

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Председатель Экспертного совета АГМИ**

**д.м.н., профессор М. М. Мадазимов**

\_\_\_\_\_

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.**

**АЗИМОВА ГУЛЬЧЕХРАХОН АЗИЗБЕКОВНА**

**МИРЗАЕВ АБДУРАХМОН АЛИШЕРОВИЧ**

**МУМИНОВ РАХИМЖОН КАЮМЖОНОВИЧ**

**ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОЩУЩЕНИЙ**

**(Монография)**

**Андижан – 2026 г.**

Составители:

Азимова Г.А.	ассистент кафедры психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии Андижанского государственного медицинского института.
Мирзаев А.А.	заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии Андижанского государственного медицинского института, к.м.н., доцент.
Муминов Р.К.	старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии Андижанского государственного медицинского института
Рецензенты:	
Джураев Н.Н.	PhD, доцент кафедры психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии Андижанского государственного медицинского института.
Мурадимова А.Р.	заведующая кафедрой неврологии и психиатрии Ферганского института общественного здоровья, PhD, доцент.

Монография одобрена Экспертным советом Андижанского государственного медицинского института и рекомендована к печати протоколом № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 года.

**Секретарь Экспертного совета,**

к.м.н., доцент \_\_\_\_\_ Д. О. Тен

## АННОТАЦИЯ

В данной монографии процессы ощущения, являющиеся самым начальным и одним из наиболее важных звеньев психической деятельности человека, рассматриваются с позиций нормы и патологии. В монографии на научной основе освещаются физиологические основы зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых, кожно-тактильных, болевых, температурных, вестибулярных и проприоцептивных ощущений, механизмы их переработки в центральной нервной системе, а также их психологическая интерпретация.

В норме ощущение представляет собой первичную информацию о внешнем мире и внутреннем состоянии организма, поступающую в сознание, и выполняет функцию основного «входного сигнала» для формирования восприятия, мышления, памяти и эмоциональных реакций. Нормальное функционирование ощущений обеспечивается согласованной работой рецепторов, проводящих нервных путей и корковых центров головного мозга. В монографии анализируются нормативные показатели ощущений, порог чувствительности, адаптация, дифференцировка ощущений, а также психологические факторы, влияющие на процесс ощущений, такие как внимание, утомление и стресс.

В рамках психопатологии нарушения процессов ощущения, то есть количественные изменения ощущений (их усиление или ослабление), а также качественные изменения (странное, неясное, неприятное восприятие), объясняются на основе клинических примеров. В монографии подробно освещаются наиболее важные виды нарушений ощущений: гиперестезия, гипестезия, анестезия, парестезия, дизестезия, сенестопатия, а также состояния, связанные с болевой чувствительностью — гипералгезия, аллодиния, анальгезия.

Также в монографии системно объясняются факторы происхождения нарушений ощущений: органические неврологические причины (поражение периферических нервов, радикулопатия, инсульт, травма, демиелинизация), метаболические и токсические факторы (диабетическая нейропатия, дефицит витамина В12, интоксикация), а также психогенные и психосоматические механизмы (стресс, тревога, вегетативный дисбаланс, соматизация).

Данная монография предназначена для студентов, обучающихся по направлениям медицины и психологии, а также для практикующих специалистов. Она помогает правильно оценивать нарушения ощущений, различать норму и патологию, сопоставлять жалобы пациента с результатами объективного обследования и понимать принципы дифференциальной диагностики. Практическая ценность монографии заключается в том, что она предоставляет необходимые теоретические и методические основы для раннего выявления нарушений ощущений, предупреждения избыточных заключений и правильного направления клинического мышления.

## ANNOTATSIIYA

Ushbu monografiyada inson psixik faoliyatining eng boshlang'ich va eng muhim bo'g'ini bo'lgan sezgi jarayonlari norma va patologiya nuqtai nazaridan bayon etiladi. Monografiyada ko'rish, eshitish, hid bilish, ta'm bilish, teri-taktil, og'riq, harorat, vestibulyar hamda propriozeptiv sezgilarning fiziologik asoslari, markaziy nerv tizimida qayta ishlanish mexanizmlari va ularning psixologik talqini ilmiy yondashuv asosida yoritiladi.

Norma holatida sezgi tashqi olam va ichki tana holati haqida ongga kirib keladigan birlamchi axborot bo'lib, idrok, tafakkur, xotira va emotsional javob reaksiyalarini shakllantirish uchun asosiy "kirish signali" vazifasini bajaradi. Sezgining normal faoliyati retseptorlar, nerv o'tkazuvchi yo'llar hamda miya po'stlog'i markazlarining uyg'un ishlashi bilan ta'minlanadi. Monografiyada sezgining me'yoriy ko'rsatkichlari, sezgi ostonasi, adaptatsiya, sezgi differensiallashuvi va sezgi jarayoniga ta'sir qiluvchi psixologik omillar (diqqat, charchoq, stress) tahlil qilinadi.

Psixopatologiya doirasida esa sezgi jarayonlarining buzilishi — ya'ni sezgining miqdoriy (kuchayishi yoki pasayishi) va sifat jihatdan (g'alati, noaniq, yoqimsiz shaklda qabul qilinishi) o'zgarishlari klinik misollar asosida tushuntiriladi. Monografiyada sezgi buzilishlarining eng muhim turlari: giperesteziya, gipesteziya, anesteziya, paresteziya, dizesteziya, senestopatiya, shuningdek og'riq sezgisi bilan bog'liq holatlar — giperalgeziya, allodiniya, analgeziya kabi ko'rinishlar batafsil yoritiladi.

Shuningdek, monografiyada sezgi buzilishlarining kelib chiqish omillari: organik неврологик sabablar (periferik nerv shikastlanishi, radikulopatiya, insult, travma, demiyelinizatsiya), metabolik va toksik omillar (diabetik neyropatiya, B12 yetishmovchiligi, intoksikatsiya), hamda psixogen va psixosomatik mexanizmlar (stress, tashvish, vegetativ disbalans, somatizatsiya) tizimli ravishda izohlanadi.

Mazkur monografiya tibbiyot va psixologiya yo'nalishlarida ta'lim olayotgan talabalar hamda amaliyotchi mutaxassislar uchun mo'ljallangan bo'lib, sezgi buzilishlarini to'g'ri baholash, norma va patologiyani farqlash, shikoyat va obyektiv tekshiruv natijalarini solishtirish hamda differensial diagnostika tamoyillarini tushunishga yordam beradi. Monografiyaning amaliy qiymati shundaki, u sezgi buzilishlarini erta aniqlash, ortiqcha xulosa chiqarishdan saqlanish va klinik tafakkurni to'g'ri yo'naltirish uchun zarur nazariy hamda metodik asosni beradi.

## ANNOTATION

This monograph examines sensory processes, which represent the earliest and one of the most important links in human mental activity, from the perspectives of both normal function and pathology. It scientifically explains the physiological foundations of visual, auditory, olfactory, gustatory, cutaneous-tactile, pain, temperature, vestibular, and proprioceptive sensations, the mechanisms of their processing in the central nervous system, and their psychological interpretation.

Under normal conditions, sensation is the primary information entering consciousness about the external world and the internal state of the body, serving as the main "input signal" for the formation of perception, thinking, memory, and emotional responses. The normal functioning of sensation is ensured by the coordinated activity of receptors, neural conduction pathways, and cortical centers of the brain. The monograph analyzes normal sensory parameters, sensory thresholds, adaptation, sensory differentiation, and psychological factors influencing sensory processes, including attention, fatigue, and stress.

Within the framework of psychopathology, disturbances of sensory processes — that is, quantitative changes in sensation (increase or decrease) as well as qualitative changes (strange, vague, or unpleasant perception) — are explained through clinical examples. The monograph provides a detailed discussion of the most important types of sensory disturbances: hyperesthesia, hypoesthesia, anesthesia, paresthesia, dysesthesia, senestopathy, as well as pain-related conditions such as hyperalgesia, allodynia, and analgesia.

The monograph also systematically explains the causes of sensory disturbances, including organic neurological factors (peripheral nerve injury, radiculopathy, stroke, trauma, demyelination), metabolic and toxic factors (diabetic neuropathy, vitamin B12 deficiency, intoxication), and psychogenic as well as psychosomatic mechanisms (stress, anxiety, autonomic imbalance, somatization).

This monograph is intended for students studying medicine and psychology, as well as for practicing specialists. It helps readers correctly assess sensory disturbances, distinguish normality from pathology, compare patient complaints with objective examination findings, and understand the principles of differential diagnosis. The practical value of the monograph lies in providing the necessary theoretical and methodological foundation for the early detection of sensory disturbances, avoiding overinterpretation, and guiding clinical thinking in the right direction.

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

<b>АН</b>	— анестезия
<b>АНГ</b>	— аналгезия
<b>АЛ</b>	— аллодиния
<b>ГА</b>	— гипералгезия
<b>ГЭ</b>	— гиперестезия
<b>ГиЭ</b>	— гипестезия (гипоестезия)
<b>ДП</b>	— деперсонализация
<b>ДР</b>	— дереализация
<b>ДЗ</b>	— дизестезия
<b>КТ</b>	— компьютерная томография
<b>МРТ</b>	— магнитно-резонансная томография
<b>НО</b>	— нарушения ощущений (сенсорные нарушения)
<b>СС</b>	— сенсорная система (анализатор)
<b>ПА</b>	— порог анализатора (сенсорный порог, порог ощущений)
<b>ИА</b>	— индекс адаптации
<b>ВНС</b>	— вегетативная нервная система
<b>ЧНФ</b>	— функции черепных нервов
<b>ГМ</b>	— головной мозг (центральные структуры)
<b>Vit B12</b>	— витамин B12
<b>ПР</b>	— парестезия
<b>СЕН</b>	— сенестопатия
<b>Пр<sub>о</sub></b>	— проба Ромберга
<b>ПСР</b>	— психосоматические расстройства
<b>ПГР</b>	— психогенные расстройства
<b>СНС</b>	— симпатическая нервная система
<b>ПСНС</b>	— парасимпатическая нервная система
<b>ТТГ</b>	— тиреотропный гормон
<b>НbA1c</b>	— гликированный гемоглобин
<b>ТТЧ</b>	— тест тактильной чувствительности
<b>ТБЧ</b>	— тест болевой чувствительности
<b>ТТмЧ</b>	— тест температурной чувствительности
<b>ТВЧ</b>	— тест вибрационной чувствительности
<b>ТПЧ</b>	— тест проприоцептивной чувствительности
<b>ЦНС</b>	— центральная нервная система
<b>ПНС</b>	— периферическая нервная система
<b>ЭМГ</b>	— электромиография
<b>ЭЭГ</b>	— электроэнцефалография

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ОЩУЩЕНИЙ....	13
1.1. Понятие ощущения и его психологическая сущность.....	13
1.2. Физиологические основы ощущений.....	17
1.3. Виды ощущений.....	21
1.4. Основные свойства ощущений.....	25
1.5. Пороги ощущений: абсолютный и дифференциальный.....	34
1.6. Адаптация и сенсбилизация.....	42
1.7. Взаимодействие ощущений и синестезия.....	47
1.8. Связь ощущений с восприятием и вниманием.....	54
ГЛАВА II. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.....	60
2.1. Этапы выявления сенсорных нарушений.....	60
2.2. Клинико-психологический диагностический алгоритм.....	68
2.3. Оценка психопатологических симптомов.....	77
2.4. Психологические подходы к исследованию ощущений.....	85
2.5. Клиническая беседа и метод наблюдения.....	92
2.6. Критерии оценки ощущений и психодиагностические методы.....	98
2.7. Возрастные особенности формирования ощущений.....	105
2.8. Влияние эмоций и стресса на ощущения.....	112
2.9. Роль ощущений в учебной и трудовой деятельности.....	117
2.10. Развитие сенсорных функций и тренинговые методы.....	121
ГЛАВА III. ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОЩУЩЕНИЙ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ.....	126
3.1. Общее понятие о нарушениях ощущений.....	126
3.2. Классификация сенсорных расстройств.....	134
3.3. Гиперестезия и гипестезия: причины и проявления.....	142
3.4. Анестезия и парестезии.....	150
3.5. Сенестопатии: виды и клинические особенности.....	157
3.6. Сенсорные нарушения при психосоматических расстройствах.....	164
3.7. Сенсорные нарушения при неврологических заболеваниях.....	172
3.8. Дифференциальная диагностика сенсорных расстройств..	178
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	186
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	188

## MUNDARIJA

KIRISH.....	8
I-BOB. SEZGI PSIXOLOGIYASINING NAZARIY ASOSLARI.....	13
1.1. Sezgi tushunchasi va psixologik mohiyati.....	13
1.2. Sezginging fiziologik asoslari.....	17
1.3. Sezgi turlari.....	21
1.4. Sezginging asosiy xususiyatlari.....	25
1.5. Sezgi chegaralari: absolyut va differensial sezuvchanlik.....	34
1.6. Adaptatsiya va sensibilizatsiya jarayonlari.....	42
1.7. Sezgilarning o‘zaro ta’siri va sinesteziya.....	47
1.8. Sezgi va idrok o‘rtasidagi bog‘liqlik.....	54
II-BOB. SEZGINI O‘RGANISH METODLARI VA AMALIY AHAMIYATI.....	60
2.1. Sezgi buzilishlarini aniqlash bosqichlari.....	60
2.2. Klinik-psixologik diagnostika algoritmi.....	68
2.3. Psixopatologik simptomlarni baholash.....	77
2.4. Sezgining tekshirishda psixologik yondashuvlar.....	85
2.5. Klinik-psixologik suhbat va kuzatish usuli.....	92
2.6. Sezgilarni baholash mezonlari va testlar.....	98
2.7. Sezgi jarayonining yoshga oid xususiyatlari.....	105
2.8. Sezgi va emotsional holat o‘zaro ta’siri.....	112
2.9. Sezginging o‘qish va mehnat faoliyatidagi ahamiyati.....	117
2.10. Sezgilarni rivojlantirish va trening usullari.....	121
III-BOB. SEZGI PSIXOPATOLOGIYASI: ASOSIY TUSHUNCHA VA TASNIF.....	126
3.1. Sezgi buzilishlari haqida umumiy tushuncha.....	126
3.2. Sezgi buzilishlarining klinik tasnifi.....	134
3.3. Giperesteziya va gipesteziya: sabablari va belgilari.....	142
3.4. Anesteziya va paresteziyalar.....	150
3.5. Senestopatiya: turlari, klinik ko‘rinishlari.....	157
3.6. Psixosomatik holatlarda sezgi buzilishlari.....	164
3.7. Nevrologik kasalliklarda sezgi buzilishlari.....	172
3.8. Sezgi buzilishlarining differensial tashxisi.....	178
XULOSA.....	186
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....	188

## CONTENTS

INTRODUCTION.....	8
CHAPTER I. THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE PSYCHOLOGY OF SENSATION.....	13
1.1. The concept of sensation and its psychological meaning.....	13
1.2. Physiological bases of sensation.....	17
1.3. Types of sensations.....	21
1.4. Main properties of sensation.....	25
1.5. Sensory thresholds: absolute and differential thresholds.....	34
1.6. Sensory adaptation and sensitization.....	42
1.7. Interaction of sensations and synesthesia.....	47
1.8. Relationship between sensation, perception, and attention.....	54
CHAPTER II. METHODS OF STUDYING SENSATION AND ITS PRACTICAL SIGNIFICANCE.....	60
2.1. Stages of identifying sensory disturbances.....	60
2.2. Clinical and psychological diagnostic algorithm.....	68
2.3. Assessment of psychopathological symptoms.....	77
2.4. Psychological approaches to the study of sensations.....	85
2.5. Clinical interview and observation methods.....	92
2.6. Criteria for assessing sensations and psychodiagnostic tools.....	98
2.7. Age-related characteristics of sensory development.....	105
2.8. Effects of emotions and stress on sensations.....	112
2.9. The role of sensation in learning and work activities.....	117
2.10. Development of sensory functions: training techniques.....	121
CHAPTER III. PSYCHOPATHOLOGY OF SENSATION: BASIC CONCEPTS AND CLASSIFICATION.....	126
3.1. General concept of sensory disturbances.....	126
3.2. Classification of sensory disorders.....	134
3.3. Hyperesthesia and hypoesthesia: causes and clinical features....	142
3.4. Anesthesia and paresthesia.....	150
3.5. Senestopathies: types and clinical characteristics.....	157
3.6. Sensory disturbances in psychosomatic disorders.....	164
3.7. Sensory disturbances in neurological diseases.....	172
3.8. Differential diagnosis of sensory disorders.....	178
CONCLUSION.....	186
REFERENCES.....	188

## ВВЕДЕНИЕ

Ощущение (сенсация) является одним из самых ранних и наиболее важных структурных компонентов психики человека, обеспечивая отражение в сознании воздействий, поступающих из внешнего и внутреннего мира. Именно благодаря процессу ощущений личность получает возможность понимать окружающую среду, оценивать происходящие события, своевременно распознавать угрозы и формировать адаптивное поведение. Такие сложные психические процессы, как восприятие, внимание, мышление, речь и память, также тесно связаны с правильным и адекватным протеканием ощущений [2,6,14]. Поэтому глубокое изучение психологии ощущений имеет большое научно-практическое значение не только для общей психологии, но и для клинической психологии, психиатрии и наркологической практики [3,11,21].

Физиологической основой ощущений является деятельность анализаторных систем. Анализаторы представляют собой сложную интеграцию рецепторного аппарата, нервных путей и корковых отделов центральной нервной системы. Любые функциональные или органические нарушения в данной системе могут приводить к изменению уровня чувствительности, неправильному восприятию воздействий и, как следствие, к нарушению психической адаптации [4,8,17]. Ощущения подразделяются на экстероцептивные (внешние), интероцептивные (внутренние) и проприоцептивные (двигательно-мышечные). Данная классификация имеет важное значение при клиническом обследовании, поскольку позволяет правильно интерпретировать жалобы пациента, выявлять этиологические факторы и проводить дифференциальную диагностику [7,9,18].

Процесс ощущений обеспечивает не только биологические механизмы защиты, но и тесно связан с субъективным опытом личности, эмоциональным состоянием и реактивностью к стрессу. Например, выраженная тревога, депрессивное состояние, соматовегетативное напряжение могут усиливать или ослаблять интенсивность ощущений, приводить к восприятию боли как

«более сильной», повышать чувствительность к звуку и свету [10,13,22]. Наряду с этим такие закономерности, как сенсбилизация и адаптация, являются ключевыми направлениями для понимания динамики ощущений как в повседневной жизни, так и в клинической практике [1,15,20]. В практической деятельности у одних пациентов может наблюдаться повышенная чувствительность (гиперестезия) к звуку, запахам, свету или болевым воздействиям, у других — снижение чувствительности (гипестезия) либо её утрата (анестезия) [12,16,25]. Парестезии (онемение, покалывание, «ползание мурашек») и сенестопатии (неприятные, странные, трудноописуемые внутренние ощущения) относятся к симптомам, которые часто встречаются на границе неврологических и психических заболеваний и требуют глубокого клинического анализа [19,23,27].

Психопатология ощущений раскрывает особенности сенсорных нарушений при расстройствах шизофренического спектра, аффективных заболеваниях, невротических состояниях, психосоматических расстройствах, а также при клинических ситуациях, связанных с зависимостью от психоактивных веществ. Особенно часто в наркологической практике отмечается усиление сенсорных нарушений в периоды интоксикации или абстиненции, что оказывает влияние на поведение пациента и его эмоциональную устойчивость [24,26,37]. В таких случаях раннее выявление сенсорных расстройств, их клиническая оценка, выделение факторов риска и определение мер психокоррекции являются важным звеном профилактического подхода [28,31,40]. В этой связи знание механизмов происхождения сенсорных нарушений, их связи с психопатологическими синдромами и критериев дифференциальной диагностики является необходимой компетенцией специалиста [29,33,41].

Основная цель данного учебного пособия заключается в систематическом изложении психологических основ процесса ощущений, объяснении клинических проявлений и механизмов сенсорных нарушений, а также в формировании у студентов и специалистов практических навыков

диагностики [30,34,42]. В пособии освещены вопросы использования клинической беседы и метода наблюдения, критерии оценки сенсорных расстройств, простые алгоритмы проверки чувствительности, принципы дифференциальной диагностики и общие подходы к коррекции [5,32,43]. Кроме того, предполагается развитие клинического мышления у обучающихся и повышение уровня подготовки к практической деятельности за счёт применения ситуационных задач (кейсов) и тестовых заданий в образовательном процессе [35,36,44].

Подводя итог, следует отметить, что изучение психологии и психопатологии ощущений позволяет глубже понять основные звенья психической деятельности личности, своевременно выявлять заболевания, налаживать эффективное взаимодействие с пациентом, а также правильно организовывать комплексный лечебно-реабилитационный процесс [38,39,45]. Данное учебное пособие, объединяя теоретические знания о процессах ощущений с клинической практикой, будет служить важным руководством для будущих психологов, врачей-психиатров, наркологов и медицинских работников [46,47].

Благодаря деятельности ощущений человек своевременно распознаёт факторы риска во внешней среде, обеспечивает самозащиту, управляет повседневной активностью и демонстрирует адекватное поведение в социальных взаимодействиях. Поэтому изучение психологии ощущений и их патологических нарушений является одним из актуальных направлений не только в общей психологии, но и в клинической психологии, психиатрии и наркологической практике [2,5,11].

В современных условиях рост стрессовых факторов в обществе, усиление информационной нагрузки, нарушения сна, эмоциональное перенапряжение, вредные привычки и увеличение распространённости зависимого поведения способствуют возникновению функциональных изменений в сенсорных процессах. В такой ситуации нарушение ощущений проявляется не только как обычный дискомфорт, но и может сопровождаться снижением качества

жизни, уменьшением эффективности учебной и трудовой деятельности, психоэмоциональной нестабильностью и нарушением социальной адаптации [6,10,18]. Особенно важно отметить, что такие сенсорные расстройства, как гиперестезия, гипестезия, парестезии и сенестопатии, нередко выступают ранними признаками неврологических и психиатрических заболеваний, а их своевременное выявление и дифференциальная оценка играют существенную роль в постановке клинического диагноза [4,9,17].

Психопатология ощущений встречается в различных формах при расстройствах шизофренического спектра, аффективных заболеваниях, неврозах, психосоматических состояниях, а также в клинических ситуациях, протекающих на фоне зависимости от психоактивных веществ. В наркологической практике усиление сенсорных нарушений в периоды интоксикации и абстиненции с высокой вероятностью может приводить к резким изменениям поведения пациента, повышенной напряжённости, тревожности, агрессивности и дезадаптации. В связи с этим глубокое изучение механизмов данных расстройств, разработка критериев клинической оценки и совершенствование коррекционных подходов имеют особое значение в современной системе медико-психологической помощи [24,26,37].

Кроме того, сенсорные нарушения во многих случаях вызывают вторичные изменения в процессах восприятия, внимания, памяти и мышления, что оказывает отрицательное влияние на общую психическую деятельность личности. В практической работе при неправильной оценке сенсорных расстройств, запоздалом выявлении их причин либо игнорировании симптомов клиническое состояние может усугубляться, а эффективность лечения — снижаться. Поэтому необходимо широко внедрять в практику методы оценки ощущений, алгоритмы клинической беседы и наблюдения, а также психодиагностические тесты [12,21,33].

Таким образом, систематическое обучение знаниям по психологии и психопатологии ощущений, формирование у студентов клинического мышления и развитие у будущих специалистов компетенций раннего

выявления сенсорных нарушений являются одной из актуальных задач. Подготовка учебного пособия по данной теме позволяет объединить теоретические знания с клинической практикой, совершенствовать диагностические и реабилитационные подходы, а также укреплять научно-практическую основу, направленную на сохранение психического здоровья [1,34,47].

# ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ОЩУЩЕНИЙ.

## 1.1. Понятие ощущения и его психологическая сущность.

Ощущение является «входными воротами» психической деятельности, поскольку именно через него формируется первичная информационная база, необходимая для развития и функционирования таких сложных познавательных процессов, как восприятие, внимание, память, мышление и речь. Следовательно, изучение ощущений имеет важное научно-практическое значение не только в общей психологии, но и в клинической психологии и психиатрии, где сенсорные нарушения нередко выступают ранними проявлениями различных расстройств [2,6,14].

Теоретические основы ощущения, прежде всего, связаны с его психофизиологическими механизмами. Процесс ощущения реализуется через деятельность анализаторных систем: рецепторы воспринимают воздействие, по нервным проводящим путям импульсы передаются в центральную нервную систему, а в корковых отделах головного мозга информация перерабатывается и формируется сенсорный образ. Функциональные или органические нарушения на любом этапе данной системы могут приводить к повышению либо снижению чувствительности, а также к возникновению различных сенсорных расстройств. Таким образом, теоретический анализ ощущений требует объединения психологического и физиологического подходов [4,8,17].

С психологической точки зрения ощущение отражает отдельные свойства предметов и явлений — цвет, звук, температуру, запах, вкус, боль и другие параметры внешней и внутренней среды. При этом ощущение не формирует целостного образа объекта, а передаёт лишь отдельные его признаки. Целостное восприятие формируется на последующем этапе — в процессе восприятия, где сенсорные элементы объединяются в единый предметный образ. Следовательно, ощущение и восприятие находятся в

тесной взаимосвязи, а качество ощущений непосредственно влияет на точность и полноту восприятия [7,9,18].

Кроме того, процесс ощущений тесно связан с эмоциональным состоянием личности, её мотивацией и актуальными потребностями. Так, стресс и тревожность могут усиливать чувствительность и приводить к субъективному ощущению чрезмерной выраженности стимулов, тогда как усталость и истощение нервной системы, напротив, способны снижать сенсорную восприимчивость и ухудшать качество отражения воздействий [10,13,22].

Ощущения подразделяются на экстероцептивные (внешние), интероцептивные (внутренние) и проприоцептивные (двигательно-мышечные). Данная классификация имеет важное практическое значение: она помогает определить источник сенсорного сигнала, правильно интерпретировать клинические жалобы и проводить дифференциальную диагностику. В процессе ощущений наблюдаются такие закономерности, как абсолютные и дифференциальные пороги чувствительности, а также адаптация и сенсбилизация. Например, привыкание к сильному запаху является проявлением адаптации, тогда как усиление чувствительности в определённых условиях отражает механизм сенсбилизации [1,15,20].

Таким образом, ощущение (сенсация) представляет собой наиболее простой, но одновременно фундаментальный компонент психической деятельности, обеспечивающий приём и первичную переработку сигналов внешнего мира и внутреннего состояния организма. Благодаря ощущениям человек вступает в непосредственный контакт с реальностью, выделяет сенсорные характеристики среды и формирует основу для дальнейшего познания на уровне восприятия. При отсутствии полноценного ощущения становится затруднённым понимание окружающей действительности, снижение адаптационных возможностей и управление повседневной деятельностью. Именно поэтому психология ощущений занимает ключевое место в системе знаний общей психологии и клинических дисциплин [3,11,21].

Психологическая трактовка ощущения заключается в том, что оно представляет собой отражение в сознании отдельных свойств предметов и явлений. Например, сладость плода воспринимается через вкусовые ощущения, аромат букета — через обонятельные ощущения, а холод прикосновения — через температурные ощущения. В подобных случаях ощущение отражает объект не как целостный образ, а лишь в виде отдельных качеств и признаков. Следовательно, ощущение предоставляет «первичную информацию», тогда как восприятие объединяет эту информацию и формирует целостный образ предмета. Именно поэтому ощущение и восприятие являются неразрывными процессами, которые во взаимодействии обеспечивают познание реальности [6,14,27]. Хотя по своей природе ощущение связано с рефлекторными механизмами, его содержание напрямую зависит от эмоционального состояния личности, мотивации, потребностей и жизненного опыта. Так, при усилении тревоги или психоэмоционального напряжения обычные звуки могут восприниматься как «слишком громкие» или «раздражающие», а в состоянии усталости нередко наблюдается снижение чувствительности [10,13,22].

Психофизиологическую основу ощущения составляет анализаторная система. Анализаторы представляют собой сложную интегрированную систему, включающую рецепторный аппарат, афферентные нервные пути и корковые отделы центральной нервной системы. После раздражения рецепторов нервные импульсы поступают в центральные отделы и перерабатываются в коре головного мозга. В результате формируется сенсорный образ. Поэтому нарушения функции рецепторов, повреждение нервных волокон или функциональные изменения в мозговых центрах могут приводить к повышению, снижению или неправильному протеканию чувствительности [4,8,17]. Полноценное функционирование анализаторных систем обеспечивает не только точность ощущений, но и общую психическую устойчивость личности и её адаптационные возможности.

Ощущения чаще всего подразделяются на экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные. Экстероцептивные ощущения охватывают сигналы, поступающие из внешней среды, и проявляются в виде зрения, слуха, кожной чувствительности и других модальностей. Интероцептивные ощущения отражают деятельность внутренних органов и физиологические потребности организма (чувство голода, жажды, внутреннюю боль, дискомфорт). Проприоцептивные ощущения связаны с сигналами, поступающими от мышц, сухожилий и системы равновесия, участвуя в регуляции координации движений и контроля положения тела. Данная классификация имеет важное практическое значение, так как помогает правильно понимать жалобы пациента, определять источник сенсорных нарушений и проводить клиническую оценку состояния [7,9,18].

К основным характеристикам ощущений относят интенсивность, длительность, точность, а также пороги чувствительности. Абсолютный порог — это минимальная величина раздражителя, при которой возникает ощущение, тогда как дифференциальный порог означает минимальную разницу между двумя раздражителями, достаточную для различения их человеком. Эти показатели широко применяются в психодиагностике и клиническом обследовании для оценки уровня сенсорной чувствительности. Ощущения могут изменяться в соответствии с закономерностями адаптации (привыкание к воздействию) и сенсibilизации (повышение чувствительности). Например, привыкание к сильному запаху спустя некоторое время является проявлением адаптации, тогда как усиление чувствительности в определённых условиях соответствует сенсibilизации. Ощущения также вступают во взаимное влияние: усиление активности одного анализатора может изменять чувствительность другого. В отдельных случаях наблюдается синестезия, когда стимул одной модальности «вызывает» переживание другой, например восприятие звука как «цветного» или ощущение цвета как «тёплого/холодного» [1,15,20].

Ощущение играет особую роль в жизни человека как биологический защитный механизм. Болевые ощущения предупреждают организм об опасном воздействии, температурные ощущения регулируют адаптацию в условиях холода или жары, а зрительные и слуховые ощущения обеспечивают ориентировку в пространстве, быстрое распознавание угроз, эффективную коммуникацию и организацию деятельности. Вместе с тем ощущение имеет важное значение и в социальных процессах: обучение, профессиональные навыки, творческая активность и коммуникативные отношения во многом опираются на полноценное функционирование сенсорной системы. Особенно в медицинской и психологической практике оценка сенсорных жалоб пациента, понимание их психологического и клинического содержания является важной частью диагностического процесса. Нарушения ощущений нередко выступают первыми признаками неврологических и психиатрических заболеваний, а их раннее выявление повышает точность клинического диагноза [12,19,33].

Подводя итог, следует отметить, что ощущение как первичное и базовое звено психической деятельности играет решающую роль в познании человеком окружающей действительности. Глубокое изучение понятия ощущения и его психологической сущности позволяет различать нормальные и патологические состояния, корректно применять психодиагностические критерии, анализировать сенсорные жалобы в ходе клинической беседы, а также планировать коррекционные подходы. Именно поэтому знания по психологии ощущений имеют важное научно-практическое значение для будущих психологов, врачей-психиатров, наркологов и других специалистов [1-7].

## **1.2. Физиологические основы ощущений (анализаторные системы).**

Физиологические основы процесса ощущений реализуются благодаря сложным механизмам восприятия внешних и внутренних воздействий, передачи сенсорной информации в центральную нервную систему и её последующей переработки в корковых структурах головного мозга. Хотя в

психологии ощущение рассматривается как «первичный познавательный процесс», его возникновение и адекватное протекание прежде всего зависят от устойчивой работы нервной системы и целостности анализаторных систем [2,6,14]. Поэтому изучение физиологических основ ощущений не только укрепляет теоретическую подготовку, но и позволяет правильно понимать и оценивать причины сенсорных нарушений в клинической практике [4,8,17].

Под анализаторной системой понимают функциональную систему, обеспечивающую возникновение ощущений и переработку поступающей информации. Согласно классическому определению, любой анализатор включает три основных звена:

- рецепторный аппарат (принимающее звено),
- проводящие нервные пути (афферентные волокна),
- центральный отдел (кора больших полушарий и подкорковые центры).

Только при согласованной работе всех указанных звеньев процесс ощущений формируется полноценно и адекватно. Если одно из звеньев повреждается либо функционирует недостаточно, возникают изменения чувствительности: её снижение, повышение или различные формы нарушений [7,9,18].

Восприятие человеком воздействий внешней среды и внутреннего состояния организма осуществляется посредством процесса ощущений. Ощущение является наиболее первичным звеном психической деятельности и создаёт основу для последующих более сложных познавательных процессов — восприятия, внимания, памяти и мышления. Возникновение и правильное формирование ощущений зависит от деятельности анализаторных систем: рецепторный аппарат принимает раздражение, проводящие нервные пути доставляют импульсы в центральную нервную систему, а центральные отделы (кора и подкорковые структуры) перерабатывают информацию и формируют сенсорный образ. В рамках данной темы рассматриваются физиологические механизмы процесса ощущений, типы рецепторов, особенности нервных путей, а также функциональная роль центральных отделов анализаторов.



**Рисунок 1. Физиологические основы ощущений: анализаторная система (рецептор – нервные пути – центральный отдел).**

Рецепторы воспринимают воздействие и формируют нервные импульсы, проводящие пути доставляют эти импульсы в центральный отдел, а мозговые центры анализируют сенсорные сигналы и формируют в сознании образ ощущения. Любые функциональные либо органические изменения на любом звене анализаторной системы могут приводить к усилению или снижению чувствительности (сенсибилизация, гипестезия), к развитию механизмов приспособления (адаптация), а также к возникновению таких нарушений, как парестезии. Именно поэтому глубокое понимание анализаторной системы имеет важное значение для раннего выявления сенсорных расстройств, проведения дифференциальной диагностики и обоснования коррекционных подходов.

Рецепторный аппарат является начальным звеном анализатора: он воспринимает внешние или внутренние воздействия и преобразует их в нервные импульсы. По локализации рецепторы подразделяются на экстерорецепторы (кожа, глаза, уши, нос, язык), интерорецепторы

(внутренние органы, кровеносные сосуды) и проприорецепторы (мышцы, сухожилия, суставы). Каждый рецептор «настроен» на определённый вид раздражителя, то есть обладает специфической чувствительностью. Например, фоторецепторы воспринимают свет, механорецепторы — давление и вибрацию, терморецепторы — тепло и холод, а хеморецепторы — запах и вкус. В зависимости от силы воздействия рецепторы возбуждаются в определённой степени, что связано с формированием абсолютного порога ощущения и уровня чувствительности [1,15,20].

Вторым звеном анализатора являются проводящие нервные пути, которые доставляют импульсы, сформированные рецепторами, в центральную нервную систему. Эти пути проходят через периферические нервы, спинной мозг и высшие центры, обеспечивая передачу сенсорной информации в мозговые структуры. Повреждение или сдавление проводящих путей (например, при нейропатии, травме, остеохондрозе, нарушениях кровообращения) может приводить к появлению парестезий, гипестезии или анестезии. В подобных ситуациях сенсорные нарушения часто встречаются в неврологической практике и имеют важное значение для дифференциальной диагностики [12,16,25].

Третьим звеном анализатора является центральный отдел, включающий кору головного мозга и подкорковые структуры. Именно на этом уровне поступающие импульсы анализируются, синтезируются и формируется субъективный образ ощущения. Сенсорные зоны коры (зрительная, слуховая, соматосенсорная области) рассматриваются как «высшие центры» анализаторов. Подкорковые структуры участвуют в первичной обработке сигналов и обеспечении рефлекторных реакций. Функциональное состояние центрального отдела определяет точность, скорость и динамику чувствительности. Так, выраженный стресс, бессонница или интоксикация могут ослаблять центральную регуляцию и вызывать нестабильность сенсорных процессов [10,13,22].

