

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

Зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

РЕФЕРАТ

Тема: Иллюзии, значение сенсорной депривации и эмоционального
напряжения в их развитии.

Выполнил: ординатор 1 года

специальность Психиатрия

Ковалев Максим Андреевич

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2020

Оглавление

Введение.....	3
Иллюзии.....	4
Аффективные иллюзии.....	6
Вербальные иллюзии.....	8
Парейдолические иллюзии.....	10
Сенсорная депривация.....	11
Механизм воздействия.....	12
Особенности эмоционального реагирования.....	14
Литература.....	16

Введение

Восприятие — вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения в восприятии разнородные впечатления интегрируются в дискретные структурные единицы - образы восприятия; познавательная деятельность переживается как факт личной активности, направляемая определенной задачей, а не акт пассивной регистрации впечатлений. Образы восприятия складываются из внешних и внутренних (прежде всего кинестетических) ощущений.

При обманах восприятия окружающее преобразуется причудливым образом так, что наряду с реальными объектами больные начинают воспринимать несуществующие, созданные их воображением из представлений, хранящихся в памяти. Этот процесс в отличие фантазий здорового человека не подвластен воле и желаниям пациента. Типичными обманами восприятия являются иллюзии и галлюцинации. Все обманы восприятия относят к продуктивным (позитивным) симптомам.

Иллюзии. Это расстройства, при которых реально существующие объекты воспринимаются, как совершенно другие предметы и объекты. Впервые выделены в качестве самостоятельного обмана восприятия и отделены от галлюцинаций Ж. Эскиролем в 1817 г.

От патологических иллюзий следует отличать ошибки восприятия у психически здоровых людей при затруднениях в получении объективной информации о внешнем мире. Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха. Появление иллюзий зависит от ожиданий, аффективного состояния, установки. Боязливый человек, идя ночью по пустынной улице, может принять силуэт куста за фигуру притаившегося человека. Упомянутые разновидности иллюзий не являются признаком психического расстройства.

Патологические иллюзии имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует.

Различают следующие виды патологических иллюзий: аффективные, вербальные и парейдолические (парейдолии).

Аффективные иллюзии. Появляются под влиянием чрезвычайной тревоги и чувства страха, наиболее отчетливо прослеживаются у больных с острым приступом бреда, когда им кажется, что преследователи окружили их со всех сторон. В разговоре случайной группы людей пациенты слышат свое имя, оскорбления, угрозы.

Вербальные иллюзии. Содержат отдельные слова, фразы, которые заменяют реальную речь окружающих. Слышатся обвинения, угрозы, брань, разоблачения, оскорбления. Вербальные иллюзии, возникающие на фоне страха или тревоги, считают вербальным вариантом аффективных иллюзий. Аффективные и вербальные иллюзии в психопатологическом плане неоднородны. Некоторые из них связаны с депрессией (обвинения, порицания). Другие отражают влияние бредового настроения (угрозы, стрельба, неприятный привкус пищи). Часть иллюзий созвучна отчетливым бредовым убеждениям.

Парейдолии. Это сложные фантастические образы, насильственно возникающие при рассматривании реальных предметов. При разглядывании

бесформенных пятен, орнаментов видятся экзотические пейзажи, феерические сцены, мифические герои и сказочные существа. Иллюзии характерны для состояний неглубокого помрачения сознания, возникают при острых симптоматических психозах. Наблюдаются также при бредовых и аффективных психозах иной этиологии. Эпизодические и нестойкие иллюзии встречаются при неврозах, неврозоподобных состояниях.

