

Сознание Восприятие Мышление

Истомина Елена Владимировна

Врач психотерапевт

Кандидат психологических наук

Доцент кафедры психологии АППО

Развитие психики в филогенезе

- **Сознание - высший уровень развития психики, свойствен только человеку.**

Сознание - это высшая форма отражения объективной реальности, а также высший уровень саморегуляции, свойственная исключительно человеку.

Оно включает в себя **сознание окружающего и самосознание как выделение своего "Я"**.

Развитие психики прошло ряд стадий:

- сенсорную, когда возникла раздражимость, а затем чувствительность, позволяющая организму ориентироваться в окружающей среде на непосредственные раздражители (сигнальная функция). На этой стадии нервная система представлена в виде сети (у медуз) или узлов (у червей, насекомых);
- перцептивную, когда появились сложные формы отражения и поведения животных в виде инстинктов и навыков. На этой стадии сформировалась центральная нервная система и образовалась кора головного мозга (все млекопитающие);
- интеллектуальную (рассудочную), позволяющую отражать связи между явлениями (высшие млекопитающие);

Сознание

Различают (по К. К. Платонову) несколько форм сознания:

- индивидуальное, включающее атрибуты сознания (отношение, познание, переживание), уровни ясности (творческое озарение, вдохновение, ясность сознания, неосознанные явления, спутанное сознание), динамику сознания (свойства личности, состояния сознания и процессы сознания) и функции сознания (память, воля, чувства, восприятие, мышление, ощущения, эмоции);
- групповое сознание, проявляющееся в общественном настроении, соревновании, панике и т.д.;
- общественное сознание - в форме религиозного, нравственного, эстетического, правового, политического и философских ВЗГЛЯДОВ.

Первичная стадия познавательного процесса - это осознание во время ощущения и восприятия предметной деятельности ...

- У новорожденного, который кричит, двигает конечностями, поворачивает голову, открывает и закрывает глаза, сознание отсутствует, хотя психика у него, как и у животных, есть. Ребенок всего лишь **бодрствует**, но, бодрствуя, **не осознает окружающего его мира**. Врожденной у человека является лишь возможность появления и развития сознания, и то лишь в условиях человеческого общества. Хаотическая инстинктивная деятельность новорожденного прекращается при удовлетворении его простейших потребностей.
- Контактируя с предметами и явлениями материального мира, в процессе общения с другими людьми посредством речи, человек **научается в онтогенезе активно познавать объективную реальность** (ощущение, восприятие), творчески (мышление) ее преобразовывать (произвольная деятельность) для лучшего удовлетворения своих потребностей. В формировании человеческого сознания принимают участие все упомянутые **психические процессы**.
- Мозг - не источник сознания, а его орган, та часть нашего организма, в которой воздействующий на него объект трансформируется и получает субъективную форму бытия, становясь сознанием - субъективным образом объективного мира.

Самосознание

- Человек имеет способность осознавать как лежащий вне его мир, так и самого себя, свое отношение к предметам и явлениям внешнего мира. *Самосознание - должна быть определена как осознание человеком своего тела, мыслей, действий, чувства, интересов, собственного положения в системе общественного производства.*
- Самосознание - это сознание, направленное на самого себя. В *структуру самосознания* входят: самопознание, что позволяет ему самоусовершенствоваться, самоотношение и самопереживание. *Самосознание выявляется в самооценке* - оценке своих способностей, социального положения, успеха, привлекательности и т.п., и самоуважении, которое зависит от реального успеха и уровня притязаний личности.
- Самосознание отождествляется с познанием "Я" как субъективным психическим явлением, запечатленным в памяти, что позволяет человеку противопоставлять себя другим, "не Я". Оно формируется постепенно путем познания себя через познание других, оценки своей деятельности, самонаблюдения и т.п. Все это позволяет осуществлять самоконтроль и самовоспитание.

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ

- **Бессознательное (подсознательное)** образует жизненный уровень психики, при котором отражение действительности характеризуется нарушением речевой регуляции поведения, утратой ориентировки во времени, месте и отсутствием критики к совершенным действиям. К бессознательному можно отнести сновидения, снохождения, субсенсорные реакции, автоматизированные движения и некоторые патологические явления.
- *Вопрос о взаимоотношениях сознательного и бессознательного, а точнее сказать, осознанного и неосознанного, не может считаться окончательно решенным.*
- Еще недостаточно известно о том, что происходит в головном мозгу спящего человека, однако мы знаем, что сон взрослого человека это не полное выключение сознания. Запасы наших знаний и опыта, ощущения и восприятия, т.е. все то, что дала нам реальная действительность, претерпевают во время сна определенные изменения, контактируя и взаимодействуя. Что-то продолжает анализироваться и синтезироваться, уточняться и выделяться и т.п. И, может быть, дальнейшие исследования в этом направлении подтвердят предположение о переходе во время сна кратковременной памяти в долгосрочную и создадут стройную теорию метода введения информации во время сна - гипнопедии.

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ

Хорошо известно, что мозг спящего человека порой выполняет очень сложную и к тому же весьма целесообразную работу. Так, А. С. Грибоедов рассказывал, что план его "Горя от ума", несколько отдельных сцен из этой комедии он "сочинил во время сна". Вольтеру "приснилась" первая часть его "Генриады", которую он сразу же по пробуждении записал. Шуман во сне "получил" от Шуберта мажорную тему в тональности си-бемоль. Д.И. Менделеев во время сна окончательно распределил химические элементы, что явилось основой его Периодической системы элементов.

