

О ПОНЯТИЯХ «ФЕНОМЕН» И «СИМПТОМ» В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Красильников Г.Т.¹, Косенко В.Г.², Селезнев С.Б.³, Агеев М.И.⁴, Косенко Н.А.⁵

¹ Красильников Геннадий Тимофеевич

доктор медицинских наук, профессор, ассистент кафедры психиатрии ФПК и ППС; федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России), ул. Митрофана Седина, 4, Краснодар, 350063, Россия. Тел.: 8 (861) 268-22-14;

научный сотрудник НИЛ психофизиологии; Краснодарское высшее военное авиационное училище летчиков, ул. Дзержинского, 135, Краснодар, 350090, Россия. Тел.: 8 (961) 594-44-03.

E-mail: gennadykras@mail.ru

² Косенко Виктор Григорьевич

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, ул. Митрофана Седина, 4, Краснодар, 350063, Россия. Тел.: 8 (861) 268-22-14;

главный врач ООО «Региональный медицинский центр психического здоровья доктора Косенко», ул. Сормовская, 202/1, Краснодар, 350080, Россия. Тел.: 8 (861) 992-09-22.

E-mail: pps_fpk@mail.ru

³ Селезнев Сергей Борисович

врач-психиатр высшей категории, доктор медицинских наук, доцент по кафедре специальной и клинической психологии, профессор кафедры психолого-педагогического образования; Анапский филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский педагогический государственный университет», ул. Астраханская, 88, Анапа, Краснодарский край, 353410, Россия. Тел.: 8 (861) 334-26-76.

E-mail: selsb2@mail.ru

⁴ Агеев Михаил Иванович

врач-психиатр высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, ул. Митрофана Седина, 4, Краснодар, 350063, Россия. Тел.: 8 (861) 268-22-14.

E-mail: ami_kras@mail

⁵ Косенко Наталья Анатольевна

врач-психиатр высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, ул. Митрофана Седина, 4, Краснодар, 350063, Россия. Тел.: 8 (861) 268-22-14.

E-mail: natakos73@mail.ru

Аннотация. В статье находит своё отражение проблема современной клинической психиатрии и медицинской психологии, заключающаяся в том, что существующее там нечеткое разделение клинических понятий и терминов приводит к затруднениям клинического анализа и профессиональной коммуникации специалистов. Анализ научных публикаций и профессионального вербального общения клиницистов показывает, что чаще всего отмечается смешение таких понятий, как «феномен» и «симптом». В статье анализируются причины возникновения данных терминологических контаминаций и смешений. При этом дается методологический анализ клинических понятий «симптом» и «феномен», описание их функциональных значений, сходства и принципиальных различий. Указывается, что симптом является результатом логических индуктивных умозаключений врача-специалиста, основанных на восприятии полученной от конкретного больного феноменологической информации. Идентификация анализируемого феномена в качестве симптома предполагает, что клиницист устанавливает его связь с определенными нарушениями физиологических функций организма пациента. Именно с этим связана

квалифицированная диагностика расстройства, которая предполагает назначение эффективного лечения. Описывается алгоритм диагностического мышления врача-клинициста, который начинается с доконцептуального описания феномена и далее проходит последовательно следующие этапы: симптом — симптомокомплекс — синдром — синдромокинез — нозология. Раскрывается суть процесса профессиональной диагностической трансформации, происходящей в мышлении врача-диагноста в процессе перевода феноменологической информации в симптом, что определяется как компонент «внутренней картины диагноза». Подчеркивается важная роль клинического мышления врача-психиатра в трансформации феноменологической информации в диагностическую, определяемую соответствующими симптомами. Соблюдение данной последовательности клинического мышления способствует не только более точной диагностике и эффективному лечению психического расстройства, но и является основой профессиональной коммуникации в современной психиатрии и медицинской психологии.