В деятельности анализаторных систем важную роль играет баланс процессов возбуждения и торможения. При нарушении данного равновесия изменяется интенсивность ощущений: при преобладании возбуждения возможна гиперестезия, а при усилении торможения — гипестезия. Кроме того, анализаторы находятся во взаимном взаимодействии: усиление активности одного анализатора способно изменять чувствительность другого. Феномен синестезии также объясняется такими функциональными межанализаторными связями. Всё это подтверждает, что физиологические основы ощущений связаны не с отдельным органом, а с комплексной интеграцией всей нервной системы [19,23,27].

Подводя итог, следует отметить, что физиологическая основа процесса ощущений определяется функционированием анализаторных систем. Согласованная работа рецепторного аппарата, проводящих путей и центрального отдела обеспечивает нормальное протекание ощущений, тогда как любые нарушения на этих уровнях могут приводить к сенсорной патологии. Поэтому глубокое изучение анализаторной системы имеет важное научно-практическое значение для психологического анализа, клинической диагностики и коррекции сенсорных нарушений [12].

### **1.3. Виды ощущений (экстероцептивные, интероцептивные, проприоцептивные).**

Виды ощущений различаются в зависимости от каналов восприятия внешней и внутренней информации, поступающей в организм человека. Процесс ощущений не только обеспечивает связь человека с окружающей средой, но и играет существенную роль в регуляции внутреннего состояния организма и двигательной активности. Поэтому классификация ощущений необходима для более глубокого понимания их механизмов, правильной оценки сенсорных нарушений и проведения дифференциальной диагностики в клинической практике [2,6,14]. В практической психологии и медицине наиболее распространённой является классификация, согласно которой

ощущения подразделяются на экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные [7,9,18].

Экстероцептивные ощущения связаны с восприятием сигналов, поступающих из внешней среды, и формируют первичные представления человека о предметах, явлениях и ситуациях. Они включают зрение, слух, обоняние, вкус, а также кожную чувствительность (осязание, давление, температуру и боль). Экстероцептивные ощущения выполняют жизненно важную защитную функцию: например, резкий звук может сигнализировать об опасности, а ощущение тепла или холода помогает предотвратить травматизацию. Зрительные и слуховые ощущения имеют ведущую роль в пространственной ориентации, координации движений, коммуникации и эффективном усвоении информации в процессе обучения [1,15,20]. Качество экстероцептивных ощущений влияет на точность процесса восприятия, поскольку именно на основе этих сигналов формируется целостный образ объекта [3,11,21].

Интероцептивные ощущения отражают сигналы, поступающие из внутренней среды организма. К ним относятся ощущения, связанные с деятельностью внутренних органов, обменом веществ, кровообращением, дыхательной системой и другими физиологическими процессами. Такие состояния, как голод, жажда, внутренняя боль, тошнота, учащение сердцебиения, одышка и другие проявления, осознаются человеком именно через интероцептивные ощущения. Их основная функция заключается в сигнализации о потребностях организма и содействии поддержанию внутреннего равновесия. Интероцептивные ощущения тесно связаны и с эмоциональным состоянием личности: в период стресса или тревоги могут наблюдаться усиление сердцебиения, учащение дыхания, чувство «внутреннего беспокойства» [10,13,22]. В клинической практике интероцептивные ощущения часто выступают важными диагностическими признаками при психосоматических заболеваниях, неврозах и депрессивных состояниях [12,21,33].

Проприоцептивные ощущения (мышечно-двигательные ощущения) связаны с контролем положения тела, координацией движений и поддержанием равновесия. Они формируются на основе сигналов, поступающих от мышц, сухожилий, суставов и вестибулярного аппарата. Проприоцептивные ощущения обеспечивают человеку возможность точно координировать движения, контролировать положение тела в пространстве и управлять последовательностью двигательных актов. Например, даже с закрытыми глазами человек способен определить положение руки, сохранять равновесие при ходьбе, выполнять тонкие движения (письмо, шитьё, хирургические манипуляции), что напрямую зависит от функционирования проприоцептивной системы [4,8,17]. При нарушении данных ощущений могут возникать шаткость походки, неуверенность движений, потеря равновесия, ощущение «чуждости» частей тела. Подобные проявления встречаются не только при неврологических заболеваниях, но и при некоторых психических расстройствах [19,23,27].

Ощущение является одним из наиболее первичных процессов психики, обеспечивающим приём воздействий из внешней среды и внутреннего состояния организма и их отражение в сознании. Ощущения имеют важное значение в жизнедеятельности человека, так как способствуют познанию окружающей среды, осознанию потребностей организма и координации движений. Изучение видов ощущений имеет большое значение как в психологии, так и в клинической практике, поскольку помогает классифицировать жалобы пациента по источнику, правильно оценивать сенсорные нарушения и проводить дифференциальную диагностику. В рамках данной темы ощущения подразделяются на экстероцептивные (внешние), интероцептивные (внутренние) и проприоцептивные (двигательно-мышечные), раскрываются их содержание, функции и практическая значимость.



***Рисунок 2. Виды ощущений: экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные ощущения.***

Ощущения в жизни человека проявляются в трёх основных направлениях: экстероцептивные ощущения воспринимают сигналы, поступающие из внешней среды, и обеспечивают познание окружающего мира; интероцептивные ощущения отражают внутреннее состояние организма и его потребности; проприоцептивные ощущения отвечают за положение тела, координацию движений и поддержание равновесия. Данная классификация является важной теоретико-практической основой для глубокого понимания сенсорных процессов, выявления источника сенсорных нарушений и выбора правильной тактики клинической оценки.

Практическая значимость подобного деления заключается в том, что оно позволяет дифференцировать жалобы пациента по их происхождению. Например, непереносимость яркого света или раздражение от сильного шума чаще связано с экстероцептивной системой, неприятные ощущения в области сердца или чувство внутреннего «давления» — с интероцептивной системой, а неустойчивость движений и потеря равновесия — с проприоцептивной системой. Кроме того, ощущения способны взаимодействовать между собой:

при повышении чувствительности одного анализатора активность другого может изменяться. Так, при снижении зрительной чувствительности в темноте часто усиливается слуховая восприимчивость. Подобное явление отражает адаптационно-компенсаторные механизмы сенсорной системы [5,32,43].

Виды ощущений зависят и от индивидуально-психологических особенностей человека. У некоторых лиц наиболее развиты зрительные и слуховые ощущения, у других — обонятельная или вкусовая чувствительность. Существенное влияние оказывает и профессиональная деятельность: например, у музыкантов развивается высокая слуховая чувствительность, у врачей и массажистов — тактильные ощущения, у поваров — обонятельно-вкусовая сенсорика. Эти особенности показывают, что сенсорные функции укрепляются не только биологическими предпосылками, но и опытом, а также систематической тренировкой [28,31,40].

Таким образом, экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные ощущения являются ключевыми средствами познания внешней среды, контроля внутреннего состояния организма и управления двигательной активностью. Данная классификация имеет важное значение для углублённого понимания механизмов ощущений, раннего выявления сенсорных нарушений и выбора оптимального подхода при клинической оценке.

#### **1.4. Основные свойства ощущений (интенсивность, длительность, точность).**

Ощущение является одним из наиболее первичных и универсальных познавательных процессов психики человека. Оно обеспечивает восприятие воздействий из внешней среды и внутреннего состояния организма, передачу сенсорной информации в виде нервных импульсов в центральную нервную систему и её отражение в сознании. Ощущения создают основу для формирования более сложных психических функций — восприятия, внимания, памяти, мышления и речи. Наряду с этим сенсорные процессы

активизируют биологические защитные механизмы, участвуют в регуляции деятельности, обеспечивают адаптацию к условиям среды и упорядочивают поток информации в социальном взаимодействии. Именно поэтому при изучении психологии ощущений особое внимание уделяется их основным свойствам.

Характер протекания ощущений, степень их эффективности и адекватности определяется тремя ведущими показателями: интенсивностью, длительностью и точностью. Эти характеристики имеют значение не только для теоретической психологии, но и для клинической практики (психиатрии, наркологии, неврологии и клинической психологии), поскольку позволяют оценивать сенсорные нарушения, уточнять особенности состояния пациента и проводить диагностическую интерпретацию симптомов [14].

*Таблица 1.*

***Клинические нарушения свойств ощущений и их диагностическая значимость.***

<b>Свойство</b>	<b>Нарушение</b>	<b>Клиническое проявление (пример)</b>	<b>Чаще встречается при</b>
Интенсивность	Гиперестезия / гипестезия	Непереносимость света / снижение чувствительности	Невроз, стресс, интоксикация
Длительность	Удлинение / укорочение	Слишком длительное сохранение ощущения	Абстиненция, сенестопатии
Точность	Снижение	Трудности различения воздействия	Нейропатии, утомление, психогенные факторы

Под свойствами ощущений понимают качественные и количественные особенности проявления сенсорного процесса. Любое ощущение может изменяться в зависимости от силы раздражителя, продолжительности воздействия, уровня возбудимости рецепторов, функционального состояния анализаторной системы, общего психофизиологического состояния личности и психологических факторов. Как правило, интенсивность ощущения

изменяется пропорционально силе раздражителя; длительность зависит от времени воздействия и особенностей переработки информации в нервной системе; точность отражает способность различать раздражители, выделять их признаки и адекватно воспринимать воздействие. Именно эти три характеристики являются ключевыми критериями оценки устойчивости и эффективности сенсорных процессов.

**Таблица 2.**

***Основные свойства ощущений и их психологическое содержание.***

<b>Свойство ощущения</b>	<b>Содержание (определение)</b>	<b>Пример из повседневной жизни</b>	<b>Психологические факторы</b>
Интенсивность	Сила, выраженность ощущения	Громкий звук, яркий свет	Внимание, стресс, мотивация
Длительность	Сохранение ощущения во времени	Световой след, шум в ушах	Эмоциональная значимость, внимание
Точность	Различение и правильность восприятия	Различение оттенков, тонких звуков	Опыт, тренировка, утомление

**1. Интенсивность — сила и выраженность ощущения.**

Под интенсивностью ощущения понимают степень его силы, то есть то, насколько «ярко» и выражено проявляется психическое отражение, возникающее в результате воздействия раздражителя. Интенсивность относится к наиболее заметным и сравнительно легко оцениваемым характеристикам сенсорного процесса. В повседневной жизни человек по интенсивности ощущений определяет громкость звука, силу освещения, степень тепла или холода, а также выраженность боли. Например, яркий свет может слепить глаза, громкий звук вызывать дискомфорт в ушах, очень горячий предмет — обжигать руку, а сильное давление — вызывать боль. Все

эти случаи демонстрируют проявление интенсивности ощущения на различных уровнях.

Физиологической основой интенсивности является степень возбуждения рецепторов и сила переработки нервных импульсов в центральной нервной системе. При более мощном раздражителе рецепторы возбуждаются сильнее, увеличивается частота и амплитуда нервных импульсов, в результате чего и сенсорный образ, формирующийся в коре головного мозга, становится более выраженным. Следовательно, существует определённая зависимость между интенсивностью воздействия и интенсивностью ощущения. Однако данная зависимость не всегда имеет строго линейный характер: иногда слабое воздействие может вызывать очень сильное ощущение, а в других случаях даже сильный стимул воспринимается относительно слабо. Такие различия объясняются индивидуальной чувствительностью личности, функциональным состоянием нервной системы, психологическими факторами и процессами адаптации.

Интенсивность ощущений тесно связана с эмоциональным состоянием человека. Так, при тревоге и стрессовом напряжении человек может слышать звуки более резко, воспринимать свет как более раздражающий, а боль — как практически невыносимую. При депрессивных состояниях, напротив, нередко отмечается снижение сенсорной активности: цвета воспринимаются как «тусклые», звуки — как «приглушённые». Это подтверждает, что интенсивность ощущения регулируется не только физиологическими, но и психологическими факторами. Кроме того, интенсивность может зависеть от мотивации и актуальных потребностей: например, у голодного человека запах и вкус пищи ощущаются ярче, а в ситуации опасности даже слабый шум может восприниматься как значимый сигнал.

Одним из важных факторов, влияющих на интенсивность ощущения, является сенсбилизация. Сенсбилизация — это повышение чувствительности нервной системы, приводящее к усилению интенсивности ощущений. Например, в условиях темноты зрительная система постепенно

становится более чувствительной к свету; аналогично, в тихой обстановке усиливается слуховая чувствительность. Сенсбилизация может выступать как компенсаторный механизм: при снижении активности одного анализатора повышается чувствительность другого. Так, при ослаблении зрения у человека может усиливаться слуховая или тактильная чувствительность.

Противоположным процессом является адаптация. Адаптация — это снижение чувствительности и ослабление интенсивности ощущений в результате длительного или повторного воздействия. Так, к сильному запаху человек постепенно «привыкает», и спустя несколько минут ощущает его значительно слабее. Аналогично, после пребывания в темноте глаз адаптируется, и ранее выраженные световые ощущения начинают восприниматься более спокойно. Адаптация является важным физиологическим механизмом, который защищает нервную систему от перегрузки и способствует сохранению функциональной устойчивости.

В клинической практике нарушения интенсивности ощущений проявляются в виде гиперестезии (повышение чувствительности) и гипестезии (снижение чувствительности). При гиперестезии пациент может воспринимать обычные звуки как «слишком громкие», свет — как «резкий», прикосновение — как «болезненное». При гипестезии, напротив, раздражители ощущаются слабее: боль притупляется, возникают трудности различения тепла и холода. Подобные изменения могут наблюдаться при неврологических заболеваниях, психосоматических состояниях, неврозах, аффективных расстройствах и интоксикациях.

## **2. Длительность — временное протекание ощущения.**

Под длительностью ощущения понимают то, как долго сенсорный процесс сохраняется во времени: когда он начинается, когда заканчивается и сколько времени продолжает существовать в сознании. Длительность относится к динамическим характеристикам ощущения и связана со скоростью реакции на раздражитель, «удержанием» ощущения и его угасанием. Ощущение не всегда возникает мгновенно после начала

воздействия: для формирования сенсорного переживания требуется определённое время. Этот период называется латентным (скрытым) периодом. Кроме того, после прекращения воздействия ощущение может сохраняться некоторое время. Например, человек, посмотрев на яркий свет, даже после закрытия глаз может несколько секунд видеть «световой след». Данное явление объясняется инертностью сенсорного процесса и отражает особенности длительности ощущения.

Длительность ощущений зависит от продолжительности воздействия раздражителя: чем дольше действует стимул, тем выше вероятность, что ощущение будет сохраняться дольше. Однако вследствие адаптации при длительном воздействии сила ощущения может постепенно снижаться. Так, монотонный звук сначала ощущается отчетливо, а затем воспринимается как фон и перестаёт привлекать внимание. Длительность также определяется функциональным состоянием рецепторов и нервной системы. При усталости ощущение может быстрее угасать, то есть его длительность сокращается. В некоторых патологических состояниях, напротив, возможно «затяжное» сохранение ощущений и их длительное переживание.

Физиологические механизмы длительности связаны со скоростью передачи нервных импульсов, особенностями работы синапсов, а также балансом процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Быстро реагирующие рецепторы обеспечивают скорое возникновение ощущения, тогда как медленно реагирующие могут приводить к более позднему появлению сенсорного переживания. Важную роль играет и скорость переработки информации в центральных структурах мозга, которая определяет устойчивость ощущения во времени.

Длительность ощущений может зависеть и от психологических факторов. Внимание способно усиливать и удлинять сенсорное переживание. Например, когда человек сознательно концентрируется на определённом звуке, он воспринимает его дольше; при отвлечении внимания ощущение может быстро исчезать. Кроме того, раздражители, имеющие эмоциональную

значимость, чаще запоминаются и субъективно «длятся» дольше. Так, пугающий сигнал или неприятная боль могут сохраняться в переживании значительно продолжительнее обычных нейтральных стимулов.

В клинической практике изменения длительности ощущений имеют диагностическое значение. Например, галлюцинации или сенестопатии нередко отличаются длительным течением и выраженным дискомфортом для пациента. В наркологической практике в период абстиненции сенсорные нарушения могут быть не только интенсивными, но и продолжительными. При неврологических поражениях также возможно замедление или запаздывание сенсорных реакций, что проявляется изменением временных характеристик ощущения.

### **3. Точность — степень различения и адекватного восприятия ощущений.**

Под точностью ощущения понимают способность человека правильно, тонко и чётко воспринимать воздействие, отличать его от других стимулов, а также выделять специфические признаки раздражителя. Точность является качественным показателем ощущения и отражает то, насколько «корректно» функционирует сенсорный процесс. Например, способность хорошо различать цвета, улавливать минимальные различия высоты звука, отличать различные запахи или чувствовать слабые прикосновения свидетельствует о высокой точности ощущений.

Точность тесно связана с порогами чувствительности. Абсолютный порог ощущения — это минимальная сила раздражителя, при которой ощущение вообще возникает, тогда как дифференциальный порог — минимальная разница между двумя воздействиями, необходимая для их различения. Чем меньше дифференциальный порог, тем выше точность ощущений. Так, музыкант способен распознавать даже очень малую разницу в звуках, тогда как обычный человек может её не замечать. Аналогично, высокая точность ощущений проявляется у врача при пальпации, когда он способен выявлять минимальные изменения тканей.

На точность ощущений значимо влияют степень развития рецепторов, функциональное состояние анализаторной системы, устойчивость нервной системы, опыт и тренировка. Профессиональная деятельность может повышать сенсорную точность. Например, у стоматолога или хирурга развиваются тонкие тактильные ощущения, у специалиста лаборатории повышается зрительная точность, у повара совершенствуется вкусообразовательная чувствительность. Это подтверждает, что точность ощущений может целенаправленно формироваться в процессе обучения и тренинга.

Существует и ряд психологических факторов, влияющих на точность. Внимание повышает точность ощущений: когда человек концентрируется на одном стимуле, он начинает различать даже очень тонкие детали. Эмоциональные состояния, напротив, иногда снижают точность: при выраженном стрессе, тревоге или страхе человек может неверно интерпретировать сигналы, ощущать их «иначе», чем в норме. Утомление также ухудшает точность: при зрительной усталости становится труднее различать текст, а при слуховой усталости — сложнее дифференцировать звуки.

В клинической практике нарушение точности ощущений часто связано с парестезиями, гипестезией или поражениями центральных отделов анализаторов. Например, при повреждении периферических нервов тактильная чувствительность становится неясной и «смазанной». В психиатрии у пациента могут наблюдаться субъективные искажённые интерпретации ощущений под влиянием эмоционального состояния, вследствие чего жалобы становятся более выраженными. В наркологической практике при интоксикации точность ощущений снижается, и человек может неправильно оценивать внешние воздействия и ситуацию в целом.

#### **Взаимосвязь интенсивности, длительности и точности ощущений.**

Свойства ощущений находятся в тесной взаимосвязи. Например, при увеличении интенсивности может возрастать и точность, поскольку сильный сигнал легче распознаётся. Однако чрезмерно интенсивное воздействие

способно снизить точность: слишком громкий звук или яркий свет вызывают дискомфорт, нарушают адекватность восприятия и могут «искажать» сенсорную оценку. Длительность также связана с точностью: при более длительном воздействии человек может лучше изучить стимул и точнее различать его параметры, однако вследствие адаптации интенсивность снижается и точность может уменьшаться.

Сенсорные свойства зависят и от межанализаторного взаимодействия. Если одно ощущение становится доминирующим, остальные могут ослабляться и уходить на фон. Например, при сильной боли человек хуже воспринимает звуки и менее различает визуальные детали. Это объясняется перераспределением ресурсов нервной системы в пользу ведущего раздражителя.

### **Практическое значение свойств ощущений.**

Свойства ощущений важны не только в теории, но и в практической деятельности. В образовательном процессе педагог, учитывая особенности сенсорного восприятия, может предоставлять материал через разные каналы (зрительный, слуховой, практико-деятельностный). В этом случае интенсивность, длительность и точность ощущений активизируются, что повышает эффективность обучения.

В медицине оценка сенсорных свойств имеет ключевое значение для постановки диагноза. Например, при неврологическом обследовании изучают интенсивность и точность тактильной, болевой и температурной чувствительности. В психиатрии субъективные сенсорные жалобы пациента, усиление или снижение ощущений, их длительность помогают определить клинический синдром. В наркологии нарушения ощущений в периоды интоксикации и абстиненции существенно влияют на поведение пациента, поэтому оценка сенсорных характеристик необходима для профилактики и построения реабилитационной программы.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что интенсивность, длительность и точность ощущений являются важнейшими качественными характеристиками

психической деятельности человека и определяют эффективность сенсорного процесса. Интенсивность отражает степень выраженности ощущения в зависимости от силы раздражителя, длительность показывает временную динамику и сохранение ощущения, а точность — способность тонко различать воздействия и адекватно их воспринимать. Эти свойства изменяются в зависимости от состояния нервной системы, функционирования анализаторных систем, эмоционального фона и мотивации личности, уровня опыта и концентрации внимания. Глубокое изучение свойств ощущений служит необходимой теоретико-практической основой для различения нормы и патологии, раннего выявления сенсорных нарушений и правильного планирования клиничко-практических подходов [32].

### **1.5. Пороги ощущений: абсолютная и дифференциальная чувствительность.**

Процесс ощущения обеспечивает восприятие воздействий, поступающих из внешней среды и внутреннего состояния организма, и их отражение в сознании, что позволяет человеку понимать окружающую действительность. Однако не каждое воздействие вызывает ощущение: если раздражитель слишком слабый, он может не восприниматься, а если чрезмерно сильный — нередко вызывает дискомфорт, боль или защитные реакции. Поэтому в психологии ощущений важное место занимает понятие порогов чувствительности как ключевого показателя сенсорных возможностей человека.

Пороги ощущений отражают, при какой минимальной силе раздражителя возникает ощущение и насколько точно человек способен различать различия между двумя стимулами. В практической психологии и клинических направлениях изучение порогов ощущений играет значимую роль в диагностике, коррекции, реабилитации и профилактике, поскольку помогает объективно оценивать уровень сенсорной чувствительности и выявлять её изменения при различных состояниях [2,6,14].

Ощущение является первичным психическим процессом отражения воздействий внешней среды и внутреннего состояния организма. Но не каждый раздражитель становится осознаваемым: некоторые сигналы остаются ниже уровня восприятия, и только при усилении воздействия ощущение начинает формироваться. В связи с этим понятие порогов ощущений занимает центральное место в психологии сенсорных процессов. Пороги определяют способность человека воспринимать стимул и устанавливать различия между двумя воздействиями. В рамках данной темы рассматриваются абсолютная чувствительность (минимально воспринимаемое воздействие) и дифференциальная чувствительность (минимально различимое различие), а также раскрывается их клиническое и практическое значение.



**Рис. 3. Пороги ощущений: абсолютная и дифференциальная чувствительность (минимальное воздействие и минимальная разница).**

Пороги ощущений являются важными показателями чувствительности и отражают способность человека воспринимать и различать воздействия. **Абсолютная чувствительность** обозначает минимальный уровень раздражителя, необходимый для возникновения ощущения: если воздействие ниже этого порога, оно не ощущается. **Дифференциальная**

**чувствительность** характеризует способность определять наименьшее различие между двумя воздействиями, которое ещё может быть замечено. Эти показатели изменяются в зависимости от деятельности анализаторных систем, уровня внимания, опыта, эмоционального состояния и общего функционального состояния организма. Понимание порогов ощущений имеет важное научно-практическое значение для психологического анализа, клинической диагностики и раннего выявления сенсорных нарушений.

При рассмотрении порогов ощущений выделяют два основных показателя: **абсолютную чувствительность (абсолютный порог)** и **дифференциальную чувствительность (порог различения)**. Эти критерии отражают количественные параметры чувствительности и позволяют оценивать функциональное состояние анализаторной системы [4,8,17]. С физиологической точки зрения пороги ощущений связаны с возбудимостью рецепторов, передачей нервных импульсов, переработкой сигналов в центральной нервной системе, а также балансом процессов возбуждения и торможения. С психологической стороны они тесно связаны с вниманием, мотивацией, эмоциональным фоном, опытом и общим психическим состоянием личности [10,13,22]. Поэтому пороги ощущений следует рассматривать не только как «физический» показатель, но и как комплексное психофизиологическое явление.

### **1. Абсолютная чувствительность и абсолютный порог.**

Под **абсолютной чувствительностью** понимают минимальный уровень воздействия, необходимый для возникновения ощущения. Иначе говоря, **абсолютный порог** — это наименьшая сила раздражителя, при которой человек начинает его ощущать. Например, очень тихий звук способен услышать лишь человек с высокой слуховой чувствительностью; а слабое освещение различимо только после адаптации зрения к темноте. Абсолютный порог отражает базовую чувствительность сенсорного органа, то есть минимальный уровень работы анализатора в пределах его функций (слуховой, зрительной, вкусовой и др.) [7,9,18].

Следует подчеркнуть, что абсолютный порог не является постоянной величиной и может изменяться под влиянием различных факторов. Во-первых, важную роль играет физиологическое состояние рецепторов. Например, после адаптации к темноте повышается чувствительность к свету и абсолютный порог снижается: даже слабый свет становится заметным. Во-вторых, усталость и недостаток сна снижают чувствительность рецепторов и функциональную активность центральной нервной системы, что приводит к увеличению абсолютного порога. В результате даже обычные сигналы могут восприниматься слабее [12,16,25]. В-третьих, значительное влияние оказывают психологические факторы: при высокой концентрации внимания чувствительность может повышаться, а при отвлечённости — снижаться. Существенную роль играет и мотивация: человек быстрее распознаёт тот стимул, который для него значим. Например, мать может услышать плач ребёнка даже при очень слабом звуке, тогда как другие люди могут его не заметить [1,15,20].

Изменения абсолютной чувствительности имеют важное клиническое значение. При **гиперестезии** абсолютный порог снижается, и человек воспринимает слабые стимулы как чрезмерно сильные. Это проявляется непереносимостью света, громких звуков, повышенной болевой чувствительностью. При **гипестезии**, напротив, абсолютный порог повышается: чтобы ощущение возникло, требуется более сильный раздражитель. Данное состояние может наблюдаться при поражениях периферических нервов, функциональном ослаблении центральной нервной системы, а также при некоторых психических нарушениях [19,23,27]. В наркологической практике в периоды интоксикации или абстиненции нередко отмечаются колебания абсолютной чувствительности: у части пациентов повышается чувствительность к свету и звуку, у других — наблюдается общее снижение сенсорной чувствительности [24,26,37].

Определение абсолютного порога широко применяется в психофизике — науке, изучающей соотношение между физическим раздражителем и

субъективным ощущением. Измерение минимально ощущаемого воздействия позволяет количественно оценить чувствительность анализаторов. В клинической психологии и медицине подобная оценка также имеет значение: например, тесты остроты зрения, слуха, кожной чувствительности дают возможность приблизительно определить абсолютный порог и оценить функциональное состояние сенсорных систем [5,32,43].

## **2. Дифференциальная чувствительность и порог различения.**

Вторым важным показателем порогов ощущений является **дифференциальная чувствительность**. Она отражает способность человека различать минимальную разницу между двумя воздействиями. Соответственно, **дифференциальный порог** — это наименьшее различие между двумя стимулами, которое человек способен заметить. Например, музыкант легко различает минимальные изменения высоты или силы звука, тогда как обычный человек может не уловить такой разницы. Аналогично, художник или дизайнер способен заметить тонкие оттеночные различия в цвете. Таким образом, дифференциальная чувствительность тесно связана с точностью ощущения и способностью к сенсорной дифференциации [2,6,14].

Физиологической основой дифференциальной чувствительности является способность нервной системы выполнять тонкую сенсорную обработку. Рецепторы фиксируют небольшие изменения раздражителя, что приводит к изменению характеристик нервных импульсов, а центральная нервная система анализирует и «распознаёт» это различие. Эффективность данного процесса зависит от согласованной работы анализаторов и функциональной активности сенсорных зон коры головного мозга. При устойчивой и чувствительной нервной системе дифференциальный порог ниже (различение лучше), а при утомлении или повреждениях нервной системы порог увеличивается, то есть различать стимулы становится труднее [4,8,17].

Существуют и психологические факторы, влияющие на дифференциальную чувствительность. Большую роль играет опыт и

тренировка: человек, который регулярно упражняется в определённой сенсорной деятельности, начинает воспринимать более тонкие различия. Например, музыкант различает звуки благодаря многократной тренировке; врач при пальпации способен почувствовать минимальные изменения тонуса мышц; педагог по интонации речи может уловить эмоциональное состояние ученика. Это демонстрирует, что дифференциальная чувствительность не только врождённая, но и развивается в процессе обучения и практики [7,9,18].

Дифференциальная чувствительность объясняется также **законом Вебера**, согласно которому минимально заметное различие ( $\Delta I$ ), необходимое для различения, находится в определённом отношении к исходной величине раздражителя ( $I$ ). Следовательно, различение основано не на абсолютном увеличении раздражителя, а на его относительном изменении. Например, прибавка в 100 г заметна при весе 1 кг, но может не ощущаться при весе 10 кг. То есть на фоне сильного раздражителя небольшие изменения воспринимаются хуже, тогда как при слабом раздражителе даже малые изменения становятся заметными [1,15,20]. Данный закон имеет важное теоретическое и практическое значение для понимания механизмов сенсорного различения и используется в диагностических подходах.

Клиническая значимость дифференциальной чувствительности также высока. При неврологических поражениях (полинейропатии, травмы периферических нервов, повреждения спинного мозга) нередко снижается способность различать силу и характер тактильных воздействий: человек не чувствует различий в степени прикосновения. В психиатрии дифференциальная чувствительность может нарушаться под влиянием эмоционального фона: пациент склонен воспринимать нейтральные стимулы как чрезмерно выраженные или, наоборот, неверно интерпретировать различия между ними. В наркологической практике в периоды интоксикации и абстиненции снижается сенсорная точность, поэтому человек может неправильно оценивать сигналы окружающей среды, что повышает риск неадекватных реакций и нарушений поведения [24,26,37]. В связи с этим

оценка дифференциальной чувствительности занимает важное место в диагностике и клинико-психологическом обследовании [12,21,33].

### **3. Взаимосвязь абсолютной и дифференциальной чувствительности.**

Абсолютная и дифференциальная чувствительность являются взаимодополняющими показателями. Если **абсолютная чувствительность** отражает минимальный уровень воздействия, который вообще может быть воспринят человеком, то **дифференциальная чувствительность** обеспечивает возможность различать отличия между уже воспринимаемыми раздражителями. Например, для того чтобы человек услышал звук, необходимо наличие достаточной абсолютной чувствительности, однако для различения различий в громкости или высоте звука требуется дифференциальная чувствительность. Поэтому при полном анализе сенсорной деятельности оба показателя рассматриваются совместно [2,6,14].

В практической жизни абсолютная и дифференциальная чувствительность приобретают разное значение в зависимости от ситуации. Так, в условиях опасности важна способность уловить даже слабые сигналы (абсолютная чувствительность), тогда как в профессиональной деятельности (хирургия, музыка, живопись и др.) ведущую роль играет способность различать тонкие нюансы и минимальные различия (дифференциальная чувствительность) [7,9,18].

Следует также учитывать, что пороги чувствительности изменяются под влиянием адаптации и сенсбилизации. **Адаптация** может снижать абсолютную чувствительность и ослаблять способность к дифференциальному различению. **Сенсбилизация**, напротив, повышает чувствительность и улучшает различение. При этом значительную роль играют функциональное состояние центральной нервной системы и уровень внимания [10,13,22].

### **4. Методы измерения и оценки порогов ощущений.**

Определение порогов ощущений широко используется в психодиагностике и клинических обследованиях. В психофизических методах абсолютный порог определяется как **«минимально ощущаемое воздействие»**, а дифференциальный порог — как **«минимально различимая разница»**. Например, громкость звука постепенно увеличивают и фиксируют момент, когда человек начинает его слышать (абсолютный порог). Затем изменяют разницу между двумя звуками и отмечают момент, когда человек начинает различать их (дифференциальный порог) [5,32,43].

В клинической практике оценке абсолютной и дифференциальной чувствительности помогают такие исследования, как проверка кожной чувствительности, температурного ощущения, болевой чувствительности, вибрационной чувствительности. В психологической диагностике применяются тесты зрительного различения, слухового различения, тактильного различения. Подобные оценки имеют большое значение в неврологии и психиатрии при проведении дифференциальной диагностики [12,21,33].

### **5. Клиническое и социальное значение порогов ощущений.**

Изменение порогов ощущений оказывает влияние на качество жизни человека и его социальную адаптацию. Например, при снижении абсолютной чувствительности человек может поздно распознавать опасность (не слышать звук, слабо ощущать боль). При снижении дифференциальной чувствительности ухудшается способность различать тонкие различия, что негативно влияет на профессиональную деятельность. В психиатрии и наркологии повышение чувствительности способно усиливать раздражительность, тревожность, агрессивность и явления дезадаптации [24,26,37]. Поэтому оценка и контроль порогов ощущений являются важной диагностической и профилактической задачей в клинической практике [1,34,47].

**Таким образом,** пороги ощущений представляют собой важные показатели чувствительности, определяющие способность человека

воспринимать воздействие и различать различия между раздражителями. Абсолютная чувствительность отражает минимальный уровень стимула, необходимый для возникновения ощущения, а дифференциальная чувствительность характеризует способность замечать минимальную разницу между двумя воздействиями. Эти показатели изменяются в зависимости от состояния анализаторов и центральной нервной системы, внимания, эмоционального фона, мотивации, опыта и тренировки. Глубокое изучение сенсорных порогов позволяет полнее понимать сенсорные процессы в психологии и способствует раннему выявлению сенсорных нарушений, проведению дифференциальной диагностики и планированию коррекционно-реабилитационных мероприятий в клинической практике.

### **1.6. Процессы адаптации и сенсбилизации.**

Сенсорные процессы являются одним из ключевых первичных механизмов, обеспечивающих восприятие сигналов из внешней среды и внутреннего состояния организма, их анализ и отражение в сознании. Однако ощущения не сохраняются на одном и том же уровне постоянно. Организм и нервная система способны приспосабливаться к раздражителям либо, напротив, повышать чувствительность к определённым воздействиям. Поэтому в психологии ощущений выделяют два важнейших процесса, объясняющих динамику интенсивности и уровня чувствительности: **адаптацию и сенсбилизацию.**

Эти процессы имеют значимое значение не только в общей психологии и психофизиологии, но и в клинической психологии, психиатрии, наркологии, неврологии и реабилитации. Это связано с тем, что при различных заболеваниях повышение или снижение чувствительности может непосредственно отражаться на поведении человека, его эмоциональном состоянии и качестве жизни.

*Таблица 3.*

*Сравнение процессов адаптации и сенсбилизации.*

<b>Критерий</b>	<b>Адаптация (приспособление)</b>	<b>Сенсибилизация (повышение чувствительности)</b>
Определение	При длительном воздействии чувствительность снижается	В определённых условиях чувствительность повышается
Результат	Интенсивность ощущений ослабевает	Интенсивность ощущений усиливается
Цель	Защита от избыточной нагрузки	Быстрое распознавание значимых сигналов
Пример из быта	Привыкание к запаху духов	Слышимость слабого звука в тишине
Пример в зрении	Привыкание к яркому свету	Улучшение зрения в темноте
Пример в слухе	Привыкание к постоянному шуму	В тревоге слышимость минимальных звуков
Обоняние и вкус	Возникает быстро	Наблюдается реже
Роль внимания	При отвлечении ускоряется	При концентрации усиливается
Влияние стресса	Иногда затрудняет адаптацию	Чаще усиливает чувствительность
Клинические ситуации	Снижение чувствительности при депрессии	Повышение чувствительности при неврозах, абстиненции
Патологический вариант	Снижение активности, «равнодушие»	Гиперестезия, раздражительность

Практическое значение	Повышение приспособления в реабилитации	Снижение тревожности и контроль раздражительности
-----------------------	---	---

Таким образом, адаптация и сенсibilизация представляют собой основные психофизиологические механизмы, объясняющие динамические изменения сенсорных процессов. **Адаптация** снижает чувствительность при длительном воздействии и защищает организм от чрезмерных раздражителей. **Сенсibilизация**, напротив, повышает чувствительность, обеспечивая раннее выявление значимых сигналов и формирование адаптивного поведения. Эти процессы тесно связаны с психологическим состоянием личности, уровнем внимания, мотивацией и функциональной устойчивостью нервной системы, а в клинической практике служат важной основой для оценки сенсорных нарушений и определения коррекционных подходов.

