто встречающейся непоследовательностью, неадекватностью в стратегиях больных, что связано как с особенностями клинической картины (ускоренность ассоциативного процесса, рассеянность внимания, склонность к аффективным и агрессивным вспышкам, особенно при гневливой мании, эгоцентризмом), так и негативной реакцией больных на саму госпитализацию, что вызывает протест и конфронтацию в отношениях, особенно на ранних этапах лечения.

3) Клиническая тяжесть расстройства.

С возрастанием глубины аффективных расстройств коммуникация с пациентами значительно усложняется ввиду погружения больных в свои переживания, амотивационностью, ангедонизмом и т.п. (при депрессиях), либо неадекватностью поведения и невозможностью продуктивного контакта (при маниях). Прагматическая направленность врача психиатра в таких ситуациях – поддерживающе-сочувствующая по форме и патерналистская по содержанию.

4) Наличие психотических расстройств.

При включенности в психопатологическую структуру психотических расстройств их влияние на прагматику коммуникации зависит от содержания, соответствия ведущим аффектам, уровня диссимуляции. Коммуникативные стратегии при психотических расстройствах подробно описаны нами в предыдущих двух разделах.

5) Наличие и выраженность алекситимии.

Влияние феномена алекситимии и коммуникативно-терапевтические стратегии приведены нами при описании психо-семантических характеристик группы.

Следует особо подчеркнуть взаимный характер влияния коммуникативных стратегий врача и пациента. Изучение и анализ характера его динамики является надежным подспорьем в определении правильности врачебной коммуникативной тактики и очень ярко подчеркивает все погрешности и ошибки.

Изучение соотношения различных типов речевых актов в речевом поведении больных группы представляет интерес как своего рода индикатор качества терапевтических отношений: чем шире спектр использования различных типов речевых актов, тем более доверительными являются коммуникативные взаимодействия в системе врач – больной, более глубоко и всесторонне пациент раскрывает свой внутренний мир. При этом следует отметить, что преобладающее значение как по частоте, так и по функциональной нагрузке принадлежит экспрессивам, что, собственно, для данной патологии представляется вполне естественным и закономерным.

Структура речевых актов при аффективных расстройствах описывается следующими вариантами, в зависимости от клинических особенностей больных:

1) Ослабленное иллюкутивно-перлюкутивное соотношение соответствия.

Данный вариант наиболее типичен для депрессивных расстройств и обусловлен ангедонизмом, коммуникативным гипопрагматизмом, замедлением когнитивной активности и сокрытием степени тяжести болезненных переживаний.

2) Нормальное или усиленное иллюкутивно-перлюкутивное соответствие.

Этот вариант характерен для тех контекстов беседы, в которых пациенты полно излагают аффективно насыщенные болезненные

переживания в рамках коммуникативных стратегий апелляции к помощи или агонистических тенденций.

3) Иллокутивно-перлокутивная диссоциация.

Данный вариант структуры речевых актов характерен для тяжелых аффективных эпизодов с погруженностью в болезненные переживания, выраженных расстройств мышления по темпу (скачка идей при маниакальных расстройствах) и по структуре, а также при наличии в клинической картине расстройства психотических переживаний. Иллокутивно-перлокутивная диссоциация встречается фрагментарно, что отличает аффективную патологию от психических расстройств рубрики F2.

Сопоставляя семантико-прагматические особенности речевого поведения больных с аффективными расстройствами с особенностями других обследованных групп больных становится очевидной их дифференциально-диагностическая значимость.

Обобщая семантико-прагматические особенности больных с аффективной патологией, следует остановиться на следующих моментах:

1. Особенности коммуникативно-прагматической активности больных и характеристики типов и структуры речевых актов определяются клиническими чертами психического расстройства, особенностями его течения, синдромальной картиной, личностными особенностями пациентов.

2. Семантико-прагматические характеристики пациентов отражают изменения темпа и направленности когнитивной активности, особенности мотиваций и волевой сферы, находятся в тесной связи с полярностью аффектов, характером психопатологических переживаний.

3. Важной дифференциально-диагностической характеристикой речевого поведения больных с аффективными расстройствами является структурно-функциональная сохранность как речевых актов, так и взаимодействий разномодальных семантик.

Представляем клинически пример особенностей речевого поведения больных данной группы.

Клинический пример

Больная С., 1980 г.р.

Диагноз: Биполярное аффективное расстройство. Текущий маниакальный эпизод с психотическими расстройствами соответствующими аффекту (эротоманический бред).

Из анамнеза: Родилась первым ребенком в семье служащих. Наследственность отягощена алкоголизмом отца, в связи с чем, родители развелись и с 5 лет воспитывалась матерью. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Росла и развивалась без особенностей. Перенесла детские инфекции, простудные заболевания. Мenses с 14 лет, регулярные, беременностей не было. По характеру с детства была эмоциональной, склонной к частой смене настроения, активной, общительной, вспыльчивой. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, отдавала предпочтение гуманитарным предметам, активно участвовала в общественных делах школы, имела много друзей и подруг. По окончании 11 классов поступила в педагогический институт, в настоящее время студентка 3-го курса. С возраста 15 лет становятся отчетливыми циклотимические колебания настроения: 3-4 раза в году, без видимых причин или в связи с психологическими факторами, отмечались эпизоды по 1-3 недели когда становилась вялой, подавленной, сонливой, снижался аппетит, жаловалась на головные боли, была плаксивой или, наоборот, чрезмерно деятельной, говорливой, мало спала, вовлекалась активно в дворовые компании, употребляла в умеренных количествах алкоголь, стала членом неформальной молодежной организации, занимающейся ролевыми играми («Толкиенисты»). В один из таких гипоманиакальных эпизодов в марте 1999 года была изнасилована неизвестными, возвращаясь поздно вечером домой. Тяжело переживала случившееся, две ночи не спала, была тревожной, плакала. В последующем развился эпизод адинамической депрессии, когда в течение шести недель никуда не выходила из дома, целыми днями лежала в постели, была подавленной, печальной, отмечался сниженный аппетит, суицидальные мысли. Считала себя виновной в случившемся, в связи с чем пыталась совершить суицидальную попытку – отравление медикаментами, однако, мать вовремя предотвратила эти действия. За медицинской помощью не обращалась, так как мать больной расценивала ее состояние как реакцию на массивную психотравму. В дальнейшем состояние больной самопроизвольно нормализовалось, она вернулась к учебе, сдала задол-

женности, и успешно окончила курс и до сентября 1999 г. чувствовала себя хорошо. С середины сентября постепенно нарастают астено-субдепрессивные расстройства, которые сохранялись на легком уровне в течение трех месяцев, а затем самопроизвольно редуцируются. Больная ощущала вялость и подавленность, с учебой справлялась, хотя занималась с гораздо меньшим интересом, отдавая предпочтение изучению психологии. Пытаясь разобраться в своем состоянии С. завела дневник, который содержит описание ее изменившегося мироощущения, когнитивные расстройства депрессивного регистра, банальные декадентски-пессимистические рассуждения с элементами нарциссизма, и такое же творчество в виде стихотворений и эссе, обобщающих опыт и переживания последних месяцев. С января по май 2000 года отмечается период интермиссии, после чего постепенно развивается клиника маниакального эпизода. Пациентка становится активной, многоречивой, отмечается повышенное настроение, становится чрезмерно общительной, затевает много различных дел, но ни одного не доводит до конца. Спит по 4-5 часов в сутки, заявляя при этом, что чувствует себя «прекрасно». Алкоголизируется в компании сверстников, легко вступает в случайные половые связи, подводя под это псевдофилософские теории о сексе «как лучшем способе познания себя и мира», «эффективности поиска своей половинки», «накоплении мудрости и опыта». Поздно возвращается домой, конфликтует с матерью, в ответ на ее замечания, бывала грубой, брутально заявляя, что это у матери «не в порядке с головой». Повышенное, в связи с явными поведенческими расстройствами, внимание к себе со стороны преподавателя психологии, в течение последних месяцев, трактует как намек на ее сексуальную привлекательность, в связи с чем начинает всячески привлекать к себе его: стремится общаться во внеурочное время, под предлогом консультирования по предмету и обсуждения особенностей своей личности, делает прозрачные намеки о возможности и совершенной для нее необходимости интимной близости, звонит преподавателю домой в любое время суток, приходит к нему на квартиру, устраивая скандалы. После того, как больная в очередной раз не ночевала дома, ее мать решила обратиться за психиатрической помощью и больная была госпитализирована в КРКПБ №1, где находилась с 12.08 по 10.09.2000г.

Психическое состояние: ориентирована всесторонне, сознание не помрачено. Охотно вступает в контакт, многоречива, речь уско-

рена, имеет тенденцию к монологичности. Гиперактивна, не может усидеть на месте, бурно жестикулирует. Фон настроения повышен, мимика гипердинамичная, часто, неадекватно контексту сообщения, смеется. Несколько возбуждена, экспансивна, эйфорична, шутит, в то же время легко раздражается, при несогласии с ее мнением. Яркий вызывающий макияж с множеством украшений, отражающих принадлежность к ряду молодежных неформальных течений. Охотно и демонстративно говорит на сексуальные темы, кокетлива, стремится сократить дистанцию в общении. Мышление ускоренное, легко перескакивает с одной темы на другую, в рассуждениях, обосновывающих свое поведение и изменившиеся взгляды на жизнь, выявляются элементы резонерства. Внимание отвлеченное. Подводит специальную теорию под свою сексуальную расторможенность. Заявляет о том, что преподаватель психологии влюблен в нее, о чем сообщил косвенно намеками, взглядами и жестами, считает, что для нее данная связь совершенно необходима, чтобы разобраться в своих проблемах и понять, что-то важное. Данные переживания коррекции не поддаются, в их презентации и обосновании больная выявляет ряд элементов паралогического мышления. К своему состоянию критика крайне формальная. Память не нарушена, интеллект соответствует возрасту и образованию. В суждениях облегчена, заявляет, что ей нравится «эпатировать публику». Демонстрирует свой дневник с записями радостных и шуточных стихов, склонна к самоиронии. В отделении общительна, доброжелательна, легко устанавливает дружеские отношения с больными, заявляя, что ей здесь интересно, и это для нее полезный опыт. В общении с матерью гневлива, раздражительна, оспаривает наиболее неприятные для нее сведения, старается их скрыть.

Показатель по шкале оценки мании по Янгу на момент госпитализации составил 27 баллов.

Сомато-неврологический статус: пикнического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 94 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Всестороннее клиническое, неврологическое, параклинические и лабораторные исследования патологических изменений не выявило. Заключение психолога: на момент осмотра выявляется значительное ус-

корение протекания психических процессов, облегченное возникновение ассоциаций; отвлекаемое внимание. Выявляются элементы непоследовательности суждений и умозаключений, паралогические конструкции; высокий уровень притязаний и завышенная самооценка, нестабильность эмоционально-волевой сферы.

В ходе терапии (азалептин, тизерцин, контемнол, карбамазепины) состояние больной улучшилось: настроение выровнялось, стала упорядоченной, спокойной, болезненные идеи дезактуализировались, появилось критическое отношение к ним и неправильному поведению, формируется критическое отношение к болезни. Выписана в состоянии становления интермиссии, назначены препараты лития для поддерживающей терапии.

Катамнестическое наблюдение проводилось нами в течение года, ежемесячно производилось контрольное определение уровня лития в плазме. В течение 2,5 месяцев у больной отмечалась интермиссия. Затем развился легкий депрессивный эпизод, продолжительностью 2,5 недели, плавно перешедший в маниакальное состояние, с клиникой, аналогичной первому стационарированию, в связи с чем пациентка в течение 3-х недель проходила повторное лечение. После выписки больная продолжала учебу. В последующем отмечались периодические биполярные колебания настроения субклинического уровня в течение 1-2 недель на фоне регулярного приема поддерживающей терапии.

Таким образом, у пациентки с циклотимическим преморбидом в позднем пубертате развивается биполярное аффективное расстройство с частой сменой фаз и короткими интермиссиями. Настоящая госпитализация с маниакальным эпизодом, на высоте которого развились психотические расстройства (эротоманический бред), соответствующие по содержанию полярности аффекта.

Приводим описание особенностей речевого поведения больной С.

Кинесический аспект.

Для позного канала вербальной семантики больной характерна высокая динамика как в положении сидя, так и отдельные переходы в положении стоя и передвижения по ординаторской. В положении сидя преобладали различные модификации откинувшейся позы, сосредоточенности и наездника, стоя – фараона. Характерна демонстрация нижней половины тела, частые движения ног – сведение и

разведение, закидывание ноги на ногу, различные скрещивающие движения, при откинувшей кзади голове и развернутых плечах. Динамика по каналу позы в положении сидя – $0,84 \pm 0,05$; с учетом перемены положения тела (вставание, ходьба) – $1,61 \pm 0,09$.

Мимические характеристики полно и ярко отражают преобладающие переживания: наиболее часто регистрируются комплексы: радости, улыбки, интереса, гнева, удовольствия. Динамика по каналу мимики составила $1,43 \pm 0,04$.

Жестовый канал представлен следующими, наиболее часто регистрируемыми, комплексами: акцент, обращение, демонстрации, отстранения. Показатель динамики довольно высок – $0,94 \pm 0,07$.

Приводим фрагмент речи больной с описанием динамики кинесических характеристик, иллюстрирующих взаимосвязь вербальной и кинесической семантик.

Перед началом ниже приведенного фрагмента больная сидит, откинувшись на спинку стула, голова слегка опущена, руки скрещены в кистях на паховой области, ноги несколько раздвинуты. Мимика улыбки.

«Мама считает, что я веду себя безнравственно (откидывание головы кзади, перемещение одной руки на живот, другая – жест отстранения), разложение личности (покачивание головой, мимика отвращения). Она устраивает мне (мимика гнева) скандалы по этому поводу (скрещивание ног в коленях, наклон туловища вперед). А я ей говорю (кисти рук сжимаются в кулак, конвульсия плеч), прошу, чтоб вела себя потише, спокойнее (жест-акцент), а с ее стороны это вызывает раздражение и злость, напряженное состояние (мимика улыбки, туловище кзади, демонстрация груди). А я знаю, что не утратила контроля над собой, просто бывают периоды, когда невозможно обрести постоянство в интимных отношениях (смех, жест-акцент). А она говорит, что я ненормальная (мимика улыбки, наклон головы), любая моя ошибка вызывает обвинения в моей ненормальности (улыбка с переходом в мимику отстранения, выразительный жест акцент)».

Психосемантические особенности.

Отражение объективного мира в сознании больной деформировано в отдельных психосемантических пространствах, что связано с двумя обстоятельствами: 1) изменением психического компонента самосознания в рамках маниакальных когнитивных расстройств; 2)

существованием болезненных идей эротоманического характера, гипертрофией психосемантического поля, несущего в себе символику сексуальности и нарушением взаимосвязей между отдельными психосемантическими пространствами, доминированием экспансивного сексуального поведения.

На момент психодиагностического интервью болезненная симптоматика выражена максимально, критическое отношение к ней отсутствует и поэтому существуют лишь отдельные, разрозненные фрагменты внутренней картины болезни. Ведущие механизмы психологической защиты проекция, символизация, рационализация, отрицание.

Просодические особенности.

Паралингвистические характеристики речи больной определяются просодикой маниакального синдрома. Темп речи ускорен, временами значительно, достигая 180-200 слов в минуту и изменения его носят резкий характер в диапазоне, в среднем 130-170 слов в минуту. Громкость речи в нормальных пределах с незначительной динамикой в узком диапазоне. Характерно преобладание высокочастотных формант. Паузы выражены незначительно, главным образом короткие. Ввиду значительного ускорения темпа речи и насыщенностью речи аффектами, ее звучания носит временами неразборчивый и слитный характер, с «проглатыванием» окончаний слов, нарушением дикции в виде дисфонемии и дислексии. Паузы заполняются вдохами и выдохами, смехом с вокализацией. На высоте аффектов интенсифицируются согласные звуки. Интонации носят аффективный выразительный характер, однако, из-за повышенного темпа речи, интонационные особенности сглаживаются, речь утрачивает мелодичность, а временами, разборчивость. Ведущие модальности отражают маниакальный аффект, раздражение, «очарованность» своим состоянием.

Психотические расстройства в структуре маниакального расстройства в данном случае не оказывают существенного влияния на просодическую картину речи больной, по причине выраженности маниакальных признаков.

Приводим данные, отражающие динамику основных просодических характеристик, и особенности распределения пауз: динамика основного тона – $1,30 \pm 0,03$; динамика темпа речи – $1,74 \pm 0,05$;

среднее количество пауз: короткие – 18,24; средние – 3,85; длинные – 0,47; сверхдлинные – 0; всего – 22,58.

Психолингвистические особенности.

Приводим характеристику речевых ошибок больной:
1.Оговорки: подстановка – 0,1; перестановка – 0,15; опущение – 0,41; добавление – 0,02; замещение – 0,09. Всего – 0,77.
2.Коррекция – 0,30. 3.Фальстарт – 0,08. 4.Повторы: звуков и слогов – 0,09; слов и словосочетаний – 0,11. Всего – 0,2.

5.Нарушения дикции: дислексия – 0,33; дисфразия – 0,23; диспрозодия – 0,17; Всего – 0,73. 6.Паузы без семантико-синтаксического обоснования – 0. Итого – 2,08.

Общее количество речевых ошибок соответствует групповым. Однако, существует ряд особенностей, отличающих маниакальные расстройства от депрессивных. Приводим их:

1) Более высокое значение показателя оговорок. При этом виды оговорок выражены примерно одинаково, за исключением малого количества добавлений, что обусловлено высоким темпом речи.

2) Количество коррекций и фальстартов ниже, что отражает высокую когнитивную активность, речевую экспансию, при отсутствии конкуренции мотивов и диссимуляции, а также, снижение речевого самоконтроля.

3) Количество повторов ниже, что объясняется всеми выше перечисленными причинами. Повторы звуков и слогов функционально обеспечивают коррекцию оговорок, а повторы слов и их сочетаний – подчеркивают ключевые переживания.

4) Нарушения дикции более выражены, главным образом за счет дислексии и дисфразии, что объясняется работой фонационно-артикуляционного аппарата на скоростном пределе.

5) Паузы без семантико-синтаксической обоснованности отсутствуют.

Семантико-синтаксические особенности.

Приводим семантико-синтаксические и психолингвистические показатели речи больной:

I – 1,87; S1 – 43,7%; PR/S1 – 10%; PR/n – 2,5%; S/s – 42,9%; S/m – 57,1%; S/PR = 0,53; N – 1,64; N – I = 0,23; SSP = 97,8%; SSD = 1,1%; Inv – 6,25; КТ – 1,58; ИД – 3,17.

Подчеркнем ряд особенностей, характерных больной и отражающих наиболее типичные черты, при маниакальных расстройствах:

- более выраженная функциональная сложность речи, что проявляется высокими показателями информативной плотности, количества сложных предложений, семантико-синтаксической полноты;
- высокая семантическая насыщенность (более высокие значения информативности текста и разницы: $N - I$);
- сложный предикативный состав, тенденция к полипредикативности;
- эгоцентризм речи (высокое значение индекса субъектов – местоимений);
- напряженность работы системы речепроизводства, ее работа «на грани» поломок, что сопровождается высоким показателем инверсивности и семантико-синтаксической диссоциации;
- высокое значение индекса директивности, что отражает экспансивность переживаний, маниакальный аффект.

Низкое значение коэффициента Трейгера объясняется высокой эмотивностью речи – большим количеством прилагательных.

Семантико-прагматические особенности.

Коммуникативные установки больной в общении с врачом отличаются высоким прагматизмом, складывающемся из следующих компонентов:

- гедонистического – получение удовольствия от самого процесса общения, в котором пациентка усматривает некий эротический компонент;
- самооправдательного – объяснение, рационализация своего поведения, демонстрация способности отстаивать свои права и даже пойти ради этого на жертвы – госпитализацию;
- поискового – попытки найти новые впечатления, ощущения; разобраться в отдельных аспектах своего состояния.

Указанные коммуникативные стратегии больной воплощаются в дискурсе непоследовательно, а иногда и противоречиво, что объясняется маниакальным аффектом и психотическими переживаниями, презентуемыми в «смягченном» варианте. Исходя из всех клинических и речевых особенностей больной, нами была выбрана

коммуникативная стратегия, базирующаяся на экспертных позициях, уважении и жестком дистанцировании.

В речи больной различные типы речевых актов встречаются примерно одинаково, независимо от контекста. Ключевые фрагменты переживаний презентуются посредством директивов и декларативов.

Структурно речевые акты описываются вариантами усиленного и ослабленного иллокутивно-перлокутивного соотношения, а также отдельными фрагментами иллокутивно-перлокутивной диссоциации – в контексте описания психотических расстройств и рационализации своего неправильного поведения. Взаимодействие разно-модальных семантик осуществляется в рамках, конкурирующих тенденций, подчиненного дополнения и семантико-синтаксической диссоциации (приведены в порядке убывания частоты встречаемости).

Таким образом, вышеприведенные особенности речевого поведения больной С., являются типичными для маниакальных расстройств и отражают их значимые клинические психопатологические и феноменологические черты.

6.8. Этнический аспект комплексной диагностики речевого поведения

В предыдущих разделах нами продемонстрировано влияние на особенности речевого поведения клинико-психопатологических характеристик психических расстройств, индивидуальных личностных черт, выражающихся, в том числе в специфике мышления и коммуникативного арсенала пациента. На речевое поведение оказывают влияние также и социальные и, в первую очередь, этнически-культуральные факторы.

Остановимся подробнее на последних, сравнивая особенности речевого поведения основной группы больных, принадлежащих к славянской языковой группе (русские и украинцы). С особенностями 30 больных крымско-татарской национальности (тюркская языковая группа). Из 30 обследованных больных (22 мужчины и 8 женщин) 16 – страдали шизофренией, 6 – аффективными расстройствами и 8 – органическими поражениями головного мозга.

Одним из наиболее существенных факторов в данной группе является языковой. Как известно, язык является исторически сло-

жившейся совокупностью средств и форм общения определенной этнической группы, и поэтому, отражает в себе национальные характеристики коммуникативной активности, специфику когнитивной деятельности в норме и при психической патологии, влияние культуральных и религиозных особенностей на внутреннюю картину болезни, самосознание и субъективную картину мира.

Представим наиболее общие и яркие особенности данной этнической группы, вне зависимости от принадлежности к той или иной диагностической рубрике психических расстройств.

Клинически данные пациенты отличаются более выраженным полиморфизмом динамики психопатологических расстройств, яркой аффективной патологией. Психотические расстройства довольно часто характеризуются острым началом, протеканием с нарушением сознания. Аффективная патология в большинстве случаев коморбидна с шизофреноподобными расстройствами и характеризуется склонностью к затяжному течению.

Важной особенностью речевого поведения данных пациентов является принадлежность их к билингвалам – субъектам, в равной степени владеющих родным (крымско-татарским) и русским языками. В ходе исследования нами сопоставлялись отдельные аспекты речевого поведения пациентов при общении в ходе психодиагностического интервью (на русском языке) и коммуникаций на родном языке с персоналом и врачами крымско-татарской национальности. При этом, обращали на себя внимание следующие моменты:

- 1) Владение свободно вторым (русским) языком повышало адаптивные возможности пациентов. Так, например, изложение сущности психотических переживаний на русском языке отличалось более высокой структурно-функциональной сохранностью, меньшей выраженностью формальных расстройств мышления (более низкий показатель семантико-синтаксической диссоциации), чем та же информация, презентуемая на родном языке. Феномен билингвальности способствовал более успешному и быстрому формированию внутренней картины болезни и элементов критики (на русском языке), компенсации ряда когнитивных функций при органическом поражении головного мозга. И, в то же время, при дементирующих заболеваниях речевое поведение на русском языке, в первую очередь, и более быстрыми темпами подвергалось семантической регрессии и структурно-функциональному распаду

как более позднее онтогенетически и вторичное, с позиций филогенетического развития.

2) Кинесический канал коммуникации играет у лиц крымско-татарской национальности более значимую роль в передаче информации, особенно жестовый и позный компоненты, при меньшей динамике мимики.

3) Просодические характеристики имеют специфичность, обусловленную, в первую очередь, биологическими предпосылками артикуляционно-фонологического характера.

4) Проникновение в субъективные семантики болезненных переживаний, правильная оценка коммуникативной прагматики требуют всестороннего изучения культурологических, этнических особенностей, традиций, учета религиозной специфики.

Таким образом, в комплексной оценке речевого поведения важен учет социальных факторов, в частности, принадлежность пациента к языковой группе и его родной язык.

6.9. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения больных с аффективными расстройствами

В ходе настоящего исследования выделены особенности речевого поведения аффективных расстройств настроения в зависимости от полярности аффективной фазы. При депрессивных и маниакальных расстройствах кинесические и просодические семантики несут полярно-отличающиеся патогномоничные характеристики основных параметров, а динамика их основных маркеров достоверно различна. Основные психосемантические характеристики, прагматическая направленность коммуникативной активности, психолингвистические индексы находятся на разных полюсах клинического континуума.

Синдромальные характеристики аффективных расстройств находят свое воплощение в речевом поведении специфичностью просодики, кинесических маркерах, психосемантике и семантико-синтаксических показателях. Психотические расстройства, даже не являясь ведущим синдромом в клинике аффективных расстройств, оказывают существенное влияние на все аспекты речевого поведения.

Изучение речевого поведения на разных этапах аффективного расстройства, оценка его степени тяжести и динамики в ходе терапии позволяют объективизировать особенности течения, что продемонстрировано нами на примере изучения динамики выраженности вторичности алекситемии. Изучение динамики особенности речевого поведения позволяет оценивать качество интермиссии, объективизировать время ее становления, что имеет практическую значимость в оптимизации терапевтической тактики.

На речевое поведение оказывает влияние возраст пациентов. Так, у больных аффективными расстройствами старше 50 лет отмечались признаки микроорганического поражения головного мозга, выражающиеся наличием отдельных органических стигм в кинесических и просодических маркерах, семантико-синтаксических коэффициентах.

Таким образом, установленные корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения, достоверность различий ($p < 0,05$) с контрольной группой позволяют представить наиболее общее и значимое характеристики речевого поведения в качестве дополнительных исследовательских и диагностических критериев аффективных расстройств настроения.

Дополнительные исследовательские и диагностические критерии аффективных расстройств *(по данным комплексной диагностики речевого поведения)*

Речевое поведение при аффективных расстройствах настроения характеризуется усилением или ослаблением нормальных взаимоотношений разномодальных семантик, полярность которых определяется аффективной фазой. Содержание семантик отражает характер изменений когнитивной активности и ведущий психопатологический синдром.

• Кинесическая семантика:

- а) при депрессивных расстройствах динамика основных кинесических показателей снижается $p \leq 0,01$, при маниакальных – существенно возрастает, особенно по каналам мимики и жеста;
- б) содержание семантик кинесики при депрессивных расстройствах определяется статично-субмиссивными характеристиками, при маниакальных – экспансивно-агонистическими. Помимо этого кинес-

сическая семантика дополняет и уточняет содержание вербальной семантики.

- Просодическая семантика.

- динамика основных просодических характеристик согласована с полярностью аффективной фазы: усиливается при маниакальных и ослабевает при депрессивных расстройствах ($p \leq 0,01$);
- содержание семантики определяется сущностью болезненных переживаний, воплощенной в описанных основных просодических синдромах.

- Вербальная семантика.

- психосемантические особенности:
 - а) широкий спектр колебаний коммуникативной активности, в зависимости от полярности аффективной фазы;
 - б) деформация субъективными болезненными семантиками относительно сохранной субъективной картины окружающего мира и самосознания;
 - в) широкий спектр психологических защитных механизмов, зависящих от ведущего психопатологического синдрома и преморбидных личностных особенностей;
 - г) выраженность различных вариантов феномена алекситимии, отражающего особенности течения депрессивных расстройств;
- психолингвистические особенности:
 - а) невысокое количество речевых ошибок отражает сохранность системы речепорождения, а их равная выраженность указывает на функциональный характер изменений в условиях дисбаланса энергетического обеспечения;
 - б) преобладание оговорок указывает на важность учета значений субъективных семантик болезненных переживаний; и связанных с ними аффектов;
 - в) величина психолингвистических коэффициентов пропорциональна интенсивности аффектов, активности когнитивных структур и адаптивных механизмов;
- семантико-синтаксические особенности:
 - а) структурно-функциональная и смысловая сохранность текста;
 - б) выраженный субъектный состав предложения, с преобладанием местоимений.
- семантико-прагматические особенности:
 - а) прагматическая активность зависит от полярности ведущего аффекта;

б) структура речевых актов определяется усилением или ослаблением иллюкутивно-перлокутивных взаимоотношений; на высоте аффектов возможен диссоциативный характер взаимоотношений, отражающий формальные расстройства мышления.

И, в заключение раздела, приводим наиболее общие и специфические особенности речевого поведения у больных с аффективными расстройствами:

1) Речевое поведение при аффективной патологии характеризуется структурно-функциональной сохранностью как самих разно-модальных семантик, так и системы взаимодействий их друг с другом.

2) Разномодальные семантики речевого поведения отражают сложную систему взаимодействия с объективным миром болезненно изменившегося самосознания, характер которых зависит от полярности аффектов, особенностей течения болезненного расстройства, наличия психотических расстройств и преморбидных личностных особенностей.

3) Аффективным расстройствам настроения характерны обратимые специфические расстройства когнитивной активности на фоне дисбаланса энергетического обеспечения речевого поведения, что отражается во всех аспектах последнего и непосредственно зависит от полярности аффективной фазы и степени тяжести клинической симптоматики.

4) Изучение различных аспектов речевого поведения в их совокупности и взаимосвязи позволяет уточнять содержание субъективных семантик пациента, детализировать характеристики и сущность как отдельных клинических феноменов, так и индивидуально-психологические характеристики больных.

5) Особенности речевого поведения зависят от социальных факторов, в частности, от этнически-культуральных и языковых характеристик пациента.

РАЗДЕЛ VII

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

7.1. Клинические характеристики группы

Исследование речевого поведения у детей, как в норме, так и при психической патологии представляет значимый, в свете методологии настоящей работы, интерес, так как позволяет проследить *онтогенетическое его развитие*. Выбор невротических расстройств как модели для изучения патологии речевого поведения в детском и подростковом возрасте не случаен. В отличие от уже описанных в предыдущих разделах психических расстройств (органической, аффективной и эндогенной патологии), при невротических расстройствах патологическая динамика речевого поведения носит функциональный (всегда обратимый) характер и эти изменения характеризуются структурно более высоким уровнем как самих семантик, так и их взаимодействий. Эти изменения аналогичны динамике речевого поведения у взрослых при невротических расстройствах, однако, важно проследить, насколько функционально незрелая система речепорождения и речевого поведения в целом, справляется с высокими нагрузками по отражению патологических семантик и в каких формах они выражаются.

Нами обследовано 50 детей и подростков с невротическими расстройствами: по 25 мальчиков и девочек. Средний возраст группы – $11,6 \pm 3,07$ лет. По диагностическим категориям рубрики F₄ пациенты распределились следующим образом: тревожно-фобические расстройства – 9 больных (6 мальчиков и 3 девочки); генерализованное тревожное расстройство – 5 (3 и 2); смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 11 (7 и 4); обсессивно-компульсивное расстройство – 5 (3 и 2); конверсивно-диссоциативное расстройство – 6 (1 и 5); ипохондрическое расстройство – 6 (2 и 4); неврастения – 8 (3 и 5). Для исследования специально отобраны дети с теми формами невротической патологии, которые довольно распространены и в клинике взрослых пациентов. В то же время, следует отметить ряд клинических особенностей невротических расстройств, характерных для детского возраста.

Невротические расстройства у детей и подростков гораздо раньше приводили к выраженной дезадаптации, чем у взрослых. Поскольку длительность невротических расстройств к моменту госпитализации является косвенным показателем адаптационных способностей пациента и все больные поступили на лечение на стадии выраженных клинических проявлений, целесообразно сравнить указанные параметры у детей и взрослых. Средняя давность заболевания в обследуемой группе составила $2,25\text{мес.}\pm 2\text{нед.}$ Проанализировав давность заболевания 50 взрослых, поступивших к нам на лечение в отделение неврозов Крымской республиканской клинической психиатрической больницы №1, мы получили – $4,75\pm 1,42$ мес.

Ведущими психогенетическими факторами в формировании невротических расстройств являлись психотравмирующие и конфликтные ситуации в сфере семейных и школьных отношений (дети до 12 лет) и личностные проблемы пубертатного периода (старше 12 лет).

Клинические проявления невротических расстройств тяготели к полиморфизму с выраженностью аффективных расстройств, неразвернутостью и нестойкостью высокоспецифичных и дифференцированных синдромов: ипохондрического, обсессивно-компульсивного. Отмечались выраженные соматоформные проявления и яркие вегетативные астенические расстройства, что часто вело к соматоцентрической и фобической внутренней картине болезни.

На позитивную динамику невротических расстройств в данной группе устранение психотравмирующих факторов и разрешение конфликтных ситуаций влияло более выражено и быстро, чем у взрослых, но в то же время, полноценная реадaptация происходила медленнее и при значительных терапевтически-реабилитационных усилиях. Следует отметить, что в клинических особенностях расстройств и их динамике с увеличением возраста больных (старше 14) наблюдалось их приближение к клиническим характеристикам взрослых.

И, в заключение раздела, следует отметить одну, из наиболее ярко отражающихся в речевом поведении детей и подростков с невротическими расстройствами, особенность – значительные сложности осмысления, интерпретации и вербализации болезненных изменений, происходящих в связи с психическим расстрой-

ством. Для упрощения этой проблемы и увеличения объективности данных, получаемых при изучении речевого поведения, нами внесен ряд изменений в структуру психодиагностического интервью для детей. Психодиагностическое интервьюирование, проводимое после клинической беседы с больными, включало в себя аспекты, описанные нами в разделе 2, но изучался всего один контекст – презентация пациентом своих сновидений как наиболее яркого феномена, отражающего и клинические аспекты расстройства, и глубинные субъективные семантики, и творческие процессы на фоне невротических конфликтов. Исследование проводилось в утренние часы и изучению подвергался монологический рассказ пациента об увиденном предшествующей ночью сновидении (сновидениях). В подтверждении возможности оценивать клиническую динамику невротических расстройств по динамике психосемантики сновидений, у 10 пациентов нами изучались эти аспекты путем повторных интервью, презентующих сновидения через 3 недели комплексного лечения. Эти результаты приводятся нами в соответствующем разделе (см. р.б.3.).

7.2. Кинесические особенности

Как уже отмечалось нами ранее, кинесический компонент речевого поведения является самым ранним филогенетически и его становление в онтогенезе представляет интерес с позиций изучения взаимозависимости и взаимосвязей с другими семантиками и, в первую очередь, вербальной. Изучение кинесики здоровых детей указывает на следующие ее особенности в сравнении со взрослыми: более выраженную динамику по каналам мимики и поз; меньшую семантическую дифференцированность кинесических показателей и менее широкий диапазон отражаемых эмоциональных состояний; наличие прямо пропорциональной зависимости между количественными показателями кинесики и аффективной насыщенностью, субъективной значимостью сообщаемой информации; значительно менее выраженный самоконтроль за кинесическими проявлениями.

Кинесические особенности детей и подростков с невротическими расстройствами определялись следующими факторами:

а) Возраст.

Исходя из явных отличий в особенностях речевого поведения (которые, впрочем, не подвергались специальным исследованиям, в силу своей очевидности и иных целей настоящей работы) данная группа была разделена на 3 возрастных категории:

- 6-9 лет (включительно) – 13 больных (8 мальчиков и 5 девочек);

- 10-13 лет – 25 больных (11 и 14 соответственно);

- 14-17 лет – 12 (по 6 больных).

В указанных возрастных категориях отмечалась тенденция к уменьшению признаков кинесики характерных для детей, и у пациентов старше 14 лет наблюдались особенности, количественно и качественно не отличающиеся от таковых у взрослых.

б) Тип невротического расстройства и ведущий психопатологический синдром.

Для детей и подростков с невротическими расстройствами (как и для взрослых больных невротиками) характерны более яркие и выраженные, в сравнении с другими исследуемыми группами больных, различия количественных и качественных показателей кинесики в зависимости от синдромальных характеристик клинической картины, преобладающих аффектов и этапа болезненного расстройства, в сопоставимых временных интервалах.

Приводим наиболее общие, для детей и подростков с невротическими расстройствами, кинесические характеристики.

Канал позы отличался довольно высоким, сопоставимым с показателями контрольной группы детей, динамизмом и разнообразием характеристик. В отличие от взрослых больных, смена поз и их динамика в меньшей степени отражали семантику контекста, а главным образом, подчеркивали эмоциональную насыщенность переживаний в целом, являясь своего рода маркером общего энергетического фона, чутко выявляющего астено-субдепрессивные и тревожно-фобические состояния, как некие полосы уровня специфической энергии действия. В целом по группе преобладали следующие позы: кучера (0,28), откинувшаяся (0,27), сосредоточенности (0,25), фараона (0,17), заключенного (0,14), эмбриона (0,1). Следует подчеркнуть невысокий процент показателей по всем каналам, указывающим на агонистически-агрессивные поведенческие тенденции, их редуцированный характер, что указывает на быстрое истощение адаптационно-компенсаторных механизмов и психологических защит.

Мимический канал отличается большим разнообразием и высоким динамизмом показателей, тонко отображающих эмоциональную сферу и субъективные семантики переживаний пациентов. Преобладали следующие мимические комплексы: задумчивость (0,37), интерес (0,32), страдание (0,22), внимание (0,22), страх (0,17), улыбка (0,16), напряженность (0,12). Следует подчеркнуть, что в контексте улыбки отмечались самые разнообразные ее варианты, отражающие внутреннее состояние пациента (см. раздел 4), а комплексы внимания и напряженности отмечались, главным образом, на пике аффективного напряжения и в начале психодиагностического интервью. В группе отмечено большое количество мимических стереотипий в виде невротических тиков (0,18) с широким спектром клинических проявлений, преимущественно в верхней половине лица (моргание, зажмуривание глаз как с одной, так и с двух сторон и т.п.).

Жестовый канал отличается большим разнообразием и имеет тенденцию к увеличению в кинесической семантике, в сравнении со здоровыми детьми, что компенсируется несколько меньшей долей позного канала (см. табл.7.1). Преобладали следующие жесты: акцент (0,45), обращения (0,21), задумчивости (0,22), смущения (0,13), латентной тревоги (0,13). Большое количество комплексов, указывающих на аутогруминг (0,27), манипулирование предметами, одеждой и частями тела (0,37), яктации (0,09), указывают на невысокую специфичность кинесики, эгоцентризм, депривационно-дезадаптивные компоненты болезненного состояния, уход в свои переживания, нарциссические тенденции.

Приводим количественные показатели кинесической динамики больных детей с невротическими расстройствами в сопоставлении с данными контрольных групп, представленные в табл. 7.1.