Ключевые слова: феномен; симптом; клинический анализ; клиническое мышление; внутренняя картина диагноза; квалифицированная диагностика; профессиональная коммуникация.

УДК 159.9:616.89

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

О понятиях «феномен» и «симптом» в современной психиатрии и медицинской психологии / Г.Т. Красильников, В.Г. Косенко, С.Б. Селезнев [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 2 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 12.02.2017 Прошла рецензирование: 11.04.2017 Опубликовано: 15.05.2017

*...Грань ты народам, и грань городам, и великим державам,
А без тебя бы везде спорными были поля.
Ты не пристрастен ничуть, и золотом ты неподкупен,
И по закону всегда главные межю блюдешь...*

Овидий, I в. до н.э.

Эпиграфом к нашей статье не случайно был выбран отрывок из произведения древнеримского поэта Овидия, в котором отражено античное почтительное (практически обожествленное) отношение к «терминам». Дело в том, что исторические корни терминологической научной точности восходят к древнеримскому культу Терминуса (Термина) — Бога межю и пограничного камня. Римляне совершали над межювыми знаками, «терминами», обряды почитания и жертвоприношения. Всякий, кто отодвигал пограничный камень, считался проклятым и мог быть казнен; впоследствии смертный приговор был заменен изгнанием, а ещё позже — значительным штрафом [23].

Отсюда и произошло понятие «термин» (от глагола «terminare» — размежевывать, отделять, разграничивать, заканчивать) — слово с точно определенным значением, например, обозначающее специальное понятие в науке, имеющее строго установленные границы, при смещении которых нарушается ландшафт и нашей клинической науки. Поэтому нам представляется принципиально важным развести проанализированные ниже описательные и объяснительные категории — «феномен» и «симптом», не допуская пересечения и смещения их границ в современной клинической психиатрии и психологии.

Современная клиническая психиатрия характеризуется тем, что ряд ее актуальных проблем возникает в связи с недостаточной разработкой терминологического инструментария, что нередко приводит к смешению внешне сходных понятий и терминов. Неопределенность некоторых клинических понятий отчасти связана с широким использованием в современной психиатрической литературе терминов, заимствованных из смежных дисциплин, в частности, из различных направлений психологии. Очевидно, что понятийный аппарат классической клинической психиатрии и активно развивающейся сегодня медицинской психологии не может полностью совпадать [2; 13]. Поэтому сегодня существует реальная опасность смешения понятий, отражающих различный уровень изменений психической деятельности. Возможность разной интерпретации ключевых психопатологических понятий дает основание говорить о существовании «терминологического хаоса», порождающего систематические ошибки при диагностической оценке психического состояния. Подтверждением этого может служить относительно недавний исторический опыт в отечественной психиатрии. В 1960-х годах Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) проводила подготовку к масштабной международной программе (осуществлённой в период 1969—1973 гг.) транскультурального исследования шизофрении. В рамках подготовки к участию в данном исследовании в странах-участницах под эгидой ВОЗ проводились диагностические семинары для уточнения методологических подходов к диагностике шизофрении. Два таких семинара проходили в СССР в 1966 г. в Москве и в 1967 г. в Ленинграде, где у ведущих отечественных психиатров того времени были выявлены большие разногласия в диагностике этого психического расстройства. Подводя итоги одного из указанных семинаров, профессор В.М. Банщикова отметил, что существенной причиной (наряду с другими) таких расхождений диагнозов является неоднозначное понимание симптомов, тогда как синдромальная оценка была более согласованной [12].

Тем не менее, проблема симптоматической диагностики в психиатрии остаётся клинически актуальной и в настоящее время [9; 10; 13; 26]. Вместе с тем, существует и другое, весьма распространённое мнение, заключающееся в утверждении, что анализ симптома исчерпал себя в современной психиатрической клинике [22; 25]. Это нашло своё отражение и в современном Национальном руководстве по психиатрии, в котором изложение клиники начинается сразу с главы о синдромах, а обособленное описание симптомов практически отсутствует [19].

