

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ

В. Д. Менделевич



Владимир Давыдович Менделевич Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии

Издательский текст

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=36984553

*Терминологические основы феноменологической диагностики в
психиатрии: Городец; М.; 2016
ISBN 978-5-906815-86-6*

Аннотация

В монографии приводится описание психологических феноменов и психопатологических симптомов, позволяющее с позиции современной науки проводить дифференциальную диагностику между психической нормой и патологией. Особый упор делается на терминологической стороне проблемы, приводятся толкования психолого-психиатрических синонимов, позволяющих проводить научно обоснованную диагностику психического состояния человека. Приводится тезаурус эмоциональных, поведенческих, экспрессивных, речевых, мыслительных, мнестических, индивидуально-психологических феноменов, а также феноменов, связанных с особенностями ощущений, восприятия, внимания, интеллекта и способностей. Тезаурус (толковый словарь) содержит описание более 1500

психолого-психиатрических терминов-синонимов и построен по феноменологическому принципу. В основу положено описание первичного психологического феномена и его синонимические ряды, что позволяет диагносту использовать тезаурус для практических целей при оценке, квалификации и обозначении выявляемого в процессе клинического интервью феномена психической жизни. Монография ориентирована на психиатров, психотерапевтов, медицинских (клинических) и практических психологов, а также может использоваться студентами, изучающими клиническую (медицинскую) психологию и психиатрию.

Содержание

Введение	6
Объективные психические феномены	12
Голос	12
Речь	15
Конец ознакомительного фрагмента.	25

**Владимир Давыдович
Менделевич**

**Терминологические основы
феноменологической
диагностики в психиатрии**

© В.Д. Менделевич, 2016

Введение

«Язык незаметно, исподволь управляет любым психологическим описанием... [поэтому] один и тот же термин всегда должен обозначать одно и то же».

К. Ясперс

Традиционно под феноменологией в психиатрии принято понимать семиотику, т. е. симптоматологию и синдромологию. В рамках этих разделов обычно описываются характерные клинические признаки тех или иных психопатологических феноменов, критерии их дифференциальной диагностики с другими симптомами, т. е. психопатология подменяет феноменологию. Фактически же *под феноменологией и феноменологической диагностикой следует понимать процесс научного познания сферы психической деятельности человека, заключающийся в отборе, разграничении, дифференциации и описании отдельных переживаемых феноменов* (К. Ясперс). Психопатология по сути изучает второй этап диагностики – квалификацию обнаруживаемых феноменов в категориях симптома или синдрома, расстройства или нарушения. Помимо этого, *феноменология – это еще и способ «усмотрения сущностей» психических явлений* (по Гуссерлю). В отличие от ортодоксально психиатрического подхода феноменологический позволяет рассматривать обнаружива-

емые диагностом феномены (переживания, поступки, реакции) многовариантно – и психологически, и психопатологически. Он позволяет выявлять психогенез психических процессов и явлений и с нормативной, и с ненормативной (патологической) сторон.

Наиболее сложным для психиатра остается разграничение психопатологического симптома и психологического феномена, дифференциация нормы и патологии, а не дифференциальная диагностика в собственном понимании термина. В связи с этим следует признать тот факт, что описание клинических проявлений того или иного симптома расстройства психической деятельности недостаточно для того, чтобы аргументировано указать на то, что он является симптомом. Обязательным и научно обоснованным является проведение тщательного анализа обнаруживаемого *первичного психического феномена*, оценка его психологической или психопатологической сущности, изучение психогенеза, учет сочетаемости или несочетаемости с иными сходными феноменами.

Как правило знания начинающего психиатра сортируются посимптомно в зависимости от обнаружения поражения тех или иных сфер психической деятельности (памяти, внимания, мышления, эмоций и т. д.). Упускается из виду тот факт, что вначале диагностического пути врач-психиатр сталкивается не с симптомами (не все психические реакции или состояния испытуемого являются болезненными), а с первич-

ными феноменами, которые он должен уметь идентифицировать и дифференцировать.