В таблице находят свое отражение все вышеописанные тенденции и особенности группы: высокая динамика показателей во времени; увеличение влияния жестового канала, за счет уменьшения позного, при доминирующем значении мимических характеристик.

Таблица 7.1 Показатели динамики кинесических характеристик детей и подростков с невротическими расстройствами в сопоставлении с контрольной группой

Исследуемая группа	Динамика кинесических комплексов в 1 мин. по каналам		
	мимика абс.ед. %	поза абс.ед. %	жест абс.ед. %
Невротические расстройства	1,63±0,09 49,4%	0,71±0,08 21,5%	0,96±0,1 29,1%
Контрольная группа детей и подростков	1,34±0,05 51%	0,69±0,09 26,2%	0,6±0,08 22,8%
Контрольная группа взрослых	1,21±0,09 49,4%	0,51±0,06 20,8%	0,73±0,07 29,8%

Таким образом, суммируя полученные результаты, можно выделить следующие особенности кинесической составляющей речевого поведения детей с невротическими расстройствами:

1) Кинесическая семантика речевого поведения отражает специфические особенности невротических расстройств и возрастные характеристики группы, воплощающие в себе эволюционирование взаимодействия вербальных и невербальных компонентов коммуникации.

2) Собственно для невротических расстройств свойственны следующие кинесические характеристики: широкий спектр и высокий динамизм кинесических показателей по всем каналам; преобладающее влияние семантики мимического канала, полно и тонко отражающего как особенности клинической картины расстройства, так и субъективные аспекты переживаний пациентов.

Указанные особенности отражают широкий спектр аффективных расстройств, высокую субъективную значимость болезненных переживаний, их функциональный характер и усложнение кинесической семантики.

3) *Онтогенез речевого поведения* проявляется у больных данной группы следующими чертами: меньшей семантической дифференцированностью кинесических показателей и их связей с вербальным компонентом, особенно по жестовому каналу; менее выраженным самоконтролем за кинесическими проявлениями; функциональной незрелостью кинесики, меньшими компенсаторно-адаптационными ее способностями, что проявляется в увеличении

количества регрессивных признаков (стереотипии, яктация, аутогруппинг).

По мере увеличения возраста больных группы отмечалось существенное уменьшение вышеуказанных признаков.

7.3. Психосемантические особенности

В группе детей с невротическими расстройствами, как и у здоровых детей, объектом психосемантического изучения являлся текст, презентующий сновидение, зафиксированное обследуемым в ночь, накануне психодиагностического интервью. Данное обстоятельство позволяет существенно увеличить объем получаемой информации о психосемантике вербального компонента речевого поведения. Для ее исследования нами применен психоаналитический подход.

При психоанализе сновидений мы опирались на интерпретацию символов, исходя из контекста и семантик следующих кругов: биологического, культурологического, психологического, интерперсонального и психоаналитического. Собственно психоаналитический подход к символам сновидений заключался в гибком, творческом и индивидуализированном выборе из существующих вариантов интерпретаций, прежде всего юнгианского и ортодоксального.

Все символы в исследуемых сновидениях мы разделили на 7 больших групп:

Отражение реальных событий, в т.ч. психотравмирующего характера.

Отражение желаний и фантазий, в т.ч. связанных с конфликтами (интрапсихическими и межперсональными).

Воплощение психодинамических процессов личностного роста.

Сновидения инициационного характера.

Символика, отражающая глубинные личностные конфликты и классические комплексы.

Символика, описывающая архетипы.

Символика, воплощающая переживания сексуального характера.

Диагностически значимым является характер распределения символики указанных групп по изучаемым категориям.

В первой группе представлена символика, отражающая реальные события, имевшие место у субъектов в различные временные промежутки до дня сновидения. В группе невротиков она встреча-

ется в 20% сновидений, у здоровых – в 42%. При этом, у здоровых – в сновидении представлены события, имевшие место в ближайшем прошлом (дни, недели), и в сновидении они занимают центральное смысловое положение. Для невротиков указанная символика всегда является второстепенной, играет вспомогательную семантическую роль и отражает события различной давности (от нескольких дней до нескольких лет).

Вторая группа символов – отражение желаний и фантазий наиболее представлена в группе исследуемых до 12 лет, и встречается в 16% сновидений невротиков и в 50% - у здоровых. И если в возрастной группе до 10 лет наблюдаются непосредственные осуществления желаний и довольно прозрачные цели фантазирования, то по мере увеличения возраста дрімера (12 и более лет) эти процессы протекают завуалировано и закодировано.

Третья группа, наиболее выраженная у всех исследуемых, - отражение психодинамики личностного роста встречается в 62% сновидений невротиков и 66% здоровых. Ее выраженность в сновидениях увеличивается с возрастом исследуемых, что отражает процессы экзистенциального, психофизиологического и социального характера.

В отдельную группу выделена символика, названная нами инициационной – ряд сложных ритуализированных символических процессов, отражающий достижение сновидящим принципиально иного уровня самоосознания как результата интрапсихической динамики и перехода на качественно более высокий способ функционирования в социуме. Как правило, указанные сновидения аффективно насыщены, полярны и интимно связаны с ведущими личностными конфликтами. Поэтому понятна их большая выраженность в группе невротиков – 22% (здоровые – 8%). Указанные сновидения встречаются, главным образом, после 12 лет в обеих группах.

Символика архетипического характера встречается в сновидениях при невротических расстройствах чаще (48%), чем у здоровых (22%). При этом важно подчеркнуть, что архетипы Эго, Тень, Анимма / Анимус встречаются одинаково часто, вне зависимости от возраста. До 12 лет чаще встречаются архетипы семейного (Мать, Отец, Великая - Ужасная Мать) и героического (Герой, Злодей); после 12 - Самость, архетипы юношеского (Принцесса, Юноша, Бродяга) и магического (Ведьма, Мудрец, Трикстер) круга.

Наиболее представлена в сновидениях невротиков символика, отражающая классические комплексы и глубинные конфликты (86%) (здоровые – 18%). При этом в группе здоровых, главным образом представлены классические психоаналитические комплексы (Эдипов/Электры, кастрационный и т.п.). Глубинные конфликты, находящие отражения в сновидениях при невротических расстройствах, проливают свет на психогенез как отдельных симптомов, так и расстройства в целом. Их изучение является чрезвычайно важным для построения реабилитационных программ, выбора конкретных психотерапевтических методик.

Седьмая группа символов связана с переживаниями сексуального характера, ее представленность прямо пропорциональна возрасту сновидцев. Данная символика наблюдалась у 46% невротиков и у 30% здоровых.

Приводим пример сновидения при невротическом расстройстве, с краткой интерпретацией.

Сновидение 1. Больной В., 9 лет. Диагноз: тревожно-фобическое расстройство.

“Ну, мне приснился сон, что я стою, и вдруг пришел ко мне ВИД. [Имеется в виду маска, являющаяся заставкой одноименной телекомпании]. Я его не узнал. Он какой-то был совершенно как человек-китаец. Ну, я тогда... Он мне рассказал историю. Скорей всего он включил телевизор и я его увидел. Не его скорей всего, а это - историю. Началось все в древнем Китае, примерно... в третьем... году до нашей эры. Там жил был такой монах Дянь Цзё, это, который он и есть сам. Этот... царь решил всех монахов перебить. Но монах чудом спасся. И он каким-то образом убежал в Монголию. Там он взял оружие (кстати, им нельзя было оружие иметь, но ему пришлось нарушить закон) и пришел в замок, чтобы мстить. Он... всю армию перебил и короля тоже. А потом он встал на трон. Осталось два человека, которые против него были. И эти два человека не любили его. Он завел себе лягушку, и они отбили у нее одну лапу - она стала трехлапая лягушка ... Он просто... там он один раз вышел на балкон... Он стал носить эту лягушку на голове. Потом он один раз вышел на балкон и его пристрелили. То есть, не пристрелили, а... зарезали саблей. И ему поставили памятник... в исторический музей. И... памятник выглядел, что...щуриты глаза вверх, нос... он такой был белый, улыбался, ля-

гушка на голове. Потом Видовцы пришли перерисовали его очень не так. Они перерисовали: у него были щуритые глаза, нос, не улыбающийся рот, брови и вместо лягушки - шишка”.

Данное сновидение чрезвычайно интересно как с точки зрения ортодоксального Фрейдовского подхода (Эдипов и кастрационный комплексы), так и с позиций юнгианского анализа (архетипы Героя, Персона) и китайской мифологии. Главная действующая фигура сновидения пациента, наводящая ужас в сознательной жизни, и с которой он себя идентифицирует подсознательно – ВИД – маска – заставка телекомпании и в то же время “как человек” – китаец-монах – Дянь Цзё. Интересно имя монаха с точки зрения китайской мифологии, где Дянь-Му – богиня молнии (дянь цзе – нечто соотносимое, но мужского пола). В то же время весьма созвучно этому имя Цань-дзе – четырехглазый культурный герой, создавший письменность [297]. И если молния символизирует высшие духовные силы, возмездие и наказание, то четырехглазость подчеркивает важность увиденного в возникновении конфликта три года назад – “в третьем году до нашей эры”. И поэтому, не случайно в музейной маске, которую “перерисовали... очень не так” “глаза щуритые”. Не случайно китаец появился и рассказывает историю, включив телевизор – это подчеркивает навязанную негативную программу, сопротивление внутренним тенденциям. Далее следует история монаха, представляющая одновременное воплощение архетипа героя и Эдипова комплекса: “царь” (отец) “решил всех монахов перебить” (начало развертывания кастрационных переживаний). Но монах “убежал в Монголию” (регрессию). “Там он взял оружие” (осознал генитальность) “что запрещалось” (Эдипов комплекс). “Вернулся... всю армию перебил и короля тоже... встал на трон”. Два человека, которые не любили” – подчеркивание амбивалентности и противоречивости отношения к происходящему, отражение конфликта с родителями, отдавшими, после развода, В. на воспитание деду и бабушке. Интересна трехлапая лягушка на голове. Согласно китайской мифологии “Хуайнань-цзы” в лунарных мифах трехлапая жаба воплощала луну (солнце – трехлапый ворон). Считалось, что жаба воплощает светлое начало – янь, а белый заяц, живущий на луне и, толкущий в ступе снадобье бессмертия – темное начало – инь [297, 333]. То, что монаха “зарезали саблей” на балконе символизирует кастрацию и поэтому у маски “не улыбающийся рот и вместо лягушки – шишка”. Памятник и маска символизируют

утрату Самости в связи с глубинными невротическими конфликтами, что и является источником психопатологической симптоматики у пациента.

Изучение сновидений в динамике невротического расстройства, осуществленное у 10 больных позволяет определять позитивные изменения, прогнозировать время наступления выздоровления, выявлять существующие препятствия для благоприятного протекания болезненного процесса и т.п.

Психосемантическими признаками, отражающими позитивную динамику болезненного процесса, являлись следующие: тенденции к структурно-функциональному упрощению текста сновидений; снижение как аффективной насыщенности, так и негативных эмоций, в частности; большее количество завершенных сновидений; преобладание символики, указывающей на психодинамику личности; смена регрессивных типов психологических защит (регресс, репрессия, отрицание, идентификация) более адаптивными (символизация, сублимация, рационализация); уменьшение сновиденческой активности, более позитивное восприятие сновидений, виртуального мира и собственной роли в них; редукция аффективных и вегетативных расстройств сопровождающих сновидения.

Таким образом, по мере выхода из невротического состояния, сновидения больных детей по своим феноменологическим и психоаналитическим характеристикам имеют тенденцию сближения с таковыми у здоровых детей.

Внутренняя картина болезни при невротических расстройствах определялась, в первую очередь, типом невротического расстройства преморбидными личностными особенностями. У 30 пациентов выявлен психоцентрический тип: 17 – фобический (генерализованные тревожные расстройства, фобические) и 13 – депрессивный (обсессивно-компульсивные расстройства и неврастения). У 20 больных – соматоцентрированный тип внутренней картины болезни: 12 – фобический (ипохондрические расстройства и конверсивно-диссоциативные) и 8 – депрессивный (конверсивно-диссоциативные и обсессивно-компульсивные расстройства). Сравнивая полученные результаты с нашими аналогичными исследованиями взрослых больных невротическими расстройствами следует отметить несколько большую склонность к соматизации у детей и подростков при сопоставимых типах форм патологии (40% в срав-

нении с 28%), что отражает особенности самосознания детей, в котором превалирует физический компонент.

Сравнительное изучение психосемантических особенностей сновидений детей и подростков с невротическими расстройствами и здоровых детей позволяет выделить следующие значимые особенности вербальной семантики речевого поведения при данной патологии:

1. При невротических расстройствах у детей и подростков отмечается обратимое структурно-функциональное усложнение вербальной семантики речевого поведения, отражающее и характеризующее ведущие личностные конфликты, широкий спектр аффективных расстройств и напряженное функционирование адаптивно-компенсаторных и психологических защитных механизмов.

2. Изучение сновидений в динамике невротического расстройства позволяет получать как клинико-феноменологические характеристики болезненного процесса, так и проникать в глубинные психодинамические личностные процессы, что является фактором, определяющим направленность и успешность терапевтических стратегий, имеет неоспоримое диагностическое и прогностическое значение.

3. Изучение особенностей сновидений позволяет выявить специфичные для детского и подросткового возраста характеристики невротических расстройств: выраженность символики, отражающей психодинамические личностные процессы; - широкий спектр используемых психологических защитных механизмов, их незрелость и несостоятельность в решении адаптивно-компенсаторных задач, что проявляется напряженностью функционирования, частой сменой, сочетанием регрессивных и высокодифференцированных форм; выраженность аффективных расстройств, эгоцентризм, более быстрое наступление дезадаптации, соматизация внутренней картины болезни.

7.4. Просодические особенности

Паралингвистические характеристики речи обследуемых больных определялись ведущим психопатологическим синдромом и формой невротического расстройства. Приводим описание просодических особенностей конверсивно-диссоциативного синдрома, являющегося патогномичным для невротической патологии.

Конверсивно-диссоциативный синдром

Темп речи варьирует в широком диапазоне, при этом возможны как плавные, так и резкие его изменения, в зависимости от аффективной насыщенности описываемых переживаний. Основной тон (громкость речи) в своих характеристиках и динамике, как правило, согласован с темпом. Преобладают высокочастотные составляющие тембра, при ускорении темпа и на высоте аффектов характерно появление большого количества различных дополнительных обертонов, нарушающих мелодичность. Паузы, преимущественно, короткие; средние и длинные паузы почти всегда несут важную семантическую нагрузку, маркируя ключевые символы и значимые переживания. На высоте аффективной насыщенности переживаний возможно нарушение дикции в виде дисфонемии и дисфразии, нечленораздельное и слитное звучание речи, большое количество нечленораздельных звуков и звуков без словесного оформления, междометий, смеха и, чаще, плача, с различной степенью вокализации, заполняющих паузы. В заполнении пауз при данном синдроме ведущую роль играют два специфических феномена, ярко проявляющихся именно у детей:

- *феномен дыхательной дизритмии* – тахипноэ, с резко изменяющимися, нерегулярными промежутками между вздохами и выдохами, различной продолжительностью дыхательного цикла;

- *феномен глоточного сжатия* – акт дыхания и фонация при сомкнутых и напряженных голосовых связках, сопровождаемые особым акустическим феноменом (гортанное придыхание, скрипуче-стонущее) как при вдохе (чаще), так и при выдохе.

Интонационные характеристики синдрома отличаются выраженным динамизмом и разнообразием, отражающим широкий спектр ведущих модальностей и аффективную насыщенность с выразительными акцентами.

Определенный отпечаток на просодические характеристики накладывали возрастные особенности пациентов, выраженные, преимущественно у детей до 12 лет. Они определялись следующими чертами: редуцированные элементы дислалии и дисфонемии, особенно, при высокой аффективной насыщенности и ускоренном темпе речи; интенсификация и растягивание гласных; «проглатывание» согласных и окончаний слов; выраженная мелодичность (певучесть) речи; выразительное интонирование и акцентирование субъективно значимых слов и словосочетаний; стремление запол-

нять паузы нечленораздельными звуками (а-а; э-э; м-м), звуками без словесного оформления (стереотипное сопение и покашливания, выражающие затруднение осмысления и воспроизводства материала сновидения); ринолалия.

Указанные особенности отражают функциональную незрелость системы речепроизводства и речепорождения, отчетливо проявляющиеся в условиях повышенных к ним требований, в связи с необходимостью внутренней переработки и воспроизведения информации, содержащей невротические конфликты и болезненные переживания в целом.

Приводим количественные характеристики основных просодических показателей и особенностей распределения пауз детей и подростков с невротическими расстройствами в сопоставлении с контрольной группой (табл.7.2).

Как видно из таблицы, динамика темпа речи и громкости при невротических расстройствах у детей и подростков в значительной степени превышает аналогичные показатели контрольной группы, что отражает высокую семантическую и аффективную насыщенность болезненных переживаний, их функциональную сложность.

Таблица 7.2 Сравнительная характеристика динамики основных просодических показателей и особенностей пауз здоровых детей и подростков с невротическими расстройствами

Исследуемая группа	Показатели динамики в 1 мин.		Среднее количество пауз в 1 мин. абс. и %				
	основного тона	темпа речи	короткие	средние	длинные	сверхдлинные	всего
Невротические расстройства	2,69± 0,1**	2,47± 0,09**	19,23* 73,8%	4,7* 18,9%	1,66 6,7%	0,13* 0,6%	25,72 100%
Здоровые	1,29± 0,05	1,34± 0,07	17,78 70,8%	5,17 20,6%	1,73 6,9%	0,42 1,7%	25,1 100%

Примечание: * - достоверность различий по t-критерию Стьюдента при $p \leq 0,05$; ** - при $p \leq 0,001$;

При определении достоверности различий динамики основных просодических показателей речи детей с невротическими расстройствами с контрольными группами по t-критерию Стьюдента получены положительные результаты по всем показателям, что подтверждает их диагностическую значимость ($p < 0,001$).

Сопоставляя паузы у здоровых детей и подростков с невротическими расстройствами, следует отметить несколько большее общее количество пауз у больных детей (25,72 в сравнении с 25,1). При этом при невротических расстройствах большее количество коротких пауз (73,8% и 70,8% от общего количества пауз) и меньшее количество всех остальных как в абсолютном, так и в процентном соотношении.

Обобщая наиболее характерные особенности просодической семантики речевого поведения детей и подростков с невротическими расстройствами, можно отметить следующие основные черты:

1. Просодические характеристики отражают высокую семантическую насыщенность невротических расстройств, им свойственен широкий диапазон и выраженный динамизм основных показателей, воплощающих в себе аффективно насыщенные и субъективно значимые болезненные переживания.

2. Невротические расстройства способствуют выявлению функциональной незрелости просодической составляющей речевого поведения, что проявляется наличием ряда регрессивных элементов на фоне значительного усложнения просодического рисунка высказывания.

3. Изучение просодических особенностей представляет интерес как для уточнения субъективных семантик болезненных переживаний, так и для проникновения в биологическую сущность ряда клинически значимых феноменов.

7.5. Психолингвистические особенности

Проанализируем речевые ошибки детей с невротическими расстройствами в сопоставлении с контрольной группой, представленные в табл. 7.3.

Общее количество речевых ошибок при невротических расстройствах является довольно высоким (5,92) и превышает как показатели контрольной группы (4,87), так и многих других исследуемых групп, за исключением дементных и острых психотических

расстройств. Количество оговорок сопоставимо с контрольной группой (1,1 и 1,15), однако, при невротических расстройствах гораздо больше выражены оговорки с психоаналитическим подтекстом: полученное в результате речевой ошибки слово является не следствием механических (фонационно-артикуляционных) причин, а отражает символ принадлежащий к конкурирующим тенденциям, что находит свое подтверждение в высоком количестве фальстартов (1,94 в сопоставлении с 1,03).

Высокое количество фальстартов связано также со спецификой текста. Оно отражает затруднения осмысления материала сновидений, его компоновки при последовательном изложении. Количество коррекций при невротических расстройствах меньше, чем у здоровых детей (1,34 и 1,76), что объясняется высоким темпом речи, аффективной охваченностью презентруемым материалом и снижением речевого самоконтроля.

Повторы звуков и слогов у детей и подростков с невротическими расстройствами выражены чаще, чем у здоровых (0,79 и 0,41), что отражает элементы логоклонии при эмотивной насыщенности переживаний и связаны с четвертым уровнем системы речепорождения. Повторы слов и словосочетаний (0,43 и 0,32) обусловлены подчеркиванием субъективно значимых символов и фрагментов переживаний и соотносятся со вторым уровнем. Количество повторов существенно меньше, чем при органической и психотической патологии, что подчеркивает их функциональный генез.

Нарушения дикции выражены слабо и связаны с аффективной перегрузкой моторно-кинестической программы речепорождения (четвертый уровень), проявляются дислексией (в младшей возрастной группе – за счет редуцированной дислалии, в старшей – на высоте аффектов) и дисфразией – фрагменты нечеткого артикулирования и нарушения разборчивости, также по причине выражений аффективной насыщенности презентруемых переживаний.

Таблица 7.3 Сравнительный анализ речевых ошибок здоровых детей и подростков с невротическими расстройствами

Виды речевых ошибок	Среднее количество речевых ошибок в 1 мин. в исследуемых группах	
	невротические расстройства	здоровые
Оговорки:		
- подстановка	0,16	0,18
- перестановка	0,3	0,29
- опущение	0,35*	0,46
- добавление	0,08*	0,13
- замещение	0,31*	0,19
Всего	1,10	1,15
Коррекция	1,34*	1,76
Фальстарт	1,94*	1,03
Повторы:		
- звуков и слогов	0,79*	0,41
- слов и словосочетаний	0,43*	0,32
Всего	1,22*	0,73
Нарушения дикции:		
- дислексия	0,16*	0,10
- дисфразия	0,05	0,03
- диспрозодия	0	0
Всего	0,21*	0,13
Паузы без семантико-синтаксического обоснования	0,11*	0,07
ИТОГО	5,92*	4,87

Примечание: * - достоверность различий по t-критерию Стьюдента при $p \leq 0,01$;

Паузы без семантико-синтаксического обоснования выражены незначительно и обусловлены физиологическими причинами: астенизацией артикуляционного аппарата и феноменом дыхательной дизритмии. То есть, «пустые» паузы являются функциональными и связаны с четвертым уровнем речепорождения.

Таким образом, изучение речевых ошибок больных невротическими расстройствами детского и подросткового возраста позволяет выделить следующие основные психолингвистические характеристики:

1) Речепорождение у данной категории пациентов осуществляется в условиях значительно возросших функциональных нагрузок, выявляющих незрелость системы речепроизводства, главным образом, моторно-кинетического синтагмирования, что проявляется ха-

рактными видами речевых ошибок (расстройства дикции, «пустые» паузы, оговорки).

2) Изучение речевых ошибок представляет интерес для приближения к глубинной сущности основных интрапсихических конфликтов, понимания сущности невротического расстройства, что позволяет сделать, в частности, психоаналитический подход к изучению оговорок, исследование фальстартов и повторов.

Кроме того, соотнесение речевых ошибок с текстом сновидения позволяет уточнять как их субъективную семантику, так и дает ключ к верной интерпретации сновидений.

7.6. Семантико-синтаксические особенности

В предыдущих разделах получены данные, указывающие на значительное семантическое усложнение вербального компонента речевого поведения. Интересно проследить, как подобные изменения отражаются на синтаксической структуре текста, с учетом особенностей невротического расстройства и специфики, присущей детскому возрасту. Рассмотрим значения семантико-синтаксических и психолингвистических показателей группы, представленные в табл. 7.4.

Представляем интерпретацию значений семантико-синтаксических и психолингвистических показателей с учетом их диагностического значения.

Таблица 7.4 Семантико-синтаксические и психолингвистические показатели детей и подростков с невротическими расстройствами

Изучаемые показатели	Количество наблюдений	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум
I	50	1,60650	1,00000	2,9300
S1	50	31,36000	12,5000	75,0000
PR/S	50	4,09950	0,00000	14,3000
PR/N	50	2,31875	0,00000	10,0000
S/S	50	35,09000	0,00000	60,0000
S/M	50	64,91000	40,0000	100,0000
S/PR	50	0,77275	0,44000	1,0800
N	50	1,45775	1,20000	1,7500
N-I	50	0,14675	-1,30000	0,2900
SSP	50	96,45375	87,5000	100,0000
SSD	50	0,00000	0,00000	0,0000
INV	50	1,04375	0,00000	6,2500
КТ	50	5,16400	1,00000	27,0000
ИД	50	0,92725	0,00000	2,8000

Информативная плотность текста у детей и подростков с невротическими расстройствами несколько выше, чем у здоровых детей и сопоставима с показателями контрольной группы взрослых, что подчеркивает семантическое усложнение вербального компонента речевого поведения.

Показатель количества сложных предложений в тексте полностью соответствует всем характеристикам информативной плотности текста и указывает на структурное (синтаксическое) усложнение вербальной семантики.

Количество составных предикатов в исследуемой группе несколько выше показателя контрольной группы детей и подростков и, в то же время, достоверно ниже значений в контрольной группе. Указанное обстоятельство связано, в первую очередь, с возрастными особенностями группы и отражает онтогенетическую динамику семантико-синтаксических характеристик речи. Описанные тенденции свойственны и показателю неполной реализации предикатов, однако, различия во всех случаях носят недостоверный характер и подчеркивают тенденцию детей к более простому презентированию сложных переживаний, что, безусловно, ведет к некоторой неточности и неполноте их отражения.

Речь при невротическими расстройствах характеризуется высоким эгоцентризмом, субъективизмом (черта свойственная презентации сновидений) и тенденцией привязки событий и действий к определенным субъектам, что находит свое выражение в высоком количестве субъектов, выраженных местоимениями (64,9%). Данный показатель выше, причем различия достоверны в сравнении с контрольной группой взрослых. Показатель отношения субъектов к предикатам (0,773) достоверно выше всех исследуемых групп больных и здоровых взрослых и сопоставим с данными группы здоровых детей и подростков (0,787). Это связано со значительным увеличением субъектов при сохранности предикативной функции и уменьшением полипредикативности (возрастная черта).

Новизна текста при невротических расстройствах выше, чем у здоровых детей и достоверно выше, чем при органических психических расстройствах. И, в то же время, данный показатель достоверно ниже, чем у здоровых взрослых и ниже расстройств с активной продукцией болезненных переживаний (острые шизофреноподобные и аффективные расстройства настроения). На наш взгляд, это объясняется следующими обстоятельствами: психологическая

понятность переживаний у детей с невротическими расстройствами; сложность и неполнота презентации переживаний в сновидениях; возрастными особенностями группы, в частности, склонностью к детализации, повторам аффективно насыщенных переживаний, последовательным, кропотливым изложением хода событий.

С этими же факторами связано отрицательное значение разницы новизны и информативной плотности и незначительное превышение ее по модулю всех других групп, за исключением острых шизофреноподобных расстройств, где этот показатель достоверно выше, что было подробно описано в разделе 5.

Показатель семантико-синтаксической полноты выше, чем во всех других группах.

Коэффициент Трейгера выше, чем в контрольных группах, причем в сопоставлении со взрослыми, достоверно. Его значение превышает и показатели всех исследуемых групп, за исключением дементных расстройств. Это объясняется существенным уменьшением количества прилагательных при сохранной предикативности. Низкое количество прилагательных связано как с функциональным онтогенетическим недоразвитием семантических пространств, содержащих описание качественных характеристик объектов и действий, а также сложностью их структурирования в условиях высоких нагрузок по осмыслению невротических переживаний.

Индекс директивности у детей и подростков с невротическими расстройствами достоверно выше здоровых детей, что подчеркивает аффективную насыщенность переживаний, напряженность психологических защитных и адаптивных механизмов.

Таким образом, обобщая результаты семантико-синтаксического изучения вербального компонента речевого поведения детей с невротическими расстройствами, необходимо отметить следующие особенности:

- 1) Речь детей с невротическими расстройствами характеризуется значительным семантическим и синтаксическим усложнением, высокой информативностью.

- 2) Существенное влияние на семантико-синтаксические характеристики оказывают возрастные особенности группы: выраженный эгоцентризм речи; незрелость предикативных функций; невысокая дифференцированность и структурированность психосемантических пространств содержащих функции прилагательных; синтаксическая функциональная незрелость речи; недостаточное раз-

витие адаптивно-компенсаторной способности и напряженное функционирование психологических защитных механизмов.

3) Структурно-функциональные особенности речи определяются контекстом. В частности, в данном случае, презентация сновидений анализируется с учетом следующих их семантико-синтаксических особенностей: монологический, описательно-повествовательный характер (высокие значения информативности, новизны и семантико-синтаксической полноты, большое количество сложных предложений, низкая инверсивность); доминирование в интрасновидческой активности созерцательно-эмотивных действий (низкие значения индекса директивности и полипредикативности).

7.7. Семантико-прагматические особенности

Коммуникация в системе «врач – больной» в исследуемой группе определяется особенностями как самих невротических расстройств, так и возрастной спецификой. Традиционно коммуникативные стратегии больных с невротическими расстройствами характеризуются нацеленностью на терапевтический союз, апелляцией к помощи, достаточной открытостью, за которой, впрочем, скрываются выраженные и разнообразные психологические защитные механизмы, зачастую, активно вовлекающие врача в разрешение основных невротических конфликтов, ситуацию болезни, вплоть до открытой манипуляции. Детям и подросткам с невротическими расстройствами, по сравнению со взрослыми пациентами, характерна бóльшая открытость, искренность в общении, меньшая выраженность полипрагматичности и многослойности мотиваций в ходе коммуникации. Однако, очень важное значение приобретает первый контакт с пациентом, завоевание доверительного отношения и симпатии, без которых невозможно быстрое и успешное формирование терапевтических отношений. И поэтому, на наш взгляд, наиболее оптимальной терапевтической коммуникативной стратегией является эмпатично-доверительное выслушивание, поддерживающе-помогающие тенденции, максимальная толерантность и искренность, гибкий и творческий подход к разрешению конфликтных ситуаций, широкое применение терапевтических метафор; попытка понять и принять позицию пациента без патерналистско-экспертных и критических оценок.

Применение тех или иных типов речевых актов зависит от контекста сообщения пациента. В ходе изложения сновидений, характеризующихся, как отмечалось нами ранее, высокой информационной и семантической насыщенностью, преобладают ассертивы и экспрессивы; при диалогических коммуникациях субъектов сновидения – высокое количество директивов, декларативов и комиссивов, что в целом отражает агонистически-структурирующий и аффективный типы сообщения.

Структура речевых актов отличается полнотой и функциональной сложностью. Для невротических расстройств характерно иллокутивно-перлокутивное соответствие, которое в большинстве случаев является полным, хотя может быть как усиленным, так и ослабленным. Усиление иллокутивно-перлокутивного соотношения наблюдается в контексте передачи аффективно-насыщенных и субъективно-значимых переживаний, что достигается как согласованием семантик кинесицики и просодицики, так и особой структурой вербальной семантики: подчеркивание эмоционального характера переживаний, вынесение ключевых значений в начало предложения, синтаксическая инверсия, повторы ключевых слов и словосочетаний. Ослабление иллокутивно-перлокутивного соотношения наблюдается при презентации субъективно неприятных, вытесняемых фрагментов сновидения, трудности воспроизведения и осмысления тех или иных деталей и эпизодов, что с учетом контекста, может указывать на их значимость с психоаналитических позиций, при привлечении комплекса других особенностей речевого поведения, описанных нами ранее.

Особенности взаимодействия разномодальных семантик не отличаются качественно от таковых у здоровых детей и подростков. Происходит количественное увеличение фрагментов высказывания со взаимным усилением различных семантик (как правило, сразу всех трех), наблюдаемое у здоровых детей лишь при выраженных эмоциях в негативно окрашенных фрагментах, которых значительно меньше, чем при невротических расстройствах. Таким образом, преобладают варианты семантико-синтаксического и прагматического соответствия и подчиненного дополнения разномодальных семантик.

Таким образом, обобщая семантико-прагматические особенности детей и подростков с невротическими расстройствами следует остановиться на следующих моментах:

1) Для невротических расстройств характерен полипрагматизм, обусловленный информационной и аффективной насыщенностью переживаний, высокой их субъективной значимостью, выраженный, однако, в меньшей степени, чем у взрослых с аналогичными расстройствами в связи с меньшим арсеналом и несовершенством коммуникативных стратегий.

2) Структура речевых актов и особенности взаимодействия разномодальных семантик речевого поведения качественно не отличаются от таковых у здоровых детей и подростков, отражая лишь выраженность аффективных расстройств и насыщенность болезненных переживаний, что находит свое воплощение в усилении иллюкутивно-перлокутивных соотношений и в большем количестве семантико-синтаксического и прагматического соответствия разномодальных семантик.

3) Невротическим расстройствам характерен широкий спектр семантико-прагматических характеристик, качественно отличающихся от таковых у здоровых и отражающих основные интрапсихические конфликты.

7.8. Изучение и использование особенностей речевого поведения в процессе психотерапии и в психоаналитической практике

Как было показано нами в предыдущих разделах, изучение особенностей речевого поведения больных позволяет использовать их в целях диагностики и дифференциальной диагностики психических расстройств, прослеживать их клиническую динамику, в том числе в ходе психофармакотерапии, выявлять диссимуляцию психопатологических переживаний, составлять прогностические суждения. Совершенно очевидна необходимость изучения и использования особенностей речевого поведения в процессе психотерапевтических и психоаналитических коммуникаций, где речь выступает в качестве диагностического средства и инструмента терапевтического воздействия. Представим основные направления речевой диагностики в психотерапевтической и психоаналитической работе.

1) Выбор оптимальных терапевтических коммуникативных стратегий и их гибкая смена.

Конечной целью терапевтической интервенции является модификация определенных поведенческих стереотипов и коммуника-

тивных стратегий, и точкой приложения в данном случае являются коммуникативные особенности пациента в системе «врач – больной». Оценка врачом-психотерапевтом коммуникативных установок в процессе терапии и их анализ нацелены, в первую очередь, на диагностику и устранение тех из них, которые препятствуют установлению качественных терапевтических отношений. О данных неадекватных коммуникативных стратегиях говорят следующие признаки, проявляемые по всем трем каналам речевого поведения: агрессивно-агонистические поведенческие установки; выраженная неискренность пациента; полная погруженность в болезненные переживания и игнорирование собеседника, либо настороженность и закрытость.

Терапевту необходимо быть готовым к смене терапевтических стратегий в зависимости от реагирования пациента и ведущего контекста, при этом важно анализировать не только поведение больного, но и свое собственное, в чем незаменимы аудиозаписи сеансов. Учет указанных обстоятельств позволяет успешно воплощать терапевтические программы, преодолевать трудные и «тупиковые» моменты в ходе психотерапевтических коммуникаций.

2) Приближение к субъективным семантикам болезненных расстройств и отдельных символов, индикация ключевых переживаний и значимых проблем.

Изучение речевого поведения по трем его каналам, с учетом особенностей их семантик и характера взаимодействий, а также знаний о специфике динамики основных показателей в зависимости от характера болезненного расстройства, позволяет довольно точно определять не только сущность психопатологических переживаний пациента, но и их субъективное наполнение. Особенно важным это является в случае симуляции и диссимуляции больным своих переживаний, при невыразительности и неполноте информации по одному из аспектов речевого поведения. Кинесический и просодический каналы несут, главным образом, биологическую информацию, а вербальная семантика, даже при своей ограниченности и неполноте, будучи подвергнутой психолингвистическому, семантико-синтаксическому и дискурсивному анализу, позволяет устанавливать характер и важность скрываемой информации, вычленять субъективно значимые фрагменты переживаний.

3) Использование знаний об особенностях речевого поведения для осуществления специализированных психотерапевтических техник.

Психотерапевтические техники «присоединения» к поведенческим паттернам поведения, «отзеркаливания» и управляемого модифицирования предполагают интуитивное воспроизведение особенностей речевого поведения больного, основанного на опыте и определенных творческих способностях. Те же техники, осуществляемые с учетом знаний об особенностях речевого поведения, на основе его изучения и анализа, позволяют применять их осознанно, на более высоком профессиональном уровне, гораздо плодотворнее проводить подготовку молодых специалистов на базе научных методик, а не полумистических «посвящений». Сказанное, в полной мере, можно отнести и к освоению техники индукции гипнотического транса. Согласно нашим представлениям о речевом поведении в измененных состояниях сознания, индуцирование трансового состояния предполагает модифицирующее воздействие с целью вызвать регрессирование когнитивной активности, а, следовательно, и системы порождения и восприятия речи. Отсюда вытекает необходимость в особой стратегии речевого поведения терапевта, представляющей собой последовательный регресс его семантик, их согласование в воздействие на пациента. Опишем особенности речевого поведения терапевта в ходе гипнотизации по всем каналам.

Вербальный канал несет в себе последовательное структурное упрощение, с минимализированным количеством наиболее значимой, повторяющейся информации, выраженной просто и однозначно и несущей семантику, вначале, самого ожидаемого состояния, а затем, терапевтические внушения.

Просодический канал имеет, пожалуй, самую большую семантическую нагрузку, воплощая в себе совокупность специализированных модальностей, ритмики, интонационных характеристик, прогрессивно снижающейся динамики основных паралингвистических параметров, органично согласующихся, дополняющих и усиливающих вербальную семантику, своеобразно компенсируя ее лаконичность, наполняя многообразием оттенков и субъективными смыслами.

Кинесический канал играет второстепенную роль и имеет значение лишь в методиках, сочетающих вербальные и невербальные (или использующих лишь последние) приемы гипнотизации, а также при суггестии в состоянии бодрствования и других методах «малой» психотерапии. Кинесика в данных случаях служит подчеркиванию и усилению семантики вербального канала.

Выведение из гипнотического состояния предполагает осуществление указанной речевой стратегии с обратной динамикой основных показателей и заменой основных символов на полярные.

4) Получение более полной информации о пациенте в условиях ограниченности или невозможности визуального контакта с ним.

В ходе классического варианта психоаналитической терапии, когда аналитик не может проследивать мимические реакции и ограничен в оценке позных и жестовых особенностей коммуникации, возрастающее значение приобретает просодическая семантика, дающая ценное дополнение к вербальной информации, с которой терапевт работает в первую очередь. В случае невозможности визуального контакта с пациентом (телефонная беседа), комплексное изучение просодики и вербального компонента сообщения имеет весьма существенное значение не только для диагностических целей, но и для осуществления психотерапевтической помощи, в том числе, urgentной, о чем свидетельствует наш многолетний опыт сотрудничества со службой «Телефон Доверия».

Совершенно очевидна возможность использования изучения особенностей речевого поведения в его динамике для оценки эффективности психотерапевтической работы, также как это представлено нами в отношении психофармакотерапии (см. раздел 5.8).

Приводим клинический пример, иллюстрирующий особенности речевого поведения при невротических расстройствах у детей.

Клинический пример

Больная Б., 14 лет.

Диагноз: обсессивно-компульсивное расстройство: смешанные обсессии и компульсии.