### 1. Процесс адаптации

**Адаптация (приспособление)** — это снижение чувствительности или ослабление интенсивности ощущения в результате приспособления анализаторных систем к длительным либо повторяющимся воздействиям. Проще говоря, адаптация означает, что при продолжительном воздействии одного и того же стимула человек перестаёт ощущать его так же ярко, как в начале. Например, при входе в комнату сильный запах духов воспринимается отчётливо, однако через несколько минут кажется, будто запах «исчез». На самом деле запах не исчезает — просто обонятельный анализатор приспособляется к раздражителю и снижает чувствительность. В повседневной жизни адаптация рассматривается как естественный механизм, защищающий человека от избыточной сенсорной и информационной нагрузки.

Физиологически адаптация объясняется снижением уровня возбуждения рецепторов, изменением переработки нервных импульсов в центральной нервной системе и усилением процессов торможения в коре

головного мозга. Это своего рода «экономичный» механизм, предотвращающий чрезмерные реакции организма на постоянные раздражители. Так, кожные рецепторы вначале ощущают прикосновение одежды, но спустя некоторое время это ощущение переходит на фон и перестаёт осознаваться.

Адаптация по-разному проявляется в различных видах ощущений. В зрении она выражена особенно отчётливо: при входе в тёмное помещение сначала «ничего не видно», но со временем глаз адаптируется к темноте и начинает различать предметы. Напротив, при переходе из темноты на яркий свет возникает временное ослепление, после чего наступает адаптация к освещению. Эти явления описываются как «**тёмная адаптация**» и «**световая адаптация**». В слухе адаптация также присутствует, однако протекает слабее, чем в зрении и обонянии: например, человек, живущий в постоянно шумной среде, сначала воспринимает шум резко, а затем начинает воспринимать его как фон. В обонянии и вкусе адаптация формируется очень быстро: поэтому при длительном приёме пищи вкус вначале ощущается интенсивно, а затем становится более слабым.

Важно подчеркнуть, что адаптация является не только физиологическим, но и психологически обусловленным процессом. При отсутствии направленности внимания на раздражитель адаптация ускоряется: то есть сигналы, на которые человек не обращает внимания, быстрее переходят на фоновый уровень. Напротив, если раздражитель оценивается как опасный или субъективно значимый, адаптация замедляется либо может вовсе не наступить. Например, шум, который нарушает покой человека, может оставаться постоянным источником раздражения и со временем не восприниматься легче. Подобное чаще связано с психологическим стрессом, тревогой и повышенным эмоциональным возбуждением.

В клинической практике нарушения адаптации проявляются в различных формах. Так, при неврозах и тревожных расстройствах пациент может «не привыкать» к звуку, свету или запахам: даже обычные стимулы

быстро вызывают дискомфорт. При депрессивных состояниях, напротив, иногда наблюдается усиление адаптации и снижение чувствительности: краски кажутся тусклыми, звуки — приглушёнными. В наркологической практике в период абстиненции часто отмечается резкое повышение чувствительности и ослабление адаптационных механизмов: пациент становится раздражительным, его беспокоят звук, свет и неприятные кожные ощущения. Поэтому понимание адаптации имеет существенное значение для клинической диагностики и реабилитации.

## 2. Процесс сенсibilизации

**Сенсibilизация** — это повышение чувствительности, то есть состояние, при котором анализаторные системы в определённых условиях становятся более восприимчивыми к воздействию. В результате сенсibilизации человек может воспринимать более слабые стимулы, чем обычно, либо ощущать привычное воздействие более интенсивно. Например, после адаптации к темноте глаз начинает различать даже очень слабый свет, а в условиях тишины человек способен услышать едва заметный звук. Сенсibilизация рассматривается как механизм безопасности и приспособления, поскольку она позволяет своевременно обнаруживать значимые сигналы.

Физиологическая основа сенсibilизации связана с усилением процессов возбуждения в центральной нервной системе, повышением чувствительности рецепторов и активизацией функционального состояния анализаторов. Часто сенсibilизация обусловлена актуальной потребностью или мотивацией. Например, испытывающий жажду человек быстрее улавливает звук воды, а голодный способен уловить запах пищи на большем расстоянии. В подобных ситуациях повышение чувствительности способствует удовлетворению биологических потребностей.

Сенсibilизация также может проявляться как **компенсаторный механизм**: при ослаблении функции одного анализатора усиливается другой, что поддерживает общую адаптацию. Так, при снижении зрения нередко

повышается слуховая или тактильная чувствительность. Это помогает сохранять возможности ориентации в среде. Кроме того, сенсбилизация может возникать и вследствие взаимодействия ощущений: например, при прикосновении к холодной воде раздражитель может восприниматься более резко, а при выраженной боли иные сигналы могут восприниматься более «обострённо».

Психологические факторы играют в сенсбилизации ключевую роль. Сильная концентрация внимания и интерес повышают чувствительность: если человек внимательно слушает, он начинает различать минимальные оттенки звука. Тревога и страх также способны усиливать сенсбилизацию. Например, в потенциально опасной ситуации человек воспринимает даже слабый шум как возможный «сигнал угрозы». В этом случае повышение чувствительности выступает как защитная стратегия выживания.

В клинической сфере сенсбилизация нередко принимает патологические формы. При расстройствах шизофренического спектра, аффективных заболеваниях, невротических состояниях может отмечаться повышение чувствительности (гиперестезия): пациент начинает резко реагировать на звук, свет и запахи. В наркологии при абстиненции усиление чувствительности может увеличивать раздражительность, тревожность, агрессивность и напряжённость поведения. Поэтому клиническое значение сенсбилизации крайне велико.

### **1.7. Взаимодействие ощущений и синестезия.**

Ощущение является первичным познавательным процессом психики человека, обеспечивающим восприятие воздействий из внешней среды и внутреннего состояния организма и их отражение в сознании. Однако объяснять сенсорные процессы только как независимую работу отдельных анализаторов недостаточно. В реальной жизни ощущения функционируют взаимосвязанно: зрение, слух, осязание, обоняние и вкус совместно обеспечивают целостное восприятие среды. Например, оценивая вкус пищи, человек опирается не только на вкусовые рецепторы, но и на обоняние, зрение

и даже тактильные ощущения. При наблюдении событий также формируется целостное представление благодаря объединению звуковых, цветовых, двигательных и пространственных признаков. Поэтому взаимодействие ощущений рассматривается в психологии как важнейшая закономерность сенсорной деятельности [2,6,14]. Взаимодействие повышает адаптивность человека, активизирует компенсаторные механизмы между анализаторами и в отдельных случаях способствует возникновению такого редкого явления, как синестезия [4,8,17].

Под **взаимодействием ощущений** понимают влияние активности одних анализаторов на другие, которое может иметь как положительный, так и отрицательный характер. В результате возможно усиление, ослабление или качественное изменение отдельных ощущений. Например, сильный звук может временно снижать зрительную чувствительность, а яркий свет — ослаблять слуховое внимание. В то же время в темноте, когда зрение функционирует хуже, слуховая чувствительность может усиливаться. Эти эффекты объясняются интеграцией нервной системы и балансом процессов возбуждения и торможения [1,15,20]. В клинической практике взаимодействие ощущений важно учитывать, поскольку сенсорные нарушения часто не ограничиваются одним анализатором и могут затрагивать другие сенсорные системы [12,16,25].

### **1. Психофизиологические основы взаимодействия ощущений.**

Физиологическая основа взаимодействия ощущений определяется межанализаторными связями в центральной нервной системе. Центральные отделы анализаторов располагаются в коре головного мозга и интегрированы посредством нервных связей. Сенсорные зоны коры не функционируют изолированно, а постоянно обмениваются информацией. Поэтому повышение активности одного анализатора может отражаться на функциональном состоянии другого. В этом процессе значимую роль играют и подкорковые структуры (таламус, ретикулярная формация). Ретикулярная формация

рассматривается как одна из ключевых систем, регулирующих уровень бодрствования, внимание и фильтрацию сенсорной информации [4,8,17].

Процессы возбуждения и торможения в нервной системе являются ведущими механизмами взаимодействия ощущений. При сильном возбуждении одной сенсорной системы может формироваться торможение в других зонах. Например, при выраженной боли человек хуже воспринимает звуки или цвета, поскольку основные ресурсы центральной нервной системы направляются на переработку болевого сигнала. Это можно объяснить принципом доминанты: нервная система выделяет наиболее значимый стимул как ведущий, а остальные переводит на фоновый уровень [1,15,20].

Кроме того, важную роль играет компенсаторный механизм: при снижении функции одного анализатора усиливается другой, что помогает сохранять ориентацию в среде. Например, у человека с пониженным зрением слуховая или тактильная чувствительность может быть выше. Это демонстрирует взаимосвязанность ощущений и высокую пластичность нервной системы. Компенсация обычно развивается сильнее при длительных условиях и поддерживает адаптацию личности [7,9,18].

## **2. Основные проявления взаимодействия ощущений.**

Взаимодействие ощущений может проявляться в нескольких направлениях. Наиболее распространённые формы включают:

### **2.1. Усиление чувствительности (сенсбилизация).**

В результате взаимодействия ощущений активность одного анализатора может повышать чувствительность другого. Например, при снижении зрительной чувствительности в темноте нередко усиливается слуховая чувствительность. Это способствует более безопасному восприятию окружающей среды и повышает адаптивные возможности человека. Аналогично, во время наблюдения за ситуацией зрительные стимулы могут облегчать распознавание и интерпретацию звуковых сигналов. Подобные эффекты рассматриваются как следствие межанализаторной интеграции и согласованной работы сенсорных систем [10,13,22].

## **2.2. Снижение чувствительности (торможение).**

Иногда сильное возбуждение одной сенсорной системы приводит к торможению деятельности других. Например, длительное воздействие очень яркого света вызывает не только уменьшение зрительной чувствительности (адаптацию), но и может косвенно снижать эффективность других сенсорных каналов. Аналогично, чрезмерно сильный шум «занимает» внимание, затрудняя восприятие иных сигналов [12,16,25]. Данный эффект наблюдается и в клинических условиях: например, у пациента с выраженным болевым синдромом восприятие других сенсорных воздействий может ослабевать, поскольку ресурсы центральной нервной системы перераспределяются в пользу доминирующего раздражителя.

## **2.3. Сенсорный контраст.**

Феномен контраста является одной из важных форм взаимодействия ощущений: предшествующее либо одновременное воздействие изменяет оценку последующего ощущения. Так, после прикосновения к очень холодному предмету умеренно тёплый предмет воспринимается как более горячий. Или после выражено сладкого вкуса обычная сладость кажется «менее сладкой». Аналогичный принцип характерен и для цветового контраста: на тёмном фоне один и тот же цвет выглядит ярче, а на светлом — более тусклым [1,15,20].

## **2.4. Межанализаторная согласованность (адаптивное взаимодействие).**

В процессе взаимодействия сенсорные системы способны «настраиваться» друг на друга. Например, зрительный и вестибулярный анализаторы совместно участвуют в координации движений. Если их согласованность нарушается (например, при поездке в транспорте), могут возникать головокружение и тошнота. Подобные проявления подчёркивают значимость межанализаторной координации для устойчивости поведения и физиологической адаптации [7,9,18].

## **3. Понятие синестезии.**

Одной из наиболее интересных и редких форм взаимодействия ощущений является синестезия. **Синестезия** — это явление, при котором стимул, воздействующий на один анализатор, вызывает ощущение или представление, характерное для другого анализатора. Иными словами, при синестезии возбуждение одного вида ощущения «дополнительно» порождает другой сенсорный опыт. Например, при восприятии звука человек может «видеть» цвет; при восприятии цифр — ощущать их как «окрашенные»; при воздействии определённого запаха — переживать вкусовое ощущение. Подобные феномены рассматриваются как проявление межсенсорной интеграции [2,6,14].

Синестезия может чаще встречаться у творческих личностей, у людей, занимающихся искусством и музыкой. Однако она не является исключительно «творческой особенностью»: у ряда людей синестезия наблюдается как врождённая или индивидуальная психофизиологическая характеристика. В синестетическом опыте один стимул воспринимается как «двойной» сенсорный опыт. Например, человек слышит звук и одновременно переживает его как «синий», либо описывает «острый» звук как «жесткий». Эти особенности объясняются своеобразием нейронных связей между сенсорными зонами мозга и механизмами межанализаторной передачи [4,8,17].

Синестезия в большинстве случаев рассматривается как **нормальный психический феномен**, поскольку обычно не нарушает психическое здоровье. Более того, иногда она может обогащать творческое мышление и усиливать эстетические переживания. Однако в клинических условиях синестезию важно отличать от психопатологических симптомов. В психиатрии некоторые формы галлюцинаторного опыта могут напоминать «смешение ощущений», поэтому необходима дифференциальная оценка на основе клинической беседы, наблюдения и психодиагностических методов [12,21,33].

#### **4. Виды синестезии.**

Синестезия может проявляться в различных формах. Наиболее распространённые варианты:

**Цвето-звуковая синестезия** — звуки воспринимаются как связанные с определёнными цветами.

**Графемно-цветовая синестезия** — буквы или цифры устойчиво представляются в конкретных цветах.

**Вкусо-обонятельная синестезия** — запахи вызывают вкусовые ощущения либо наоборот.

**Тактильная синестезия** — увиденный или услышанный стимул вызывает ощущение на коже.

**Кинестетическая синестезия** — звук или образ сопровождается ощущением движения.

Эти формы указывают на связь синестезии с межсенсорной интеграцией и особенностями нейронных связей. Синестезия обычно носит устойчивый характер: у конкретного человека она повторяется и проявляется в относительно постоянных соответствиях [1,15,20].

#### **5. Практическое значение взаимодействия ощущений и синестезии.**

Взаимодействие ощущений и синестезия имеют существенное значение в образовательном процессе. В педагогической практике одновременное использование зрительных, слуховых и двигательных каналов способствует лучшему закреплению знаний. Например, если на занятии используются не только устные объяснения, но и наглядные материалы, схемы, диаграммы и практические демонстрации, усиливается межсенсорная интеграция и повышается эффективность обучения [35,36,44].

В клинической практике знания о межсенсорных взаимодействиях помогают корректно анализировать жалобы пациента. Например, если пациент сообщает, что «видит цвета в звуке», это может быть как вариантом синестезии, так и проявлением патологического галлюцинаторного опыта. Поэтому требуется дифференциация с опорой на клиническую беседу, наблюдение и психодиагностические методы. В наркологии в период интоксикации или абстиненции межсенсорная интеграция может нарушаться,

усиливается чувствительность либо возникают галлюцинаторные переживания, что способно резко менять поведение пациента [24,26,37].

В реабилитации и психокоррекции также возможно использование межсенсорных эффектов. Например, при снижении зрения усиливают компенсаторные возможности слуха и осязания. При неврологических заболеваниях сенсорная стимуляция и специальные упражнения применяются для восстановления интеграции анализаторов. В психотерапии методы, основанные на дыхании, телесных ощущениях и визуальных образах, могут использоваться для регуляции эмоционального состояния [38,39,45].

### **6. Психопатологические проявления взаимодействия ощущений.**

Хотя в норме взаимодействие ощущений обеспечивает адаптацию, при некоторых психических расстройствах эта интеграция может нарушаться. Например, при расстройствах шизофренического спектра связь между ощущением и восприятием может искажаться, что приводит к галлюцинациям, сенестопатиям, состояниям дереализации. В таких случаях взаимодействие ощущений приобретает патологический характер: реальные стимулы интерпретируются неверно, формируются субъективно тяжёлые переживания [29,33,41].

При аффективных расстройствах (депрессия, мания) взаимодействие ощущений меняется в зависимости от эмоционального фона. При депрессии возможны обеднение и ослабление чувствительности: цвета кажутся тусклыми, звуки — приглушёнными. При маниакальных состояниях, напротив, отмечается усиление чувствительности и чрезмерно яркое восприятие стимулов. При невротических расстройствах нередко наблюдается повышенная чувствительность к свету, звукам и тактильным воздействиям, сопровождающаяся ростом тревожности и раздражительности [10,13,22].

В наркологической практике в период интоксикации связь ощущений и восприятия нарушается, могут возникать галлюцинаторные переживания и выраженные изменения чувствительности. В абстиненции чаще наблюдаются гиперестезия, парестезии и усиление неприятных внутренних ощущений. Эти

состояния существенно влияют на поведение пациента, повышая риск агрессии и социальной дезадаптации [24,26,37].

Таким образом, взаимодействие ощущений является важным психофизиологическим механизмом, обеспечивающим целостное восприятие реальности и адаптацию человека к окружающей среде. Активность различных анализаторов может взаимно усиливаться, ослабляться либо изменять оценку ощущений за счёт эффекта контраста. Одной из наиболее редких и специфических форм межсенсорного взаимодействия выступает синестезия, которая характеризуется тем, что стимул, воздействующий на одну сенсорную систему, вызывает дополнительное ощущение другого модального характера. В большинстве случаев синестезия рассматривается как индивидуальный вариант нормы и не относится к патологическим явлениям. Понимание закономерностей взаимодействия ощущений и механизмов синестезии имеет большое научно-практическое значение: оно способствует повышению эффективности обучения, правильному ведению клинической диагностики и дифференциальной оценки, а также обоснованию реабилитационных и психокоррекционных подходов.

### **1.8. Взаимосвязь ощущений и восприятия.**

Ощущение и восприятие представляют собой два взаимосвязанных этапа познавательных процессов человека. Ощущение отражает в сознании отдельные свойства воздействий, поступающих из внешней и внутренней среды (цвет, звук, температура, запах, давление, боль и др.), тогда как восприятие объединяет эти отдельные элементы ощущений, формируя целостный образ предмета или явления. Иными словами, ощущение предоставляет «сенсорный материал», а восприятие систематизирует его, придавая ему смысл и содержательное значение. В реальной жизни человек воспринимает окружающую действительность не как простую сумму отдельных ощущений, а как осмысленные, упорядоченные и узнаваемые образы. Это подчёркивает тесную взаимосвязь ощущений и восприятия и

показывает, что полноценное функционирование одного процесса невозможно без другого [2,6,14].

*Таблица 4.*

**Основные различия ощущений и восприятия.**

<b>Критерий</b>	<b>Ощущение</b>	<b>Восприятие</b>
Уровень отражения	Отдельные свойства	Целостный образ предмета
Основной механизм	Рецептор – нервный путь – центр	Интеграция, анализ, узнавание
Роль опыта	Менее выражена	Очень значительна
Влияние внимания	Непосредственно усиливает/ослабляет	Направляет и осуществляет отбор
Типичные нарушения	Гиперестезия, гипестезия	Иллюзии, галлюцинации

Главная особенность восприятия заключается в том, что оно определяется не только сигналами, поступающими от органов чувств, но также личным опытом человека, его знаниями, потребностями, мотивацией, эмоциональным состоянием и уровнем внимания. Поэтому восприятие является **активным процессом**, который формируется не только под влиянием внешнего раздражителя, но и под воздействием внутреннего психологического состояния личности. Ощущение же в большей степени опирается на физиологическую основу и обеспечивается деятельностью анализаторных систем. Однако ощущение не существует изолированно от восприятия: поступающие сенсорные сигналы соотносятся с уже имеющимися «готовыми схемами» восприятия, в результате чего сенсорный опыт становится более осмысленным и организованным [4,8,17].

**1. Ощущение — основной источник восприятия.**

Ощущение является первичным источником информации, необходимой для формирования восприятия. Зрительные ощущения предоставляют восприятию данные о форме, цвете, размере, расстоянии предмета, слуховые

— о источнике звука, его громкости, тембре и длительности. Тактильные ощущения позволяют определить структуру поверхности объекта, его температуру, твёрдость либо мягкость. Если деятельность органов чувств нарушается (например, снижается зрение), то и восприятие формируется неполноценно: предметы выглядят неясно, пространственная ориентация затрудняется, снижается способность различать знакомые объекты. Следовательно, ощущение выступает «сырьём» восприятия, а восприятие, опираясь на это «сырьё», создаёт целостный образ реальности [7,9,18].

При объяснении взаимосвязи ощущений и восприятия важную роль играет система анализаторов. Ощущение принимает информацию через рецепторы и передаёт её в мозговые центры по нервным путям. Восприятие же осуществляется благодаря более высоким зонам сенсорной интеграции в коре головного мозга. То есть восприятие во многих случаях формируется на основе объединения информации сразу из нескольких сенсорных каналов. Например, узнавая человека, индивид опирается не только на внешний вид (зрение), но и на голос (слух), а иногда и на запах, соединяя эти сигналы в единый образ. Это подчёркивает многоканальную и интегративную природу восприятия [1,15,20].

## **2. Восприятие — процесс смысловой организации ощущений.**

Восприятие не является простой суммой ощущений, а формирует на их основе целостный образ предмета или явления. Например, когда человек видит яблоко, он не воспринимает его лишь как отдельные ощущения «красный цвет», «круглая форма», «приятный запах», а воспринимает целостный знакомый объект — «яблоко». В этом процессе активно участвуют предыдущий опыт, знания, следы памяти и речевые категории. Поэтому восприятие часто рассматривается как «осмысленное принятие» информации. Если на уровне ощущений раздражитель только фиксируется, то на уровне восприятия он распознаётся, оценивается, выделяются существенные и второстепенные признаки [3,11,21].

Восприятие также осуществляет **избирательность**: внимание усиливает те сенсорные сигналы, которые связаны с актуальным объектом. В определённом смысле можно сказать, что восприятие управляет ощущениями. Например, если человек в темноте подозревает присутствие чего-то неизвестного, он концентрирует внимание, начинает слышать звуки более отчётливо и стремится различать минимальные зрительные признаки. В таких условиях интенсивность ощущений изменяется под влиянием активного восприятия. Поэтому ощущение и восприятие рассматриваются как процессы, находящиеся во взаимной двусторонней связи [10,13,22].

### **3. Различия между ощущением и восприятием.**

Чёткое разграничение ощущений и восприятия имеет важное значение как в теории, так и в практической деятельности. Ощущение отражает отдельные свойства воздействий, тогда как восприятие отображает объект в целостном виде. Ощущение в большей степени опирается на биологико-физиологическую основу, а восприятие является процессом, обогащённым психологическим и социальным опытом. Ощущение напрямую связано с непосредственным раздражителем «здесь и сейчас», тогда как восприятие формируется с опорой на прошлый опыт и следы памяти.

Кроме того, в восприятии присутствуют элементы ожидания и предположения: человек часто воспринимает объект в соответствии с заранее сформированной схемой. Именно поэтому на уровне восприятия могут возникать иллюзии (ошибки восприятия). Ощущение же, будучи более тесно связанным с работой рецепторов, гораздо реже становится источником иллюзий: чаще всего искажения возникают именно на уровне восприятия [12,21,33].

### **4. Взаимосвязь ощущений и восприятия в клинике и практике**

В клинической психологии, психиатрии и наркологии взаимосвязь ощущений и восприятия имеет особую актуальность. Это связано с тем, что во многих клинических случаях нарушения ощущений приводят к расстройствам восприятия, либо наоборот — при нарушении восприятия сенсорные сигналы

интерпретируются ошибочно. Например, при гиперестезии повышается чувствительность к звукам и свету, вследствие чего окружающая среда начинает восприниматься пациентом как «агрессивная» и «раздражающая». В наркологической практике в период абстиненции усиление ощущений и расстройства восприятия (иллюзорные переживания) могут усиливать страх и дезадаптацию больного [24,26,37].

**Таблица 5.**

***Практическое и клиническое значение взаимосвязи ощущений и восприятия.***

<b>Состояние</b>	<b>Изменения в ощущениях</b>	<b>Влияние на восприятие</b>	<b>Практический/клинический вывод</b>
Утомление, недосыпание	Чувствительность снижается	Образ становится размытым и менее чётким	Снижается работоспособность
Стресс, тревожность	Чувствительность повышается	Среда воспринимается как «резкая», напряжённая	Усиливается раздражительность
Абстиненция (наркология)	Гиперестезия, парестезии	Возможны иллюзии и ошибочные интерпретации	Требуется ранняя клиническая оценка
Шизофренический спектр	Ощущения относительно сохранены	Галлюцинации и / дереализация	Важна дифференциальная диагностика

Сенсорный дефицит (например, снижение зрения)	Объём информации уменьшается	Нарушается пространственное восприятие	Необходима компенсация
---	------------------------------	--	------------------------

Расстройства восприятия при нарушениях шизофренического спектра могут проявляться такими синдромами, как галлюцинации, дереализация и деперсонализация. При этом рецепторы могут функционировать нормально, однако из-за нарушения этапов восприятия и интерпретации пациент начинает неверно воспринимать реальные сигналы. Следовательно, в клиническом анализе важно комплексно оценивать как состояние органов чувств, так и психопатологические изменения восприятия [29,33,41].

Таким образом, ощущения и восприятие являются взаимодополняющими и тесно связанными процессами, обеспечивающими познание реальности. Ощущения предоставляют «первичный материал» в виде отдельных признаков предметов и явлений, тогда как восприятие перерабатывает этот материал с участием опыта, памяти и внимания, формируя целостный и осмысленный образ. Именно поэтому качество ощущений напрямую влияет на точность и адекватность восприятия, а восприятие, в свою очередь, делает сенсорный опыт содержательным благодаря отбору и интерпретации сигналов. Глубокое понимание взаимосвязи ощущений и восприятия важно для повышения эффективности обучения, а в клинической практике — для разграничения сенсорных и перцептивных нарушений, их раннего выявления и правильного определения коррекционно-реабилитационных мер.

## **ГЛАВА II. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.**

При исследовании ощущений применяется система научных методов. Их условно подразделяют на клинико-наблюдательные методы, психофизиологические измерения, психофизические методы, экспериментальные подходы, а также психодиагностические методы [1,6,13,21]. Каждый метод имеет собственные цели, преимущества и ограничения, поэтому для полноценной оценки сенсорной функции рекомендуется комплексное применение нескольких подходов.

### **2.1. Этапы выявления сенсорных нарушений.**

Нарушения ощущений (расстройства чувствительной функции) — это изменения процессов восприятия, различения и оценки сигналов, поступающих из внешней среды и внутреннего состояния организма. Они могут формироваться под влиянием неврологических, эндокринных, инфекционных, травматических, а также психогенных факторов. Правильное выявление сенсорных нарушений имеет большое значение в клинической диагностике, поскольку помогает определить уровень и локализацию поражения периферических нервов, спинного или головного мозга, а в психиатрической практике — дифференцировать синдромы, связанные с восприятием и телесными ощущениями. Поэтапный, систематизированный и стандартизированный подход снижает риск диагностических ошибок и позволяет точнее выбрать лечебную тактику.

Ниже представлены основные этапы выявления сенсорных нарушений, используемые в клинической практике.

#### **1-й этап. Приём пациента и уточнение жалоб**

Первый шаг диагностики — внимательное выслушивание жалоб пациента и их уточнение с последующей классификацией в медицинских терминах. Нарушения ощущений могут описываться пациентами по-разному: «онемение», «покалывание», «мурашки», «не чувствую тепло и холод»,

«колет», «как током ударяет», «жжёт кожа», «щиплет и зудит» и т.д. Подобные описания являются важными клиническими признаками.

Для системного уточнения жалоб рекомендуется задавать следующие вопросы:

Когда началось нарушение (внезапно или постепенно)?

В какой части тела локализуется симптом (точная зона)?

Одностороннее или двустороннее нарушение?

Симптом постоянный или возникает периодически?

Есть ли боль или только онемение/парестезии?

При каких условиях усиливается (холод, физическая нагрузка, стресс, ночное время)?

Имеются ли двигательные нарушения (слабость, дрожание)?

Есть ли головокружение, изменения зрения или слуха?

Были ли подобные эпизоды ранее?

На данном этапе можно предположить характер поражения. Например, «внезапное онемение с одной стороны + нарушение речи» может свидетельствовать об ишемическом инсульте; «симметричное онемение конечностей + сахарный диабет в анамнезе» — о диабетической полинейропатии; «странные ощущения в разных участках тела на фоне стресса» — о психогенном компоненте сенсорных нарушений.

2-й этап. Сбор анамнеза (анамнез заболевания и жизни)

Для точного выявления сенсорных нарушений анамнез является ключевым источником информации, определяющим направление диагностики. На этом этапе врач выявляет возможные этиологические факторы.

### **2.1. Анамнез заболевания (anamnesis morbi):**

начало симптомов: острое или постепенное;

динамика: прогрессирование или волнообразное течение;

ранее проводимое лечение: какие препараты помогали или не давали эффекта;

перенесённые травмы: позвоночника, головы, конечностей.

## **2.2. Анамнез жизни (anamnesis vitae):**

сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, хроническая почечная недостаточность;

дефицит витамина В12, анемия;

инфекционные заболевания (герпес, боррелиоз и др.);

токсические воздействия: алкоголь, контакт с химическими веществами;

приём лекарственных средств с возможным нейротоксическим эффектом;

профессиональные факторы: вибрация, работа на холоде, монотонные движения.

В анамнезе важно учитывать и психологический фон пациента: бессонница, тревожность, депрессия, хронический стресс могут усиливать сенсорные жалобы или формировать функциональные («псевдоневрологические») проявления.

### **3-й этап. Общий осмотр и оценка соматического состояния**

Сенсорные нарушения нередко являются проявлением общесоматических заболеваний, поэтому общий осмотр имеет важное диагностическое значение. Оцениваются:

температура тела, артериальное давление, частота сердечных сокращений;

цвет кожи, влажность, трофические изменения;

отёки, варикозное расширение вен, пульсация периферических артерий;

кожные поражения и высыпания (например, при herpes zoster);

мышечная атрофия, деформации конечностей.

Этот этап помогает выявить связь сенсорных нарушений не только с поражением нервной системы, но и с сосудистыми, эндокринными и воспалительными причинами.

### **4-й этап. Неврологическое обследование: основы топической диагностики**

Ключевой этап выявления сенсорных нарушений — неврологическое обследование, направленное на определение уровня поражения:

- периферический нерв;
- нервные корешки;
- нервные сплетения;
- сегменты спинного мозга;
- очаговые поражения головного мозга.

Неврологическое обследование обычно проводится в следующей последовательности:

#### **4.1. Сознание и ориентировка**

Оценивают уровень бодрствования, скорость и адекватность ответов, концентрацию внимания. При нарушении сознания сенсорная оценка может быть недостоверной.

#### **4.2. Исследование черепных нервов**

Проверяются поля зрения, чувствительность лица, слух, глотание, мимика. Это помогает отличить центральный характер нарушения от периферического.

#### **4.3. Двигательная сфера и рефлексы**

Сенсорные нарушения часто сочетаются с двигательными расстройствами, поэтому оцениваются:

- мышечная сила;
- мышечный тонус;
- сухожильные рефлексы;
- патологические рефлексы.

Например, утрата чувствительности в сочетании со снижением рефлексов чаще свидетельствует о периферическом поражении, тогда как снижение чувствительности при повышенных рефлексах может указывать на центральное поражение.

### **5-й этап. Специальное исследование видов чувствительности (сенситивные тесты)**

На данном этапе сенсорная система обследуется **по единому стандарту** и строго последовательно. Основные правила: пациент должен **закрывать глаза**, для сравнения исследуются **симметричные участки**, а обследование проводится по принципу **от простого к более сложному**.

### **5.1. Поверхностная чувствительность (superficial)**

#### **а) Тактильная чувствительность (осязание)**

Оценивается лёгким прикосновением ватой, мягкой кисточкой или пальцем. Пациент сообщает: «чувствую / не чувствую» и указывает место прикосновения.

#### **б) Болевая чувствительность**

Проверяется лёгким касанием стерильного кончика иглы (прокалывание кожи не требуется). Пациент должен различать ощущения «острое» и «тупое».

#### **в) Температурная чувствительность**

Исследуется с помощью тёплого и холодного предмета. Пациент должен правильно различать «тепло / холод».

### **5.2. Глубокая чувствительность (deep)**

#### **а) Вибрационная чувствительность**

Проверяется с использованием камертона (tuning fork), который прикладывают к костным выступам.

#### **б) Суставно-мышечное чувство (проприоцепция)**

Пальцы кисти или стопы перемещают вверх/вниз, после чего пациент должен указать направление движения.

### **5.3. Сложные (корковые) виды чувствительности**

Эти виды чувствительности связаны с функцией коры головного мозга:

**стереогнозия** (узнавание предмета на ощупь с закрытыми глазами);

**графестезия** (распознавание цифры/буквы, нарисованной на коже);

**двухточечная дискриминация** (различение двух точек прикосновения).

Данные тесты особенно важны для выявления поражений корковых отделов головного мозга.

## **6-й этап. Классификация сенсорного нарушения и составление «карты» чувствительности**

По результатам обследования сенсорные нарушения классифицируются следующим образом:

- гипестезия** — снижение чувствительности;
- анестезия** — отсутствие чувствительности;
- гиперестезия** — усиление чувствительности;
- парестезия** — «онемение», «ползание мурашек», покалывание;
- дизестезия** — неприятные, необычные ощущения;
- аналгезия** — отсутствие болевой чувствительности;
- гиперпатия** — чрезмерно сильная реакция на болевой стимул.

Дополнительно оценивается характер распространения нарушений и формируется «сенсорная карта»:

- тип «перчаток» или «носков» (характерно для полинейропатии);
- по дерматому (радикулопатия);
- по зоне иннервации конкретного нерва (мононевропатия);
- по половине тела (центральное поражение).

## **7-й этап. Дифференциальная диагностика (периферическое или центральное поражение?)**

На этом этапе врач определяет происхождение сенсорных нарушений.

### **Признаки периферических сенсорных нарушений:**

- чаще симметричность поражения (например, при полинейропатии);
- возможное снижение рефлексов;
- возможное развитие мышечной атрофии;
- типичная картина «носков/перчаток».

### **Признаки центральных сенсорных нарушений:**

- поражение одной половины тела;
- возможное усиление рефлексов;
- вероятность спастичности, нарушения речи;

наличие очаговой неврологической симптоматики.

### **Признаки психогенных сенсорных расстройств:**

жалобы разнообразные и изменчивые;

при осмотре нарушения не соответствуют четкой неврологической «карте»;

усиление симптомов на фоне стресса и тревоги;

отсутствие устойчивой анатомо-физиологической закономерности.

### **8-й этап. Выбор лабораторных и инструментальных исследований**

Для подтверждения сенсорных расстройств или выявления их причин назначаются дополнительные исследования.

#### **8.1. Лабораторные исследования**

общий анализ крови;

глюкоза крови, HbA1c (для диагностики диабета);

витамин B12, фолаты;

гормоны щитовидной железы;

электролиты (Na, K, Ca);

маркеры воспаления.

#### **8.2. Инструментальные исследования**

**ЭНМГ (электронейромиография)** — особенно важна при поражении периферических нервов;

**МРТ/КТ** (головного мозга и позвоночника);

**УЗДГ (доплерография)** сосудов;

**ЭЭГ или вызванные потенциалы** (по показаниям).

Эти исследования позволяют более точно определить **локализацию и причину** сенсорного нарушения.

9-й этап. Итоговое клиническое заключение и постановка диагноза

Заключительный этап заключается в интеграции всех полученных данных с формированием клинического вывода:

тип сенсорного расстройства;

характер и зона распространения;  
уровень поражения (периферический / центральный);  
этиологический фактор (диабет, травма, инсульт, воспаление и др.);  
сопутствующие синдромы (боль, двигательные нарушения, вегетативные симптомы).

После этого составляется план лечения и реабилитации.

10-й этап. Мониторинг и повторная оценка (динамическое наблюдение)

Сенсорные нарушения нередко изменяются во времени. Для объективной оценки эффективности лечения рекомендуется проводить:

повторные осмотры;  
обновление «сенсорной карты» (зон нарушения чувствительности);  
сопоставление результатов тестов в динамике;  
использование шкал боли (например, ВАШ/VAS);  
повторное проведение ЭНМГ при необходимости.