Одновременно, сложности с идентификацией симптомов сохраняются как в своём научно-методологическом аспекте, так и в повседневной работе современного врача-психиатра. В частности, многие возникающие здесь трудности происходят от нечеткого разведения близких по своей природе понятий «феномен» и «симптом». Их четкого определения и различения нет в психиатрических справочниках и словарях. А в клинической практике и в научной литературе они нередко применяются как синонимы.

Обследуя пациента, мы, прежде всего, начинаем знакомство с феноменологического описания его переживаний и поведения. Как правило, психопатологические феномены находятся и соприкасаются с непатологическими феноменами в потоке сознания пациента, в потоке его переживаний, во внутреннем и телесном его пространстве. Для постижения психопатологического феномена необходим ряд условий, которые создаются исследователем. В первую очередь, это наличие у врача соответствующих знаний и достаточно развитых эмпатических способностей. Кроме этого, в условиях врачебной беседы (клинического интервью) создаются открытые друг для друга субъект-субъектные отношения. Простое наблюдение обнаруженных изменений в психической деятельности или поведении и оценка их как нарушений еще не являются основанием трактовать их в терминах расстройства или болезни. Внешне эти психологические феномены (индивидуально-личностные особенности функционирования, отражения, интерпретации и реагирования) и психопатологические симптомы могут иметь значительное сходство [14; 26].

Поэтому вначале следует проводить тщательное доконцептуальное описание переживаний пациента на естественном «неклиническом» (феноменологическом) языке. Подобное феноменологическое описание пытается передать уникальную «физиономию» этих внутренних переживаний. Переживая недостаток слов, в поисках наиболее верного, адекватного описания, ухватывающего само существо конкретного переживания, больные нередко обращаются к всевозможным сравнениям и метафорам, даже неологизмам. Поэтому так важно текстуально записывать жалобы, побуждать больного вновь и вновь описать свои переживания, уточнять, что он имеет в виду под тем или иным используемым словом. Не удовлетворяться шаблонным языком, часто — подсказками и прежними кальками, в которых больной привык повторять свои жалобы. Фактически это художественное описание, попытка вылепить в словах нечто максимально адекватное соответствующему переживанию, используя слова обыденного языка, которые (при всей своей неточности) позволяют, тем не менее, выразить именно ту нюансировку и тот индивидуальный профиль переживания, который редуцируется и безвозвратно пропадает при использовании нами «строго научных», по сути — аналитических, индуктивных терминов. В результате мы получаем индивидуальную, но в то же время целостную описательную картину того или иного болезненного состояния.

При этом понятие «феномен» (в узком смысле) можно свести к тому, что мы узнаем непосредственно при обследовании больного, т.е. без предварительных теоретических допущений [14; 16]. Ибо за одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен, так и психопатологический симптом. Феноменом (как предметом исследования) может стать любое действие или поведенческий акт человека, его мимика, жесты, голос, специфика построения речи. Кроме того, в качестве феномена могут рассматриваться и определенные индивидуально-психологические качества и свойства человека, его способности, навыки, привычки, стиль мышления, ментальные репрезентации, мировоззрение, специфика реагирования на события обыденной жизни [14].

Для феноменологически ориентированного диагноста не существует однозначно патологических психических переживаний. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным. При таком подходе существенное значение для диагностики имеют субъективные переживания и их трактовки самим человеком (то, что представители ортодоксальной психиатрии обозначили бы как «психологизаторство»). Клинически ориентированный диагност следит лишь за полнотой этих описаний, а не трактует их сразу в диагностических формулировках в зависимости от собственных пристрастий, симпатий или антипатий и даже идеологических приоритетов [22].