Из *анамнеза*: Родилась от второй беременности первым ребенком в семье служащих. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Беременность у матери протекала с выраженным токсикозом, роды срочные, без патологии. Закричала сразу, к груди прикладывалась через 4 часа. Раннее развитие без особенностей. До 5 мес. находилась на грудном вскармливании. В возрасте 1 год и 3 мес. перенесла пневмонию с высокой температурой, на фоне которой отмечались тонические судороги. В детском возрасте перенесла ветрянку, оспу, коклюш. С детства была способной, сдержанной, скрытной, с трудом заводила знакомства в детских

коллективах. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, ровно успевала по всем предметам. К возрасту 11 лет стала более общительной, увлеклась спортивными танцами, участвовала в самодеятельности. Отношения в семье хорошие, однако, болезненно переживала семейные конфликты, даже самые незначительные, занимая сторону отца – человека мягкого, доброго, интеллигентного. С матерью, женщиной активной, волевой, категоричной, «боялась иногда быть откровенной» и поэтому пережила психологическую травму в возрасте 12,5 лет, на появление первых menses, т.к. считала, что «тяжело заболела». Однако, «более опытные» одноклассницы разъяснили ситуацию, пошутив, что она «созрела для половой жизни». Была несколько озадачена сообщением, особенно с учетом того, что стала замечать у себя интерес к противоположному полу, считая это, ориентируясь на категоричные высказывания матери, «чем-то нехорошим». Больной себя считает с 13 лет, когда подверглась в раздевалке циничным шуткам старшеклассников, была очень обижена, плакала, но «боялась это рассказать» кому-либо. В ближайшую ночь испытала сновидение «пугающего» характера, рассказывать которое отказывается, отдаленно намекая на его эротический характер. В момент пробуждения испытала «приятное давление и тепло» внизу живота, чего «сильно испугалась», решив, что у нее аппендицит. Почувствовала сильную слабость, подташнивание, сухость во рту, дрожь в ногах. Выйдя в ванную комнату, «почему-то вымыла вспотевшие руки и прополоскала рот – сразу стало легче». С этого времени стала настороженно относиться к своему здоровью, боялась чем-либо заболеть. Дважды испытала похожие ощущения во время репетиций в танцевальной группе. Очень смущалась, что «потеют ладошки», бегала мыть руки, после чего «становилось легче». Стала раздражительной, часто отмечала покалывания в сердце, ссорилась с матерью «по пустякам». За 2 мес. до обращения к психиатру, увидела в сновидении картину пожара, впоследствии стереотипно, повторяющуюся в различных интерпретациях. С этого времени стала избегать информации о несчастных случаях, катастрофах, т.к. появились навязчивые мысли, что с ней «может приключиться» что-либо подобное. Стала чаще мыть руки, особенно перед «ответственными делами»: выходом в школу, тренировками, «сложными уроками». Понимала «необычность и неправильность» этого явления и стремилась находить благовидные предлоги или делать это незаметно, носила с собой набор влажных

салфеток на тот случай, если не будет возможности вымыть руки. Накануне обращения, вернувшись в класс после занятий физкультурой, обнаружив, что в портфеле нет салфеток «ударилась в панику», испытала выраженную тревогу с комплексом вегетососудистых расстройств и, ничего не объясняя, «убежала с урока». Дома, «разрыдавшись», все рассказала матери, которая привела дочь на прием к психиатру.

Психическое состояние: ориентирована всесторонне, сознание ясное. В беседе несколько напряжена, тревожна, смущается. Выражение лица печальное, настроение несколько снижено, астенична. Волнуясь, рассказывает о своих переживаниях, плачет, но достаточно быстро успокаивается. В беседе синтонна, легко переключается с одной темы на другую, испытывая явный интерес к ней, искренне пытается разобраться в проблеме, смещая акценты на соматические аспекты болезненного состояния, объясняя им навязчивые мысли и действия, излагаемые достаточно полно и подробно, однако, с большим смущением. Рассказывает о периодической, 7-10 раз в день, необходимости вымыть или протереть влажной салфеткой руки, что помогает уменьшить неприятные ощущения в теле: жар, распирающие внизу живота, сердцебиение, слабость, дрожь в ногах; или отвлечься от навязчивых мыслей и представлений о попадании в ситуацию стихийного бедствия или катастрофы: пожар, разрушение дома при землетрясении, автомобильная катастрофа. Критична к указанным болезненным расстройствам, понимает их «бессмысленность и невозможность что-либо изменить или предотвратить», и в то же время настаивает, что ей это нужно, «если помогает». Психотических расстройств мышления нет. Интеллектуально развита в соответствии с возрастом, обнаруживает довольно основательные знания в области литературы (отец – филолог) и в то же время, имеет весьма поверхностные и инфантильные представления в вопросах психосексуального развития. Память сохранна. Общаясь с врачом без присутствия родителей, выглядит более раскованной, меньше смущается, явно польщена общением врача с ней «на равных, как со взрослой», охотно соглашается на лечение и обследование, т.к. последнее представляется ей очень важным для исключения соматических заболеваний.

Сомато-неврологическое состояние: нормостенического телосложения, среднего роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В межпальцевых промежут-

ках рук, на ладонях – умеренные признаки мацерации кожи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 88 уд/мин, АД 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Консультация терапевта: диагноз: нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. Консультация невропатолога: очаговой неврологической симптоматики нет. Консультация гинеколога: вторичные половые признаки сформированы согласно возрасту, menses установились в течение последних 3-х месяцев, болезненные, скудные, virgo. Патологии не выявлено. Консультации эндокринолога, окулиста – без патологии. Данные лабораторных и параклинических методов обследования – в пределах возрастной нормы. Психологическое обследование выявило у больной высокий уровень тревожности (показатель по шкале генерализованной тревоги Гамильтона (HAS-G) – 9 баллов), высокую потребность в эмоциональном комфорте, конфликт в сфере потребностей, дисбаланс взаимоотношения мотиваций, ожиданий и ограничений, проявляемый на психофизиологическом уровне, заниженную самооценку.

Комплексная лечебно-реабилитационная программа для данной пациентки включала психофармакотерапию (флуоксетин, мебикар, ноотропы, седативные), физиотерапевтическое лечение и комбинированную психотерапию, включающую гипносуггестию, рациональную терапию с элементами аналитической, работу в группе. Особое внимание уделялось семейной терапии, работе с родителями, направленной на устранение погрешностей в сексуальном воспитании и реконструкцию системы взаимоотношений. В ходе лечения в течение 1,5 мес. больная выздоровела. Катамнестическое наблюдение в течение года показала устойчивость состояния Б., позитивную динамику личностного роста, расширение адаптивных способностей.

Таким образом, в данном клиническом случае невротическое расстройство пациентки развилось в результате психотравмирующих обстоятельств на фоне психофизиологических изменений пубертатного периода, дисгармоничности в системе отношений с родителями и определенных пробелов в сексуальном воспитании. Пубертатные вегетососудистые расстройства интерпретировались ипохондрически, что способствовало появлению тревожных расстройств, на фоне которых развились обсессивно-компульсивные

расстройства, отличающиеся клинической простотой, довольно поверхностными причинно-следственными связями отдельных симптомов (что свойственно данной возрастной группе) и имели симптоматику и клиническую динамику типичную для невротических расстройств.

Приводим особенности речевого поведения больной Б., по всем исследуемым аспектам.

Кинесические особенности.

Позный канал отличается невысокой динамикой ($0,63 \pm 0,03$), с преобладанием поз сосредоточенности и кучера, что подчеркивает астено-депрессивный фон болезненных переживаний и тревожное отношение к беседе. Мимические характеристики ярко отражают широкий спектр эмоциональных реакций, главным образом, негативных, на содержание рассказываемого сновидения и, как бы, иллюстрируют их. Преобладают мимические комплексы страха, напряжения, внимания. Показатель динамики по мимическому каналу равен $1,53 \pm 0,07$. Жестовые характеристики слагаются из жестов акцентов, латентной тревоги и элементов аутогруминга – прикосновения к клинически значимым и символическим участкам тела – груди и животу, глазам. Динамика по каналу достаточно высока – $1,1 \pm 0,05$. Интересно отметить, что в ходе предварительной клинической беседы у больной отмечались частые стереотипные движения рук умывающего характера (жест Понтия Пилата – завершающего действия), имеющий в контексте переживаний больной семантику символического осуществления запретных действий, вероятно, сексуального контекста. В ходе же презентации сновидений, отмечен переход их в аутогруминг, что отражает трансформацию психологического конфликта и связанных с ним аффектов в сферу соматических ощущений.

Психосемантические особенности.

Феноменологически у больной отмечается высокая сновидческая активность: сновидения регистрировались практически каждую ночь, 2-3 раза в неделю отмечалось 2-3 сновидения за ночь, которые удерживались в течение многих дней. Характерно наличие стереотипных сновидений, отражающих ситуацию стихийных бедствий («пожар», «землетрясение»). Структурно сновидения слага-

ются из картин чрезвычайных ситуаций, с видением себя в центре событий и поведенческой активности по их избеганию. Сновидения аффективно насыщены, как правило, заканчиваются в фазе кульминации, зачастую, сопровождаются пробуждением с выраженными вегетососудистыми реакциями и чувством облегчения. Символика сновидений больной отражает инициационные переживания, интрапсихические конфликты и психодинамику личностного роста, что типично для невротических расстройств в данном возрасте.

Приводим текст сновидения больной в членении на дискурсивные единицы и с указанием выраженности, продолжительности и характера заполнения пауз, что на наш взгляд, чрезвычайно важно для психосемантического структурирования переживаний больной, выделения ключевых символов и последующей психоаналитической интерпретации:

1. Я была дома ..(0,3) с мамой, ..(1,1) с братом,
2. .. (0,4) ну там ..(0,3) кот мне еще снился мой.
3. ...(2,8) ЭМ-М Долгое там время снилось,
4. как мы просто дома там,
5. делами занимаемся.
6. ..(1.) Потом ..(0,2) чего-то ..(0,2) тревогу я почувствовала,
7. выглянула в окно,
8. у нашего подъезда пожарная машина стоит.
9. ..(0,3) Я смотрю,
10. оттуда пламя так ..(0,5) полыхает.
11. ..(0,7) Вот и ..(0,4) там ..(0,3) не знала что мне делать.
12. ..(0,4) Папы нет,
13. а ..(0,3) ну ..(0,4) мне почему-то казалось что я должна все решить,
14. не знала как нам спастись.
15. ..(0,4) То есть можно было бы по лестнице сбежать,
16. лифты уже не могли работать.
17. ..(0,2) Но с мамой_
18. у меня же мама больная_
19. ..(0,9) Н-Нх И мучалась долго.
20. ..(0,3) А потом проснулась.

Представляем ключевые символы сновидения и предлагаем их интерпретацию.

- «Я... дома с мамой, с братом» - целостная личность сновидящей, включающая социализированные семейные компоненты и ролевые стереотипы, мать отражает Архетип Матери, брат (младший) – воплощение сибсового конфликта, а возможно, - психодинамику Анимуса;
- «..кот..мой» - «животная» субличность;
- «долгое время ... дома... делами занимаемся» - период беззаботной жизни, предшествующий невротическому расстройству с его размеренностью и «игровой» направленностью;
- «тревогу ... почувствовала, выглянула в окно» - источник невротического конфликта обусловлен социализацией, чем-то «увиденным» в новом свете, но связанным с внутренними ощущениями и переживаниями;
- «у ... подъезда пожарная машина стоит» - одновременно и сексуальные переживания (подъезд – лоно, красная машина – генитальная символика) и подавление их социализированными институтами запретов (пожарная);
- «пламя ... полыхает» - соматовегетативный компонент аффективно насыщенных сексуальных ощущений;
- «не знала что делать» - дезадаптация, конфликт потребности и запретов;
- «папы нет» - неприятие Анимуса, игнорирование Архетипа Отца как психологической защиты от комплекса Электры;
- «должна решить... не знала как... спастись» - навязчивый компонент невротического конфликта;
- «можно... по лестнице сбежать» - сексуальная активность как один из вариантов разрешения конфликта;
- «лифты уже не могли работать» - поломка психологических защитных механизмов из-за невозможности принятия инстинктивной жизни и осознания сексуальности;
- «Мама больная» - недоверие к матери; неполноценность Анимы и негативные аспекты материнского архетипа;
- «мучилась долго» - эмоциональная тяжесть и навязчивый характер переживаний.

Приведенная интерпретация отражает интрапсихические конфликты, характер и состояние психологических защит и дает совершенно очевидные направления для психотерапевтической и

реабилитационной работы. В психотерапевтической работе с больной успешно применена методика модифицирования сновидения в гипнотическом состоянии с конструированием «счастливой развязки» - через 3 недели работы пациентка увидела реконструированное сновидение, после чего отмечалась резкая смена тематики сновидений на эмоционально нейтральную.

Просодические особенности.

Речи больной характерен высокий темп (169 слов/мин), что отражает аффективную насыщенность, сниженный основной тон, выраженная мелодичность и интенсификация гласных, что указывает на депрессивный оттенок переживаний. Характерны феномены дыхательной дизритмии и глоточного сжатия, яркие интонационные характеристики. Просодические характеристики, свойственные детскому возрасту выражены исключительно в виде интенсификации и певучести гласных, «проглатывании» согласных, характерном заполнении пауз.

Показатели динамики основных параметров: основной тон – $2,54 \pm 0,08$; темп речи – $1,44 \pm 0,05$.

Показатель динамики темпа речи ниже средних показателей группы, что связано с высоким темпом и большим количеством коротких пауз.

Время презентации сновидения – 37,5 сек. Общее количество пауз – 20 (32 паузы в 1 мин): короткие – 17 (85%); средние – 2 (10%); длинные – 1 (5%); сверхдлинные – 0.

Как видно из приведенных данных, общее количество пауз превышает средние значения группы за счет выраженности коротких пауз, что типично для невротических расстройств.

Психолингвистические особенности.

Анализируя текст сновидения больной можно отметить следующие значимые характеристики: отсутствие оговорок, что обусловлено высоким темпом речи, аффективной насыщенностью и стереотипностью сновидения – сюжет известен и ранее уже сообщался; высокую семантическую значимость коррекций и фальстартов при их значительном количестве (см. строки №6, 11, 17-19 в дискурсе сновидения); семантически значимые повторы слов («дома», «снилось», «не знала», «не могла», «долго»); нарушение дик-

ции выражены в виде дислексии в ключевых словах: «почувствовала», «мучалась»; отсутствие «нулевых пауз».

Семантико-синтаксические особенности.

Приводим семантико-синтаксические показатели речи больной, полно и ярко отражающие все типичные черты группы невротических расстройств в детском возрасте:

I – 1,82; S1 – 45,5%; PR/S – 5%; PR/n – 2,54 S\S – 33,3%;
S/m – 66,7%; S/PR – 0,75; N – 1,33; N – I = -0,49; SSP – 100%;
SSD – 0%; Inv – 0%; КТ – 2,86; ИД – 0,73.

Семантико-прагматические особенности.

Коммуникативная прагматика больной на первых этапах лечебно-диагностической работы определялась соматизацией во внутренней картине болезни, измененностью самосознания, главным образом, его физического компонента, что мотивировало к терапевтическим отношениям с целью разобраться в своем соматическом состоянии и исключить фантомы тяжелых заболеваний. Для успешного осуществления рациональных и аналитических компонентов психотерапевтического процесса с позиций авторитарности и экспертных установок, необходимым условием врачебной стратегии являлось установление доверительности, создание атмосферы надежности и безопасности. Учитывая специфичность и сложность для обсуждения с больной проблем психосексуального развития и сексуальности вообще, успешно использовались терапевтические метафоры, раскрывающие суть проблемы и иллюстрирующие ее с позиций онтогенетического развития и специфической энергетике, что давало принципиально иное видение психогенеза и динамики болезненной симптоматики.

В изложении больной своего сновидения преобладают декларативные, директивные и экспрессивные типы речевых актов, что характерно для обсессивно-компульсивных расстройств и отражает тенденции больных в жестком структурировании и упорядочивании внутреннего и внешнего пространства в борьбе с негативными аффектами.

Прагматика собственно сновидения отражает и прагматику невротического расстройства, заключающегося в попытке бегства от неприятной ситуации невозможности принятия, поглощающих

инстинктивных тенденций, связанных со становлением сексуальности.

Структура речевых актов больной отражает семантическую полноту и насыщенность болезненных переживаний аффектами, что проявляется в структурном усложнении текста, воплощающемся резкими переходами от усиленных к ослабленным иллюкутивно-перлюкутивным соотношениям соответствия. Взаимодействия разномодальных семантик характеризуется полным семантико-прагматическим соответствием, что типично как для невротических расстройств вообще, так и для сновидений при них как максимальном и сжатом воплощении квинтэссенции специфики данной диагностической рубрики.

Таким образом, описанные особенности речевого поведения больной воплощают в себе все наиболее значимые характеристики разномодальных семантик детей с невротическими расстройствами.

7.9. Корреляции клинико-психопатологических характеристик и особенностей речевого поведения детей и подростков с невротическими расстройствами

В ходе настоящего исследования невротические расстройства у детей и подростков изучались как цельная группа. Выделенные особенности речевого поведения по всем аспектам отражают нозологическую специфичность группы и отличаются как яркими патогномоничными характеристиками, так и достоверной динамикой основных показателей разномодальных семантик в сопоставлении с контрольной группой здоровых взрослых и детей ($p < 0,001$) при этом отмечены корреляции клиники речевого поведения с ведущим психопатологическим синдромом, определяющим тип невротического расстройства, что проявлялось, в первую очередь, различными психосемантическими характеристиками, спецификой просодического строя речи и прагматической направленностью коммуникации.

Изучение речевого поведения в динамике невротического расстройства, осуществленное в 10 клинических случаях, подтверждает возможность объективизации особенностей течения, определения этапности психодинамических процессов, что ярко проиллюстрировано на примере исследования психосемантики сновидений, их психоаналитической интерпретации.

Помимо характеристик, отражающих нозологическую специфичность исследуемой группы, речевое поведение несет в себе возрастные черты, воплощающие онтогенез коммуникативных способностей, особенности которого рельефно проявляются на фоне интрапсихических невротических конфликтов, вызывающих значительные функциональные перегрузки системы речепорождения. Динамика речевого поведения прослежена в трех возрастных группах (6-9 лет, 10-13 лет, 14-17 лет).

Таким образом, установленные корреляции, проведенный клинико-статистический анализ позволяют представить наиболее значимые особенности речевого поведения детей с невротическими расстройствами в качестве дополнительных исследовательских и диагностических критериев.

Дополнительные исследовательские и диагностические критерии невротических расстройств у детей и подростков *(по данным комплексной диагностики речевого поведения)*

Речевое поведение при невротических расстройствах несет в себе признаки функционального усложнения разномодальных семантик и особенностей их взаимоотношений. Возрастные особенности проявляются появлением или усилением онтогенетически ранних признаков в речевом поведении.

• Кинесическая семантика:

- увеличение динамики ($p \leq 0,001$) основных кинесических показателей, наиболее выраженное по каналам мимики и жеста;
- широкий спектр значений кинесических характеристик, отражающих и дополняющих вербальные сообщения и вытекающие из него аффективные реакции;
- функциональная незрелость кинесики и ее взаимосвязей с другими разномодальными семантиками проявляется в избыточности и низкой семантической дифференцированности кинесических показателей.

• Просодическая семантика:

- значительное увеличение динамики ($p \leq 0,001$) и расширение спектра проявлений основных просодических параметров, большая роль интонационных характеристик в передаче болезненных переживаний и субъективного отношения к ним пациентов;

- признаки функциональной незрелости системы речепорождения и фонационно-артикуляционного аппарата, проявляющиеся регрессивными чертами и рядом патофизиологических характеристик:

а) регрессивные (более ранние онтогенетические) признаки:

- редуцированные элементы дислалии и дисфонемии;

- выраженная мелодичность (певучесть) речи, интенсификация и растягивание гласных, редукция («проглатывание») согласных и окончаний слов;

- яркое, выразительное интонирование и акцентирование субъективно значимых фрагментов текста;

- заполнение пауз нечленораздельными звуками и звуками без словесного оформления, носящее стереотипный характер.

У здоровых детей указанные особенности проявляются только в младшей возрастной группе (до 7-9 лет).

б) К патофизиологическим характеристикам относятся синдромы дыхательной дизритмии и глоточного сжатия.

- Вербальная семантика:

- психосемантические особенности:

а) неравномерное усложнение основных психосемантических пространств и субъективной картины мира;

б) склонность к соматизации внутренней картины болезни; эгоцентризм;

в) широкий спектр психологических защитных механизмов, напряженность адаптивно-компенсаторной деятельности;

г) высокая значимость субъективных семантик и болезненной символики;

- психолингвистические особенности:

а) высокое количество ($p \leq 0,01$) речевых ошибок отражает функциональные перегрузки незрелой системы речепорождения;

б) большое число оговорок, фальстартов, коррекций и повторов указывает на сложность и аффективную неоднозначность болезненных переживаний, невротические конфликты, сохраненный речевой самоконтроль, незрелость фонационно-артикуляционного аппарата;

в) психолингвистические показатели отражают структурно-функциональную незрелость психосемантических пространств, со-

державших описание свойств и характеристики объектов и действий; насыщенность аффектами и напряженность адаптивно-компенсаторных механизмов;

- семантико-синтаксические особенности:

- а) структурно-функциональное и смысловое усложнение речи;
- б) высокие информативная плотность и новизна текста;
- в) незрелость предикативных функций;
- г) появление регрессивных синтаксических конструкций, в особенности, на высоте аффектов.

- семантико-прагматические особенности:

- а) высокий коммуникативный прагматизм, полипрагматичность;
- б) функциональная сложность структуры речевого акта, усиленный характер иллокутивно-перлокутивных взаимоотношений.

Обобщая наиболее существенные особенности речевого поведения детей и подростков с невротическими расстройствами можно выделить следующие ключевые моменты:

1. Для детей и подростков с невротическими расстройствами характерно структурно-функциональное усложнение и согласованный характер взаимодействия разномодальных семантик, что отражает сложные интрапсихические конфликты, насыщенные аффективные и выраженные вегетативные соматические расстройства, а также менее выраженные, в сравнении со взрослыми больными, диссимулятивные тенденции.

2. Изменения семантик речевого поведения носят функциональный (полностью обратимый) характер.

3. Изучение особенностей речевого поведения позволяет проникать в сложный мир субъективных семантик больных, что имеет наиболее высокую, в сравнении с другими исследуемыми группами пациентов, диагностическую и лечебно-реабилитационную значимость.

4. Невротические расстройства у детей и подростков ведут к значительным функциональным перегрузкам системы речепорождения и речевого поведения в целом, что проявляется увеличением количества более ранних онтогенетических признаков по всем каналам коммуникации.

РАЗДЕЛ VIII

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИК СЕМАНТИК, ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИХ, В ЦЕЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В предыдущих разделах нами описаны выявленные особенности речевого поведения, характеристики разномодальных семантик, его составляющих: вербальной, кинесической и просодической в основных группах психических расстройств (органических, эндогенных психотических, аффективных расстройств и невротических расстройств у детей и подростков). Подтверждена диагностическая значимость предложенной нами комплексной диагностики речевого поведения для указанных психических расстройств. Целью настоящего раздела является доказательство дифференциально-диагностической значимости комплексной диагностики речевого поведения в исследуемых группах больных. Рассмотрим данную проблему по отдельным каналам – аспектам речевого поведения, с учетом взаимодействия разномодальных семантик и их информативности.

8.1. Кинесический аспект речевого поведения

Приводим кинесические характеристики речевого поведения больных исследуемых групп, имеющие дифференциально-диагностическую значимость (табл. 8.1).

Таблица 8.1 Дифференциально-диагностические характеристики кинесической семантики речевого поведения исследуемых групп больных

Группы <i>Признаки</i>	Органические психические расстройства	Эндогенные психотические расстройства	Аффективные расстройства	Невротические расстройства у детей и подростков
Динамика показателей кинесики	Значительное снижение	Снижение по мере нарастания дефекта	Соответствует полярности аффективной фазы	Значительное увеличение, особенно по каналам мимики и жеста
Спектр кинесических показателей	Значительно уменьшен	Несколько уменьшен	Соответствует содержанию переживаний в рамках ведущего психопатологического синдрома	Значительно расширен, отражает аффективно насыщенные переживания
Мимический канал	Наиболее чувствителен к нарастанию уровня органического поражения, гипо-(а)-мимия	Мимические диссоциации: верх – низ и правая – левая половина лица	Яркое отражение аффективных переживаний	Отражение болезненных переживаний и их субъективных семантик; тики
Позный канал	Субмиссивные характеристики; компенсаторное увеличение объема канала в структуре кинесики	Субмиссивно-статичные характеристики; стереотипии	Субмиссивные – при депрессиях; экспансивно-агонистические характеристики при маниакальных расстройствах	Функциональная избыточность
Жестовый канал	Стереотипии, утрата коммуникативной направленности	Обеднение, стереотипность характеристик, гипопрагматизм	Функциональная избыточность – при маниях; коммуникативный гипопрагматизм – при депрессиях	Низкая семантическая дифференциация характеристик
Структура кинесики	Рассогласование каналов, утрата связей	Диссоциация каналов кинесической коммуникации	Усиление/ослабление взаимодействий отдельных каналов в зависимости от аффективной фазы	Функциональная незрелость
Взаимодействие с вербальной семантикой	Тенденция к дезинтеграции	Диссоциация	Усиление/ослабление	Усиление, функциональная незрелость взаимосвязей

При органических психических расстройствах отмечается прогрессирующее, от непсихотических к дементным состояниям, снижение семантической наполненности кинесики по всем трем каналам (мимика/жест/поза), что проявляется как снижением динамики кинесических показателей в единицу, так и уменьшением разнообразия и специфичности (в отображении эмоциональных состояний) кинесических характеристик. И, если, при непсихотических расстройствах кинесика отражает широкий спектр болезненных расстройств и связанных с ними аффективных реакций, то, по мере нарастания тяжести органического поражения головного мозга, доминирующую роль приобретают признаки, указывающие на снижение когнитивной активности, субмиссию и регресс.

Собственно регрессивные кинесические признаки отражают снижение, а в дальнейшем, утрату коммуникативной функции невербальных компонентов коммуникации, их неспецифичность, семантическую выхолощенность, стереотипный характер, крайне низкую динамику, коммуникативный апрагматизм. При этом наиболее чувствительно реагирует на органический процесс мимический канал, как наиболее высокоспецифичный, требующий высокой энергетической обеспеченности, тонкой дифференциации и регуляции церебральных структур. В какой-то мере мимический канал компенсируется увеличением объема позного канала и его динамики, которые, однако, носят неспецифический характер и семантически выхолощены. Все вышеописанные особенности кинесики отражают биологическую сущность органических поражений головного мозга, выражающуюся в дезинтеграции корковых и подкорковых структур, участвующих в обеспечении речевого поведения, неспецифической активации подкорковых и стволовых структур на фоне уменьшения общей церебральной энергетики, снижения и выпадения тех или иных когнитивных способностей и высших корковых функций.

В группе психических расстройств рубрики F2 отмечаются качественные и количественные различия в зависимости от характера и давности болезненного процесса, в связи с чем отдельно изучались острые психотические расстройства и шизофрения с наличием в клинической картине как продуктивных, так и дефицитарных расстройств. При острых расстройствах кинесическая динамика достоверно меньше нормы, однако не достигает уровня органиче-

ских расстройств. Уменьшение динамики кинесических показателей, в то же время, не отражается существенно на информативности данной составляющей. При хронических расстройствах наблюдается уменьшение динамики кинесических характеристик, в сравнении с острыми расстройствами, достигающее, однако, достоверных различий только по мимическому каналу. При этом, при хронических расстройствах наблюдается тенденция к уменьшению семантической насыщенности кинесики по мере нарастания выраженности дефицитарной симптоматики. Семантически все кинесические признаки можно разделить на следующие группы:

- при острых расстройствах:

1) семантика, отражающая сущность психопатологических переживаний.

Особое значение приобретает регистрация признаков, указывающих на агонистическое поведение, агрессивность, тревогу и неискренность, что является неопределимым подспорьем в выявлении диссимуляции болезненных переживаний, оценки степени тяжести психопатологической симптоматики, прогнозировании общественно-опасных действий.

2) семантика, отражающая специфичность эндогенного процесса.

Данная категория включает в себя признаки диссоциации как в рамках одного канала (мимическая диссоциация «верх – низ», «правая – левая половины лица»), так и разных каналов (несогласованность семантики жеста и мимики).

- при хронических расстройствах:

наряду с семантиками острых расстройств появляется семантика, указывающая на нарастание регрессивных черт в кинесике речевого поведения. К ним относятся следующие: наличие стереотипий в мимике и жестах, статичные позы, признаки субмиссии, низкоспецифичные и семантически выхолощенные кинесические показатели.

Биологически указанные особенности можно интерпретировать следующим образом:

- уменьшение кинесической динамики связано с погруженностью больных в свои переживания, диссимулятивными тенденциями, превалированием внутренней речевой активности (попытки осмысления происходящего) над внешней; энерге-

тическим дисбалансом церебрального обеспечения речевого поведения;

- диссоциативная кинесическая симптоматика связана с корково-подкорковой дисфункцией на почве нейрогуморальных расстройств, свойственных данной патологии;

- появление регрессивных черт при длительном течении шизофренического процесса связано с появлением микроорганического фона, нарастающим и необратимым снижением специфической энергии действия.

Для аффективных расстройств характерна четкая дефиниция кинесики в зависимости от полярности аффективной фазы. При депрессивных расстройствах динамика кинесических показателей несколько ниже контрольной группы, но в целом сохранна; маниакальные расстройства характеризуются существенным увеличением динамики кинесических характеристик, особенно, по каналам мимики и жеста (более чем в 2 раза, в сравнении с депрессивными расстройствами). Семантика кинесики отражает и дополняет болезненные переживания пациентов группы. Кроме того, преобладающее значение при депрессиях имеют статично-субмиссивные характеристики, при маниях – экспансивно-агонистические.

Биологически указанные особенности объясняются полярными изменениями церебральной энергетики и специфической энергии действия в целом, что отражается как на когнитивной, так и на двигательной активности и вполне логично вытекает из нейромедиаторных теорий этиопатогенеза аффективных расстройств.

При невротических расстройствах кинесика компенсирует недостаточность и неточность вербальной семантики в осмыслении и презентации широкого спектра сложных переживаний в связи с невротическими конфликтами, что наиболее ярко проявляется с учетом детского возраста пациентов. При этом наблюдается увеличение динамики кинесических показателей по каналам мимики и жеста. Интересен факт уменьшения вклада семантики позного канала, при ощутимом увеличении жестового. Данный факт легко объяснить, если вспомнить, что жестовая коммуникация предшествовала в филогенезе вербальной, и является эволюционно обусловленным механизмом компенсации недостаточности и неточности вербального канала. Семантика кинесических признаков отражает аффективные переживания больных. При этом следует отме-

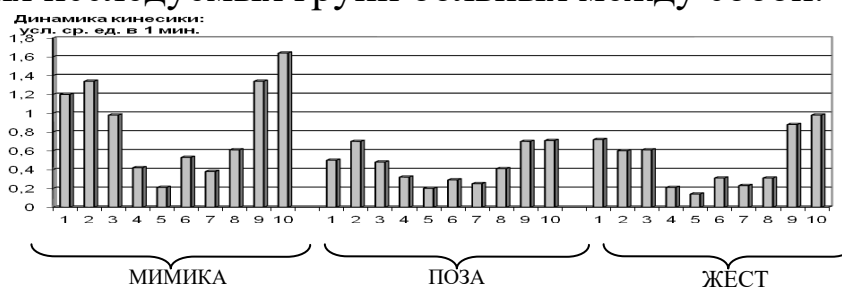
тить особенности, присущие детям с невротическими расстройствами, а именно: некоторую избыточность и низкую дифференцированность отдельных кинесических характеристик, что связано с функциональной незрелостью взаимосвязей отдельных семантик речевого поведения в передаче информации. Таким образом, кинесические характеристики детей с невротическими расстройствами отражают высокую функциональную нагрузку мозговых систем, обеспечивающих речевое поведение.

Проиллюстрируем описанные выше особенности динамики кинесических характеристик по всем исследуемым группам (рис.8.1).

Статистический анализ демонстрирует наибольшую дифференциально-диагностическую значимость мимического канала, динамика которого достоверно отличается в большинстве исследуемых подгрупп.

Канал поз имеет дифференциально-диагностическую значимость в сравнении: невротических расстройств у детей и подростков со всеми группами; аффективных расстройств настроения с эндогенными психотическими и органическими непсихотическими расстройствами; эндогенных психотических и органических непсихотических расстройств. Жестовый канал работает в дифференцировании следующих групп: невротические расстройства – все группы; органические непсихотические с эндогенными психотическими и аффективными расстройствами: эндогенные психотические – дементные расстройства.

Таким образом, каждая из изучаемых подгрупп больных имеет хотя бы один канал для дифференциальной диагностики со всеми исследуемыми группами. Клинико-статистический анализ подтверждает в целом все вышеописанные тенденции дифференцирования исследуемых групп больных между собой.



- | | |
|---|---|
| 1) контрольная группа: взрослые | 6) острые психотические расстройства (F2); |
| 2) контрольная группа: дети и подростки; | 7) хронические психотические расстройства (F2); |
| 3) органические непсихотические расстройства; | 8) депрессивные аффективные расстройства; |
| 4) органические психотические расстройства; | 9) маниакальные расстройства; |
| 5) дементные состояния; | 10) невротические расстройства: дети и подростки. |

Рис. 8.1. Соотношения динамики основных кинесических характеристик в исследуемых группах

8.2. Просодический аспект речевого поведения

Опишем наиболее значимые дифференциальные характеристики просодики в исследуемых группах больных, в соотношении их с биологической сущностью психических расстройств.

Для органических психических расстройств характерно нарастающее снижение динамики основных просодических параметров по мере увеличения степени органического поражения головного мозга. Это положение, однако, не касается органических непсихотических расстройств, при которых динамика основного тона сопоставима с нормой, а динамика темпа речи увеличивается, что связано с насыщенностью переживаний аффектами. Семантика просодики связана, как и при других видах расстройств, в первую очередь, с ведущим психопатологическим синдромом и воплощает в себе как особенности аффективной сферы в контексте наиболее значимых переживаний, так и характеристики общего физического состояния пациента. Помимо этого, по мере нарастания органического поражения, ведущее значение приобретает просодический синдром органического поражения головного мозга, отражающий специфичность патологии. Сущность синдрома сводится к снижению семантической насыщенности просодики, вплоть до полной выхолощенности, обеднению и стереотипизации интонационных характеристик, нарастанию выраженности регрессивных черт, свидетельствующих о распаде системы речевого поведения.

Указанные особенности просодического компонента речевого поведения объясняются снижением и утратой корковой церебральной регуляции последнего, неспецифической компенсаторной активизацией подкорковых и стволовых структур головного мозга, в работе которых отчетливо проявляются стигмы органического поражения. В зависимости от этиологии органического поражения, более активно проявляется дисфункция тех или иных отделов головного мозга, что имеет диагностическое значение, однако, указанные черты являются отчетливыми лишь на начальных этапах дементирующих заболеваний.

При острых психотических расстройствах рубрики F2 динамика основных просодических характеристик ниже, чем в контрольной группе, но, в то же время, достаточно выражена, что связано, с одной стороны, с насыщенностью клинической картины психопат-

тологическими, в том числе и аффективными, переживаниями и, с другой стороны, с выраженными диссимулятивными тенденциями пациентов группы и наличием синдромов с незначительными изменениями паралингвистических параметров (субступорозный, бредовый, апатический). В группе дефицитарных расстройств наблюдается достоверное снижение динамики просодических параметров, что объясняется влиянием самого эндогенного процесса. Содержание семантики просодического канала коммуникации укладывается в две основные группы:

1) отражение переживаний в рамках ведущего психопатологического синдрома – включает в себя описанные нами просодические синдромы (галлюцинаторный, гебефренический, бредовый и т.д.);

2) отражение специфики эндогенного процесса, описанные нами под названием микрокататонического просодического синдрома. Сущность синдрома заключается в эмоциональном обеднении речи, утрате сложных и тонких эмоциональных оттенков просодии, появлении ряда регрессивных элементов: речь монотонна, интонационные характеристики и модальности обеднены, выражены нарушения дикции, увеличивается количество «шумовых помех». По мере нарастания психического дефекта, указанные синдром имеет тенденцию к доминированию. Микрокататонический просодический синдром, как и все наиболее значимые изменения просодики в данной группе, объясняется диссоциативными процессами в когнитивной и эмоционально-волевой сферах и связаны, главным образом, с поражением подкорковых ядер и патологией корково-подкорковых связей, носящим в группе острых расстройств функциональный характер и приобретающим, по мере течения шизофренического процесса, органические черты (постоянную выраженность и необратимость).

При (аффективных) расстройствах настроения динамика основных просодических параметров существенно увеличивается, в сравнении с нормой. При этом маниакальные расстройства характеризуются значительным возрастанием изменений основного тона и темпа речи, что логично вытекает из особенностей ведущих аффектов, общего увеличения темпа протекания психических процессов. Динамика показателей при депрессивных расстройствах определяется, главным образом, наличием и выраженностью тревожных расстройств в структуре клинической картины и может варьировать

в широких пределах от минимальной при депрессивном субступоре, до максимальной при меланхолическом раптусе. Содержание просодических семантик определяется исключительно ведущим психопатологическим синдромом и отражением болезненных переживаний, его составляющих.

Особенности просодики при аффективной патологии детерминированы дисбалансом церебральной энергетики, характер которой определяется полярностью аффективной фазы.

Невротические расстройства отличаются максимальной, среди всех исследуемых групп, динамикой просодических показателей, что объясняется презентацией информативно и аффективно насыщенных переживаний, имеющих высокую субъективную значимость и неоднозначность, что является главным содержанием семантики данного канала. Изучение просодических особенностей в данной клинической группе приобретает наиболее важное значение с учетом значительного объема информации, позволяющей уточнять, дополнять и корректировать вербальное сообщение, приближаться к субъективным семантикам болезненных переживаний.

Возрастные особенности группы, отражающие функциональную незрелость системы речепорождения и фонационно-артикуляционного аппарата проявляются в условиях невротического расстройства и, связанных с ним перегрузок системы речевого поведения, наиболее ярко. И если в младшей возрастной группе подобные онтогенетические характеристики просодики встречаются и у здоровых детей (хотя, и в меньшей степени), то при невротических расстройствах они отмечаются и у детей после 9 лет, что является показателем появления регрессивных черт и, особенно, на фоне выраженных аффективных расстройств.

Представим графически показатели динамики основных просодических параметров исследованных групп больных и лиц контрольной группы (рис.8.2).

