

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
(наименование кафедры)

Рецензия зав. кафедрой д.м.н. Бирюкова М. А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрия
Мудачев Александр Викторович
(ФИО ординатора)

Тема реферата Расстройства личности и восприятия

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	—
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	5/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+1—
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/хорошо/

Дата: « » 20 год

Подпись рецензента

(подпись)

Бирюкова М. А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

Мудачев А. В.
(ФИО ординатора)

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

На тему: Расстройства ощущений и восприятия.

Выполнил: ординатор 1 года специальности "Психиатрия"

Тубашев Александр Витальевич

Проверил: ДМН, Доцент

Березовская Марина Альбертовна

Красноярск, 2023

Содержание

Содержание.....	2
Введение.....	3
Расстройства ощущений.....	4
Расстройства восприятия.....	6
Психосенсорные расстройства.....	10
Синдромы расстройства ощущений и восприятий.....	11
Обнаружение нарушений ощущений и восприятий.....	12
Выводы.....	14
Список литературы.....	16

Введение

Ощущение — исходная ступень познавательной деятельности. Благодаря ощущению внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов.

Под ощущениями принято понимать такую функцию психической деятельности человека, которая позволяет оценить отдельные свойства предметов и явление окружающего его мира и собственного организма. Физиологической основой ощущения являются анализаторы органов чувств, позволяющие распознать такие стороны как твердое или мягкое, теплое или холодное, громкое или тихое, прозрачное или мутное, красное или синее, большое или маленькое и пр.

Различают такие модальности ощущений: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, температурные, висцеральные, кинестетические, статические, болевые. В рамках ряда видов чувствительности существуют субмодальные ощущения. Зрительные субмодальности, например, это ощущения красного, зеленого и т. д. Ощущения также могут быть сгруппированы по функциональному признаку. Экстероцептивные ощущения — это источник внешней информации, интероцептивные — внутренней, проприоцептивные и статические — информации о движении и положении тела. В эволюционном плане различают протопатические и эпикритические ощущения. Протопатические, древние ощущения мало дифференцированы, лишены четкой локализации, тесно связаны с эмоциями и витальными процессами организма. Эпикритические, или дискриминативные ощущения, эволюционно более «молодые», четко дифференцированы, организованы для восприятия внешних стимулов и непосредственно связаны с процессами мышления. Восприятие — вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения в восприятии разнородные впечатления собираются в дискретные структурные единицы — образы восприятия; познавательная деятельность переживается как факт личной активности, направляемая определенной задачей, а не акт пассивной регистрации впечатлений. Восприятие, в отличие от ощущений, дает полное представление о предмете или явлении. Его физиологической основой являются органы чувств. Конечный продукт восприятия — образное, чувственное представление о конкретном объекте. Восприятие — это процесс «создания» образа из «чувственного» материала. В образах восприятия отражаются такие качества объектов, для которых не

существует специальных рецепторов: форма, размеры, ритм, тяжесть, положение в пространстве, скорость, время. В этом смысле образ восприятия является как бы надчувственным феноменом, промежуточным между чувственным и рациональным познанием.

Расстройства ощущений

Количественные расстройства:

К количественным нарушениям ощущения принято относить гиперестезию, гипестезию и анестезию.

Гиперестезия — общее снижение порога чувствительности, воспринимается больным как эмоционально неприятное чувство с оттенком раздражения. Другими словами, патологическое усиление чувствительности. Это приводит к резкому повышению восприимчивости даже чрезвычайно слабых или индифферентных раздражителей. При гиперестезии, например, больные защищаются от «яркого» света темными очками, жалуются на неприятные болезненные ощущения от мягкого нижнего белья, раздражаются от любого прикосновения. Недовольство вызывают явления, прежде просто не замечавшиеся больным (звук капающей из крана воды, стук собственного сердца).

Гипестезия — ослабление ощущений, при котором сильные раздражители воспринимаются как слабые, яркий свет как тусклый, сильный звук как слабый, резкий запах как слабоощутимый. Характерна для состояния депрессии. При этом синдроме она отражает общий пессимистический фон настроения больных, подавление влечений и общее снижение интереса к жизни.

