

Изучение речевого поведения в норме и при психических расстройствах

Игорь Викторович Ганзин

*Крымская республиканская психиатрическая больница №1,
г. Симферополь, ул. Люксембург, 27
раб. тел. 27-10-23; дом. тел. 26-90-45.*



Ганзин Игорь Викторович – 1968 года рождения, кандидат медицинских наук, врач-психиатр, психотерапевт, зав. психотерапевтическим центром КРКПб №1, в 1993 году закончил Крымский медицинский университет, в 1997 защитил кандидатскую диссертацию на тему: “Клинико-лингвистическая диагностика неврозов и неврозоподобных состояний”. Область научных интересов: психотерапия, этологическая и эволюционная психиатрия, применение методов лингвистического анализа в психиатрической диагностике и психотерапии. Автор 30 научных работ. Настоящая статья является обобщением диссертационной работы на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: “Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах”.

В статье обобщены результаты исследования особенностей речевого поведения и характера взаимодействий разномодальных семантик, его составляющих, при психических расстройствах в сопоставлении со здоровыми лицами.

У статті узагальнені результати дослідження особливостей мовної поведінки й характеру взаємодій різномодальних семантик, його складуючих, при психічних розладах у порівнянні зі здоровими особами.

The results of investigation of verbal behaviour peculiarities and character of interactions of heteromodal semantics, its composing at mental disorders in comparison with healthy person was summarized in this article.

Ключевые слова: диагностика, речевое поведение, разномодальные семантики, психические расстройства.

Речь человека является важнейшим способом коммуникации и презентует когнитивную деятельность субъекта, воплощая в себе единство его биологических, социальных и личностных характеристик. Речевая коммуникация как поведенческий феномен включает в себя не только вербальную информацию, но и эмоциональные и биологические свойства ее звуковой оболочки, а также комплекс характеристик невербального поведения, ее сопровождающего, - мимические, позные и жестовые реакции. Мы рассматриваем указанные составляющие коммуникативного процесса в рамках концепции речевого поведения – явления, несущего в себе органичное единение эволюционно-биологических (этологических) и лингвистических (языковых) особенностей и слагаемого из взаимодействий взаимодополняющих разномодальных семантик: вербальной и невербальных – кинесической (мимика, жесты и позы, сопровождающие вербальное сообщение) и просодической (невербальные особенности, собственно, речи). Речевое поведение эволюционировало от жестовой и недифференцированной звуковой коммуникации к высокодифференцированной вокальной речи, передающей информацию посредством сложных семантико-синтаксических конструкций в

детерминированных и исторически установившихся звуковых формах, что находит свое подтверждение в ходе онтогенетического развития человека.

Изучение речи представляет существенный интерес для клинической медицины и является одной из центральных проблем психиатрии, где речь является одновременно объектом и средством диагностики, способом терапевтического воздействия, инструментом для дифференцирования, оценки клинической динамики и прогноза. Однако целостное и глубинное понимание сущности психических и поведенческих расстройств, находящих свое отражение и воплощение в речи пациента, связано с рядом трудностей в силу мультидисциплинарности феномена речевого поведения, требующего для своей интерпретации привлечения данных клинических, эволюционно-биологических, социально-психологических и лингвистических наук. Попытка разрешения указанной проблемы представлена в настоящем исследовании разработанной нами методологией комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах.