Оценка статистической достоверности дифференциально-диагностической значимости динамики основных просодических параметров (основного тона и темпа речи) в исследуемых группах привела к следующим результатам. Динамика просодик в группе детей с невротическими расстройствами достоверно отличается по обоим показателям от всех исследуемых групп больных (во всех случаях она выше). Органические расстройства имеют самую низкую динамику (за исключением непсихотических расстройств) и

достоверно отличаются от всех групп (кроме пары: органические психотические – эндогенные психотические). Группа аффективных расстройств (депрессивные) достоверно отличается по всем показателям от всех групп за исключением эндогенных психотических (достоверны отличия лишь по динамике темпа с хроническими расстройствами группы F2).

Таким образом, клинико-статистический анализ подтверждает дифференциальную значимость оценки динамики просодических параметров – информативности просодической семантики речевого поведения в исследуемых группах (за исключением острых психотических и депрессивных расстройств эндогенного генеза).

Обобщенные представления о семантиках просодического канала речевого поведения в исследуемых группах с позиций дифференциальной диагностики отражены в табл. 8.2.

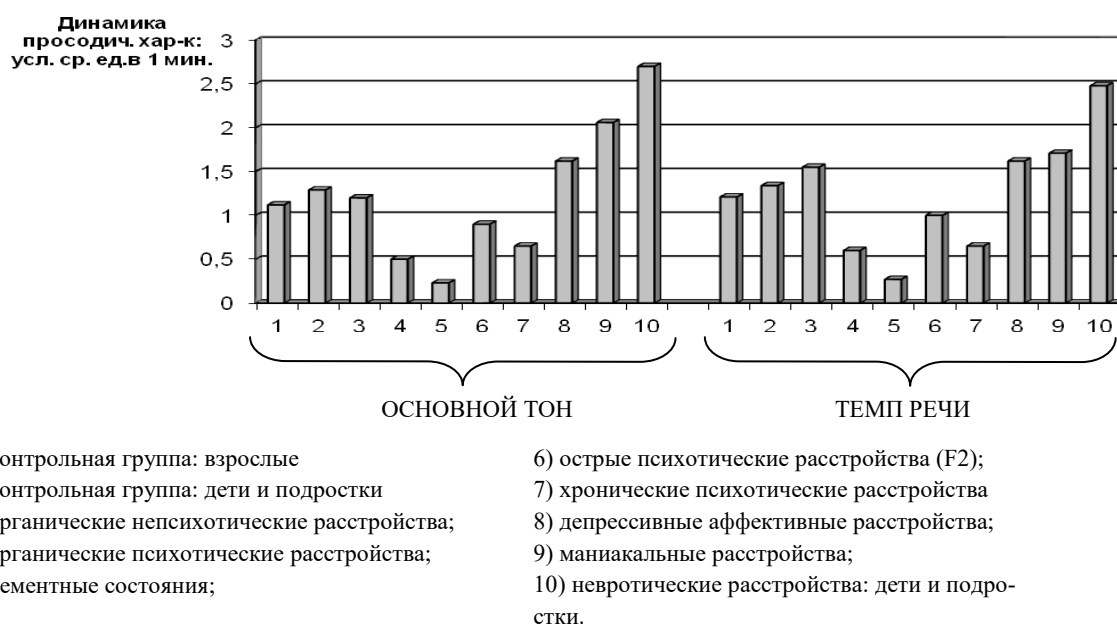


Рис.8.2. Основные просодические параметры в исследуемых группах

Таблица 8.2 Дифференциально-диагностические характеристики просодической семантики речевого поведения исследуемых групп больных

Группы <i>Признаки</i>	Органические психические расстройства	Эндогенные психотические расстройства	Аффективные расстройства	Невротические расстройства у детей и подростков
Динамика просодических показателей	Значительное снижение	Несколько снижена	Снижение / увеличение в зависимости от полярности аффективной фазы	Значительное увеличение
Ведущий просодический синдром и его характеристики:	Органический: упрощение и обеднение интонационных характеристик, монотонность речи, увеличение количества и продолжительности пауз; нарастание фонационно-артикуляционной дисфункции: нарушение дикции, неразборчивость звучания речи, увеличение количества нечленораздельных звуков; утрата мелодичности, интенсификация согласных звуков; неспецифичность ведущих модальностей	Микрокататонический: бедность и стереотипность интонации, семантическая выхолощенность; прерывистость, утрата мелодичности по причине диспрозодии, вычурный характер акцентирования; узкий диапазон динамики просодических характеристик; появление ряда органических признаков по мере нарастания дефекта	Депрессивный: снижение темпа и громкости речи, низкочастотные характеристики; продолжительные паузы, заполняемые вдохами и выдохами с глоточным сжатием, междометиями; интенсификация гласных звуков; продолжительное звучание речи. Маниакальный: значительно увеличенные темп и громкость речи, динамика просодических показателей; прерывистость, слитное звучание речи; преобладание коротких пауз; аффективный тип интонирования	Конверсивный: резкие изменения просодических характеристик в широком диапазоне, богатство интонационных характеристик; прерывистость речи, большое количество коротких пауз; синдром глоточного сжатия; синдром дыхательной дизритмии. Признаки онтогенеза просодики: элементы дислалии и дисфонемии; выраженная мелодичность речи; интенсификация и растягивание гласных; редукция окончаний слов; яркое акцентирование; стереотипное заполнение пауз
Взаимодействие с вербальной семантикой	Дезинтеграция	Диссоциация	Усиление	Усиление, функциональная незрелость взаимосвязей

8.3. Вербальный аспект речевого поведения

Вербальная семантика речевого сообщения пациента несет в себе информацию, на основании которой традиционно базируется построение психиатрического диагноза. Психосемантический аспект вербального канала коммуникации довольно хорошо изучен в дифференциации изучаемых психических расстройств как с позиций клинической семиотики, так и в рамках лингвистического анализа, что находит свое отражение в диагностических критериях современных классификационных систем и многочисленных работах, приведенных в обзоре литературы. Поэтому, представим наиболее существенные отличия изучаемых групп больных по психолингвистическим особенностям, семантико-синтаксическим и прагматическим характеристикам.

Психолингвистические особенности.

Как уже отмечалось нами ранее, изучение речевых ошибок представляет интерес с позиций исследования особенностей процессов порождения речи, в зависимости от формы психической патологии, ее клинической динамики. В табл.8.3. представлены сводные данные об основных видах речевых ошибок по всем обследуемым группам, с учетом их приуроченности к определенному уровню в системе речепорождения.

Таблица 8.3 Анализ речевых ошибок исследуемых групп

Виды речевых ошибок	Среднее количество речевых ошибок в 1 мин. по группам:								
	F0 не-психот	F0 психот.	F0 демент.	FII остр.	FII хрон.	FIII	IV: дети	Контр взрослые	Контр р. дети
Оговорки	1,01	1,22	1,28	0,80	1,01	0,57	1,10	0,36	1,15
Коррекция	0,55	0,31	0,06	0,29	0,17	0,37	1,34	0,47	1,76
Фальстарт	0,39	0,17	0,09	0,29	0,04	0,09	1,94	0,21	1,03
Повторы	0,77	0,55	1,41	0,73	2,12	0,5	1,22	0,32	0,73
Нарушения дикции	0,45	0,60	2,41	3,09	4,40	0,23	0,21	0,05	0,13
«Пустые паузы»	0,15	0,21	0,67	0,24	0,27	0,19	0,11	0,03	0,07
Итого речевых ошибок	3,32	3,16	5,96	5,44	6,01	1,95	5,92	1,93	4,87
Уровень рече-производства с которыми связаны преобладающие ошибки	1-й и 3-й	1,3,4	Все 4	1 и 2	Все 4	1-й, 4-й	1-й, 3-й, 4-й	1-й	1-й

Как видно из таблицы, при органических психических расстройствах прослеживается отчетливая тенденция к нарастанию количества речевых ошибок и к поражению всех уровней системы речепроизводства. Патогномичными являются паузы без семиотико-синтаксического обоснования («пустые») – дефицитарность инициальных уровней речепроизводства, компенсируемая увеличением количества повторов (2-й и 3-й уровни) и нарушения дикции, отражающие поражение корковых уровней речевого поведения с неспецифической активацией подкорковых и стволовых, утратой контроля за процессом речепорождения (низкий уровень коррекции).

Для острых психотических расстройств рубрики F2 наиболее специфичны следующие виды речевых ошибок: коррекции и фальстарты – отражение большого количества сложных для осмысления и презентации болезненных переживаний при активных диссимулятивных тенденциях, о чем также свидетельствует большое количество повторов, нарушения дикции, отражающие вовлеченность подкорковых структур в болезненный процесс и высокую аффективную насыщенность переживаний (преимущественно 1-й и 2-й уровни речепорождения). При дефицитарной шизофрении отмечается большое количество повторов, отражающих дефицитарность в работе инициальных уровней речепорождения, а также высокий уровень нарушений дикции, носящих необратимый характер.

При аффективных расстройствах преобладают оговорки и коррекции, свидетельствующие о дисфункции энергетического обеспечения первого уровня речепорождения и нарушения дикции – отражающие высокую аффективную насыщенность переживаний.

Невротические расстройства отличаются высоким уровнем оговорок, коррекций и фальстартов, что отражает аффективно насыщенные и субъективно значимые болезненные переживания, соотносимые с 1-ым уровнем, о чем также свидетельствует высокое количество повторов (3-й уровень), являющихся семантически обоснованными и выделяющими ключевые моменты переживаний. Нарушения дикции и «пустые» паузы, приуроченные к 4-му уровню, отражают неготовность фонационно-артикуляционного аппарата к высоким функциональным нагрузкам на фоне аффективно насыщенного невротического конфликта.

Таким образом, результаты, полученные в ходе психолингвистического анализа речевых ошибок подтверждают выводы, оформившиеся в ходе изучения особенностей кинесики и просодики.

Семантико-синтаксические особенности.

Тщательно проведенный клинико-статистический анализ семантико-синтаксических индексов и психолингвистических коэффициентов позволил выделить ряд показателей, достоверность которых справедлива для сравнения большинства подгрупп исследуемых больных. Представим эти показатели в распределении по следующим группам:

1) Показатели структурно-функциональной сложности текста:

- количество сложных предложений в тексте (S1, %);
- семантико-синтаксическая полнота (SSP, %).

2) Показатели семантической насыщенности текста:

- информативная плотность текста (I);
- новизна текста (N).

3) Показатель соотношения субъектов и предикатов (S/P_R);

4) Показатель синтаксического строя текста – инверсивность (Inv.).

Представим сравнительные характеристики указанных семантико-синтаксических показателей по всем группам (табл.8.4).

Таблица 8.4 Основные семантико-синтаксические показатели исследуемых групп

Семантико-синтаксические показатели	Средние значения семантико-синтаксических показателей по группам:								
	F0 не-психот.	F0 психот.	F0 демент.	FII остр.	FII хрон.	FIII	FIV	Контр. взросл.	Контр. дети и подрост.
Количество сложных предложений (S1)	20,19	12,03	2,82	26,55	22,19	25,35	31,36	34,29	27,76
Семантико-синтаксическая полнота (SSP)	88,99	83,29	53,52	91,13	89,31	94,47	96,45	96,19	94,87
Информативная плотность текста (I)	1,39	1,21	0,83	1,49	1,33	1,48	1,61	1,62	1,41
Новизна текста (N)	1,28	1,20	0,61	1,53	1,31	1,46	1,46	1,60	1,39
Отношения Субъекты / предикаты (S/P _R)	0,47	0,48	0,41	0,44	0,45	0,53	0,77	0,55	0,79
Инверсивность (Inv.)	6,23	8,94	16,08	2,64	3,56	3,19	1,04	1,69	0,93

Первые два показателя характеризуют уровень структурной сложности текста, его синтаксическую сохранность. Они отражают тенденцию к упрощению и распаду речи при органической патологии (прогрессирующее снижение) и упрощение текста по мере нарастания дефицитарной симптоматики при шизофрении. При невротических расстройствах, наоборот, указанные показатели возрастают, что характеризует структурно-функциональное усложнение текста. Аналогичным образом изменяются и следующие два показателя: информативной плотности и новизны текста, отражающие семантическую насыщенность сообщения. Учитывая, что указанные показатели сопоставимы по своей сущности с показателями динамики кинесических и просодических характеристик, представим их значение по всем группам в виде диаграммы (рис.8.3).

Показатель соотношения субъектов и предикатов в тексте характеризует два главных члена предложения и их особенности и интерпретируется с учетом других семантико-синтаксических показателей (количество составных предикатов, неполная реализация предиката, количество субъектов выраженных местоимениями и существительными). У здоровых взрослых этот показатель характеризует нормальный баланс субъектов и предикатов, при выраженной полипредикативности. В контрольной группе детей показатель выше, что указывает на высокую долю субъектов в предложении, при недостаточно сформированной предикативной функции. Соотношение субъектов и предикатов при органических расстройствах прогрессирующе снижается, что обусловлено выраженным уменьшением субъектов (безличные, неопределенные личные, семантически и синтаксически неполные предложения) на фоне уменьшения полипредикативности. Невысокий показатель в группе психотических расстройств рубрики F2 связан со значительным увеличением количества предикатов, что является необходимым в процессе осмысления и передачи психотических переживаний, сводимых к многокомпонентным и насыщенным действиям как в социуме, так и, главным образом, в интрапсихическом пространстве. При аффективных расстройствах настроения сохраняется баланс субъектов и предикатов, что подчеркивает преобладание количественных изменений над качественными.

Показатель инверсивности, на наш взгляд, косвенным образом характеризует синтаксическую правильность речи и указывает на количество регрессивных синтаксических отношений в тексте.

Данный показатель нарастает в группе органических расстройств по мере увеличения выраженности органического поражения головного мозга и в группе психотических расстройств F2 от острых к дефицитарным, являясь своего рода индикатором, вышеописанных тенденций регресса речевого поведения, в целом.

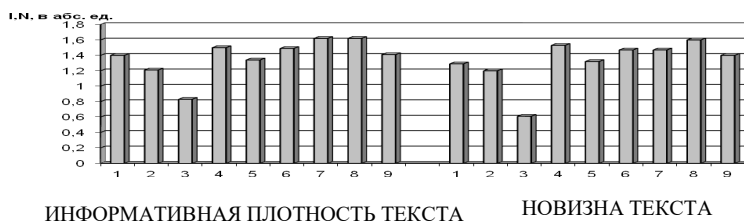
Следует особо отметить патогномичность показателя семантико-синтаксической диссоциации для психотических расстройств рубрики F2, отражающего формальные расстройства мышления, в частности, тематические соскальзывания и разорванность.

Прагматические особенности.

Характеризуя прагматические особенности вербального компонента речевого поведения в исследуемых группах, следует выделить две основные характеристики, имеющие очевидное диагностическое и дифференциальное значение: специфику коммуникативного прагматизма и структуру речевых актов, сводимую к иллокутивно-перлокутивным взаимоотношениям.

При органических психических расстройствах отмечается тенденция нарастания коммуникативного гипопрагматизма, ослабление и разрушение иллокутивно-перлокутивных взаимосвязей, отражающие распад речевых актов и системы речевого поведения в целом, вследствие выраженных когнитивных расстройств.

Психотическим расстройствам рубрики F2 свойственны увеличение, по мере нарастания дефицитарных расстройств, выраженности коммуникативного гипо- и апрагматизма, отражающего аутизацию и эмоционально-волевое снижение, и иллокутивно-перлокутивная диссоциация, отражающая формальные расстройства мышления. Глубокие дефицитарные состояния приближаются по своим прагматическим характеристикам к дементным расстройствам.



- | | |
|---|--|
| 1) органические непсихотические расстройства; | 6) аффективные расстройства настроения; |
| 2) органические психотические расстройства; | 7) невротические расстройства: дети и подростки; |
| 3) дементные расстройства; | 8) контрольная группа: взрослые; |
| 4) острые расстройства рубрики F2; | 9) контрольная группа: дети и подростки. |
| 5) хронические расстройства рубрики F2; | |

Рис.8.3. Соотношение семантико-синтаксических показателей информативной плотности и новизны текста в исследуемых группах

Коммуникативный прагматизм больных с аффективными расстройствами представляет собой полярные характеристики количественных изменений прагматической активности и усиления или ослабления иллокутивно-перлокутивных связей, в зависимости от полярности фазы (усиление – при маниакальных и ослабление – при депрессивных расстройствах). Диссоциативные элементы в прагматике отражают когнитивную активность на высоте выраженных аффектов.

Невротические расстройства у детей и подростков отличаются по прагматическим особенностям от контрольной группы лишь количественно: высоким прагматизмом, функциональной сложностью и активностью усиленных иллокутивно-перлокутивных взаимоотношений.

Дифференциально-диагностические характеристики вербальных семантик речевого поведения обследуемых групп представлены нами в табл.8.5.

Таблица 8.5 Дифференциально-диагностические характеристики вербальной семантики речевого поведения исследуемых групп больных

Группы <i>Признаки</i>	Органические психические расстройства	Эндогенные психотические расстройства	Аффективные расстройства	Невротические расстройства у детей и подростков
Психосемантические характеристики	Выхолощенность основных психосемантических пространств; фрагментированность упрощение субъективной картины мира и самосознания; утрата компенсаторных способностей; анозогнозия	Диссоциация психосемантических пространств, сложный и деформированный характер окружающего мира и самосознания; регрессивные психологические защиты	Полнота психосемантических пространств, искажение субъективной картины мира и самосознания в зависимости от полярности аффективной фазы	Неравномерное усложнение субъективной картины мира и психосемантических пространств; эгоцентризм; соматизация внутренней картины болезни; несовершенство защитных механизмов

Продолжение таблицы 8.5

Группы Признаки	Органические психические расстройства	Эндогенные психотические расстройства	Аффективные расстройства	Невротические расстройства у детей и подростков
Психолингвистические характеристики	Большое количество речевых ошибок, преобладание «пустых» пауз и повторов. Уменьшение числа прилагательных, падение pregnантности высказываний	При острых расстройствах преобладают коррекции и фальстарты, высокая pregnантность; при хронических – нарушения дикции;	Низкое количество речевых ошибок, преобладают оговорки; психолингвистические индексы по величине коррелируют с полярностью аффектов	Высокое количество речевых ошибок функционального характера: оговорки; коррекции, фальстарты; функциональная незрелость речеобразования
Синтаксические характеристики	Снижение информативности и новизны текста, структурно-функциональный его распад; большое количество регрессивных конструкций	Семантико-синтаксическая диссоциация; высокая новизна текста, предикативная сложность, структурно-функциональное усложнение текста, при уменьшении полноты	Структурно-функциональная и семантическая сохранность текста; выраженный субъективный состав предложения	Структурно-функциональное усложнение текста; высокая информативность; незрелость предикативных функций; онтогенетические признаки
Прагматические характеристики	Коммуникативный гипопрагматизм; снижение способности к диалогу. Разрушение структуры речевых актов	Широкий спектр коммуникативной прагматики, интровертивная ее направленность. Диссоциативная структура речевых актов	Прагматическая активность определяется ведущими аффектами. Структура речевых актов сохранена, взаимодействия компонентов изменяются количественно	Высокий коммуникативный прагматизм. Функциональное усложнение структуры речевых актов. Несовершенство коммуникативных стратегий

8.4. Разномодальные семантики

В предыдущих разделах нами описаны дифференциальные характеристики трех составляющих речевого поведения: кинесической, просодической и вербальной, различных психических расстройств. Представим особенности взаимодействия разномодальных семантик этих трех составляющих, как количественные, так и качественные.

Для оценки количественных отношений разномодальных семантик следует подчеркнуть, что все они, слагаясь образуют единое целое – семантику речевого поведения. Семантику канала презентирует средняя динамика основных его информационных характеристик. Выделим по одному усредненному семантическому показателю каждого канала коммуникации, по всем группам, и сопоставим их объем информации в общей семантике речевого поведения. Для кинесики этот информационный показатель является средним арифметическим показателем динамики мимики, поз и жестов; для просодики – среднее значение динамики основного тона и тембра речи; для вербальной составляющей – среднее значение показателей информативной плотности текста и новизны. Средние показатели информативности всех коммуникативных составляющих речевого поведения и их объемные соотношения приведены в табл. 8.6.

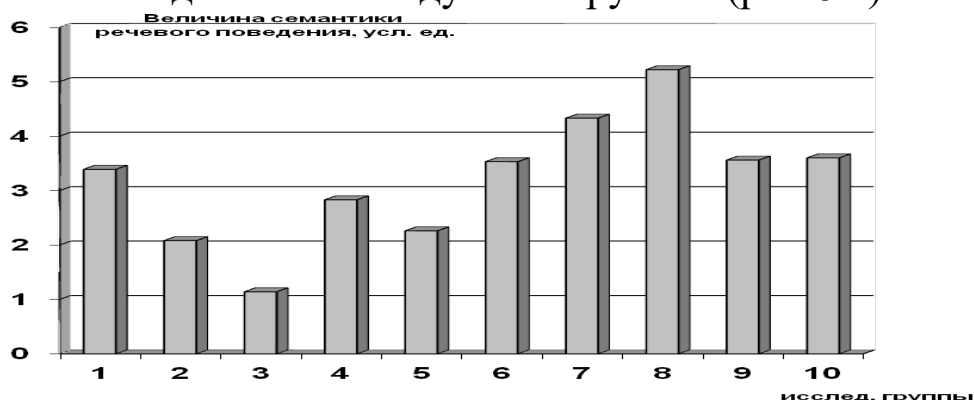
В контрольной группе взрослых вербальная семантика, несущая наибольший объем информации (45,3%), дополняется просодической информацией (31,6%) и, в меньшей степени, кинесикой (23,1%). У здоровых детей объем вербальной семантики несколько меньше (38,9%), что отражает онтогенетические характеристики речевого поведения и компенсируется, в первую очередь, просодикой (36,6%).

При органических психических расстройствах отмечается снижение специфической и информативной значимости кинесики и просодики (причем последней, в значительной степени: от 40,1% при непсихотических, до 21,1% при дементных расстройствах). Информация, которую несет речевое поведение, определяется вербальной семантикой (объем возрастает от 39,5% до 63,1%). Указанные данные отражают распад системы речевого поведения.

Таблица 8.6 Сравнительная характеристика средних показателей информативности разномодальных семантик и их объемных соотношений в семантике речевого поведения

Исследуемая группа	Среднее значение информативности разномодальных семантик (в абс.ед.) и их объемный вклад в семантику речевого поведения (в %)			
	кинесика	просодика	вербальная	всего
Органические непсихотические расстройства	0,69±0,05 20,4	1,36±0,08 40,1	1,34±0,03 39,5	3,39±0,05 100
Органические психотические расстройства	0,32±0,05 15,4	0,55±0,04 26,5	1,21±0,06 58,1	2,08±0,05 100
Дементные расстройства	0,18±0,04 15,8	0,24±0,01 21,1	0,72±0,05 63,1	1,14±0,03 100
Острые расстройства группы F2	0,37±0,05 13,1	0,95±0,04 33,6	1,51±0,04 53,3	2,83±0,05 100
Хронические расстройства группы F2	0,28±0,04 12,4	0,66±0,08 29,1	1,32±0,05 58,5	2,26±0,06 100
Депрессивные аффективные расстройства	0,44±0,07 12,5	1,62±0,04 45,8	1,47±0,03 41,7	3,53±0,05 100
Маниакальные расстройства	0,97±0,05 22,4	1,89±0,06 43,6	1,47±0,03 34,0	4,33±0,04 100
Невротические расстройства: дети и подростки	1,1±0,09 21,1	2,58±0,05 49,5	1,54±0,04 29,4	5,22±0,06 100
Контрольная группа: взрослые	0,82±0,07 23,1	1,13±0,08 31,6	1,61±0,03 45,3	3,56±0,06 100
Контрольная группа: дети и подростки	0,88±0,07 24,5	1,32±0,06 36,6	1,40±0,04 38,9	3,6±0,06 100

Представим количественные соотношения совокупных семантик речевого поведения в исследуемых группах (рис.8.4).



- 1 – органические непсихотические расстройства;
- 2 – органические психотические расстройства;
- 3 – дементные расстройства;
- 4 – острые расстройства (F2);
- 5 – хронические расстройства (F2);
- 6 – депрессивные аффективные расстройства;
- 7 – маниакальные расстройства (F3);
- 8 – невротические расстройства: дети и подростки;
- 9 – контрольная группа: взрослые;
- 10 – контрольная группа: дети и подростки.

Рис.8.4. Количественные соотношения совокупных семантик речевого поведения в исследуемых группах:

При острых расстройствах рубрики F2 доминирует вербальная семантика (53,3%) при сохранности просодики (33,6%) и слабой активности кинесики (13,1%), что объясняется необходимостью передачи сложных и насыщенных переживаний. По мере течения шизофренического процесса отмечается тенденция к снижению информативности просодики (29,1%) и кинесики (12,4%), что отражает появление регрессивных черт, бедность и стереотипность невербальных компонентов коммуникации, компенсируемые вербальными средствами (58,5%).

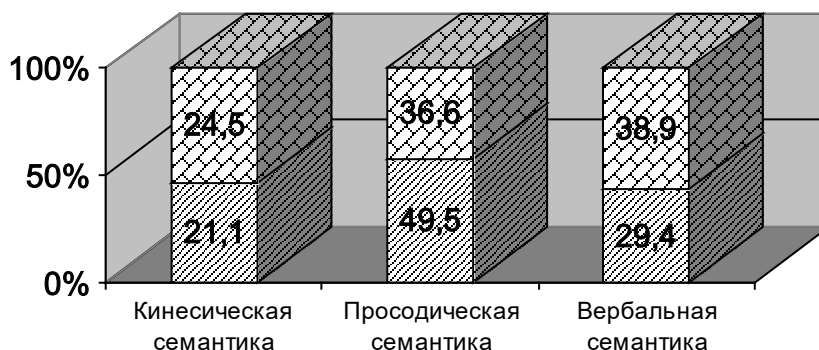
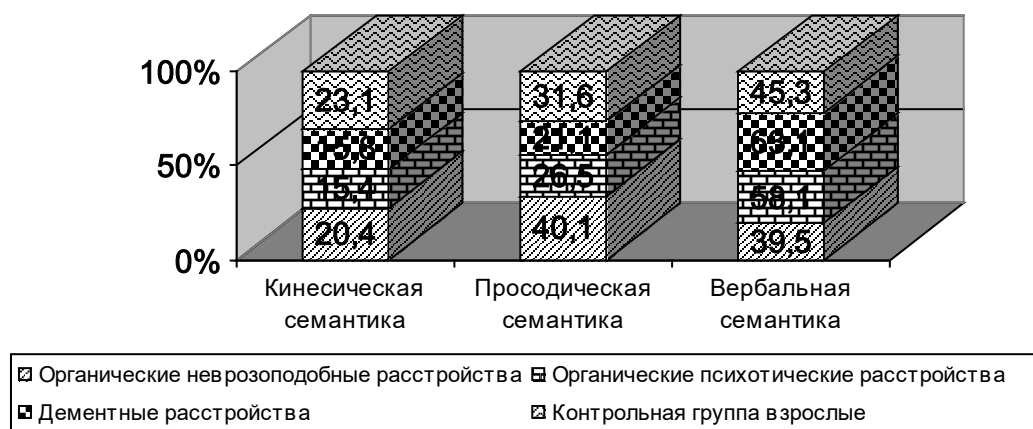
При аффективных расстройствах настроения вклад вербальной семантики относительно сохранен, хотя и меньше контрольной группы (41,7% – депрессивные, 34,0% – маниакальные расстройства). При этом, доминирующее значение имеет просодический канал коммуникации (45,8% и 43,6%, соответственно). Кинесическая информативность ярко подчеркивает полярность расстройств и при депрессиях почти в 2 раза ниже (12,5% и 22,4%).

У детей и подростков с невротическими расстройствами также доминирует просодическая семантика (49,5%), при сохранности, в

сравнении с контрольной группой, вклада кинесики (21,1% и 24,5%) и существенном уменьшении объема вербальной семантики (29,4% в сравнении с 38,9%). Последнее обстоятельство отражает затруднения детей в осмыслении, переработке и вербализации невротических конфликтов и вытекающих из них аффективных переживаний. Для наглядности представим указанные данные в виде объемных диаграмм (рис.8.5).

Органические психические расстройства, равно как и эндогенные психотические достоверно различаются в рамках выделенных внутри них подгрупп, что подтверждает обоснованность подобной дефиниции как с клинических, так и с позиций речевого поведения.

Подтверждением дифференциально-диагностической значимости является тот факт, что при сравнении общей средней информативности речевого поведения в 19 парах из 21 (90,5%) установлена достоверность различий. Пары органические неврозоподобные – аффективные расстройства настроения и органические психотические – хронические эндогенные психотические



■ Дети с невротическими расстройствами ■ Контрольная группа: дети

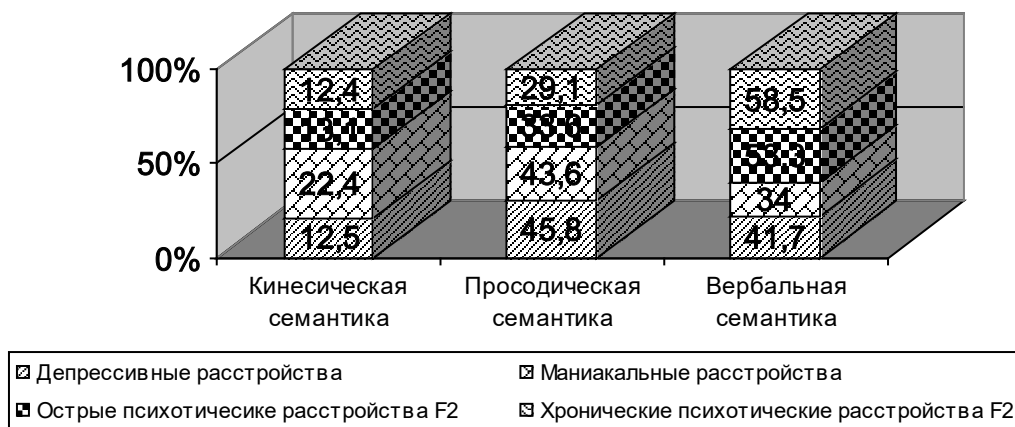


Рис.8.5. Диаграммы объемного вклада разномодальных семантик в речевое поведение исследуемых групп

расстройства отличаются недостоверно, что можно объяснить наличием клинически сходных черт и невыраженностью органического фона в неврозоподобных и его нарастанием при хронических эндогенных психотических расстройствах.

При изучении особенностей взаимодействия разномодальных семантик, составляющих речевое поведение, нами выделены варианты типичные для здоровых лиц, а также, специфичные для тех или иных видов психической патологии. Представим их в обобщенном виде.

У здоровых разномодальные семантики взаимодействуют в рамках трех основных вариантов: 1) полного семантико-синтаксического и прагматического соответствия; 2) подчиненного дополнения; 3) конкурирующих тенденций. Преобладание того или иного варианта определяется контекстом сообщения: его сложностью, характером эмоционального фона, прагматическими переменными и т.п.

При органических психических расстройствах из нормальных вариантов взаимодействия семантик сохраняется только подчиненное дополнение. Полное соответствие встречается только в группе непсихотических расстройств, прогрессирующе убывает при психотических расстройствах, практически отсутствует при деменциях. Конкурирующие тенденции отмечены при непсихотических расстройствах в контексте сложных аффективных переживаний и при психотических расстройствах – при диссимуляции болезнен-

ной симптоматики. В то же время, неуклонно нарастает вариант семантико-синтаксической дезинтеграции, вплоть до распада речевого поведения как многокомпонентного феномена.

При психотических расстройствах рубрики F2 специфичным является феномен семантико-синтаксической диссоциации разно-модальных семантик, на фоне относительной сохранности нормальных вариантов, выраженных в зависимости от контекста. По мере нарастания дефицитарных расстройств отмечается тенденция к превалированию диссоциации и подчиненного дополнения, появляются отдельные фрагменты текста, с конструкциями, несущими в себе дезинтеграцию разномодальных семантик.

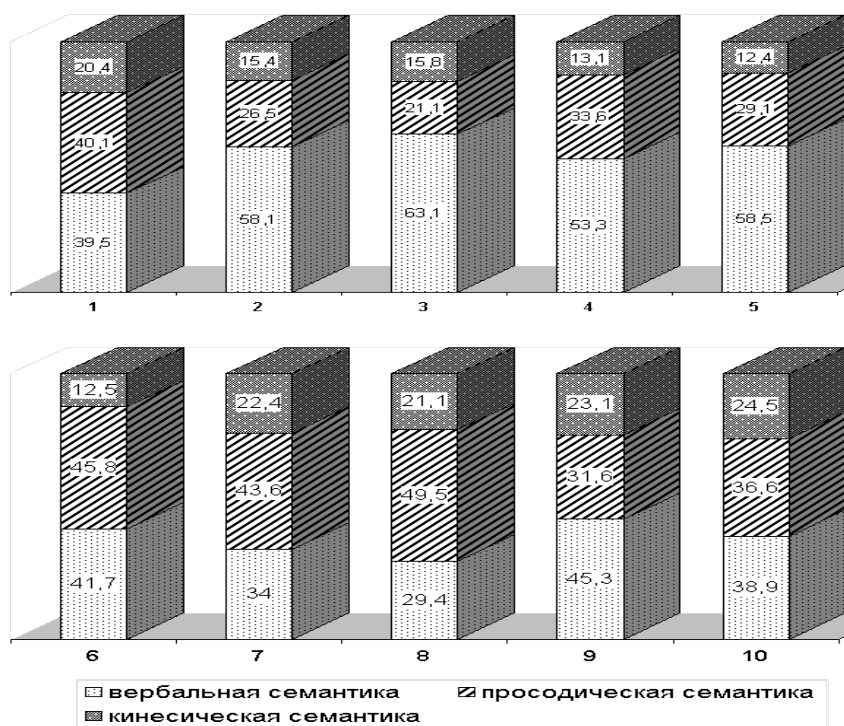


Рис.8.5. Диаграмма объемного вклада разномодальных семантик в речевое поведение исследуемых групп.

Условные обозначения:

1. Органические непсихотические расстройства;
2. Органические психотические расстройства;
3. Дементные расстройства;
4. Острые психотические расстройства FII;
5. Хронические психотические расстройства FII;
6. Депрессивные аффективные расстройства;
7. Маниакальные расстройства;
8. Дети и подростки с невротическими расстройствами;
9. Контрольная группа: взрослые;
10. Контрольная группа: дети и подростки.

Таблица 8.7 Дифференциально-диагностические характеристики особенностей взаимодействия разномодальных семантик речевого поведения исследуемых групп больных

Группы <i>Признаки</i>	Органические психические расстройства	Эндогенные психотические расстройства	Аффективные расстройства	Невротические расстройства у детей и подростков
Преобладающий тип взаимодействия семантик	<u>Дезинтегративный</u> : структурно-функциональное упрощение и смысловое выхолощение семантик, утрата специфичности взаимодействий и разрушение связей	<u>Диссоциативный</u> : рассогласование содержания семантик, отражающих диссимилируемые переживания, когнитивные и биологические черты эндогенного процесса	Усиление или ослабление соответствия семантик, в зависимости от полярности аффективной фазы, рост конкурирующих тенденций, появление диссоциации при психотических расстройствах	Функциональное усложнение семантик и особенностей их взаимодействия, рост конкурирующих тенденций как отражение невротического конфликта
Ведущие тенденции	Распад речевого поведения как функциональной системы по мере нарастания выраженности органического поражения головного мозга	По мере нарастания выраженности дефицитарных психопатологических расстройств происходит упрощение семантик и усиление диссоциативных черт, изменения приобретают необратимый характер	Динамика взаимодействий отражает характер и этап течения расстройства	Тяжесть расстройства и возраст пациентов способствуют увеличению выраженности онтогенетически более ранних характеристик семантик и их взаимодействий

При аффективных расстройствах сохраняются все нормальные варианты взаимодействия семантик, отмечаются лишь количественные изменения их соотношений в зависимости от полярности аффективной фазы и ведущего контекста сообщения. Кроме того, при маниакальных расстройствах отмечаются фрагменты, описываемые диссоциативным вариантом, отражающим сложные и полярные переживания и аффекты на максимуме их выраженности.

Невротические расстройства у детей и подростков характеризуются количественными изменениями нормальных вариантов взаимоотношения разномодальных семантик, при которых преобладающую роль играют конкурирующие тенденции и полное семантико-синтаксическое соответствие. В обобщенном виде описанные особенности взаимодействия разномодальных семантик речевого поведения представлены в табл. 8.7.

Таким образом, изучение разномодальных семантик речевого поведения в исследуемых группах психических расстройств подтверждает дифференциально-диагностическую значимость объемных соотношений отдельных семантик в структуре речевого поведения, их информативности как в количественном, так и в содержательном аспекте.

Резюмируя исследования, приведенные в данном разделе, можно утверждать, что изучение речевого поведения больных органическими психическими расстройствами, эндогенными психическими, аффективными расстройствами настроения и детей и подростков с невротическими расстройствами позволило выделить дифференциальные критерии указанных заболеваний как качественные, так и, статистически подтвержденные, количественные. Следовательно, комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах обладает дифференциально-диагностической значимостью, дополняя и уточняя классические клинические подходы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ применения метода комплексной диагностики речевого поведения для усовершенствования диагностического дифференциального и лечебно-реабилитационного процессов в психиатрической клинике.

Усовершенствование диагностического процесса, в том числе, за счет привлечения данных смежных научных дисциплин, является одной из актуальнейших проблем современной клинической психиатрии. Коммуникативное поведение больных с психическими расстройствами традиционно рассматривается психиатрами как важнейший источник информации, получаемой в ходе клинических исследований и являющееся основой для формирования диагностических суждений. В психиатрической практике речь и поведение являются не только объектами диагностики, инструментами для дифференцирования, оценки клинической динамики и прогноза, но одновременно выступают средством диагностики и способом терапевтического воздействия. Речевое поведение представляет собой клинический феномен, воплощающий органичное единение эволюционно-биологических свойств пациента, репрезентации всех аспектов его когнитивной деятельности, отражения социально-психологических субъективных характеристик. Отсутствие комплексных подходов к изучению речи в клинической практике, накопившиеся теоретические предпосылки в изучении отдельных аспектов речи и поведения больных с психическими расстройствами и высокая практическая значимость данной проблемы побудили нас к настоящему исследованию. Целью работы являлась разработка нового диагностического подхода – комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах, круг решаемых задач включает в себя разработку методики диагностики; изучение речевого поведения при основных формах психической патологии: органических расстройствах, эндогенных психотических, аффективных расстройствах настроения и невротических расстройствах у детей и подростков; подтверждение диагностической и дифференциально-диагностической значимости метода, иллюстрация возможностей и перспектив практического его применения.

Предложенная нами концепция речевого поведения рассматривает его как слагаемое трех компонентов со взаимодополняющими и взаимодействующими семантиками: вербальной – собственно

речь пациента; просодической – эмоциональные и биологические свойства звуковой оболочки речи (невербальные компоненты речи) и кинесической – невербальное поведение (комплекс мимических, позных и жестовых характеристик), сопровождающее речевое высказывание. Методология комплексной диагностики речевого поведения предполагает осуществление системного анализа речи больного с использованием клинико-психопатологического, клинико-этологического методов и методик лингвистического анализа в рамках новой научной парадигмы (см. рис 9.1).