В ракурсе феноменологии наиболее значимым следует признать точное «фотографирование», «сканирование» первичного феномена, его правильное обозначение с помощью слов, используемых в обыденной (а не научной) речи. Известно, что «язык незаметно, исподволь управляет любым психологическим описанием... [поэтому] один и тот же термин всегда должен обозначать одно и то же» (К. Ясперс).

Карл Ясперс, основоположник феноменологической диагностики, точно подметил, что вслед за первым этапом научного познания сферы психического, который заключается в отборе, разграничении, дифференциации и описании отдельных переживаемых индивидом феноменов, наступает второй, сутью которого становится приписывание этим феноменам терминологических определений, создание слова-образа. Несомненно, что «определенные слова в какой-то момент притягивают к себе определенные образы: слово – это не более чем кнопка вызова, которая заставляет их появиться» (Ле Бон). Именно однозначность применяемых терминов способна объективизировать диагностический процесс в психиатрии и позволить идентифицировать первичные феномены, переживаемые человеком.

В процессе разграничения нормативных и патологических форм поведения и переживания должны использоваться различные термины для обозначения разных по сути (ме-

ханизмам) психических процессов и состояний. Для нормативных должны применяться одни термины, для патологических – другие. Однако фактически эти термины являются синонимами. По определению, синонимы – это слова, тождественные или близкие по значению. В сфере феноменологической диагностики синонимы выступают в роли кирпичиков, из которых в дальнейшем строится устойчивая и прочная диагностическая база. В случае обозначения первичного феномена (переживания) психиатрическим термином, выстраивается цепочка, способная привести к точной нозологической диагностике, выявлению этиопатогенетических основ наблюдаемого психопатологического явления (расстройства). При признании первичного феномена (переживания) собственно психологическим феноменом, создается база для глубокого понимания индивидуальных психологических особенностей человека, его мироощущения, стереотипов реагирования, и он относится к нормативным или гармоничным.

Несмотря на то, что феноменологические синонимы отражают близость понятий, все же они сильно отличаются. Психопатологический симптом и психологический феномен различаются, как правило, не количественно, но качественно. Именно поэтому, их справедливо назвать одновременно и антонимами.

К. Клейст, имея в виду сходство болезненных и неболезненных переживаний человека, предложил выделять:

1) гомонимные симптомы, отличающиеся от проявлений психической жизни в норме лишь степенью выраженности, например, депрессию;

2) гетеронимные – не имеющие аналогов в нормальных психических проявлениях;

3) интермедиарные – при отсутствии возможности провести четкую грань между ними.

Уточним, что, с нашей точки зрения, базирующейся на феноменологических принципах, всегда (во всех случаях) можно найти сходные между собой и различающиеся по механизмам возникновения психопатологические симптомы и психологические переживания (феномены). Следовательно, говорить об интермедиарных симптомах неправомерно.

В целях более полного и точного усвоения начинающим психиатром феноменологии и психиатрической диагностики мы сочли целесообразным отталкиваться от первичных феноменов, которые описаны нередко не научным, а литературным языком, и далее, приводить собственно синонимические ряды, определения и трактовки отдельных терминов, их диагностические критерии, позволяющие наметить путь психолого-психиатрической дифференциации. В теоретическом отношении группирование родственных (гомо- и гетеронимных) симптомов и феноменов позволяет диагносту видеть и учитывать весь спектр возможных вариантов решения диагностической задачи, в практическом – дает возможность расширить свой «горизонт видения», используя при-

веденные синонимические ряды. Ведь в диагностике психического состояния человека «каждый видит то, что он знает» (Л. С. Выготский).