В этом отношении показательным является пример с достаточно распространенным у психиатров доказательством отсутствия у больного астенического синдрома. При этом психиатр-диагност обычно противопоставляет «ипохондрическим» жалобам пациента на быструю утомляемость следующее обоснование: астении у пациента нет, поскольку тот два часа беседовал, врач уже утомился, а он свеж и бодр и мог бы проговорить еще столько же времени. Но, с точки зрения феноменологического подхода, упускается из виду масса таких параметров, которые могли бы быть существенными для иного понимания этого феномена. Например, больной мог быть настолько заинтересован в разговоре с врачом, в слушателе, что его астеническая утомляемость блокировалась подкрепленной положительными эмоциями мотивацией.

Для адекватной психопатологической оценки феномена весьма существенным обстоятельством является также его социальный и культуральный контекст. Например, диагностическая оценка феномена энергетического вампиризма или экстрасенсорного воздействия как симптома бредовой убежденности невозможна без учета социально-средового контекста — суеверий, семейного и бытового окружения пациента и пр. Вне учета этого влияния диагностика бредового симптома в данном случае становится сомнительной. Следовательно, всякая жалоба, фрагмент переживания или поведения пациента изначально должны восприниматься клиницистом диагностически нейтральными, как феномен-переживание, без первичной квалификации как симптома.

В клинической психиатрии в течение нескольких веков поколения врачей постепенное накапливали информацию о клинической значимости определенных феноменов и жалоб больных, которые повторялись и были типичными у определенного рода пациентов и тем самым являлись свидетельством наличия определенного психического заболевания (расстройства). А десятки и сотни других, сопряженных с этой «стержневой» жалобой, индивидуальных оттенков переживаний больными своего неблагополучия (феноменов), которые широко варьировались от случая к случаю, не выделялись и не закреплялись врачами в качестве диагностически значимых признаков психического расстройства [7; 9].

В результате этого «эволюционного процесса» за подобными типичными признаками клинических наблюдений закреплялись определенные характеристики, позволяющие одинаково идентифицировать эти симптомы различными врачами. Поэтому далеко не всякое понижение настроения определяется как «симптом депрессии», и не всякий страх — как «симптом фобии». В частности, симптом депрессии — это когда пониженное настроение длится не менее 2-х недель, проявляется большую часть дня, приносит субъективный дискомфорт и отражается на повседневной жизни. А например, сенестопатия как симптом, в отличие от других феноменов нарушений телесной перцепции, характеризуется качественной неопределенностью ощущения, абсолютной сенсорной новизной (отсутствием в субъективном опыте пациента подобного чувственного аналога), выраженной окрашенностью аффектом витальной тревоги, который сопровождает переживания этого ощущения [5]. То есть симптом психического расстройства не предстает в непосредственном восприятии врача-диагноста, как, например, сыпь или кашель, а является результатом его логических индуктивных умозаключений, основанных на полученной им от конкретного больного конкретной феноменологической информации.

Таким образом, симптом как понятие — это логически структурированная индуктивная категория, стандартизированная, имеющая определенный объем содержания, ограниченная четкими критериями, что делает его идентифицируемым различными врачами-клиницистами. И в этом основное отличие симптома от феномена как непосредственно воспринимаемого элемента субъективного переживания пациента. При этом следует отдавать себе отчет в том, что симптомы психического расстройства принципиально отличаются от симптомов соматического заболевания по причине того, что в современных нейронауках, несмотря на их значительные достижения последнего времени, на сегодняшний день пока исследованы лишь отдельные патогенетические звенья и выдвинуты лишь самые обобщающие гипотезы, объясняющие происхождение симптомов психической патологии [19].

Говоря о структурных компонентах психопатологического симптома, следует указать, что в его основе могут лежать те или иные расстройства, находящиеся в принципиально разных плоскостях: как внутри, так и вне индивида. Это могут быть как органические, так и функциональные нарушения в организме и его нервной системе, сопровождающиеся нарушениями в психике работы программ, которые перерабатывают поступающую информацию и регулируют поведение, а также лежащих в их основе процессов биохимической передачи информации, что зачастую приводит к нарушениям социального функционирования. Во многих случаях все эти нарушения сочетаются между собой за счет наличия внутренних и внешних связей [8].