Рис. 9.1. Структура комплексной диагностики речевого поведения.

Превалирование в предложенной диагностической модели значимости медико-биологического понимания речевого поведения, опора на клинические характеристики верифицированных форм психических расстройств позволяют рассчитывать на диагностическую значимость получаемых результатов, интерпретируемых на стыке методологии смежных дисциплин.

Разработанная нами методика комплексной диагностики речевого поведения предполагает поэтапное осуществление различных методов исследования речи и поведенческой активности, объединенных логикой вышеописанного методологического подхода. На первом этапе проводилось традиционное психодиагностическое интервью с больным, целью которого являлось установление терапевтических отношений с пациентом, верификация диагноза и составление программы необходимых диагностических и терапевтических реабилитационных мероприятий. С целью объективизации клинической симптоматики и оценки ее динамики нами использовались специальные оценочные и рейтинговые шкалы: шкала продуктивных и негативных расстройств при шизофрении (PANSS-I), оценочная шкала депрессии Гамильтона (HDRS), Рейтинговая шкала Бека для изучения депрессий (The Beck Rating Scale), оценка мании по Янгу (YMRS), Шкалу тревоги Гамильтона (HAS-P) и Шкала Гамильтона для определения генерализованной тревоги (HAS-G). В специальной матрице клинического исследования больного отражались наиболее существенные аспекты психического расстройства: его симптоматика, особенности и этап течения, наличие и характер сопутствующих заболеваний, уровень адаптации, особенности проводимой терапии, данные рейтинговых шкал и фониатрические особенности данного пациента.

На втором этапе исследования осуществлялось специализированное психодиагностическое интервью, с регламентированной структурой, включающей обсуждение круга вопросов в рамках пяти основных контекстов, содержащих: анамнестические данные; динамику болезненного расстройства и изменения, привнесенные им в мироощущение больного и понимание их сущности; ведущие жалобы и психические расстройства на момент интервьюирования; актуальные проблемы и конфликты; семейно-производственную сферу; увлечения, систему ценностей и т.п. Интервьюирование подвергалось аудиозаписи, в последующем анализируемой по ряду направлений. В ходе интервью пациент индуцировался на монологическую речь, как правило, в контексте описания динамики и сущности болезненных расстройств, продолжительностью до 10 мин. Этот фрагмент представляет интерес для последующего лингвистического анализа, кроме того, в это время нами осуществлялось клинико-этологическое исследование – регистрация невербального поведения, сопровождающего речевое сообщение по ка-

налам мимики, поз и жестов. Указанные кинесические характеристики фиксировались нами, исходя из «Глоссария по исследованию невербального поведения человека» В.П.Самохвалова и вносились в специальную, разработанную нами, матрицу. По окончании интервью оценивалось вероятность появления тех или иных кинесических характеристик и их средняя динамика в единицу времени (1 мин) по отдельным каналам.

На третьем этапе исследования осуществлялся анализ аудиозаписи психодиагностического интервью, с учетом следующих лингвистических аспектов: психосемантического (психоаналитического), просодического, психолингвистического, семантико-синтаксического, семантико-прагматического.

Психосемантический аспект вербальной семантики речевого поведения позволяет наполнить объективную клиническую семиотику субъективными смыслами, с учетом особенностей внутренней картины болезни, самосознания пациента, субъективной картины мира, наиболее значимых личностных особенностей и ведущих психологических защитных механизмов, степени критичности к болезненным переживаниям.

Важной психосемантической характеристикой речевого поведения является феномен алекситимии – особый коммуникативный стиль, предполагающий сниженную способность к выражению и пониманию эмоциональных категорий, являющийся социально-психологической и психолингвистической особенностью здоровых лиц и появляющийся при различных формах психической патологии в качестве болезненного признака. В настоящем исследовании нами выделяются первичная алекситимия – присущая субъекту преморбидная личностно-коммуникативная особенность, рельефно выступающая в речевом поведении на фоне психического расстройства и вторичная алекситимия – несущая в себе отражение сущностных моментов самого болезненного процесса. В зависимости от формы психического расстройства и особенностей его течения вторичная алекситимия может быть регрессирующей и прогрессирующей. Феномен алекситимии исследовался при помощи разработанного нами «Глоссария для выявления и оценки выраженности алекситимии».

Просодический анализ речевого сообщения совмещает в себе субъективный анализ аудиозаписи, с описанием особенностей просодических характеристик на основе специальной, разработанной

нами, «Матрицы паралингвистического анализа речи пациента»; и объективный (инструментальный) – изучение динамических спектрограмм (аудиограмм), полученных при помощи программы Sound Forge 4. Od. (Build 173) for Windows NT & 95 PC Pentium-133. Отдельно учитываются показатели динамики основных просодических характеристик (основного тона (громкости) и темпа речи) в единицу времени и особенности распределения пауз по количеству и продолжительности, вносимые в специальную таблицу. Выявленные особенности просодики конкретного больного учитываются в специальной «Матрице просодического анализа речи».

Психолингвистический анализ речи больных предполагает изучение психолингвистических индексов и характера речевых ошибок. Психолингвистические коэффициенты (Трейгера, директивности Эртеля) связывают соотношения отдельных морфологических категорий и лексико-семантических групп с психолингвистическими характеристиками пациента, имеющими клиническое применение в оценке и прогнозировании отдельных психопатологических феноменов в их динамике. Нами предложена типологическая классификация речевых ошибок с учетом их связей с определенными уровнями процесса речепорождения и представлены варианты клинической интерпретации. В настоящем исследовании изучаются следующие виды речевых ошибок: оговорки, коррекции, фальстарты, повторы, паузы без семантико-синтаксической обоснованности («пустые») и нарушения дикции. Объектом психолингвистического (как и семантико-синтаксического) исследования служит фрагмент монологической речи больного в наиболее клинически значимом контексте.

Семантико-синтаксический аспект изучения речи предполагает структурно-функциональное исследование текста сообщения с нахождением значений ряда показателей, характеризующих синтаксические связи и отношения в предложении, связь формы текста с его содержанием.

Семантико-прагматический анализ предполагает рассмотрение сообщения больного с позиции теории речевых актов, изучающей типы речевых актов, особенности их структуры и, в частности, иллокутивно-перлокутивные взаимоотношения, а также, взаимомодифицирующее действие участников коммуникации в системе «врач-больной» с учетом их ведущих коммуникативных стратегий и семантики контекста беседы. Результаты исследования вносились

в специальную, разработанную нами, «Матрицу семантико-прагматического анализа речи».

На четвертом, заключительном, этапе исследования обобщались и интерпретировались особенности речевого поведения по всем изучаемым аспектам, анализировались данные по исследуемым группам в целом. Затем мы сопоставляли данные по группам больных с показателями контрольных групп – для выделения диагностических критериев; и данные отдельных групп больных между собой – для получения дифференциальных критериев, верифицированные стандартными методами статистического анализа.

Предложенная модель комплексной диагностики речевого поведения была применена на клиническом материале, включающем 300 больных, распределенных по 4 основным диагностическим рубрикам, наиболее часто встречающимся в практике врача-психиатра: органические психические расстройства; эндогенные психотические расстройства; (аффективные) расстройства настроения и невротические расстройства. В рамках органических психических расстройств рассматриваются 3 подгруппы: непсихотические, психотические расстройства и дементные состояния; психотические расстройства рубрики F2 в зависимости от формы расстройства и соотношения продуктивной и дефицитарной симптоматики подразделяются на две подгруппы: острые и хронические, причем последняя подгруппа включает в себя исключительно больных шизофренией длительно болеющих (средняя давность – $12,08 \pm 5,68$ лет). Подобное разделение не противоречит классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 и позволяет прослеживать динамику речевого поведения по мере течения болезненного процесса (органического или эндогенного). Невротические расстройства рассматривались у детей и подростков, что позволяет дополнительно прослеживать отражение особенностей онтогенетического развития речевого поведения при психической патологии. Отправной точкой для суждений о патологии речевого поведения послужили данные об его особенностях в норме, полученные при обследовании 100 здоровых лиц как взрослых, так детей и подростков (по 50 человек).

В ходе изучения особенностей речевого поведения больных с психическими расстройствами установлены диагностические и дифференциально-диагностические критерии всех исследуемых групп пациентов.

Приводим выявленные в ходе настоящего исследования особенности речевого поведения больных основных диагностических рубрик.

Органическим психическим расстройствам характерно нарастание структурного упрощения и содержательного обеднения разноmodalных семантик, составляющих речевое поведение. Во взаимодействии семантик, отражающих различные каналы коммуникации (вербальный, кинесический и просодический) отмечается тенденция к ослаблению взаимозависимости, снижению дифференцированности связей, ведущей, по мере нарастания выраженности органического поражения головного мозга, к дезинтеграции разноmodalных семантик и разрушению цельности структуры речевого поведения. Происходит постепенное выхолащивание познавательных и коммуникативных аспектов семантик и преобладающее значение приобретает информация, несущая признаки органического поражения головного мозга по всем каналам:

1) снижается энергетическое обеспечение речевого поведения, что проявляется уменьшением динамики основных показателей по всем каналам, снижается речевая активность, утрачивается способность к монологической речи;

2) нарастает выраженность когнитивных расстройств, следствием чего является структурно-функциональное и содержательное упрощение вербальной семантики, грубые поломки на всех уровнях системы речепорождения, проявляющиеся симптоматикой, характеризующей корковый очаг органического поражения и/или описывающей специфические расстройства мышления; утрачиваются коммуникативные стратегии, нарастает гипо- (а-) прагматизм речевого поведения; большое количество «пустых пауз»;

3) вследствие поражения корковых структур, регулирующих речевое поведение и нарастания диффузности органического поражения головного мозга происходит рассогласование взаимодействий трех уровней церебральной организации речевого поведения: коркового, подкоркового и стволового, следствием чего является дезинтеграция разноmodalных семантик, переход регуляции речевого поведения на более примитивный уровень, несущий в себе признаки более ранних этапов эволюционирования (в филогенезе и онтогенезе). Эти регрессивные признаки речевого поведения проявляются по отдельным каналам, следующим образом:

- вербальный аспект: структурно-семантическое упрощение, появление филогенетически более ранних синтаксических конструкций, низкая дифференцированность предикативных отношений (примитивность предикативных функций при неопределенности субъектных характеристик), слабое взаимодействие отдельных психосемантических пространств на фоне их структурно-функционального распада (в особенности, лексико-семантических групп, характеризующих признаки субъектов и характер действий), низкая прегнантность и гипопрагматизм когнитивной активности;

- кинесический аспект: преобладание субмиссивно-статических признаков, указывающих на необратимую редукцию специфической энергии действия; неспецифическая активация канала поз как наиболее филогенетически раннего, отражающая расторможенность ствольных структур; утрата кинесических коммуникативных функций и смещение активности говорящего больного на себя самого, проявляемое стереотипным манипулированием и аутогрумингом;

- просодический аспект: монотонность речи, постепенное выхолощение ее эмоционального субъективного наполнения, снижение дифференцированности артикуляторно-фонационных процессов, большое количество шумовых феноменов, вследствие вовлечения в процесс подкорковых структур.

Указанные признаки достигают максимальной выраженности при дементных состояниях и прогрессирующе, и необратимо нарастают по мере углубления степени органического поражения головного мозга, что прослежено нами в трех подгруппах, отражающих эту динамику: от непсихотических расстройств к психотическим органическим и, далее, к состояниям слабоумия.

Психотические расстройства эндогенной этиологии рассматривались нами в подразделении на две подгруппы: острые и хронические. В основу данного подразделения были положены как особенности клинической динамики расстройств, так и обратимость/необратимость специфических черт речевого поведения, отражение влияния соотношения позитивной и дефицитарной психопатологической симптоматики в нем.

Разномодальные семантики в данной клинической группе несут в себе информацию, отражающую сущность болезненных переживаний больных. При этом кинесика и просодика уточняют и дополняют вербальную семантику, способствуя выявлению диссимули-

руемых переживаний. Специфической характеристикой речевого поведения психотических расстройств рубрики F2 является наличие признаков диссоциации как во взаимодействии разномодальных семантик, так и внутри отдельных семантик, в особенности, вербальной, что ярко иллюстрирует формальные расстройства мышления.

По мере течения шизофренического процесса и нарастания дефицитарной психопатологической симптоматики, специфические особенности речевого поведения становятся постоянными, прогрессирующе увеличивается их объем и роль в структуре семантик (в сравнении с семантиками, отражающими сущность болезненных переживаний), становится невозможным их полное обратное развитие. Сущность специфических характеристик речевого поведения в данной группе сводится к следующим особенностям:

- вербальный аспект: семантико- синтаксическая диссоциация – отражение разорванности мышления; высокий уровень информативной плотности текста и новизны, что связано с большим количеством болезненной продукции; сложность предикативных отношений; вторичная прогрессирующая алекситимия; сложный и противоречивый характер коммуникативной прагматики, склонность к гипопрагматизму и интровертивная направленность коммуникативной активности как следствие когнитивных и эмоционально-волевых расстройств;

- кинесический аспект: признаки диссоциации кинесических показателей как по отдельным каналам (мимической диссоциации верх/низ и правая/левая половины), так и между каналами (мимика/поза/жест); нарастание признаков субмиссивно-статического характера, появление разрозненных регрессивных черт, что указывает на дефицит специфической энергии действия центральной нервной системы;

- просодический аспект: бедность и стереотипность интонационных характеристик, нарушения дикции (диспрозодия), утрата мелодичности, дисгармоничный характер динамики просодических показателей, ее несоответствие ведущим модальностям. Указанные особенности просодики обусловлены микроорганическим поражением подкорковых структур (подкорковых ядер, в частности) и нарастают по мере течения шизофренического процесса.

Таким образом, шизофрениии свойственны микроорганические изменения головного мозга, к которым наиболее чувствительны

подкорковые структуры; поражение их проявляется, в первую очередь, в просодике речевого поведения. Кроме того, при выраженных дефицитарных расстройствах регистрируются признаки органического поражения головного мозга по другим аспектам речевого поведения, не достигающие, однако, глубины и тотальности органических психических расстройств. Модифицирующее влияние на речевое поведение психофармакотерапии, в частности, терапии нейрорептиками определяется двумя тенденциями:

- первая – позитивная – ускорение обратного развития специфических признаков речевого поведения по всем аспектам, отражение динамики семантик в связи с редуцированием психопатологической симптоматики;

- вторая – негативная – привнесение в речевое поведение отдельных черт микроорганического поражения головного мозга, проявляющихся на просодическом (в меньшей степени, кинесическом) уровне, нарастающих по мере длительности психофармакотерапии и приобретающих необратимый характер.

Указанные особенности подтверждены нами сравнительным изучением речевого поведения двух клинически сопоставимых групп больных с давним шизофреническим процессом, одна из которых, включала пациентов, длительно получающих нейрорептическую терапию, другая – терапевтически интактных.

Таким образом, на основании изучения речевого поведения больных с психотическими расстройствами эндогенного генеза можно утверждать, что в их основе лежат церебральные процессы органического характера, характеризующиеся медленным течением, частичной обратимостью на ранних этапах и приуроченностью, преимущественно, к подкорковым структурам, что вполне согласуется с нейромедиаторными теориями и не противоречит существующим этиопатогенетическим концепциям указанных расстройств.

При аффективных расстройствах характеристики разномодальных семантик и особенности их взаимодействия отражают содержание аффективной фазы и зависят от ее полярности. В содержании семантик, составляющих речевое поведение, преобладающее значение имеют показатели, характеризующие болезненные переживания в рамках депрессивного или маниакального психопатологического синдрома. Особенности речевого поведения при аффективных расстройствах сводимы к следующим:

- вербальный аспект: психосемантические пространства отражают сущность когнитивных расстройств и субъективное наполнение психопатологических переживаний; структурно-функциональная сохранность; речевые ошибки указывают на функциональный характер расстройств речепорождения на фоне дисбаланса энергетического обеспечения системы; феномен алекситимии представлен во всех своих вариантах и играет прогностическую роль; полипрагматизм, широкий спектр коммуникативных стратегий, способствующий выявлению клинически значимых феноменов (общественно-опасные действия, суицидальное поведение);

- кинесический аспект: динамика кинесических характеристик уменьшается при депрессивных расстройствах и существенно увеличивается при маниакальных; семантика кинесики при депрессиях характеризуется субмиссивно-статичными характеристиками, отражает субъективные характеристики переживаний, при маниакальных состояниях – носит экспансивно-агонистическую направленность. Кинесика отражает количественные характеристики и коммуникативно-прагматическую направленность специфической энергии действия.

- просодический аспект: динамика и содержание просодических переменных согласуется с таковыми в кинесике и отражает влияние аффектов как на когнитивную активность, так и на особенности функционирования фонационно-артикуляционного аппарата.

Все описание характеристики речевого поведения при аффективных расстройствах носят обратимый характер, полнота и скорость которого являются надежными критериями течения расстройства и становления интермиссии.

Взаимодействие разномодальных семантик речевого поведения описывается в рамках вариантов нормы с количественными изменениями (усиление или ослабления соответствий и взаимодополнений), определяющимися соответствующей аффективной фазой, ведущими психопатологическими синдромами, контекстом сообщения и его субъективным наполнением.

Особенности речевого поведения при невротических расстройствах носят функциональный характер, отличаясь от здоровых лишь количественными показателями. Кроме этого, речевое пове-

дение в данной группе отражает, с учетом детского возраста пациентов, черты его онтогенетического развития.

Разномодальные семантики речевого поведения при невротических расстройствах структурно-функционально усложняются и информационно обогащаются. Взаимодействия разномодальных семантик характеризуются усилением соответствий и взаимодополнений, что необходимо для передачи сложных субъективных характеристик основного невротического конфликта и вытекающих из него аффектов. Основные черты различных каналов и их семантик следующие:

- вербальный аспект: увеличение информативной плотности и синтаксической сложности текста; насыщенность основных психосемантических пространств, сложный характер взаимодействий между ними, отражающий полипрагматизм и широкий спектр коммуникативных стратегий; аффективный характер речевых ошибок, отражение в них противоречивости мотиваций, конкурирующих тенденций, характеризующих невротические конфликты; широкий спектр психологических защитных механизмов;

- кинесический аспект: значительное увеличение динамики кинесических показателей, широкий спектр характеристик и значений, дополняющий и уточняющий вербальную семантику; большой объем мимического канала в отражении переживаний;

- ведущих модальностей; влияние аффектов на фонационно-артикуляционный аппарат, проявляемое нарушениями дикции, снижением мелодичности, “шумовыми” феноменами и погрешностями в артикулировании (нечленораздельные звуки, междометия, неразборчивость и слитность звучания).

Специфичность речевого поведения в данной группе определялась следующими особенностями, присущими детскому и подростковому возрасту:

- взаимодействие разномодальных семантик менее точно и высокодифференцировано в сравнении со взрослыми пациентами, в силу чего кинесические и просодические характеристики носят избыточный характер; взаимодействия описываются, главным образом, в рамках усиленного семантико-синтаксического соответствия и дополнения; в силу большей искренности и несовершенства коммуникативных стратегий; вариант конкурирующих тенденций встречается реже;

- вербальный аспект: сочетание высокой структурно-функциональной сложности и информативной насыщенности текста с простыми и более онтогенетическими ранними синтаксическими конструкциями; выраженность субъектной и недоразвитие предикативной функций, высокий эгоцентризм и субъективизм речи; функциональная незрелость системы речепорождения, проявляемая высоким количеством речевых ошибок на фоне аффективных перегрузок и сложных переживаний; низкая прегнантность, подчеркивающая напряженность функционирования психологических защитных механизмов; усложнение дискурсивной структуры по мере увеличения возраста пациентов;

- кинесический аспект: функциональная избыточность канала, более значимая, в сравнении со здоровыми детьми и подростками, роль поздних характеристик; меньшая семантическая дифференцированность показателей, наличие стереотипных характеристик, особенно на высоте эмоционального напряжения (жестовые стереотипы, мимические тики);

- просодический аспект: признаки незрелости фонационно-артикуляционного аппарата (дислалия, певучесть речи, растягивание гласных звуков, неразборчивость окончаний слов, выразительность интонирования и акцентирования); специальные феномены, отражающие особенности речепроизводства в связи с физиологическим состоянием организма в целом – синдром дыхательной дизритмии, феномен глоточного сжатия.

Таким образом, установленные в ходе настоящего исследования особенности речевого поведения изучаемых групп больных обладают диагностической и дифференциальной значимостью, что подтверждено статистическими методами, выявившими достоверность различий по основным показателям ($p < 0,01$ и $p < 0,005$) во всех группах между собой и с контрольными. Выделенные особенности речевого поведения отражают биологическую сущность соответствующего психического расстройства и определяются следующими клиническими параметрами:

1). Видом (диагностической рубрикой) психического расстройства.

2). Этапом течения или фазой аффективного расстройства.

В ходе исследования установлены корреляции клинической динамики психических расстройств и динамики особенностей речевого поведения по всем его аспектам на примерах дифференци-

ции расстройств внутри изучаемых групп по указанным параметрам.

3). Ведущим психопатологическим синдромом.

Нами описано 5 патогномоничных просодических синдромов для каждого из расстройств; отмечены ведущие психосемантические и кинесические характеристики.

4). Характером, интенсивностью и длительностью применяемой психофармакотерапии.

На примере эндогенных психотических расстройств доказано модифицирующее влияния нейрорептической терапии на речевое поведение, выявлены характеристики, указывающие на ранние проявления нейрорептической интоксикации, показана возможность использования оценки динамики характеристик поведения в мониторинге психофармакотерапии.

На примере изучения особенностей речевого поведения 30 больных крымско-татарской национальности (тюркская языковая группа) продемонстрировано влияние на него социальных факторов: этнически-культуральных и языковых.

Применение комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах ведет к усовершенствованию диагностического и лечебного процессов, их объективизации. Помимо этого, знания особенностей речевого поведения способствуют разработке комплексных терапевтически-реабилитационных программ, учитывающих, кроме клинических особенностей конкретного пациента, субъективные характеристики психопатологических переживаний, его личностные и социально-психологические особенности. Нами представлены примеры таких программ, в частности, антиалекситимическая программа, обучение диссимуляции бредовых переживаний; описано теоретическое обоснование ряда психотерапевтических методик с позиций методологии речевого поведения.

Применение методологии комплексной диагностики речевого поведения открывает широкие перспективы для междисциплинарных исследований, в которых речь и коммуникативное поведение являются центральным объектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аванесян Р.Д., Сизова О.Б., Румянцева О.А. Карта обследования ребенка, имеющего системное недоразвитие речи // Межд.конф. памяти А.Р.Лурии / Под ред. Е.Д.Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ, 1997.- С.1-2.
2. Агибалов А.К., Егоров А.Ю. Выявление и анализ лексики у больных депрессией и шизофренией // I Межд.конф.памяти А.Р.Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ, 1997.- С.2.
3. Айви А., Айви М., Саймек-Дайми Л. Консультирование и психотерапия.- М., 1987.- 188с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 1993.- 399с.
5. Алексеев В.П. Становление человечества.- М.: Изд. полит.лит-ры, 1984.- С.8-192.
6. Алексеев В.П. Человек: эволюция и таксономия: Некоторые теоретические вопросы.- М.: Наука, 1985.- С.18-36.
7. Алексеев В.П. Некоторые соображения о динамике корреляционных отношений у человека и ее эволюционном значении // Проблемы эволюционной морфологии человека и его рас.- М.: Наука, 1986.- С.142-152.
8. Амуниц В.В. Структурная организация некоторых образований мозга человека и их особенности при сенильной деменции и болезни Альцгеймера // I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ, 1997.- С.2-3.
9. Анциферова Л.И. Общественно-исторический характер телесного бытия человека // Биология человека и социальный прогресс.- Пермь, 1982.- С.89-96.
10. Апресян Ю.Д. Прагматика и проблемы интенциональности.- М.: Наука, 1988.- С.14-51.
11. Артемов В.А. Метод структурно-функционального изучения речевой интонации.- М., 1974.- 160с.
12. Артемова Е.О. Личность и социальные нормы в раннепервобытной общине (по австралийским этнографическим данным).- М.: Наука, 1987.- С.25-53.
13. Артемова Е.Ю. Психология субъективной семантики.- М.: Изд. Моск.ун-та, 1980.- 318с.

14. Артемова Е.Ю. Семантические измерения как модели // Вестн.Моск.ун-та.Сер.14.- Психология.- 1991.- №1.- С.61-72.
15. Арутюнова Н.Д. Язык и мир человека.- М., 1999.- 396с.
16. Арутюнян Э.А. О физиологических механизмах реализации логических ударений // Механизм речеобразования и восприятия сложных звуков.- М.-Л., 1966.- С.18-30.
17. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса.- М.: Изд. Моск.ун-та, 1989.- 215с.
18. Бабайцева В.В., Максимов Л.Ю. Синтаксис. Пунктуация // Современный русский язык.- Т.3.- М.: Просвещение, 1981.- 271с.
19. Балонов Л.Я., Деглин В.Л. Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий.- Л.: Наука, 1976.- 220с.
20. Барт Р. Избранные работы: Семиотика. Поэтика.- М., 1998.- 616с.
21. Бассин Ф.В. Проблемы бессознательного.- М., 1968.- С.43-108.
22. Бачериков Н.Е., Петленко В.П., Щербина Е.А. Философские вопросы психиатрии.- К.: Здоровья, 1985.- 192с.
23. Бачериков Н.Е. Общая психопатология: Теории синдромологического и нозологического диагноза в клинической психиатрии // Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е.Бачерикова.- К.: Здоровья, 1989.- С.27-108.
24. Беленков Н.Ю. Принципы целостности в деятельности мозга.- М.: Медицина, 1980.- 312с.
25. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание.- М., 1998.- 301с.
26. Берков В.Ф. Научное знание: логика, понятия, структура.- Новосибирск, 1987.- С.3-108.
27. Берман Р.Е., Воган В.К. Общие вопросы: Развитие, питание, уход за ребенком: Рук-во по педиатрии.- М.: Медицина, 1987.- С.16-158.
28. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности.- М., 1966.- С.3-91.
29. Блейлер Е. Руководство по психиатрии.- М.: Изд. «Смысл», 1993.- 542с.
30. Блейхер В.М. Расстройства мышления.- К.: Здоровья, 1983.- 192с.

31. Блейхер В.М., Боков С.Н., Стукалова Л.А. Про алексітімію у онкологічних хворих // Укр.вісник психоневрол.- 1996.- Т.4, вип.5(12).- С.266-268.

32. Богатирьова Р.В., Горбань Є.М., Волошин П.В. Стан і перспективи розвитку нейронаук та психоневрологічної практики в Україні // Укр.вісник психоневрол.- 1996.- Т.4, вип.3(10).- С.5-12.

33. Бондарко Л.В. Звуковой строй современного русского языка.- М., 1977.- 176с.

34. Бочаров А.В., Меерсон Я.А. Нейропсихологическая симптоматика при шизофрении и аффективных психозах как проявление дисфункции различных мозговых структур // I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ, 1997.- С.15.

35. Брушлинский А.В. Мышление и прогнозирование.- М., 1979.- С.7-58.

36. Бунак В.В. Род Homo sapiens, его возникновение и последующая эволюция.- М.: Наука, 1980.- С.18-76.

37. Бурлачук Л.Ф. Мышление и его закономерности // Расстройства мышления / Под ред. В.М. Блейхера.- К.: Здоровья, 1983.- С.5-12.

38. Бэн А. Психология // Ассоциативная психология.- М.: Изд. АСТ-ЛТД, 1998.- С.209-511.

39. Бэндлер Р., Гриндер Д. Структура магии.- М., 1999.- 376с.

40. Бэндлер Р., Гриндер Д. Шаблоны гипнотических техник Милтона Эриксона с точки зрения НЛП.- Симферополь: «Реноме», 1999.- 206с.

41. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней.- М.: Медицина, 1985.- 255с.

42. Валгина Н.С. Синтаксис современного русского языка.- М.: Просвещение, 1999.- 316с.

43. Ван Дейк Т.А. Язык. Познание. Коммуникация.- М., 1989.- С.17-103.

44. Вартамян И.А. Нейрофизиологические основы речевой деятельности //Механизмы деятельности мозга человека.- Ч.1.: Нейрофизиология человека / Под ред. Н.П.Бехтеревой.- Л.: Наука, 1988.- С.608-666.

45. Вартанян И.А., Маркевич А.М., Токарева Т.И. Латерализация речеслухового взаимодействия и настройки слухового восприятия на фоне эмоциональной голосовой активности //I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ, 1997.- С.17.

46. Вербенко В.А. Динамика нейропсихологических нарушений у больных шизофренией //Таврич.журн.психиатр.- 1997.- Т.1, №1.- С.87-90.

47. Вербенко В.А. Особенности организации психических процессов при шизофрении //Таврич.журн.психиатр.- 1997.- Т.1, №3.- С.33.

48. Вербенко Н.В. Вербально-невербальные трансляции психопатологических переживаний при шизофрении: Автореф.дис... канд.мед.наук: 14.00.18 /Харьк.ин-т усовершенств.врачей.- Харьков, 1995.- 24с.

49. Вербенко Н.В. Этологический мониторинг эффективности психофармако-терапии //Таврич.журн.психиатр.- 2000.- Т.4, №2.- С.25-27.

50. Вернадский В.И. Размышления натуралиста. Научная мысль как планетное явление.- М.: Наука, 1977.- 224с.

51. Вертч Дж. Семантические механизмы в совместной познавательной деятельности //Познание и общение /Отв.ред.: Б.Ф.Ломов, А.В.Беляева, М.Коул.- М.: Наука, 1998.- С.69-80.

52. Виноградова А.Л. Изучение состояния невербальной коммуникации при афазии //I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ, 1997.- С.21.

53. Винокур Т.Г. Говорящий и слушающий: Варианты речевого поведения.- М., 1999.- С.16-121.

54. Власенко И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи.- М., 1990.- 217с.

55. Волошин П.В., Міщенко Т.С. До питання про класифікацію судинних захворювань головного мозку //Укр. вісн. психоневрол.- 2002.- Т.10, вип.2(31).- С.12-17.

56. Выготский Л.С. Мышление и речь.- М., 1934.- С.7-54.

57. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования.- М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956.- 376с.

58. Выготский Л.С. Собрание сочинений.- Т.4. - М.: Педагогика, 1984.- 432с.

59. Гальперин П.Я. Введение в психологию.- М., 1976.- 217с.
60. Гаспаров М.Л. Из лекций по синтаксису современного русского языка.- Тарту, 1999.- С.34-76.
61. Гильбурд О.А. Клинико-этологическая диагностика шизофрении у коренных жителей Крайнего Севера: Метод.рекоменд.- Томск-Сургут, 1995.- 28с.
62. Глотова Г.А. Человек и знак: семиотико-психологические аспекты онтогенеза человека.- Свердловск: Изд-во Урал.ун-та, 1990.- С.51-84.
63. Голубков О.З. О некоторых механизмах нейродинамики при эпилептической олегофазии //Матер. IV Межд. конф. Укр. противоэпилептич. лиги.- К.- 2000.- С.13-14.
64. Голубков О.З. Об особенностях хронических изменений психики у больных эпилепсией //Матер. V Межд. конф. Укр. противоэпилептич. лиги.- К.- 2001.- С.20-21.
65. Горелов И.Н. Невербальные компоненты коммуникации.- М.: Наука, 1980.- 180с.
66. Гребенюк А.А. Психологическая зависимость от наркотических веществ.- Симферополь: Таврида, 1999.- 186с.
67. Грицышина М.А. Роль правого и левого полушарий головного мозга в формировании смысловой структуры высказывания //I Межд. конф. памяти А.Р.Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ.- 1997.- С.26-27.
68. Губерник В.Я. Агонистическое поведение в клинике алкоголизма и типология абстинентного «окна» //Основы анализа поведения человека в норме и при психических заболеваниях.- Т.III.- М.: ВНИИМИ, 1986.- С.64-69.
69. Гуревич М.О. Психиатрия.- М.: Медгиз, 1949.- 365с.
70. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология).- М.: Медицина, 1962.- 120с.
71. Де Соссюр Ф. Курс общей лингвистики.- Екатеринбург: Изд.Урал.ун-та, 1999.- 426с.
72. Дементьева Н.Ф. Методологические вопросы психиатрии.- М., 1981.- С.87-98.
73. Дерягина М.А. Формы стресса у приматов и их роль в эволюции //Таврич.журн.психиатр.- 1999.- Т.3, №2(3).- С.123-126.

74. Дерягина М.А., Бутовская М.Л. Переходы между различными формами поведения как фактор антропогенеза //Поведение, адаптация и эволюция.- Прага, 1986.- С.81-86.

75. Дикарева С.С., Ронгинская Н.В. Языковое общение – диалог – дейксис.- Симферополь, 1998.- 48с.

76. Джеймс У. Мышление //Хрестоматия по общей психологии /Ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, В.В.Петухов.- М.: Изд.Моск.ун-та, 1981.- С.11-20.

77. Довгань И.В. Клиника речевых нарушений при эндогенных и эндогенно-органических психических расстройствах (дифференциально-диагностический аспект) //Таврич.журн.психиатр.- 1999.- Т.3, №4.- С.65-67.

78. Довгань И.В. Дифференциальная диагностика затяжных депрессий и деменций (клинико-лингвистический аспект) //Укр.мед.альманах.- 2000.- №2.- С.43-44.

79. Жинкин Н.И. Механизмы речи.- М.: Изд. АПН РСФСР, 1958.- 370с.

80. Жинкин Н.И. О кодовых переходах во внутренней речи //Вопр. языкознания.- 1964.- №6.- С.24-28.

81. Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В. Психиатрический диагноз.- К.: Вища школа, 1989.- 310с.

82. Зайцева-Пушкаш И.А. Карнавальная символика психозов //Таврич.журн.психиатр.- 1997.- Т.1, №1.- С.4-9.

83. Зайцева И.А. Безумие как миграция в будущее //Таврич.журн.психиатр.- 2000.- Vol.4, №1(12).- С.60-73.

84. Залевская А.А. Вопросы организации лексикона человека в лингвистических и психологических исследованиях.- Калинин, 1978.- С.24-71.

85. Зейгарник Б.В. Патопсихология.- М.: Изд.Моск.ун-та, 1976.- 238с.

86. Зимняя И.А. Функциональная психологическая схема формирования и формулирования мысли посредством языка //Исследование речевого мышления в психолингвистике.- М.: Изд.МГУ, 1985.- С.35-41.

87. Золотова Г.А. Коммуникативные аспекты русского синтаксиса.- М.: Просвещение, 1982.- С.3-78.

88. Золотова Г.А., Онипенко Н.К., Сидорова М.Ю. Коммуникативная грамматика русского языка.- М., 1998.- 528с.

89. Иванов В.В. О взаимоотношении динамического исследования эволюции языка, текста, культуры.- М., 1987.- С.5-45.

90. Исурина Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции //Методы психологической диагностики и коррекции /М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов.- Л.: Медицина, 1983.- С.231-254.

91. Калина Н.Ф. Лингвистическая психотерапия.- К.: Ваклер, Альтпрес, 1999.- 283с.

92. Каннегисер К.Х., Лоренц В., Вагнер К. Методологический анализ метода и теории в естественнонаучном познании //Пробл.методологии в совр. теоретич. естествознании.- К.: Вища шк., 1987.- С.42-67.

93. Каширская Е.В., Ахутина Т.В., Курганский А.В. Нейропсихологический и психолингвистический подходы к анализу индивидуальных особенностей переработки лексической информации //I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глоzman, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ.- 1997.- С.45-46.

94. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного.- Л.: Медицина, 1980.- 180с.

95. Квасневський О.Л., Марута Н.О. Психогенні розлади: сучасні особливості та принципи психотерапії //Укр.вісник психоневрол.- 1996.- Т.4, вип.3 (10).- С.39-40.

96. Кибрик А.А. Функционализм //Фундаментальные направления современной американской лингвистики /Ред. А.А.Кибрик, И.М. Кобозева, И.А.Секерина.- М.: Изд.МГУ, 1999.- С.276-339.

97. Кликс Ф. Пробуждающееся мышление.- М.: Прогресс, 1983.- С.18-99.

98. Клинков В.Н. Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии //Acta Psych., Psychol., Psychoter. Et Ethologica Taurica.- 1995.- Т.2, №3.- С.131-137.

99. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.- М.: Медицина, 1985.- С.5-20.

100. Ковалев В.В. Взаимодействие личности и болезни при психосоматической патологии //Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез.докл.- М.- 1988.- С.43-44.

101. Ковтунова И.И. Современный русский язык. Порядок слов и актуальное членение предложения.- М., 1976.- С.18-102.

102. Коган А.Б. Основы физиологии высшей нервной деятельности.- М.: Высшая школа, 1988.- 368с.
103. Кодзасов С.В. Просодические классы слов и место ударения //Просодический строй русской речи /Отв.ред. Т.В.Николаева.- М.: ИРЯ РАН, 1999.- С.70-84.
104. Кодзасов С.В., Запнок К., Князев С.В. Законы фразовой акцентуации // Просодический строй русской речи /Отв.ред. Т.В.Николаева.- М.: ИРЯ РАН, 1999.- С.181-206.
105. Кодзасов С.В., Кривнова О.Ф. Общая фонетика.- М.: Изд-во РГГУ, 2001.- 592 с.
106. Кодыков А.С., Кучумова Т.А. Психолингвистический аспект нарушения речи при поражении глубоких отделов головного мозга // I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глоzman, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ.- 1997.- С.44.
107. Колпаков В.Г., Рицнер М.С. Эволюционно-биологическая концепция патологических форм поведения человека //Эволюционные и генетические проблемы психиатрии.- Новосибирск: Наука, 1985.- С.141-150.
108. Колпаков В.Г. Кататония у животных: Генетика, нейрофизиология, нейрохимия.- Новосибирск: Наука, 1990.- 246с.
109. Колшанский Г.В. Паралингвистика.- М.: Наука, 1974.- 81с.
110. Колшанский Г.В. Соотношение субъективных и объективных факторов в языке.- М.: Наука, 1975.- С.24-36.
111. Колшанский Г.В. Контекстная семантика.- М.: Наука, 1980.- С.76-84.
112. Кольцова В.А. Общение и познавательные процессы //Познание и общение /Отв.ред. Б.Ф.Ломов, А.В.Беляева, М.Коул.- М.: Наука, 1988.- С.10-24.
113. Корабельникова Е.А. Сновидения при невротических расстройствах у детей и подростков: Дис... канд.мед.наук: 14-00-13 /Моск. мед. акад. им. И.М.Сеченова.- М., 1997.- 196 с.
114. Корнетов А.Н. Клиника и систематика шизофрении у больных с наследственным отягощением и без выявленного отягощения: Автореф. дис... д-ра мед.наук: 767 /1-й Моск.мед.ин-т им. И.М.Сеченова.- М., 1969.- 28с.

115. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А. Этология в психиатрии.- К.: Здоровья, 1990.- 214с.
116. Корнетов Н.А. Клинико-конституциональные закономерности патогенеза шизофрении: Автореф.дис... д-ра мед.наук: 14.00.16 /Всес.НИИ общей и судеб.психиатр.- М., 1988.- 28с.
117. Коробов А.А. Тревожно-фобические расстройства //Краткий курс психиатрии /Под ред. В.П.Самохвалова.- Симферополь: Сонат, 2000.- С.191-204.
118. Корольков А.А., Петленко В.П. Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине.- М.: Медицина, 1977.- 392с.
119. Коршунов А.М., Манатов В.В. Теория отражения и эвристическая роль знаков.- М.: Изд.МГУ, 1974.- С.121-129.
120. Костюк Н.Т. Методологический анализ единства политеоретических тенденций в развитии современного естествознания //Проблемы методологии в современном теоретическом естествознании.- К.: Вища школа, 1987.- С.68-80.
121. Котляр Г.М., Морозов В.П. Об акустических коррелятах эмоциональной выразительности вокальной речи //Акуст.журн.- 1976.- Т.22.- С.370-376.
122. Краснов В.Н. Роль нейропсихологии в развитии современной психиатрии // I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ.- 1997.- С.53.
123. Крепелин Э. Учебник психиатрии.- В 2-х т.- М.: Изд. А.А.Карцева.- 1910.- 946с.
124. Кречмер Э. Строение тела и характер.- М., 1920.- С.5-271.
125. Крипке С. Семантика модальных и интенциональных логик.- М., 1981.- 157с.
126. Критчли М. Афазиология.- М.: Медицина, 1974.- 232с.
127. Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии //Тр. ин-та им. Ганнушкина.- Вып.V.- М.- 1940.- С.5-147.
128. Куріло В.О. Пограничні психічні розлади у хворих на артеріальну гіпертензію // Укр. Вісн. психоневрол.- 2002.- Т.10, вип.2(31).- С.118-120.

129. Кучеренко В.В., Петренко В.Ф., Россохин А.В. Измененные состояния сознания как психическая реальность //Журн.практикующ.врача.- 1998.- Вып.4.- С.81-99.
130. Лакан Ж. Функция и поле речи, и языка в психоанализе.- М.: Гнозис, 1995.- 100с.
131. Лакан Ж. Инстанция буквы в бессознательном или судьбы разума после Фрейда //Моск.психотерапевт.журн.- 1996.- №1.- С.25-55.
132. Лебедев Б.А., Крылов В.И., Незнамов И.Г. Значение биологических и психосоциальных факторов в формировании внутренней картины болезни при ИБС //Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез.докл.- М., 1988.- С.50.
133. Лебединская В.В. Нарушение психического развития у детей.- М., 1985.- 234с.
134. Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении.- М.: «Педагогика – пресс», 1999.- 604с.
135. Леви – Стросс К. Структурная антропология.- М.: Наука, 1985.- С.71-93.
136. Леонтьев А.А. Возникновение и первоначальное развитие языка.- М., 1963.- С.1-24.
137. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания.- М.: Изд.Моск.ун-та, 1969.- С.7-104.
138. Леонтьев А.А., Рябова Т.В. Фазовая структура речевого акта и природа планов //Планы и модели будущего в речи.- Тбилиси, 1970.- С.53-57.
139. Леонтьев А.А. Речь в криминалистике и судебной психологии.- М.: Наука, 1977.- 62с.
140. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики.- М.: Смысл, 1999.- 288с.
141. Леонтьев А.Н. Основы теории речевой деятельности.- М.: Изд. МГУ, 1974.- С.3-202.
142. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения.- Т.1.- М.: Педагогика, 1983.- С.81-159.
143. Ли У.А. Применение просодического анализа для распознавания речи //Методы автоматического распознавания речи.- М., 1983.- С.224-276.

144. Литвинчук И.Н. Опыт психоэтолингвистического исследования эмотивного текста в коммуникативно-когнитивной парадигме //Таврич.журн.психиатр.- 1999.- Т.3, №3.- С.84-87.
145. Ломтев Т.П. Исторический синтаксис русского языка.- М., 1954.- С.5-77.
146. Лотман Ю.М. Структуры художественного текста.- М., 1970.- 169с.
147. Лотман Ю.М. Внутри мыслящих миров. – М., 1996.- 464с.
148. Лурия А.Р. Травматическая афазия.- М.: Изд. МГУ, 1947.- 240с.
149. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы.- Т.1-2.-М.: Изд.МГУ, 1963.- С.112-178.
150. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии.- М., 1973.- С.4-76.
151. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти.- Т.1, Т.2.- М.: Изд.МГУ, 1974.- С.3-18; 92-117.
152. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики.- М., 1975.- С.3-84.
153. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.- М.: Медицина, 1977.- С.37-68.
154. Лурия А.Р. Язык и сознание.- Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998.- 414с.
155. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах.- Харьков: Арсис, 2000.- 160 с.
156. Марута Н.О., Панько Т.В., Явдак І.О. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування // Укр. Вісн. психоневрол.– 2002.– Т.10, вип.2(31).– С.121-123.
157. Меграбян А.А. Личность и сознание (в норме и патологии).- М.: Медицина, 1978.- 176с.
158. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика.- М.: Медицина, 1997.- 484с.
159. Миссулович Л.Я. Лечение заикания.- Л.: Медицина, 1988.- 184с.
160. Микиртумов Б.Б., Ильичев А.Б. Возможное применение лингвистических подходов к анализу переживаний «игры» в психопатологической структуре бреда //Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова.- 2001.- №5.- С.64-67.

161. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в современной системе оказания медицинской помощи населению //Межд. мед. журн.- 2001.- Т.7, №3.- С.22-25.
162. Михайлов Б.В., Марута Н.О., Табачников С.І. Концептуальні основи і стратегія розвитку психотерапії в Україні //Укр. вісн. психоневрол.- 2002.- Т.10, вип.2(31).- С.17-20.
163. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские и диагностические критерии //ВОЗ.- Женева, 1992.- 208с.
164. Морозов В.П. Психоакустические аспекты изучения речи //Механизмы деятельности мозга человека: Нейрофизиология человека.- Ч.1. /Ред. Н.П.Бехтерева.- Л.: Наука, 1988.- С.578-607.
165. Москаленко В.Ф., Горбань Є.М., Табачников С.І. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві //Укр. вісн. психоневрол.- 2002.- Т.10, вип.1(30).- С.9-11.
166. Напреенко А.К., Логаневский К.Н. Экологическая психиатрия.- К.: Полиграф книга, 1997.- 95 с.
167. Напреенко О.К., Марчук Т.Е. Клінічні варіанти перебігу стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання, як варіанти несприятливого перебігу посттравматичних стресових розладів //Укр. вісн. психоневрол.- 2002.- Т.10, вип.1(30).- С.132-134.
168. Нарский И.С. Современные проблемы теории познания.- М.: Знание, 1989.- 64 с.
169. Нечипоренко Н.Ф. Биолингвистика в ее становлении. Биологические основы системы памяти, мышления, языка и речи.- М.: МГЛН, 1984.- С.10-47.
170. Новиков А.И. Семантика текста и ее формализация.- М.: Изд.МГУ, 1983.- С.3-129.
171. Новикова М.А., Шама И.Н. Символика в художественном тексте: символика пространства.- Запорожье: СП Верже, 1996.- 171с.
172. Носенко Э.Л. Особенности речи в состоянии эмоционального напряжения.- Днепропетровск, 1975.- 58с.
173. Овчинникова И.Г., Охота А.И. К проблеме становления программирования связного речевого высказывания //І

Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ.- 1997.- С.72.

174. Осташко С.И., Титиевский С.В., Бабюк И.А. Психоаналитическая работа с психотравмой при депрессиях: (обзор литературы) //Укр.мед.альманах.- 2000.- №2.- С.117-120.

175. Пенфилд В., Робертс Л. Речь и мозговые механизмы.- Л., 1964.- 264с.

176. Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование формы репрезентации в обыденном сознании.- М.: Изд.МГУ, 1983.- С.7-40.

177. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания.- М.: Изд.Моск.ун-та, 1988.- С.7-79.

178. Петренко В.Ф. Основы психосемантики.- М.: Изд.МГУ, 1997.- 400с.

179. Пешковский А.М. Русский синтаксис в научном освещении.- М., 1959.- 306с.

180. Пиаже Ж. Избранные психологические произведения.- М.: Наука, 1999.- С.42-86.

181. Подкорытов В.С. Состояние психоневрологического и речевого здоровья детей в разных регионах Украины и пути его улучшения //Практич. психол. Та соц. робота.- 1998.- №6-7.- С.66-69.

182. Подкорытов В.С. Новые технологии в медико-социальной реабилитации детей и подростков с органическими поражениями нервной системы, страдающих речевыми и психическими расстройствами //Матер. міжгалуз. наук.-практ. конф.: Актуальні питання практичної психології та логопедії в закладах освіти та охорони здоров'я України. – Харків.– 1998.– С.66-68.

183. Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф. Невротические расстройства у детей и подростков – «чернобыльцев».- К., 1999.- 163 с.

184. Пражский лингвистический кружок.- М., 1967.- С.25.

185. Прибрам К. Языки мозга.- М., 1975.- 464с.

186. Проблемы методологии в современном теоретическом естествознании /Ред. Н.Т.Костюк.- К.: Вища школа, 1987.- 195с.

187. Психиатрия /Под ред. Р.Шейдера.- М.: Практика, 1998.- 485с.

188. Психологические и психофизиологические исследования речи //Отв.ред. Т.Н.Ушакова.- М.: Наука, 1985.- 240с.
189. Рамишвили Г.С. Речевой сигнал и индивидуальность голоса.- Тбилиси, 1976.- 183с.
190. Рамишвили Г.С. Автоматическое опознавание говорящего по голосу.- М., 1981.- 224с.
191. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека.- М.: Прогресс – Универс, 1999.- 480с.
192. Розенблит В.А. Биология и математика: Вопросы биофизики //Матер. I Межд.конгресса.- М.: Наука.- 1964.- С.124-127.
193. Рощина И.Ф. Нейропсихологические синдромы начальных стадий деменций позднего возраста //I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ.- 1997.- С.82.
194. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии.- М., 1973.- С.19-81.
195. Руднев В.П. Модальность и сюжет //Логос.- 1994.- №6.- С.41-56.
196. Руднев В.П. Введение в прагмасемантику “Винни Пуха” //Винни Пух и философия обыденного языка.- М.: Гнозис, 1994.- С.11-47.
197. Рыбальский М.И. Бред.- М.: Медицина, 1993.- 368с.
198. Самохвалов В.П. Символика при шизофрении и историогенез мышления //Акт.вопр.психиатрии: II сессия Сиб. фил.ВНИ ПЗ АМН СССР.- Томск, 1985.- С.184-185.
199. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия.- Симферополь: ИМИС-НПФ Движение Лтд., 1993.- 286с.
200. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии //Таврич.журн.психиатр.- 1997.- Т.1, №2.- С.50-80.
201. Самохвалов В.П. Психический мир будущего.- Симферополь: Кит, 1998.- 400с.
202. Самохвалов В.П. Психоаналитический словарь и работа с символами сновидений и фантазий.- Симферополь: Сонат, 1999.- 180с.

203. Самохвалов В.П. Психиатрическая герменевтика: обоснование направления //Таврич. журн. психиатрии. – 2002. – Т.6, №3 (20). – С.4-10.
204. Самохвалов В.П., Крылов В.С. Метатеория языка психической деятельности //История души и эволюция помешательства /В.П.Самохвалов.- Сургут-Северный Дом, 1994.- С.254-259.
205. Свердлов Л.С. Психопатологические и психологические предпосылки выбора терапевтической тактики при эндогенных психозах //Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных /Ред. Р.Я.Вовин, Г.Е.Кюне.- М.: Медицина, 1989.- С.62-97.
206. Светозарова Н.Д. Интонационная система русского языка.- Л., 1982.- 176с.
207. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства.- Л.: Медицина, 1987.- 183с.
208. Сердюк А.И., Михайлов Б.В., Короп А.Ф. Методика объективизации эффективности психотерапии соматических больных.- Харьков, 1998.- 28с.
209. Серікова. О.І. Хронічні больові синдроми у структурі психічних захворювань //Укр. вісн. психоневрол.- 2002.- Т.10, вип.2(31).- С.141-142.
210. Сидякин В.В., Крылов В.С., Самохвалов В.П. Лингвистические представления в этологии человека //Когнитивные процессы речи и языка /Под ред. В.М. Ронгинского, С.С. Дикаревой, Т.А. Яценко.– Симферополь: КЦГИ, 1995.– С.2-3.
211. Слобин Д., Грин Дж. Психоллингвистика.– М.: Прогресс, 1976.– 348 с.
212. Случевский Ф.И. Атактическое мышление и шизофазия.- Л.: Медицина, 1975.- 159с.
213. Смирнов Н.И. Паралингвистика как часть смыслового и эмоционального фонда речи //ВИИЯ: Метод.бюллетень.- М., 1971.- №5.- С.16-28.
214. Соколов А.Н. Внутренняя речь и мышление.- М., 1968.- С.18-23.
215. Соколова Е.Т., Бурлакова И.С. К вопросу об исследовании диалогической природы сознания //I Межд.конф. памяти А.Р.Лурия /Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М.Глозман, Д.Таппера.- М.: Изд-во МГУ.- 1997.- С.87-88.

216. Соложенкин В.В., Нелюбова В.А. Системный подход при изучении психосоматической патологии //Акт. проблемы соматопсихиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.248-249.
217. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции //Соц. и клин. психиатрия.- 1998.- №2.- С.18-25.
218. Спенсер Г. Основания психологии //Ассоциативная психология.- М.: Изд. АСТ-ЛТД, 1998.- С.11-310.
219. Спивак Д.Л. Лингвистика измененных состояний сознания.- Л.: Изд.ЛГУ, 1986.- 196с.
220. Спивак Д.Л. Речь при измененных состояниях сознания.- Л.: Изд.ЛГУ, 1989.- С.3-48.
221. Спрингер С., Дейч Г. Левый мозг, правый мозг.- М., 1983.- С.4-92.
222. Строевский В.А., Самохвалов В.П. Онтогенетическая психиатрия //Эволюционная психиатрия /В.П.Самохвалов.- Симферополь: ИМИС-НПФ Движение Лтд., 1993.- С.225-252.
223. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем.- М.: Медицина, 1984.- 224с.
224. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста.- М.: Медицина, 1974.- С.5-174.
225. Таннус А. Межкультуральные особенности мимики //Основы анализа поведения человека в норме и при психических заболеваниях.- Т.Ш.- М.: ВНИИМИ, 1986.- С.30-37.
226. Танселла М., де Джироламо Д., Сарториус Н. Аннотированная библиография психиатрической эпидемиологии.- К.: Сфера, 1998.- 240с.
227. Тарасов К.Е., Велинов В.К., Фролов А.И. Логика и семиотика диагноза.- М., 1989.- С.3-29.
228. Ташлыков В.А. Механизмы соматизации внутренней картины болезни при неврозах //Акт.пробл.соматопсихиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.259-261.
229. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни и ее значение для групповой психотерапии //Групповая психотерапия /Ред. Б.Д.Карвасарский, С.Ледер.- М.: Медицина, 1999.- С.242-271.
230. Телешевская М.Э. Глазами больного.- К.: Здоровья, 1985.- 156с.

231. Теплов Б.М. Проблемы индивидуальных различий.- М., 1965.- С.8-50.
232. Тихеева Е.И. Развитие речи детей (раннего и дошкольного возраста).- М.: Просвещение, 1981.- 159с.
233. Тихомиров О.К. Психология мышления.- М.: Изд.МГУ, 1984.- С.3-110.
234. Топоров В.Н. Текст: семантика и структура.- М., 1983.- С.3-18.
235. Торндайк Э. Принципы обучения, основанные на психологии //Бихевиоризм.- М.: Изд. АСТ-ЛТД, 1998.- С.35-250.
236. Трегубов И.Б., Прусс Г.Б. Об исследовании уровня алекситимии у больных психосоматическими заболеваниями //Акт. пробл. сомато- психиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.264-265.
237. Уотсон Дж.Б. Психология как наука о поведении //Бихевиоризм.- М.- Изд. АСТ-ЛТД, 1998.- С.251-672.
238. Фант Г. Анализ и синтез речи.- Новосибирск, 1970.- 111с.
239. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни //Психология бессознательного.- М.: Просвещение, 1989.- С.202-309.
240. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному //Я и Оно.- Т 2.- Тбилиси: Мерани, 1991.- С.175-406.
241. Фрейд З. Толкование сновидений.- К.: Здоровья, 1991.- 384.
242. Харди И. Врач, сестра, больной.- Будапешт: Изд. АН., 1982.- 196с.
243. Холмогорова А.Б., Гаранян И.Г. Групповая терапия невротиков с соматическими масками //Моск.психотерапевт.журн.- 1994.- №2.- С.29-50.
244. Хомская Е.Д. Нейропсихология.- М.: Изд.МГУ, 1987.- С.3-45.
245. Хренников О.В. Этологический подход к изучению типологии систем ритуализированной агрессии //Основы анализа поведения человека в норме и при психических заболеваниях.- Т.3.- М: ВНИИМИ, 1988.- С.16-29.
246. Цветкова Л.С., Глозман Ж.М. Аграмматизм при афазии.- М., 1978.- 208с.

247. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация.- М.: Изд МГУ, 1985.- С.15-27.
248. Цеплитис Л.К. Анализ речевой интонации.- Рига, 1974.- 272с.
249. Циген Т. Физиологическая психология в 14 лекциях //Ассоциативная психология.- М.: Изд. АСТ-ЛТД, 1998.- С.311-510.
250. Чабан О.С. Психологічні основи спілкування //Соціальна робота в Україні: Теорія та практика.– К.: УДЦССМ, 2001.– С.81-94.
251. Чабан О.С. Настінні падписи божевільних //Архив психіатр.– 2001.- №4 (27).– С.244-245.
252. Чудновский В.С. Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях //Клин. аспект самосознания при псих. заболеваниях в связи с вопр.диагностики, лечения и реабил.- Куйбышев: Изд.Куйбыш.мед.ин-т, 1982.- С.3-18.
253. Чуманская Е.Л. Особенности невербального поведения больных неврастенией и неврозом навязчивых состояний при проведении групповой психотерапии //Acta psych., psychol. et ethologica Taurica.- Vol.2, N4.- 1996.- С.35-36.
254. Чуприков А.П., Пілягіна Г.Я. До питання про необхідність організації суїцидологічної служби в Україні //Укр. вісн. психоневрол.- 2002.- Т.10, вип.2(31).- С.154-157.
255. Швырев В.С. Теоретическое и эмпирическое в научном познании.– М., 1978.– 179 с.
256. Шевелев Е.А. О паралогическом мышлении //Тр. психиатр. клиники Одессы. – Одесса: Изд. гос. мед. ин-та.– 1930.– С.27-72.
257. Шерток Л., де Соссюр Р. Рождение психоаналитика.- М: Прогресс, 1991.- 288с.
258. Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемиотику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности.- М.: Изд.МГУ, 1983.- С.
259. Шмелев Д.Н. Современный русский язык.- М., 1977.- 341с.
260. Шмидт-Дегенхард М. “Понимание”, “затронутость” и “сопровождение” в психиатрии //Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1998.- Т.98, №3.- С.57-59.

261. Щерба Л.В. Избранные работы по русскому языку.- М., 1958.- С.4-11.
262. Эббингауз Г. Очерк психологии //Ассоциативная психология.- М.: Изд. АСТ-ЛТД, 1998.- С.14-208.
263. Эриксон М. Глубокий гипнотический транс: индукция и использование.- Симферополь: Реноме, 1999.- 206с.
264. Юнг К.Г. Психологические типы.- СПб.: Ювента, 1995.- 717с.
265. Юнг К.Г. Психология бессознательного.- М.: Канон, 1996.- 320с.
266. Юнг К.Г. Душа и мир: шесть архетипов.- К.: Port-Royal, 1998.- 384с.
267. Юнг К.Г. Человек и его символы.- М.: Изд. Серебрян.нити, 1999.- 367с.
268. Якубик А. Истерия: Методология, теория, психопатология.- М.: Медицина, 1982.- 341с.
269. Якушин Б.В. Гипотезы о происхождении языка.- М., 1984.- 137с.
270. Ясперс К. Общая психопатология.- М.: Практика, 1998.- 1054с.
271. Ainsworth-Vaughn N. Topic transition in physician-patient interviews: Power, gender and discourse change //Language in Society.- 1992.- N21.- P.409-426.
272. Allot L. The motor theory of language: origin and function //Language origin: A multidisciplinary approach /Ed. By J.Wind, B.Chiarelli et al. NATO ASI series D: Behavioral. And social sciences.- Vol.61.- Dordrecht-Boston-London: Kluwer Academic Publ., 1991.- P.105-119.
273. Anderson J.R. The architecture of cognition.- Cambridge-Mass, 1983.- P.5-18.
274. Antony J.C., Folstein M., Romanoski A.J. Comparison of the lay diagnostic interview schedule and standartized psychiatric diagnosis //Arch.general psychiatry.- 1980.- N42.- P.1040-1046.
275. Arbib M.A., Caplan D., Marschall J.C. Neural models of language processes.- N.-Y., 1982.- 142p.
276. Arnheim R. Entropy and art.- N.-Y., 1971.- P.5-80.
277. Austin J.L. How to do things with words.- N.-Y.: Oxford Univ.Press, 1999.- 176p.

278. Bach M. Alexythymia and somatization-relationship to DSM-III-R diagnosis //J.Psychosom.Res.- 1994.- V.8, N6.- P.529-539.
279. Bader M., Lasser I. German verb-final clauses and sentence processing: Evidence for immediate attachment //Perspectives on sentence processing /Eds.: Clifton C., Frazier L., Rayner K.- N.-Y.: Hillsdale-Lawrence Erlbaum Ass., 1998.- P.43-56.
280. Bally Ch. Langue et parole //J.Psych.- 1926.- N23.- P.693-701.
281. Bates E., Mac Whinney B. Functionalist approach to grammar //Language acquisition: The state of the art. /Eds.: E.Manner, L.Gleitman.- Cambridge, 1982.- P.8-11.
282. Belin P.Recovery from nonfluent aphasia after melodic intonation therapy: a pet study //First international Luria memorial conference /Ed. by: E.Homskaya, J.Glozman, D.Tupper.- M.: Phys.Dep. of Mosc.Un-ty, 1997.- P.116.
283. Benveniste E. Problemes de linguistique general.- Paris, 1966.- P.31-42.
284. Berndt R.S., Caramazza A. Syntactic aspects of aphasia //Acquired aphasia.- N.-Y., 1996.- P.21-23.
285. Bickerton D. Language and human behavior.- Seattle: W.A.Un-ty of Washington, 2000.- 265p.
286. Birdwhistell R.L. Paralanguage – 25 years after Sapir //Lectures on experimental psychiatry /Ed. H.W.Brosin.- Pittsburg, 1961.- P.14-19.
287. Birdwhistell R.L. Kinesics and context.- Philad., 1970.- P.3-89.
288. Bland R.C. Psychiatric epidemiology //Canad.J.Psychiatry.- 1988.- N33.- P.618-625.
289. Bleuler E. Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien.- Lpz.-W., 1911.- S.259-325.
290. Bloomfield L. Language.- N.-Y., 1933.- 318p.
291. Boas F. Handbook of American Indian Languages //“Bulletin” 40, Bureau of Am.Ethology.- 1911.- P.13-21.
292. Bock J.K. Toward a cognitive psychology of syntax: Information of processing contribution to sentence formulation //Psych.review.- 1982.- Vol.89, N1.- P.33-34.
293. Böhme G., van den Daele W., Krohn W. Experimentelle Philosophie.- Frankfurt-Main, 1977.- S.112-178.

294. Bruner J.S. Studies of cognitive growth.- N.-Y., 1966.- P.3-12
295. Bryan K.L. Language difficulties after right hemisphere damage: A single case study of a bilingual patient //First international Luria memorial conference /Red. By: E.Homskaya, J.Glozman, D.Tupper.- M.: Phys.Dep. of Mosc.Un-ty, 1997.- P.117.
296. Buchler K. Theory of language: The representational function of language.- Amsterdam, 1999.- 232p.
297. Burland C.A. Myths of life and death.- London: Macmillan London Ltd, 2000.- 256p.
298. Bybee J.L. Morphology as lexical organization.- San-Diego: Acad.Press, 1998.- 84p.
299. Can schizophrenia be localized in the brain? /Ed. N.C.Andreasen.- Washington: Amer.psychiatr.press, Inc., 1986.- 87p.
300. Carnap R. Logische Syntax der Sprache.- Wien, 1934.- S.31-108.
301. Carpenter P.A., Miyake A., Just M.A. Language comprehension: sentence and discourse processing //USA Review Psychology.- 1995.- N46.-P.91-120.
302. Cavalli-Sforza L.L. Genes, peoples and languages //Scientific American.- 1991.- N11.- P.72-78.
303. Chafe W. Discourse, consciousness and time. The flow and displacement of conscious experience in speaking and writing.- Chicago: Un-ty Chicago Press, 1994.- P.12-140.
304. Chaika E. Understanding psychotic speech: Beyond Freud and Chomsky.- Spreingfield, 1990.- P.86.
305. Chaslin M. Elements de semiologie et de clinique mentalis.- Paris, 1925.- P.5-24.
306. Cheney D. Origins of communications //Symposium on "Origins: Evolutionary perspectives on the behavior of human and other primates": Report on "Living links".- Atlanta, 1999.- P.3-7.
307. Chomsky N. Syntactic structures.- Hague-Monton, 1957.- 236p.
308. Chomsky N. Aspects of the theory of syntax.- Cambridge, 1965.- P.3-71.
309. P.Chomsky N. Condition on transformations //A festchrift for Morris Halle /Eds.: S.Anderson, P.Kiparsky.- N.-Y., 1973.- P.232-286.

310. Chomsky N. The minimalist program.- Cambridge.- MTI Press, 1999.- P.8-19.
311. Cienki A. A comparison of localist and cognitive approaches //Historiographia linguistica.- 1992.- N 2.- P.123-162.
312. Clardy J.A., Hyde T.M., Kleinman J.T. Postmortem neurochemical and neuropatological studies in schizophrenia //Schizophrenia /Ed. By N.C.Andreasen.- Washington: D.C.London, 1994.- P.123-146.
313. Clark H.H., Clark E.V. Psychology and language: An introduction to psycholinguistics.- N.-Y., 1977.- P.21-92.
314. Cohen A., Eastman N. Needs assessments for mentally disorder offenders and others requiring similar services. Theoretical issues and methodological framework //Brit.J.Psychiatry.- 1997.- Vol.171, N2.- P.412-416.
315. Cole M., Scribner S. Culture and thought: A psychological introduction.- N.-Y.-London-Sydney-Toronto, 1998.- P.81-88.
316. Cools A.R. Syntax aspects of motoric organization //Advanc.physiol.Sci.- 1981.- Vol.2.- P.227-230.
317. Coupland J., Coupland N., Robinson J.D. "How are you": Negotiating phatic communion // Language in society.- 1992.- N21.- P.207-230.
318. Crow R.R. Molecular genetic research in schizophrenia //Schizophrenia /Ed. By N.C.Andreasen.- Washington DC-London, 1994.- P.245-260.
319. Crow T.J. Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language //Trends neuroscience.- 1997.- Vol.20, N8.- P.339-343.
320. Crow T.J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? //Schizophrenia research.- 1997.- N28.- P.127-141.
321. Crow T.J. Nuclear schizophrenia symptoms as a window on the relationship between thought and speech //Brit.J.Psychiatry.- 1998.- N173.- P.303-309.
322. Crystal D. Orisiduc Systems and language acquisition //Studia Phonetica, 1970.- N3.- P.16-23.
323. Damasio A.R., Geschwind N. The anatomical basis of language //Annu.Rev.neurosci.- 1984, N7.- P.127-147.
324. Danes F. A three-level approach to syntax //Travaux linguistiques de Prague, 1964.- Vol.1.- P.12-20.

325. De Vincenzi M. Syntactic Parsing Strategies in Italian.- Dordrecht-Kluwer Acad.Publ., 1999.- P.3-28.
326. Dell G.S. A spreading-activation theory of retrieval in sentence production //Psych.review.- 1986.- Vol.33.- P.34-35.
327. Delvin S., Tait J. Computer-aided reading for aphasics //Cognitive processes in spoken and written communication: theories and applications /Eds.: V.D.Ronginsey, S.S.Dicareva, N.A.Yashenko.- CRCH, 1995.- P.47-48.
328. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IVTM.- 4-th ed.- Washington: Amer.Psych.Associat., 1994.- 886p.
329. Discourse Studies in Cognitive Linguistics /Ed. By K. van Hoek, A.A.Kibrik, L.Noordman.- Amsterdam-Philadelphia: J.Benjamins Publ.Comp, 1999.- 53p.
330. Eibl-Eibesfeldt I. Die biologie des menschlichen verhaltens: Grundric der humanethologie.- Munchen: Piper, 1984.- P.3-90.
331. Eibl-Eibesfeldt I. Human ethology.- N.-Y.: Aldone de Gruyter, 1989.- 1012p.
332. Ekman P., Friesen W.V. Facial action coding system: A technique for measurment of facial movement.- California: Consult.Psychol.Press.-Palo-Alto, 1998.- P.38-73.
333. Eliade M. Symbolism, the sacred and the arts.- N.-Y.: Crossroad, 1999.- 185p.
334. Ertel S. Überzeugung, dogmatismus- Wahn.IX //Kolloquium der Societe int de psychopatologie de l'expression.- Hanover, 1975.- S.17-22.
335. Ertel S. Wahruehmung und gesellschaft. Pragnanzte undenzen in wahruehmungund be wußt sein.- Semiotik- 3, 1981.- P.107-141.
336. Fant G. Acoustic theory of speech production.- Gravenhage.- 1960.- 323p.
337. Feldman L.B., Fowler C.A. The inflected noun system in serbo-croatian: Lexical representation of morphological structure.- N.-Y., 1998.- P.21-33.
338. Ferreira F., Henderson J. How is the verb information used during syntactic parsing? //Understanding words and sentences /Ed. Simpson.- Holland-Elsevier Science Publ., 1991.- P.8-17.

339. Fillmore C. The mechanisms of "Construction grammar" //Proceedings of the 14-th annual meeting of the Berkeley linguistics society.- Berkeley: Un-ty California, 1988.- P.35-55.
340. Firbas J. Some aspects of the szechoslovak approach to problems of functional sentence perspective //Paper on functional sentence perspective.- Prague, 1974.- P.41-46.
341. Flanders S. The dream discourse today.- London-N.Y.: Routledge, 1999.- 330p.
342. Flegel H. Schizophasie in linguistischer deutung.- Berlin, 1965.- P.5-101.
343. Fodor J.A., Modularity of mind.- Cambridge: MIT Press, 1983.- 286p.
344. Franck D. Seven sins of pragmatics: thesis about speech theory, conversational and rhetoric //Possibilities and limitations of pragmatics.- Amsterdam.: J.Benjamins B.V., 1981.- P.225-236.
345. Frazier L., Fodor J.D. The Sausage machine //A new two-stage parsing model-cognition.- 1978.- N6.- P.291-326.
346. Frazier L., Rayner K. Making and correcting errors during sentence comprehension //Cognitive psychology.- 1982.- N14.- P.178-210.
347. Frazier L. Against lexical generation of syntax //Lexical representation and process /Ed. Marslen-Wilson W.- Cambridge: MIT Press, 2000.- P.44-60.
348. French N., Steinberg J. Factors govoring the intelligibility of speech sounds //J.Acoust.Soc.Am.- 1947.- Vol.19.- P.90-119.
349. Fries C.C. The Bloomfield "School" //Triends in European and American linguistics 1930-1960.- Utrecht-Antwarp, 1961.- P.196-224.
350. Frith C.D. The cognitive neuropsychology of schizophrenia.- Hove: Lowrence Elbaum, 1992.- 124p.
351. Fromkin V. Speech Errors as linguistic evidence.- Hague: Mouton, 1973.- 147p.P.
352. Fromm E. The fogotten language.- N.-Y., 1998.- 318p.
353. Gabbard G.O. Finding the "person" in personality disorders //The Am.J.Psich.- 1997.- V.154, N7.- P.891-894.

354. Gaebel W., Ulrich G. Neuropsychological disfunction in schizophrenia //Pharmacopsychiatria.- 1988.- Vol.19, N4.- P.222-223.
355. Gardner B.T., Gardner R.A. Evidence for sentence constituents in the early utterances of child and chimpanzee //J.Exp.psychol.gen.- 1975.- Vol.104.- P.244-267.
356. Garrett M.F. Production of speech: Observation from normal and pathological language use //Normality and pathology in cognitive functions.- London, 1998.- P.62-111.
357. Gathercole S.E., Baddeley A.D. Working memory and language.- Hove: Earlbaum, 1999.- P.18-62.
358. Geschwind N. Biological foundations of cerebral dominance //Trends. Neurosci.- 1989.- Vol.354-356.- P.18-23.
359. Geschwind N., Levitsky W. Human brain: left-right asymmetries in temporal speech region // Science.- 1968.- Vol.161.- P.186-187.
360. Givon T. Discourse and syntax.- N.-Y.: Academic Press, 2000.- 212p.
361. Goertler K. Die Entwicklung der menshlichen Glottis als deszedenztheoretisches problem //Über die evolution der sprache /Hrsg.J.Schwidetzky.- Frunfurt-Main.- 1973.- S.37-68.
362. Goldberg A.E. Constructions: A construction grammar approach to argument structure.- Chicago: Un-ty Chicago Press, 2000.- P.24-29.
363. Goldman-Eisler P. Psycholinguistics: Experiments in spontaneous speech.- N.-Y.: Fcademic Press, 1999.- P.3-12.
364. Goodglass H., Menn L. Is agrammatism a unitary phenomenon? //Agrammatism /Ed. By N.Ackerman.- N.-Y., 1985.- P.40-42.
365. Goodglass H. Semantic processing in right hemisphere reading //First international Luria memorial conference /Red. By: E.Homskaya, J.Glozman, D.Tupper.- M.: Phys.Dep. of Mosc.Un-ty, 1997.- P.119.
366. Goldstein K. Language and language disturbances.- N.-Y., 1998.- 191p.
367. Goldstein A., Foa E.B. Handbook of behavioral intervention.- N.-Y.: Wiley, 1977.- 176p.
368. Gorrell P. Structural relations in the grammar and the parser //Folia linguistica.- London,1994.- 121p.

369. Goudena P.P., Leenders S.H.R. Exploratory research on aspects of private speech.- Utrecht, 2000.- P.24-79.
370. Greenberg J.H. Linguistic typology and history //Current anthropology.- 1993.- Vol.34, N4.- P.503-505.
371. Gruhle H.W., Jung R., Mayer-Gross W. Psychiatrie der gegenwart.- Bd.I-II.- Berlin-Heidelberg-N.Y.: Springer-Verlag, 1967.- P.3-79.
372. Gur R.C., Saykin A.J., Gur R.E. Brain function in schizophrenia: Application of neurobehavioural studies //Schizophrenia /Ed.by N.C.Andreasen.- Washigton D.C., London, 1994.- P.93-104.
373. Haegeman L. Introduction to government and binding theory.- Oxford-Cambridge-Blackwell, 1999.- P.7-17.
374. Hall E. The silent language.- N.-Y., 2000.- 117p.
375. Hall K.C., Lindsay G., Thomson R.F. Psychology.- N.-Y., 1975.- P.8-28.
376. Halliday M.A.C. Intonation and grammar in British-English.- Monton, 1998.- P.41-46.
377. Harlow H.F. Seconde intervention //L'attuchement /Ed. R.Zazzo.- Paris: Deluchoux et niestle, 2000.- P.199-205.
378. Harris M., Coltheart M. Language processing in children and adults.- London, 1986.- 288p.
379. Herink R. The psychotherapy handbook.- N.-Y.: Amer.library, 1980.- P.3-101.
380. Hewes G.W. Primate communication and gestural origin of language //Current Antropology.- 1973.- Vol.14, N1-2.- P.21-24.
381. Hintikka J. Models for modelities.- Dordrecht, 1969.- 76p.
382. Hjelmslev L. Prolegomena to a theory of language.- Baltimore: IJAL, 1999.- P.3-57.
383. Hoijer H. Antropological linguistics //Trends in European and American linguistics 1930-1960.- Utrecht: Antwerp, 1961.- P.224-245.
384. Hollender M.N., Ford Ch.V. Dynamic psychotherapy: An introductory approach.- Washington, D.C.- London: Amer.psychiatric press, 1990.- 220p.
385. Hunt E., Banaji M.R. A cognitive science view of linguistic and cultural effects on thought //Indigenous Cognition: Func-

tioning in cultural context /Ed.by J.W.Berry, S.H.Irvine, E.B.Hunt.- Dordrecht-Boston-Lancaster: Martinus Nijhoff Publishers, 1988.- P.57-84.

386. Hurford J.R. An approach to the phylogeny of the language faculty //The evolution of human languages /Ed.by J.A.Hawkins & M.Gell-Man.- Addison-Wesley, 1992.- P.273-303.

387. Husson R. Physiologie la phonation.- Paris, 1962.- 591p.

388. Hymes D.H. Lexicostatistics so far //Current anthropology.- 1960.- N1.- P.33-44.

389. Imhirst S.I. A psychoanalytic approach to anxiety in childhood //Anxiety in Children /Ed. V.P.Varmu.- London: Croom Helm, 1984.- P.1-14.

390. Inoue A., Fodor J.D. Information-paced passing of Japanese.- Mazuka-Nagai, 2000.- 78p.

391. Jackendoff R.S. X-Bar syntax. A study of phrase structure.- Cambrige: MIT Press, 1977.- 92p.

392. Jakobson R. Selected writings: Phonological studies.- La Haye, 1962.- P.74-110.

393. Jaspers K. Allgemeine psychopathologie /Achte unveranderte.- Auflage-Berlin-Heidelberg-N.-Y.: Springer-Verlag, 1965.- 748s.

394. Jespersen O. Linguistica: Selected papers in English, French and German.- Londres, 1999.- P.21-146.

395. Jobs G. Dictionary of mythology, folklore and symbols.- In 3 V.- N.-Y.: Scarecrow Press Inc., 1962.- 578p.

396. Johnson M. The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination and reason.- Chicago: Un.Chicago Press, 1987.- P.4-21.