С нашей точки зрения наиболее плодотворным для объективизации процесса диагностического поиска в психиатрии является группирование феноменов и симптомов не по сферам психической деятельности (познавательным процессам), а по их феноменологическим проявлениям, т. е. по клинически наблюдаемым признакам. Вслед за К. Ясперсом мы разделяем все феномены на объективные и субъективные, т. е. на те, которые можно зарегистрировать в процессе наблюдения за человеком (анализируя специфику его речи, голоса, мимики, жестов, походки, действий, поведения, эмоциональных переживаний), и те, которые поддаются оценке исключительно путем собеседования (интервьюирования). К последним следует относить оценку памяти, ощущений и восприятия, мышления, сознания и самосознания, интеллекта и способностей.

В приведенном в тексте тезаурусе психолого-психиатрических терминов в качестве базовых используются термины, нашедшие отражение в толковых словарях русского языка (В. И. Даля, Д. Н. Ушакова, С. И. Ожегова), а также в Англо-русском словаре медицинских терминов Стедмана (М., 1997), Словаре медицинских терминов (в 3-х томах. М., 1982), толковых словарях психиатрических терминов, Психологическом словаре.

Объективные психические феномены

Голос

Голосовые характеристики нередко могут указывать ди-
агносту на специфику психического состояния испытуемо-
го. В норме голос бывает звучным, определенной высоты,
тембра, меняется в зависимости от смысла речи (интони-
рованный). Голос – это звучание голосовых связок, особен-
ности произношения звуков. При некоторых психических
расстройствах произношение может носить вычурный или
неестественный характер.

Основные *первичные голосовые феномены* включают в се-
бя изменения перечисленных выше характеристик.

Утрата (отсутствие) голоса. Данный феномен может
проявляться одиночно или в сочетании с иными изменени-
ями (например, утратой письменной речи). Он может быть
обусловлен как патологическими процессами (соматически-
ми или психическими расстройствами), так и отсутствием
мотивации в произношению звуков. В первом случае *афо-
ния* – утрата голоса, отсутствие звучной речи может быть

обусловлено поражениями гортани, ЦНС, а также истерическим (конверсионном, диссоциативном) расстройством. Человек при этом обычно не утрачивает возможности и стремления донести до окружающих иными способами (письмом, жестами, мимикой) необходимую информацию. В некоторых случаях сходный феномен (мнимая утрата голоса) может быть отражением нежелания человека вступать в речевой (голосовой) контакт с окружающими. Подобное возможно в рамках осознанной реакции на ситуацию, негативизма или при аутизме, при котором расстройство (мнимая утрата речи) является отражением общих процессов ухода от реальности, глубокой погруженности в мир собственных переживаний и мыслей.

Дрожащий голос. Характеризуется неустойчивым, сбивчивым произношением звуков. Может являться признаком тревожного состояния, волнения. При крайней степени эмоционального возбуждения может появляться *срывающийся голос*, при котором отмечается склонность к переходу звучного произношения к сипу.

Командный голос. Характеризуется громкостью, склонностью произносить слова и звуки с «растяжкой». В норме проявляется в ситуациях общения с подчиненными. Может проявляться при психической патологии и отражать отношение к собеседникам, может являться отражением маниакального синдрома с идеями величия и могущества.

Плохо (слабо) интонированный голос. Интонирова-

нием называется произношение или исполнение с какой-либо интонацией, ритмико-мелодическим строем речи, с соответствующим смыслу повышением или понижением тона. Способность к интонированию может отражать эмоциональность человека как темпераментальную характеристику. Помимо отклонения в ту или иную сторону (усиление или ослабление) интонирование может сопровождать определенные эмоциональные расстройства. Плохо (слабо) интонированный голос наблюдается в рамках апатического синдрома, отражает выраженное снижение уровня эмоционального реагирования, которое встречается при шизофрении или шизотипическом расстройстве.

Излишне (избыточно) интонированный голос. Голос, проявляющийся излишним (избыточным) интонированием, может отражать повышенный уровень переживания человеком определенной ситуации или входить в структуру истерического характерологического радикала. Во втором случае необычность, вычурность, неестественность голоса становится способом привлечения внимания окружающих к говорящему.