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ

- Неосознанное в сновидениях является как бы составной частью сознательного, элементом сознания. К области бессознательного следует отнести и явление "пика беременных". Точно так же некоторые дети с удовольствием едят мел. Иногда бессознательно появляются и некоторые чувства, происхождение в себе которых человек объяснить не в состоянии. Можно привести и другие примеры (автоматизированные навыки, внушение в гипнозе и др.)
- Значительный вклад в изучение бессознательного психического внесло психоаналитическое направление в психологии, основателем которого явился австрийский ученый Зигмунд Фрейд. Согласно психоаналитическим взглядам, большинство мыслей и поведение человека имеют бессознательную природу. Возникают они чаще всего в результате конфликта, связанного, с одной стороны, с реальностью, сознанием, а с другой стороны - с подсознательными агрессивными или сексуальными побуждениями. Сознание при этом служит ареной, на которой развертываются разнообразные симптомы, отражающие указанные выше конфликты. Фрейд постулировал существование особой цензуры, которая способствует блокированию проникновения недопустимых (социально неодобряемых) представлений из бессознательного в сознание.
- Созданное З. Фрейдом учение о бессознательном, несмотря на последовавшие в дальнейшем достаточно серьезные переоценки многих его положений, стало эпохальным явлением в истории мировой науки и культуры.!!!

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

- Если брать за основу философское определение сознания (субъективный образ объективного мира), то следует признать, что большинство психически больных находится в состоянии более или менее нарушенного сознания, ибо они не осознают своего заболевания, не отдают себе отчета в своих переживаниях и поступках, не предусматривают их последствий с точки зрения социальной, моральной и правовой. Равным образом можно говорить (А.А. Меграбян) об изменении деятельности сознания при всех острых и хронических соматических страданиях как следствии разнообразных комплексов ощущений (интероцептивных, мышечных, вестибулярных и пр.).
- Оценивая значение расстройств сознания для медицинской деятельности, О.В. Кербиков (1907-1965) писал: *"...если бы кто-нибудь предложил лучший термин для обозначения картин, которые мы называем расстройством сознания, он был бы принят. Своевременно и желательнo нашу терминологию привести в соответствие с нашим мировоззрением"* (1955).

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

- В клинической практике различают две большие группы выраженных патологических состояний сознания: **выключение и помрачение**. При их отсутствии, но наличии каких-либо других психопатологических симптомов говорят о ненарушенном сознании. Следует отметить, что такое деление весьма условно
- Для удобства изучения, обучения и диагностики мы приводим общепринятую классификацию расстройств сознания. В качестве критериев ясности *используются правильность различных видов ориентировки, акта восприятия, осмысления, эмоционально-двигательные нарушения и степень последующей амнезии.*
- Все формы, степени выключения сознания *могут возникать как самостоятельно, так и приходить друг другу на смену.*

Формы **выключения** сознания

- **Оглушение** - наиболее легкая и простая по психопатологической структуре форма выключения сознания.
- Различают три степени оглушения: **сомнолентность** - слабая степень оглушенности: больной сонлив, заторможен; ориентировка неполная, тем не менее странностей в поведении не отмечается; при обращении к нему больной отвечает замедленно; иногда, чтобы получить словесную реакцию, приходится говорить громче или неоднократно повторять вопрос;
- средняя степень - характеризуется **дезориентировкой всех видов и неадекватным поведением**; на заданные вопросы больной отвечает с трудом, не сразу, при этом дает односложные и не всегда правильные ответы или отвечает жестами (например, наклоном головы); выполняет лишь наиболее простые требования (поднять руку, высунуть язык и др.);
- глубокая степень - **ориентировка отсутствует**; окружающие раздражители доходят до больного как "через плотный слой ваты"; на вопросы он не отвечает и не выполняет инструкций; движения медленные, неуверенные, незаконченные; поведение неправильное.
- После исчезновения оглушения наблюдается **неполная амнезия** ("островковое припоминание" - симптом Моли), более или менее выраженная в зависимости от степени оглушения.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Формы выключения сознания

- **Сопор** - переходное состояние от оглушения к коме: больной лежит, на окружающую обстановку не реагирует; как спонтанная, так и ответная речь отсутствует. Реакция зрачков на свет, корнеальные, конъюнктивальные и сухожильные рефлексы ослаблены, патологических рефлексов нет.

При болевых раздражениях - кратковременная реакция (отдергивание руки, гримасы боли). По исчезновении сопора на этот период наступает полная амнезия.

- **Кома** - полное выключение сознания: все виды реакций, а также физиологические рефлексы отсутствуют (иногда - и глоточный, и корнеальный); функционируют лишь жизненно важные центры - дыхательный и сердечно-сосудистый. Вызываются патологические рефлексы (чаще других - Бабинского, Оппенгейма (об утрате контроля спинального уровня со стороны центрального мотонейрона)).

Часто неспециалистами при диагностировании комы употребляется термин "шок". Следует подчеркнуть, что понятия "кома" и "шок" не равнозначны. В то время как *кома - это степень* выключения сознания, *шок - реакция организма, возникающая вследствие непрерывного потока чрезмерно сильных импульсов к центральной нервной системе* (например, при травме, кровопотере). При шоке сознание обычно бывает нарушено, достигая различных степеней - от оглушения до комы

Формы помрачения (нарушения, расстройства, изменения) сознания

- **Делирий**-острое, преходящее, обычно обратимое нарушение внимания, восприятия и уровня сознания, возникает обычно к вечеру и длится в течение нескольких часов или суток. Характерны сценopodobные сложные галлюцинации, преимущественно зрительные - подвижные и красочные, часто устрашающие; имеют место также слуховые и тактильные галлюцинации, иллюзии, ложное узнавание. Ориентирован больной только в собственной личности. Поведение полностью зависит от особенностей патологии восприятия и мышления. Воспоминания о делирий довольно полные.
- Например, у больного хроническим алкоголизмом (вне алкогольной интоксикации) возникло воспаление легких. Ночью в палате терапевтического отделения городской больницы он внезапно "увидел, как на потолке появилась мошка"; количество насекомых становилось все больше и больше, а потом они "стали падать - на пол, на одеяло, на тело, на голову"; "сказал сестре -не поверила, засмеялась". Больной испытывал страх, весь вспотел, "застучало сердце". Стал "стряхивать с себя мошку". Страх усилился еще более, когда заметил, что "кроме мошки" по полу бегают мыши и крысы: "Одна было забралась под подушку-поймал и бросил на пол". Переведенный в психиатрическую больницу, больной видел там на стене "огромного паука", ощущал ползание насекомых по телу. В беседе с врачом правильно называл свое имя, фамилию, возраст и т.п., но считал, что находится в гостях, принимал врача за "брата соседа", узнавал в больных своих родственников и знакомых.