Аффективные иллюзии (аффект – кратковременное сильное эмоциональное возбуждение) чаще всего обусловлены страхом и тревожным, подавленным настроением. Возникновение аффективных иллюзий возможно в ситуациях аффекта или необычного для человека эмоционального состояния - при сильном страхе, чрезмерном желании, как правило, недостижимом, напряжённом ожидании, подавленном и тревожном состоянии. Аффективные иллюзии возникают особенно часто в период болезненных изменений эмоционального состояния. Возможно, возникновение подобного явления в совершенно определённых условиях окружающей среды, например, при недостаточной освещённости, в сумерках, в ночное время при сверкании молний (в этот момент искажается и преломляется световое освещение). Шевелящаяся занавеска может восприниматься как притаившийся грабитель, пояс на кресле - как змея, готовая прыгнуть и пр. Возникают аффективные иллюзии и в случаях, когда кроме аффективного напряжения, проявляется слабость (невнятность) раздражительного признака (удалённость объекта, тихие шуршащие звуки, невнятная неразборчивая речь) и признаки явной астении. У любого совершенно здорового психически человека может возникнуть явление аффективной иллюзии, если он находится в непривычной для него обстановке, незнакомом месте, в необычном эмоциональном состоянии (классическим примером является посещение ночью кладбища). "Материализуются" в аффективные иллюзии у здорового человека и постоянное ожидание чего-либо ему неприятного (например, если человек очень боится собак, то в незнакомой обстановке при плохом освещении каждое постороннее движение будет ему казаться бросающейся на него собакой). Возникновение аффективных иллюзий свойственно больному не только при состоянии простой депрессии, но и при явных тенденциях к депрессивному явлению бредаобразования. Больной человек, находящийся в состоянии активированной депрессии бредового типа постоянно находится в ожидании наказания, казни, возмездия за преступления, осуждения окружающих. При этом у здорового человека необходимо обязательно отличать от аффективных иллюзий ошибочность суждения или неправильное умозаключение, сделанное под влиянием какого-либо физического явления. Так, например, можно легко принять блестящий предмет на земле за монету, или ярко освещённого солнцем осколка стекла за золото, это явление не считается иллюзией, то есть не обманом (ложным восприятием) чувственного определения чего-либо, а ошибочным неправильно истолкованным суждением. Психологи и психиатры хорошо знают, что возникновение отдельных проявлений аффективных иллюзий (изолированное проявление) совершенно не считается психическим

заболеванием или его признаком, а чаще всего, является свидетельством аффективной напряжённости (возникшей при переутомлении, внезапном испуге, страхе). Признаком заболевания можно считать исключительно совокупность проявления аффективных иллюзий в сочетании с другими болезненными проявлениями и расстройствами психического состояния. Основное отличие физиологических иллюзий от патологического проявления аффективных иллюзий считается врачами возможность коррекции состояния, а также, самокритичное отношение больного к собственному состоянию (осознание иллюзорности содержания происходящего).

Вербальные иллюзии заключаются в ложном восприятии содержания реально происходящих разговоров окружающих; человеку кажется, что чужие речи содержат намеки на какие-то неблагоприятные поступки, издевательства, скрытые угрозы по его адресу. Данное явление основано на аффекте и страхе, в связи с этим услышанный больным человеком разговор всегда воспринимается как непосредственное обвинение в свой адрес, оскорбление, ругань, имеющие к нему самое прямое отношение. К примеру, вербальные иллюзии типичны для пациентов с бредом преследования, а также с манией ревности. Больной, страдающий алкоголизмом, может подслушивать беседу жены с посторонним человеком, и, имея внутренние опасения измены или наказания, именно это «слышит» в их разговоре. Но, следует отметить, что вербальные иллюзии проявляются не только при звуках разговоров, но и возникают на фоне неречевых обманов. Часто пациента сбивает с толку шум воды, гроза, звук прибоя, и прочее. Во всех этих случаях человек уверен, что "слышит" то, чего в реальности не было сказано. Эта его трактовка и есть вербальная иллюзия, которая напрямую связана с тем, что отдельные звуки, являющиеся слуховыми раздражителями, "конструируются" его сознанием в осмысленные слова, иногда в целую речь, что создаёт для человека целостный (ошибочно распознанный) слуховой образ, при этом, его содержание полностью зависит от конкретного состояния человека в эту минуту. Специалисты психиатры принимают за аксиому, что вербальные иллюзии, как правило, становятся основой для формирования настроенности больного бредового характера. В одних случаях вербальных явлений это могут быть оклики, различимые в реально существующем шуме и звуке голосов (необходимо их отличать от окликов галлюцинаторного характера), а в других, они представляют собой непосредственно вербальные иллюзии, которые часто очень тяжело отличить от так называемых иллюзий бреда больного человека. Интересный пример подобного явления приведён американским учёным Вильямом Джемсом в его книге "Психиатрия": "Однажды, поздно ночью я сидел и читал; вдруг из верхней части дома раздался страшный шум, прекратился и затем, через минуту, слова возобновились, Я вышел в зал, чтобы прислушаться к шуму, но он там не повторился. Как только я успел вернуться и себе в комнату и сесть за книгу, снова поднялся тревожный, сильный шум, точно перед началом бури. Он доносился отовсюду. Крайне встревоженный, я снова вышел в зал, и снова шум прекратился. Вернувшись во второй раз к себе в комнату, я вдруг открыл, что шум производила своим храпом маленькая собачка, спавшая полу. При этом любопытно то, что, раз обнаружив истинную причину шума, я уже не мог, несмотря на все усилия, возобновить прежнюю