Комплексная диагностика речевого поведения объединяет в рамках единой парадигмы эволюционно-биологическую методологию и систему методик лингвистического анализа. Эволюционно-биологический подход представлен традиционными классическими методами диагностики – клинко-феноменологическим и клинко-психопатологическим, описывающими психиатрическую семиотику, на которую опираются и с которой сопоставляются результаты всех остальных методов изучения речи а также клинко-этологический анализ, позволяющий изучать кинесическую семиотику – невербальное поведение, сопровождающее речевое сообщение. Лингвистический анализ представлен различными подходами (психосемантический, психолингвистический, синтаксический, прагматический и дискурсивный), позволяющими получать представление о вербальном компоненте коммуникации как с феноменологических, так и с чисто языковедческих позиций, а также просодическим анализом, изучающим невербальные компоненты собственно речи. В ходе исследования описываются особенности трех основных компонентов речевого поведения: вербального, кинесического и просодического, изучаются характеристики разномодальных семантик и их взаимодействия в зависимости от клинической картины определенного психического расстройства и конкретного пациента в сопоставлении с аналогичными исследованиями больных других диагностических рубрик и учетом данных об особенностях речевого поведения здоровых лиц. С целью изучения онтогенетической динамики речевого поведения в норме и при психических расстройствах исследовались здоровые лица с дифференциацией по возрасту: взрослые и дети, одна из диагностических рубрик (невротические расстройства) была представлена пациентами детского возраста. 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.

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 клинко-

этологическое исследование – регистрация невербального поведения, сопровождаемого речевое сообщение по каналам 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 и дискурсивного.

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. У детей с невротическими расстройствами объектом изучения особенностей речевого поведения служила презентация сновидений, и поэтому нами использовался специальный феноменологический подход к их оценке, а также психоаналитическое изучение символики, что приближает исследователя к пониманию сущности невротического интрапсихического конфликта и психодинамических механизмов.

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. Изучение алекситимии представляет важное значение для клинициста, так как является подспорьем в диагностике и требует учета в ходе лечебно-реабилитационной работы как фактор прогностически неблагоприятный и нуждающийся в коррекции и устранении посредством специальной, разработанной нами терапевтической программы.

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 программ Sound Forge 4. Od. (Build 173) for Windows NT & 95 PC Pentium-133. Отдельно учитываются показатели динамики основных просодических характеристик (основного тона 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, включающей помимо вышеописанных характеристик дискурсивную транскрипцию просодики наиболее типичного для данного вида расстройства фрагмента речи, для чего использовались схемы символов дискурсивной транскрипции департамента лингвистики Калифорнийского университета, в нашем переводе, дополнении и модификации, применительно к задачам настоящего исследования.

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. Нами разработана специальная Матрица семантико-синтаксического исследования речи больного, включающая, помимо общеизвестных показателей, ряд введенных нами, для настоящего исследования.

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. Нами описаны основные коммуникативные стратегии врача и больного, типы речевых актов и особенности их структуры как в норме, так и при различных формах психических расстройств.

Дискурсивный анализ осуществлялся с позиций теории речевой структуры на материале текстов, презентующих сновидения у здоровых детей и с невротическими расстройствами. В ходе дискурсивного анализа осуществлялась запись риторической структуры текста речи больного, изучались объем текста, особенности его ветвления и глубина ветвей, характер дискурсивных отношений между отдельными дискурсивными единицами.

На четвертом, заключительном этапе исследования обобщались и интерпретировались особенности речевого поведения по всем изучаемым аспектам, анализировались данные по исследуемым группам в целом.

Предложенная модель комплексной диагностики речевого поведения была применена на клиническом материале, включающем 240 больных, распределенных по 4 основным диагностическим рубрикам, наиболее часто встречающимся в практике врача-психиатра: органические психические расстройства; шизофрения, шизофреноподобные, бредовые и острые шизофреноподобные расстройства; аффективные расстройства настроения и невротические расстройства. Невротические расстройства рассматривались в детской возрастной группе, что позволяет дополнительно проследивать 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 80 здоровых лиц, как взрослых, так и детей (по 40 человек).