Формы помрачения (нарушения, расстройства, изменения) сознания

- Онейроид - более глубокая, чем делирий, форма расстройства сознания. Больной дезориентирован (или ориентирован ложно), погружен в мир собственных переживаний - фантастических и грезоподобных, отдельные картины которых довольно последовательно сменяют одна другую, не вызывая в эмоциональной сфере больного выраженных сдвигов. Об имеющихся расстройствах восприятия, мышления можно догадываться лишь по смене выражения лица больного. Контакт с больным обычно невозможен. Длительность онейроида - много дней и недель. Воспоминания о переживаниях во время онейроида - наиболее полные по сравнению с другими формами помрачения сознания.
-
- Например, у больной кататонической формой шизофрении студентки педагогического вуза, 21 года, возникло состояние, характеризовавшееся обездвиженностью (целыми днями неподвижно лежит в постели). Глаза закрыты, веки дрожат. Время от времени выражение лица начинает постепенно изменяться: строгое - переходит в улыбку, которая сменяется выражением напряженного внимания и т.п. Поза больной, выражение лица не меняются в том случае, когда к ней подходят и говорят о ней около ее постели. По исчезновении психотической симптоматики больная охотно рассказала о своих переживаниях во время ступора: "Видела всякого много, как во сне, потому, наверное, и не боялась. Например, кровати, стоящие напротив в палате, казались отдельными длинными камерами, куда то и дело вносили на носилках людей, они вставали и, гремя цепями, уходили вдаль, скрывались через стены. Затем все они сразу вдруг вернулись, толпа подошла ко мне и я увидела, что это М. Горький, а с ним группа балерин - все они в белых пышных пачках. М. Горький что-то говорил и как-то внезапно пропал. Его исчезновение было "вполне компенсировано" появлением моей любимой балерины О. Лепешинской" и т. д.

Формы помрачения (нарушения, расстройства, изменения) сознания

- **Сумеречное расстройство сознания** характеризуется внезапным началом и столь же внезапным окончанием, дезориентировкой и отсутствием воспоминаний на период нарушенного сознания. Клинически различают несколько разновидностей сумеречного помрачения сознания.
- Так называемые "**классические сумерки**" - довольно постоянные по содержанию галлюцинации и относительно систематизированный бред сочетаются с целеустремленным, иногда опасным для жизни и самого больного и окружающих поведением, аффектами гнева, страха, соответствующими галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.
- Например, семейная жизнь у дочери больной У. сложилась крайне неудачно, что постоянно было предметом забот и причиной переживаний больной. В течение нескольких дней перед приездом "молодых" больная сильно волновалась, плакала. Задолго начала готовиться к встрече. Накануне дня приезда ночью "услышала" стук в дверь и в окне "мелькнуло лицо дочери". Сразу же зажгла свет, стала накрывать на стол, позвала домочадцев, объясняя им, что "наконец-то приехали". На замечания родных, что во дворе никого нет, не реагировала. В связи со странным поведением больная была доставлена в психиатрический диспансер, где поведение ее продолжало оставаться неправильным: видела большую черную яму, где медленно передвигались одетые в черное люди, слышала "панихидное пение" и т.п. Через несколько минут после сеанса гипнотерапии ничего о своих переживаниях сообщить не могла. Была удивлена, что попала в больницу.

Формы помрачения (нарушения, расстройства, изменения) сознания

- **Амбулаторный автоматизм** характеризуется двигательным возбуждением без каких-либо других нарушений в сферах восприятия, мышления и эмоциональной. Может проявляться в серии последовательных, стереотипных движений или в более сложных целенаправленных двигательных актах, совершаемых на ходу. *Бессознательные движения* могут быть хаотическими, нелепыми и кратковременными (больной свертывает валиком одеяло; обшаривает руками свое тело, голову; крутится на месте; бросается внезапно бежать и др.).
- Такой вид амбулаторного автоматизма носит название **фуги**. Более длительные состояния (несколько дней, недель, месяцев) и с более упорядоченным поведением (например, переезд из города в город, покупка ненужных предметов и раздача их посетителям магазина) именуются **трансами**. Если амбулаторный автоматизм (фуга или транс) возникает во время сна - говорят о **сомнамбулизме** (ноктамбулизм, снохождение, лунатизм, ночное блуждание).
- Сумеречные расстройства сознания, возникающие среди ночи, не следует смешивать с одной из форм нарушения обычного физиологического сна ("сон в области моторного анализатора"). Такого человека можно разбудить - сознание полностью восстанавливается (через несколько секунд, минут), он идет к своей кровати и снова засыпает. Если блуждающий во сне разбужен не будет, то о ночных событиях воспоминаний не остается. *Все вышеуказанные термины до настоящего времени используются в большинстве источников для обозначения как патологии сознания, так и временных нарушений физиологического сна.*

Формы помрачения (нарушения, расстройства, изменения) сознания

- **Аменция** (спутанность сознания) - тяжелая по течению и глубокая по характеру расстройств форма помрачения сознания. Для аменции свойственна полная дезориентировка, отрывочные и бессистемные бредовые и галлюцинаторные переживания, бессвязное мышление, резкие колебания настроения, хаотическое двигательное возбуждение в пределах постели. Контакт с больным невозможен, окружающая обстановка не осмысливается. Длительность аменции - несколько дней, чаще - недель; воспоминаний никогда не остается.

Например, состояние больной Ч., 39 лет, с острым инфекционным (в послеродовом периоде) психозом, характеризовалось чередованием то растерянного, то напряженного выражения лица, невозможностью привлечь ее внимание, разорванной речью (говорит очень быстро, неразборчиво, невпопад). Волосы распущены и спутаны. Берет в руки попадающиеся в поле зрения предметы, называя их все подряд. В речи имеются элементы эхоталии, персевераций: "Чепрасова. Чепрасова я! Громче говорите, громче! Грач ходит, патефон играет, крутится. Грач, грач! Громче. Расписывались все, Чепрасова... Часы, кушать хочется, привезли, привезли, зорким влечет, портретик висит, зеркальце" и т.д. Наладить с больной какого-либо удовлетворительного контакта не удастся.