иллюзию". То есть, своим наблюдением он подтвердил, что если сознание здорового человека почему-либо приняло за реальность, что источник звука расположен вдалеке, то он кажется значительно громче, но при установлении настоящего источника, иллюзия уходит.

Парейдолические иллюзии обычно вызываются снижением тонуса психической деятельности, общей пассивностью. Например, когда узоры на обоях, трещины на стенах и потолке, различные светотени воспринимаются как яркие картинки, сказочные герои, фантастические чудовища.

Парейдолическая иллюзия или парейдолия — это разновидность зрительных иллюзий. Заключается она в формировании иллюзорных образов, в качестве основы которых выступают детали реального объекта. Как пример — это фигуры людей и животных в облаках, изображение человека на поверхности Луны или Марса, «скрытые сообщения», слышимые при реверсировании аудио записей. Некоторые парейдолические иллюзии возникают при восприятии каких-либо общеизвестных изображений. В этом случае они могут наблюдаться одновременно у множества людей.

Сенсорная депривация (от лат. *sensus* — чувство, ощущение и *deprivatio* — лишение) — это частичное или полное снижение чувствительности одного или более органов чувств. Сенсорная депривация включает в себя «отключение» зрения и слуха, обоняния, осязания, вкуса, температурных рецепторов, вестибулярного аппарата. Также к сенсорной депривации относится ограничение подвижности, общения, эмоциональных переживаний.

Классификация последствий СД, предложенная Цукерманом:

1. Расстройство ориентации во времени (ускорение течения времени, недооценка больших интервалов временных промежутков (мин, сек))
2. Нарушения направленности мышления и способности сосредоточения (быстрая утомляемость при смысловом восприятии, неспособность к последовательному обдумыванию разных несложных и раннее приятных ситуаций, «мысли путаются, становятся короткими, перебивают друг друга, часто разбегаются», быстрое переключение внимания с одного объект на другой и мгновенное забывание первого)
3. «Захват» фантазиями и мечтаниями (депривация всех видов обеспечивает развитие депрессии, тревоги, страха, тенденция к агрессии, общее понижение эмоционального фона). Однако длительное пребывание в условиях депривации не обязательно ведет к появлению отрицательных эмоций. Так, при выходе из ситуации депривации у большинства испытуемых наблюдается эйфория, ослабление контроля над поведением и речью, испытуемые становились «несдержанными, говорливыми, дурашливыми».
4. Беспокойство и потребность в активности
5. Неприятные соматические ощущения, головные боли, боли в спине, затылке, глазах
6. Бредовые идеи, подобные параноидным
7. Иллюзии и обманы восприятия
8. Галлюцинации
9. Тревога и страх
10. Сосредоточение внимания на резидуальных стимулах

Механизм воздействия сенсорной депривации.