Речевое поведение здоровых лиц несет совокупную информацию, слагаемую из разномодальных семантик, взаимодействующих в рамках трех основных, описанных нами вариантов:

- 1) полное соответствие и взаимодополнение – семантико-синтаксическая и прагматическая интеграция – значения кинесической и просодической семантик согласованы с вербальной и отражают, уточняют, дополняют ее биологическими и эмоциональными оттенками;
- 2) подчиненное дополнение – кинесика или просодика несут дополнительную информацию, характеризующую отдельные нюансы вербального сообщения, эмоциональный контекст, отдельные суждения и мотивации, которые не могут быть выведены из вербального сообщения в силу его нейтрального характера;
- 3) конкурирующие тенденции – рассогласование вербальной семантики с кинесикой или просодикой, при котором каждая из семантик несет равные по значимости, но полярные и взаимоисключающие по смыслу сообщения, что отражает неискренность говорящего, желание скрыть аффективные реакции, противоречивость мотиваций, сложность и семантическую многослойность передаваемого сообщения.

Речевое поведение здоровых лиц определяется следующими факторами:

- 1) Биологические характеристики:

- а) Возраст.

В ходе исследования выделены следующие особенности речевого поведения детей, отражающие его онтогенез:

- менее выраженная семантическая дифференциация кинесических характеристик, компенсируемая их избыточностью; функциональная незрелость взаимосвязей по каналам мимика/поза/жест при отчетливом несовершенстве жестовой коммуникации, несущей в себе регрессивные признаки (аутогруминг, стереотипии);
- функциональная незрелость артикуляционно-фонационного аппарата и просодической системы в целом, проявляющиеся сниженными возможностями отражать сложные и тонкие эмоциональные компоненты сообщения, недостаточная согласованность с вербальной семантикой, появление ряда регрессивных просодических характеристик (элементы дислалии и дисфонемии, певучесть речи, нечеткость артикулирования, высокое количество «шумов», заполняющих паузы), особенно на высоте эмоционального напряжения и в семантически сложных контекстах;
- меньшая семантико-синтаксическая сложность вербальной семантики, наличие регрессивных синтаксических конструкций, большее количество речевых ошибок, отражающих функциональную незрелость системы речепорождения, меньшая прагматическая активность, ограниченный регистр коммуникативных стратегий;
- меньшая степень полных семантико-синтаксических и прагматических соответствий во взаимодействии разномодальных семантик, более простой характер их связей и взаимоотношений.

По мере естественного старения у здоровых лиц появляются признаки микроорганического поражения головного мозга, находящие свое выражение в отдельных характеристиках, регистрируемых у больных с органическими психическими расстройствами, однако, ни количественно, ни качественно не достигающие их уровня.

б) Пол.

У женщин, в отличие от мужчин, отмечается несколько большая выразительность кинесических характеристик, заключающаяся в более широком спектре показателей и их более выраженной динамике, яркие просодические особенности, выражающиеся широким диапазоном интонационных характеристик, превалированием в голосе диапазона высокочастотных спектральных параметров.

в) Общее физическое состояние субъекта на момент беседы, уровень фона настроения, астенизация в ходе общения и т.п.

г) Фонологические особенности – характеристики, определяющие индивидуальные признаки артикулирования и фонации, состояние слухового аппарата.

2) Социально-психологические характеристики.

а) Личностные психологические особенности.

Коммуникативный стиль и широта спектра коммуникативных стратегий определяется личностными чертами субъекта. К данной категории относится и феномен алекситимии, выявленных в 12,5% взрослых лиц (первичная алекситимия). Феномен алекситимии исследуется при помощи разработанного нами Глоссария для выявления и оценки выраженности алекситимии, включающий личностные, социально-психологические характеристики пациентов и особенности речевого поведения по всем аспектам. В группе детей данное явление не исследовалось, так как согласно нашим представлениям алекситимия отражает онтогенетическое развитие коммуникативных способностей и является специфичной для данной возрастной категории.

б) Национальность.

На примере лиц крымскотатарской национальности (тюркская языковая группа) нами продемонстрирована зависимость всех аспектов речевого поведения от этнических факторов, определяющих как иное семантическое наполнение и окраску вербальных символов, так и специфику кинесических и просодических особенностей (большая значимость позных и жестовых кинесических переменных; фонационно-артикуляционные характеристики, в частности, акцент).