-
- Четкое знание будущими психологами отдельных симптомов патологии сознания, особенно оглушения, поможет им правильно оценить состояние пациента и вовремя начать оказывать ему помощь.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЗНАНИЯ

- Изучение сознания начинается с **проверки ориентировки в личности пациента** (аутопсихической ориентировки) - фамилия, имя, отчество, возраст, профессия и др. **Ориентировка в месте, времени и окружающем** носит название аллопсихической ориентировки: в месте - город, учреждение, где находится пациент; во времени - текущий год, месяц, число; в окружающем - с кем пациент беседует, кто его окружает. Проверяется также способность понимать вопросы и отвечать на них, выполнять некоторые задания, решать элементарные задачи. Для диагностики оглушенности требуется наличие наблюдательности. Установив факт оглушенности, следует несколько изменить план обследования пациента, говорить громче, терпеливо дожидаться, пока больной будет обдумывать ответ.
- Кроме беседы с пациентом (и его родственниками!), для решения вопроса о сохранности сознания большое значение имеют данные **наблюдения: мимика, пантомима, логичность поступков, своевременность их, законченность** и т.д. Играет роль и патология других психических функций - иллюзии и галлюцинации, бред, замедление мышления, персеверации, разорванность и др.

Следует еще раз подчеркнуть, что поскольку сознание человека проявляется разнообразно, то и при исследовании его расстройств единственным правильным будет всестороннее изучение больного, различных сторон его психической деятельности: восприятия, памяти, мышления, интеллекта, внимания, эмоциональной сферы и воли. Только по совокупности выявленной патологии можно составить верное представление о сохранности сознания или о той или иной форме его выключения, помрачения.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ.

ОЩУЩЕНИЕ - превращение энергии внешнего мира в факт сознания.

- **ОЩУЩЕНИЕ** - превращение энергии внешнего мира в факт сознания. *Ощущение - это отражение отдельных свойств предметов и явлений, как внешней среды, так и собственного организма* (цвет, свет, тепло, боль и т.п.). Ощущения возникают в результате **воздействия предметов внешнего мира и собственного тела на органы чувств.**
- Патология ощущений складывается из *количественных и качественных нарушений*. Выделяют расстройства общего чувства в форме усиленного или ослабленного *по интенсивности* или чувственному тону восприятия, при сохранении правильности по существу.
- Ощущение , *ослабленное по силе*, называется **гипостезией**. Усиленное – **гиперстезия**. Понижение *по чувственному тону* называется **гипопатией**, повышенное - **гиперпатией**. Гипестезия и гипопатия могут наблюдаться при общем утомлении, депрессивных состояниях. Гиперэстезия и гиперпатия наблюдаются при астении, при употреблении некоторых стимуляторов.
- *Качественное нарушение ощущений* – **парестезии**. Это неприятные многомерные ощущения (боль, покалывание, жжение, пульсация), возникающие на поверхности тела в соответствии с зонами иннервации, но без раздражения из вне.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ.

- **Сенестопатии** - ощущения без реального раздражения, возникающие в разных частях тела, а также во внутренних органах и полостях с мигрирующей локализацией.
- В дошкольном возрасте (4-5 лет) впервые появляющиеся сенестопатии выступают в псевдоалгической форме, т.е. в виде болевых ощущений преимущественно в животе и конечностях, и носят преходящий характер. В младшем школьном и препубертатном возрасте возникают более очерченные сенестопатические и сенесто-ипохондрические состояния. В пубертате нарушение ощущений схожи с их проявлениями у взрослых людей и, как правило, сочетаются с ипохондрическим бредом в структуре шизофрении.
- **Агнозия** (не узнавание) - неспособность узнать и объяснить значение сенсорных ощущений. Это расстройство наблюдается при некоторых органических поражениях ЦНС и при истерических расстройствах.

Восприятие

- Благодаря повторным восприятиям формируются **ПРЕДСТАВЛЕНИЯ** – **обобщенные образы** (образное восприятие объективной реальности, возникающие в сознании в отсутствие предмета (явления). Представления составляют высшую ступень первого чувственного познания. Представления – **главный компонент детского воображения, фантазий**. Детям свойственна чрезвычайная яркость и образность зрительных представлений, поэтому дети с трудом отличают образы представлений от непосредственного восприятия. Такую способность воспроизводить яркие образы называют **ЭИДЕТИЗМОМ**.
- В связи с яркостью воображения, живостью фантазий, неустойчивостью внимания и относительной слабостью логического мышления, восприятие детей отличается от взрослых;
 - 1.поверхностью
 - 2.фрагментарностью
 - 3 яркой эмоциональной окрашенностью, а представления отличаются меньшей обобщенностью, но большей конкретностью.

Восприятие

Развитие восприятия в онтогенезе происходит постепенно. Психика детей младшего возраста **не обеспечивает различие и дифференциацию сложных объектов**. Однако уже на 15 день ребенок **фиксирует взор на движущемся предмете**, а в 8 недель он **останавливает взгляд на неподвижных предметах**. На 3м месяце начинается **цветоощущение**. Восприятие формы предметов развивается в результате **манипулирования** ими, и уже к 2м годам ребенок хорошо воспринимает **простые геометрические формы**, но сложные ему остаются недоступны. Исследование формы предметов только глазами становится возможным после 6 лет.

Человеческую **речь** ребенок воспринимает раньше, чем дифференцирует звуки, уже в 3 месяца он поворачивает голову к говорящему, к году понимает простые предложения, хотя не знает содержания составляющих слов. Лишь позднее он связывает слова с объектами, а на 2 году начинает их активно произносить. Восприятие **пространства** начинает формироваться рано, но к году оно ограничивается только рамками собственного **тела**, затем быстро развивается восприятие **внешнего пространства** и в 1,5 года ребенок уже отличает свое в **зеркальное отображение от тела**, а с 3 лет использует представления «пространства в пространстве», начинает дифференцировать «право-лево». Пространственная ориентация достигает полноты к 7-8 годам.