При правильно организованном мониторинге удаётся своевременно выявлять ухудшение состояния, предупреждать рецидивы и снижать риск осложнений.

Таким образом, выявление сенсорных нарушений требует от врача системного подхода: сначала уточняются жалобы и собирается анамнез, затем проводится общий осмотр и неврологическое обследование с оценкой различных видов чувствительности. После этого выполняются топическая и дифференциальная диагностика, а полученные данные подтверждаются лабораторно-инструментальными методами. Важнейший принцип — проведение исследования чувствительности в стандартной последовательности с обязательной интеграцией результатов с клиническими данными. Такой подход позволяет точнее определить причину сенсорного расстройства, выбрать правильную терапию и улучшить качество жизни пациента.

## 2.2. Клинико-психологический диагностический алгоритм.

Клинико-психологический диагностический алгоритм — это совокупность последовательных этапов, направленных на системную оценку психического состояния пациента, особенностей поведения и личностных характеристик, точную классификацию симптомов, выделение клинического синдрома, а также разработку индивидуального плана лечения и реабилитации. Алгоритмический подход помогает специалисту избегать чрезмерной субъективности, работать по стандартной схеме обследования, уменьшать вероятность клинических ошибок и повышать достоверность диагноза. Это особенно актуально в психиатрии и клинической психологии, поскольку жалобы пациента часто многокомпонентны, эмоционально окрашены и нередко сочетаются с соматическими проявлениями. В связи с этим диагностический процесс не должен ограничиваться разовой беседой, а требует объединения информации, полученной из нескольких источников.

Поэтому в структуре клинико-психологического диагностического алгоритма анамнез, наблюдение, структурированное интервью, психодиагностические тесты, психофизиологические показатели и оценка социальной функциональности рассматриваются как взаимодополняющие компоненты.

Начальным этапом алгоритма является приём пациента и обеспечение безопасности. Перед любым психологическим или психиатрическим обследованием врач/психолог проводит экспресс-оценку общего состояния: уровень ясности сознания, ориентировку, логичность речи, способность вступать в контакт, наличие возбуждения или заторможенности, агрессивность, импульсивность, выраженную тревогу, а также острые соматические жалобы (одышка, сильная боль, эпизоды потери сознания). На данном этапе необходимо выделить состояния, требующие неотложной помощи: психомоторное возбуждение, острые делириозные состояния, снижение уровня сознания, подозрение на интоксикацию, выраженные

вегетативные нарушения либо вероятность опасности для самого пациента или окружающих.

Если подобные признаки выявляются, первоочередно принимаются меры безопасности и оказывается необходимая помощь; углублённая диагностика проводится позже, после стабилизации состояния. Если же с пациентом возможно установить устойчивый психологический контакт, алгоритм продолжается следующим этапом обследования.



#### **Рис. 4. Клинико-психологический диагностический алгоритм.**

Следующий этап — систематическое уточнение жалоб и проблемного запроса. При этом основная жалоба пациента (*principal complaint*) формулируется одним чётким предложением, после чего уточняется и расширяется деталями. Например, за жалобой «у меня нарушился сон» могут скрываться трудности засыпания, частые ночные пробуждения, раннее пробуждение, кошмарные сновидения, дневная сонливость или отсутствие ощущения удовлетворённости сном. Аналогично жалоба «у меня расшатались нервы» может включать постоянную раздражительность, снижение контроля импульсов, агрессивные реакции, внутреннее напряжение, панические проявления или соматизированную тревогу. Поэтому при детализации жалобы отдельно уточняются временной фактор (когда началось, как долго продолжается), динамика (усиливается ли, имеет ли эпизодический характер), провоцирующие факторы (стресс, бессонница, соматическое заболевание), факторы облегчения (отдых, медикаменты, общение), а также влияние на повседневную жизнь (работа, учёба, семейные отношения). В ходе данного этапа формируется первичное предположение о соответствии жалобы определённому клиническому синдрому и о вероятной соматической либо психогенной направленности расстройства.

Сбор анамнеза является одним из наиболее значимых звеньев алгоритма и включает анамнез заболевания и анамнез жизни. В рамках анамнеза заболевания уточняются: когда возник первый эпизод, характер начала (постепенный или внезапный), наличие аналогичных состояний в прошлом, опыт лечения, приём лекарственных средств (какие препараты помогли или не давали эффекта), проводилась ли психотерапия, периоды обострений, длительность ремиссий. Анамнез жизни отражает траекторию развития личности, семейную обстановку и условия воспитания, образовательный и профессиональный путь, социальную адаптацию, травматические события, вредные привычки, соматические заболевания, наследственные факторы,

наличие психических расстройств у родственников. Особенно при оценке склонности к депрессивным, тревожным и личностным расстройствам диагностически значимыми являются сведения о детском периоде, стрессоустойчивости, стиле общения, стратегиях разрешения конфликтов и эмоциональной реактивности.

Клиническое наблюдение и оценка психического статуса (Mental Status Examination) являются центральной частью диагностического алгоритма. На этом этапе специалист оценивает пациента не только по высказываниям, но и по внешнему виду, мимике и пантомимике, аккуратности одежды и соблюдению гигиены, способности вступать в контакт, особенностям взгляда, темпу и интонации речи, эмоциональному фону, адекватности реакций, процессу и содержанию мышления, нарушениям восприятия (иллюзии, галлюцинации), состоянию памяти и внимания, интеллектуальным операциям, уровню критики, волевым качествам и мотивационной сфере. Основной принцип — фиксировать наблюдения в описательной и доказательной форме: вместо формулировки «пациент агрессивен» корректнее записывать «отвечает на вопросы повышенным голосом, перебивает собеседника, отмечаются резкие движения тела», что повышает объективность и диагностическую точность. При оценке эмоционального состояния анализируются тип аффекта (тревога, печаль, безразличие, раздражительность), его интенсивность, устойчивость, гибкость и соответствие ситуации. В сфере речи и мышления выявляются ускорение или замедление мыслительных процессов, логическая связность, уход от темы, персеверации, подозрительность, obsessions, фобии, необычные идеи или бредовые построения.

## Подход к принятию решения (схема приближения к диагнозу)



**Рис. 5. Направление принятия решения (схема приближения к диагнозу).**

Структурированное клиническое интервью является методом, повышающим диагностическую надёжность, поскольку оно направлено на выявление симптомов на основе стандартной последовательности вопросов. В

ходе структурированного интервью системно уточняются соматические жалобы, настроение, сон, аппетит, внимание, уровень энергии, мотивация, социальная активность, тревожность, панические эпизоды, воспоминания, связанные с психотравмой, компульсивные действия, контроль импульсов, аффективные изменения, психотические признаки, а также симптомы когнитивного снижения. Такой подход предотвращает «случайный» характер клинической беседы, обеспечивает то, что значимые симптомы не останутся без внимания, и облегчает выбор психодиагностических методик на последующем этапе.

Психодиагностическое тестирование является следующим звеном алгоритма и служит для объективизации клинических предположений и оценки динамики состояния. Подбор тестов должен соответствовать возрасту пациента, уровню образования, культурному контексту и тяжести состояния. Например, для депрессии и тревоги могут использоваться краткие скрининговые шкалы (анкеты), а при оценке личностных особенностей — более расширенные опросники и методики с проективными элементами. При оценке когнитивного статуса исследуются внимание, память, исполнительные функции, речь и зрительно-конструктивные способности. Если имеется подозрение на неврологическую патологию, к клинико-психологической оценке дополнительно включают элементы нейропсихологического обследования. Результаты тестирования всегда сопоставляются с клиническим наблюдением: одинаковые показатели могут иметь различное значение в разных клинических ситуациях. Поэтому тест не является диагнозом, а рассматривается как доказательство, поддерживающее диагностическое заключение.

Оценка социальной функциональности и качества жизни занимает особое место в клинико-психологической диагностике. При многих психических расстройствах основной проблемой является не только наличие симптомов, но и снижение способности пациента выполнять социальные роли. В связи с этим оцениваются внутрисемейные отношения, учебная или трудовая

деятельность, повседневные привычки, финансовая самостоятельность, навыки самообслуживания, круг общения, организация свободного времени и другие показатели. Такая оценка особенно полезна при построении реабилитационного плана и при измерении эффективности лечения в динамике.

Важным этапом диагностического алгоритма является дифференциальная диагностика и определение границы между «психическим» и «соматическим». Во многих случаях соматические заболевания усиливают психические симптомы, либо психические нарушения проявляются преимущественно в виде соматических жалоб. Например, гормональные нарушения, заболевания щитовидной железы, дефицит витаминов, нарушения сердечного ритма, хронические болевые синдромы, интоксикации могут существенно изменять настроение и уровень тревоги. Поэтому при наличии показаний лабораторные и инструментальные исследования планируются совместно с врачом соответствующего профиля. Проведение минимального соматического обследования до постановки психогенной природы симптомов снижает риск диагностических ошибок.

Заключительным этапом является формирование клинического заключения, синдромологическая оценка и разработка индивидуальных рекомендаций. На этом этапе специалист интегрирует сведения из всех источников: жалобы, анамнез, наблюдение, данные Mental Status Examination, результаты тестирования и оценку функциональности. На основании комплексного анализа определяется ведущий синдром (например, тревожно-депрессивный, астенический, обсессивно-компульсивный, психотический, когнитивного снижения, соматоформный). Далее уточняются степень выраженности проблемы, длительность течения, коморбидные состояния, факторы риска и факторы защиты. Рекомендации не ограничиваются только медикаментозной терапией или психотерапией: они включают гигиену сна, навыки управления стрессом, развитие коммуникативных умений, семейную поддержку, реабилитационную активность, адаптацию режима учёбы/работы

и другие направления. Наиболее важным является объяснение пациенту и его близким сути состояния понятным языком, поддержание мотивации и обеспечение последовательности лечения.

Представленные ниже таблицы и рисунки систематизируют клинико-психологический диагностический алгоритм в практическом формате.

**Таблица 6.**

***Этапы и задачи клинико-психологической диагностики.***

<b>Этап</b>	<b>Основная задача</b>	<b>Результат (выход)</b>
1. Первичная оценка	Обеспечение безопасности, установление контакта, выделение неотложных состояний	Возможность стабильной беседы / необходимость экстренной помощи
2. Уточнение жалоб	Детализация симптомов, определение начала и динамики	Перечень основных проблем
3. Анамнез	Выявление этиологических факторов, травм, наследственности, соматического фона	Клинический контекст
4. Наблюдение + MSE	Оценка речи, аффекта, мышления, восприятия, поведения, критики	Синдромологические признаки
5. Структурированное интервью	Стандартное выявление симптомов	Симптоматический профиль
6. Тестирование	Объективизация клинических предположений, оценка тяжести	Баллы и интерпретация

7. Оценка функциональности	Качество жизни, выполнение социальных ролей, социальная адаптация	Реабилитационные потребности
8. Дифференциальная диагностика	Исключение или подтверждение соматических/неврологических причин	Приближение к окончательному диагнозу
9. Заключение и рекомендации	Индивидуальный план, критерии мониторинга	План лечения и динамического наблюдения

*Таблица 7.*

*Компоненты психического статуса, оцениваемые во время сеанса.*

<b>Компонент</b>	<b>Что оценивается</b>	<b>Клиническое значение</b>
Внешний вид	Опрятность, одежда, мимика, движения	Негативные симптомы, депрессия, психоз
Контакт	Зрительный контакт, сотрудничество, доверие	Пригодность к психотерапии, качество взаимодействия
Речь	Темп, интонация, логичность, паузы	Мания, депрессия, дезорганизация
Аффект	Настроение, адекватность, устойчивость	Тревожно-депрессивный фон
Процесс мышления	Ускорение/замедление, отклонение от темы	Синдромологическая оценка
Содержание мышления	Фобии, obsessions, бредовые идеи	Дифференциальная диагностика
Восприятие	Иллюзии, галлюцинации	Признаки психотического состояния

Когниция	Внимание, память, счёт, ориентировка	Деменция / органическое поражение
Критика	Отношение к проблеме, осознание состояния	Приверженность лечению, прогноз

*Таблица 8.*

***Выбор пакета тестирования в зависимости от клинической ситуации.***

<b>Клиническое предположение</b>	<b>Рекомендуемые направления</b>	<b>Цель краткой оценки</b>
Преобладает тревога	Скрининговые шкалы, оценка соматической тревоги	Уровень тревоги и триггеры
Депрессивный фон	Оценка настроения, ангедонии, мотивации	Тяжесть и факторы риска
Подозрение на психотические симптомы	Оценка содержания мышления и нарушений восприятия	Выраженность психоза
Когнитивное снижение	Тесты внимания и памяти, исполнительные функции	Выявление органического поражения
Соматоформные жалобы	Оценка соматической фиксации, стресса	Определение психосоматического механизма
Личностные проблемы	Личностный профиль, социальная адаптация	Планирование длительной психотерапии

**2.3. Оценка психопатологических симптомов (практические примеры).**

Оценка психопатологических симптомов в клинической практике проводится не только по принципу «симптом есть или нет», но комплексно — с учётом их содержания, длительности, выраженности, соответствия

ситуации, динамики и влияния на социальную активность пациента. Поэтому клиническая оценка, хотя и начинается с выслушивания жалоб, на последующих этапах дополняется наблюдением, обследованием психического статуса (Mental Status Examination), структурированными вопросами, элементами простых тестов и анализом показателей функциональности. Основная цель обучения оценке на практических примерах — сформировать у специалиста навыки «распознавания симптома», «умения задавать правильные вопросы» и «формирования клинко-синдромологического заключения».

Одной из частых проблем клинической психопатологии является то, что один и тот же симптом пациент может описывать разными словами. Например, жалоба «сжимается сердце» в одних случаях отражает соматический компонент тревоги, в других — вегетативную реакцию на фоне депрессивного состояния. Фраза «у меня нет сил что-либо делать» может быть проявлением астенического синдрома, депрессии либо негативной симптоматики. Высказывание «как будто люди смотрят на меня» может варьировать по смыслу от обычной застенчивости до выраженной параноидной подозрительности. Поэтому при оценке каждого симптома важны два направления: первое — уточнение его психопатологической сущности; второе — определение клинической значимости, то есть реального влияния симптома на жизнь пациента.

Оценка психопатологических симптомов обычно проводится на трёх уровнях: субъективная жалоба (то, что сообщает пациент), объективное наблюдение (то, что фиксирует специалист), и клинический признак, который подтверждается в ходе интервью или тестирования (то, что поддаётся проверке). Например, пациент говорит: «я очень тревожусь». Специалист при наблюдении отмечает дрожание рук, беспокойство, частые перемещения в кресле, учащённое дыхание. Далее, с помощью вопросов уточняется содержание и длительность тревоги: на что направлена тревога, насколько она контролируема, имеются ли панические приступы, как она влияет на сон,

присутствует ли постоянный страх за будущее. Таким образом, общая формулировка «тревога» преобразуется в клинически значимый симптом с определённой структурой.

На первичном приёме чаще всего оцениваются следующие группы симптомов: аффективные нарушения (депрессия, тревога), психотические симптомы (галлюцинации, бредовые идеи), когнитивные нарушения (снижение внимания и памяти), обсессивно-компульсивные проявления, соматоформные жалобы, а также межличностные и поведенческие нарушения. При оценке каждой группы используется общий алгоритм: выявление симптома → оценка интенсивности → уточнение длительности → определение триггеров → анализ влияния на функциональность → направление на дифференциальную диагностику.

При оценке депрессивных симптомов ключевыми признаками являются сниженное настроение, утрата интереса и удовольствия (ангедония), уменьшение энергии и угасание мотивации. Практический пример: пациент 28 лет сообщает: «я перестал получать удовольствие, на работу хожу через силу». С помощью вопросов уточняется: как давно отмечается такое состояние, исчез ли интерес к занятиям, которые ранее приносили удовольствие, стало ли труднее вставать по утрам, изменились ли сон и аппетит, появились ли самоуничижительные мысли или ощущение собственной ненужности, снизилась ли концентрация внимания. При наблюдении пациент может говорить медленно, демонстрировать сниженную активность взгляда и бедность мимики. В данной ситуации возрастает вероятность депрессивного синдрома. Для практической оценки выраженности депрессии важны функциональные вопросы: «насколько сильно снижается настроение в течение дня?», «насколько вам трудно выполнять обычные дела?», «в какой мере пострадали рабочие и семейные обязанности?». Если пациент отмечает «могу потерять работу», «не могу ходить на занятия», «даже самообслуживание даётся с трудом», степень выраженности симптоматики оценивается как более тяжёлая.

При оценке тревожных симптомов крайне важно выявить «содержание тревоги», то есть понять, на что именно направлено переживание пациента. Пример: пациент 35 лет сообщает: «у меня резко начинает учащаться сердцебиение, мне становится страшно». Уточняющие вопросы: когда возникают эти эпизоды, сколько они продолжаются, сопровождаются ли они ощущением нехватки воздуха, потливостью, дрожью, страхом смерти, усиливаются ли в местах скопления людей. Если симптомы начинаются внезапно и достигают максимума в течение 10–20 минут, вероятна паническая атака. Если же пациент говорит: «я постоянно о чём-то тревожусь, как будто сейчас станет плохо», более вероятна генерализованная тревога. При наблюдении могут отмечаться беспокойство, повышенная двигательная активность рук и ног, ускорение речи, телесное напряжение. В практической оценке важно различать психический и соматический компоненты тревоги: у одних пациентов доминируют тревожные мысли («со мной случится что-то плохое»), у других — преимущественно вегетативные проявления («сердце бьётся, будто задыхаюсь»).

Оценка психотических симптомов требует особой осторожности и точности. Важно задавать вопросы, которые не пугают пациента, но позволяют раскрыть содержание переживаний. Пример: пациент 22 лет говорит: «люди хотят мне что-то сделать». Уточняющие вопросы: «кто именно?», «каким способом?», «с какого времени это началось?», «какие у вас есть доказательства?», «что вы делаете, когда приходит эта мысль?». Если пациент высказывает подозрения с твёрдой убеждёностью и не принимает противоположные аргументы, это приближает симптоматику к бредовым идеям. Для выявления нарушений восприятия могут использоваться вопросы: «бывало ли, что вы слышали голос, когда рядом никого не было?», «как будто кто-то зовёт вас?», «появлялись ли звуки без телефона или других источников?». Важно понимать, что прямой вопрос «есть ли у вас галлюцинации?» часто неэффективен, поскольку пациент может скрывать такие явления или не понимать термин. При наблюдении признаки типа

«пристальный взгляд в пустое пространство», «внезапные паузы, будто пациент прислушивается», «шёпот или разговор с собой» усиливают клиническое подозрение на психотическую симптоматику.

При оценке обсессивно-компульсивных симптомов важно разделять обсессии (навязчивые, повторяющиеся мысли) и компульсии (навязчивые действия/ритуалы). Пример: студент 19 лет говорит: «мне кажется, что руки грязные, я постоянно их мою». Уточняющие вопросы: усиливается ли тревога при появлении этой мысли, чего пациент опасается, если не будет мыть руки, сколько раз в день повторяется мытьё, сколько времени это занимает, нарушаются ли учёба или домашние дела. Ключевым критерием клинической значимости — затраты времени и функциональные потери. Если компульсивные действия занимают 1–2 часа в день и нарушают социальную жизнь, симптоматика рассматривается как клинически значимая.

При оценке соматоформных симптомов пациент часто предъявляет многочисленные телесные жалобы, однако при обследовании не выявляется чёткой органической причины. Пример: пациент 40 лет сообщает: «у меня падает давление, сжимается сердце, болит живот, не хватает воздуха», при этом отмечает многочисленные обращения к врачам и выполнение большого количества анализов. Уточняющие клинические вопросы: когда усиливаются жалобы, есть ли связь со стрессом, усиливаются ли симптомы ночью, уменьшаются ли при отвлечении внимания, соответствуют ли они физической нагрузке. В подобных случаях для оценки психогенного компонента важно дополнительно проверить эмоциональный фон и симптомы тревоги и депрессии. Неправильно объяснять соматоформное состояние фразой «это всё от нервов», поскольку пациент может почувствовать, что его переживания обесценивают. Более корректная тактика — признать реальность симптомов, объяснить, что они могут усиливаться на фоне стресса, и предложить комплексный план помощи.

При оценке когнитивных симптомов чаще всего исследуются внимание и память. Пример: пациент 55 лет сообщает: «я не могу подобрать слова, быстро

забываю». Уточняющие вопросы: с какого времени появилась забывчивость, насколько она влияет на повседневную жизнь, трудно ли запоминать новую информацию или страдают также давние воспоминания, бывают ли случаи, когда пациент путает дорогу, допускает ошибки в расчётах. Простые практические пробы: запоминание 3 слов с воспроизведением через 5 минут, счёт с вычитанием по 7 от 100, называние сегодняшней даты и места, выполнение простых инструкций. При этом важно помнить о возможности «псевдодеменции» при депрессии: пациент предъявляет когнитивные жалобы, однако основной причиной выступают сниженное настроение и дефицит мотивации.

При оценке нарушений речи и мышления выявляются ускорение мыслительного процесса, уход от темы, разрыв логических связей, обеднение или стереотипизация мышления. Пример: пациент 30 лет говорит очень быстро, легко перескакивает с одной темы на другую, отмечает сокращение сна и ощущает себя «очень сильным» — это может указывать на аффективный подъём (гипомания/мания). В другом случае пациент отвечает с длительными паузами, речь становится бедной и замедленной — это может соответствовать депрессивной заторможенности либо негативной симптоматике.

Поведенческие и волевые нарушения также имеют большое значение в психопатологической оценке. Пример: если пациент говорит «начинаю работу, но бросаю», это может свидетельствовать о волевой недостаточности, снижении мотивации либо астеническом состоянии. При наличии импульсивных действий, вспышек раздражительности, невозможности «удержаться» оцениваются аффективная лабильность и нарушения контроля импульсов. В таких ситуациях крайне важна информация от родственников или близких (гетероanamнез), поскольку пациент может не полностью осознавать или признавать особенности собственного поведения.

Ещё одним практическим правилом психопатологической оценки является разграничение «границы нормы и патологии». Не любая грусть является депрессией, и не любая тревога — заболеванием. Признаки,

приближающие состояние к патологии: длительное существование симптома, высокая выраженность, невозможность контроля, нарушение социальной жизни, снижение сна и аппетита, падение эффективности труда/учёбы, а также сочетание с изменениями мышления или восприятия. Задача специалиста — отличать естественную эмоциональную реакцию от клинического синдрома, не ставить лишней диагноз и при необходимости своевременно организовать раннюю помощь.

Ниже приведена обобщающая таблица основных индикаторов для удобства практической оценки психопатологических симптомов.

**Таблица 9.**

**Оценка психопатологических симптомов (симптом — вопрос — практический критерий).**

<b>Группа симптомов</b>	<b>Типичная жалоба пациента</b>	<b>Уточняющие вопросы</b>	<b>Клинически важный критерий</b>
Депрессивные	«Нет настроения», «ничего не интересно»	С какого времени? Есть ежедневно? Пропал интерес? Как сон и аппетит?	Длительность + функциональное снижение
Тревожные	«Сжимает внутри», «мне страшно»	Чего вы боитесь? Можете контролировать? Есть панические приступы?	Триггеры + вегетативные проявления

Психотические	«Хочет навредить», «слышу голоса»	Кто? Как? Есть доказательства? Когда слышите?	Отсутствие критики + твёрдая убеждённость
Обсессивные	«Мысль не уходит», «постоянно проверяю»	Сколько времени занимает? Можете остановиться? Становится легче?	Потеря времени + компульсивность
Соматоформные	«Всё болит», «в теле дискомфорт»	Связано со стрессом? Что показывали обследования? Уменьшается при отвлечении?	Нет соматического объяснения + тревожный фон
Когнитивные	«Стал забывчивым»	Запоминаете новое? Нарушилась повседневная жизнь?	Тесты внимания/памяти + динамика
Маниакальные/гипоманиакальные	«Мало сплю, энергии много»	Сколько часов спите? Есть расточительность, усиление активности, много планов?	Снижение сна + рост активности

По итогам практической оценки психопатологических симптомов специалист должен оформить краткое, точное и доказательное заключение. Например: «Пациент включён в беседу, контакт относительно сохранён. Настроение снижено, мимика бедная, речь замедлена. Имеются жалобы на ангедонию и астению. Отмечаются элементы самообвинения. Психотическая симптоматика не выявлена. В когнитивных пробах — быстрая истощаемость внимания. Социальная функциональность снижена, в первую очередь в профессиональной сфере». Подобные записи служат чёткими ориентирами как для последующего этапа лечения, так и для динамического наблюдения.

Наиболее важная практическая рекомендация заключается в том, что психопатологические симптомы всегда должны оцениваться системно: фиксировать необходимо не только «название» симптома по словам пациента, но и его реальные проявления, длительность, выраженность и влияние на повседневную жизнь. Такой подход облегчает приближение к клиническому диагнозу и делает помощь пациенту более точной и эффективной.

#### **2.4. Психологические подходы к исследованию ощущений.**

Психологические подходы к исследованию ощущений в клинической практике позволяют глубже понять сенсорные нарушения, корректно интерпретировать субъективный опыт пациента и дифференцировать жалобы, связанные с чувствительностью, от неврологических и психопатологических признаков. Ощущение является самым первичным этапом восприятия сигналов, поступающих из внешней среды, а также внутреннего состояния организма; оно напрямую связано с восприятием, вниманием, памятью, мышлением и эмоциональными реакциями. Поэтому исследование ощущений не должно ограничиваться простым принципом «есть/нет», а требует учёта влияния психологических факторов [3,7,12,25]. Клинический опыт показывает, что одно и то же сенсорное проявление у разных пациентов может иметь различный психологический механизм: у одного — истинное поражение периферических нервов, у другого — соматизация на фоне стресса,

у третьего — изменение чувствительности вследствие аффективных расстройств (усиление или снижение сенсорной восприимчивости) [1,6,13,21].

Первое правило психологического подхода к исследованию ощущений — не отвергать субъективную жалобу пациента, а анализировать её структурированно. Пациенты часто используют образные формулировки: «немеет», «как будто тело горит», «рука стала чужой», «как будто что-то движется внутри». Если специалист сразу оценивает это как «нервное», пациент переходит в защитную позицию и эффективность обследования снижается. Поэтому в рамках психологического подхода важно сначала применить эмпатическое слушание, а затем с помощью уточняющих вопросов перевести симптом в клиническую форму: где локализуется ощущение, когда возникло, при каких условиях появляется, сколько длится, после чего усиливается, что уменьшает проявления, и как это влияет на повседневную активность пациента [4,9,17]. Таким образом «язык ощущений» пациента переводится на язык клинической диагностики.

Следующий психологический принцип исследования ощущений — учёт фактора внимания. Сенсорные ощущения часто усиливаются при фокусировке внимания и ослабевают при его переключении. Например, тревожный пациент постоянно «сканирует» своё тело: замечает сердцебиение, дыхание, движения живота, малейшие изменения кожи и может воспринимать их как признаки опасного заболевания. В таком случае ощущение может быть реальным, однако его интенсивность и субъективная тяжесть усиливаются за счёт патологической фиксации внимания [2,11,16,29]. Поэтому в ходе обследования применяются методы управления вниманием: пациенту предлагают простую когнитивную задачу (счёт, подбор слов, ответы на вопросы) и наблюдают, усиливается или уменьшается сенсорная жалоба. Если при отвлечении внимания симптом значительно снижается, это может свидетельствовать о наличии психогенного компонента [10,18,24].

Эмоциональный фон имеет ключевое значение в оценке чувствительности. Тревога, страх, депрессия и раздражительность способны

изменять сенсорную восприимчивость. На фоне тревожности часто встречается гиперестезия — чрезмерная чувствительность к звуку, свету, прикосновениям; при депрессивных состояниях могут появляться жалобы на гипестезию, «онемение», «нечувствительность тела» [5,14,27]. Аффективные расстройства также влияют на переработку болевой чувствительности: боль воспринимается как более сильная, сохраняется дольше либо пациент склонен к катастрофизации болевых ощущений. Поэтому при исследовании ощущений важно оценивать не только сенсорные тесты, но и эмоциональное состояние пациента, уровень тревоги и наличие стрессовых факторов [8,19,31]. На практике даже простые вопросы («как ваше настроение в последние недели?», «как вы спите?», «часто ли бывает тревога?») помогают уточнить психологический контекст сенсорных жалоб.

Важным компонентом психологического подхода является проверка адаптации и сенсбилизации. Адаптация — снижение чувствительности при длительном воздействии стимула; сенсбилизация — повышение чувствительности при определённых условиях [7,12,25]. Например, человек, постоянно работающий в шумной среде, со временем начинает меньше реагировать на звуки (адаптация), однако на фоне стресса, недосыпания или заболевания даже слабый шум может вызывать выраженный дискомфорт (сенсбилизация). Выявление этих феноменов в клинико-психологической оценке помогает ответить на вопрос, связаны ли сенсорные нарушения с периферическим поражением или преимущественно с центрально-психогенными механизмами [20,23,28].

Особое место занимает психофизический подход к исследованию ощущений. Психофизика изучает зависимость между силой стимула и интенсивностью ощущений, позволяя определять сенсорные пороги: абсолютный порог чувствительности и порог различения [15,22,36]. В психологической практике данный подход применяется в упрощённом клиническом виде: например, постепенное усиление интенсивности прикосновения, проверка двухточечной дискриминации, определение

различия температур или оценка громкости звука по градациям. При этом ответ пациента не должен ограничиваться «да/нет» — дополнительно уточняется субъективное качество ощущения: «как именно вы это почувствовали?», «это жжение или давление?», «неприятно или нейтрально?» [26,33,41].

В психологической оценке важно различать границу между ощущением и восприятием. Ощущение — это получение «сырого» сенсорного сигнала, тогда как восприятие — превращение этого сигнала в осмысленный образ. Иногда пациент говорит: «я чувствую предмет, но не могу понять, что это». Это может указывать на нарушение стереогнозии — сложного коркового вида чувствительности. Для выявления данного расстройства пациенту предлагают с закрытыми глазами распознать различные предметы на ощупь. Если тактильное ощущение сохраняется, но распознавание предмета нарушено, повышается вероятность проблем центральной переработки сенсорной информации [30,34,39]. Дополнительно используется исследование графестезии (распознавание символов/цифр, нарисованных на коже), которое отражает уровень сенсорной интеграции и коркового анализа [32,35,44].

При исследовании ощущений практическое значение имеют также понятия «схема тела» и «границы тела». У некоторых пациентов встречаются жалобы типа: «рука как чужая», «ноги будто не мои», «тело стало лёгким». Подобные переживания могут быть связаны с деперсонализацией или дереализацией. В таких случаях даже при нормальных результатах стандартных сенсорных тестов у пациента сохраняется нарушение телесного самовосприятия. В рамках психологического подхода такие жалобы фиксируются отдельно и анализируются в совокупности с эмоциональным фоном, стрессом, тревогой и вегетативными проявлениями [37,40,45], поскольку подобная симптоматика часто усиливается на фоне травматического опыта, хронической тревожности или выраженного психологического перенапряжения.

В сенсорной диагностике важно учитывать эффект суггестии и ожидания. Если пациент убеждён, что у него «обязательно есть серьёзное заболевание», он может патологически интерпретировать даже обычные телесные ощущения. Такое состояние может быть связано с «соматической тревогой» или ипохондрическими тенденциями. В клинко-психологической оценке большое значение имеет формулировка вопросов: направляющие вопросы типа «у вас точно есть онемение?» могут произвольно подталкивать пациента к определённому ответу. Поэтому предпочтительны нейтральные формулировки: «что вы сейчас чувствуете?», «где именно возникло ощущение?». Такой подход повышает достоверность результатов исследования и уменьшает количество ложноположительных признаков [38,42,47].

При исследовании ощущений необходимо учитывать и психологические механизмы, связанные с болью. Боль — это не только периферический импульс, но и результат переработки в центральной нервной системе, тесно связанный с эмоциональной оценкой. При феномене «катастрофизации боли» пациент воспринимает боль как чрезмерно опасную, в результате чего усиливаются мышечное напряжение и вегетативные реакции, а боль субъективно становится ещё более выраженной. Так формируется «порочный круг боль–тревога». В психологическом подходе у таких пациентов оценивают интенсивность боли, отношение к болевым ощущениям, уровень страха, а также избегающее поведение (avoidance), когда человек ограничивает активность из-за опасений ухудшения [1,5,14]. Эти данные помогают планировать психообразование, релаксационные методы и когнитивные стратегии в рамках лечения.

При анализе сенсорных жалоб важным компонентом психологической оценки является также характер распространения симптомов. Например, онемение по типу «носка» или «перчатки» часто указывает на полинейропатию, тогда как распространение по дерматому может быть типичным для радикулопатии. Однако иногда жалобы не соответствуют

анатомическим закономерностям: «сегодня немеет левая рука, завтра — правая нога», «ощущение как будто перемещается по телу». В таких случаях возрастает вероятность психогенного компонента. В рамках психологического подхода подобные проявления сопоставляются с факторами стресса, тревожными эпизодами и нарушением сна [6,13,21].

С практической точки зрения при обследовании ощущений используется «модель комплексной оценки»: сенсорные тесты + эмоциональная оценка + когнитивная оценка + функциональная оценка. Сенсорные тесты выявляют тактильную, болевую, температурную, вибрационную и проприоцептивную чувствительность; эмоциональная оценка отражает тревожно-депрессивный фон; когнитивная оценка анализирует внимание и мышление; функциональная оценка включает влияние симптомов на повседневную активность. Такой комплексный подход позволяет точнее определить реальную клиническую выраженность сенсорного нарушения и его влияние на качество жизни пациента [10,18,24,36].

Важной частью психологического обследования является установление терапевтического контакта с пациентом. Пациент, обращающийся с сенсорными жалобами, часто испытывает страх, ощущает, что его «не понимают», и бывает утомлён множественными посещениями врачей. Поэтому интонация специалиста, терпеливое выслушивание и серьёзное отношение к жалобам напрямую влияют на качество диагностики. При наличии доверительного контакта пациент чаще сообщает и скрытые симптомы, точнее отвечает на вопросы и тестовые задания, а также с большей вероятностью соблюдает рекомендации [2,11,16].

В психологических подходах к исследованию ощущений психообразование (психоедукация) рассматривается как структурный компонент диагностического процесса. Если пациент понимает различие между ощущением и восприятием, влияние стресса на телесные ощущения и роль вегетативной нервной системы, он становится менее склонным к катастрофической интерпретации симптомов. Это может снижать

субъективную тяжесть проявлений и одновременно повышать точность диагностических результатов. Психообразование включает научное и бережное объяснение в духе: «ваши ощущения реальны, однако существуют факторы, которые способны их усиливать» [8,19,31,41]. Такой подход особенно эффективен у пациентов, склонных к соматизации.

В ходе сенсорного обследования важна и междисциплинарная кооперация. Наиболее достоверные результаты достигаются тогда, когда психологическая оценка проводится параллельно с неврологическими, терапевтическими и лабораторно-инструментальными исследованиями. Например, при подозрении на поражение периферических нервов требуется ЭНМГ, при вероятности диабета — контроль глюкозы и HbA<sub>1c</sub>, при заболеваниях щитовидной железы — исследование гормонального профиля. Психологическая оценка в таком контексте помогает определить эмоциональный и когнитивный компонент симптомов на фоне соматических факторов. В результате план лечения формируется не как «только медикаменты» или «только психотерапия», а как комплексный подход [20,23,28,44].

Таким образом, психологические подходы к исследованию ощущений обеспечивают приближение к клиническому диагнозу за счёт системного анализа жалоб, оценки влияния внимания и эмоционального фона, уменьшения эффекта суггестии и ожидания, выделения сенсорного, когнитивного и аффективного компонентов, а также анализа функциональности пациента. Данный подход не противопоставляет неврологическое и психопатологическое обследование, а наоборот — интегрирует их, позволяя видеть состояние пациента целостно. Наиболее важно то, что психологический подход усиливает эффективность коммуникации с пациентами, повышает точность диагностики и способствует индивидуальному выбору последующей коррекционно-лечебной стратегии [4,9,17,30,35,47].

