

ПОВЕДЕНИЕ НЕИСКРЕННОСТИ: КЛИНИКО-ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Игорь Викторович Ганзин

*доктор медицинских наук, врач-психотерапевт
КР ВУЗ «Индустриально-педагогический университет»
Кафедра психологии
Симферополь, Республика Крым
E-mail: mrganzin@mail.ru*



В статье представлены комплексные критерии верификации поведения неискренности (лжи) у больных невротическими расстройствами. Указанные критерии получены в парадигме методологии клинической лингвистики в ходе диагностической и психотерапевтической работы с пациентами.

Ключевые слова: клиническая лингвистика, поведение неискренности, невротические расстройства.

«Так же легко обмануть себя и не заметить этого,
как трудно обмануть другого и не быть изобличенным»

Франсуа де Ларошфуко, «Максимы».

Проблема выявления поведения неискренности (умышленного искажения или сокрытия информации) в процессе коммуникации актуальна в клинической диагностике, при терапевтических взаимодействиях, при осуществлении различных экспертиз, составлении прогнозов, превенции социально-опасных действий[1; 2;3;4]. Разработанный нами новый диагностический подход – комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах, составляющая методологическую основу клинической лингвистики [5] позволяет решать данную проблему всесторонне, описать не только этологические признаки, но и представить комбинацию различных лингвистических характеристик в единстве с клинико-биологическими данными.

Целью настоящего исследования является верификация комплекса диагностических

признаков поведения неискренности посредством методологии клинической лингвистики. В качестве *материала исследования* были выбраны больные с невротическими расстройствами, чье поведение носит яркий, экспрессивный и насыщенный характер и, в то же время, отличается от поведения здоровых людей преимущественно по количественным показателям, что облегчает интерпретацию данных в сравнении с другими патологиями (психозы, органические поражения). Исследование проводилось нами в последние три года и включало 100 больных: по 50 женщин и мужчин. Средний возраст группы – $27,6 \pm 2,7$ лет, средняя продолжительность расстройства – около двух лет. Все пациенты страдали тревожно-фобическими расстройствами (F40.0, F40.8, F41.0, F41.1, F41.2). *Методика исследования* включала клинико-психопатологический, клинико-феноменологический подходы и метод комплексной диагностики речевого поведения[5;6;7]. Все больные подвергались методикам клинической лингвистики дважды: при первичном психодиагностическом интервью и в процессе психотерапевтической работы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-лингвистические характеристики поведения неискренности.

1. Клинико-этологический аспект.

1.1. Мимика.

Для фрагмента речевого поведения, содержащего искажение или сокрытие информации, характерно выраженное изменение динамики мимических комплексов:

- ускорение – череда сменяющихся выражений тревоги, смущения, волнения, раздражения, неловкости на фоне искусственного и демонстрируемого спокойствия – гипомимия при несколько напряженных и плотно сомкнутых губах, возникновении на этом фоне редуцированной улыбки, при застывании взгляда;

- замедление – маскообразность движения, мимика раздумья, горизонтально-нистагмоидные движения глазных яблок.

Оба варианта сопровождаются вегетативным компонентом: изменение окраски кожных покровов (бледность или гиперемичность, в том числе, локальная), гипергидроз лобной области, расширение зрачков, усиленное слюноотделение, иногда с акустическим компонентом, по причине сухости рта. Также характерно избегание глазного контакта, фиксация взгляда на нейтральных объектах, в частности, на манипулируемых пальцами рук, предметах. Реже отмечается нарочито-пристальный взгляд в глаза собеседнику (активно - доминирующий вариант дезинформации, неконтролируемая злость на оппонента за необходимость выкручиваться, лгать).

1.2. Поза.

Характерна застывшая поза с перекрестом конечностей, фиксацией доминантной верхней конечности на области рта или глаз, поворот головы от собеседника, либо разворот туловища

под углом к нему. Реже отмечается динамичность поз – «ерзанье», создающее впечатление неудобства, спешки, желания поскорее прекратить беседу. Кисти рук сжаты в кулак или прячутся под мышками, между ног, в одежде. Мышцы шеи и плечевой пояс напряжены, характерно увеличение-уменьшение плеча, контакт стоп с поверхностью пола неплотный.

1.3. Жест.