Анестезия — отсутствие каких-либо ощущений. Чаще всего утрачивается либо тактильная чувствительность, либо функциональное выпадение способности к восприятию вкуса, запаха, отдельных предметов. Типично для диссоциативных (истерических) расстройств. Также возможна при эмоциональном напряжении, в ситуации борьбы или драки или при нарушении сознания. Частным случаем анестезии в психиатрической практике является аналгия или аналгезия — утрата болевой чувствительности. Она наблюдается, в частности, при острых психотических состояниях, сопровождающихся обманами восприятия, аффективными нарушениями, психомоторным возбуждением. Психотические пациенты, совершающие попытки самоубийства или членовредительства, в последующем сообщают, что совершенно не

испытывали боли даже при обширных и глубоких самоповреждениях. Болевая чувствительность затем восстанавливается по мере улучшения психического состояния.

Качественные расстройства:

К качественным расстройствам относят парестезии и сенестопатии.

Парестезии – появление неприятных ощущений с поверхностных частей тела при отсутствии реальных раздражителей. Это могут быть жалобы на жжение, покалывание, переживание прохождения электрического тока через отдельные участки кожи, чувство отморожения кончиков пальцев и др. Локализация парестезий непостоянна, изменчива, разной интенсивности и продолжительности. Может быть частым неврологическим симптомом, наблюдаемым при поражении периферических нервных стволов, например, при алкогольной полинейропатии. Парестезии нередко связаны с преходящим нарушением кровоснабжения органа (например, во время сна в неудобной позе, при напряженной ходьбе у пациентов с болезнью Рейно), обычно проецируются на поверхность кожи.

Сенестопатии - неприятно переживаемые ощущения разной интенсивности и длительности со стороны внутренних органов при отсутствии установленной соматической патологии. Они, как и парестезии, трудно вербализуемы больными, и при их описании последние чаще всего используют сравнения. Имеют своеобразные описания больными (стягивание, разливание, расслоение, переворачивание, сверление и т. д.). Ощущения не имеют реальной основы, «непредметны», не соответствуют зонам иннервации, имеется нечеткость характеристик ощущений (как будто...), неопределенной локализации ощущений (где-то...). Например: как будто шевелится кишечник, воздух продувает мозг, печень увеличилась в размерах и давит на мочевой пузырь и др.

Чаще всего патология ощущений встречается при астенических расстройствах различной этиологии, но могут наблюдаться и при психотических вариантах заболеваний. Длительно существующие парестезии или сенестопатии могут быть основанием для формирования ипохондрического бреда, бреда воздействия. Часто встречаются в структуре сенесто-ипохондрического синдрома, при мягких неврозоподобных формах шизофрении и различных органических

поражениях головного мозга, сопровождающихся мягкой неврозоподобной симптоматикой. В настоящее время сенестопатические расстройства регистрируются в целом ряде неглубоких психических расстройств (ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция). В этих случаях искаженное восприятие телесных ощущений вероятнее всего связано с аффективными расстройствами. Основными признаками сенестопатий являются: отсутствие четкого морфологического субстрата ощущений. Клиническое значение сенестопатий в общесоматической практике в том, что они часто становятся причинами дифференциально-диагностических ошибок.

Расстройства восприятия

Восприятие, в отличие от ощущений, дает полное представление о предмете или явлении. Его физиологической основой являются органы чувств. Конечный продукт восприятия - образное, чувственное представление о конкретном объекте.

Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями: агнозии, иллюзии, галлюцинации и психосенсорные расстройства.

Агнозия (от греч. *a* — отсутствие, *gnosis* — познание) — утрата способности узнавать ранее знакомые предметы, людей, явления (при нормальном функционировании органов чувств и ясности сознания).

Агнозии наблюдаются при заболеваниях головного мозга, сопровождающихся поражением вторичных и третичных зон коры, ответственных за анализ и синтез информации, поступающей от органов чувств.