397. Kasanin S. Language and thought in schizophrenia.- Burkeley, 1944.- P.4-14.

398. Kelly G.A. The psychology of personal constructs.- N.-Y.: Norton, 1955.- 108p.

399. Key S.P., Opler L.A., Fitsbane A. PANSS-I //Schizophrenia Bulletin.- 1999.- N37.- P.261-275.

400. Kimura D. Cerebral dominance and the perception of verbal stimuli //Canad.J.Psychol.- 1961.- Vol.15.- P.166-171.

401. Kimura O. Functional assymetry of the brain in dichotic listening //Cortex, 1967.- Vol.3.- P.163-178.

402. Kleist K. Ueber chronisch wahnbildende psychosen des rückbildungsalters //All.Ztschr.phych.- 1959.- S.69-81.
403. Kohlberg L., Yaeger J., Hjertholm E. Private speech: four studies and a review of theories //Child development.- 1968.- Vol.39.- P.62-71.
404. Kolb B., Milner B. Perfomance of complex arm and facial movements after focal brain lesions //Neuropsychologia.- 1981.- Vol.19.- P.19-28.
405. Kolb B., Whishow I.Q. Fundamental of human neuro- psychology.- N.-Y.: Freeman. 1990.- 342p.
406. Korch H. Die wissen schaftliche hypotese.- Berlin, 1970.- 340s.
407. Külpe O. Vorlesungen über psychologie.- 2 aufl.- Lpz., 1922.- P.3-18.
408. Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je ecrits.- Paris-Seul, 1966.- P.3-40.
409. Lacan J. Le seminaire, livre V, les formations de l'inconscient.- Paris-Seul, 1998.- 88p.
410. Lafon I.C., Juinchard I. Principes dietude objective de la voix et de la parole.- Besanson, 1971.- 71p.
411. Lakoff G. The contemporary theory of metaphor //Metaphor and thought /Ed. A.Ortony.- Cambridge: Cambr.Un.Press, 2000.- P.202-251.
412. Langacker R. Fondations of cognitive grammar.- Stan- ford: Stanford Un.Press, 1991.- Vol.II: Descriptive application.- P.43-48.
413. Language and communication in people with learning disabilities /Ed.by M.Beveridge, G.Conti-Ramsden & I.Leudar.- London, 1997.- 320p.
414. Landman F. Structures for semantics.- Dordrecht- Kluwer, 1991.- 173p.
415. Lasnic H., Saito M. Move: Conditions on its applica- tion and output.- Cambridge: MIT-Press, 1992.- P.8-12.
416. Lennenberg E.H. Biological foundation of language.- N.-Y.- London, 1967.- 489p.
417. Leon P.R. Essais de phonostylistique //Studia a pho- netica.- 1971.- N4.- P.342-345.
418. Levi-Strauss C. Mythologiques.- Paris, 1999.- 418p.

419. Levinson S.C. Pragmatics.- Cambridge: Cambr.Un.Press, 1983.- P.5-28.
420. Liberman A.M., Cooper F.S. A motor theory of speech perception //Proc.Speech Commun.Seminar.- Stockholm, 1962.- Sess.D 3.- P.1-10.
421. Licklider J.C.N., Miller G.A. Perception of speech // Hanbook of Exp.Psychology / Ed. J.D.Stebius.- N.-Y., 1951.- P.1040-1074.
422. Lyng K., Tordahl P. Verbal regulation of bahavior: a promising strategy for detection of dementia? //First international Luria memorial conference /Red. By: E.Homskaya, J.Glozman, D.Tupper.- M.: Phys.Dep. of Mosc.Un-ty, 1997.- P.120-121.
423. Lyons J. Linguistic semantics: An introduction.- London: Cambr.Un.Press, 2001.- P.3-41.
424. Maier G. Psychologie und philosophie.-N.-Y.: "Festsch. F.t.Riech 4", 1914.- 214p.
425. Mandelbaum D.L. Selected writings of Edward Sapir.- Berkeley-Los Angeles: Un.Califor.Press, 1999.- 128p.
426. Mann W.C., Thompson S.A. Rhetorical structure theory: Toward a functional theory of text organization.- Text 8.- N.-Y.,1988.- P.243-281.
427. Mann W.C., Thompson S.A. Discourse Description: Diverse Linguistic analysis of a fund-raising text.- Amsterdam-Benjamins, 1999.- 92p.
428. Marks M. Cure and care of neurosis: Theory and practice of behavioral psychotherapy.- N.-Y.-D.C.-London: Amer.Psychiatr.Press Inc, 1981.- 231p.
429. Marshall J.C., Newcomb E.F. Syntactic and semantic errors in paralexia //Neuropsychology.- 1986.- N4.- P.169-176.
430. Martin P. Intonation pattern recognition //Proc.Int.Simp. on Intonology.- Prague, 1970.- P.89-96.
431. Martin P. The sickening mind.- London: Harper Collins, 1997.- 142p.
432. Mayou R.A. Psychiatry, medicine and consultation //Brit.J.Psych.- 1997.- Vol.171.- P.203-204.
433. Mc Glashan I.H. Psychosocial treatment of schizophrenia: The potential of relationships //Schizophrenia: From mind to molecule /Ed.by N.C.Andreasen.- Washington, D.C.-London, 1994.- P.189-218.

434. Mendelson M. Psychodynamics of depression //Handbook of affective disorders /Ed. E.S.Paykel.- N.-Y.: Guilford Press, 1982.- P.162-174.
435. Miller G.A. A psycholinguistic approaches to the study of communication //Journeys in science: Small steps – great strides.- Albuquerque, 1967.- P.23-25.
436. Miller I., Norman W., Dow M. Psychosocial characteristic of “Double depression” //Am.J.Psychiatr.- 1986.- Vol.143, N8.- P.1042-1044.
437. Morozov V.P. Intelligibility in singing as a function of fundamental voice pitch //Contributions of voice research to singing /Ed. I.Large.- Houston.- 1982.- P.395-402.
438. Morris Ch. Signs, language and behaviour.- N.-Y., 1946.- P.3-19.
439. Morris Ch. Varieties of human value.- Chicago: Chicago Un.Press, 1956.- P.5-81.
440. Morton J. Word recognition.- Cambridge: MIT Press, 1979.- 115p.
441. Newmeyer F. Linguistic theory in America.- Orlando: Acad.Press, 1998.- 76p.
442. Nichols J. Head-marking and depending-marking grammar //Language.- 1986.- N62.- P.56-119.
443. Ono T., Thompson S.A. What can conversation tell us about syntax //Alternative linguistics: Descriptive and theoretical modes /Ed. P.W.Davis.- Amsterdam-Benjamins.- 1999.- P.213-272.
444. Osborn A.F. Applied imagination: Principles and procedures of creative thinking.- N.-Y., 1957.- P.
445. Osgood Ch. Psycholinguistic.- N.-Y., 1963.- P.3-28.
446. Oswald P.E. Human sounds psychological and psychiatric aspects of speech and hearing.- Springfield, 1960.- 92p.
447. Paivio A. Dual coding theory: Retrospect and current status //Canad.J.Psychology.- 1991.- N45.- P.255-287.
448. Perry S., Cooper A.M., Michels R. The psychodynamics formulation: Its purpose, structure and clinical application //Am.J.Psychiatr.- 1987.- N144.- P.544-554.
449. Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification /Ed.by J.Z.Sadler, O.P.Wiggins & M.A.Schwartz.- Baltimore: Johns Hopkins Un.Press, 1994.- 375p.

450. Pierson Ch. Collected papers.- V.1.- N.-Y.: Harvard University Press, 1958.- P.3-171.
451. Pinker S. Learnability and cognition: The acquisition of argument structure.- Cambridge: MIT Press, 1999.- P.1-16.
452. Pinker S. Origins of human language //Symposium on "Origins: Evolutionary perspectives on the behavior of human and other primates": Report on "Living Links".- Atlanta, 1999.- P.8-14.
453. Pitkin H. Method and theory in the perspective of anthropological linguistics //Method and theory in linguistics /Ed.by P.V.Garvin, 1970.- P.83-104.
454. Pittenger R., Smith H.A. Basic for some contribution of linguistic to psychiatry //Psychiatry.- 1957.- N10.- P.33-34.
455. Ploog D. Neurobiology and pathology of subhuman vocal communication and human speech //Primate vocal communication.- Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag, 1988.- P.195-212.
456. Ploog D. Neuroethological foundation of human speech //From neuron to action /Eds.: Decke, J.C.Eccles, V.B.Mouncastle.- Berlin-Heidenberg: Springer-Verlag, 1990.- P.365-374.
457. Ploog D. Ethological foundation of biological psychiatry //Integrative biological psychiatry /Eds.: U.M.Emrich, M.Wiegand.- Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. 1992.- P.3-35.
458. Ploog D. Neuroethological foundation of speech //Ethology and evolution of human behaviour.- Simferopol, 1992.- P.7.
459. Popper K.R. Logik der forschung.- Tubingen, 1966.- S.6-12.
460. Postal P. Aspects of Phonological theory.- N.-Y.: Harper & Row, 1968.- P.8-33.
461. Postal P. Crossover Phenomena.- N.-Y.: Holt-Rihehart-Winston, 1971.- P.17-24.
462. Pritchett B. Garden path phenomena and the grammatical basis of language processing //Language.- 1988.- N64(3).- P.539-576.
463. Pritchett B. Head position and parsing ambiguity //J.Psycholing.Res.- 1991.- N20 (3).- P.251-270.
464. Pritchett B. Grammatical competence and parsing performance.- Chicago: Un-ty Chic.Press, 1999.- P.3-28.

465. Raffler-Engel W. The contribution of psycholinguistics to the study of language origins //Language origin: A multidisciplinary approach /Ed.by J.Wind, B.Chiarelli. NATO ASI series. Series D: Behavioural & social sciences.- Vol.61.- Dordrecht-Boston-London: Kluwer Acad.Publ., 1991.- P.183-193.
466. Ramanathan-Abbott V. Interactional differences in Alzheimer's discourse: An examination of AD. Speech across two audiences //Language in Society.- 1994.- N23.- P.31-58.
467. Ross J.R. Constraints on variables in syntax.- Ph.D.Diss.:MIT, 1967.- 153p.
468. Ross P.E. Hard words //Scientific Am.- 1991.- N4.- P.71-79.
469. Ruesch J., Kees W. Nonverbal communication.- Berkeley: Un.California Press, 1956.- 67p.
470. Samohvalov V.P., Crilov V.S. Myth as a bridge for the languages of mental activity //Human Psychol.- 1990.- V.18, N2.- P.143-151.
471. Santa-Barbara papers in linguistics.- S.-Barbara, 1994.- Vol.4: Discourse transcription.- 134p.
472. Sapir E. Language.- N.-Y.: Harcourt Brace, 1999.- 276p.
473. Sartorius N. Epidemiology and mental health policy //Public mental health: Perspectives and prospects /Eds.: M.O.Wagenfeld, Lemkan P.V. & B.Justice.- Beverly Hills: Sage, 1989.- P.131-142.
474. Sartorius N., Goldberg D., de Girolamo. Psychological disorders in general medical settings.- Berne-Huber, 1990.- P.18-33.
475. Schelde J.T., Pedersen J., Hannibal E. An ethological analysis of depression: Comparison between ethological recording and Hamilton's rating of five endogenously depressed patients //Acta Psychiatrica. Scandinavica- 1988.- N78.- P.331-340.
476. Schelde J.T. Ethological research in psychiatry //Ethology and sociobiology.- N.-Y.: Elsevir Science Inc., 1994.- N15.- P.349-368.
477. Schelde J.T., Hertz M. The use of nonverbal behaviour in psychiatry //Ethology and evolution of human behaviour /Eds. V.Samohvalov, V.Egorov.- Simferopol, 1994.- P.9-10.

478. Schelde T. A coherent hypothesis of affective disorder, schizophrenia and schizo-affective disorder (an ethological-physiological perspective).- ASCAP, 1998.- Vol.11, N2.- P.6-19.
479. Scherrington J. Man on his nature.- London: Elsilver, 1998.- 131p.
480. Schizophrenia: From mind to molecule /Ed.by N.C.Andreasen.- Washington- D.C.London, 1994.- 278p.
481. Schnider K. Klinische Psychopathologie.- Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1962.- S.3-88.
482. Schutte N.S., Malouff J.M. Source book of adult assessment strategies.- N.-Y.: Plenum, 1995.- 471p.
483. Schweitser L.J. Cerebral impairment in schizophrenia //Biol.Psychiatr.- 1982.- N4.- P.357-363.
484. Searle J.R. What is a speech act? //Philosophy in America /Ed. M.Black.- London: Allen & Unwin, 1965.- P.221-239.
485. Searle J.R. Speech acts. An asay in the philosophy of language.- London: Cambridge Un.Press, 1969.- 92p.
486. Searle J.R. A classification of illocutionary act //Language in Society.- 1976.- N5.- P.1-23.
487. Sedlaček K., Sychra A. Hudba a slovo z experimentalniko hlediska.- Praha, 1962.- 99s.
488. Sedvall G. Positron-emission tomography as a metabolic and neurochemical probe //Schizophrenia /Ed.by N.C.Andreasen.- Washington- D.C.London, 1994.- P.147-158.
489. Selverston A.I. Model networks and behaviour.- N.-Y.: Plenum, 1998.- 243p.
490. Silverstein M.I., McDonald C., Meltzer H.Y. Differential patterns of neuropsychological deficit in psychotic disorders //J.Clin.Psychol.- 1988.- N3.- Vol.44.- P.412-415.
491. Skinner B.F. Verbal behaviour.- N.-Y., 1957.- 349p.
492. Sossure F. de Cours de linguistique generale.- Paris, 1972.- 378p.
493. Spang – Hanssen H. Recent theories on the nature of the language sigh.- Copenhagen, 1999.- 74p.
494. Spitzer R.L., Williams B.W. Instruction manual for the structured clinical iterview for DSM-III (SCID) /Biometrics research department; State Psychiatric Institute.- N.-Y., 1985.- P.171-212.
495. Stevens A., Price J. Evolutionary psychiatry. A new beginning.- Routledge-London-N.-Y., 1996.- 267p.

496. Stevens K.N., Liberman A.M. Cross-language study of vowel perception //Language and speech.- 1969.- Vol.12.- P.1-23.
497. Studdert-Kennedy M. Speech perception //Contemporary issues in experimental phonetics /Ed. N.J.Lass.- Springfield: Ch.C.Thomas, 1976.- P.38-94.
498. Sullivan H.S. Interpersonal theory of psychiatry.- Norton-N.-Y., 1998.- 315p.
499. Svab L., Ganisky P., Pastel A. Fundamental frequency range in the speech of schizophrenia the outcome of neuroleptic therapy //Activ.Nervos.Sup.- 1986.- Vol.28, N1.- P.39-42.
500. Taylor G. Alexythymia: Concept, measurement and implication for treatment //Am.J.Psychiatr.- 1989.- Vol.141, N6.- P.725-732.
501. Taylor G.J., Bagby R.M., Rayan D.P. Criterion variability of the Toronto alexithymia scale //Psychosom.Med.- 1989.- Vol.50, N5.- P.500-509.
502. The evolutionary origins of developmental psychology /Ed.by R.H.Wozniak.- Pennsylvania: Routledge/Thoemmes press, 1995.- P.3070.
503. The ICD-10: Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines /WHO.- Geneva, 1992.- 362p.
504. The science of consciousness /Ed.by M.Velmans.- London: Un-ty.London, 1998.- 224p.
505. Tomlin R.S. Focal attention, voice and order: An experimental, cross-linguistic study.- Downing-Noonan, 2000.- P.8-74.
506. Tonkonogy J., Henrickson E. Brief neuropsychological cognitive examination (BNCE) //First international Luria memorial conference /Red. By: E.Homskaya, J.Glozman, D.Tupper.- M.: Phys.Dep. of Mosc.Un-ty, 1997.- P.123.
507. Trager G.L. Paralanguage a first approximation //Studies in linguistics.- 1958.- N13.- P.93-104.
508. Trager G.L. Typology of paralanguage //Antropological linguistics.- 1961.- Vol.3, N1.- P.23-26.
509. Ulbaek I. Language origin: The role of animal cognition //Language origin: A multidisciplinary approach /Ed.by J.Wind, B.Chiarelli, B.Bichakjian et al. NATO ASI Series D: Behavioural and social sciences.- Vol.61.- Dordrecht-Boston-London: Kluwer Academic Publ., 1991.- P.265-278.

510. Van Valin R.D.Jr. A synopsis of role and reference grammar.- Amsterdam, 1998.- P.3-12.
511. Vetter H. Language behaviour in schizophrenia.- Springfield, 1968.- P.3-83.
512. Vore I. de. The evolution of human society //Man and beast comparative social behaviour /Eds.: J.F.Eisenberg, W.S.Dillon.- Washington, 1971.- P.297-311.
513. Warburton N. Thinking from A to Z.- N.-Y., 1998.- 160p.
514. Warren R.M. Perceptual restoration of missing speech sounds //Science.- 1970.- N167.- P.392-393.
515. Weitbrecht H.J. Psychiatrie im grundriss.- Berlin-Heidelberg-N.-Y.: Springer-Verlag, 1968.- P.4-174.
516. Wertsch J.V. The regulation of human action and given-new organization of private speech //The developmental of self-regulation through private speech.- N.-Y., 1999.- P.28-39.
517. Wertsch J.V. Vygotsky and the social formation of mind.- Harvard, 1985.- 47p.
518. West E. Consultation – liaison psychiatry to neurology and medicine //First international Luria memorial conference /Red. By: E.Homskaya, J.Glozman, D.Tupper.- M.: Phys.Dep. of Mosc.Unity.- 1999.- P.125.
519. White L. Universal grammar and second language acquisition.- Amsterdam-Benjamins, 1989.- 281p.
520. Whitfield F.J. Linguistic usage and glossematic analysis.- Hague, 1956.- P.5-17.
521. Whorf B.L., Trager G.L. The relation of uto-aztecan and tanoan //Am.Anthropol.- 1937.- N39.- P.609-624.
522. Whorf B.L. The relation of habitual behaviour and thought to language.- N.-Y., 1999.- 139p.
523. Wilbur C.B. Psychoanalysis and multiple personality disorder //Treatment of multiple personality disorder /Ed. B.G.Braun.- Washington D.C.: Amer.Psychiat.Press, 1986.- P.133-142.
524. Williams C., Stevens K. Emotions and speech: some acoustical correlates //J.Acust., 1972.- Vol.52, N10.- P.1238-1250.
525. Wilson E.O. Sociobiology: The new synthesis.- Cambridge: Cambr.Un.Press, 1975.- P.3-37.

526. Wilson E.O. Biophilia.- Cambridge: Cambr.Un.Press, 1984.- P.36-111.

527. Wind J. Speech origin: A review //Language origin: A multidisciplinary approach /Ed.by J.Wind, B.Chiarelli et al. NATO ASI series. Series D: Behavioural and social sciences.- Vol.61.- Dordrecht-Boston-London: Kluwer Acad.Publ., 1991.- P.21-37.

528. Wittgenstein L. Philosophical investigations.- Cambridge: Cambr.Un.Press, 2000.- P.5-30.

529. Yanagida M., Takizava O. Prosodic Features of ironical utterance in terms of speaker's mental state //Cognitive processes in spoken and written communication: Theories and applications /Eds.: V.D.Ronginsky, S.S.Dicareva, T.A.Yashenko.- CRCH, 1995.- P.95-98.

530. Yerevanian B.I., Akiskal H.S. "Neurotic", characterological and dysthymic depressions //Psychiatric Clin.- 1979.- N2.- P.595.

Работы автора по тематике клинической лингвистики

1. Ганзин И.В. Семантические и паралингвистические аспекты коммуникации у больных невротами, высказывающих суицидальные мысли. // *Acta psychiatrica, psychologia, psychoterapeutica Tavrca*. – Т2. №4/ - 1995. – С.61 - 65.

2. Ганзин И.В, Паралингвистика суицидальных мыслей. // *Когнитивная природа языкового общения: теории, модели, проекты*. /Ред. В. М. Ронгинский, С.С. Дикарева, Т. Яценко/. – КЦГИ. - 1995. – С. 106-107.

3. Ганзин И.В. Проблемы суицидального поведения. // *Довіра і надія*. – Київ. КЦССМ. -1996 - №4.- с. 17-25.

4. Ганзин И.В. Семантический и паралингвистический подход к суицидальному поведению для операторов телефона доверия. // *Довіра і надія*. - Київ. КЦССМ. – 1996 - №4. – С. 25-32.

5. Ганзин И.В. Клинико-лингвистическая диагностика невротозов и невротоподобных состояний. // *Сборник к столетию Харьковской психиатрической больницы №15 /Сабурова дача/* - Т-3. – Харьков. - 1996. – С. 165-166.

6. Ганзин И.В. Клинико-лингвистический подход к диагностике – попытка комплексного лингвистического анализа в рамках классического клинико-психопатологического метода. // *Український вісник неврології та психіатрії*. – Харків. – 1996. - №4.- С.41-43.

7. Ганзин И.В. Клинико-лингвистическая диагностика невротозов и невротоподобных состояний // *Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук*. - 14.01.16. - «Психиатрия». - Симферополь. - 1996. - 267с.

8. Ганзин И.В. Клинико-лингвистическая диагностика невротозов и невротоподобных состояний // *Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук*. - 14.01 .16. - «Психиатрия». - Харьков. -1996. - 24с.

9. Ганзин И.В. Лингвистическая диагностика микроорганических поражений головного мозга// *1 Международная конференция памяти А. Р. Лурии. Тезисы докладов*. - Москва. - 1997. - С. 22-23.

10. Ганзин И.В. Механизмы порождения речи и диагностика психопатологических состояний // *Таврический журнал психиатрии*-1997- Т. 1, №1 .- С. 90-95.

11. Ганзин И.В. Лингвистическая диагностика в психиатрии // Международная научная конференция «Когнитивные стратегии языковой коммуникации»; Крым. Партенит, 21-25 сент., 1998 г.: Докл. конф. /Ред. С.С. Дикарева, В.М. Ронгинский, Л.Е. Бессонова. - Симферополь - 1998. – С. 11-13.
12. Ganzin I.V. Using linguistic data for additional diagnostic assessment in psychiatry // ASCAP (Across-species comparisons and psychopathology) – Univ. Of Texas medical branch. – 1998. – Vol, №8. – P.12-13, 23
13. Ганзин И.В, Психиатрическая паралингвистика // Таврический журнал психиатрии. – 1998 – Т.2, № 1. – С.56-69.
14. Ганзин И.В. Диссимуляция бреда: мифотворчество терапевтического союза // Таврический журнал психиатрии – 1998 - Т. 2, №2- С. 30-32.
15. Ганзин И.В. Речь //Краткий курс психиатрии /Под ред. В.П. Самохвалова – Симферополь. Сонат, 2000-С.40-53.
16. Ганзин И.В. Лингвистическое обоснование индукции гипнотического транса // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – Т.4, №1.- С.42-43.
17. Ганзин И.В., Довгань И.В. Речевые маркеры в диагностике эндогенных и эндогенно-органических расстройств (клинико-лингвистический анализ) // Таврический медико-биологический вестник. – 2000 – Т.3, № 3-4. – С. 55-58.
18. Ганзин И.В. Психосемантическое изучение сновидений у детей с невротическими расстройствами // Таврический журнал психиатрии - 2000. - Т.4, № 2 – С. 13-15.
19. Ганзин И.В. Изучение сновидений у детей с невротическими расстройствами // Таврический журнал психиатрии – 2000 – Т.4, №2, - С. 51 -54.
20. Ганзин И.В. Паралингвистические характеристики презентации сновидений у детей с невротическими расстройствами / Таврический журнал психиатрии- 2000.- Т.4,№3. – С.51-56.
21. Ганзин И.В. Сравнительное изучение интонации у детей с невротическими расстройствами // Таврический журнал психиатрии- 2000 – Т.4, №4. – С. 10-11
22. Ганзин И.В. Изучение речевых ошибок больных с психическими расстройствами в ходе психодиагностического интервью // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Тр. Крым. гос. мед. ун-та им. С. И.Георгиевского. – Симферополь. – 2001 - Т.137, Ч.1.

– С.78-82.

23. Ганзин И.В. Диагностика речевого поведения: анализ особенностей коммуникации с позиций специалиста службы «Телефон доверия» // Информационно-методический сборник Украинского Государственного центра социальных служб молодежи – Симферополь. – 2001 – С. 5-7.

24. Ганзин И.В. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах //Таврический журнал психиатрии.- 2001.- Т. 5, №1.- С. 35-36.

25. Ганзин И.В. Изучение речевого поведения в норме и при психических расстройствах //Культура народов Причерноморья. - 2001,- №23. -С. 78-88.

26. Ганзин И.В. Семантико-синтаксический аспект комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах //Таврический журнал психиатрии- 2001-Т.5,№2.-С.30-31 .

27. Ganzin I.V. Investigating semantic and pragmatic features of verbal behaviour under normal conditions and in the presence of different psychic disorders// Proceedings of International conference “Cognitive Scenarios for language communication”, Partenit (Crimea), Sept. 24-28, 2001/ Eds.; S.Dikareva, V.Ronginsky. – Simferopol/, 2001.-P.54-55.

28. Ганзин И.В. Лингвистические аспекты коммуникации в психоаналитическом дискурсе // Таврический журнал психиатрии. - 2002. - Т.6, №1 . -С. 6-7.

29. Ганзин И.В. Речь и аудиальная коммуникация // Психиатрия: Уч. пособие для студ. мед. вузов / Под ред. В.П. Самохвалова. - Ростов н/д: Феникс, 2002. – С.52-63.

30. Ганзин И.В. Разномодальные семантики речевого поведения, их особенности и характер взаимодействия как дополнительные критерии диагностики психических и поведенческих расстройств // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Т.6, №1. – С.31-34.

31. Ганзин И.В. Комплексная реабилитация больных с феноменом алекситимии //Вестник физиотерапии и курортологии. - 2002. - №2. – С.70-72.

32. Ганзин И.В. Мониторинг эффективности психофармакотерапии посредством изучения динамики речевого поведения больных // Український вісник психоневрологи. - 2002. – Т.10, Вип. 2(31). – С.99-100.

33. Ганзин И.В. Изучение и использование особенностей ре-

чевого поведения в психотерапевтическом процессе // Таврический журнал психиатрии. -2002. -Т.6, №3. – С.56-57.

33. Ганзін І.В. Комплексна діагностика мовної поведінки при психічних розладах: етнічний аспект // Вісник морфології. – 2002. - №1. – С. 165-166.

34. Ганзин И.В. Комплексная диагностика речевого поведения // Архів психіатрії. – 2002. - №2 (29). – С. 102-105.

35. Ганзин И.В. Изучение речевых ошибок и понимание психопатологических текстов // Материалы междунар. науч. конф. "Когнитивные сценарии коммуникации. На перекрестке языков и культур", Крым, Партенит, 23-28 сент. 2002. – Симферополь. – 2002. -С. 158.

36. Ганзин И.В. Влияние психофармакотерапии на специфические расстройства речи и мышления при шизофрении (К дискуссии о природе разорванного мышления при шизофрении - с позиции комплексной диагностики речевого поведения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2002. -№1 (9). - С.108-110.

37. Ганзин И.В. Кинесические маркеры психических расстройств //Український медичний альманах. -2002. -Т.5, №2. -С.24-28.

38. Ганзин И.В. Просодические маркеры психических расстройств // Таврический медико-биологический вестник. -2002.-Т.5, №2. – С. 35-38.

39. Ганзин И.В. Изучение коммуникативной прагматики в системе врач-больной в клинической психиатрии // Архів психіатрії \. - 2002 -№2 (30). - С.95-96.

40. Ганзин И.В. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах// Диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук. - 14.01.16. - «Психиатрия». - Симферополь. -2002. - 520с.

41. Ганзін І.В. Комплексна діагностика мовної поведінки при психічних розладах// Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. – 14.01.16. - «Психіатрия». - Харків. - 2003. - 35с.

42. Ганзин И.В. Комплексное клинко-этологическое исследование речевого поведения при психических расстройствах// Український медичний часопис. -2003.-№1 (33).-С. 109-112.

43. Ганзин И.В. Речь и аудиальная коммуникация // Психиатрическая клиника. Под ред. проф. В.П. Самохвалова. – Симферополь. - 2003. - С. 62-75.

44. Ганзін І.В., Самохвалов В.П. Комплексна діагностика мовної

поведінки при психічних розладах/ Методичні рекомендації, - Кит. - 2003. – 20 с.

45. Ганзин И.В., Самохвалов В.П. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах / Методические рекомендации. – Киев. – 2003. – 31с.

46. Ганзин И.В. Интервальный многомерный подход как методология новой парадигмы в психиатрии и психотерапии // Таврический журнал психиатрии – Т8, № 1(26) -2004. –с. 82-84

47. Ганзин И.В. Комплексная диагностика – новый методологический подход к изучению коммуникативных характеристик в норме и при психической патологии // Когнитивные стили коммуникации. Теории и прикладные модели. Доклады международной конференции. 20-25 сентября 2004 год, Крым, Партенит|ред. Г.Ю. Богданович, Т.Г. Скребцова, С.С. Дикарева. – Изд-во ТНУ им. В.И. Вернадского, Симферополь, 2004 – с 33-34.

48. Ганзин И.В. Интервальный (многомерный) подход как методология новой парадигмы психиатрии и психотерапии. // Учёные записки Таврического Национального Университета им. В.И. Вернадского. – Т17 (56) №1. Философия. Социология. – Симферополь – 2004. –с. 33-37

49. Ганзин И.В. Коммуникативные особенности диагностического и терапевтического процесса «трудных больных». // Український вісник психоневрології. – ТОМ V, вип. 2 (43) -2005. – с.89-93.

50. Ganzin I.V. Speech and Audial Communication// Psychiatry Manual for medical students. Ed. Samokhvalov V.P. – 2005 – Simferopol “CSMU” - p.55-61.

51. Ганзин И.В. Обсессивно-компульсивные расстройства: психоаналитический подход // Таврический журнал психиатрии. Т 9. №3(32) 2005. – С. 61-67.

52. Ганзин И.В. Агорафобия: клинко-феноменологические и психоаналитические аспекты. // Український вісник психоневрології. – Т.14., вип. 3 (48) – 2006. – С. 36-42.

53. Ганзин И.В. Контртрансфер и особенности мышления психиатра в ходе диагностической и психотерапевтической работы. Феноменологически-психоаналитически-психолингвистический подход // Таврический журнал психиатрии. – Т.12, № 3(44), -2008г. – С. 77-82.

54. Ганзин И.В., Ганзина В.В. Клинический патоморфоз невро-

тических расстройств. || Таврический журнал психиатрии. – Т.14 №1(50).- 2010. – стр. 16-18.

55. Ганзин И.В., Ганзина В.В. Фобические расстройства в клинике невротических состояний. || Таврический журнал психиатрии – т.14 № 2 (51). – 2010. – стр. 52-59.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

СЛОВАРЬ ЛИНГВИСТИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ*

Актуальное членение предложения – членение предложения в *контексте* на исходную часть сообщения – *тему* (данное) и на то, что утверждается о ней – *рему* (новое). В сочетании *темы* и *ремы* проявляется предикативное отношение как один из случаев *предикативности*.

Акустика речевая (от греч. *akustikos* – слуховой) – раздел общей акустики, изучающей структуру речевого сигнала, процессы речеобразования и восприятия речи у человека и связанный с разработкой систем автоматического синтеза и распознавания речи.

Акцентология (от лат. *accentus* – ударение и греч. *logos* – слово, учение) – раздел языкознания, изучающий природу и функционирование ударения, а также система связанных с ударением явлений *языка*.

Антиципация (лат. *anticipation* – предвосхищение) (пролепсис – от греч. *prolepsis* – предположение, предчувствие, предвидение) – 1) в *синтаксисе* – отклонение от обычной линейной последовательности элементов; 2) в стилистике – нарушение временной или причинно-следственной последовательности изображаемых событий.

Архетип (от греч. *archetypon* – прообраз (праформа, прототип) – в сравнительно-историческом языкознании исходная для последующих образований языковая *форма*, реконструируемая на основе закономерных соответствий в родственных языках.

Асимметрия в языке (от греч. *asymmetria* – несоразмерность, беспорядочность) – отступление от упорядоченности, регулярности, единообразия в строении и функционировании *языковых единиц*, отражающее одну из основных особенностей строения и функционирования естественного *языка*. А. проявляется в двух феноменах: в различении центра (ядра) и периферии и в расхождении между *означаемым* и *означающим*.

* В словаре приведены наиболее значимые лингвистические понятия, встречающиеся в тексте диссертационной работы. При составлении словаря, мы опирались на статьи Большого энциклопедического словаря Языкознание / Гл.ред. В.Н.Ярцева.- М.: Науч. изд-во «Большая Российская энциклопедия», 1998.- 686с.

Афазия (греч. А – отрицание, phases – высказывание) – речевое расстройство, вызванное поражением определенных зон головного мозга. Поражение любого участка речевой зоны мозга ведет к нарушению *речи* в целом, однако, специфичность нарушения зависит от функции пострадавшего участка, от характера последующих вторичных системных нарушений, от возникающих функциональных перестроек.

Бихевиоризм (от англ. behaviour – поведение) в языкознании – система взглядов на сущность и функции *языка*, в основе которой лежит понимание поведения человека как совокупности двигательных и сводимых к ним вербальных и эмоциональных реакций организма на стимулы внешней среды.

Вариантность (от лат. varians. - изменяющийся) – 1) представление о разных способах выражения какой-либо языковой сущности как об ее модификации, разновидности или как об отклонении от некоторой нормы; 2) термин, характеризующий способ существования и функционирования единиц *языка* и *системы языковой* в целом.

Внутренняя речь – 1) планирование и контроль «в уме» *речевых действий*, одна из форм реализации мышления; 2) внутреннее проговаривание – беззвучная *речь* «про себя», выполняющая те же функции планирования и контроля и возникающая в определенных ситуациях деятельности (затруднение в принятии решений, в условиях помех и т.п.).

Высказывание – единица речевого общения, отличающаяся от *предложения* объемом, структурным, содержательным и функциональными планами. Основная особенность В. – ориентация на участников *речи*, интеграция единиц разных уровней – взаимодействие значений, выражаемых лексически, грамматически и интонационно.

Глоссематика (от греч. glossema – слово) – лингвистическая теория, в основе которой лежит понимание *формы* как основной сущности *языка*, сводящее его к системе чистых отношений, именуемых функциями. Разработана датскими лингвистами Л.Ельмслевом и Х.Й.Ульдаллем.

Глоттохронология (от греч. glotta – язык, chronos – время, logos – слово, учение) – область сравнительно-исторического *языкознания*, занимающаяся выявлением скорости языковых измене-

ний и определением на этом основании времени разделения родственных языков и степени близости между ними.

Грамматика (греч. *grammatike*, от *gramma* – буква, написание) – 1) строй языка, т.е. система морфологических категорий и форм, синтаксических категорий и конструкций, способов словопроизводства; 2) раздел языкознания, изучающий такой строй, его неоднородную организацию, его категории и их отношения друг к другу.

Грамматическая категория – система противопоставленных друг другу рядов грамматических *форм* с однородными значениями. Г.К. подразделяются на морфологические (вид, залог, время, наклонение, лицо, род, число, индекс) и синтаксические (указание на сочетаемость форм в составе предложения или словосочетания – реляционные Г.К.; выражающие различные смысловые абстракции, отвлеченные от свойств, связей и отношений внеязыковой действительности – *референциальные, номинативные* Г.К.).

Грамматическая форма – языковой знак, в котором грамматическое значение находит свое регулярное (стандартное) выражение. В пределах Г.ф. Средствами выражения грамматических значений являются аффиксы, фонемные чередования («внутренняя флексия»), характер ударения, редупликация (повторы), служебные слова, порядок слов, *интонация*.

Грамматические единицы – слово, словоформа, синтаксическая конструкция (словосочетание, простое и сложное *предложение*) как носители обобщенных грамматических свойств, а также средства выражения *грамматических значений*: аффиксы, служебные слова (предлоги, союзы, частицы).

Грамматическое значение – обобщенное, отвлеченное языковое значение присущее ряду *грамматических единиц* и находящее в языке свое регулярное (стационарное) выражение.

Дейксис (от греч. *deixis* – указание) – указание как значение или функция языковой единицы, выражаемое лексическими и грамматическими средствами. Д. Служит для актуализации компонентов ситуации *речи* и компонентов *денотативного* содержания высказывания. Сфера Д. включает: указание на участников *речевого акта* – говорящего и адресата, указание на степень отдаленности объекта высказывания, указание на временную и пространственную локализацию сообщаемого факта.

Денотат (от лат. *denotatum* – обозначаемое) – обозначаемый предмет. Термин употребляется в следующих значениях: 1) Д. некоторого конкретного речевого отрезка – то же, что и *референт*; 2) Д. некоторой языковой (абстрактной) единицы – множество объектов действительности (вещей, свойств, отношений, ситуаций, состояний, процессов; действий), которые могут именоваться данной единицей (в силу ее языкового значения); обычно речь идет о Д. лексических единиц.

Десигнат (от лат. *designatum* – обозначаемое, отмеченное) – содержательная сторона знака языкового, представляющего собой комбинацию понятия (*означаемого*) с акустическим образом – *означающим*.

Детская речь – особый этап онтогенетического развития *речи* – речь детей до 8-9 лет. Особенности *языковых средств* Д.р.: детерминизм формы языковых знаков, большее число (по сравнению с речью взрослых) звукоподражаний и изобразительных слов, употребление нерегулярных форм по регулярным моделям, окказиональное словообразование, диффузность употребления лексем, случайности обобщения при *номинации*. Д.р. свойственен своеобразный *синтаксис*. На ранних этапах наиболее употребительны однословные *предложения*, которые вместе с жестом, мимикой и *интонацией* оказываются достаточными для полного выражения необходимого содержания. Двусловные *предложения* знаменуют появление словесно выраженного *предиката*, а также появление умения ребенка программировать высказывание. К 3-5 годам Д.р. практически не отличается от взрослой ни по грамматическим, ни по лексическому наполнению, ни по структуре *предложения*, однако, полное и завершенное развитие речи наступает только в процессе обучения языку.

Диалект (от греч. *dialektos* – разговор, говор, наречие) – разновидность данного языка, употребляемая в качестве средства общения лицами, связанными тесной территориальной, социальной или профессиональной общностью.

Диалогическая речь (от греч. *dialogos* – беседа, разговор двоих) – форма (тип) речи, состоящая из обмена высказываниями, репликами, на языковой состав которых влияет непосредственное восприятие, активизирующая роль адресата в речевой деятельности адресанта. Д.р. типичны содержательная и конструктивная связь реплик. Д.р. – первичная, естественная форма языкового общения.

Генетически восходит к устно-разговорной сфере, для которой характерен принцип экономии средств словесного выражения. Информативная полнота Д.р. может быть (помимо *интонации*, мимики и жеста) обеспечена тем меньшим их объемом, чем больше проявляются ее ситуативная обусловленность и общность апперцепционной базы.

Диахрония (от греч. *dia* – через, сквозь и *chronos* – время) – историческое развитие системы языковой как предмет лингвистического исследования; исследование *языка* во времени в процессе его развития на временной оси.

Дискурс (от франц. *discours* – речь) – связанный *текст* в совокупности с экстралингвистическими, грамматическими, социокультурными, психологическими и др. факторами; текст взятый в событийном аспекте; *речь*, рассматриваемая как целенаправленное социальное действие, как компонент, участвующий во взаимодействии людей и механизмах их сознания (когнитивных процессах). Д. – это речь «погруженная в жизнь».