Жестовый компонент коммуникации полуосознанно минимизируется. Характерны жесты латентной тревоги, касания пальцами области рта и глаз, жесты-акценты в местах прегнантного манипулирования, манипуляции объектами (шариковая ручка, бумаги, очки, личные вещи, одежда).

2. Клинико-лингвистические аспекты.

2.1. Просодика.

Просодические характеристики отражают проявления скрываемых и подавляемых эмоций, возникающих у пациентов в период дезинформирования собеседника. Это проявляется, в первую очередь, в дезритмичном усилении динамики показателей громкости и темпа речи (чаще, ускоренная и более громкая речь с резкими изменениями указанных показателей). На высоте переживаний могут появляться дополнительные обертоны, нарушающие плавность и мелодичность речи. Увеличивается количество коротких пауз с сглатыванием, внеочередным вдохом или форсированным выдохом. Может появиться синдром глоточного сжатия, стереотипные покашливания, хмыкания, нарочитая чеканность и правильность дикции с модальностью нарочитой уверенности, суггестией.

2.2. Психосемантика.

Психосемантический анализ речи больных позволяет выделить следующие аспекты, указывающие на неискренность:

- подчеркивание искренности, правдивости, заверения в надежности, отсутствии мотивов для лжи;
- демонстрацию альтруизма, дружелюбности и открытости;
- тенденция к суггестии, оказанию психологического давления с целью исключения у собеседника сомнений и размышлений;
- внезапное и необоснованное изменение модальности содержания общения, плавный уход в смежные темы («съезжание»), либо резкая смена темы под обоснованным предлогом;
- нарочитая метафоричность, необоснованный юмор, слезы;
- различные варианты манипулятивности.

2.3. Психолингвистика.

Во фрагменте, искажающем информацию, отмечается увеличение количества прегнантных (директивных) слов и, соответственно, индекс директивности заметно снижается во фраг-

менте, где информация скрывается. Коэффициент Трейгера (отношение количества глаголов к количеству прилагательных) меняется сходным образом. Помимо этого, выявляется увеличение количества речевых ошибок: оговорок и коррекций при искажении информации, фальстартов и необоснованных (семантически и синтаксически) пауз при сокрытии информации.

2.4. Семантико-синтаксический анализ.

Для поведения неискренности характерно увеличение количества сложных предложений (сложноподчиненные) с увеличением вводных и вставных конструкций, элементами семантико-синтаксической диссоциации, увеличение синтаксической инверсии, в особенности, в простых предложениях.

2.5. Семантико-прагматический анализ.

Фрагмент коммуникации с признаками неискренности отличается увеличением речевых актов декларативов и директивов. В структуре речевого акта отмечается усиление иллюкутивно-перлюкутивных соотношений, прагматическая перегруженность сообщения.

2.6. Взаимодействие разномодальных семантик.

Данный показатель является наиболее значимым и показательным. В норме семантика трех каналов поступления информации: вербального, кинесического и просодического является взаимосогласованной и взаимодополняющей. При невротических расстройствах отмечается усиление звучания эмоциональных компонентов невербальных каналов и структурно-функциональное усложнение вербального канала. При поведении неискренности выявляются несоответствия семантик вербального и невербальных каналов, причем последние содержат отражение эмоций тревоги, неуверенности, сомнения, раздражения, а также эмоциональные переживания не соответствующие декларируемым на вербальном канале, а, зачастую, полярные им.

Таким образом, при осуществлении анализа поведения неискренности посредством методов клинической лингвистики выявлен комплекс взаимосвязанных и взаимодополняющих признаков, описывающих все аспекты речевого поведения больных. Представленные результаты отличаются научной новизной и высоким клиническим прагматизмом. Перспективным является внедрение полученных результатов в клиническую диагностику, экспертную практику и психотерапевтическую работу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А. Этология в психиатрии.- Киев «Здоровья».1990- 214с.
2. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия.- Симферополь-ИМИС-НПФ Движение лтд.-1993-286с.
3. Экман П. Психология лжи. - С-Пб.- 2000- 272с.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. - М. Медицина – 1994- в 2х тт.
5. Ганзин И.В. Клиническая лингвистика.- Симферополь.- Изд. ЧП «Феникс».- 2011-400с.
6. Ганзин И.В., Самохвалов В.П. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах.// Методические рекомендации.- Киев.-2003-31с.
7. Ганзин И.В. Основы психосоматики. – Симферополь.- Изд. «Доля».- 2012- 184с.