1. **Зрительная** - больной не узнает предметы, рассматривая их (при сохранности остроты зрения). В легкой степени данное расстройство может проявляться только при встрече со сложными незнакомыми предметами или стилизованными изображениями, в более выраженных случаях — при контакте с обыденными предметами, в тяжелых случаях — пациент не узнает близких, себя в зеркале, в наиболее тяжелых случаях — совсем не воспринимает предметы перед собой, не фиксирует на них взгляд.
2. **Слуховая** - больной не понимает обращенную к нему речь, не может разобрать слова, не узнает обычных бытовых звуков.
3. **Тактильная** - больной не в состоянии узнавать предметы на ощупь.
4. **Пространственная** - Больной путает право и лево, не ориентируется в схемах и картах, начинает теряться сначала в малознакомых местах, затем

в прежде хорошо знакомых ему местах, в наиболее выраженных случаях — в собственной квартире не может определить, в каком направлении находится туалет, кухня, утрачивает представление о высоте, глубине и т.д.

Иллюзии — ложное, с нарушением идентификации, восприятие реально существующих и актуальных в данный момент предметов и явлений.

Различают иллюзии физические, физиологические и психические.

Физические иллюзии обусловлены особенностями среды, в которых находится воспринимаемый объект. Например, горный массив воспринимается окрашенным в разные цвета в лучах заходящего солнца. Предмет, находящийся в прозрачном сосуде наполовину заполненный жидкостью, кажется изломанным в месте границы жидкости и воздуха.

Физиологические иллюзии возникают в связи с условиями функционирования рецепторов. Холодная вода после пребывания на морозе воспринимается теплой, легкий груз после длительного физического напряжения — тяжелым.

Психические иллюзии (аффективные) возникают в связи с эмоциональным состоянием страха, тревоги, ожидания. Тревожно-мнительный человек идущий в позднее время слышит за собой шаги преследователя. Находящийся в состоянии алкогольной абстиненции в пятнах на стене видит различные лица или фигуры.

Парейдолические иллюзии относятся к психическим, представляют из себя разновидность зрительных с меняющимся содержанием ошибочных образов. Они нередко возникают в инициальном периоде психотических состояний, в частности алкогольного делирия. Больные в рисунках обоев, ковров видят меняющиеся лица, движущиеся фигуры людей, даже картины боя.

Остальные иллюзии зачастую не являются симптомом психического заболевания, нередко встречаются у психически здоровых лиц в указанных выше условиях.

Галлюцинации («мнимое восприятие», «восприятие без объекта») — расстройство восприятия в виде образов, произвольно возникающих без реального раздражителя и приобретающих для больного характер объективной реальности.

Классификация иллюзий:

1. По степени сложности:

Элементарные — простейшие феномены, не достигающие степени сформированного образа: фотопсии (лишенные конкретной формы в виде пятен, контуров, бликов зрительные образы), акоазмы (оклики, неясные шумы) и другие простейшие феномены.

Простые — возникают только в одном из анализаторов (например, пациент только чувствует мнимый (несуществующий) запах лаванды).

Сложные (комплексные) — возникают сразу в нескольких анализаторах (например, больной видит «черта», слышит его слова, чувствует его прикосновения).

2. По анализаторам (органам чувств):

- 1) **Зрительные;**
- 2) **Слуховые;**
- 3) **Тактильные и висцеральные;**
- 4) **Вкусовые;**
- 5) **Обонятельные**

3. По характеристикам восприятия.

- 1) Истинные
- 2) Ложные (Псевдогаллюцинации)

Галлюцинации

Истинные	Ложные
1. Не сопровождаются чувством воздействия извне.	1. Сопровождаются чувством воздействия извне.
2. Соотносятся с объективным пространством.	2. Не соотносятся с объективным пространством.
3. «Слышатся и видятся» с такого расстояния, откуда возможно реальное восприятие.	3. Воспринимаются с не реального расстояния.
4. Для сознания больного ничем не отличимы от самой реальности.	4. Чувственно более блеклые – «голоса» воспринимаются «как по телефону, глухо», а зрительные обманы «полупрозрачные, лишены объемности».
5. Влияют на поведение больного.	5. Не влияют на поведение больного.
6. У больного имеется убеждение, что окружающие воспринимают тоже самое параллельно с ними.	6. Имеется убеждение в сугубо индивидуальном характере переживаний.
7. Усиливаются к вечеру.	7. Не характерно колебание интенсивности в зависимости от времени суток.

4. По особым условиям возникновения.

1) *Гипнагогические* — при засыпании, *гипнопомпические* — при пробуждении. Состояния перехода ото сна к бодрствованию и наоборот облегчают возникновение галлюцинаций при состояниях, предрасполагающих к их развитию (например, на начальных стадиях алкогольного делирия, на фоне эмоционального стресса).