Крик. Криком называют громкий, резкий звук голоса. Помимо причин обыденных, связанных с реагированием на внешнюю или внутреннюю ситуацию, крик может сопровождать эпилептический припадок.

Речь

Одним из важных параметров, на которых основывается диагностика психического состояния человека, является «речевая продукция». Диагност должен анализировать скорость, темп, стиль речи, ее связность, артикуляцию, богатство или бедноту словарного запаса и некоторые иные признаки. Известно, что при различных патологических состояниях речь изменяется, и на основании специфики речи можно предполагать наличие разных по генезу заболеваний. В норме речь обычно характеризуется нормальной для ее понимания скоростью, темпом, связностью, артикулированием, словарным запасом. Можно отметить следующие особенности речи – *первичные речевые (устные и письменные) феномены*, позволяющие проводить диагностику психического состояния.

Стили и феномены устной речи

Замедление скорости речи. В норме у одного и того же человека скорость речи носит умеренный характер (хотя и в силу темпераментальных особенностей может быть различной по скоростной характеристике). Замедление речи обычно появляется в связи со снижением настроения в виде тоски, печали, грусти или иных признаков депрессии. Если за-

медленность речи достигает уровня симптома, то она обозначается термином *брадифразия*. *Брадилалией* называется замедленность речи, обусловленная затруднениями артикуляции вследствие поражения бледного шара и черного вещества головного мозга или мозжечка.

Ускорение речи. В норме ускорение речи может отражать хорошее приподнятое настроение. Максимальное ускорение речи, сопровождающееся нарушением ее связности обозначается *логореей*. *Логорея* – это неудержимость речи больного, сочетающаяся с ее быстротой и многословием. Часто логорея является признаком маниакального синдрома, сопровождающегося резко патологически повышенным настроением и психомоторной расторможенностью. Синонимом логореи является *тахилалия* – нарушение речи в форме выраженного многословия или резко ускоренного темпа речи.

Вычурная речь. Характеризуется использованием необычных, малопонятных, часто не подходящих по смыслу слов. Вычурная речь обычно сопровождается манерной жестикуляцией и гримасничаньем. Она может сочетаться с *высокопарностью*. В норме может носить осознанный и целенаправленный характер (например, при декламировании стихов). Помимо этого она может отражать стремление подобным способом привлечь к себе внимание, и в таком случае входит в структуру истерического характерологического радикала. Использование в речи *неологизмов* также может

отражать целенаправленное профессиональное экспериментирование с языком или быть признаком нарушений мышления, встречающихся при шизофрении.

Монотонная речь. Характеризуется отсутствием или крайне незначительными изменениями интонаций. Обычно сопровождается апатический синдром и эмоциональное обеднение. Помимо этого наблюдается при некоторых болезнях нервной системы (например, паркинсонизм и др.). Иногда обозначается термином *интонационная афазия*.

Обстоятельная речь. Характеризуется склонностью говорящего подробно излагать в своем рассказе маловажные несущественные детали, затрудняющие понимание цели высказываний. Обстоятельная речь в норме может отражать выработанный в процессе воспитания или профессионального обучения специфичный речевой стереотип. Кроме этого, она может встречаться у лиц с эпилептоидными чертами характера, а также быть симптомом органического поражения головного мозга и эпилепсии. В крайнем выражении обстоятельная речь проявляется в виде *персеверативной речи* – расстройстве, при котором отмечается многократное повторение человеком одного и того же слова или оборота речи, сопровождающимся затруднением в подборе других слов и оборотов, требуемых для продолжения речи.

Слащавая речь. Характеризуется вкрадчивой интонацией, склонностью говорящего употреблять уменьшительные формы слов и шаблонные хвалебные обороты. В норме мо-

жет отражать целенаправленную речевую практику. Встречается при некоторых личностных расстройствах (истерическом, эпилептоидном), а также при эпилепсии.