Между 3 и 7 годами особое значение в сочетании образов действительности приобретает **ВООБРАЖЕНИЕ** – способность создания новых образов на основе прошлых образных представлений. Воображение является чувственной основой логического абстрактного мышления.

Восприятие

- **ВОСПРИЯТИЕ** - комплекс (совокупность) ощущений, формирующих целостный образ в сознании человека. Это форма отражения предметов, явлений, событий в коре головного мозга, многообразно влияющих на органы чувств.
- Расстройства *восприятия окружающего и собственной личности* называются *расстройствами сенсорного синтеза*.
- Выделяют элементарные и сложные расстройства. *Элементарные расстройства проявляются нарушением узнавания отдельных частей предмета или собственного тела. К ним относится нарушение ощущения схемы собственного тела, отдельных его частей и называется психосенсорным расстройством.* Больной может воспринимать свое тело уменьшенным, увеличенным, чрезмерно легким или тяжелым, изменяется ощущение отдельных частей тела (увеличились руки, нос стал непропорционально большим и т.п.). Такие расстройства могут наблюдаться при различных органических поражениях мозга. Наиболее типичны для энцефалитов, эпилепсии, опухолей теменнозатылочных отделов правого полушария и области межучного мозга.
- *Сложные нарушения проявляются нарушением узнавания отличительных (индивидуальных) свойств окружающей обстановки и собственной личности.* Они включают в себя дереализацию и деперсонализацию

Патология восприятия

I. ИСКАЖЕНИЯ ВОСПРИЯТИЙ

II. ОБМАНЫ

III. ОТСУТСТВИЕ ВОСПРИЯТИЙ

IV. НАРУШЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ

ИСКАЖЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

I группа:

- **1. ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА** – искажение восприятия формы (**метаморфопсия**), величины (**микро- и макропсии**), количества (**полиопия**) реально существующих предметов.
- При искажении восприятия и неправильной локализации больными частей своего тела говорят о **РАССТРОЙСТВЕ СХЕМЫ ТЕЛА** (голова распухла, рука удалилась и отделилась от тела...)
- **2. ОПТИКО-ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА**- искажение восприятия устойчивости и местоположения окружающих предметов (шатается, рушится, проваливается, удаляется, ...) Иногда бредовая трактовка оптико-вестибулярных расстройств складывается в **СИНДРОМ ГИБЕЛИ МИРА**, описанный Котаром .
Синдром Котара — психопатологический синдром, сочетание тревожной депрессии, деперсонализации (часто в виде болезненной психической анестезии), дереализации и брета Котара¹¹. Бред Котара является нигилистически-ипохондрическим депрессивным бредом с фантастическим содержанием и идеями грандиозности и отрицания (мировые катаклизмы, всеобщая гибель и пр.), которые проявляются одновременно или отдельно. Некоторые психиатры о синдроме Котара говорят как о зеркальном отражении или негативе маниакального брета величия.
- Психосенсорные расстройства могут быть следствием органических поражений теменно-затылочных отделов правого полушария и области межзатылочного мозга при энцефалитах. У детей встречаются в структуре помраченного сознания при токсико-инфекционных воздействиях.

Дереализация - искаженное восприятие окружающего мира. Может проявляться субъективным ощущением отчужденности внешнего мира

- Окружение представляется потерявшим цвет и жизнь и кажется отдаленным, искусственным или сценой, на которой люди разыгрывают придуманные роли. К дереализационному синдрому относятся нарушения восприятия размера предметов: **микropsия** (предмет воспринимается уменьшенным в размерах), **макрupsия** (увеличенным), освещенности, цвета и т.п. Может изменяться восприятие расстояния до предметов, изменение конфигурации и отдельных частей воспринимаемых предметов. Разновидностью дереализации является симптом «уже виденного» (**deja vu**) и «никогда не виденного» (**jamais vu**)
- Симптом «уже виденного» или «уже пережитого» заключается в том, что больной, попавший в незнакомую обстановку, внезапно ощущает уверенность в том, что окружающее он видел раньше, ему знакомы окружающие предметы, он знает последовательность событий, которые будут происходить. Обратное восприятие наблюдается при симптоме «никогда не виденного». Больной начинает воспринимать знакомую, привычную обстановку, как неизвестную ему.

ОБМАНЫ восприятия

II группа:

1. ИЛЛЮЗИИ – ложные восприятия реально существующих объектов. В детстве встречается чаще, чем у взрослых и могут быть нормой. Возникновению иллюзий способствует сенсорная депривация (тугоухость, темнота..) и эмоциональное напряжение (тревога, страх) Разделяют иллюзии по органам чувств.

- Особую группу зрительных иллюзий составляют **ПАРЕЙДОЛИИ** – ложные изображения подвижных сцен, животных и тд, складывающихся при рассмотрении рисунков обоев, трещин и пятен на стенах. Часто при токсико-инфекциях.

ОБМАНЫ ВОСПРИЯТИЯ

2. **ГАЛЛЮЦИНАЦИИ**- мнимые восприятия или восприятия без объекта (ошибка восприятия). Г. Часто встречаются при психозах. У детей сложно выявить, тк их принимают за сновидения и трудно отличить от эйдетических представлений.

- Чем младше ребенок, тем чаще преобладают зрительные и тактильные, а слуховые галлюцинации проще (атематические). Все Г у детей усиливаются на фоне тревоги и страха, расстройств сознания, при ослаблении которых Г могут исчезнуть. У подростков может возникнуть **СИНДРОМ ГАЛЛЮЦИНОЗА** – обильные, чаще однотипные Г на фоне ясного сознания, не подвергающиеся постоянной бредовой интерпретации.

ОБМАНЫ восприятия

3. **ГАЛЛЮЦИНОИДЫ** занимают промежуточное положение между Г и эйдетическими представлениями.