Механизм, посредством которого сенсорная депривация в эксперименте или в клинике вызывает психические изменения, до сих пор точно неизвестен. Иногда исходят из физиологического представления о мозге как "счетчике импульсов" (в отличие от классического представления о мозге как о переключающем устройстве - реле). Считается, что постоянная сенсорная бомбардировка необходима для сохранения правильной функции коры мозга (Г. Волтр) и подкорки (Р. Д. Бернс, 1960, П. Р. Бромидж, 1960). Многие авторы предполагают, что нарушение заключается в пораженном опосредствовании нормальной сенсорной стимуляции асцендентной ретикулярной системой (АРС), имеет серьезнейшее значение для сохранения внимания, бодрствования и сознания. Пониженная активность ствола мозга, в частности АРС, приводит, следовательно, к ограничению состояния бодрствования, а тем самым и к дезорганизации психических процессов. Учёные подчеркивали, что дело зависит не только от количества или от самого изменения стимулов, но главным образом, от непрерывного осмысленного контакта с окружающим миром. Подобным образом Розенцвейг говорит о депривации "релевантных" стимулов, подчеркивая, что их можно вызвать также искусственно посредством многих других способов. С психологической точки зрения объяснение механизма воздействия сенсорной депривации также является различным. В аспекте теории учения (Брунер, 1959) предполагается, что ограниченное поступление стимулов делает невозможным тот постоянный процесс оценки и переоценки, посредством которого организм нормально создает модели и стратегические формы в целях контакта со средой. Следовательно, если депривация возникает в детстве, то тем самым создание подобных действенных моделей становится невозможным. Если депривация происходит позднее, то под угрозой находится их сохранение, так как модели и стратегические действия, ранее усвоенные, непрерывно подвергаются исправлению и регулируются с тонкостью, которую до сих пор нельзя было предполагать. Другие авторы подчеркивают больше действующие при депривации эмоциональные компоненты. Ситуация изоляции всегда включает в себя далеко идущую зависимость (темное помещение, закрытые глаза, забинтованные руки, еда и экскреция лишь по заявке и с необходимостью оказания помощи и т.д.) - тем самым подкрепляется потребность зависимости (различной силы у различных индивидов) и вызывается регрессивное поведение (регрессивные фантазии). Беззащитность и зависимость возвращают испытуемого в ситуацию самого раннего детства (к его связи с матерью). Благоприятные

последствия, т. е. улучшение функции после депривации (как правило краткое и касающееся одной сенсорной модальности), объясняются активацией инстинкта после предшествующего ограничения и его повышенного воздействия на подкрепление условных реакций. Совершенно непривычное объяснение явлений, наблюдаемых при экспериментальной сенсорной депривации, приводит Е. Зискинд (1964). Изменение сенсорного восприятия (депривация, инвариантность, а также перегрузка), по его мнению вовсе не являются непосредственной причиной приводимых признаков. На основе высказываний испытуемых о зрительных представлениях при утреннем пробуждении и при кратковременном (десятиминутном) завязывании глаз, когда изменение снабжения стимулами столь коротко, что оно не представляется существенным, Зискинд пришел к заключению, что неизбежное (хотя и недостаточное) условие для появления приводимых псевдогаллюцинаций и псевдобредовых идей представляет состояние пониженного сознания (бодрствования). К этому присоединяются внутренние (органические) раздражители, а возможно, и остаточные внешние раздражители, которые субъект отмечает под влиянием направленного внимания, вызванного экспериментальной инструкцией. Автор доказал, что в его собственных опытах, подобно тому, как и в других указываемых экспериментах с сенсорной депривацией процентные данные о приводимых зрительных галлюцинациях колеблются в соответствии с направленностью инструкции (например: "опишите все, что увидите, все свои зрительные впечатления", или только: "дайте сообщение о своих переживаниях"). Подобным образом и в естественных жизненных ситуациях, где такие явления встречаются (у летчиков, при езде по пустой однообразной дороге, у наблюдателей радарных установок), сходная инструкция собственно "встроена" в сущность предписанной деятельности. Зискинд предполагает, что нельзя, следовательно, сравнивать данные по экспериментальной сенсорной депривации у людей с данными о крайне долговременной депривации у животных. В целом можно сказать, что переменных, оказывающих свое воздействие в опытах с сенсорной депривацией, столько и их влияние различимо с таким трудом, что объяснение механизмов их воздействия остается до сих пор неясным и в большинстве осуществляемых опытов очевидно лишь частичным.