Детская речь. У взрослого характеризуется признаками речи ребенка – шепелявостью, сюсюканьем, картавостью. Сопровождается специфичной мимикой и жестами. В норме может отражать речевой стереотип. В рамках психопатологии обозначается термином *пуэрильная речь*. В отличие от детской речи, наблюдаемой в норме, отмечаются более выраженные изменения, вплоть до упоминания себя в третьем лице. Обычно возникает неожиданно после острой психической травмы, сопровождается нарушением сознания, ориентировки и сочетается с типичным для ребенка поведением. Встречается в рамках невротических и связанных со стрессом расстройствах.

Косноязычие. Характеризуется неправильным произношением отдельных звуков (пропуском, искажением или заменой другим звуком) или неумением складно говорить. В норме может отражать педагогическую запущенность, примитивизм, а также снижение лингвистических способностей. В случае распознавания косноязычия как симптома обозначается термином *дислалия* или называется *олигофазической речью*. Наблюдается при умственной отсталости, деменции. Возможно нарушение речи в виде употребления сходных по звучанию, но не подходящих по смыслу слов, обозначаемое *акатафазией*. Кроме этого у детей встреча-

ется *алалия* – отсутствие (или дефект) активной речи или ее восприятия при нормальном слухе и интеллекте, обусловленное недоразвитием речевых областей больших полушарий головного мозга или их поражением во внутриутробном либо раннем постнатальном периоде.

Речь взхлеб. Характеризуется ускорением речи с расстройством плавности, что уменьшает понятность речи. Включает в себя неустойчивость и дизритмию с резкими всплесками, включающими нарушения фразирования. Встречается в норме в случаях повышенной эмоциональной вовлеченности в речевую ситуацию. В рамках психопатологии может быть психогенно или органически обусловленной.

Зеркальная речь. Характеризуется повторением слов, услышанных от окружающих. Может отражать целенаправленную речевую практику, а также наблюдаться при органических заболеваниях головного мозга, шизофрении. В последнем случае она обозначается термином *эхолалия*.

Скандированная речь. Характеризуется медленным произношением фраз с отдельным произношением отдельных слогов и слов. В норме может проявляться в митинговой речи. Наблюдается как симптом поражений мозжечка. Считается характерным симптомом рассеянного склероза.

Витиеватая речь. Характеризуется сложным (витиеватым), многословным построением речи с использованием множества эпитетов, прилагательных. В норме может носить целенаправленный характер (привлечь внимание, оше-

ломить, удивить, расположить, извлечь выгоду) и проявляться в виде витийства, краснобайства, демагогии. В психопатологии проявляется симптомом *резонерства*, характеризующегося бесплодным (бесцельным) мудрствованием со склонностью к витиеватости и утрате целенаправленности и продуктивности. Резонерство считается признаком шизофрении.

Отсутствие речи (немота). Характеризуется отсутствием речевого контакта с окружающими при сохранении возможности произношения. Может быть в норме как вариант реакции на внешнюю психотравмирующую ситуацию. В психопатологическом варианте представлена *мутизмом*, который может быть признаком кататонического синдрома при шизофрении или диссоциативного (конверсионного) расстройства. При *олигофазии* речевая активность характеризуется склонностью к понижению. Человек способен обходиться без речевого контакта длительное время (наблюдается при поражениях головного мозга, чаще лобной доли доминантного полушария, и при некоторых психических болезнях).

Избирательная речь. Характеризуется тем, что речевой контакт человек устанавливает лишь с определенными людьми (например, ребенок только с матерью), что может в норме быть отражением конфликтной ситуации. При психопатологическом варианте (*элективном мутизме*) нередко внешние факторы не играют существенной роли. Встречается при

невротических расстройств и шизофрении.