## **2.5. Клиническая беседа и метод наблюдения.**

Клинико-психологическая беседа и метод наблюдения являются в клинической практике одними из основных и наиболее часто применяемых диагностических инструментов. Это связано с тем, что в психологической диагностике наиболее полная информация о внутренних переживаниях личности, стиле мышления, эмоциональном состоянии и поведении человека получается именно в процессе живого общения. Беседа позволяет врачу или психологу выявить жалобы пациента, его проблему, жизненные обстоятельства и изменения психического состояния, тогда как наблюдение даёт возможность оценивать не только словесное содержание, но и невербальные проявления: мимику, пантомимику, интонацию речи, движения, степень включённости в контакт, эмоциональные реакции и поведенческие особенности. В практическом отношении клинико-психологическая беседа и наблюдение неразделимы: во время беседы проводится наблюдение, а результаты наблюдения помогают уточнять вопросы интервью и углублять диагностический анализ.

Основная цель клинико-психологической беседы — максимально полно, системно и точно оценить психическое состояние пациента, сформулировать симптомы на психопатологическом уровне и сделать синдромологическое заключение. Пациент нередко описывает своё состояние простыми словами: «нервы расстроились», «стал грустным», «сжимает сердце», «ничего не интересуется». Задача специалиста заключается в том, чтобы перевести подобные общие жалобы в клинические категории: тревога, депрессия, астеническое состояние, фобическое расстройство, навязчивые мысли, соматизация, нарушения сна либо наличие психотической симптоматики. Поэтому последовательность беседы, структура вопросов, стиль общения и отношение к пациенту становятся определяющими факторами качества диагностики.

Первый этап беседы — установление контакта и формирование у пациента чувства доверия. Пациент может прийти в тревожном состоянии,

испытывать стеснение или страх. Поэтому большое значение имеют голос специалиста, выражение лица, спокойная и уважительная манера общения. Если в первые минуты пациенту сказать короткие поддерживающие фразы вроде «я внимательно вас выслушаю», «то, что вы расскажете, поможет нам лучше понять ваше состояние», он становится более открытым. При установлении контакта важно учитывать возраст пациента, уровень образования и культурные особенности. Например, некоторым пациентам комфортнее официальное обращение и более формальный тон, а другим — мягкая и простая речь. На этом этапе уместно кратко подчеркнуть конфиденциальность беседы и то, что информация будет использована исключительно в лечебных целях — это снижает тревожность пациента.

Следующий этап — выявление основной жалобы пациента и её уточнение. Именно «главная проблема», названная пациентом, определяет направление диагностики. Важнейшим приёмом здесь являются открытые вопросы: «что вас беспокоит больше всего?», «когда началось это состояние?», «как бы вы описали свою нынешнюю ситуацию?». Открытые вопросы позволяют пациенту говорить свободно, а специалисту — увидеть естественный контекст симптомов. Затем добавляются уточняющие (закрытые) вопросы: «это происходит ежедневно?», «изменился ли сон?», «как аппетит?», «в какое время усиливается?». Таким образом уточняются длительность, динамика, выраженность симптомов, провоцирующие факторы и влияние на функциональность.

Особое место в клинико-психологической беседе занимает сбор анамнеза. Анамнез включает два ключевых раздела: анамнез заболевания и анамнез жизни. В рамках анамнеза заболевания выясняется, когда начались симптомы, было ли начало внезапным или постепенным, наблюдались ли подобные эпизоды раньше, проводилось ли лечение, принимались ли препараты, проходил ли пациент психотерапию, как протекали рецидивы. Анамнез жизни дополняется сведениями о психологическом становлении личности: семейная атмосфера, детский период, воспитание, образование, профессиональный

путь, социальная адаптация, стрессовые факторы, травматические события, отношения с близкими, вредные привычки, соматические заболевания и наследственные влияния. Все эти данные являются важным «ключом» для понимания текущего психического состояния пациента. Например, опыт постоянной критики или насилия в детстве может способствовать формированию тревожной структуры личности во взрослом возрасте, а хронический стресс и нарушение сна способны усиливать сенсорные жалобы и дискомфорт.

В процессе беседы оценка психического статуса (mental status) проводится в скрытом, но системном режиме. Под психическим статусом понимаются речь пациента, особенности мышления, аффект, восприятие, память, уровень внимания, мотивация, волевая сфера, личностные особенности и критическое отношение к своему состоянию. Во время разговора специалист отмечает темп речи, особенности подбора слов, логические связи, время ответа, склонность уходить от темы, целенаправленность высказываний. Например, если речь резко ускорена и пациент перескакивает с темы на тему, это может указывать на аффективный подъём. Напротив, замедленная речь, частые паузы и краткие ответы могут соответствовать депрессивной заторможенности либо астеническому состоянию. При оценке аффекта уточняется, снижено или повышено настроение, присутствует ли тревога, соответствуют ли эмоции ситуации, устойчив ли аффект. При подозрении на нарушения восприятия осторожно задаются вопросы о признаках галлюцинаций или иллюзий. Чтобы пациент не испугался, используются мягкие формулировки: «бывает ли, что вы слышите голос, когда рядом никого нет?», «случалось ли, что вам кажется, будто что-то видно там, где ничего нет?». Для когнитивной оценки в беседу естественно включаются простые вопросы: «какая сегодня дата?», «где вы находитесь?», «можете ли вы запомнить слово и повторить его через некоторое время?».

Метод наблюдения является неотъемлемой частью клинической беседы и служит выявлению объективных признаков поведения пациента. В процессе

наблюдения оцениваются общий внешний вид пациента, опрятность, стиль одежды, поза, движения, тремор конечностей, направление взгляда, мимика, готовность вступать в контакт, мотивация отвечать на вопросы, уровень настороженности или подозрительности. Например, даже если пациент говорит «у меня всё хорошо», но при этом на лице выражена печаль, в глазах слёзы, корпус согнут, а речь замедлена, это может указывать на скрытый депрессивный фон. Или же, если пациент заявляет «я ничего не боюсь», но во время беседы у него дрожат руки, учащается дыхание, а ноги постоянно находятся в движении, это свидетельствует о выраженной тревоге. Таким образом, наблюдение выполняет роль «реального индикатора», который помогает проверять и уточнять вербальные сообщения пациента.

Одним из важных аспектов наблюдения является стиль включённости пациента в общение. Некоторые пациенты быстро формируют доверие и сообщают все детали, другие — остаются закрытыми, отвечают кратко, избегают зрительного контакта, уходят от вопросов. Подобные проявления не всегда являются патологическими и могут быть связаны со стеснением, культурными особенностями, застенчивостью или травматическим опытом. Однако клинически необходимо учитывать и другие возможные причины, например выраженную подозрительность, параноидный настрой, негативную симптоматику или аутистическое отстранение. В наблюдении оценивается не только поведение пациента, но и логика его речи: насколько мысли последовательны, сохраняется ли тема разговора, конкретны ли ответы или расплывчаты, имеются ли признаки дезорганизации мышления. Эти элементы играют важную роль в выявлении психопатологического синдрома.

В клинико-психологической беседе большое значение имеет структура вопросов. Обычно применяются три типа вопросов: открытые, закрытые и уточняющие. Открытые вопросы дают пациенту возможность свободно выразить своё мнение, закрытые служат для быстрого подтверждения или исключения симптома, а уточняющие раскрывают качество и содержание симптома. Например, «бывает ли у вас страх?» — закрытый вопрос, «когда

страх усиливается?» — уточняющий вопрос, «как вы сами объясняете своё состояние?» — открытый вопрос. Для повышения точности диагностики рекомендуется последовательность: сначала открытый вопрос, затем закрытый, после чего — уточняющий. При таком подходе пациент не ощущает, что его «допрашивают», и общение сохраняет естественный характер.

Ещё одним важным компонентом беседы и наблюдения является оценка социальной функциональности. Психологические симптомы часто влияют на семейную жизнь, профессиональную деятельность, обучение, межличностные отношения и самообслуживание. Поэтому в беседе целесообразно задавать вопросы: «вы продолжаете ходить на работу?», «как обстоят дела с учёбой?», «справляетесь ли с домашними обязанностями?», «какие отношения с близкими?». Если функциональность снижена, это является важным показателем тяжести симптоматики. Например, при лёгкой тревоге пациент обычно продолжает работать, а при тяжёлой тревоге может бояться выходить на улицу. При тяжёлой депрессии пациент нередко перестаёт уделять внимание элементарной гигиене. Эти признаки могут иметь решающее значение при клиническом принятии решений.

В ходе беседы выявляются также ресурсы и защитные факторы пациента. Даже при наличии проблемы у человека могут сохраняться поддерживающие элементы: семейная помощь, интерес к работе, религиозно-духовная опора, занятия спортом, друзья, жизненные цели. Поиск таких ресурсов крайне важен для психотерапии и реабилитации. Специалист уточняет это вопросами: «что вас успокаивает?», «когда вы чувствуете себя лучше?», «кто может вам помочь?». Выявление ресурсов повышает уровень надежды пациента и усиливает мотивацию к лечению.

По завершении клинико-психологической беседы специалист кратко, доказательно и понятно обобщает полученные данные. Такое резюме должно быть пригодным как для пациента, так и для медицинской документации. Например: «Пациент включён в беседу, контакт сохранён. Настроение

снижено, имеются жалобы на ангедонию и астенизацию. Отмечаются нарушения сна. Тревожный компонент умеренный. Психотическая симптоматика не выявлена. Когнитивные функции относительно сохранены. Социальная функциональность снижена, преимущественно в профессиональной сфере». Подобное заключение облегчает последующую оценку динамики состояния при повторных визитах.

Ниже представлены практические критерии клинико-психологической беседы и наблюдения в виде таблицы.

**Таблица 10.**

**Основные показатели, оцениваемые при клинико-психологической беседе и наблюдении.**

<b>Направление</b>	<b>Оцениваемые элементы</b>	<b>Практический пример (кратко)</b>
Контакт	Доверие, сотрудничество, зрительный контакт	Открыто отвечает на вопросы или избегает ответа
Речь	Темп, логичность, паузы, интонация	Очень быстро говорит / отвечает замедленно
Аффект	Настроение, тревога, адекватность	Плаксивый фон / выраженное беспокойство
Содержание мышления	Подозрительность, страхи, обсессии	«Мне хотят навредить» / «Не могу не проверять»
Восприятие	Галлюцинации, иллюзии	«Слышу голоса» / «кажется, будто вижу»
Поведение	Двигательная активность, импульсивность, заторможенность	Не может сидеть спокойно / вялый, сутулится

Когниция	Внимание, память, ориентировка	Путает дату / не запоминает слова
Функциональность	Работа, учёба, семья, гигиена	Не может ходить на работу / трудно выполнять бытовые дела

Клинико-психологическая беседа и метод наблюдения, несмотря на кажущуюся простоту, обладают высокой диагностической ценностью. Их преимущество заключается в том, что они не требуют сложной аппаратуры или дорогостоящих тестов, быстро применяются в реальных клинических условиях и позволяют глубже выявить индивидуальные особенности пациента. Вместе с тем результаты данного метода напрямую зависят от квалификации и опыта специалиста. Поэтому наиболее правильным подходом считается проведение беседы в стандартной последовательности, систематическая фиксация критериев наблюдения и интеграция полученных данных с результатами тестирования и соматического обследования. В итоге уточняется психопатологическое состояние пациента, формируется клинический синдром и разрабатываются индивидуальные рекомендации по лечению и реабилитации.

## **2.6. Критерии оценки ощущений и психодиагностические методы.**

Критерии оценки ощущений и тесты в клинической практике представляют собой комплекс диагностических инструментов, необходимых для определения функционального состояния сенсорных систем, оценки степени и распространённости нарушений чувствительности, а также дифференциации их происхождения (периферического или центрального). Ощущение — это процесс восприятия воздействий внешней среды и внутреннего состояния организма через нервную систему с последующим отражением их в виде субъективного переживания. В психологии, неврологии, психиатрии и реабилитационной практике оно рассматривается как важный клинический индикатор [3,7,12,25]. Основная цель сенсорной оценки заключается в выявлении нормы или нарушения различных видов

чувствительности (тактильной, болевой, температурной, вибрационной, проприоцептивной, а также сложных корковых видов чувствительности), картировании характера нарушений и оценке связанных с ними функциональных ограничений [1,6,13,21].



***Рисунок 6. Критерии оценки чувствительности: дерматомы и распределение чувствительности при полинейропатии (по типу «перчатки» и «носков»).***

При оценке чувствительности в первую очередь определяются общие диагностические критерии. Клинические критерии включают наличие или отсутствие сенсорного нарушения, его выраженность, длительность, зону распространения, симметричность, изменчивость во времени, реакцию на

провоцирующие факторы, а также связь с функциональными ограничениями пациента [4,9,17]. Например, если пациент жалуется на «онемение», важно уточнить: является ли оно постоянным или эпизодическим, возникает ли с одной стороны или с обеих, в какой части тела локализуется, усиливается ли на холоде, нарастает ли при движении, сопровождается ли болью — все эти параметры фиксируются как сенсорные критерии.

В медицинской практике нарушения чувствительности чаще всего классифицируются как гипестезия (снижение чувствительности), анестезия (полная утрата чувствительности), гиперестезия (повышение чувствительности), парестезия (ощущение «ползания мурашек», покалывание, онемение), дизестезия (неприятные, необычные ощущения), аналгезия (отсутствие болевой чувствительности) и гиперпатия (чрезмерно выраженная болевая реакция) [5,14,27]. Такая классификация важна для сохранения единого стандарта клинических записей, более точной постановки диагноза и динамического наблюдения эффективности лечения [8,19,31].



**Рис. 7. Основные методы исследования чувствительности: болевая чувствительность (игла), вибрационная чувствительность (камертон), температурная чувствительность (тепло-холод).**

При оценке чувствительности вторым важнейшим критерием является определение сенсорных порогов. С позиции психофизики пороги чувствительности выражаются через абсолютный порог и порог различения [2,11,16]. Абсолютный порог чувствительности — это минимальная сила раздражителя, которую человек начинает ощущать. Порог различения отражает способность заметить минимальную разницу между двумя раздражителями. В клинической практике эти критерии применяются в упрощённом виде: например, определяется способность пациента почувствовать очень лёгкое прикосновение на разных участках кожи, отличить холод от тепла, распознать касание иглой как «острое» или «тупое» [10,18,24]. Оценка порогов позволяет доказать снижение или повышение чувствительности, а также даёт представление о степени поражения периферических нервов [15,22,36].

Третьим направлением критериев является топическая (локализационная) оценка нарушения чувствительности. Этот критерий отвечает на вопрос «где располагается нарушение?» и имеет важнейшее значение для клинической диагностики [20,23,28]. Например, «носково-перчаточный» тип онемения чаще характерен для полинейропатии и встречается при диабетической либо токсической нейропатии. Распространение нарушения по дерматому указывает на радикулопатию, то есть поражение или компрессию корешка нерва. Нарушение в зоне иннервации конкретного нерва (например, в области срединного нерва) характерно для мононейропатии. Снижение или выпадение чувствительности по половине тела чаще свидетельствует о поражении центральной нервной системы (инсульт, очаговая травма головного мозга) [26,33,41]. Поэтому при исследовании чувствительности рекомендуется составление «сенсорной карты» — точное обозначение зоны нарушения [30,34,39].

Сенсорные тесты должны быть простыми, доступными и быстро выполняемыми. Наиболее базовые пробы направлены на исследование поверхностной чувствительности: тактильной, болевой и температурной. Для

оценки тактильной чувствительности используют кусочек ваты, мягкую кисточку или стерильный тампон. Пациента просят закрыть глаза, затем врач касается различных участков кожи и пациент отвечает «чувствую» или «не чувствую», а также указывает место раздражения. Критерием является наличие ощущения, симметричность и локальные различия [37,40,45]. Болевая чувствительность оценивается лёгким прикосновением стерильной иглы или специального инструмента: пациент должен различить «острое» и «тупое». Температурную чувствительность проверяют с помощью холодных и тёплых предметов (например, холодного металла и тёплой ёмкости с водой). Эти тесты важны тем, что дают первичное представление о состоянии периферических нервов и проводящих путей спинного мозга [38,42,47].

Исследование глубокой чувствительности включает оценку вибрационной чувствительности и проприоцепции. Вибрационная чувствительность проверяется с помощью камертона, который прикладывают к костным выступам. Пациента просят определить наличие вибрации и момент её прекращения. Эта проба особенно информативна при диабетической полинейропатии, дефиците витамина В12, поражениях проводящих путей задних канатиков спинного мозга и может быть ранним диагностическим признаком [1,5,14]. Проприоцепция (суставно-мышечное чувство) оценивается перемещением пальца или стопы вверх и вниз, после чего пациент должен назвать направление движения. Ошибки в определении направления свидетельствуют о нарушении глубокой чувствительности и часто сочетаются с нарушениями равновесия и координации [6,13,21].

Тесты сложной (корковой) чувствительности позволяют оценить переработку сенсорной информации в коре головного мозга. Среди них наиболее часто применяются пробы на стереогноз, графестезию и двухточечную дискриминацию [2,11,16]. При исследовании стереогноза пациент с закрытыми глазами должен на ощупь распознать предмет, вложенный в руку (ключ, монету, ручку). Если пациент ощущает прикосновение, но не может определить предмет, это может

свидетельствовать о нарушении корковой интеграции чувствительности. Графестезия оценивается распознаванием цифры или буквы, нарисованной на ладони или коже. Двухточечная дискриминация проверяет способность пациента различать одно или два одновременных прикосновения. Эти пробы отражают не только факт ощущения, но и качество сенсорной переработки [10,18,24].

При оценке чувствительности учитываются и психологические критерии. В практике встречаются пациенты, которые описывают ощущения эмоционально окрашенно: «в теле будто горит», «внутри что-то двигается», «рука будто не моя». Такие жалобы могут быть связаны с сенестопатиями, деперсонализацией или соматизацией. В подобных случаях обычные сенсорные тесты могут оставаться в норме, однако субъективные ощущения пациента продолжают носить патологический характер [15,22,36]. Поэтому важным критерием становится субъективная тяжесть симптома: насколько он беспокоит пациента, нарушает сон, снижает работоспособность, занимает внимание. Если нарушение чувствительности не соответствует анатомическим закономерностям, «перемещается» по телу или резко усиливается на фоне стресса, возрастает вероятность психогенного компонента [26,33,41].

Соблюдение стандартных условий исследования повышает достоверность результата. Пациент должен закрыть глаза, так как зрительный контроль влияет на ответы. Обследование проводится симметрично: сравниваются правые и левые участки тела на одинаковых точках. Вопросы формулируются нейтрально: «чувствуете?» или «как ощущается?». Рекомендуется последовательность от простого к сложному: сначала тактильная чувствительность, затем болевая и температурная, далее вибрационная и проприоцептивная, после чего — корковые пробы [30,34,39]. Такой порядок уменьшает утомление пациента и облегчает клиническую интерпретацию [32,35,44].

В практике также используются полуколичественные методы оценки. Например, врач может фиксировать снижение чувствительности как «лёгкое», «умеренное» или «выраженное», либо применять условную шкалу 0–2 (0 — отсутствует, 1 — снижена, 2 — норма). Для оценки болевого синдрома применяется визуально-аналоговая шкала (VAS) от 0 до 10. Эти критерии позволяют отслеживать динамику лечения: например, уменьшение боли с 8 до 4 баллов свидетельствует о клинически значимом улучшении [37,40,45].

Инструментальные методы дают дополнительное доказательство при оценке чувствительности. В клиничко-практических условиях ЭНМГ (электронейромиография) считается одним из наиболее важных исследований для оценки проводимости периферических нервов. Вызванные потенциалы (зрительные или слуховые) отражают функциональное состояние центральных проводящих путей. МРТ и КТ применяются для выявления поражений центральной нервной системы, очаговых процессов, а также патологий позвоночника [38,42,47]. Однако в практической работе всегда необходимо помнить: инструментальные тесты не заменяют клиническое обследование, а лишь подтверждают его результаты. Основная «опора» диагностики чувствительных нарушений — это правильно выполненные клинические сенсорные пробы и топико-диагностический анализ [5,14,27].

Правильное применение критериев оценки чувствительности даёт несколько важных диагностических результатов. Во-первых, оно позволяет выявить реальное наличие нарушения чувствительности и предотвращает смешение симптома с субъективным восприятием пациента или неверной интерпретацией жалобы. Во-вторых, картирование зоны нарушения помогает предположить уровень и локализацию поражения. В-третьих, оценка психологического фона облегчает понимание соотношения психогенных и органических факторов. В-четвёртых, при динамическом наблюдении такие критерии служат точными индикаторами эффективности терапии [1,6,13,21]. Поэтому критерии и тесты оценки чувствительности являются неотъемлемой

частью диагностического алгоритма в неврологической и психиатрической практике [2,11,16,29].

Таким образом, критерии оценки чувствительности охватывают тип нарушения, его выраженность, длительность, характер распространения, симметрию и функциональное влияние на повседневную активность. Тесты включают клинические методы исследования поверхностной, глубокой и сложной корковой чувствительности, а также подтверждаются инструментальными исследованиями. Комплексный подход — клиническое обследование + сенсорное картирование + полуколичественная оценка + учёт психологического контекста + инструментальное подтверждение — является наиболее правильным способом выявления нарушений чувствительности и планирования эффективного лечения [4,9,17,30,35,47].

### **2.7. Возрастные особенности формирования ощущений.**

Возрастные особенности сенсорного процесса отражают сложные функциональные изменения, которые напрямую связаны с биологическим созреванием организма человека, развитием центральной нервной системы (ЦНС), накоплением жизненного опыта, а также процессами старения. Ощущения воспринимают воздействия внешней среды и проявляются как субъективное чувство за счёт их переработки в мозговых центрах. Поскольку на разных этапах жизни зрелость рецепторного аппарата, нервных проводящих путей и коры головного мозга неодинакова, чувствительность и точность ощущений также постепенно изменяются. Поэтому в клинической практике, психологической диагностике и педагогическом процессе важно учитывать возрастную специфику сенсорных функций.

В период новорождённости и младенчества основное направление развития сенсорных систем заключается в адаптации к жизни и формировании начальных механизмов различения внешних воздействий. В период новорождённости тактильная чувствительность (осязание) считается одной из наиболее ранних и активно развивающихся систем. Это связано с тем, что воздействия, воспринимаемые через кожу, являются для ребёнка важным

источником безопасности и контакта, а эмоциональная связь с матерью укрепляется прежде всего через тактильные каналы. В этом возрасте болевая чувствительность также присутствует, однако способность локализовать боль и точно её описывать ещё не сформирована. Температурная чувствительность у ребёнка также имеется, однако степень различения тепла и холода по сравнению со взрослыми может быть более вариабельной.



**Рис. 8. Развитие сенсорных систем (зрения, слуха, осязания) в разные возрастные периоды и снижение чувствительности в процессе старения.**

В грудном возрасте слуховая чувствительность занимает крайне важное место. Ребёнок постепенно учится различать голос матери и звуки окружающей среды. Развитие слуха напрямую связано с формированием речи: именно в этот период усиливается способность воспринимать громкость звука, различать интонационные оттенки и чувствовать ритм. Зрительная чувствительность вначале относительно слабее: ребёнок чаще наблюдает объекты на близком расстоянии. Со временем улучшается способность глаза фокусироваться, различать цвета и отслеживать движущиеся предметы. Таким образом, в возрасте 0-1 года сенсорные системы находятся преимущественно

на этапе «восприятия», тогда как их сложная интеграция ещё не сформирована полностью.

В дошкольном возрасте развитие сенсорных систем приобретает более интенсивный характер. Ребёнок не только ощущает предметы, но и учится их воспринимать, сравнивать, различать и называть. В этот период активно формируются также вкусовые и обонятельные ощущения: ребёнок начинает различать разные вкусы, избирательно реагирует на приятные и неприятные запахи. Через тактильные ощущения развивается представление о форме предмета, его твёрдости, гладкости или шероховатости. У дошкольников ощущения часто тесно связаны с эмоциями: приятные стимулы вызывают радость, а неприятные — быструю защитную реакцию. Поэтому в данном возрасте сенсорное воспитание, то есть обучение правильному различению цвета, звука, формы, текстуры и температуры, имеет большое значение для психического развития.



**Рис. 9. Динамика снижения зрительных и слуховых функций в разных возрастных группах (от 20–29 лет до 70+).**

К школьному возрасту сенсорные системы относительно созревают, и процессы ощущений начинают напрямую обслуживать учебную

деятельность. В чтении и письме зрительный анализатор работает совместно со слуховым восприятием речи, моторикой руки и тактильной чувствительностью. По мере усиления способности к концентрации внимания повышается и точность ощущений, так как ребёнок учится осознанно выделять значимые стимулы. В школьные годы улучшается дифференцировочная чувствительность (например, различие громкости звуков или оттенков цвета). Кроме того, активно развиваются сложные корковые формы чувствительности: стереогноз (узнавание предмета на ощупь с закрытыми глазами), графестезия (распознавание знака, «написанного» на коже), пространственная ориентировка и проприоцепция. Занятия спортом и физической культурой положительно влияют на развитие проприоцептивных ощущений, улучшают координацию и контроль равновесия.

В подростковом возрасте сенсорные системы биологически функционируют на высоком уровне, однако эмоциональные и психологические факторы могут заметно изменять сенсорную чувствительность. Гормональные перестройки, психоэмоциональная лабильность и повышенная чувствительность к стрессу иногда приводят к гиперестезии или увеличению количества соматических жалоб. Подростки чаще сообщают о головных болях, сердцебиении, ощущении «волны жара по телу». Подобные проявления не всегда свидетельствуют об органическом заболевании — они могут быть связаны с вегетативной нестабильностью или тревожными реакциями. Поэтому в подростковом возрасте жалобы на ощущения требуют сочетания клинического и психологического подходов.

В зрелом возрасте (примерно 20–40 лет) сенсорные функции обычно находятся на оптимальном уровне. Зрение, слух, тактильная чувствительность, различение температуры и проприоцепция остаются стабильными, что создаёт благоприятные условия для труда и профессиональной адаптации. Однако профессиональные факторы (шум, вибрация, воздействие химических веществ), хронический стресс, недосыпание, несбалансированное питание и вредные привычки способны

постепенно ослаблять сенсорные системы. Поэтому именно в этом периоде профилактические осмотры и поддержание здорового образа жизни помогают сохранять устойчивость сенсорных функций.

В среднем возрасте (40–60 лет) начинают проявляться признаки постепенного физиологического снижения чувствительности. Со стороны зрения формируется пресбиопия (ухудшение видения на близком расстоянии), а со стороны слуха может снижаться восприятие высокочастотных звуков. Тактильная и вибрационная чувствительность также имеют тенденцию к медленному уменьшению, особенно в области кистей и стоп. Эти изменения развиваются постепенно, поэтому человек не всегда замечает их сразу. Одновременно хронические заболевания (сосудистая патология, сахарный диабет, артериальная гипертензия) могут ускорять снижение чувствительности. В связи с этим при появлении сенсорных жалоб в данной возрастной группе особенно важны соматическое обследование и неврологическая оценка.

В пожилом возрасте (после 60 лет) естественные процессы старения сенсорных систем выражены более отчётливо. Снижается зрительная чувствительность, ухудшается различение контраста, замедляется адаптация к изменению освещения. Возрастное снижение слуха (пресбиакузис) приводит к трудностям восприятия речи, особенно в шумной обстановке. Ослабление тактильной и вибрационной чувствительности повышает риск падений, так как снижается проприоцептивный контроль. Уменьшение вкуса и обоняния может снижать аппетит и затруднять распознавание испорченной пищи. Подобные изменения могут укладываться в рамки нормального старения, однако важно не спутать их с патологическими состояниями. Например, внезапная односторонняя потеря чувствительности может быть признаком инсульта, тогда как симметричное онемение по типу «носков» чаще указывает на полинейропатию.

Клиническая практика показывает, что учёт возрастных особенностей сенсорных процессов позволяет снизить количество диагностических ошибок.

Например, у детей раннего возраста проведение сенсорных тестов нередко затруднено, поскольку ребёнок не всегда способен точно выполнять инструкции и правильно отвечать на вопросы. В таких случаях важную роль играют игровые элементы, наглядные методы обследования, а также сведения, полученные от родителей на основе наблюдений за ребёнком. У пожилых пациентов на результаты сенсорных проб могут влиять снижение внимания, ухудшение слуха или замедление когнитивных процессов. Поэтому в данной возрастной группе обследование проводится медленно, с простыми объяснениями и при необходимости повторяется несколько раз.

Практическая значимость анализа возрастных особенностей ощущений заключается в том, что он помогает адаптировать образовательный процесс, разрабатывать программы реабилитации, оценивать профессиональную пригодность и формировать профилактические рекомендации. Так, задержка сенсорного развития у детей может отрицательно сказываться на формировании речи и мышления, поэтому особенно важно проводить ранний скрининг. У пожилых же снижение чувствительности повышает риск падений и травм, в связи с чем рекомендуется усиление мер безопасности, выполнение упражнений на равновесие, использование ортопедической поддержки и профилактика бытовых травм.

*Таблица 11.*

*Развитие сенсорных систем у детей в зависимости от возраста.*

<b>Возрастной период</b>	<b>Особенности зрения</b>	<b>Особенность и слуха</b>	<b>Особенности осязания/вкуса/обоняния</b>
Новорождённый (0–1)	Видит на близком расстоянии, наблюдает движение	Реагирует на звук, различает знакомые звуки	Тактильная чувствительность выражена, чувствителен к температуре

Ранний возраст (1–3)	Развивается различие цвета и формы	Улучшается различие речевых звуков	Формируется различие вкуса и запахов
Дошкольный возраст (4–6)	Улучшается восприятие деталей	Усиливается восприятие ритма и интонации	Повышается различие текстуры и температуры
Младший школьный возраст (7–12)	Острота зрения стабилизируется	Обучение через слух становится более эффективным	Развиваются сложные ощущения (стереогнозия)
Подростковый возраст (13–18)	Сенсорные реакции быстрые, возможна утомляемость	Хорошее различие звуков в шумной среде	На фоне стресса возможна гиперестезия

*Таблица 12.*

*Изменения сенсорных систем у взрослых и пожилых.*

Возрастной период	Изменения зрения	Изменения слуха	Тактильная/вибрационная и другие виды чувствительности
20–39	Обычно норма, стабильные показатели	Обычно норма	Чувствительность стабильная, хорошее различие

40–49	Начинает снижаться зрение на близком расстоянии	Возможно снижение восприятия высоких частот	Незначительное снижение чувствительности в кончиках рук и ног
50–59	Становится труднее различать контраст	Появляются трудности слухового восприятия в шуме	Возрастает вероятность снижения вибрационной чувствительности
60–69	Замедляется адаптация к свету	Усиливается пресбиакюзия	Возможны снижение проприоцепции и ухудшение равновесия
70+	Зрение заметно ухудшается	Слух значительно снижается	Снижается осязание, вкус и обоняние, повышается риск падений

### Заключение

Таким образом, возрастные особенности сенсорных процессов по-разному проявляются на каждом этапе жизни человека: в детстве они активно развиваются и интегрируются с восприятием и мышлением; во взрослом возрасте достигают наиболее стабильного и оптимального уровня; в пожилом возрасте начинают снижаться вследствие естественных процессов старения. В клинической и педагогической практике учёт возрастной специфики ощущений имеет большое значение для раннего выявления сенсорных нарушений, проведения дифференциальной диагностики и оказания помощи на основе индивидуального подхода.

### **2.8. Влияние эмоций и стресса на ощущения.**

Взаимодействие ощущений и эмоционального состояния является одним из важнейших механизмов психической деятельности человека, определяющим реакцию организма на внешние и внутренние воздействия.

Через ощущения человек воспринимает сигналы, поступающие из окружающей среды: слышит звук, видит свет, ощущает прикосновение, различает тепло и холод, воспринимает вкус и запах. Эмоциональное состояние, в свою очередь, управляет тем, как оценивается этот сигнал: воспринимается ли он как приятный или неприятный, безопасный или опасный, а также какую ответную реакцию он вызывает. Поэтому ощущения и эмоции не являются независимыми процессами, а проявляются как взаимосвязанная система, которая постоянно взаимодействует и усиливает влияние друг друга.

Эмоции воздействуют на процесс ощущений прежде всего через внимание. Когда человек испытывает страх, тревогу или сильное возбуждение, его внимание направляется на поиск источника угрозы. В результате даже незначительные раздражители могут ощущаться как очень сильные. Например, тревожный пациент может чрезмерно чётко ощущать сердцебиение, замечать малейшие изменения дыхания и расценивать их как «признак серьёзного заболевания». Такое состояние часто проявляется в форме «фиксации на телесных ощущениях». Напротив, в радостном и спокойном состоянии человек обычно не придаёт значения подобным мелким ощущениям и воспринимает их как нормальные физиологические процессы.

Эмоциональное состояние также напрямую влияет на чувствительность. При сильном страхе или стрессе в организме активируется механизм «борьбы или бегства». При этом усиливается деятельность вегетативной нервной системы: учащается сердцебиение, повышается мышечное напряжение, усиливается потоотделение, возможны сужение или расширение кожных сосудов. На этом фоне меняются ощущения прикосновения, боли или температуры. У некоторых людей во время стресса боль может ощущаться слабее, поскольку организм в защитных целях временно «подавляет» болевую чувствительность. В других случаях стресс, напротив, усиливает боль, повышает кожную чувствительность, вызывает ощущение жжения или

покалывания. Таким образом, эмоции могут как ослаблять, так и усиливать работу сенсорной системы.

Эмоциональ- состояни	Внимание (норма)	Чувствительность (в общем)	Болевая чувствительность	Чувствительность температуре	Тактильная чувствительность	Слуховая/ зрительная чувствительность	Клинический пример (кратко)
😊 Спокойствие (норма)	В норме	В норме	В норме	Стабильна	↑↑30%	↑↑30%	Пациент без жалоб, внешние раздражители воспринимает спокойно
😟 Тревога	↑ В норме	↑↑30%	↑↑40%	Изменена	↑↑30%	При приступе паники ощущение "геряюсь" поглощает	Пациент без жалоб, внешние раздражители воспринимает спокойно
😱 Тревога / паника	↑↑ обострено	↑↑70%	↑↑70%	Изменена	↑↑70%		
😞 Стресс (хронический)	↑↑↑ жестко обострено	↑↑↑ кески обострено	↑↑ кески усиливается	Изменена	— уждушена	Головная боль "жжение", навхчивость	Пациент без жалоб, внешние раздражители воспринимает спокойно
😓 Депрессия	↓ ююки	↑↑50%	↑↑40%	Изменена	↑↑50%	Тело не чувствую, слабость	Смелый трукан слабость-бодезу
😡 Гнев / раздражительность	↑↑ ортади	↑↑50%	↑↑30%	Изменена	↑↑50%	Бозрастатся воровлит - и пушения пульт	Брнов киня "Осаблена", секих активного проводу-
😡 Гнев - понижение	↓-20-20%	-20+20%	↑↑+20%	Обострена	-50+20%		
😓 Усталость / недосыпание	↓↓ Понижено	↑-20%	↑ 20%	Ощущается с трудом	-50+20%	Даже мелкие раздражители доставляют дискомфорт	
😓 Чарчочью ушухильяния	↓ орт тонетких	-20-20%	↑Тарглава киня	Ослаблена	-30+20%	Даже мелкие раздражители доставляют дискомфорт	

**Рис. 10. Изменение сенсорной чувствительности и клинических проявлений при различных эмоциональных состояниях (спокойствие, тревога, страх/паника, стресс, депрессия и др.).**

Ещё один важный аспект взаимодействия **ощущений и эмоций** связан с **болевым чувствительностью**. Боль во многих случаях является не «чистым» физиологическим сигналом, а **сложным переживанием**, которое обязательно включает эмоциональную оценку. Одинаковую боль два человека могут ощущать по-разному: один переносит её легко, другой воспринимает как крайне тяжёлую и нестерпимую. Эта разница напрямую связана с **эмоциональной интерпретацией** боли. Например, тревожный человек оценивает боль как «большую опасность», вследствие чего возникает страх перед болевыми ощущениями. Страх усиливает мышечное напряжение, повышает вегетативные реакции, и боль начинает ощущаться ещё сильнее. Так

формируется замкнутый круг **«боль – тревога – боль»**. При депрессии болевая чувствительность также может усиливаться, поскольку депрессивный фон снижает устойчивость организма к боли: уменьшается общий энергетический ресурс, и любой дискомфорт переносится тяжелее.