В возникновении и поддержании симптома просматривается многофакторность в соответствии с современной парадигмой, принятой в мировой психиатрии, где человек рассматривается в его биопсихосоциальном единстве как в норме, так и в патологии [7; 15; 17]. С этих позиций психопатологические симптомы, как признаки психических расстройств, не возникают сами по себе без нарушений физиологических функций мозга. Поэтому предполагается, что симптом в медицинском смысле обязательно

содержит эту физиологическую («патофизиологическую») составляющую. Даже при так называемом «чисто психогенном» возникновении симптома между ситуацией и симптомом появляется масса психосоматических опосредований и дополнительных условий, усложняющих клиническую симптоматику и затрудняющих ее психологическое понимание [5; 8].

Другой аспект симптома, подлежащий исследовательскому рассмотрению, заключается в следующем. Симптомы могут проявляться в физической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой и перцептивной сферах, оказываются связанными с различными сторонами психики и телесности пациента [1]. Поэтому понимание врачом феноменов патологических переживаний бывает нередко затруднительным, т.к. самому больному их сложно описывать из-за порой их качественной необычности. Согласно мнению А.А. Потемни, известного отечественного мыслителя недавнего прошлого, «наши душевные состояния уясняются лишь по мере того, как мы обнаруживаем их в других или выражаем в слове. Темными остаются для нас те особенности душевной жизни, которые мы не можем выразить словами и не видим ни в ком, кроме себя» [18, с. 57].

Подобные сложности описания могут возникать и из-за эмоционального отношения самого пациента к своим собственным переживаниям: сомнениям, тревогам, страхам или чувству неловкости перед обнажением своего интимного внутреннего опыта. Поэтому феномен, как он предстает перед нами в пересказе больного, есть еще и результат взаимодействия пациента с врачом, который помогает ему вербализовать свои эмоционально блокируемые переживания.

В этом и состоит уникальность предмета нашей науки, что большинство симптомов психического расстройства (знаки-символы) выявляется только в диалогическом контексте [20]. Особенно это становится заметным по тому, как после второй или третьей беседы-интервью с врачом больной значительно точнее и полнее начинает описывать и тем самым осознавать свое состояние. В интерперсональном феноменологическом поле взаимодействия с пациентом диагностическая мысль клинициста прорабатывает целенаправленную работу, переводя выявляемые субъективные феномены пациента в категорию симптома. В процессе этой сложной диагностической процедуры во внутреннем субъективном опыте врача возникает ряд собственных феноменов, связанных с взаимодействием с пациентом, что исследуется в последнее время в рамках нового теоретического конструкта под названием «внутренняя картина диагноза» [24]. Внутренняя картина диагноза в этом концепте рассматривается как открытая динамическая структура, как комплекс представлений, переживаний, ощущений врача, обусловленных наблюдаемыми явлениями психической жизни у другого человека, у пациента. Это своеобразный образ болезни, на основе которого возможны диагностика и прогнозирование течения данного заболевания у конкретного пациента. Идентификация симптома в структуре внутренней картины диагноза определяется как компонент и как один из этапов алгоритма структурирования диагноза: феномен — симптом — симптомокомплекс — синдром — синдромокинез — нозология. Но сам симптом становится из феномена симптомом (уже в качестве клинического факта) только в процессе клинического исследования [14; 24].

В этом смысле уместна аналогия с музыкой, которую мы все хорошо слышим (феномен), но перевод слышимых нами звуков в ноты (симптомы) и аккорды (симптомокомплексы, синдромы) подвластен лишь профессиональным музыкантам, которые с помощью этих же нот способны вновь воспроизвести услышанное ими музыкальное произведение.