2) *Функциональные (рефлекторные)* — возникают на фоне другого раздражителя, но в отличие от иллюзий не замещают его и не смешиваются с ним (например, слышит стереотипное повторение одного ругательства на фоне шума холодильника, его шум воспринимается отдельно, но, когда прибор замолкает, пропадают и ругательства).

3) *Психогенные (внушенные)* — после психотравмирующей ситуации (мать, пережившая потерю ребенка, временами слышит, как малыш ее зовет, или видит его силуэт на улице, такие

галлюцинации обычно мимолетны и могут быть близки к иллюзиям), во время гипноза или при пробах на готовность к галлюцинациям.

Психосенсорные расстройства

Психосенсорные расстройства (расстройства сенсорного синтеза) — расстройства, для которых характерно искаженное восприятие реально существующих предметов окружающего мира, пространства или своего тела.

Различают две группы психосенсорных расстройств — дереализацию и деперсонализацию.

Дереализация — болезненное переживание измененности окружающего мира: все вокруг непонятным образом изменилось, стало «чуждым», «не таким, как прежде», «нереальным», «искусственным», «призрачным», будто «все лишь снится» или «существует в воображении». Дереализация включает целый спектр различных переживаний, в том числе:

- 1) **Формы: метаморфопсия** — восприятие предметов в искаженной форме (деформированными, изломанными, наклонившимися).
- 2) **Размеров: макропсия** — окружающие предметы кажутся увеличенными или **микропсия** — окружающие предметы кажутся уменьшенными.
- 3) **Пространства:** чувство, что находящиеся рядом предметы располагаются на расстоянии десятков метров или они развернуты на 180 градусов (правое — слева, левое — справа).
- 4) **Цвета:** например, все окружающие предметы кажутся красными или голубыми.
- 5) **Времени:** например, больные в маниакальном состоянии воспринимают время более быстрым, чем в реальности, в депрессивном — замедленным.

Дереализация чаще встречается при психических расстройствах экзогенной этиологии.

Деперсонализация — болезненное переживание собственной измененности, измененности собственных психических процессов, собственного «Я».

Симптомы деперсонализации могут быть представлены в дух вариантов: соматопсихической и аутопсихической.

Соматопсихическая деперсонализация, или нарушение схемы тела, представлена переживаниями изменения размеров тела или его частей, веса и конфигурации. Больные могут заявлять, что они настолько выросли, что не умещаются в своей постели, голову из-за утяжеления невозможно оторвать от подушки и т. д. Эти расстройства также чаще встречаются при экзогенных.

Аутопсихическая деперсонализация выражается в переживании чувства измененности своего «Я». В таких случаях больные заявляют, что изменились их личностные свойства, что они стали хуже, чем ранее, перестали тепло относиться к родственникам и друзьям и пр. (в состоянии депрессии). Аутопсихическая деперсонализация более свойственна больным с эндогенными заболеваниями.

Синдромы расстройства ощущений и восприятий

Галлюциноз — синдром, основным проявлением которого являются галлюцинации в одном из анализаторов (простые галлюцинации).

- 1) **Вербальный галлюциноз.** Например, острый и хронический алкогольные галлюцинозы. Для этих состояний относительно характерны поливокальные галлюцинации (голоса множества разных людей), которые делятся на два лагеря — одни ругают больного «за пьянку» и пр., а другие — напротив, защищают его. Галлюцинации истинные — голоса людей слышат откуда-то со стороны («из-под окна» или «из коридора»). Критического отношения обычно нет.
- 2) **Зрительный галлюциноз.** Например, галлюциноз Шарля Бонне: возникает при снижении зрения у пожилых людей (из-за катаракты, атрофии зрительного нерва и др.). Больные начинают видеть различные геометрические фигуры (ленты, полосы, квадраты, треугольники, буквы и пр.), людей, зверей. Эти образы часто находятся на периферии зрения, не смешиваются с объективным окружением. Они могут быть статичны или сменять друг друга. К ним присутствует критическое отношение (т.е. понимание того, что это «видения», а не реальные объекты), часто они утомляют пациентов.
- 3) **Тактильный галлюциноз** — мучительные ощущения на коже, в коже, под кожей в виде зуда, жжения, укусов, боли и связанное с ними восприятие в этих зонах ползания, шевеления, скопления неких паразитов (клещей, червяков и пр.). Может возникать, например при длительном употреблении кокаина (симптом Маньяна), или аутохтонно (чаще в инволюционном возрасте). Может сопровождаться бредом одержимости (пораженности) паразитами