Невнятная, сбивчивая (бессвязная) речь. Нарушение связности речи может носить различный характер. Могут нарушаться логические связи в предложениях или грамматическая связь между словами. Может нарушаться произношение. У психически здорового человека речь может быть невнятной в силу речевой практики или из-за дефектов органов, формирующих речь (язык, небо, ротовая полость). Все расстройства, которые проявляются невнятной (бессвязной) речью, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Невнятная (бессвязная) речь			
Нарушения грамматики	Нарушения логики	Нарушения артикуляции	Нарушения плавности
Бессвязность	Разорванность	Барилаллия	Заикание
Афазия	Шизофазия	Дизартрия	Катафазия
Инкогеренция	Метонимия	Ксенолаллия	Логоклония
Вербингерация		Пселлизм	Могилаллия
			Баттаризм

Нарушения грамматики

Афазия – нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения своих

мыслей, обусловленное поражением коры доминантного полушария головного мозга при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха.

А. амнестическая – А., проявляющаяся нарушением способности называть предметы при сохраненной возможности их охарактеризовать, при подсказывании начального слога или буквы больной вспоминает нужное слово.

А. вербальная – А. моторная.

А. моторная – А., проявляющаяся нарушением активной речи при сохранении понимания устной и письменной речи.

А. моторная корковая – А. м., проявляющаяся нарушением устной речи (включая и внутреннюю речь), чтения и письма, обусловленная поражением коры речевой зоны лобной доли доминантного полушария головного мозга.

А. моторная субкортикальная – А. м., проявляющаяся нарушением устной речи при сохранности внутренней речи, чтения и письма; обусловлена поражением белого вещества непосредственно под моторно-речевой зоной коры доминантного полушария головного мозга.

А. моторная транскортикальная – А. м., проявляющаяся нарушением активной речи и письма при сохранности возможности повторения обращенной речи и переписывания текста, обусловленная поражением проводящих путей между моторно-речевой зоной коры доминантного полушария и другими областями коры головного мозга.

А. моторная чистая – А. м. субкортикальная.

А. номинативная – А. амнестическая.

А. оптическая – А., проявляющаяся утратой способности называть предметы при их зрительном восприятии и сохранением возможности их называть при ощупывании.

А. проводниковая – А. м., проявляющаяся нарушением возможности повторения слов и предложений при менее значительном нарушении активной речи и сохранности понимания обращенной речи, обусловлена поражением белого вещества проводящих путей между слуховой и моторной речевыми зонами коры головного мозга.

А. семантическая – сенсорная А., проявляющаяся нарушением понимания сложных логико-грамматических соотношений и связанных с ними мыслительных операций при достаточной сохранности понимания значений отдельных слов, наблюдается при поражении коры теменно-затылочных отделов доминантного полушария головного мозга.

А. сенсорная – А., проявляющаяся утратой способности понимания речи.

А. сенсорная корковая – А. с. с вторичным нарушением экспрессивной речи (логорея, вербальные парафазии). Наблюдается при локализации очага поражения в заднем отделе верхней височной извилины коры доминантного полушария головного мозга.

А. сенсорная субкортикальная – А. с. с нарушением понимания устной речи и невозможностью повторения сказанных больному слов и письма под диктовку при сохранности

экспрессивной устной и письменной речи и понимания прочитанного, наблюдается при поражении белого вещества головного мозга непосредственно под сенсорной речевой зоной доминантного полушария головного мозга.

А. сенсорная транскортикальная – А. с, проявляющаяся нарушением понимания устной речи при сохранности возможности повторения сказанного другим лицом, списывания и письма под диктовку, наблюдается при поражении проводящих путей между задней и средней частью верхней височной извилины (зона Вернике) и другими областями коры головного мозга.

А. синтаксическая – А., проявляющаяся расстройством устной речи (аграмматизм, парафазии), нарушением понимания смысла слов, жаргонафазией при относительной сохранности письма.

А. смешанная – А., характеризующаяся сочетанием отдельных проявлений моторной и сенсорной А.

А. темпоропариетальная – сенсорная, чаще всего семантическая А., наблюдающаяся при поражении задних отделов нижней теменной доли и височной доли доминантного полушария головного мозга.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.