Нередко психологически и особенно — психоаналитически ориентированные психотерапевты минимизируют значение симптома, уделяя основное внимание его психологическому содержанию, той проблеме, которая «просматривается за симптомом» либо лежит в основе его формирования [21]. Однако поиски и находки

психологического содержания симптома, осознание психотравмы и «высвобождение энергии» при инсайте далеко не всегда обуславливают в клинической психотерапии путь к эффективному излечению. Гораздо чаще определяющей путеводной нитью эффективной терапии становится квалифицированная клиническая оценка состояния пациента и идентификация составляющих его симптомов [3; 11].

Не случайно в общей медицине издревле существует неопровержимое положение — кто хорошо диагностирует, тот хорошо и лечит. Основа правильной диагностики с неизбежностью определяется правильно идентифицированными симптомами. При несоблюдении этого в клинической практике порой встречаются случаи, когда хирург безуспешно лечит пациентов с аэрофагией, терапевт — больных с гипервентиляционным расстройством, а психотерапевт — людей с нераспознанным неврологическим заболеванием.

Изложенные положения позволяют прийти к следующему заключению. Феномен, с которого обычно начинается работа каждого клинициста, обозначает, по К. Ясперсу, любое психическое состояние как индивидуальное целостное переживание текущего момента, через которое передается уникальная «физиономия» внутренних переживаний пациента. Феноменологическое описание характеризуется тем, что исключает преждевременное теоретизирование и ведется на понятном пациенту языке [26; 27]. Симптом, как второй этап работы клинициста, — это абстрактное понятие (результат индуктивной работы врачебного суждения или умозаключения), обозначающее строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией. В итоге это становится терминологическим обозначением патологического признака — феномена, подвергнутого клиническому анализу. С названия (определения) симптома, его профессиональной квалифицированной диагностики и начинается собственно профессиональное общение [5].

Для этого необходима унификация терминологии, которая является не только материалом для методологически правильного построения диагноза, а значит, и успешного лечения, но и основной формой профессиональной коммуникации. Психиатры должны клинически «видеть одинаково», т.е. одни и те же признаки обозначать одними и теми же терминами. Как известно, именно медицинский подход к терминологической оснащенности специалиста отличается особой жесткостью, точностью и повышенными требованиями, обусловленными повышенной ответственностью врача не только за диагностику и лечение, но также за жизнь и здоровье своего пациента.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института, 2009. – 624 с. (Серия «Библиотека психолога»).
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия: учебное пособие по психотерапии. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2006. – 800 с.
4. ВОЗ. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: «АДИС», 1994. – 303 с.
5. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. – 2-е изд. – М., 2012. – 864 с.
6. Кабанов М.М. Экология человека и социальная психиатрия // XII съезд психиатров России: сб. материалов. – М., 1995. – С. 72–73.

7. Каннабих Ю. История психиатрии. – М., 1994. – 528 с.
8. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
9. Красильников Г.Т. Значение понятия симптом в клинической психиатрии (опыт профессиональной рефлексии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2(87). – С. 14–19.
10. Ловелле Р.П. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. – 2-е изд. – М.: Маренго Интернейшнл принт, 2001. – 156 с.
11. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Независимая фирма "Класс", 2015. – 592 с.
12. Материалы диагностического семинара по психиатрии / отв. ред. З.Н. Серебрякова; М-во здравоохранения СССР. Всесоюз. науч. о-во невропатологов и психиатров. – М.: [б. и.], 1966. – 106 с.
13. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – 575 с.
14. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. – М.: Городец, 2016. – 128 с.
15. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2002. – 256 с.
16. Пивень Б.Н. К вопросу нормы и патологии в психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Т. 80. – Вып. 11. – С. 1674–1679.
17. Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального состояния общества // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 1993. – № 4. – С. 6–11.
18. Потеня А.А. Полное собрание трудов: Мысль и язык. – М.: Лабиринт, 1999. – 300 с.
19. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992 с.
20. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
21. Россия психотерапевтическая. Хрестоматия методов психотерапии и психологического консультирования, принятых в Российской Федерации / сост. В.В. Макаров, М.Е. Бурно; Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига. – М., 2011. – 395 с.
22. Савенко Ю.С. Симптомы, феномены и синдромы в клинической практике // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 31–35.
23. Фрезер Д.Д. Золотая ветвь: исследования магии и религии / пер. с англ. – М.: Академический проект, 2012. – 864 с.
24. Харисова Р.Р., Чебакова Ю.В. Типология внутренней картины диагноза у врачей-психиатров // Психология и психотехника. – 2012. – № 2. – С. 206–221.
25. Циркин С.Ю. Симптомы и синдромы в клинической диагностике // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 26–30.
26. Шнайдер К. Клиническая психопатология / пер. с нем. – 14-е изд. с ком. Г. Губера и Г. Гросс. – Киев: Сфера, 1999. – 296 с.
27. Ясперс К. Общая психопатология / пер. с нем. – М., 1997. – 1056 с.