Жестов языки – коммуникативные системы, план выражения которых строится не на акустической, как в звуковых языках, а на кинетической (жестикуляторно-мимической) основе. Распространено мнение, что в процессе глоттогенеза Ж.я. предшествовали звуковым языкам. Ж.я. являются основным средством общения глухих; во многих регионах были распространены Ж.я. слышащих.

Звуки речи – минимальные единицы речевой цепи, являющиеся результатом сложной артикуляционной деятельности и характеризующиеся определенными акустическими и перцептивными свойствами. З.р. относятся к сегментарным средствам, поскольку соотносятся с минимальными линейными единицами *языка* – *фонемами*. Супraseгментарные звуковые средства (тон, ударение, *интонация*) соотносятся с единицами большей протяженности – слог, слово, синтагма.

Знак языковой – материально-идеальное образование (двусторонняя единица языка), репрезентирующее предмет, свойство, отношение действительности; в своей совокупности З.я. образуют особого рода знаковую систему – *язык*. З.я. представляет единство определенного мыслительного содержания (*означаемого*) и цепочки фонематически расчлененных звуков (*означающего*). Две стороны З.я., будучи поставлены в отношение постоянной опосредованной сознанием связи, составляют устойчивое единство, которое по-

средством чувственно воспринимаемой формы знака репрезентирует социально приданное ему значение. Только в единстве и взаимосвязи двух сторон З.я. сознанием «схватывается», а знаком обозначается и выражается определенный «кусочек действительности», вычлененные факты и события. Наиболее типичным З.я. является *слово*.

Инверсия (от лат. *inversio* – переворачивание, перестановка) – 1) в широком понимании: любое отклонение порядка членов *предложения* от наиболее распространенного; 2) в узком понимании: такое отклонение от порядка членов *предложения*, которое не связано с изменением *синтаксических связей* и *актуального членения предложения*.

Интонация (ср. лат. *intonatio*, от *intono* – громко произношу) – единство взаимосвязанных компонентов: мелодики, интенсивности, длительности, *темпа речи* и тембра произнесения. Вместе с ударением И. образует *просодическую систему языка* и является важным средством формирования высказывания и выявления его смысла. В высказывании И. выполняет следующие функции: различает коммуникативные типы высказывания; различает части высказывания соответственно их смысловой важности, выделенности, оформляет высказывание в единое целое, одновременно расчленяя его на ритмические группы и *синтагмы*; выражает конкретные эмоции, вскрывает подтекст высказывания; характеризует говорящего и ситуацию общения. С точки зрения акустики И. – взаимосвязанные изменения частоты основного тона и интенсивности, развертывающиеся во времени.

Категория (от греч. *kategoria*) языковая – в широком смысле любая группа языковых элементов, выделяемая на основании какого-либо общего свойства; в строгом смысле некоторый признак (параметр), который лежит в основе разбиения обширной совокупности однородных *языковых* единиц на ограниченное число непесекающихся классов, члены которых характеризуются одним и тем же *значением* данного признака.

Коммуникация (лат. *communicatio* – делаю общим, связываю, общаюсь) – общение, обмен мыслями, сведениями, идеями и т.д. – специфическая форма взаимодействия людей в процессе их познавательно-трудовой деятельности. К. складывается из коммуникативных актов (единица К.), в которых участвуют коммуниканты, порождающие высказывания (*тексты*) и интерпретирующие их.

Коннотация (ср.лат. *connotatio*, от *connoto* – имею дополнительное значение) – эмоциональная, оценочная или стилистическая окраска языковой единицы узуального (закрепленного в системе языка) или окказионального характера. В широком смысле это любой компонент, который дополняет предметно-понятийное, а также грамматическое содержание языковой единицы и придает ей *экспрессивную* функцию на основе сведений, соотносимых с эмпирическим, культурно-историческим, мировоззренческим знанием говорящих на данном языке, с эмоциональным или ценностным отношением говорящего к *обозначаемому*, характеризующему условия речи, сферу языковой деятельности, социальные отношения участников *речи*, ее форму и т.п. В узком смысле это компонент *значения*, смысла языковой единицы, выступающий во вторичной для нее функции наименования, который дополняет при употреблении в речи ее объективное значение ассоциативно образным представлением об обозначаемой реалии на основе осознания внутренней формы наименования.

Контекст (от лат. *contextus* – соединение, связь) – фрагмент *текста*, включающий избранную для анализа единицу, необходимый и достаточный для определения значений этой единицы, являющегося непротиворечивым по отношению к общему смыслу данного *текста*.

Лексема (от греч. *lexis* – слово, выражение) – *слово*, рассматриваемое как единица словарного состава *языка* в совокупности его конкретных грамматических *форм* и, выражающих их *флексий*, а также возможных конкретных смысловых вариантов; абстрактная двусторонняя единица словаря.

Лексика (от греч. *lexikos* – относящийся к слову) – совокупность *слов языка*, его словарный состав. Этот термин используется и по отношению и отдельным пластам словарного состава (Л. бытовая, деловая, поэтическая и т.п.) и для обозначения всех слов, употребляемых в каком-либо *тексте*.

Лексическое значение слова – содержание слова, отображающее в сознании и закрепляющее в нем представление о предмете, свойстве, процессе, явлении и т.п. Л.з.с. – продукт мыслительной деятельности человека, оно связано с регуляцией информации человеческим сознанием и различными видами мыслительных процессов, носит обобщенный и обобщающий характер.

Мелодика речи (от греч. *melodikos* – мелодический, песенный) – основной компонент *интонации*. Акустический коррелят М.р. – изменения частоты основного тона, развертывающиеся во времени. М.р. организует *фразу*, расчленяя ее на *синтагмы* и ритмические группы, одновременно связывая ее части; различает коммуникативные типы высказывания; выделяет наиболее важный отрезок высказывания, служит для выражения эмоций, модальных оттенков, иронии, подтекста.

Метафора (от греч. *metaphora* – перенос) – механизм *речи*, состоящий в употреблении слова, обозначающего некоторый класс предметов, явлений для характеристики или наименования объекта, входящего в другой класс, либо наименования другого класса объектов, аналогичного данному в каком-либо отношении. В расширительном смысле термин «М» применяется к любым видам употребления слов в непрямом значении. Ассоциируя две различные категории объектов, М – семантически двойственна. Выделяют следующие типы языковой М.: 1) номинативная; 2) когнитивная; 3) образная.

Методология (от метод и греч. *logos* – слово, учение) в языкознании – учение о принципах исследования в науке о *языке*.

Модальность (от ср.-лат. *modalis* – модальный; лат. *modus* – мера, способ) – функционально-семантическая категория, выражающая разные виды отношения высказывания к действительности, а также разные виды субъективной квалификации сообщаемого.

Монологическая речь (от греч. *monos* – один и *logos* – слово, речь) – форма (тип) *речи*, образуемая в результате активной *речевой деятельности*, рассчитанной на пассивное и опосредованное восприятие. Иногда М.р. определяют и как интраперсональный *речевой акт*.

Морфология (от греч. *morphe* – форма и *logos* – слово, учение) – 1) система механизмов *языка*, обеспечивающая построение и понимание его словоформ; 2) раздел грамматики, изучающий закономерности функционирования и развития этой системы.

Нейролингвистика – научная дисциплина, возникающая на стыке неврологии и лингвистики и изучающая систему *языка* в соотношении с мозговым субстратом языкового поведения.

Неологизмы (от греч. *neos* – новый и *logos* – слово) – слова, значения слов или сочетания слов, появившиеся в определенный

период в каком-либо языке или использованные один раз («окказиональные» слова) в каком-либо тексте или акте *речи*.

Номинация (от лат. *nominatio* – (на)именование] – 1) образование *языковых единиц*, характеризующихся номинативной функцией, т.е. служащих для называния и вычленения фрагментов действительности и формирования соответствующих понятий о них в форме слов, сочетаний слов, фразеологизмов и предложений; 2) совокупность проблем, охватывающих изучение динамического аспекта актов наименования в форме *предложения* и образующих его частей, рассматриваемых в теории *референции*; 3) суммарное обозначение лингвистических проблем, связанных с именованием.

Норма языковая – совокупность наиболее устойчивых традиционных реализаций языковой системы, отображенных и закрепленных в процессе общественной коммуникации.

Обращение – грамматически независимый и интонационно обособленный компонент *предложения* или более сложного синтаксического целого, обозначающий лицо или предмет, которому адресована речь.

Обозначающее – формальная сторона языкового знака, находящаяся в неразрывной связи с другой его стороны – *означаемым*. О. является абстрактной единицей языка, представляющей собой класс конкретных сущностей плана выражения – *знаков*. Выделяют три типа *знаков*: иконические, индексальные и символические.

Палеография (от греч. *palaios* – древний и *grapho* – пишу) – историко-филологическая дисциплина, изучающая создание знаков письменности и их развитие.

Парадигма (от греч. *paradeigma* – пример, образец) – 1) в широком смысле – любой класс *лингвистических единиц*, противопоставленных друг другу и в то же время объединенных по наличию у них общего признака или вызывающих одинаковые ассоциации – совокупность *языковых единиц*, связанных парадигматическими отношениями; 2) модель или схема организации такого класса или совокупности.

Парадигматика – 1) один из двух аспектов системного изучения *языка*, определяемый выделением и противопоставлением двух типов отношений между элементами и/или единицами языка – *парадигматических* и *синтагматических*; раздел науки о языке, изучающий парадигматические отношения; 2) в более широком смысле

ле – то же, что система языковая, понимаемая как совокупность лингвистических классов – *парадигм*.

Паралингвистика (от греч. *para* – около) и лингвистика – 1) раздел *яркознания*, изучающий невербальные (неязыковые) средства, включенные в речевое сообщение и передающие, вместе с вербальными средствами, смысловую информацию; 2) совокупность невербальных средств, участвующих в речевой *коммуникации*. Различают 3 вида паралингвистических средств: фонационные, кинетические и графические.

Пауза (лат. *pausa*, от греч. *pauses* – остановка, прекращение) – перерыв в *речи*, которому акустически обычно соответствует отсутствие *звука*, а физиологически – остановка в работе речевых органов. П. между словами выполняет языковые функции, являясь: а) средством членения *речи* на интонационно-смысловые единицы – *фразы* и *синтагмы*; б) средством выражения характера связи между частями высказывания; в) средством смыслового и эмоционального выделения *слова* или *синтагмы*. Языковую функцию выполняет как место П., так и ее длина. Обусловленные смыслом, П. могут использоваться для вдоха. Различают П. межсинтагменные и межфразовые, отражающие смысловое членение *речи*, и П. *гезитации* (обдумывания, размышления), возникающие в любом месте высказывания и отражающие колебания и перестройки в процессе *порождения речи*.

Перформатив (от ср.-лат. *performo* – действую) – высказывание, эквивалентное действию, поступку. П. входит в контекст жизненных событий, создает социальную, коммуникативную или межличностную ситуацию, влекущую за собой определенные последствия. П. автореферентны: они указывают на ими самими выполняемое действие.

Подлежащее (калька лат. *subjectum* – субъект) – один из двух главных членов *предложения*, указывающих на объект, к которому относится сообщаемое.

Поле – совокупность *языковых* (гл.обр. лексических) *единиц*, объединенных общностью содержания (иногда также общностью формальных показателей) и отражающих понятийное, предметное или функциональное сходство обозначаемых явлений. Кроме собственно семантических П., выделяются морфосемантические П., ассоциативные, грамматические, синтагматические.

Полисемия (от греч. polysemos – многозначный (многозначность) – наличие у *единицы языка* более одного значения. Выделяют грамматическую и лексическую П.

Понятие – 1) мысль, отражающая в обобщенной форме предметы и явления действительности посредством фиксации их свойств и отношений; 2) то же, что грамматическая или семантическая категория. Понятие – концепт – явление того же порядка, что и значение слова, но рассматриваемое в системе логических отношений и форм, исследуемых как в *языкознании*, так и в логике.

Порождение речи – 1) в психолингвистике и психологии речи – совокупность процессов перехода от речевого намерения (интенции) к звучащему (или письменному) *тексту*, доступному для восприятия (идентификации и понимания); 2) в экспериментальной фонетике – образование звуковых последовательностей, являющихся формой выражения (экспонентами) значимых *единиц языка*.

Прагматика (от греч. pragma – дело, действие) – область *языкознания*, в которой изучается функционирование *языковых знаков в речи*. П. включает комплекс вопросов, связанных с говорящим субъектом, адресатом, их взаимодействием в *коммуникации*, ситуацией общения. В связи с субъектом речи изучаются: 1) явные и скрытые цели высказывания («иллокутивные силы», по Дж. Остину); 2) речевая тактика и типы *речевого поведения*; 3) правила разговора, подчиненные, так называемому, принципу сотрудничества, рекомендуящему строить речевое общение в соответствии с принятой целью и направлением разговора; 4) установка говорящего, или прагматического значения высказывания: косвенные смыслы высказывания, намеки, иносказания; 5) *референция* говорящего, т.е. отнесение языковых выражений к предметам действительности, вытекающее из намерения говорящего; 6) прагматические *пресуппозиции*: оценка говорящим общего фонда знаний, конкретной информированности, интересов, мнений, взглядов, психологического состояния, особенностей характера и способности понимания адресата; 7) отношение говорящего к тому, что он сообщает: а) оценка содержания высказывания; б) введение в фокус интереса одного из тех лиц, о которых говорящий ведет речь, или *эмпатия* (термин С.Куно); в) организация высказывания в соответствии с тем, чему в сообщении придается наибольшее значение. В связи с адресатом речи изучаются: 1) интерпретация *речи*; 2) воздействие высказывания на адресата (перлокутивный эффект); 3) типы речевого реаги-

рования на полученный стимул. В связи с отношениями между участниками коммуникации изучаются: 1) *формы* речевого общения; 2) социально-этикетная сторона речи; 3) соотношение между участниками *коммуникации* в тех или иных *речевых актах*. В связи с ситуацией общения изучаются: 1) интерпретация дейктических *знаков*, а также индексальных компонентов в *значении слов*; 2) влияние речевой ситуации на тематику и *формы коммуникации*.

Предикат (от лат. *praedicatum* – сказанное) – термин логики и *языкознания*, обозначающий конститутивный член суждения – то, что высказывается о *субъекте*. П. находится к *субъекту* в предикативном отношении.

Предикативность – синтаксическая категория, определяющая функциональную специфику основной единицы *синтаксиса* предложения; ключевой конституирующий признак, относящий информацию к действительности и тем самым формирующий единицу, предназначенную для сообщения.

Предикация (от лат. *praedicatio* – высказывание) – одна из трех основных функций языковых выражений (наряду с *номинацией* и *локацией*), акт соединения независимых предметов мысли, выраженных самостоятельными словами, с целью отразить «положение дел», событие, ситуацию действительности.

Предложение – одна из основных грамматических категорий *синтаксиса*, противопоставления в его системе *слову* и *словосочетанию* по *формам*, значениям и функциям.

Пресуппозиция (от лат. *praesuppositio* – впереди, вперед; и *suppositio* – предположение (презумпция)) – термин лингвистической *семантики*, обозначающий компонент смысла *предложения*, который должен быть истинным для того, чтобы предложение не воспринималось как семантически аномальное или неуместное в данном *контексте*.

Произношение – совокупность особенностей *артикуляции звуков речи* в каждом конкретном *языке*.

Просодия (от греч. *prosodia* – ударение, припев) (просодика) – 1) система фонетических средств (высотных, силовых, временных), реализующихся в *речи* на всех уровнях речевых сегментов (от слога до текста) и играющих смыслообразительную роль. Выделяют следующие компоненты П.: речевая мелодия, ударение, временные и тембральные характеристики, ритм, словесные тоны; 2) общее название для фонетических супrasegmentарных характеристик *речи*

как на уровне восприятия (высота тона, громкость, длительность), так и на физическом уровне (частота основного тона, интенсивность, время); 3) супрасегментарные средства организации *речи*: расчленения и объединения речевых сегментов; 4) система *фонетических* средств, характеризующих слог.

Психолингвистика – наука, изучающая процессы речеобразования, восприятия и формирования *речи* в их соотнесенности с системой *языка*.

Разговорная речь – разновидность устной литературной речи, обслуживающая повседневное обиходно-бытовое общение и выполняющая функции общения и воздействия.

Рема (от греч. *rhema* – слово, изучение, букв – сказанное) – компонент *актуального членения предложения*, то, что утверждается или спрашивается об исходном пункте сообщения *теме* и создает предикативность, законченное выражение мысли.

Референт (от англ. *refer* – соотносить, ссылаться) – объект внеязыковой действительности, который имеет в виду говорящий, произнося данный речевой отрезок; предмет *референции*.

Референция – отнесенность актуализированных (включенных в речь) имен, именных выражений или их эквивалентов к объектам действительности (денотатам, референтам). Р. определяется тремя основными факторами: синтаксическими, логико-семантическими и прагматическими.

Речевая деятельность - 1) один из трех аспектов *языка* наряду с психологической «речевой организацией» и «языковой системой»; «языковой материал», включающий сумму отдельных аспектов говорения и понимания; 2) вид деятельности.

Речевой акт – целенаправленное речевое действие, совершаемое в соответствии с принципами и правилами речевого поведения, принятыми в данном обществе; единицы нормативного социоречевого поведения, рассматриваемые в рамках *прагматической* ситуации. Основными чертами Р.а. является: намеренность (интенциональность), целеустремленность и конвенциональность.

Речь – конкретное говорение, протекающее во времени и облеченное в звуковую (включая внутреннее проговаривание) или письменную *форму*. Под Р. понимают как сам процесс говорения (*речевую деятельность*), так и его результат. Характеристика Р. обычно дается через противопоставление ее *языку* (коду), т.к. они

образуют единый феномен человеческого *языка* и каждого конкретного *языка*, взятого в определенном его состоянии.

Сегментация (от лат. *segmentum* – отрезок) – членение высказывания на единицы, обладающие разной функцией в *языке*. Выделяют два вида С. – на звуковом уровне и на уровне значимых единиц.

Семантика (от греч. *semanticos* – обозначающий) – 1) все содержание, информация, передаваемые *языком* или какой-либо его единицей; 2) раздел *языкознания*, изучающий это содержание, информацию; 3) один из основных разделов *семиотики*.

Семиотика (от греч. *semeion* – знак, признак) (семиология) – 1) научная дисциплина, изучающая общее в строении и функционировании различных знаковых систем, хранящих и передающих информацию; 2) система того или иного объекта, рассматриваемая с точки зрения С. в 1-м значении. Существуют три семиотические членения (уровня, аспекта) – *синтактика*, *семантика*, *прагматика*.

Сепира-Уорфа гипотеза (гипотеза лингвистической относительности) – концепция, согласно которой структура *языка* определяет структуру мышления и способ познания внешнего мира.

Сигнификат (от лат. *significatum* – обозначаемое) – понятийное содержание *знака языкового*; отражение в человеческом сознании свойств соответствующего *денотата*.

Синтагма (от греч. *syntagma*, букв. – вместе построенное, соединенное) – 1) интонационно-смысловое единство, которое выражает в данном *контексте* и в данной ситуации одно *понятие* и может состоять из одного *слова*, группы слов и целого *предложения*; 2) последовательность двух (или более) *языковых единиц*, соединенных определенным типом связи.

Синтагматика – 1) один из двух аспектов изучения системы *языка*, анализ особых – *синтагматических* – отношений между *знаками языка*, возникающий между последовательно расположенными его единицами при их непосредственном сочетании друг с другом в реальном потоке *речи* или в *тексте*; противопоставляется парадигматике; 2) синоним выражения «синтагматический план речи или текста»; 3) учение о *синтагме* или синтагматических типах отношений как отношениях между единицами языка «по горизонтали» (в отличие от парадигматических отклонений «по вертикали»).

Синтаксис (от греч. *syntaxis* – построение, порядок) – 1) характерные для конкретных языков средства и правила создания речевых единиц; 2) раздел *грамматики*, изучающий процессы *порождения речи*: сочетаемость и порядок следования *слов* внутри *предложения*, а также общие свойства предложения как автономной единицы языка и высказывания как части *текста*.

Синхрония (от греч. *synchronos* – одновременный) – 1) состояние *языка* в определенный момент его развития как системы одновременно существующих взаимосвязанных и взаимообусловленных элементов; 2) изучение *языка* в указанном состоянии. Понятие С. введено Ф. Соссюром вместе с понятием *диахронии* в составе антиномии и дихотомии.

Система языковая (от греч. *systema* – целое, множество из частей, соединение) – множество *языковых элементов* любого естественного *языка*, находящихся в отношениях и связях друг с другом, которое образует определенное единство и целостность. Каждый компонент С.я. существует не изолированно, а лишь в противопоставлении другим компонентам системы. Современные представления о С.я. включают ряд взаимосвязанных понятий – уровни языка, *единицы языка*, *парадигматические* и *синтагматические* отношения, знаковость языка, форма, структура и субстанция, внешние и внутренние связи, *синхрония* и *диахрония*, анализ и синтез, регулярность и нерегулярность и др.

Сказуемое – один из двух главных членов *предложения*, в котором выражается сообщаемое; соотносится с *подлежащим* и связано с ним *предикативным* отношением.

Слово – основная структурно-семантическая единица *языка*, служащая для именованя предметов и их свойств, явлений, отношений действительности, обладающая совокупностью семантических, фонетических и грамматических признаков, специфичных для каждого *языка*. Различается лексическое и грамматическое значение С.

Словосочетание – синтаксическая конструкция, образуется соединением двух и более знаменательных *слов* на основе подчинительной грамматической связи. С. служит средством *номинации*.

Субъект (лат. *subjectum*, калька греч. *arokeimenon*) – термин логики, обозначающий предмет, о котором выносится суждение. Соотносится с *предикатом*. В логических теориях С. трактуется

либо как представление об объекте, либо онтологически – как сам объект действительности.

Текст (от лат. *textus* – ткань, сплетение, соединение) – объединенная смысловой связью последовательность знаковых единиц, основными свойствами которой являются связность и цельность. В семиотике под Т. понимается осмысленная последовательность любых знаков, любая *форма коммуникации*, в т.ч. обряд, танец, ритуал и т.п.; в *языкознании* Т. – последовательность вербальных (словесных) знаков.

Темп речи (итал. *tempo*, от лат. *tempus* – время) – скорость произнесения элементов *речи*: звуков, слогов, слов. Измеряется числом элементов речи, произносимых в единицу времени (секунду), либо средней их длительности.

Транскрипция (от лат. *transcriptio*, букв. – переписывание) – способ однозначной фиксации на письме звуковых характеристик отрезков *речи*. В зависимости от того, какие именно звуковые единицы являются предметом Т., различают Т. собственно звуковую («сегментарную») и интонационную («суперсегментарную»); с точки зрения того, какие именно свойства звуковых единиц отражает Т., различают фонематические и фонетические Т.; в зависимости от способа представления характеристик звуковых единиц различают аналитические и синтетические Т.

Флексия (от лат. *flexio* – сгибание) – многозначный термин, связанный с описанием формально-грамматического строения и функционирования слов в языках, обладающих типологическим свойством *флективности*.

Флективность – тенденция к словоизменительной аффиксации, свойственная многим синтаксическим языкам и противопоставляемая (в рамках синтетизма – объединения в пределах одного слова нескольких морфем – минимальных языковых знаков) агглютинации (словообразованию, при котором к стабильной основе присоединяются однозначные стандартные аффиксы).

Фонема (от греч. *phonema* – звук, голос) – единица звукового строя *языка*, служащая для опознавания и различения значимых единиц – морфем, в состав которых она входит в качестве минимального сегментного компонента, а через них – и для опознавания и различения *слов*.

Фонетика (от греч. *phonetikos* – звуковой, голосовой) – раздел *языкознания*, изучающий звуковую сторону *языка*. В отличие от

других языковедческих дисциплин **Ф.** изучает не только языковую функцию, но и материальную сторону своего объекта. Современная **Ф.** различает в звуке речи четыре аспекта: функциональный (или лингвистический), артикуляторный, акустический и перцептивный.

Фонология (от греч. *phone* – звук и *logos* – слово, учение) – раздел *языкознания*, изучающий структурные и функциональные закономерности звукового строя *языка*.

Форма в языкознании – 1) внешняя, наблюдаемая сторона *языка*; 2) определенный способ языкового членения фонетической или семантической субстанции; 3) видоизменение, разновидность, одна из ипостасей некоторой сущности.

Фраза (от греч. *phrases* – выражение, способ выражения) – 1) основная единица *речи*, выражающая законченную мысль, смысловое единство, целостность которого создается интонационными средствами, а также определенной синтаксической структурой; 2) в нестрогом терминологическом употреблении – то же, что предложение; 3) любое интонационно-смысловое единство, ограниченное с двух сторон *паузами*.

Экспрессивность (от лат. *expressio* – выражение) – совокупность семантико-стилистических признаков единицы *языка*, которые обеспечивают ее способность выступать в коммуникативном акте как средство субъективного отношения говорящего к содержанию или адресату речи. **Э.** свойственна единицам всех уровней *языка*.

Эллипсис (от греч. *ellipsis* – опущение, недостаток) – пропуск в *речи* или *тексте*, подразумеваемой языковой единицы, структурная «неполнота» синтаксической конструкции. **Э.** обычно присущ *разговорной речи*.

Эмпатия (от англ. *empathy*, греч. *empates* – взволнованный, возбужденный) – идентификация говорящего с участником или объектом сообщаемого события, изложение чего-либо с некоторой точки зрения.

Язык – основной объект изучения *языкознания*. Под **Я.** прежде всего имеют в виду естественный человеческий **Я.**, возникновение и существование которого неразрывно связано с возникновением и существованием человека. Термин **Я.** имеет два взаимосвязанных значения: 1) **Я.** вообще как определенный класс знаковых систем; 2) конкретный, так называемый, этнический язык – некоторая ре-

ально существующая знаковая система, используемая в некотором социуме, в некоторое время и в некотором пространстве.

Языковая способность – одно из ключевых понятий *психолингвистики*; многоуровневая, иерархически организованная функциональная система, формирующаяся в психике носителя *языка* в процессе онтогенетического развития.

Языкознание (языковедение, лингвистика) – наука о естественном человеческом *языке* вообще и о всех языках мира как индивидуальных его представителях.

Приложение 2.

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Приложение 2.1

МАТРИЦА

клинического исследования больного.

1. № п/п
2. Ф.И.О.
3. Возраст.
4. Диагноз.
5. Давность заболевания.
6. Особенности течения.
7. Этап течения.
8. Ведущий психопатологический синдром.
9. Сопутствующие заболевания.
10. Наличие и выраженность социально-трудовой дезадаптации.
11. Характер и особенности применяемой терапии.
12. Фонологические особенности (указание родного языка, диалект, особые клинически значимые характеристики речевого поведения (манерность и т.д.), наличие речевых дефектов и ярких индивидуальных особенностей голоса).
13. Объективная оценка симптоматики при помощи различных шкал (PANSS, Гамильтона, Бека и др.).

Приложение 2.2

МАТРИЦА

исследования кинесических характеристик – невербального поведения (мимика, поза, жест) сопровождающего речь больного.

№ п/п _____ Ф.И.О. _____
 Возраст _____ Диагноз _____

№п/п комплек-са	Семантика речевого фрагмента (или конкретная фраза больного)	Соответствующие ей изменения:			Семантика кинесических характеристик
		позы	жеста	мимики	
1.	Исходный уровень (перед началом беседы)				
2. Реакция на вопросы исследования (с указанием семантики вопроса и вопросов, вызвавших наибольшую реакцию больного).					
2.1.					
2.2.					
2.3.					
2.4.					
2.5.					
3. Наиболее значимые ответы или фрагменты спонтанного монолога больного.					
3.1.					
3.2.					
3.3.					
3.4.					
3.5.					
4. Наиболее значимые комплексы в период длительных пауз при беседе (семантически наполненные)					
4.1.					
4.2.					
4.3.					
4.4.					
4.5.					

Заключение:

1. Наиболее характерные черты кинесических особенностей.
2. Особенности взаимодействия и характер соответствия вербальной и невербальной семантики.

Приложение 2.3

Глоссарий для выявления и оценки выраженности алекситимии

№ п/п _____ Ф.И.О. больного _____
Возраст _____ Ds. _____

№ п/п	Личностные, социально-психологические коммуникативные и лингвистические характеристики	Оценка		Баллы
		отсут-сут-	наличие	
1.	Воспитание в духе рационализма терпимости, непозволительности эмоций	-1	+1	
2.	Большая зависимость от мнения родителей, симбиотическая связь с ними	-0,5	+0,5	
3.	Стереотипы в субъективной картине мира			
	а) рассмотрение отношений между людьми с позиции власти - подчинения	0	+0,5	
	б) примитивная картина окружающего мира, категоричность, ригидность суждений, упрощенность причинно-следственных связей, консерватизм	-1	+0,5	
	в) отсутствие гибкости и творческого подхода к решению проблем	-0,5	+0,5	
	г) слабый интерес и недоверие к людям	-0,5	+0,5	
	д) жесткое структурирование и ранжирование окружающего, тяготение к авторитетам	-0,5	+0,5	
4.	Конкретное механическое мышление	-1	+1	
5.	Затруднение осознания психических конфликтов как причины своего плохого самочувствия	-0,5	+1	
6.	Соматизация внутренней картины болезни	-1	+2	
7.	Неспособность осознания и вербализации собственных эмоций	-3	+3	
8.	Сниженное употребление эмоциональных категорий речи (существительных, обозначающих эмоциональное состояние, качественных прилагательных, определительных наречий)	-2	+2	
9.	Бедность и стереотипность невербальной экспрессии при описании своих проблем и самочувствия	-2	+2	
10.	Снижение импрессивной способности - неспособность судить об эмоциональном состоянии других по невербальному поведению, сниженная способность к эмпатии	-2	+2	
11.	Неадекватность эмоциональных действий в социальном плане, что приводит к конфликтам, социальной изоляции, углублению эгоцентризма, снижению уровня социальной поддержки и одобрения	-2,5	+2,5	

Продолжение.

12.	Особое речевое поведение:			
	а) детерминация извне внешними социальными нормами: употребление выражений: «должен», «обязан», «необходимо» вместо: «хочу», «чувствую», «стремлюсь»	-0,5	+0,5	
	б) аморфность и нерасчлененность оценочных суждений: «всегда», «как все», «никогда» и т.п.	-0,5	+0,5	
	в) полярность и категоричность оценок: «плохо», «хорошо», «правильно», «неправильно»	-0,5	+0,5	
	г) типичны высказывания по поводу своего самочувствия: «не могу сказать», «затрудняюсь ответить»	-1	+1	
	д) замена эмоциональных категорий соматическими: «устал», «перенервничал» и т.п.	-1	+1	
	е) употребление выражений, не позволяющих дифференцировать, эмоциональное состояние по паттернам и модальностям: «нормально», «плохо», «хорошо» и т.п.	-0,5	+0,5	
13.	Нацеленность на контакт с врачом, успешное и быстрое формирование терапевтического союза	+3	-3	
14.	Открытость и конструктивность в общении с персоналом и другими пациентами	+1	-1	

Подсчет баллов и оценка полученного результата:

- *менее 8 баллов:* Феномен алекситимии у данного пациента отсутствует;

- *от 8 до 15 баллов:* Алекситимия присутствует, но в незначительной степени, не оказывающей существенного влияния на течение, прогноз и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий;

- *от 15 до 22 баллов:* Выраженная алекситимия;

- *более 22 баллов:* Алекситимия выражена в значительной степени, что сочетается с соматоцентрированной внутренней картиной болезни, выраженной социальной дезадаптацией. Проведение лечебно-реабилитационных мероприятий затруднено, прогноз ухудшается.

Приложение 2.4

МАТРИЦА

паралингвистического анализа речи пациента

№ п/п _____ Дата _____ Ф.И.О. _____

Возраст _____ Диагноз _____

Паралингвистические характеристики	Контекст высказывания		
	спонтанный монолог, аффективно-нейтральные высказывания	описание сущности психопатологических переживаний, болезненных конфликтов, актуальных проблем	особо выделяемый для изучения аспект (например, суицидальные мысли).
1	2	3	4
<p>1. Темп речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормальный (60-100 сл/мин); - незначит. ускорен. (100-120 сл/мин); - значит. ускорен (>120 мин.); - незначит. замедл. (40-60 сл/мин); - значит. замедл. (<40 сл/мин); <p>Изменение темпа:</p> <ul style="list-style-type: none"> - постепенное; - резкое; 			
<p>2. Основной тон</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормальный (30-50 дБ, при постоянном фоновом шуме <10 дБ); - умеренно повышен (50-60 дБ); - значительно повышен (60-70 дБ); - крик (>70 дБ); - умеренно понижен (20-30 дБ); - выраженно снижен (10-20 дБ); - шепот (<10 дБ); <p>Изменение основного тона:</p> <ul style="list-style-type: none"> - постепенное; - резкое 			

Продолжение.

<p>3. Тембр:</p> <ul style="list-style-type: none">- низкий;- высокий; <p>Изменение тембра:</p> <ul style="list-style-type: none">- по диапазону:<ul style="list-style-type: none">а) невыраженное;б) выраженное;- по скорости:<ul style="list-style-type: none">а) постепенное;б) резкое; <p>Обертоны:</p> <ul style="list-style-type: none">- низкие;- высокие; <p>Мелодичность речи:</p> <ul style="list-style-type: none">- выраженная;- невыраженная;- нарушенная (указать степень обеднения; адекватности контексту высказывания, характеру экспрессии и т.п.)			
<p>4. Прерывистость речи</p> <ul style="list-style-type: none">- выражена;- не выражена; <p>Паузы:</p> <ul style="list-style-type: none">- короткие (до 1 сек.);- средние (1-2 сек.);- длинные (2-4 сек.);- сверхдлинные (>4 сек.).			
<p>5. Характер заполнения пауз</p> <ul style="list-style-type: none">- вдохи;- выдохи;а) короткие;б) продолжительные (>1сек.);в) с глоточным сжатием;- покашливания;- нечленораздельные звуки (типа «гм», «кх»);- звуки без словесного оформления (чихание, сопение и т.п.);- назализация (т.н. «мэканье»);- междометия;- смех (указать степень вокализации: беззвучный, хохот и т.п.);- плач (указать степень вокализации: беззвучный, всхлипывание, рыдание, стоны и т.п.);			

Продолжение.

<p>3. Характер звучания речи:</p> <ul style="list-style-type: none">- продолжительность звучания речи;- сдавленность звуков;- неразборчивость и предельная слитность;- интенсификация: гласных; согласных;- нарушения дикции: дисфонемия; дисфразия; диспрозодия;			
<p>7. Интонация</p> <ul style="list-style-type: none">- акцентная;- интонационная;- экспрессивная;- аффективная;			
<p>8. Преобладание модальности:</p> <ul style="list-style-type: none">- усталость;- подавленность;- напряженность;- неуверенность;- непонимание;- волнение;- беспокойство;- тревожность;- беспомощность;- безнадежность;- недовольство;- раздражение;- разочарование;- обида;- боль, скорбь, утрата;- отчаяние;- сомнение;- опасения, страх;- безразличие, отрешенность;- поглощенность своими переживаниями;- самолюбование;- демонстративность;- эмотивность;- спокойствие, уверенность и т.д.;			

Приложение 2.5

МАТРИЦА

просодических характеристик речи больного

№ п/п _____ Ф.И.О. _____

Возраст _____ Диагноз _____

I. Наиболее характерный фрагмент речи больного с дискурсивной транскрипцией.

II. Наиболее характерные просодические характеристики речи больного.

III. Роль просодических средств в выражении семантики сообщения; характер взаимодействия вербальной и просодической семантик.

Приложение 2.6

МАТРИЦА

психолингвистического исследования речи

№ п/п _____ Ф.И.О. _____

Возраст _____ Диагноз _____

I. Психолингвистические индексы.

1. Коэффициент Трейгера (КТ)

количество глаголов в ед. текста

КТ= количество прилагательных в ед. текста

2. Индекс прегнантности (Ertel) (ИП)

количество слов А-экспрессии в ед. текста ×100

ИП= общее количество слов в единице текста

II. Анализ речевых ошибок.

Тип речевой ошибки	Количество в единице текста (10 мин.)	Семантика речевого фрагмента, в котором обнаружена ошибка	Возможные причины ошибок и связь с уровнем речепорождения
Оговорки: Подстановка Перестановка Опущение Добавление Замещение			
Повторы - звуков и слогов; - слов и словосочетаний			
Исправления (коррекция)			
Фальстарт			
Паузы синтаксически и семантически не обоснованные			
Нарушения дикции: -дислексия; -дисфразия; -диспрозодия.			

Заключение.

Приложение 2.7

МАТРИЦА

семантико-синтаксического анализа речи больного

№ п/п _____ Ф.И.О. _____

Возраст _____ Диагноз _____

Семантико-синтаксические показатели.

I. Информативная плотность текста (I) =

$$\frac{\text{общее количество предикатов (} P_R \text{) в тексте}}{\text{общее количество предложений (P) в тексте}}$$

II. Соотношение простых (PP) и сложных (SP) предложений в тексте(%)

III. Предикативный состав текста:

а) соотношение простых и составных глагольных сказуемых (%) _____

б) неполная реализация предиката (%) _____

IV. Анализ субъектов текста (S):

а) общее количество _____

б) субъекты – существительные (%) _____

в) субъекты – местоимения (%) _____

V. Соотношение субъектов (S) и предикатов (P_R) _____

VI. Новизна текста (N) = $\frac{S + P_R}{S + P_R}$ темы (новое для слушателя)

$\frac{S + P_R}{S + P_R}$ темы (известное собеседникам)

VII. Разница: новизна – информативная плотность (N – I) _____

VIII. Семантико-синтаксическая полнота текста (SSP):

а) количество семантически неполных предложений (SemN) (%) _____

б) количество синтаксически неполных предложений (SinN) (%) _____

в) полнота текста:

$$SSP = \frac{100\% - (SemN + SinN)}{2}$$

IX. Семантико-синтаксическая диссоциация (кол-во предложений с несоответствием семантики и синтаксиса – тематические соскальзывания, разорванность) % от текста _____

X. Синтаксический строй предложения

а) прямой (%)

б) инверсированный (%)

Заключение.

Приложение 2.8

МАТРИЦА

семантико – прагматического анализа речи

№ п/п _____ Ф.И.О. _____

Возраст _____ Диагноз _____

№ п/п рече- вого фраг- мента	Семантика речевого действия	Преобладаю- щий тип рече- вых актов	Перлокутив- но- иллокутив- ные соотношения	Характер мо- дифицирую- щего воздействия исследователя на речь паци- ента в диалоге

Приложение 2.9

МАТРИЦА

исследования характера взаимоотношений разномодальных семантик:
вербальной, просодической и кинесической

№ п/п _____ Ф.И.О. _____

Возраст _____ Диагноз _____

№ п/п ком- плекса	С е м а н т и к и			Характер взаимоотношений семантик
	вербальная	просодическая	кинесическая	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Заключение.