(«дерматозойный бред») — в этих случаях больные проявляют неутомимую бредовую активность, постоянно обращаются к врачам-дерматологам, сами активно борются против паразитов (лечатся мазями, втираниями, постоянно моются, меняют и дезинфицируют белье, иногда самостоятельно пытаются извлечь паразитов иголкой или сделав разрез); дополнительно могут присутствовать зрительные иллюзии — больные собирают грязь, отшелушенные слои кожи и показывают их окружающим как обнаруженных паразитов.

Синдром дереализации-деперсонализации — это психическое расстройство, при котором человек ощущает, будто его тело, окружение и психическая деятельность изменились настолько, что кажутся нереальными, отдалёнными или автоматическими.

Деперсонализационно-дереализационный синдром может усложняться бредом, депрессией, психическими автоматизмами и другими расстройствами психической деятельности.

Обнаружение нарушений ощущений и восприятий

Обнаружение патологии ощущений и восприятий производится путем опроса, наблюдения, экспериментально-патопсихологического и клинического изучения. В ряде случаев возникает необходимость клинического исследования непосредственно органов чувств, так как патология их периферических и центральных отделов может принимать участие в патогенезе иллюзий и галлюцинаций, таких как галлюциноз Шарля Боне и других органических галлюцинозов, психосенсорных расстройств. Важным такого рода исследование является и при отграничении истерической симптоматики (гипестезии, анестезии, гиперестезии, концентрического сужения полей зрения, амавроза, сурдомутизма) от органической патологии. При психопатологическом исследовании содержание задаваемых вопросов должно быть направлено на отграничение перцепторных расстройств от их физиологических и психологических аналогов и от неврологической симптоматики. Необходимо выявление наиболее значимых отличий перцепторных нарушений между собой. Вопросы следует строить в форме, исключающей суггестию, или содержащей ее в минимальной мере. Это особенно важно при беседе с детьми и подростками. Опрос должен быть детальным, дающим возможность подробно охарактеризовать перцепторные расстройства. В частности, необходимо установить сам факт их патологического характера, содержание, проекцию образа, половую принадлежность образа, интенсивность, продолжительность, наличие

зависимости от времени суток, имеется ли связь расстройства с другими раздражителями. Следует определить уровень бодрствования больного, его отношение к перцепторным расстройствам (к галлюцинациям, например, может быть отношение не критическое, полукритическое (неуверенное, колеблющееся) и критическое, а также - наличие влияния перцепторных расстройств на другие психопатологические феномены и на поведение больного. Необходимо, например, иметь в виду, что степень социальной опасности императивных галлюцинаций повышается при сочетании их с персекуторным бредом.

При выявлении галлюцинаций важно учитывать наличие их объективных признаков: разговор больного с самим собой, в сторону; внезапное необоснованное изменение отношения больного к кому-то из окружающих; сообщение новостей, неизвестно откуда взявшихся; внезапная необоснованная смена настроения; внезапное стремление к уединению; мимика и движения, свидетельствующие о «видении»; изменение обычной ширины зрачков и глаз; прислушивание к чему-то, затыкание ушей, зажмуривание глаз, сокращение жевательных мышц. Под влиянием галлюцинаторных переживаний больные что-то сбрасывают с кожи, одежды, отплеваются, убегают, прячутся, нападают на окружающих, обращаются в различные учреждения за помощью, совершают суицидные поступки. При слуховых галлюцинациях религиозного содержания больные начинают креститься, читают молитвы, бьют поклоны и так далее. У больных с обонятельными и вкусовыми иллюзиями и галлюцинациями могут быть отказы от еды и лекарств, но иногда они обусловлены слуховыми императивными галлюцинациями. При обонятельных галлюцинациях у больных отмечается принюхивание, закрывание ноздрей. При вкусовых галлюцинациях больные по несколько раз пробуют пищу, часто полощут рот, при ротоглоточных галлюцинациях они как бы вытягивают что-то изо рта.