Эмоциональное состояние может придавать сенсорным нарушениям **особую клиническую форму проявления**. Например, на фоне тревоги нередко усиливаются **парестезии** — жалобы на «онемение», «ползание мурашек», «покалывание», «сжатие». Чаще всего это ощущается в руках и ногах, в области лица или вокруг грудной клетки. Эти парестезии не всегда связаны с реальным поражением периферических нервов: они могут возникать на фоне стресса из-за изменения дыхательного ритма, мышечного напряжения и вегетативных реакций. Поэтому в клинико-психологической оценке важны такие критерии, как **связь со стрессом**, эпизодичность, локализация и динамика симптомов во времени.

Взаимодействие ощущений и эмоционального состояния особенно ярко проявляется при **деперсонализации и дереализации**. В таких состояниях человек описывает переживания как: «моё тело чужое», «рука будто не моя», «всё вокруг как во сне». Подобные жалобы нередко возникают после сильного стресса, выраженной тревоги или панических эпизодов. При этом стандартные сенсорные тесты могут быть в норме, но субъективное ощущение собственного тела меняется. Это отражает несоответствие между сохранённым приёмом сенсорного сигнала и изменённой **эмоциональной оценкой и переработкой** этого сигнала мозгом.

Эмоции влияют также на **зрительные и слуховые ощущения**. В тревожном состоянии человек может становиться чрезмерно чувствительным к звукам: даже небольшой шум раздражает и «напрягает». Это может проявляться как **гиперакузия**. При депрессии, наоборот, звуки кажутся «тусклыми», снижается интерес к внешним раздражителям, цвета воспринимаются как «побледневшие». При сильном страхе возможно

**сужение поля внимания и восприятия:** человек концентрируется на источнике угрозы и хуже замечает остальную информацию. Это биологически обусловленный защитный механизм, направляющий ресурсы на наиболее значимый сигнал.

Для понимания связи ощущений и эмоций важна концепция **центральной переработки**. Рецепторы принимают сигнал, однако его смысл и субъективная окраска формируются на уровне мозговых центров. В этом процессе ведущую роль играет **лимбическая система**, регулирующая эмоции. Она оценивает сенсорные сигналы как «опасные» или «безопасные» и задаёт характер ответной реакции. Если лимбическая система чрезмерно активирована (например, при хронической тревоге), сенсорные сигналы воспринимаются как более «угрожающие» и субъективно усиливаются. Если эмоциональный фон снижен (как при депрессии), ощущения могут восприниматься как «ослабленные», менее значимые и менее интересные.

Связь ощущений и эмоций имеет большое значение для **дифференциальной диагностики**. Иногда пациент предъявляет выраженные сенсорные жалобы, но при неврологическом обследовании не обнаруживается органической причины. Тогда рассматривается вероятность **психосоматического механизма**. Однако это не означает, что пациент «выдумывает» симптомы. Он действительно их ощущает, просто эти ощущения усиливаются на фоне стресса и эмоционального напряжения. Поэтому специалисту важно не отрицать жалобу, а дать мягкое научное объяснение: **«то, что вы чувствуете — реально, но есть факторы, которые это усиливают»**. Такой подход повышает доверие пациента и усиливает готовность к лечению.

На практике, поскольку сенсорные жалобы тесно связаны с эмоциями, **лечение должно быть комплексным**. Если симптомы поддерживаются тревогой, помогают психообразование, дыхательные техники, релаксация и управление стрессом. При депрессивном фоне улучшение сна, умеренная

физическая активность, психотерапия и при необходимости медикаментозная поддержка уменьшают и сенсорный дискомфорт. При болевых синдромах важны снижение страха боли, коррекция катастрофизации и постепенное восстановление активности. Дополнительно эффективны социальная поддержка, работа с семьёй и мотивационные беседы — они стабилизируют эмоциональное состояние и уменьшают субъективную тяжесть сенсорных нарушений.

Таким образом, **ощущения и эмоциональное состояние** образуют единую взаимосвязанную систему. Эмоции могут усиливать или ослаблять сенсорные сигналы, направлять внимание на определённые стимулы и менять интерпретацию боли и дискомфорта. Ощущения, в свою очередь, формируют эмоции: приятные стимулы вызывают положительные переживания, неприятные усиливают тревогу и напряжение. В клинико-психологическом подходе учёт этой взаимосвязи повышает точность диагностики, помогает различать психогенные и органические факторы и позволяет выстроить индивидуальную и эффективную коррекционно-лечебную стратегию.

## **2.9. Роль ощущений в учебной и трудовой деятельности.**

Сенсорные процессы в учебной и трудовой деятельности играют решающую роль в повседневной жизни человека, в образовательном процессе и в профессиональной успешности. Через ощущения человек получает информацию из внешней среды, осуществляет её первичное различение и передаёт на последующие уровни переработки — восприятие, мышление, память и управление движениями. Поэтому сенсорные системы (зрение, слух, осязание, температурная и болевая чувствительность, проприоцепция, вкус и обоняние) рассматриваются не только как физиологические процессы, но и как важнейший психологический фактор, определяющий эффективность обучения и труда [3,7,12,25]. В условиях образования и производства полноценная работа ощущений обеспечивает управление вниманием, быстрое принятие решений, снижение числа ошибок и поддержание безопасности [1,6,13,21].

В процессе обучения ведущим каналом является зрение. Чтение учебного текста, восприятие письменной информации, понимание графиков и диаграмм, а также получение сведений с доски в основном обеспечиваются зрительным анализатором. При снижении зрительной остроты ученик начинает читать медленнее, быстрее утомляется, может жаловаться на «затуманивание» зрения, у него рассеивается внимание и снижается уровень усвоения материала. Особенно важно выявлять зрительные нарушения у детей младшего возраста, поскольку несвоевременная коррекция может отрицательно сказаться на формировании навыков чтения и письма [4,9,17]. При этом зрение — это не только способность «видеть», но и сложные процессы пространственной ориентации, различения формы, распознавания букв и цветов. Например, путаница букв типа «b–d» или «p–q» может быть связана с недостаточно развитой зрительной дифференциацией [10,18,24].

Не менее значим в учебной деятельности слух. Восприятие речи учителя, понимание лекций, участие в диалоге, обучение по аудиоматериалам требуют устойчивой работы слухового анализатора. При снижении слуха учащийся часто начинает отставать, неверно понимает задания, вынужден постоянно переспрашивать, что может приводить и к психологическому дискомфорту. Кроме того, слух тесно связан с развитием речи: если фонематический слух (различение речевых звуков) сформирован недостаточно, увеличивается количество ошибок в произношении, письме и диктантах [2,11,16,29]. Поэтому регулярный скрининг слуха и зрения в образовательных учреждениях является важным условием повышения эффективности обучения [8,19,31].

Осязание в учебном процессе особенно важно для письма и освоения практических навыков. Правильный захват ручки, ощущение строки в тетради, контроль силы нажима, выполнение лабораторных работ и использование инструментов требуют интеграции осязательной и проприоцептивной чувствительности. Если у ребёнка младшего возраста сенсомоторная интеграция развита недостаточно, он быстрее устает, его

почерк становится неровным, а интерес к учебе может снижаться [15,22,36]. При этом использование нескольких сенсорных каналов одновременно (зрение + слух + практическое действие руками) повышает качество усвоения, поскольку при включении разных анализаторов мозг перерабатывает информацию более устойчиво и эффективно [20,23,28].

В трудовой деятельности сенсорные системы являются ключевым фактором профессиональной результативности и безопасности. Практически в любой профессии человек должен быстро заметить сигнал, оценить его и выполнить адекватное действие. Например, водитель обязан видеть дорожные знаки, слышать звуковые сигналы, ощущать скорость, правильно оценивать расстояние. Работник промышленного предприятия может по изменению звука оборудования заметить неисправность, определить вибрацию или температуру руками. В медицинской практике осязание (пальпация), перкуссия, аускультация (оценка звуков), зрительная оценка цвета кожи и другие сенсорные элементы имеют большое значение для диагностики [5,14,27]. Следовательно, ощущения в труде являются не только источником информации, но и частью профессионального мастерства, тесно связанного с опытом и навыками [1,6,13].

Нарушения ощущений повышают вероятность ошибок и травм на рабочем месте. Например, работник с пониженным слухом может не услышать предупреждающий сигнал, человек со сниженным зрением — не заметить опасный знак вовремя. При снижении осязания возрастает риск ожогов из-за позднего распознавания горячего предмета или травм при контакте с острыми объектами. При нарушении проприоцепции ухудшается равновесие, что увеличивает вероятность падений и повреждений [4,9,17].

Поэтому в системе охраны труда большое значение имеют сенсорный скрининг, профессиональные медицинские осмотры и профилактические мероприятия по безопасности, направленные на раннее выявление нарушений зрения, слуха и других видов чувствительности [30,34,39].

Ощущения в учебной и трудовой деятельности тесно связаны и с управлением вниманием. Внимание помогает выделять наиболее значимую информацию из общего потока сигналов, поступающих через сенсорные каналы. Например, даже при наличии постороннего шума в классе ученик должен уметь «вычленять» голос учителя. На рабочем месте сотруднику также необходимо быстро распознавать среди множества сигналов именно те, которые являются важными и потенциально опасными. Если сенсорная система ослаблена, внимание становится менее устойчивым, быстрее наступает утомление и снижается когнитивная продуктивность. В современных условиях дополнительными неблагоприятными факторами выступают длительная работа с экранами, высокий уровень шума, хронический стресс и недостаток сна — все это ухудшает состояние сенсорных систем и может приводить к снижению эффективности обучения и труда [10,18,24].

Практическая значимость ощущений заключается в том, что в процессе обучения они выполняют роль «входных ворот» усвоения знаний, а в трудовой деятельности выступают как «контрольный механизм» профессиональных действий. Чем точнее и стабильнее работает сенсорная система, тем быстрее и правильнее воспринимается учебная информация, а в работе — тем более точными, координированными и безопасными становятся движения и решения. Кроме того, развитие и поддержание сенсорных функций положительно влияет и на психологическое состояние учащегося или работника: повышается уверенность, снижается уровень стресса и возрастает удовлетворенность деятельностью [8,19,31].

Таким образом, ощущения являются ключевым фактором в учебной деятельности, обеспечивая усвоение материала, концентрацию внимания, формирование письменных и практических навыков. В трудовой сфере сенсорные функции играют решающую роль в профессиональной результативности, быстром принятии решений, снижении риска травматизации и обеспечении безопасности. Поэтому сохранение сенсорных

систем, проведение возрастного скрининга, эргономичная организация условий обучения и труда, а также снижение стресса позволяют эффективно предупреждать проблемы, связанные с нарушениями ощущений [2,11,16,29].

### **2.10. Развитие сенсорных функций и тренинговые методы.**

Сенсорные навыки и методы тренировки представляют собой комплекс практических подходов, направленных на повышение уровня чувствительности, развитие способности к сенсорному анализу и укрепление сенсомоторной координации. Сенсорные системы (зрение, слух, осязание, температурная и болевая чувствительность, проприоцепция, вкус и обоняние) служат важной основой адаптации организма к внешней среде, быстрого восприятия информации в процессе обучения, выполнения точных и безопасных действий в труде, а также поддержания эмоциональной стабильности. Сенсорные тренинги особенно актуальны для детей и подростков, лиц, склонных к стрессу, пациентов в период реабилитации после неврологических заболеваний, а также в профессиональных сферах, где требуется высокая точность и развитые навыки восприятия (медицина, спорт, вождение, промышленность, педагогика).

Первое направление развития сенсорики — усиление тактильной чувствительности. Осязание обеспечивает восприятие внешних воздействий через рецепторы кожи и отличается особенно высокой чувствительностью в области пальцев рук. Тактильные тренировки повышают умение различать предметы на ощупь, определять текстуру, температуру, силу давления и мелкие различия. В качестве практических упражнений применяются задания с использованием различных материалов (вата, шелк, шерсть, стекло, дерево, металл, песок, пластилин), поиск и узнавание предметов с закрытыми глазами, а также сенсорные сравнения по типу: «какой материал мягче/тверже?», «какой более гладкий/шероховатый?». В реабилитационной практике при парестезиях или гипестезии стимуляция осязания проводится поэтапно: начиная с легкого поглаживания, затем постепенно увеличивается давление, после чего добавляются элементы вибрационной стимуляции.

Второе направление — контролируемое развитие температурной и болевой чувствительности. Такие тренировки чаще применяются в клинической практике, особенно при снижении чувствительности или повреждении нервов. Для развития температурной чувствительности используются упражнения на различение «тепло–холод» с помощью слегка теплых и прохладных предметов. При этом безопасность является главным условием: нельзя применять слишком горячие или ледяные стимулы. Прямая «тренировка» болевой чувствительности обычно не рекомендуется, однако при чрезмерной чувствительности (гиперестезии) может использоваться подход десенситизации. Например, если пациент слишком резко реагирует на слабое воздействие, специалист постепенно адаптирует рецепторы через мягкое дозированное воздействие, помогая стабилизировать кожную чувствительность.

**Третье направление — проприоцептивная и баланс-тренировка.** Проприоцепция — это способность внутренне ощущать положение тела, расположение суставов и направление движений. Данная система особенно важна для спортсменов, хирургов, водителей, танцоров и представителей профессий, где требуется точная моторика. К проприоцептивным тренировкам относятся: «стояние с закрытыми глазами», «удержание равновесия на одной ноге», «движения в разных направлениях с удержанием мяча», «упражнения с резиновой лентой», «занятия на баланс-платформе». Простой практический вариант: пациент стоит на ровной поверхности с закрытыми глазами 10–20 секунд, затем упражнение усложняют и рекомендуют стоять на одной ноге. Такие упражнения улучшают работу вестибулярной системы и проприоцептивный контроль, снижая риск падений.

**Четвёртое направление — развитие зрительной чувствительности и визуальные тренировки.**

С помощью зрения человек быстро оценивает окружающую обстановку, различает знаки, определяет расстояние и концентрирует внимание. Визуальные тренировки особенно полезны для школьников, так как помогают

повысить скорость чтения и устойчивость внимания. В качестве упражнений применяются задания: «найти одинаковые символы», «определить отличия на картинке», «сортировка по цвету и форме», «найти путь в лабиринте», «быстро найти заданную букву в тексте». Для взрослых, чтобы уменьшить зрительное утомление, рекомендуется правило **20–20–20** (каждые 20 минут смотреть 20 секунд на расстояние около 6 метров), а также лёгкая гимнастика для глаз.

#### **Пятое направление — развитие слуховой чувствительности и аудитивные тренировки.**

Слуховые тренировки улучшают навыки различения речи, распознавания интонации, а также восприятия информации на фоне шума. Это особенно важно для дошкольников при развитии фонематического слуха. Упражнения проводятся в игровой форме: «какой звук ты услышал?», «откуда пришёл звук?», «звук высокий или низкий?», «различи одинаковые звуки». У взрослых для концентрации внимания в шумной среде полезны короткие аудиотренировки, повторение ритма, упражнения «слушай и записывай», музыкальные занятия.

#### **Шестое направление — тренировка сенсорной интеграции.**

Сенсорная интеграция направлена на совместное развитие разных каналов восприятия. Обычно человек воспринимает мир одновременно через зрение, слух и осязание. При нарушениях сенсорной интеграции человек быстрее утомляется, теряет равновесие, у него снижается концентрация внимания или усиливается тревожность. Интегративные упражнения включают: «увидеть — и найти на ощупь», «услышать — и ответить движением», «сортировка предметов по цвету», «движения в ритм». У детей такие тренировки следует проводить в форме игры, поскольку игра повышает естественную мотивацию и делает занятия более эффективными.

#### **Седьмое направление — психологический тренинг и методы релаксации в развитии ощущений.**

Поскольку ощущения тесно связаны с эмоциональным фоном, стресс, тревожность и бессонница могут нарушать сенсорную чувствительность.

Поэтому важной частью сенсорных тренировок является формирование навыков расслабления тела, управления дыханием и самоконтроля. Например, диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, метод «body scan» (поочерёдное осознание ощущений в разных частях тела), а также элементы медитации помогают стабилизировать баланс «ощущения–эмоции». Эти методы особенно полезны при гиперестезии, панических состояниях, соматизации и вегетативных нарушениях.

**Восьмое направление — сенсорная гигиена и профилактика в повседневной жизни.**

Развитие сенсорных систем не ограничивается только специальными упражнениями, а напрямую связано со здоровым образом жизни. Нормальный сон, правильное питание, регулярная физическая активность, снижение уровня стресса, контроль экранного времени, использование средств защиты в шумной среде (например, наушников или берушей) помогают сохранять сенсорные функции. Для зрения важно правильное освещение, эргономичная организация рабочего места, а также отдых для глаз и мышц шеи — это снижает сенсорное переутомление.

**Правила организации сенсорных тренировок.**

Существуют важные принципы проведения таких занятий:

**Регулярность** — упражнения должны выполняться систематически: даже 10–15 минут в день дают заметный результат.

**Переход от простого к сложному** — сначала используются лёгкие стимулы, затем задания на различение, после чего подключаются упражнения на интеграцию.

**Индивидуальный подход** — занятия подбираются с учётом возраста и особенностей человека: детям подходят игровые элементы, взрослым — целевые упражнения, пожилым — безопасные и медленные тренировки.

**Оценка результата по небольшим индикаторам** — например, увеличилась ли скорость различения, уменьшилось ли число ошибок,

улучшилось ли равновесие, снизилась ли утомляемость. Так эффективность тренировок становится более наглядной.

### **Заключение.**

Таким образом, методы развития ощущений и сенсорные тренировки направлены на усиление тактильной, температурной, проприоцептивной, зрительной и слуховой чувствительности, улучшение сенсорной интеграции и стабилизацию баланса между ощущениями и эмоциями. Регулярные упражнения с индивидуальным подходом повышают успешность обучения, увеличивают эффективность труда, ускоряют реабилитацию и в целом улучшают качество жизни человека.

## **ГЛАВА III. ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОЩУЩЕНИЙ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ.**

### **3.1. Общее понятие о нарушениях ощущений.**

Психопатология ощущений — это область, изучающая состояния, связанные с нарушениями ощущений, которые являются одним из самых первичных, простых, но при этом важнейших звеньев психической деятельности. К ним относятся зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, кожно-тактильные, болевые, температурные, вестибулярные и проприоцептивные ощущения. Ощущения представляют собой первичный сигнал, формирующийся в головном мозге о внешнем мире и внутреннем состоянии организма, и выполняют функцию «входной информации» для высших психических процессов — восприятия, мышления, памяти, эмоций и поведения. Поэтому расстройства ощущений имеют большое значение не только как специфические дефекты сенсорных систем, но и как клинические проявления различных психических заболеваний, неврологических синдромов, стрессовых состояний и соматических нарушений.

Общее понимание расстройств ощущений прежде всего требует знания физиологической и психологической сущности ощущения. С физиологической точки зрения ощущение возникает в результате преобразования раздражителя, воспринимаемого рецепторами (глаз, ухо, кожа, нос, язык, рецепторы мышц и суставов, вестибулярный аппарат), в нервные импульсы и их передачи в центральную нервную систему. С психологической точки зрения ощущение — это элементарная форма отражения внешнего или внутреннего воздействия в сознании. Например, воздействие света на глаз вызывает элементарные представления о цвете и форме; звуковые колебания формируют ощущение тона или шума; давление на кожу приводит к возникновению тактильного ощущения. Для нормального протекания ощущения необходимо согласованное функционирование рецепторов, нервной проводимости и корковой активности головного мозга.

Под расстройствами ощущений понимают количественные нарушения (усиление или снижение), качественные изменения (неясное, необычное, искажённое восприятие), либо возникновение полностью ложного ощущения (ощущение того, чего в реальности нет). В клинической практике они выявляются на основе жалоб пациента, особенностей поведения, ответов, изменений эмоционального фона, результатов неврологического обследования и психопатологического анализа. Нарушения ощущений часто сопровождаются расстройствами восприятия (иллюзии, галлюцинации), вегетативными проявлениями, тревогой, страхом, соматовегетативным дискомфортом, деперсонализацией или дереализацией. Важной особенностью сенсорных расстройств является то, что иногда они становятся первыми признаками заболевания, помогая ранней диагностике и своевременной профилактике.

Классификация расстройств ощущений строится по нескольким критериям. Наиболее распространённая включает количественные нарушения, качественные нарушения, расстройства, связанные с болевой чувствительностью, а также сложные психосенсорные синдромы. Дополнительно выделяют классификацию по анализаторным системам (зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая, кожная, проприоцептивная) либо по происхождению (органическое, функциональное, психогенное, токсическое, лекарственное). Каждая классификация используется в зависимости от клинической цели: в психиатрической практике более значима психопатологическая форма, а в неврологии — локализация по анализатору и механизмы проводниковых нарушений.

К количественным расстройствам чувствительности относят гиперестезию, гипестезию и анестезию. Гиперестезия — это повышение чувствительности, при котором даже обычные раздражители вызывают чрезмерно сильные ощущения. Например, свет кажется «слишком ярким», обычный шум — «разрывающим уши», ткань одежды — «сильно раздражающей кожу». Гиперестезия часто встречается при неврозах,

астеническом синдроме, депрессии, вегетативной дисфункции, предмигренозных состояниях, переутомлении мозга и бессоннице. Пациенты становятся раздражительными, нервными и тревожными, поскольку сигналы окружающей среды быстро «истощают» их нервную систему. С психиатрической точки зрения гиперестезия объясняется усилением связи между ощущениями и эмоциями: любой минимальный стимул способен вызвать выраженную эмоциональную реакцию.

Гипестезия — это снижение чувствительности, при котором даже достаточно сильное воздействие воспринимается ослабленно. Пациент может жаловаться: «как будто кожа онемела», «не чувствую руку», «не различаю холод и тепло». Гипестезия может быть связана с поражением периферических нервов, радикулопатиями, диабетической нейропатией, черепно-мозговыми травмами, инсультом, повреждением проводящих путей. В то же время гипестезия иногда носит психогенный характер: при сильном стрессе и диссоциативных состояниях человек может ощущать часть тела как «чужую», что создаёт впечатление снижения чувствительности. Анестезия — это полная утрата чувствительности, когда раздражение присутствует, но ощущение не возникает. Такое состояние чаще наблюдается при тяжёлых органических поражениях: разрыве периферического нерва или глубоком повреждении центральных проводниковых систем.

Качественные расстройства ощущений характеризуются изменением нормального качества ощущения: оно сохраняется, но становится необычным, странным или неясным. Например, парестезии — это неопределённые ощущения в коже, описываемые как «покалывание», «ползание мурашек», «жжение», «как будто удар током», «сверление» или «колющая боль». Парестезии часто встречаются при неврологических заболеваниях (нейропатии, остеохондроз, туннельные синдромы), но также широко распространены при психогенных состояниях. Тревожные люди нередко воспринимают такие ощущения при учащённом сердцебиении, нехватке воздуха или мышечном напряжении как признаки «тяжёлой болезни» и

впадают в паническое состояние. Психопатологический механизм заключается в том, что при чрезмерном внимании к телесным ощущениям обычные физиологические сигналы начинают восприниматься как усиленные и патологические.

Дизестезия — это качественное нарушение ощущений, при котором сенсорное восприятие становится неприятным и воспринимается в необычной, «искажённой» форме. Например, даже лёгкое прикосновение к коже может вызывать ощущения «жжения», «щипания», а ткань одежды воспринимается как «слишком грубая» или раздражающая. Дизестезия чаще встречается при поражениях периферических нервов, нейропатических болевых синдромах, а также может наблюдаться при некоторых депрессивных состояниях.

Сенестопатия представляет собой важное в психиатрии сенсорное расстройство, при котором пациент ощущает внутри тела необычные, трудно объяснимые, нечётко локализованные и часто метафорически описываемые переживания: «что-то скручивает внутри», «в голове ходит давление», «кровь кипит», «словно камень ходит в животе», «по сосудам что-то проходит» и т.п. Сенестопатии отличаются от обычных соматических жалоб тем, что нередко не соответствуют анатомо-физиологическим закономерностям, не подтверждаются лабораторными и инструментальными исследованиями, а пациент описывает их драматично и необычно. Сенестопатии могут встречаться при депрессии, расстройствах шизофренического спектра, соматоформных расстройствах и ипохондрическом синдроме.

Отдельную группу составляют нарушения, связанные с болевой чувствительностью. Боль является защитным сигналом, информирующим о повреждении организма. Усиление боли (гипералгезия), повышение чувствительности к болевым раздражителям или изменение механизмов формирования боли может быть обусловлено как неврологическими, так и психогенными факторами. При гипералгезии раздражители, которые обычно не являются болезненными, могут восприниматься как боль — это явление

называют аллодинией. Например, лёгкое прикосновение ткани или поток воздуха на коже может ощущаться как выраженная боль. Подобные состояния встречаются при нейропатических болевых синдромах, поражениях периферических нервов, а также при функциональных соматических синдромах, например фибромиалгии. В психиатрической практике часто наблюдаются боли психосоматической природы: при стрессе и депрессии за счёт мышечного напряжения, изменений кровообращения и усиления вегетативных реакций возникают головные боли, боли в пояснице, «покалывание» или «сжатие» в области сердца. Эти боли обычно объясняются не органическим поражением, а психофизиологическими механизмами.

В психопатологии ощущений важным является разграничение нарушений ощущений и нарушений восприятия. Ощущение — это элементарный сигнал, тогда как восприятие — это процесс целостного распознавания объекта на основе ощущений. Например, ощущение цвета относится к ощущению, а узнавание «это яблоко» — к восприятию. Поэтому галлюцинации чаще рассматриваются как расстройства восприятия, поскольку человек воспринимает «видимое» или «слышимое» как целостный объект при отсутствии реального раздражителя. Однако сенсорные расстройства могут становиться «фоном» для развития галлюцинаторных переживаний: например, при выраженной гиперестезии или парестезиях повышается вероятность неправильной интерпретации неопределённых сигналов с последующим переходом к иллюзорному или галлюцинаторному опыту. В клинической практике пациент может сначала отмечать: «в ухе что-то шепчет» (сенсорный шум), а затем переходить к убеждению: «кто-то говорит» (вербальная галлюцинация).

Причины нарушений ощущений многофакторны и могут рассматриваться на пересечении биологических и психологических механизмов. К биологическим факторам относят поражение периферических рецепторов (например, заболевания глаз, воспаления уха), повреждение проводящих путей (нейропатии, радикулопатии), поражение мозговых

структур (инсульт, опухоль, травма), интоксикации (алкоголь, наркотики, лекарственные препараты). Психологические факторы связаны со стрессом, длительной тревогой, депрессией, психотравмой, высокой внутренней напряжённостью, соматизацией и ипохондрией. Часто эти механизмы действуют совместно: например, на фоне лёгкой соматической проблемы выраженная тревога усиливает сенсорные нарушения и существенно снижает качество жизни пациента.

Клинические проявления сенсорных нарушений отличаются в зависимости от психического состояния. При астеническом синдроме преобладают гиперестезия, быстрая утомляемость, непереносимость шума и света, раздражительность от слабых стимулов. При депрессии чаще наблюдаются гипестезия или «эмоциональное онемение», а также изменение телесных ощущений: пациент отмечает «тяжесть в теле», «общую слабость», «отсутствие энергии». При тревожных расстройствах возрастает количество парестезий и вегетативных ощущений — учащённое сердцебиение, сжатие в груди, нехватка воздуха. При соматоформных расстройствах доминируют сенестопатические жалобы: несмотря на многочисленные обследования, пациент не может избавиться от чувства, что «внутри что-то не так». При заболеваниях шизофренического спектра сенестопатии, ощущение «управляемости тела» и необычные внутренние переживания могут сочетаться с синдромом психического автоматизма.

При оценке сенсорных нарушений врач должен соблюдать несколько ключевых принципов. Во-первых, необходимо получить точное описание жалоб: где локализуются ощущения, когда начались, сколько продолжаются, что усиливает или уменьшает их выраженность, есть ли боль, связаны ли симптомы со сном или стрессом. Во-вторых, проводится неврологическое обследование для выявления объективных изменений чувствительности: оценивается болевая, температурная, тактильная и вибрационная чувствительность. В-третьих, анализируется психическое состояние: присутствуют ли тревога, депрессия, бредовые идеи или признаки психоза. В-

четвёртых, выполняются соматические и лабораторные исследования для подтверждения или исключения органической причины, поскольку сенсорные нарушения иногда являются первыми проявлениями серьёзных неврологических заболеваний.

Важную группу составляют сложные психосенсорные расстройства. В этих состояниях нарушения выходят за рамки простого изменения ощущений и проявляются искажением схемы тела и пространственного восприятия. Например, при деперсонализации человек говорит: «рука словно не моя», «тело стало чужим», «я не чувствую себя собой». При дереализации окружающий мир воспринимается как «тусклый», «как в фильме», «искусственный», «странный». Здесь изменяются и ощущения, и восприятие, однако ключевым механизмом являются психическая защита и диссоциативные процессы. Эти синдромы могут возникать при сильном стрессе, травматических ситуациях, панических атаках и некоторых депрессивных состояниях.

Ещё одним важным аспектом сенсорных расстройств является их влияние на жизнь пациента. Нарушения ощущений нередко приводят к утомляемости, снижению работоспособности, нарушению сна и ограничению социальной активности. Например, человек с гиперестезией не может работать в ярко освещённом помещении, избегает шумных мест, становится раздражительным, у него усиливаются головные боли. При постоянных парестезиях пациент начинает думать: «не развилась ли у меня серьёзная болезнь?», и живёт в состоянии хронического страха. При сенестопатии человек постоянно фиксируется на ощущениях в теле, многократно обращается к различным специалистам, остаётся неудовлетворённым лечением, у него снижается уверенность в себе. Таким образом, сенсорные нарушения являются не просто «отдельным симптомом», а проблемой, способной существенно изменить психологическое состояние и образ жизни пациента.

В психопатологии ощущений дифференциальная диагностика имеет особое значение, поскольку одинаковые сенсорные жалобы могут встречаться при различных заболеваниях. Например, онемение и «покалывание» в руках может наблюдаться как при диабетической нейропатии, так и при шейном остеохондрозе, а также во время панической атаки вследствие гипервентиляции. Поэтому врачу необходимо полноценно оценить клинический контекст: начало и динамику жалоб, сопутствующие симптомы, лабораторные данные и неврологический статус. Психогенные сенсорные расстройства обычно связаны со стрессом, отличаются вариабельностью симптомов, при этом результаты обследований остаются в норме, а пациент обращается с выраженной тревогой. При органических нарушениях симптомы чаще имеют чёткое распределение по дерматомам или зоне иннервации нерва; могут выявляться изменения рефлексов, мышечная слабость, вегетативно-трофические нарушения.

Говоря о профилактике и общих подходах к сенсорным расстройствам, можно выделить несколько принципов, которые, хотя и близки к разделу лечения, имеют важное профилактическое значение. Во-первых, восстановление здорового режима сна и отдыха необходимо для стабильности сенсорных систем. Бессонница и хроническая усталость создают основу для развития гиперестезии и парестезий. Во-вторых, снижение стресса, соблюдение психогигиены и формирование психологических механизмов поддержки (дыхательные упражнения, релаксация) улучшают баланс «ощущения–эмоции». В-третьих, контроль соматических заболеваний (сахарный диабет, патология щитовидной железы, дефициты витаминов) предотвращает развитие периферических нарушений чувствительности. В-четвёртых, ограничение кофеина, энергетических напитков и никотина как стимулирующих факторов способствует нормализации чувствительности. В-пятых, правильная организация труда и отдыха, контроль экранного времени, соблюдение гигиены освещения и шума также полезны для сенсорных систем.

В заключение следует отметить, что сенсорные нарушения являются важным разделом психопатологии и охватывают количественные и качественные изменения элементарных сенсорных процессов, а также сложные психосенсорные синдромы. Сенсорные расстройства часто располагаются на стыке неврологии и психиатрии, поэтому их оценка требует комплексного подхода, клинического мышления и проведения дифференциальной диагностики. Правильное понимание сенсорных нарушений помогает врачу выявлять ранние признаки заболеваний, корректно интерпретировать жалобы пациента, избегать избыточных обследований и выбирать оптимальную лечебную стратегию.

### **3.2. Классификация сенсорных расстройств.**

Клиническая классификация сенсорных расстройств является одним из наиболее часто используемых и диагностически значимых разделов в практике психопатологии и неврологии. Ощущения обеспечивают получение человеком самой первичной информации как из внешней среды, так и от собственного организма. Поэтому сенсорные нарушения формируются не только в результате поражения сенсорных анализаторов, но и могут быть связаны с психическими процессами, такими как тревога, депрессия, психоз и диссоциация. Цель клинической классификации заключается в том, чтобы помочь врачу систематизировать симптомы у пациента, объяснить механизмы их возникновения, различить органические и функциональные состояния, а также выбрать дальнейшую стратегию лечения и профилактики.

Наиболее удобным и практичным способом классификации сенсорных нарушений является их разделение на количественные расстройства, качественные расстройства, нарушения, связанные с болевой чувствительностью, сложные психосенсорные нарушения, а также расстройства по анализаторным системам. В клинической практике у одного пациента могут одновременно наблюдаться несколько типов нарушений. Например, на фоне гиперестезии могут присоединяться парестезии или сенестопатии; при диссоциативных состояниях гипестезия может сочетаться с

дереализацией. Поэтому классификация не является взаимоисключающей, а, напротив, направлена на более полное понимание клинической картины.



**Рисунок 11. Клиническая классификация сенсорных расстройств.**

Количественные сенсорные расстройства проявляются повышением или снижением силы ощущения. Наиболее часто встречающиеся формы включают гиперестезию, гипестезию, анестезию, а также иногда обозначаются термином гипоестезия. Гиперестезия — это усиление чувствительности, при котором даже обычные раздражители воспринимаются как чрезмерно интенсивные и вызывающие дискомфорт. Пациент может отмечать непереносимость яркого света, быструю утомляемость от шума, повышенную чувствительность к запахам, а также неприятные ощущения даже от соприкосновения одежды с телом. Клиническая значимость гиперестезии заключается в том, что она часто проявляется на фоне астенического синдрома, неврозов, бессонницы, выраженного эмоционального напряжения, депрессивных состояний или вегетативного дисбаланса. Иногда гиперестезия объясняется повышенной возбудимостью коры головного мозга. В таких случаях пациент становится

раздражительным, легко выходит из себя, испытывает трудности с концентрацией внимания, жалуется на утомляемость и головные боли. В клинической практике важно расценивать гиперестезию не как «каприз», а как сигнал нарушения защитных механизмов нервной системы.

Гипестезия (гипоестезия) — это снижение чувствительности, при котором пациент воспринимает раздражители слабее или вовсе не ощущает их. Например, уменьшается восприятие прикосновения, становится трудно различать холод и тепло, ослабевает болевая чувствительность. Гипестезия часто связана с поражением периферических нервов, радикулопатиями, диабетической нейропатией, повреждениями головного мозга, инсультом, демиелинизирующими заболеваниями. Вместе с тем гипестезия может возникать и психогенно — например, при некоторых диссоциативных состояниях: после сильного стресса или психотравмы человек может ощущать часть тела как «чужую», субъективно воспринимая это как снижение чувствительности. Данный феномен клинически важен, поскольку требует разграничения с органической патологией. Анестезия представляет собой полную утрату чувствительности и обычно указывает на серьёзные неврологические поражения. Например, утрата ощущений может наблюдаться при разрыве нервных волокон, тяжёлых травмах, глубоких повреждениях центральных проводящих путей. При выявлении анестезии в клинической практике обязательно требуется неврологическое обследование и инструментальная диагностика.