в) Профессия, принадлежность к определенной социальной микрогруппе, оказывающая влияние главным образом на вербальную семантику и коммуникативный стиль.

3) Семантико-прагматические характеристики коммуникации:

а) содержание беседы и контекст сообщения,

б) прагматические переменные

- ситуация общения (место и время, ведущие мотивации обеих сторон),
- собеседник, эмоциональные отношения говорящего к нему и предмету сообщения,
- взаимовлияние собеседников в процессе общения (соотношение коммуникативных стилей и стратегий, согласование мотиваций, эмоциональные реакции).

Указанные особенности справедливы и для лиц с психическими расстройствами, и служат своего рода индивидуальным фоном, на котором проявляется специфичность речевого поведения того или иного болезненного процесса.

У здоровых лиц, как и при психических расстройствах, отмечается оживление невербального поведения в момент речевого сообщения, исследуемое нами как кинесический аспект речевого поведения. Кинесические характеристики, помимо иллюстрации, дополнения и уточнения вербальных семантик, несут чисто биологическую информацию, характеризующую уровень и характер направленности специфической энергии действия. С учетом сказанного, соизмеряя количественные и качественные характеристики кинесики, мы рассматриваем следующие основные варианты данного аспекта речевого поведения:

- 1) фоновая активность – отражение физиологического состояния субъекта на момент коммуникации, включающее медико-биологические характеристики;
- 2) коммуникативное поведение – отражение активности, сосредоточенной на собеседнике и предмете общения;
- 3) агрессивно-агонистическое и экспансивное поведение;
- 4) субмиссивно-статичное;
- 5) специальные аспекты, иллюстрирующие отдельные переживания и связанные с ними эмоциональные реакции.

С учетом инстинктивного характера кинесических реакций и невозможности полного сознательного контроля над ними анализ их семантики представляет важное клиническое диагностическое значение в приближении к истинной сущности переживаний, субъективным семантикам, выявлении диссимулятивных тенденций.

Просодический компонент речевого поведения у здоровых лиц и при психической патологии позволяет определять все эмоциональные оттенки речи, наполняющие его субъективными семантиками, сегментировать сообщение как в рамках целого текста, так и отдельного предложения, выделяя наиболее значимые переживания и ключевые символы, получать данные, характеризующие функционирование артикуляционно-фонационного аппарата и физиологическое состояние организма в целом. Немаловажное значение для изучения просодики в единстве биофизических и семантических ее характеристик имеет объективизация и визуализация паралингвистических параметров посредством динамических спектрограмм (аудиограмм). Изучение просодики посредством аудиограмм позволяет:

- 1) составлять полные представления об интонационных характеристиках высказывания: особенностях интонационного контура данных амплитудно-частотных характеристик, продолжительности пауз и особенностях их заполнения, интенсивности фонации;
- 2) дополнять, уточнять вербальную семантику просодической: изучение акцентов в слове и фразе, тональная динамика, уточнение модальностей и их динамики;
- 3) изучать характер взаимоотношений и соответственно просодической и вербальной семантик.

Психосемантический анализ у здоровых лиц в рамках настоящего исследования позволяет составить представление о содержании и структуре основных психосемантических пространств, психологических проблемах и личностных особенностях, функционировании механизмов психологических защит. Данные этих исследований представляют ценность лишь в сопоставлении с теми изменениями, которые происходят в психосемантике при психических расстройствах и служат в качестве отправной точки.

Психолингвистические индексы так же, как и семантико-синтаксические, необходимы для сопоставления с данными при патологии. Изучение речевых ошибок у здоровых лиц, помимо уже описанных выше способностей отражать состояние системы речепорождения и, в том числе, онтогенетические особенности речи в детском возрасте, указывает на зависимость их возрастания от следующих моментов:

- 1) инициальный период интервьюирования;

2) контексты беседы повышенной сложности, содержащие аффективно насыщенную, противоречивую, трудноосмысляемую информацию;

3) астенизация в связи с длительностью беседы, объемом и характером информации;

4) несоответствие коммуникативных стратегий беседующих лиц, конфликты установок и мотиваций, неискренность.