а) **ГИПНОГОГИЧЕСКИЕ** (возникающие в состоянии перехода от бодрствования ко сну) галлюцинации и **ГИПНОПОМПИЧЕСКИЕ** (возникающие при пробуждении) – спонтанно возникающие, преимущественно зрительные образы, которые проецируются в темное поле зрения закрытых глаз.

б) при **ОБРАЗНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАНТАЗИЯХ** на основе образов воспоминаний сперва перерабатываются представления о реальных событиях, а потом представления становятся фантастическими.

Все галлюциноиды чаще всего возникают на фоне астенизации, истощении тормозных процессов ВНД различными экзогенными факторами (инфекции, соматогении, психическая травматизация), но мб и в инициальных стадиях шизофрении.

ОТСУТСТВИЕ ВОСПРИЯТИЙ

III группа

АГНОЗИИ – неузнавание ранее известных звуковых, зрительных, тактильных образов. Появление А всегда связано с органическим поражением (травмы, опухоли, воспаление) корковых анализаторов.

НАРУШЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ

IV группа

1. синдром **СЕНСОРНОЙ ГИПЕРПАТИИ** – резкое повышение интенсивности восприятия, при которых все образы внешнего мира становятся раздражающе резкими и отчетливыми. Встречаются в гиперэргической стадии астении.
2. Синдром **СЕНСОРНОЙ ГИПОПАТИИ** (или деперсонализации) выражается снижением яркости, четкости восприятия больными либо окружающих предметов – **АЛЛОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ** (дереализация), либо восприятия собственных психических процессов и свойств личности – **АУТОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ** (anaesthesia psychica dolorosa), либо- недостаточной отчетливости своих телесных ощущений и физиологических отправлений – **СОМАТОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ**.

НАРУШЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ

- АЛЛОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ – жалуются на утрату реальности восприятия окр мира «Все стало блеклым, призрачным, застывшим, утратившим объемность, видится, как сквозь дымку, пелену, слышится глухо, в вату»
- АУТОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ – жалобы на мучительно болезненное ощущение «притупления (утраты) чувств, притупление памяти, «поглупение»..
- При объективной сохранности чувств, памяти и интеллектуальной продуктивности.
- СОМАТОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ нечетко дифференцируют вкус пищи – «все безвкусное», не испытывают чувство голода и насыщения, жалуются на отсутствие или неполноценность сна, опорожнения кишечника или мочевого пузыря.

Мышление - процесс переработки информации мозгом человека, при тесном взаимодействии различных уровней сознания и подсознания. Мысль - корковая модель, к которой в данный момент привлечено внимание, обладающая наибольшим потенциалом. Происходит активация по крайней мере двух моделей. Сопоставление этих моделей и есть реальное содержание мысли.

Опосредованное отражение и познание взаимосвязей между предметами и явлениями, их общих свойств и сущности. М позволяет выйти за пределы непосредственного восприятия, судить о том, что не наблюдается сейчас и предвидеть последствия. Поэтому М более высокая форма отражения, чем В. В М ассоциируются ощущения и восприятия с образными представлениями и понятиями путем различных **ЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**. Ими являются : **СРАВНЕНИЯ, АНАЛОГИИ, ОБОБЩЕНИЯ** по сходным признакам и **ИСКЛЮЧЕНИЯ** по несходным, **ВЫДЕЛЕНИЕ ГЛАВНОГО** из второстепенных признаков, **КЛАССИФИКАЦИЯ** представлений и понятий.

Развитие мышления

- **Представления** — это сохранившиеся в памяти ранее полученное восприятие, оно конкретно, так как отображает действительность. Примерно с полутора лет появляются **свободные представления**. К концу второго года **зрительные представления** играют в жизни ребенка большую роль. К тому же времени развиваются и **слуховые представления**, без которых невозможно развитие речи.
- В дошкольные годы дети мыслят наглядно, образами предметов и явлений. У детей более яркие, чем у взрослых, представления. Их мышление, оперирующее представлениями, — конкретное, образное или наглядное.
- В процессе деятельности формируются живые **конкретные и точные представления**. Развитие представлений идет по пути увеличения в них элемента обобщения, схематизации и создания типических образов.
- **Понятия** — обобщенные представления, они являются следствием абстракции, поэтому и мышление в понятиях называют абстрактным. Представления и понятия выражаются в словах, вследствие этого мышление тесно связано с речью.

Развитие мышления

- Развитие М тесно связано с развитием речи. С 2 до 4 лет преобладает **НАГЛЯДНО-ДЕЙСТВЕННОЕ МЫШЛЕНИЕ**, с 4 до 7-8 лет доминирует **КОНКРЕТНО-ОБРАЗНОЕ**, а с 8 до 16 лет постепенно развивается **АБСТРАКТНО-ЛОГИЧЕСКОЕ М**. Эти возрастные границы условны и показывают возрастное преобладание того или иного типа ассоциаций. Так, при наглядно-действенном уровне мышления в ассоциации вступают лишь ощущения и восприятия при манипулировании предметами. В конкретно-образном м ассоциируются уже образные представления о предметах и явлениях действительности и образуются понятия о них. Абстрактно-логическое м оперирует преимущественно понятиями.
- Индивидуальные свойства мышления обусловлены развитием личности. Это самостоятельность м, быстрота и глубина, логическая последовательность и целенаправленность, критичность.

Патология мышления

- **РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ** выражаются в нарушении процесса мышления и в патологической продукции мышления.

НАРУШЕНИЯ ТЕМПА АССОЦИАЦИЙ.

- **Ускоренное мышление** характеризуется быстрым, облегченным возникновением и сменой мыслей, «ускорением течения представлений» быстрой сменой целенаправленности мыслительного процесса из-за ослабленного внимания, поверхностными суждениями, сниженной умственной продуктивностью, речевым хаотичным возбуждением. *Внешняя связь идей серьезно не нарушается*, однако при особенно сильном ускорении мышления («скачке идей») их последовательность может расстроиться, они становятся поверхностными, незаконченными, в результате чего возникает маниакальная спутанность. Этот тип расстройства мышления наблюдается при маниакальных фазах аффективного психоза.
- **Заторможенное мышление** — замедление темпа течения мыслей, бедность представлений, понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления, расстройство осмысливания, медленный подбор ассоциаций соответственно поставленной задаче, длительное застревание на одной и той же идее. Наблюдается при депрессии. Прерывистость, задержка мыслей (шперрунг) выражается во внезапных провалах, остановках хода мыслей. «Пропадание мыслей» может длиться от нескольких секунд до нескольких дней, Характерно для шизофрении.