Качественные изменения ощущений являются более сложными по сравнению с простым повышением или снижением чувствительности и обычно проявляются необычными, неопределёнными и трудно объяснимыми ощущениями. К качественным расстройствам относят парестезии, дизестезии, сенестопатии, а также иногда нарушения термочувствительности. Парестезия — это появление ощущений «покалывания», «онемения», «ползания мурашек», «колющих ощущений», «как будто удар током» на поверхности кожи или в теле. Парестезии широко встречаются в неврологической практике

и часто связаны с остеохондрозом, туннельными синдромами, полинейропатиями, дефицитом витаминов группы В, сахарным диабетом и нарушениями кровообращения. В психиатрии парестезии нередко наблюдаются при тревожных расстройствах, панических атаках и на фоне гипервентиляции. Например, во время панического эпизода пациент начинает часто и глубоко дышать, в результате снижения уровня углекислого газа возникают онемение и покалывание в конечностях. Это может усиливать страх пациента, например мысль: «я сейчас парализуюсь». Следовательно, парестезии являются не только неврологическим симптомом, но могут иметь и психогенный механизм.

Дизестезия — это нарушение качества ощущения, при котором обычное воздействие воспринимается как неприятное, жгучее, «обжигающее» или странное. Например, лёгкое прикосновение ощущается как боль, а ткань одежды может восприниматься как вызывающая чувство «жжения». Дизестезия часто встречается при нейропатических болевых синдромах и может быть связана с повреждением периферических нервов. С психопатологической точки зрения дизестезия может усиливаться при эмоциональном напряжении. Это объясняется тем, что возбудимость нервной системы повышается, «нормальный фильтр» восприятия нарушается, и субъективная оценка сенсорного сигнала изменяется.



***Рисунок 12. Классификация сенсорных расстройств по происхождению.***

Сенестопатия — одно из наиболее важных понятий в психиатрии, которое проявляется необычными внутренними ощущениями в теле, трудными для анатомического объяснения и часто описываемыми пациентом в метафорической и драматической форме. Больной может жаловаться: «внутри что-то крутится», «в голове ходит давление», «кровь кипит», «как будто тело опустело», «как будто органы смещаются». Сенестопатия отличается от обычной соматической боли тем, что нередко не подтверждается реальной патологией: результаты обследований могут оставаться нормальными, однако пациент настойчиво и убежденно защищает свои ощущения. Сенестопатии встречаются при заболеваниях шизофренического спектра, соматоформных расстройствах, ипохондрическом синдроме, а также при некоторых депрессивных состояниях. В клинической классификации сенестопатия выделяется отдельно, поскольку может отражать глубокие изменения психики и нарушения взаимодействия между внутренними телесными ощущениями и сознанием.

В клинической классификации сенсорных расстройств важное место занимают нарушения, связанные с болью. Несмотря на то что болевая чувствительность физиологически представляет собой защитный сигнал, в психопатологии и неврологии она проявляется в различных формах. Гипералгезия — это повышение чувствительности к боли, при котором даже слабый стимул вызывает выраженную болевую реакцию. Аллодиния — восприятие как боли раздражителя, который в норме не является болевым. Например, лёгкий поток воздуха или контакт мягкой одежды может ощущаться как «жгучая боль». Гипоалгезия означает снижение болевой чувствительности, а аналгезия — полное исчезновение болевого ощущения. Болевые расстройства могут наблюдаться при поражениях центральной нервной системы, повреждениях периферических нервов, а также при психосоматических состояниях. Психосоматические боли часто связаны с мышечным напряжением, вегетативным дисбалансом и повышением уровня стрессовых гормонов. Даже при отсутствии выраженной органической причины такие боли воспринимаются пациентом как крайне реальные и мучительные.

Ещё одной клинически важной группой являются психосенсорные нарушения и расстройства схемы тела. В этих состояниях, помимо элементарных сенсорных изменений, нарушаются механизмы «ощущения собственного тела» и «восприятия реальности». При деперсонализации человек может воспринимать своё тело как чужое, ощущать, что руки и ноги «не принадлежат ему», испытывать себя «как робот» или как «наблюдатель со стороны». При дереализации окружающий мир кажется искусственным, тусклым, «как во сне». Эти состояния могут встречаться при диссоциативных расстройствах, панических атаках, выраженном стрессе и некоторых депрессивных эпизодах. В клинической классификации данные синдромы близки к сенсорным расстройствам, поскольку связаны с нарушением переработки сенсорного сигнала в сознании и его субъективной оценки.

Клиническую классификацию можно рассматривать и по анализаторным системам, то есть выделять нарушения зрительных ощущений, слуховых ощущений, обоняния и вкуса, кожно-тактильной чувствительности, а также вестибулярных и проприоцептивных ощущений. При зрительной гиперестезии может развиваться фотофобия, непереносимость яркого света, появление «вспышек» перед глазами. Со стороны слуха возможна гиперacusia — чрезмерно громкое восприятие обычных звуков, непереносимость шума и ощущение звона в ушах. При нарушениях обоняния возможны гипер- или гипоосмия: запахи воспринимаются чрезмерно резко либо не ощущаются вовсе. В некоторых случаях расстройства обоняния могут иметь и психопатологическую интерпретацию: человек необычно оценивает запахи, воспринимает их как неприятные или формирует ипохондрические идеи, например «от моего тела исходит плохой запах». Нарушения вкуса также могут проявляться гипо- или гипергеузией. Нарушения кожно-тактильной чувствительности особенно важны для неврологической практики: снижение чувствительности по дерматомам может указывать на радикулопатию, а снижение по типу «перчаток и носков» — на полинейропатию.



***Рисунок 13. Алгоритм клинической диагностики при «сенсорных нарушениях».***

Практическая ценность клинической классификации заключается в том, что она помогает понять происхождение сенсорного расстройства. Например, локальная гипестезия в сочетании с изменением рефлексов может указывать на органическое неврологическое поражение. В то время как переменные парестезии, связанные со стрессом, усиливающиеся и исчезающие в разное время, чаще свидетельствуют о психогенном механизме. Сенестопатии и нарушения схемы тела в большей степени оцениваются в рамках психиатрической практики. Выслушивая жалобы пациента, врач обязательно опирается на вопросы: «какое ощущение?», «где локализуется?», «как давно началось?», «с чем связано?», «есть ли связь со стрессом или сном?», «имеются ли соматические заболевания?». Клиническая классификация позволяет системно находить ответы на эти вопросы.

Сенсорные расстройства часто сочетаются с другими психопатологическими проявлениями. Например, гиперестезия нередко сопровождается тревогой и раздражительностью, гипестезия может сочетаться с депрессивным фоном и «эмоциональным онемением», а сенестопатия — с ипохондрическими идеями и соматизацией. При расстройствах шизофренического спектра сенестопатии иногда могут быть связаны с синдромами психического автоматизма, когда пациент объясняет свои ощущения тем, что «кто-то специально это делает». В таких ситуациях клиническая оценка должна быть более глубокой, поскольку тяжесть психопатологического процесса определяется не только самим сенсорным симптомом, но и тем, как пациент интерпретирует его и какое значение придаёт этому переживанию.

Ещё одним важным направлением клинической классификации является критерий времени и длительности. Некоторые сенсорные нарушения имеют кратковременный характер, например минутное онемение во время стресса, непереносимость света или быстро проходящие парестезии. Другие же могут

быть хроническими и беспокоить пациента месяцами и годами. Хронические парестезии или сенестопатии снижают качество жизни, усиливают постоянное напряжение, приводят к социальной изоляции и могут углублять депрессивные состояния. Поэтому длительность симптомов является важным клиническим показателем.

Ключевым методическим принципом клинической классификации является сопоставление «субъективных жалоб» и «объективных данных обследования». Пациент может предъявлять жалобы на выраженную боль или онемение, однако при неврологическом осмотре чувствительность может быть сохранена — это чаще соответствует психогенным сенсорным расстройствам. Напротив, пациент может не замечать снижения чувствительности, но при обследовании выявляется чёткая гипестезия, что может указывать на скрыто протекающее органическое поражение. Следовательно, клиническая классификация учитывает не только жалобы, но и результаты объективного обследования.

Обобщая клиническую классификацию сенсорных расстройств, можно отметить, что она позволяет в практической медицине определить форму, степень и вероятную причину нарушений. Количественные расстройства чаще связаны с возбудимостью и проводимостью нервной системы, тогда как качественные нарушения тесно связаны с механизмами переработки и оценки телесных сигналов в сознании. Болевые нарушения находятся на пересечении неврологических и психосоматических механизмов. Психосенсорные расстройства имеют клиническое значение как нарушения восприятия собственного «Я» и реальности. Такая классификация помогает врачу правильно направить пациента: при необходимости углубить неврологическое обследование или выбрать психотерапевтический подход.

### **3.3. Гиперестезия и гипестезия: причины и проявления.**

Гиперестезия и гипестезия являются наиболее часто встречающимися количественными проявлениями сенсорных нарушений в клинической практике. Эти состояния противоположны друг другу: при гиперестезии

чувствительность повышается, а при гипестезии — снижается. Сенсорная система служит основным источником информации, обеспечивающим адаптацию организма к внешней среде и внутреннему состоянию тела. Поэтому любые изменения чувствительности заметно влияют на психическое состояние человека, его поведение, работоспособность и качество жизни. С клинической точки зрения гиперестезия и гипестезия имеют важное диагностическое значение в неврологии, психиатрии, терапии и даже в педиатрической практике, а правильная оценка причин их возникновения является необходимой для дифференциальной диагностики.

Гиперестезия — это состояние, характеризующееся чрезмерно интенсивным восприятием ощущений в ответ на внешние или внутренние воздействия. Раздражители, которые в обычных условиях не вызывают дискомфорта (свет, звук, запах, прикосновение), при гиперестезии провоцируют выраженную неприятную реакцию, ощущения, близкие к боли, либо чрезмерную раздражительность. Пациенты часто жалуются: «я не переношу свет», «шум режет слух», «даже слабые запахи вызывают тошноту», «даже прикосновение одежды неприятно». При этом гиперестезия может не ограничиваться одним анализатором и проявляться как комплексная: человек становится чрезмерно чувствительным одновременно к свету, звукам и кожным раздражителям. Подобные изменения часто связаны с повышенной возбудимостью центральной нервной системы, вегетативным дисбалансом и нестабильностью эмоционального фона.

В формировании гиперестезии выделяют несколько механизмов. Первый механизм — нарушение баланса процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. При перегрузке нервной системы тормозные процессы ослабевают, а способность коры головного мозга «фильтровать» сенсорные сигналы снижается. В результате даже обычные стимулы воспринимаются как чрезмерно сильные. Вторым механизмом — дисфункция вегетативной нервной системы. При вегетативном дисбалансе учащается сердцебиение, меняется артериальное давление, повышается мышечное

напряжение, дыхание становится поверхностным, усиливается потоотделение. На этом фоне сенсорные системы переходят в состояние повышенной «настороженности», что усиливает гиперестезию. Третий механизм — психогенные факторы: стресс, тревога, неврозы и депрессия. Например, при длительной тревоге человек постоянно находится в состоянии ожидания опасности, внимание фиксируется на сигналах окружающей среды, и чувствительность обостряется. Четвёртый механизм — раздражение сенсорных систем на фоне соматических или неврологических заболеваний. Мигрень, восстановительный период после менингоэнцефалита, посттравматический синдром, а также некоторые эндокринные нарушения могут приводить к появлению гиперестезии.

Клинические проявления гиперестезии зависят от ведущего анализатора. Зрительная гиперестезия проявляется фотофобией: яркий свет вызывает резь в глазах, слезотечение, головную боль, быструю утомляемость зрения, ощущение «вспышек» перед глазами. Слуховая гиперестезия возникает в виде гиперacusии: обычные звуки воспринимаются как чрезмерно громкие, что вызывает раздражение, ощущение шума или звона в ушах и может сопровождаться головокружением. Обонятельная гиперестезия проявляется гиперосмией, когда даже слабые запахи вызывают тошноту, усиливают головную боль либо провоцируют страх. Кожная гиперестезия сопровождается дискомфортом при контакте с одеждой, ветром или прикосновением и иногда ощущается близко к боли. Усиление болевой чувствительности называется гипералгией, при которой снижается болевой порог: даже лёгкое воздействие воспринимается как боль.

Гиперестезия часто наблюдается при астенических синдромах. При астении человек быстро утомляется, у него нарушается сон, снижается концентрация внимания, а даже незначительные стимулы (шум, свет) вызывают раздражение. В некоторых случаях гиперестезия встречается и при депрессии, особенно при тревожной депрессии, когда ощущения становятся «обострёнными». Также гиперестезия широко распространена при неврозах,

панических атаках и соматоформных расстройствах. В таких ситуациях сенсорные нарушения могут восприниматься пациентом как признак «тяжёлой болезни», усиливая ипохондрические переживания. В итоге гиперестезия становится не только симптомом, но и фактором, ухудшающим психологическую и социальную адаптацию.

Гипестезия (гипоестезия) — это снижение чувствительности, при котором раздражители воспринимаются слабее, а сенсорный порог повышается. Пациент может жаловаться: «кожа онемела», «плохо чувствую руку», «не различаю горячее и холодное», «даже укол ощущается слабо». Гипестезия чаще всего связана с поражением периферической нервной системы. Например, при диабетической полинейропатии чувствительность снижается в нижних конечностях по типу «носков». При радикулопатии из-за компрессии корешков спинномозговых нервов гипестезия распространяется по дерматомам. Кроме того, инсульт, опухоли головного мозга и травматические повреждения могут приводить к гипестезии вследствие поражения центральных проводящих путей.

Среди причин гипестезии важную роль играют повреждение периферических рецепторов, нарушение проводимости нервных волокон, повреждение миелиновой оболочки, прерывание или угнетение центральных нервных путей, а также метаболические и токсические факторы. Например, дефицит витамина В12, нарушения функции щитовидной железы, хроническая алкогольная интоксикация, отравление солями тяжёлых металлов могут вызывать полинейропатию и приводить к гипестезии. В некоторых случаях гипестезия наблюдается как побочный эффект лекарственных средств, например при использовании отдельных химиотерапевтических препаратов, повреждающих периферические нервы и вызывающих снижение чувствительности.

Существует также психогенная гипестезия, которая встречается при диссоциативных расстройствах или тяжёлых психотравматических состояниях. Пациенты описывают её необычным образом: «рука стала

чужой», «тело как будто замерло», «я себя не чувствую». При объективном обследовании может не выявляться чётких нарушений чувствительности, соответствующих неврологическим закономерностям. Это отражает психопатологический механизм гипестезии: сознание как будто «выключает» телесные ощущения в рамках защитной реакции. Подобное состояние может наблюдаться при посттравматическом стрессовом расстройстве, выраженном страхе или тяжёлых внутренних конфликтах.

Клинические проявления гипестезии различаются в зависимости от вида чувствительности. При тактильной гипестезии пациент слабо ощущает прикосновение. При снижении температурной чувствительности становится трудно различать холод и тепло, что может приводить к опасным ситуациям, таким как ожоги или обморожение. При снижении болевой чувствительности пациент поздно замечает травму, возрастает риск инфицирования. При снижении проприоцептивной чувствительности возможны нарушения координации движений, неустойчивость походки, появление признаков атаксии. Гипестезия, связанная с вестибулярной чувствительностью, может проявляться головокружением и нарушением равновесия.

В клинической практике важно различать гиперестезию и гипестезию, поскольку их происхождение, диагностический алгоритм и лечебные подходы различаются. При гиперестезии чаще доминируют функциональные и психогенные факторы, тогда как при гипестезии чаще встречаются органические неврологические причины. Однако это не является строгим правилом: гиперестезия может иметь и органическую природу (например, при менингеальном раздражении, мигрени, токсических состояниях), а гипестезия может быть психогенной (например, при диссоциации). Поэтому клиническая оценка должна быть комплексной. Врач уточняет у пациента начало и длительность симптомов, их связь со стрессом, наличие сопутствующих признаков (мышечная слабость, изменения рефлексов, вегетативные проявления, головокружение, нарушения памяти), затем проводит неврологический осмотр. При необходимости рекомендуются лабораторные

исследования (глюкоза, витамин В12, ТТГ, электролиты) и инструментальные методы (ЭМГ, МРТ, КТ).

Гиперестезия и гипестезия существенно влияют на психологическое состояние пациента. При гиперестезии человек становится раздражительным, нервным, склонным к утомляемости и головным болям, может ограничивать контакты с людьми. Это повышает вероятность социальной изоляции и усиления депрессивного фона. При гипестезии у пациента нередко возникает тревога: «не умирает ли нерв?», «не останусь ли парализованным?». При усилении снижения чувствительности повышается риск спотыканий при ходьбе, трудностей удержания предметов в руках, травматизации. Поэтому гипестезия является не просто симптомом, а клинически значимым синдромом, ограничивающим функциональные возможности.

С позиции профилактики и общих подходов существуют важные принципы для обоих состояний. При гиперестезии полезно уменьшать факторы, перегружающие нервную систему, нормализовать сон, управлять стрессом, ограничивать кофеин и стимуляторы, рационально организовывать режим труда и отдыха, соблюдать гигиену света и шума. При гипестезии ключевым является выявление и устранение основной причины: контроль диабета, коррекция витаминных дефицитов, снижение токсических воздействий, лечение неврологических заболеваний. Кроме того, практическое значение имеют физиотерапия и реабилитация, упражнения для восстановления нервной проводимости, тренировки равновесия и координации.

Ниже приведены две таблицы для более системного понимания темы.

*Таблица 13.*

*Основные причины (этиологические факторы) гиперестезии и гипестезии.*

<b>Показатель</b>	<b>Гиперестезия (повышение чувствительности)</b>	<b>Гипестезия (снижение чувствительности)</b>
Центральная нервная система	Повышенная возбудимость коры, мигрень, посттравматические состояния	Инсульт, опухоль, травма, демиелинизация
Вегетативные факторы	Вегетативный дисбаланс, повышение симпатической активности	Вегетативная нейропатия, осложнения диабета
Психогенные причины	Стресс, невроз, тревога, панические атаки, бессонница	Диссоциативные расстройства, посттравматические состояния
Соматические факторы	Гормональные изменения, астенические состояния, интоксикация	Диабет, эндокринные болезни, авитаминоз (В12), метаболические нарушения
Токсические/лекарственные воздействия	Стимуляторы, состояние после употребления алкоголя, некоторые препараты	Химиотерапия, соли тяжёлых металлов, алкогольная полинейропатия

*Таблица 14.*

*Клинические признаки и диагностические направления  
(сравнительно).*

<b>Показатель</b>	<b>Гиперестезия</b>	<b>Гипестезия</b>
Основная жалоба	Свет/шум/прикосновение сильно раздражают	Прикосновение, боль, температура ощущаются слабо
Кожная чувствительность	Одежда, ветер, прикосновение неприятны, иногда болезненны	Онемение, «затекание», снижение ощущений
Слух	Обычные звуки кажутся слишком громкими (гиперакузия)	Возможное снижение слуха (гипоакузия)
Зрение	Фотофобия, утомляемость глаз	Снижение зрения зависит от отдельных заболеваний
Психический фон	Раздражительность, тревога, быстрая утомляемость	Тревога или безразличие, иногда диссоциация
Неврологический осмотр	Часто нет грубого объективного дефицита (при функциональных состояниях)	Снижение чувствительности по дерматомам, возможны изменения рефлексов
Дифференциальная диагностика	Невроз, астенический синдром, мигрень, вегетативный дисбаланс	Полинейропатия, радикулопатия, инсульт, метаболические болезни
Основной риск	Бессонница, утомляемость, психическое напряжение	Травмы, ожоги, нарушение ходьбы,

		неврологическое прогрессирование
--	--	-------------------------------------

В целом гиперестезия и гипестезия являются основными количественными формами сенсорных расстройств, и при их клинической оценке необходимо анализировать не только сам симптом, но и возможные этиологические факторы, неврологический и психологический фон. Если гиперестезия чаще связана с повышенной возбудимостью нервной системы и психоэмоциональным перенапряжением, то гипестезия чаще возникает вследствие поражения нервных волокон или структур центральной нервной системы. Оба состояния снижают качество жизни, затрудняют социальную адаптацию и иногда могут быть ранними признаками заболевания. Поэтому сенсорные нарушения требуют серьёзного внимания, точной дифференциальной диагностики и комплексного подхода.

#### **3.4. Анестезия и парестезии.**

Анестезия и парестезии относятся к наиболее часто встречающимся сенсорным нарушениям в клинической практике и являются особенно важными проявлениями на границе неврологии и психопатологии. Эти два понятия возникают в результате поражения различных уровней сенсорной системы или её функционального расстройства. Если анестезия в основном выражается полным исчезновением или резким снижением чувствительности, то парестезия характеризуется качественным нарушением ощущений, то есть появлением «странных», неопределённых и неприятных ощущений на поверхности кожи или в теле. Оба состояния существенно влияют на повседневную жизнь пациента: при анестезии повышается риск травм и ожогов, а при парестезиях усиливаются беспокойство, страх, нарушения сна и ипохондрические мысли. Поэтому правильное клиническое понимание анестезии и парестезий, выявление их причин и проведение дифференциальной диагностики имеют большое значение в медицинской практике.

Анестезия — это сенсорное нарушение, протекающее с полным или почти полным исчезновением чувствительности. При этом пациент не ощущает тактильные раздражители (прикосновение), боль, температуру или вибрацию. Анестезия чаще расценивается как признак органического неврологического поражения и является для врача «предупреждающим симптомом», поскольку полная утрата чувствительности может свидетельствовать о серьёзном поражении периферических нервов, проводящих путей спинного мозга или центральных структур головного мозга. Анестезия обычно проявляется в соответствии с определёнными анатомическими закономерностями: например, при повреждении нерва утрата чувствительности возникает в зоне его иннервации; при радикулопатиях — по дерматомам; при центральных поражениях — на одной стороне тела (гемианестезия) либо в определённых сегментах.



***Рисунок 14. Анестезия и парестезия: полная или частичная утрата сенсорной функции и её клинико-этиологические факторы.***

Причины развития анестезии можно разделить на несколько основных групп. Первая группа — поражения периферической нервной системы. В этом

случае утрата чувствительности возникает вследствие разрыва нервных волокон, выраженного сдавления, травматического повреждения либо тяжёлых воспалительных процессов. Например, при травме нерва в области руки или ноги пациент может перестать ощущать прикосновение в соответствующей зоне. Вторая группа — радикулопатии и патология позвоночника. При компрессии или воспалении нервных корешков чувствительность может исчезать сегментарно. Третья группа — поражения центральной нервной системы, такие как инсульт, опухоль головного мозга, травма, демиелинизирующие заболевания. Например, при инсульте может наблюдаться утрата чувствительности на одной половине тела, а также мышечная слабость и изменения рефлексов. Четвёртая группа — метаболические и токсические факторы. Тяжёлая диабетическая полинейропатия, длительная алкогольная интоксикация, отравление солями тяжёлых металлов, дефицит витамина В12 также могут приводить к потере чувствительности. В этих случаях анестезия чаще развивается постепенно и нередко имеет периферический характер по типу «носков и перчаток».

Клинические проявления анестезии различаются в зависимости от вида чувствительности. При тактильной анестезии пациент не ощущает прикосновения. При болевой анестезии укол иглой, порез или травма могут не восприниматься. При температурной анестезии не различается воздействие холода и тепла, что повышает риск ожогов или обморожения. При утрате вибрационной чувствительности снижается проприоцептивный контроль, что приводит к неустойчивой походке, нарушению равновесия и повышает вероятность падений, особенно при закрытых глазах. Анестезия может быть опасной для жизни, поскольку фактически «выключает» защитный сигнал организма. Например, если человек случайно касается горячего предмета, отсутствие болевой реакции способствует более тяжёлому ожогу. Кроме того, при отсутствии чувствительности в стопах пациент может не замечать мелких повреждений, что облегчает развитие инфекции. Поэтому при выявлении

анестезии приоритетной клинической задачей является установление причины и лечение основного заболевания.

Парестезия, напротив, представляет собой не утрату чувствительности, а качественное нарушение ощущений, при котором в определённой области кожи или части тела возникают «странные» сенсорные переживания. Обычно парестезия описывается как «покалывание», «онемение», «ползание мурашек», «колющие ощущения», «как будто удар током», «жжение» или «ощущение тепла». Эти ощущения чаще не достигают уровня боли, однако они неприятны и вызывают выраженный дискомфорт. Парестезии могут быть временными, например при неправильном положении руки во сне, когда нерв сдавливается и возникает кратковременное онемение. Однако если парестезии повторяются часто или сохраняются длительно, они приобретают клиническую значимость.

Причины парестезий также разнообразны. Наиболее распространённым фактором является сдавление или повреждение периферического нерва. Например, при синдроме запястного канала появляется онемение и покалывание в кисти и пальцах. При остеохондрозе и радикулопатиях компрессия нервных корешков в шейном или поясничном отделе может вызывать парестезии в руках или ногах. При диабетической полинейропатии парестезии чаще начинаются с нижних конечностей: пациенты жалуются, что «ночью ноги покалывают», «жгут и немеют». Парестезии и чувство онемения также возможны при дефиците витамина В12. Наряду с этим, парестезии встречаются и при психогенных состояниях, особенно при тревожных расстройствах и панических атаках. Во время паники человек начинает часто и глубоко дышать (гипервентиляция), вследствие чего снижается уровень углекислого газа в крови, появляются онемение и покалывание в конечностях. Это, в свою очередь, усиливает страх пациента и усугубляет симптоматику.



**Рисунок 15. Анестезия и парестезия: клинко-этиологическая и патогенетически обоснованная модель сенсорных нарушений (причины и основные проявления).**

В патогенезе парестезий важную роль играют временные изменения проводимости нервных волокон, нарушения микроциркуляции, раздражение нервных рецепторов, а также дисбаланс центральной сенсорной обработки. При парестезиях органического происхождения чаще выявляется повреждение нервных волокон: демиелинизация, поражение аксонов, воспаление вокруг нерва, отёк или компрессия. При психогенных парестезиях преобладают вегетативные и функциональные механизмы: усиливается мышечное напряжение, меняется ритм дыхания, внимание чрезмерно фиксируется на телесных ощущениях, вследствие чего даже обычные физиологические сигналы воспринимаются как неприятные парестезии. Поэтому с клинической точки зрения парестезии требуют разграничения «органических» и «функциональных» причин.

Парестезии нередко сопровождаются дополнительными симптомами. При неврологических заболеваниях к парестезиям могут присоединяться

мышечная слабость, снижение рефлексов, нарушение равновесия и изменения походки. При радикулопатии боль может распространяться от поясницы к ноге, усиливаться при движении и уменьшаться в определённом положении. При полинейропатии обычно преобладают двусторонние, симметричные и дистальные проявления. При психогенных парестезиях часто наблюдаются учащённое сердцебиение, чувство сдавления в груди, «нехватка воздуха», головокружение, страх, паника, нарушения сна. В таких случаях парестезии тесно связаны с общим психоэмоциональным состоянием пациента.

Основное отличие анестезии от парестезии заключается в том, что анестезия представляет собой утрату чувствительности, тогда как парестезия — появление нарушенных, «странных» ощущений. Анестезия, как правило, подтверждается объективным обследованием: отсутствует болевая реакция при уколе, не различаются холод и тепло, не ощущается прикосновение. Парестезия чаще проявляется как субъективная жалоба, и иногда объективное обследование может оставаться нормальным. Поэтому вероятность психогенной природы парестезий может быть высокой, однако это не означает, что так бывает всегда. При выявлении парестезии в клинической практике отдельно оцениваются её длительность, характер распространения и наличие сопутствующих неврологических признаков.

В дифференциальной диагностике анестезии и парестезий важнейшее значение имеет неврологическое обследование. Оцениваются тактильная, болевая, температурная, вибрационная и проприоцептивная чувствительность. Также исследуются рефлексы, мышечная сила, координация и проба Ромберга. Может потребоваться лабораторная диагностика (глюкоза, витамин В12, ТТГ, электролиты) и инструментальные методы (ЭМГ, МРТ, КТ). При подозрении на психогенный характер симптомов важно определить уровень стресса, а также признаки тревоги и депрессии.

Анестезия и парестезии имеют значение и с точки зрения психопатологии, поскольку некоторые сенсорные нарушения в

специфической форме встречаются при расстройствах шизофренического спектра, соматоформных расстройствах и диссоциативных состояниях. Например, при диссоциативной анестезии пациент может ощущать «безчувственность» определённой части тела, однако это не соответствует анатомическим закономерностям. При соматоформных расстройствах парестезии нередко становятся хроническими, «мигрируют» по различным участкам тела, и несмотря на многократные обращения к врачам, объективная причина может не выявляться. При заболеваниях шизофренического спектра сенсорные нарушения иногда смешиваются с сенестопатиями: пациент описывает внутренние телесные ощущения необычно, драматично и неопределённо. Эти особенности требуют более глубокого клинического анализа.

Лечение анестезии и парестезий напрямую зависит от причины. При органической этиологии на первом месте находится терапия основного заболевания и реабилитация. Например, при диабетической нейропатии важны контроль глюкозы, витаминотерапия и поддерживающая нейротропная терапия; при радикулопатии — противовоспалительное лечение, физиотерапия и ортопедический подход; после инсульта — реабилитационные мероприятия. При психогенных парестезиях важны снижение стресса, нормализация дыхания, психотерапия и релаксационные методы, а при необходимости — применение анксиолитиков или антидепрессантов. Однако поскольку основная цель данного раздела заключается не в описании лечения, а в клиническом понимании и классификации, терапевтические подходы здесь не рассматриваются подробно.

Таким образом, анестезия и парестезии занимают важное место в клинической классификации сенсорных нарушений. Анестезия чаще является объективным симптомом, указывающим на тяжёлое органическое поражение, и требует оперативного диагностического подхода. Парестезия, напротив, отражает качественное нарушение чувствительности и располагается на

границе органических и функциональных причин. Правильная оценка обоих состояний помогает врачу корректно интерпретировать жалобы пациента, уменьшать необоснованные страхи, рационально выбирать методы обследования и обеспечивать эффективный клинический подход.

### **3.5. Сенестопатии: виды и клинические особенности.**

Сенестопатия относится к наиболее сложным и клинически значимым разделам психопатологии ощущений. Данное состояние связано с внутренними телесными ощущениями пациента и характеризуется комплексом странных, неясных, неприятных и субъективно очень интенсивных переживаний, которые зачастую невозможно полностью объяснить реальными анатомическими или физиологическими причинами. При сенестопатиях пациент жалуется иначе, чем при обычной боли: он говорит не «болит», а описывает переживания образно и метафорично — «внутри что-то крутится», «в голове ходит давление», «внутри тела проходят горячие волны», «кровь кипит», «внутри будто пустота», «органы как будто смещаются», «как будто по сосудам что-то движется». Сенестопатии часто вызывают выраженное беспокойство, полностью переключают внимание человека на тело, нарушают сон, снижают работоспособность и при длительном течении приводят к нарушению психологической адаптации.

В клинической практике сенестопатия рассматривается как отдельный симптом или синдром. Она встречается при различных психических расстройствах, особенно при нарушениях шизофренического спектра, депрессивных состояниях, соматоформных расстройствах, ипохондрическом синдроме, а также при некоторых органических поражениях головного мозга. Основной отличительной особенностью сенестопатии является то, что она часто не подтверждается соматическими обследованиями либо выявленные изменения не соответствуют интенсивности жалоб пациента. Больной настойчиво фиксируется на своих ощущениях, пытается их объяснить, часто проходит многочисленные медицинские обследования, но остаётся неудовлетворённым. Именно поэтому сенестопатии рассматриваются в

психиатрии и психосоматической медицине как феномен, отражающий сложное взаимодействие между «сигналами тела» и их интерпретацией сознанием.

Для объяснения механизмов развития сенестопатии выделяют несколько основных подходов. Первый — нарушение центральной переработки сенсорных сигналов. В норме от внутренних органов постоянно поступают афферентные импульсы, однако мозг большинство из них не выводит на уровень сознания. При сенестопатии «фильтрация» нарушается, и внутренние сигналы проявляются в сознании в усиленной, странной и неприятной форме. Второй механизм связан с эмоциональной неустойчивостью и усилением тревоги. В условиях стресса активируется вегетативная нервная система, изменяются сердечный ритм, перистальтика кишечника, дыхание и мышечный тонус. Если человек воспринимает эти изменения как признаки опасного заболевания, формирование сенестопатического переживания становится более вероятным. Третий механизм — психодинамические и личностные факторы. У некоторых людей отмечается повышенная фиксация на теле, тревожность, подозрительность и склонность к ипохондрии. В таких случаях даже небольшие физиологические ощущения могут усиливаться и превращаться в необычную жалобу. Четвёртый механизм связан с глубиной психопатологического процесса. При расстройствах шизофренического спектра сенестопатии иногда сочетаются с элементами психического автоматизма, когда пациент интерпретирует ощущение как «чужое воздействие» или «управление телом извне».

Клинически сенестопатии можно классифицировать несколькими способами. Наиболее распространённая классификация основана на содержании ощущения и характере субъективного переживания. Выделяют, например, термические сенестопатии (волны жара или холода), ощущение давления и сдавления, «расслабления» или «затвердения», ощущение движения или «смещения», ощущения «электрического удара», дрожи и вибрации. Дополнительно различают сенестопатии по локализации: в области

головы (давление в мозге, «что-то двигается в голове»), грудной клетки (странные ощущения вокруг сердца), брюшной полости (кручение, переворачивание в кишечнике), конечностей (жжение изнутри, ощущение замерзания). Ещё один вариант классификации — по динамике: постоянные сенестопатии, пароксизмальные (приступообразные) и мигрирующие сенестопатии. Пациент может отмечать, что «то же самое странное ощущение» появляется то в одном месте, то в другом. Мигрирующий характер нередко наблюдается при психогенных или соматоформных состояниях.

Клиническая картина сенестопатий ярко отражается в речи пациента и особенностях описания жалоб. Они часто бывают образными и насыщенными сравнениями. Пациент может использовать выражения, напоминающие парестезии («будто мурашки бегают»), однако при сенестопатии ощущения описываются как возникающие не на коже, а внутри тела или внутренних органов. Типичны формулировки: «внутри живота что-то сжимается», «в лёгких будто ветер ходит», «в голове словно натянута проволока». При этом пациент не всегда может точно указать локализацию, описание часто не соответствует анатомическим закономерностям и может быть изменчивым. Больной, страдающий сенестопатиями, нередко стремится к постоянным обследованиям, контролирует себя, «прислушивается» к телу. Такое состояние можно рассматривать как патологическую фиксацию внимания (гиперфокус). В результате ощущения усиливаются, тревога возрастает, формируется «порочный круг»: ощущение → тревога → вегетативная реакция → усиление ощущения.

В клинической практике сенестопатии часто сочетаются со следующими синдромами: ипохондрический синдром, соматизация, депрессивный синдром, тревожно-фобический синдром, а в шизофреническом спектре — сенестопатически-параноидный синдром. При ипохондрическом синдроме пациент интерпретирует сенестопатию как признак серьёзной болезни, фиксируется на мысли «у меня, наверное, рак» или «внутри что-то опасное». При соматизации наблюдаются многочисленные телесные жалобы, которые

не подтверждаются обследованиями. При депрессии сенестопатии нередко выражаются ощущением «тяжести тела», «удушья», «внутренней пустоты» или «холода внутри». При шизофренических расстройствах сенестопатии могут сочетаться с необычными интерпретациями, идеями воздействия и психическим автоматизмом, что делает клиническую картину более сложной.

Для отличия сенестопатии от обычной соматической боли учитывают несколько клинических признаков. Во-первых, сенестопатия часто не соответствует анатомическим закономерностям. Во-вторых, описание жалоб бывает странным, образным и метафоричным. В-третьих, результаты обследований не соответствуют выраженности субъективных переживаний. В-четвёртых, ощущения нередко тесно связаны со стрессом и эмоциональным состоянием. В-пятых, наличие выраженной тревоги, ипохондрического мышления, депрессивного фона или других психопатологических признаков повышает вероятность сенестопатии. Кроме того, сенестопатия часто демонстрирует «резистентность» к лечению: пациент принимает разные препараты, проходит обследования, однако жалобы сохраняются. В таких случаях важны психотерапевтический подход и психиатрическая оценка.