При изучении семантико-прагматических особенностей здоровых лиц нами выделены три основных типа сообщения, с позиции преобладающих речевых актов:

1) повествовательный,

2) агонистически-структурирующий,

3) эмотивный.

Исследование структуры речевых актов в данной группе выявило у всех лиц иллюкутивно-перлокутивное соответствие, которое может быть трех степеней в зависимости от характера соотношений и полноты согласований разномодальных семантик: ослабленное, полное и усиленное.

В ходе исследования выделены особенности речевого поведения по всем изучаемым аспектам по группам больных. При этом нами установлены четкие корреляции между клиническими характеристиками и наиболее значимыми чертами речевого поведения. Особенности речевого поведения при психических расстройствах определяются следующими клиническими параметрами:

1) Видом психического расстройства (динамической рубрикой МКБ-10).

Нами выделены специфические черты речевого поведения четырех основных рубрик МКБ-10: органических расстройств (F0), психотических расстройств рубрики F2, аффективных расстройств настроения (F3) и невротических расстройств (F4), обладающие диагностической и дифференциальной значимостью и отражающие биологическую сущность патологий и наиболее значимые когнитивные расстройства их клинической картины.

2) Этапом течения или фазой расстройства.

Изучение особенностей речевого поведения на разных этапах клинической динамики психических расстройств (манифестации, выраженных клинических проявлений, становления ремиссии или реконвалесценции, нарастания дефекта или деменции и фазах аффективных расстройств настроения (маниакальной, депрессивной) указывает на согласованную динамику всех его аспектов, отражающую изменения психопатологической симптоматики. При этом, следует подчеркнуть точный и объективизированный характер оценки клинической динамики посредством изучения изменений речевого поведения, позволяющий отслеживать эффективность терапевтических мероприятий и составлять прогностические суждения, что было продемонстрировано нами на примере психофармакотерапии больных шизофренией.

3) Ведущим психопатологическим синдромом.

Переживания в рамках ведущего психопатологического синдрома накладывают существенный отпечаток на психосемантические и семантико-прагматические аспекты вербального сообщения, являются одним из ведущих компонентов кинесической и просодической семантик.

Нами описано 15 просодических синдромов, соответствующих основным психопатологическим синдромам. При этом для каждой из рубрик выделен наиболее специфичный просодический синдром, воплощающий в себе сущность расстройства.

4) Состоянием сознания на момент интервьюирования.

Наличие количественных или качественных расстройств сознания на момент психодиагностического интервью является существенным фактором, модифицирующим речевое поведение в широком диапазоне. При этом превалируют признаки регресса всех разномодальных семантик, неадекватность прагматики и рассогласованность всех аспектов речевого поведения, вплоть до его распада.

5) Характером и интенсивностью проводимой терапии.

Комплексное изучение особенностей речевого поведения больных до приема психофармакотерапии и в ходе нее, а также сопоставление особенностей больных, длительно получающих лечение и никогда не подвергавшихся терапии, со сходными клиническими проявлениями, на примере нейролептической терапии больных шизофренией, подтвердило модифицирующее влияние последней на все ее аспекты. Кроме того проводимая психотерапевтическая, психокоррекционная и реабилитационная работа также накладывают отпечаток на особенности речевого поведения, в первую

очередь, психосемантические и прагматические, что может служить критерием ее эффективности и способствовать разработке высокоэффективных, индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ, и продемонстрировано нами на примерах специализированной работы по обучению больных диссимуляции бредовых переживаний в рамках мифотворчества, терапевтического союза и реабилитационной «антиалекситимической» программы. Учитывая, что в психиатрической практике речь является не только объектом и инструментом диагностического процесса, но и средством терапевтического воздействия, представляет интерес изучение речевого поведения терапевта и его модифицирующее влияние в коммуникативной системе «врач – больной», что проиллюстрировано нами, в частности, на примерах использования знаний о речевом поведении для научного обоснования ряда психотерапевтических техник и в ходе психоаналитической терапии.