Обычно галлюцинации сопровождаются различными аффективными расстройствами, модальность которых зависит от содержания и интенсивности галлюцинаторных переживаний. Наиболее часто возникают страх, ярость, тревога, экстаз. Нередко при этом отмечаются выраженные вегетативные нарушения.

В отличие от истинных галлюцинаций, при псевдогаллюцинациях отсутствуют внешние экспрессивные признаки направленности сенсорного внимания. Вместе с тем, больные с трудом отвлекаются от внутренних голосов, для них характерна бездеятельность, отсутствуют разговоры вслух, вегетативные и аффективные расстройства. И лишь у больных со слуховыми псевдогаллюцинациями угрожающего и

императивного содержания наблюдаются аффективные нарушения, двигательное возбуждение, суетливость.

Следует учитывать, что истинные галлюцинации чаще возникают на фоне спутанного сознания, а псевдогаллюцинации - на фоне частично измененного сознания.

Особенно важно выявлять объективные признаки иллюзий, галлюцинаций и других перцепторных расстройств в случаях, когда больной по психическому состоянию не склонен рассказывать о них, при диссимуляции. На первый план при этом выступает значимость наблюдения. Кроме того, полезно изучение письменной продукции, рисунков больных, желательны повторные беседы с родственниками, сотрудниками по работе, соседями по палате, то есть применение «метода обобщения независимых характеристик». Недостатком, так называемых, объективных признаков является их многозначность, то есть один и тот же объективный признак может быть проявлением различных психопатологических феноменов. Отказ от еды, например, может быть обусловлен наличием вкусовых, обонятельных, висцеральных или слуховых императивных галлюцинаций, но может быть следствием бредовых идей отравления, проявлением депрессии, негативизма и так далее.

Вместе с тем, следует иметь в виду, что целый ряд перцепторных расстройств (парестезии, сенестопатии, метаморфопсии, нарушения схемы тела, психалгии и некоторые другие) выявляются пока исключительно с помощью опроса и наблюдения. Для выявления симуляции и аггравации перцепторных расстройств большое значение имеет предельная детализация их проявлений в беседе с больным, а также учет соотношения характера предъявляемых больным жалоб на перцепторные расстройства с другими симптомами.

Выводы

1. Основой чувственного познания является получение объективной информации об окружающем мире и внутреннем состоянии организма человека посредством работы анализаторов - зрительного, слухового, вкусового, обонятельного, тактильного и проприоцептивного. Однако анализаторы позволяют получить доступные нам в ощущениях (тепла, холода, цвета, формы, размеров, качества поверхности, тяжести, вкуса и запаха) сведения лишь об отдельных качествах предмета. Окончательное заключение о сути воспринимаемых предметов и явлений - это не просто результат суммации ощущений, а сложный процесс анализа признаков,

выделение основных (смыслообразующих) качеств и второстепенных (случайных) феноменов, сопоставление полученной информации с представлениями, отражающими в памяти наш прежний жизненный опыт.

2. Принято разделять качественные и количественные нарушения ощущения и восприятия. Из множества симптомов нарушения восприятия складываются синдромы (синдром галлюциноза, дереализационно-деперсонализационный синдром), которые используются для классификации и дифференциальной диагностики различных нозологий, как эндогенных, так и экзогенных. Для каждого заболевания патогномоничны своя симптоматика расстройств ощущения и восприятия.

3. Не любое нарушение процесса ощущения и восприятия является признаком психического расстройства. Нарушения возможны при определенных условиях, таких, как временные функциональные нарушения деятельности ЦНС, например, переутомление, а также "зашумленность" внешнего фона восприятия. Патологическими признаются только те расстройства ощущений и восприятия, которые приводят к резкому нарушению познания окружающего и формированию психических расстройств.

Список литературы

1. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. / Психиатрия. Национальное руководство. Вторая редакция. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
2. Тиганов А. С. Общая психопатология. / 2021 г.
3. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. / Психиатрия. Основы клинической психопатологии : учебник / 3-е изд. стер. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
4. Ю. В. Киселёва / Общая психопатология: учебно-методическое пособие / 2021 г.
5. Жмуров В. А. / Психиатрия / М.: МЕДпресс-информ, 2018 г.