Особенности эмоционального реагирования

Многие исследования убедительно показывают, что депривация различных видов (сенсорная, когнитивная, эмоциональная, социальная) ведет к развитию депрессии, тревоги, страхов. Такая картина наблюдалась в условиях Крайнего Севера (по данным Л.Е. Панина, у 43% обследованных полярников), у людей, работающих в затемненных помещениях на кинофабриках, в крупных фотоателье и в полиграфической промышленности, у путешественников, переплывавших в одиночку океан; у работников гидрометеорологических станций; у лиц, длительно находящихся в одиночном тюремном заключении, в изоляции на отдаленной антарктической базе в течение шести месяцев в условиях полярной ночи, подобно Ричарду Биру или М. Сифру при длительном одиночном пребывании в подземной пещере; у испытуемых в экспериментах с гипокинезией в условиях длительного постельного режима. Кроме того, своеобразные расстройства (так называемая "болезнь каяка") с симптомами тревоги и страха описывались у рыбаков Гренландии во время путины при хорошей погоде (неподвижное море и чистое небо без облаков), особенно когда они длительно сохраняли одну и ту же позу, стараясь фиксировать взор на поплавке. В опытах с ограничением двигательной активности, гермокамерных и сурдокамерных экспериментах, а также в условиях космических полетов, арктических и антарктических станций, полярных экспедиций у человека также очень часто появляется повышенная раздражительность, плаксивость, несдержанность с элементами неадекватного поведения; легко возникают бурные эмоциональные реакции, межличностные конфликты; усиливаются проявления враждебности; увеличивается "амплитуда эмоций"; в течение дня наблюдаются резкие колебания настроения; окружающие события воспринимаются крайне обостренно в связи с резким снижением толерантности к стрессогенным воздействиям. Это свидетельствует об усилении в депривационных условиях эмоциональной лабильности при общем понижении эмоционального фона и наличии определенной тенденции к усилению агрессии, о повышении эмоциональной чувствительности и возрастании интенсивности аффективных переживаний, что сочетается с трудностями их контроля.

Однако влияние депривации на эмоциональную сферу человека не ведет однозначно к появлению отрицательных эмоций. Так, непосредственно перед окончанием эксперимента или сразу после выхода из ситуации депривации у большинства испытуемых отмечалась эйфория, ослабление контроля над речью и поведением; испытуемые становились несдержанными,

говорливыми, дурашливыми: навязчиво стремились вступить в разговор с окружающими, часто шутили (не всегда в подходящей обстановке) и сами смеялись над своими остротам. Как уже было отмечено, подобное состояние к этой ситуации, которое она сравнила с наркотическим состоянием и религиозным трансом.

При анализе изменений эмоционального реагирования как показателя наличия ИСС А. Людвиг, делая акцент не на собственно эмоциях, а на особенностях их выражения, выделил два противоположных паттерна изменений эмоциональной экспрессии. Один из них связан с появлением крайнего выражения более интенсивных и примитивных эмоций, чем в обычном состоянии сознания, для него характерна частая смена эмоциональных крайностей от экстаза до глубочайших страхов и депрессии. Этот паттерн явно прослеживается в рассмотренных нами данных. При другом паттерне человек становится бесстрастным, невовлеченным или рассказывает о своих сильных переживаниях без какого-либо эмоционального выражения.

В. Фазинг указывает на изменения в переживании и выражении эмоций как на одну из характеристик ИСС, а также выделяет два паттерна изменений. Первый — повышение эмоциональной реактивности (люди начинают эмоционально реагировать на события, на которые в обычном состоянии сознания не реагировали).

Данный феномен описан нами выше. Второй (обратный) — люди перестают реагировать на события, прежде эмоционально значимые. Кроме того, Фазинг отмечает возможность утраты в ИСС контроля над внешним выражением эмоций, что также наблюдается в ситуациях SD.

В качестве отдельной характеристики ИСС Фазинг выделяет изменения уровня активации, который может и сильно понизиться (мы рассмотрим подобные феномены при анализе континуума сна/бодрствования в условиях SD), и сильно возрасти (случаи переживания экстаза при SD).

Ф. Соломон и др. одним из показателей ИСС считали "уменьшение рациональности эмоций", за которое, вероятно, можно принять видимую беспричинность: появления эмоций (из-за повышения эмоциональной чувствительности) и неадекватную интенсивность их выраженности (связанную со снижением контроля над непосредственным выражением эмоций).

Литература

1. Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В. Общая психопатология.
2. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия.
3. Самохвалов В. П., Коробов А. А., Мельников В. А. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов.
4. Иванец Н.Н. Психиатрия, медицинская психология. 2014г.
5. <https://ladjotto.ru/affektivnye-illyuzii>

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

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

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата Изменения значения сенсорной деформации и
эмоционального напряжения в их развитии

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)	-
9.	Наличие общего вывода по теме	-
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>удовлетворительно</u>

Дата: «10» 10 2019 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Ковалев М. Р.