The concepts of "phenomenon" and "symptom" in modern psychiatry and medical psychology

Krasil'nikow G.T.¹

E-mail: gennadykras@mail.ru

Kosenko V.G.¹

E-mail: pps_fpk@mail.ru

Seleznev S.B.²

E-mail: selsb2@mail.ru

Ageev M.I.¹

E-mail: ami_kras@mail

Kosenko N.A.¹

E-mail: natakos73@mail.ru

¹ Kuban State Medical University

Sedina st. 4, Krasnodar, 350690 Krasnodar Krai, Russia

Phone: 8 (861) 268-22-14

² Anapa branch of "Moscow State Pedagogical University"

Astrakhan st. 88, Anapa, 353410, Krasnodar Krai, Russia

Phone: 8 (86133) 4-26-76

Abstract. The article is reflected the problem of modern clinical psychiatry and medical psychology is the fact that there exists an unclear division of clinical concepts and terms leads to difficulties of clinical analysis and professional communication specialists. An analysis of scientific publications and professional verbal communication clinicians indicates that the most often cited confusion of concepts such as a phenomenon and a symptom. The article analyzes the causes of these terminological contamination and confusions. At the same time provides the methodological analysis of clinical symptom of concepts and phenomena, the description of their functional values, similarities and fundamental differences. It is stated that the symptom is the result of logical reasoning inductive medical specialist, based on the perception received from a particular patient phenomenological information. Identification of the phenomenon as a symptom suggests that the clinician sets its relationship with certain disorders of the physiological functions of the patient. It is connected with this qualified diagnosis disorder, which involves administering an effective treatment. An algorithm of diagnostic thinking clinician, which begins with a description of the phenomenon dokontseptualnogo and then passes sequentially the following steps: a symptom — a symptom — a syndrome — sindromokinez — nosology. It reveals the essence of the process of professional diagnostic transformation taking place in the thinking of the doctor-diagnostician in the process of translation of phenomenological information in the symptom that is defined as a component of "internal picture of the diagnosis". It emphasizes the important role of clinical thinking of a psychiatrist in the transformation of the phenomenological diagnostic information determined by the relevant symptoms. Compliance with the sequence of clinical thinking contributes not only to a more accurate diagnosis and effective treatment of mental disorders, but also is the basis of professional communication in modern psychiatry and medical psychology.

Key words: the phenomenon; symptom; clinical analysis; clinical reasoning; internal picture of the diagnosis; qualified diagnostics; professional communication.

For citation

Krasil'nikow G.T., Kosenko V.G., Seleznev S.B., Ageev M.I., Kosenko N.A. The concepts of "phenomenon" and "symptom" in modern psychiatry and medical psychology. *Med. psihol. Ross.*, 2017, vol. 9, no. 3(44), p. 2 [in Russian, abstract in English]. Available at: <http://mprj.ru>