Патология процесса мышления

- **Сгущение** (агглютинация) - сгущение представлений и понятий выражается в слиянии не связанных между собой понятий или слов в одно понятие или слово. Больной шизофренией, имея в виду, что после шока все идет на лад, говорит — «шоколадно».
- **Символика** мышления — замещение, подмена одних понятий другими, сосуществование прямого и переносного смысла понятий. Например: «Горе - стрелка, направленная назад», «А - буква в познании материального мира». Символика проявляется также в неологизмах — словотворчестве, где сливаются понятия и слова или же символически замещаются понятия: «донно», «андофит», «клаукс».
- **Наплыв** мыслей (ментизм) — непроизвольное, насильственное возникновение в сознании быстро следующих друг за другом представлений, нецеленаправленный поток мыслей, воспоминаний, чаще бессвязных и плохо запоминающихся. Это могут быть кратковременные эпизоды или наплывы, продолжающиеся неопределенно долго. Больные, обычно страдающие шизофренией, воспринимают это как внешнее воздействие на психику.
- **Обстоятельность мышления** — медленное, с затрудненным переходом от одной мысли к другой, чрезмерно детализированное, вязкое мышление с топтанием на месте, приведением массы несущественных подробностей, неумением кратко формулировать свои идеи, неспособностью переключиться на что-то новое. Встречается при эпилепсии, может быть и у больных с тяжелой умственной отсталостью.

Патология мышления

- **Персеверация мышления** — застой, монотонность мышления, постоянное возвращение одних и тех же мыслей, застревание на каком-нибудь представлении, повторение одних и тех же слов, одних и тех же ответов на различные вопросы. Бывает при эпилепсии, органических психозах.
- **Бессвязное, или спутанное**, мышление проявляется в том, что разрушается грамматическая форма фраз, промежуточные звенья между отрывками мыслей выпадают, и речевая продукция становится бессвязной. Типичная форма бессвязного мышления возникает на фоне аментивного помрачения сознания, когда нарушается элементарный анализ и синтез, в связи с чем полностью утрачивается способность осмысливать окружающее, появляются растерянность, повторяющиеся недоуменные вопросы. Иногда при астенической спутанности больные способны улавливать часть ситуации, временами лучше ориентируются в окружающем, отвечают на вопросы; в этих случаях мышление становится более упорядоченным. Встречается при токсико-инфекционных, соматогенных психозах и при сумеречном состоянии у больных эпилепсии
- **Стереотипии** — повторение одних и тех же, часто бессмысленных слов и выражений, обусловленное расторможением словесных автоматизмов. Наблюдается при шизофрении.

Патология мышления

- **Резонерство** характеризуется склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям. Это неадекватное реальной ситуации мудрствование, многословность и банальность суждений. Резонерство не конкретно, так как оно не связано с прошлым опытом и не основано на реальных представлениях. *Вместо цели мышления, которая должна привести к познанию действительности, на переднем плане «рассуждательство»*. Встречается при шизофрении, эпилепсии, умственной отсталости.
- **Аутистическое** мышление отличается оторванностью от реальной действительности, суждения формируются лишь в согласии с аффективными потребностями личности, оно замкнуто в тесном кругу идей, которые возникают и развиваются без проверки практикой жизни, т. е. без фактического основания и при отсутствии логики. Могут одновременно возникать противоречивые взаимоисключающие (амбивалентные) мысли. Аутистическое мышление нередко основано на символах, аллегориях и смутных образах. Нарушается активность мышления. Характерно для шизофрении.
- **Паралогическое мышление** характеризуется грубыми нарушениями логики, которые приводят больного к необоснованным, даже нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств. Бурные аффективные вспышки иногда могут вызывать это расстройство. Оно постоянно наблюдается при паранойе, парафрении, шизофрении, а также реже при психопатиях.
- **Разорванность мышления** выражается в нарушении связей между представлениями и понятиями. Отсутствует целенаправленность мышления. Порядок мыслительного процесса искажается, но иногда сохраняется грамматическая форма фраз, что делает лишнюю смысла речь внешне упорядоченной. В тех случаях, когда утрачиваются и грамматические связи, мышление и речь превращаются в бессмысленный набор слов - «словесную окрошку».

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ МЫШЛЕНИЯ

- **Навязчивое мышление** — состояние, отличающееся тем, что в сознание больного помимо его желания вторгаются мысли, сомнения, воспоминания, страхи. Больной понимает ненужность, неуместность и нелепость этих явлений, но не может с ними бороться. Они мешают его целенаправленному мышлению.
- **Навязчивые идеи** — сущность обсессивного синдрома (синдрома навязчивости), в его состав входят:
 - 1) *навязчивые мысли*, проявляющиеся в болезненном мудрствовании, в непреодолимом стремлении разрешать бесплодные и ненужные задачи («почему луна не падает на землю?») или в не покидающих больного и доминирующих в сознании воспоминаниях о неприятном событии;
 - 2) *навязчивые страхи* (фобии), составляющие часть этого синдрома или бывающие самостоятельными (боязнь замкнутого пространства, открытых площадей, острых предметов, боязнь рака, инфаркта);
 - 3) *навязчивые действия*, большей частью связанные с навязчивыми мыслями или страхами (например, бесконечное мытье рук, для того чтобы избавиться от мучительной тревоги, связанной со страхом заражения) или независимые от этого синдрома (счет шагов, оконных переплетов, сложение любых попадающих на глаза цифр). Наблюдаются при неврозе навязчивых состояний, шизофрении, органических и других психозах.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ МЫШЛЕНИЯ

- **Сверхценные идеи** - ошибочные или односторонние суждения, вследствие своей чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании. Другие мысли или концентрируются вокруг сверхценной идеи, подчиняясь ей, или же подавляются. Преданность сверхценной идее заставляет человека пренебречь всем остальным, своими личными интересами и интересами близких.