Выводы

В ходе настоящего исследования теоретически обоснована методология и практически воплощена методика комплексной диагностики речевого поведения при психических расстройствах, рассматривающей вербальные и невербальные особенности коммуникации человека как в норме, так и при патологии в единстве эволюционно-биологических

1. Социально-психологических, личностных и лингвистических аспектов.
2. Особенности речевого поведения здоровых лиц определяются возрастом субъекта, несущим в себя отражение коммуникативного онтогенеза, полом, общим физическим состоянием и индивидуальными особенностями фонационно-артикуляционного аппарата, арсеналом коммуникативных стратегий, этническими и социальными чертами, а также прагматическими характеристиками акта коммуникации.
3. Изучение особенностей разномодальных семантик, составляющих речевое поведение: вербальной, кинесической и просодической, и характера их взаимодействий при основных видах психических расстройств установило их зависимость от клинко-психопатологических и феноменологических характеристик конкретной диагностической рубрики: этапа и характера течения, ведущего психопатологического синдрома, состояния сознания на момент интервьюирования, особенностей проводимой терапии.
4. Органическим психическим расстройствам характерно нарастание структурно-функционального упрощения и содержательного обеднения разномодальных семантик, составляющих речевое поведение. Во взаимодействии разномодальных семантик отмечается тенденция к ослаблению взаимозависимостей, снижению дифференцированности связей, ведущих к дезинтеграции семантик и разрушению структуры речевого поведения, с утратой его коммуникативных функций и отражением органических стигм по всем каналам.
5. Существенной особенностью речевого поведения при шизофрении и других психотических расстройствах эндогенного происхождения является диссоциированный характер как самих разномодальных семантик, так и их взаимоотношений. При этом вербальная семантика воплощает в себе сущность болезненных переживаний, специфические нарушения когнитивной деятельности и противоречивый характер коммуникативной прагматики, отражающей эмоционально-волевые расстройства; кинесическая семантика позволяет уточнять направленность и характер коммуникативной активности и глубину дефицитарных расстройств; просодическая семантика отражает характер и выраженность вовлеченности в болезненный процесс подкорковых структур головного мозга.
6. Речевое поведение при аффективных расстройствах настроения отражает семантики переживаний и состояние специфической энергии действия в зависимости от полярности аффективной фазы. Изменения особенностей взаимодействия и соответствия разномодальных семантик носят количественный характер и способствуют их субъективному наполнению.
7. Разномодальные семантики речевого поведения при невротических расстройствах характеризуется высокой структурно-функциональной дифференцированностью и информационной насыщенностью, их взаимодействия усложняются и усиливаются, что служит передаче аффективно-насыщенных и субъективно-значимых переживаний, отражающих сложную систему интрапсихических и межличностных конфликтов. Специфичность детского

возраста в данной клинической группе находит свое выражение в наличии признаков отражающих филогенетическое и онтогенетическое развитие речевого поведения, что отражается как в структуре разномодальных семантик, так и в несовершенном характере их взаимодействий, усиливающихся на фоне высоких функциональных нагрузок невротических конфликтов.

8. На основании изучения и анализа особенностей разномодальных семантик речевого поведения и их взаимодействий в обследуемых группах выделены исследовательские критерии основных видов психических расстройств, обладающие диагностической, дифференциальной и прогностической значимостью.
9. Комплексная диагностика речевого поведения способствует усовершенствованию диагностического процесса в психиатрической практике, анализ его особенностей в динамике позволяет объективизировать работу врача-психиатра, оценивать эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе психофармакотерапии, разрабатывать специальные индивидуализированные психотерапевтические программы.