Типы некоторых сверхценных идей:

- 1) ипохондрические — мысли о мнимой болезни;
- 2) кверулянтские - мысли о необходимости бороться за свои поправленные права, приводящие к непреодолимой судяжной деятельности;
- 3) фанатичные — непреодолимые мысли о мести после нанесенного оскорбления;
- 4) изобретательства — мысль о создании или открытии нового необычного инструмента, аппарата или технологического процесса;
- 5) талантливости — мысль о выдающихся достижениях и успехах в области поэзии, музыки,
- 6) ревности — неотступные мысли об изменах жены, мужа, любовника.
- **Сверхценные идеи** - выражение дисгармоничной психики, связаны с паралогическим мышлением, резонерством, наиболее часто возникают у паранойяльных, эпилептоидных, психастенических, психопатических личностей.

Бредовые идеи - болезненного происхождения, извращенные, ошибочные, не соответствующие реальности представления и суждения, искаженно отображающие действительность, в достоверности которых больной убежден и не поддается коррекции извне. Клинические, систематизированные по содержанию, различаются следующие виды бреда:

- **1. С положительным эмоциональным тоном:**

- а) бред величия — мысли о знатном или инопланетном происхождении, о способностях преобразовать мир или исправить погрязших в грехах людей, о гениальности, талантливости или грандиозной физической силе и т. д.;
- б) эротический бред — мысли больного о сексуальных домогательствах высокопоставленной особы, влюбленности в него десятков поклонников, множестве жен, любовниц, неотразимой привлекательности, необычной половой силе;
- в) бред богатства — мысли о несметном богатстве, владении множеством домов, бесчисленными драгоценностями и т. д.
- г) бред изобретения — больной изобрел вечный двигатель, который осчастливит человечество, космоплан для достижения дальних галактик, создал лекарство от всех болезней. Встречаются при экспансивной форме прогрессивного паралича, маниакальной фазе аффективного психоза, параноидной шизофрении.

- **2. С отрицательной эмоциональной окраской:**

- а) бред самообвинения, самоуничижения — больной считает себя плохим человеком, приносящим вред государству, семье, виновен в тяжких преступлениях, его следует уничтожить;
- б) бред обнищания и материального ущерба — больной убежден, что он лишился имущества, квартиры, дома, пенсии, умерли родные, нет кровати, постельного белья, одежды, предстоит умереть голодной смертью;
- в) бред ипохондрический — убежденность больного в том, что болен неизлечимой болезнью, сегодня же должен умереть, сгнили внутренности, нет кишечника и пищевода, мозг высох и т. д. Наблюдаются при депрессиях аффективного психоза, предстарческих и старческих психозах, соматогенном психозе, депрессивной форме прогрессивного паралича, шизофрении

Бредовые идеи

- **3. Окрашенные чувством страха, подозрительности, недоверия:**
- а) бред преследования — больному кажется, что к нему плохо относятся, его хотят убить, преследует определенная группа людей, существует какая-то банда, которая хочет его погубить, на улице за ним ходят, угрожают;
- б) бред отношения ИЛИ особого значения — малозначительные факты из жизни больного приобретают в глазах больного определенное значение (догорающий окурок, брошенный в пепельницу,- намек на скорую кончину больного), в сюжетах телепередач больной видит намеки на свою жизнь, в разговорах прохожих «слышит» обсуждение его поступков и переживаний;
- в) бред воздействия или влияния — мысли о гипнозе, сковывающее действие которого больной испытывает на себе, о лазере, пронизывающем и прожигающем весь организм, о взгляде близко го человека, переделывающего мальчика в девочку, о сексуальном насилии с помощью прикосновения руки. Часто встречаются при параноидной шизофрении, старческих и предстарческих психозах, соматогенных и травматических психозах

Формирование бредовых идей

Первичный бред развивается вследствие **нарушений логики и возникновения патологической интерпретации**. У больного не нарушается чувственное познание мира, *он опирается на реальные факты, трактуя их очень избирательно, игнорируя все, что не соответствует его идеям.*

Первичным бредом может быть бред эротический, изобретательства и т. д. Других расстройств психики обычно нет. Первичный, называемый также **интерпретативным и систематизированным**, - система построений, расширяющихся, усложняющихся и детализирующихся.

Чувственный (образный) бред возникает преимущественно из-за *нарушений чувственного познания*. В его структуре преобладают яркие образные представления: воображение, фантазии, вымыслы, грезы. Он с самого начала *сочетается с галлюцинациями, страхом, возбуждением и т. д.*

Основные бредовые синдромы

- **Паранойяльный синдром** — постепенно развивающийся, систематизированный, эмоционально насыщенный, правдоподобный и лишенный расстройств восприятия бред.
- **Галлюцинаторно-параноидный синдром** состоит из бредовых идей и галлюцинаций. Синдром психического автоматизма Кандинского—Клерамбо (разновидность предыдущего) — сочетание псевдогаллюцинаций, бредовых идей психического, физического, гипнотического воздействия и чувства отчужденности, «сделанности» собственных движений, поступков, эмоций и мыслей («Я как автомат, управляемый со стороны»).
- **Парафренный синдром** - сочетание систематизированного бреда преследования и величия (с фантастическим сюжетом) с психическим автоматизмом и псевдогаллюцинациями. Нередко наличествует повышенное настроение.
- **Синдром дисморфомании** проявляется триадой:
 - 1) паранойяльными идеями физического недостатка («нет талии», «нос слишком большой»),
 - 2) бредом отношения («все смотрят»);
 - 3) пониженным настроением

Спасибо за внимание!

Санкт-Петербург

2022

Практическая часть

- Работа с задачами.
- Работа в тройках.
- Клинический случай.
- Демо-сессия или видео работы.