Чтобы более системно представить клинические типы сенестопатий, приводятся следующие таблицы.

**Таблица 15.**

**Основные типы сенестопатий и субъективное описание.**

<b>Тип сенестопатии</b>	<b>Формулировки пациента (примеры)</b>	<b>Наиболее типичный фон</b>
Термические (жар/холод)	«Внутри идут горячие волны», «тело как будто замерзает»	Вегетативный дисбаланс, тревога

Давление/сдавление	«Давит в груди», «в голове есть давление»	Депрессия, панические состояния
Движение/смещение	«Внутри что-то ходит», «органы смещаются»	Соматоформные расстройства, шизофренический спектр
«Электричество»/вибрация	«Как будто током бьёт», «в сосудах дрожит»	Невроз, нейропатический фон
Пустота/тяжесть	«Внутри пусто», «тело стало очень тяжёлым»	Депрессия, астенические состояния

Сенестопатию можно оценивать и по локализации, поскольку пациент обычно пытается указать область, где «чувствует» симптом.

*Таблица 16.*

*Локализация сенестопатий и клинические особенности.*

<b>Локализация</b>	<b>Типичные жалобы</b>	<b>Клиническая значимость</b>
Область головы	«Давление в мозге», «внутри что-то движется»	Важна неврологическая дифференциальная диагностика
Грудная клетка	«Странное чувство около сердца», «я задыхаюсь»	Отличать от кардиофобии и панических атак
Брюшная полость	«Скручивает внутри», «внутри вращение»	Гастрообследование + соматоформная оценка
Конечности	«Жжёт изнутри», «мерзнут»	Различать нейропатию и психогенные факторы

По всему телу	«Всё тело дрожит», «внутри жар/холод»	Вегетативный синдром, тревожные расстройства
---------------	--	---

Динамика сенестопатий также имеет большое значение: симптомы могут быть постоянными, приступообразными или «мигрирующими».

*Таблица 17.*

*Динамика сенестопатий и дифференциальные признаки.*

<b>Тип динамики</b>	<b>Определение</b>	<b>Чаще встречается при</b>
Постоянная (хроническая)	Сохраняется большую часть дня	Соматоформные расстройства, депрессия
Пароксизмальная (приступообразная)	Внезапно усиливается, затем ослабевает	Панические атаки, вегетативные кризы
Мигрирующая	Переходит из одной области в другую	Ипохондрия, тревожный фон
Сезонная/периодическая	Усиливается в определённые периоды	Депрессивные циклы, стрессовые факторы
Ситуационно обусловленная	Усиливается при стрессе, усталости	Невроз, психосоматические состояния

В диагностике сенестопатии ведущую роль играют клиническая беседа и психопатологический анализ. Врач внимательно выслушивает жалобы и уточняет: когда началось ощущение, где оно локализуется, в каких ситуациях усиливается, как связано со сном, стрессом и режимом дня, имеются ли соматические заболевания, какие обследования уже проводились и каковы их результаты. Затем проводится неврологическое и соматическое обследование для подтверждения или исключения органической причины. Если органическая патология не выявляется, углублённо оцениваются психогенные и психопатологические факторы. В этом контексте сенестопатия часто может

быть связана с тревогой, депрессией, ипохондрическим мышлением и диссоциативными проявлениями.

Клиническая значимость сенестопатии заключается в том, что иногда она выступает «маскированным» ранним признаком психического расстройства. Пациент может обращаться не к психиатру, а к терапевту или гастроэнтерологу, сдавать многочисленные анализы и проходить лечение, однако жалобы сохраняются. Если врач распознаёт феномен сенестопатии, он помогает избежать избыточных и повторных обследований и направляет пациента на психологическую или психиатрическую оценку. Это повышает эффективность терапии и способствует улучшению качества жизни пациента.

При работе с сенестопатиями чрезвычайно важна культура общения с пациентом. Неправильно оценивать жалобы пациента как «выдуманные», поскольку сенестопатические ощущения для него абсолютно реальны и субъективно крайне мучительны. Врач должен внимательно выслушать пациента, дать понятные разъяснения, интерпретировать результаты обследований и мягко объяснить возможные психосоматические механизмы симптомов. Кроме того, поскольку сенестопатия нередко имеет затяжное течение, ведение таких пациентов требует терпения, последовательности и системного подхода.

Таким образом, сенестопатия является особым клиническим феноменом в психопатологии ощущений и характеризуется странными, неясными, неприятными и часто трудно объяснимыми внутренними телесными ощущениями. Сенестопатии встречаются при различных психических и психосоматических состояниях; их классифицируют по содержанию ощущений, локализации и динамике. Клинические проявления часто включают образные жалобы, выраженную вегетативную тревожность, ипохондрическую интерпретацию и психоэмоциональное напряжение. Правильная оценка и классификация сенестопатий помогают врачу проводить дифференциальную диагностику, выбирать верное направление и применять комплексный подход в ведении пациента.

### 3.6. Сенсорные нарушения при психосоматических расстройствах.

Сенсорные нарушения при психосоматических состояниях являются очень частой, но нередко недостаточно оценённой клинической проблемой. Понятие психосоматики отражает функциональные расстройства, возникающие в результате взаимного влияния психических факторов (стресс, тревога, депрессия, внутренние конфликты) и соматических систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, а также вегетативной нервной системы). При психосоматических состояниях сенсорные нарушения нередко выступают своеобразной формой «сигнализации» организма, когда внутреннее напряжение или эмоциональная перегрузка проявляются через сенсорные системы. При этом такие нарушения не всегда связаны с органическим поражением; напротив, чаще они имеют функциональный, обратимый характер и формируются на основе психогенных механизмов.

Тип сенсорного нарушения	Основные проявления
Гиперестезия	Чувствительность, шум, прикосновения непереносимы
Парестезия	Покалывание, мурашки, покалывание, "будто током бьёт"
Сенестопатия	"Что-то крутится внутри", "давит в голове", странные телесные ощущения
Гипералгезия	Рост болевой чувствительности, мышечные боли
Вегетативные ощущения	Учащённое сердцебиение, удушье, пот, дрожь
Психосенсорные состояния	Учащённое сердцебиение, удушье, пот, дрожь
	Дереализация, деперсонализация

*Рисунок 16. Основные типы и проявления сенсорных нарушений при психосоматических состояниях.*

Сенсорные нарушения при психосоматических процессах проявляются не только как отдельные симптомы, но и как своеобразные «телесные маркеры», через которые отражается психологическое состояние пациента. В условиях стресса организм активирует защитные механизмы: усиливается активность симпатической нервной системы, учащается сердцебиение, изменяется дыхание, повышается мышечное напряжение, нарушается функция кишечника, усиливается потоотделение. Все эти физиологические изменения непосредственно влияют и на сенсорные анализаторы. В результате пациент может становиться чрезмерно чувствительным к свету и шуму (гиперестезия), испытывать онемение и покалывания в коже (парестезии), ощущать давление в грудной клетке или «удушье», спастические ощущения в животе, тяжесть и давление в голове. Эти ощущения воспринимаются пациентом как реальные и тревожные, поскольку он нередко расценивает их как признаки «серьёзного заболевания».

Сенсорные расстройства при психосоматике, как правило, отличаются полиморфностью. Наиболее распространённые проявления включают гиперестезию, парестезии, сенестопатии, гипералгезию (повышение болевой чувствительности), вегетативные ощущения (выраженное ощущение сердцебиения, «внутренняя дрожь», «ком в горле»), а также психосенсорные переживания, близкие к деперсонализации и дереализации. Эти симптомы часто усиливаются на фоне тревожных расстройств, панических атак, соматоформных расстройств, депрессии, хронического стресса и нарушений сна. Важной особенностью является ситуационная обусловленность симптомов: при усилении стресса проявления нарастают, а при эмоциональном успокоении — уменьшаются. Кроме того, при фиксации внимания на теле симптомы ощущаются более интенсивно, тогда как при отвлечении внимания могут ослабевать.

Одним из ключевых патогенетических механизмов сенсорных нарушений при психосоматических состояниях является вегетативный дисбаланс. При чрезмерной активации симпатической системы повышается

мышечный тонус, изменяется периферическое кровообращение, учащается дыхание. На этом фоне могут возникать парестезии в виде онемения, ощущения холода или жара, покалывания в конечностях. Особенно характерным является гипервентиляционный механизм при панической атаке: пациент начинает часто и глубоко дышать, уровень углекислого газа в крови снижается, что приводит к покалываниям в руках и ногах, «ползанию мурашек» вокруг губ, головокружению. Эти симптомы усиливают страх и формируют «порочный круг»: страх → вегетативная реакция → сенсорные нарушения → усиление страха.

Второй механизм связан с мышечным напряжением и феноменом соматического «блока». В стрессовой ситуации человек часто непроизвольно напрягает мышцы шеи, плечевого пояса и поясницы. Такое напряжение ухудшает кровоток, способствует компрессии нервных структур и провоцирует головную боль, ощущение тяжести в шейной области, парестезии в конечностях, боли в спине и дискомфортные телесные ощущения. Пациент может интерпретировать такие проявления как «остеохондроз» или «осложнения», однако нередко ведущим фактором выступает именно психофизиологическое напряжение. Кроме того, устойчивое мышечное напряжение повышает болевую чувствительность и способствует формированию гипералгезии, снижая порог болевого восприятия. Поэтому при психосоматических состояниях болевые и сенсорные нарушения очень часто наблюдаются одновременно.

Критерий	Органик сезги нуаылия	Психосоматик (функционал) сезги вузьлии
Топографическая	Дерматом/нерв точно определен	Изменчиво, может мигрировать
Объективное обследование	Подтверждается утрата/снижение чувствительности	Часто норма или не совпадает
Связь со стрессом	Обязательно, но иногда слабая	Часто сильная связь
Динамика	Постепенное прогрессирование или стабильность	Периодическое усиление/ослабление
Дополнительные признаки	Рефлексы, сила, нарушение координации	Вегетативные симптомы, тревога, паника
Реакция на лечение	Зависит от основной причины	Психотерапия, релаксация, контроль стресса важны

Рисунок 16. Основные критерии различий органических и психосоматических сенсорных нарушений

***Рисунок 17. Критерии различения органических и психосоматических сенсорных нарушений.***

Третий механизм — чрезмерная направленность внимания на телесные ощущения (соматический гиперфокус). В обычном состоянии человек не всегда осознаёт собственное сердцебиение, перистальтику кишечника или мышечное напряжение. Однако при психосоматических состояниях пациент начинает «прислушиваться» к своему телу и замечает даже незначительные сигналы. Если эти ощущения интерпретируются как опасные, сенсорные нарушения постепенно усиливаются. Данное состояние может быть связано с ипохондрическим стилем мышления: пациент поспешно делает вывод о наличии серьёзного заболевания, многократно проходит обследования, ищет информацию в интернете, постоянно наблюдает за собой. В результате симптоматика закрепляется и приобретает хронический характер.

Четвёртый механизм — соматизация. При соматизации человек выражает психическую боль (тревогу, печаль, внутренний конфликт) через телесные

проявления. Иногда пациенту трудно вербализовать эмоциональные переживания, однако он передаёт чувство дискомфорта посредством соматических ощущений. В таких случаях возникают жалобы, напоминающие сенестопатию: «скручивание» в животе, давление в грудной клетке, чувство удушья, давление в голове, ощущения «тепла или холода, проходящих внутри» и др. Эти переживания зачастую сложно объяснить с анатомической точки зрения, а при обследовании не выявляется выраженная органическая причина. Важнейшая задача врача — не отрицая жалобы пациента, корректно объяснить психосоматический механизм, провести достаточный объём диагностики и одновременно предотвратить избыточные и повторные обследования.

При психосоматических состояниях сенсорные нарушения проявляются по-разному в структуре различных клинических синдромов. При тревожных расстройствах часто наблюдаются гиперестезия, гиперакузия, парестезии, ощущение «кома в горле», выраженное ощущение сердцебиения, головокружение и стеснение в грудной клетке. При депрессии более характерны ощущение тяжести в теле, сниженная активность, «эмоциональное онемение», иногда чувство холода в теле, усиление болевых ощущений и соматический дискомфорт. При соматоформных расстройствах доминируют сенестопатические жалобы: пациент предъявляет множество симптомов со стороны разных органов, однако результаты обследований остаются в пределах нормы. При панических атаках парестезии, удушье, тахикардия, потливость, тремор и страх возникают как единый симптомокомплекс. При посттравматических стрессовых состояниях телесные ощущения активизируются как «сигнал» внутренней тревоги и сопровождаются необычными сенсорными переживаниями, нарушениями сна, напряжением и вегетативными симптомами.

В подобных случаях ключевой клинической задачей становится дифференциация органической патологии и психосоматических сенсорных нарушений. При органических заболеваниях симптомы обычно имеют

закономерный характер: распределяются по дерматомам, сопровождаются неврологическим дефицитом, изменением рефлексов, а также могут подтверждаться лабораторными и инструментальными методами. В психосоматических случаях симптомы нередко изменчивы, зависят от стресса, «мигрируют» по телу и не соответствуют данным объективного обследования. Однако требуется осторожность: заключение о психосоматической природе симптомов допустимо только после проведения необходимых исследований и исключения значимой органической патологии. В противном случае существует риск пропуска серьёзного заболевания. Поэтому в психосоматической диагностике особенно важен баланс: серьёзное отношение к жалобам, достаточная диагностика и избегание чрезмерных повторных обследований, истощающих пациента.

Сенсорные нарушения при психосоматических состояниях способны существенно снижать качество жизни. Пациенту трудно сосредоточиться на работе, из-за постоянного телесного дискомфорта нарушается сон, усиливается утомляемость, ограничиваются социальные контакты. Наиболее тяжёлым является переживание угрозы и чувство опасности, формирующее убеждение «я серьёзно болен». Это, в свою очередь, усиливает тревогу и депрессивные проявления. Поэтому при психосоматических сенсорных нарушениях большое значение имеют грамотная коммуникация врача с пациентом, доступное объяснение механизмов симптомов, а также рекомендации по психогигиене и профилактике.

*Таблица 18.*

***Основные виды сенсорных нарушений при психосоматических состояниях и их клинические проявления.***

<b>Вид сенсорного нарушения</b>	<b>Основные проявления</b>	<b>Наиболее частые состояния</b>
---------------------------------	----------------------------	----------------------------------

<b>Гиперестезия</b>	Непереносимость света, шума, прикосновения	Астенический синдром, неврозы, бессонница
<b>Парестезия</b>	Онемение, покалывание, «мурашки», «как током ударило»	Паническая атака, гипервентиляция, стресс
<b>Сенестопатия</b>	«Внутри всё крутится», «ощущение давления», странные телесные ощущения	Соматоформные расстройства, ипохондрия
<b>Гипералгезия</b>	Повышенная болевая чувствительность, мышечные боли	Депрессия, фибромиалгия, перенапряжение
<b>Вегетативные ощущения</b>	Сердцебиение, удушье, потливость, тремор	Тревожные расстройства, вегетативный криз
<b>Психосенсорные состояния</b>	Дереализация, деперсонализация	Панические атаки, диссоциативные состояния

*Таблица 19.*

*Критерии дифференциации органических и психосоматических сенсорных нарушений.*

<b>Критерий</b>	<b>Органическое сенсорное нарушение</b>	<b>Психосоматическое (функциональное) сенсорное нарушение</b>
<b>Закономерность распространения</b>	Чётко по дерматому/нерву	Изменчивое, может «мигрировать»

<b>Объективное обследование</b>	Подтверждается снижение/выпадение чувствительности	Часто норма или несоответствие жалоб и данных осмотра
<b>Связь со стрессом</b>	Не всегда	Чаще выраженная
<b>Динамика</b>	Постепенное прогрессирование или постоянство	Периодические усиления/ослабления
<b>Сопутствующие признаки</b>	Возможны нарушения рефлексов, силы, координации	Вегетативные симптомы, тревога, паника
<b>Ответ на лечение</b>	Зависит от основного органического фактора	Хороший эффект от психотерапии, релаксации, контроля стресса

### **Вывод**

Таким образом, сенсорные нарушения при психосоматических состояниях формируются как ответ организма на стресс и эмоциональное перенапряжение. Они проявляются через механизмы вегетативного дисбаланса, мышечного напряжения, чрезмерной фиксации внимания на телесных ощущениях и соматизации. Клиническая картина может быть полиморфной: гиперестезия, парестезии, сенестопатии, гипералгезия и вегетативные ощущения нередко сочетаются и усиливают друг друга. В таких ситуациях задача врача — исключить органическую патологию, корректно объяснить психосоматический механизм, снизить уровень страха пациента и выбрать комплексный подход к ведению. Правильная оценка сенсорных нарушений способствует улучшению качества жизни, предупреждению избыточных обследований и необоснованного лечения, а также укреплению психического здоровья.

### **3.7. Сенсорные нарушения при неврологических заболеваниях.**

Сенсорные нарушения при неврологических заболеваниях относятся к числу наиболее значимых диагностических признаков в клинической практике, поскольку сенсорная система функционирует как сложная цепь — от периферических рецепторов до высших центров центральной нервной системы. Сенсорный дефицит нередко позволяет определить, на каком уровне нервной системы имеется поражение: при повреждении периферического нерва снижение чувствительности наблюдается в зоне иннервации; при поражении корешка (радикул) — распространяется по дерматому; при поражении спинного мозга — проявляется сегментарным и проводниковым типом; при поражении головного мозга — отмечаются нарушения чувствительности по типу гемитела или кортикальные сенсорные дефициты. Поэтому сенсорные расстройства являются «основой» неврологического обследования и постоянно находятся в центре внимания как ориентир клинического мышления. [1]

Под сенсорными нарушениями понимают количественные или качественные изменения болевой (ноцицептивной), температурной, тактильной, вибрационной, проприоцептивной (суставно-мышечной) чувствительности, а также сложных корковых видов чувствительности (стереогноз, графестезия, двухточечная дискриминация, схема тела). При неврологических заболеваниях такие нарушения чаще проявляются в виде гипестезии (снижение чувствительности), анестезии (выпадение чувствительности), парестезий (покалывание, онемение), дизестезий (неприятные, жгучие ощущения), гипералгезии (повышение болевой чувствительности) и аллодинии (ощущение боли при не болевом раздражителе). Сенсорные нарушения могут предъявляться как субъективные жалобы, однако их важнейшая особенность заключается в том, что они объективно выявляются при неврологическом статусе, что позволяет уточнить локализацию поражения. [2]

Для понимания патофизиологических основ сенсорных нарушений большое значение имеет анатомия чувствительных путей. После раздражения рецепторов кожи и глубоких тканей импульс проводится по периферическим нервам и через задние корешки поступает в соответствующий сегмент спинного мозга. Далее чувствительная информация поднимается по двум основным системам: спиноталамическому пути (боль и температура) и пути задних столбов — медиальной петли (тактильная чувствительность, вибрация и проприоцепция). Затем импульсы проходят через таламус и достигают сенсорных зон коры больших полушарий. Поражение каждого звена оставляет характерный клинический «след». Например, при повреждении задних столбов снижается вибрационная и проприоцептивная чувствительность, нарушается устойчивость походки; при поражении спиноталамического пути выпадают болевая и температурная чувствительность. [3]

При заболеваниях периферической нервной системы сенсорные нарушения часто являются наиболее ранним и ведущим симптомом. При мононейропатиях (поражение одного нерва) сенсорный дефицит ограничивается зоной иннервации конкретного нерва. Например, при компрессии **n. medianus** в карпальном канале возникают онемение и покалывание в I–III пальцах, ночные парестезии, иногда боль и слабость мышц. При поражении **n. ulnaris** снижается чувствительность IV–V пальцев и локтевой части ладони. Клиническая ценность этих проявлений заключается в их «топографическом» характере, позволяющем предположить уровень и локализацию поражения нерва. [4]

При полинейропатиях, напротив, преобладают дистальные симметричные сенсорные расстройства. Так называемый тип «перчатки и носки» характеризуется тем, что снижение чувствительности начинается с пальцев и стоп, затем распространяется проксимальнее; позднее могут вовлекаться и кисти. При диабетической полинейропатии часто наблюдаются жгучая боль (особенно ночью), парестезии, онемение, снижение вибрационной чувствительности, угасание рефлексов и трофические

изменения. При нейропатии, связанной с дефицитом витамина В12, также возможны парестезии, онемение, нарушение проприоцепции и неустойчивость походки. Токсические полинейропатии (алкоголь, химические вещества) могут протекать длительно и существенно снижать трудоспособность. [5]

При радикулопатиях и вертеброгенных синдромах сенсорные нарушения распространяются по дерматому, то есть соответствуют сегменту поражённого корешка. Например, при радикулопатии **L5** возможно появление боли и парестезий по наружной поверхности голени и в области большого пальца; при поражении **S1** — сенсорные нарушения отмечаются в области пятки и задней поверхности стопы. Радикулопатия обычно сопровождается болевым синдромом, мышечным спазмом, усилением боли при движении и изменением рефлексов. Сенсорный дефицит при этом выступает важным диагностическим «ориентиром». [6]

При заболеваниях спинного мозга сенсорные расстройства имеют более сложный характер и проявляются сегментарным и проводниковым типами. При сегментарном типе чувствительность снижается или выпадает на уровне поражённого сегмента; при проводниковом — нарушения возникают ниже уровня поражения. Например, при опухоли или травме спинного мозга ниже уровня повреждения может снижаться болевая и температурная чувствительность при сохранении тактильной — либо наоборот. Классическим примером является синдром Броун—Секара: при гемисекции спинного мозга на стороне поражения выпадают проприоцептивная чувствительность и нарушается мышечная сила, а на противоположной стороне снижаются болевая и температурная чувствительность. Такая клиническая картина имеет важнейшее значение для неврологической диагностики. [7]

При поражениях головного мозга сенсорные нарушения часто распространяются на половину тела (гемигипестезия). При инсультах с поражением таламуса или внутренней капсулы возможно резкое снижение

чувствительности. При таламическом синдроме сенсорный дефицит сочетается с выраженной нейропатической болью (жгучей, колющей), что рассматривается как «центральный болевой синдром». При поражении коры головного мозга наблюдаются сложные корковые нарушения чувствительности: пациент не распознаёт предмет на ощупь с закрытыми глазами (астереогнозия), не различает знаки, нанесённые на кожу (аграфестезия), затрудняется в двухточечной дискриминации. Эти признаки помогают точно локализовать очаг поражения. [8]

Сенсорные нарушения широко представлены и при демиелинизирующих заболеваниях. Например, при рассеянном склерозе возможны парестезии, ощущения «как удар током», временное снижение чувствительности в различных зонах тела, а также непереносимость тепла. Такие симптомы часто имеют волнообразное течение: в один период усиливаются, в другой — ослабевают. При демиелинизации проведение нервного импульса замедляется или прерывается, что и приводит к возникновению разнообразных сенсорных расстройств. [9]

В неврологической практике дифференциальная диагностика сенсорных нарушений имеет исключительно важное значение, поскольку парестезии или гипестезии могут встречаться и при психосоматических состояниях. Поэтому врач опирается на объективное неврологическое обследование: оценку рефлексов, мышечной силы, координации, проведение сенсорных проб по различным видам чувствительности, а также анализ закономерности распространения симптомов. При органических неврологических заболеваниях сенсорный дефицит чаще соответствует анатомической логике — зоне иннервации нерва, дерматому или проводниковому пути. При психогенных состояниях такая закономерность часто отсутствует, а симптоматика может иметь «мигрирующий» характер. Однако в клинической практике не следует поспешно делать вывод о «чисто психогенной» природе, поскольку некоторые неврологические заболевания могут начинаться с неясных и изменчивых проявлений. [10]

При оценке сенсорных расстройств большое значение имеют неврологические тесты. Тактильную чувствительность исследуют ваткой или палочкой, болевую — уколом иглы, температурную — прикосновением тёплого и холодного предмета, вибрационную — с помощью камертона, проприоцептивную — движением пальца руки или стопы вверх и вниз. Для оценки сложных видов чувствительности применяются пробы на стереогноз, графестезию и двухточечную дискриминацию. Эти методы позволяют определить тип, выраженность и распространённость сенсорного дефицита, что помогает уточнить локализацию поражения. [11]

Сенсорные нарушения при неврологических заболеваниях важны также для клинического прогноза и оценки риска осложнений. Например, при диабетической полинейропатии снижение чувствительности приводит к формированию язв на стопе, так как пациент может не ощущать травмы, что повышает риск инфицирования и развития синдрома диабетической стопы. После инсульта восстановление чувствительности влияет на эффективность реабилитации: при выраженном сенсорном дефиците ухудшается координация движений и самоконтроль. При повреждениях спинного мозга уровень сохранности чувствительности используется как критерий тяжести поражения. Следовательно, сенсорные нарушения имеют значение не только для диагностики, но и для планирования лечения и реабилитации. [12]

Ещё одним важным проявлением сенсорных нарушений при неврологических заболеваниях является нейропатическая боль. Она возникает вследствие поражения периферической или центральной нервной системы и часто носит жгучий, колющий характер, напоминает «удар электрическим током», может быть постоянной или приступообразной. При нейропатической боли нередко отмечаются аллодиния и гипералгезия. Важно отличать её от воспалительной или механической боли, поскольку тактика лечения при этих состояниях различается. Нейропатическая боль часто связана с полинейропатиями, постгерпетической невралгией, таламическим инсультом и повреждениями спинного мозга. [13]

Обобщая, сенсорные нарушения при неврологических заболеваниях являются одним из ключевых «столпов» клинической диагностики. По их характеру врач определяет уровень поражения нервной системы, оценивает форму заболевания, планирует реабилитацию и формирует прогноз. Для правильной интерпретации каждого вида сенсорного нарушения необходимо комплексно учитывать анатомию проводящих путей, закономерность распространения симптомов, данные объективного осмотра и общую клиническую картину пациента. [14]

Ниже представлена таблица, систематизирующая наиболее важные клинические формы сенсорных нарушений при неврологических заболеваниях.

**Таблица 20.**

***Сенсорные нарушения при неврологических заболеваниях:  
клинические типы и диагностическое значение.***

<b>Уровень поражения</b>	<b>Распространение сенсорного нарушения</b>	<b>Типичные клинические проявления</b>	<b>Примеры заболеваний</b>
<b>Периферический нерв (мононейропатия)</b>	В зоне иннервации нерва	Парестезии, гипестезия, локальная боль	Карпальный туннельный синдром, локтевая нейропатия
<b>Полинейропатия</b>	Дистально-симметрично («перчатки и носки»)	Онемение, жгучая боль, снижение вибрационной чувствительности	Диабетическая, токсическая, при дефиците В12
<b>Радикулопатия</b>	По дерматому	Боль в пояснице/шее + дерматомные сенсорные нарушения	Радикулопатия L5/S1
<b>Спинальный мозг</b>	Сегментарно + ниже уровня поражения	Проводниковый тип, диссоциированное расстройство	Травма, опухоль, миелит

		чувствительност и	
<b>Головной мозг (таламус/внутренняя капсула)</b>	По типу гемитела	Гемигипестезия, центральный болевой синдром	Инсульт, таламический синдром
<b>Корковые центры</b>	Нарушение сложной чувствительност и	Астереогнозия, аграфестезия	Поражение теменной доли

**Заключение.** Таким образом, сенсорные нарушения при неврологических заболеваниях являются диагностическим «ключом», позволяющим определить поражение различных уровней периферической и центральной нервной системы. Они проявляются в виде гипестезии, анестезии, парестезий, дизестезий, гипералгезии и аллодинии и оцениваются с учётом закономерности распространения и данных объективного обследования. Правильный анализ сенсорных нарушений имеет большое значение для уточнения диагноза, профилактики осложнений, выбора лечения и построения эффективной реабилитации. [15]

### **3.8. Дифференциальная диагностика сенсорных расстройств.**

Дифференциальная диагностика сенсорных нарушений является крайне важным направлением в клинической практике, поскольку она позволяет установить истинную причину наблюдаемых сенсорных изменений, определить, в рамках какого заболевания или синдрома они возникли, а также выбрать соответствующую стратегию лечения и наблюдения. Сенсорные расстройства встречаются при самых разных состояниях — от поражений периферических нервов до патологии спинного и головного мозга, от эндокринно-метаболических нарушений до психогенных и психосоматических состояний. Поэтому сенсорные нарушения следует рассматривать не как «симптом одной болезни», а как клинический феномен, который может иметь разнообразную этиологию. Основная задача дифференциальной диагностики состоит в выявлении или исключении органических (неврологических, соматических) причин, своевременном

распознавании функциональных и психогенных факторов, а также учёте смешанных состояний, которые нередко встречаются в практике. [1]

Клинически сенсорные нарушения проявляются количественными и качественными изменениями. К количественным относят гипестезию, анестезию и гиперестезию, к качественным — парестезии, дизестезии, сенестопатии, аллодинию и гипералгезию. Однако в реальной практике пациент чаще предъявляет общие жалобы: «онемение», «покалывание», «как удар током», «ничего не чувствую», «жжёт», «тяжёлое давление». За такими жалобами могут скрываться совершенно различные причины. Например, онемение кистей может наблюдаться при синдроме карпального канала, диабетической полинейропатии, шейной радикулопатии, а также при гипервентиляции во время панической атаки. Поэтому в дифференциальной диагностике в первую очередь оцениваются характер распространения симптома, его динамика, сопутствующие неврологические признаки, лабораторные и инструментальные данные, а также психоэмоциональное состояние пациента. [2]

Исходным пунктом дифференциальной диагностики является правильный сбор анамнеза. Врач должен уточнить, когда начался симптом, возник ли он внезапно или развивался постепенно, является ли он постоянным или приступообразным, после каких обстоятельств появляется, связан ли со стрессом или физической нагрузкой. Также важно определить локализацию сенсорного нарушения, односторонний или двусторонний характер, дистальное или проксимальное распределение, наличие боли, мышечной слабости, нарушений равновесия, изменений зрения или речи. Если симптом возник внезапно и сопровождается неврологическим дефицитом, вероятность инсульта или острой центральной патологии повышается. Постепенно развивающееся двустороннее дистальное нарушение чувствительности чаще указывает на полинейропатию. Сенсорные жалобы, усиливающиеся в зависимости от ситуации и «мигрирующие» по телу, могут отражать психосоматический или функциональный механизм. [3]

Следующий важный этап — оценка топографии сенсорного нарушения. В неврологии «закономерность распространения» является диагностическим ключом. Если сенсорный дефицит ограничен зоной иннервации одного нерва, возрастает вероятность мононейропатии. Например, при поражении срединного нерва чаще наблюдаются парестезии в I–III пальцах кисти, а при поражении локтевого нерва — нарушения чувствительности в IV–V пальцах. Если расстройства соответствуют дерматому, следует предполагать радикулопатию. Дистально-симметричный тип «перчатки и носки» характерен для полинейропатий. Если сенсорный дефицит охватывает половину тела (гемигипестезия), вероятна центральная патология — инсульт, поражение таламуса или опухоли головного мозга. При сегментарных нарушениях и дефиците ниже уровня поражения важным предположением становится поражение спинного мозга. [4]

Органические неврологические причины ставятся на первое место в дифференциальной диагностике, поскольку они могут быть потенциально жизнеугрожающими и требовать неотложного лечения. Например, при инсульте сенсорные нарушения могут сопровождаться слабостью в конечностях, нарушением речи, асимметрией лица и расстройством координации. При компрессии или опухоли спинного мозга сенсорные нарушения могут сочетаться со слабостью в ногах, нарушением мочеиспускания, изменением рефлексов. В таких случаях требуется срочная неврологическая помощь и инструментальная диагностика. Поэтому крайне важно выявлять «красные флаги»: внезапное начало, прогрессирование симптомов, паралич, нарушения сознания, расстройства зрения или речи, потеря контроля мочеиспускания и дефекации, выраженная головная боль и подобные признаки — при их наличии центральная органическая патология рассматривается в первую очередь. [5]

При дифференциальной диагностике сенсорных нарушений, связанных с заболеваниями периферической нервной системы, необходимо учитывать метаболические и токсические факторы. Диабетическая полинейропатия,

нарушения функции щитовидной железы, дефицит витамина В12, хроническая почечная недостаточность, алкогольная интоксикация, химиотерапия или воздействие тяжёлых металлов способны повреждать нервные волокна и приводить к сенсорным расстройствам. В анамнезе могут отмечаться сахарный диабет, изменения массы тела, хроническая усталость, особенности питания, приём лекарств или вредные привычки. Обычно такие нарушения развиваются постепенно, имеют симметричный характер, начинаются с дистальных отделов и со временем усиливаются. [6]

Различение нейропатической боли и обычной ноцицептивной боли также является важной частью дифференциальной диагностики. Нейропатическая боль, как правило, имеет жгучий характер, описывается как «удар электрическим током», колющая, нередко усиливается даже при лёгком прикосновении (аллодиния). Ноцицептивная боль чаще связана с воспалением или механическим повреждением, усиливается при надавливании и может иметь чёткую локализацию. Например, при постгерпетической невралгии сохраняются резкая поверхностная боль и сенсорные нарушения; при диабетической нейропатии жгучая боль часто усиливается ночью; при таламическом инсульте может развиваться центральный болевой синдром. Поэтому оценка качества боли и её провоцирующих факторов имеет существенное дифференциально-диагностическое значение. [7]

При поражениях спинного мозга сенсорные нарушения обычно имеют проводниковый тип. Ниже уровня поражения чувствительность снижается или утрачивается; иногда наблюдается диссоциированное расстройство чувствительности: утрата болевой и температурной чувствительности при сохранении тактильной или наоборот. Например, при сирингомиелии снижается болевая и температурная чувствительность при относительно сохранённом прикосновении. При синдроме Броун—Секара (половинное поражение спинного мозга) на стороне поражения нарушаются проприоцепция и двигательная функция, а на противоположной стороне

снижается болевая и температурная чувствительность. Эти варианты являются классическими критериями клинической локализационной диагностики. [8]

При поражениях головного мозга, особенно при вовлечении таламуса и внутренней капсулы, сенсорные нарушения проявляются по типу поражения половины тела (геми-типа). При корковых поражениях страдают сложные виды чувствительности: стереогноз, графестезия, пространственная дискриминация. При поражении теменной доли пациент может не узнавать предмет на ощупь, возможно также «отрицание» части тела или нарушение схемы тела. В отличие от психогенных сенсорных нарушений, эти признаки соответствуют неврологическим закономерностям и часто сочетаются с другими неврологическими дефицитами. [9]

В дифференциальной диагностике сенсорных нарушений необходимо учитывать психосоматические и психогенные состояния, поскольку значительная доля сенсорных жалоб в клинической практике имеет функциональный механизм. При тревожных расстройствах часто наблюдаются парестезии, онемение, покалывание, «нехватка воздуха», выраженное ощущение сердцебиения, головокружение. Во время панической атаки гипервентиляция может вызывать онемение конечностей и покалывание вокруг губ. При диссоциативных состояниях возможны симптомы, напоминающие гипестезию или анестезию, однако они не соответствуют анатомическим закономерностям. При соматоформных расстройствах распространены сенестопатии и «мигрирующие» жалобы. Ключевыми признаками в таких случаях являются несоответствие жалоб объективным данным, тесная связь симптомов со стрессом и высокий уровень тревоги у пациента. [10]

Лабораторные и инструментальные исследования существенно помогают уточнить дифференциальный диагноз у пациента с сенсорными жалобами. Уровни глюкозы и HbA1c важны для оценки диабетической нейропатии; витамин B12 и фолаты — при метаболических нейропатиях; ТТГ и свободный Т4 — для оценки эндокринных причин. Электромиография (ЭМГ) и

исследования нервной проводимости позволяют определить тип периферической нейропатии. МРТ или КТ выявляют поражения центральной нервной системы (инсульт, опухоль, демиелинизация). МРТ позвоночника необходима при радикулопатии или компрессии спинного мозга. Эти исследования дают возможность подтвердить или исключить органическую причину и тем самым обосновать функциональный/психогенный механизм при необходимости. [11]

Ещё одним важным вопросом является различие функциональных неврологических расстройств (конверсионных) и органических неврологических заболеваний. При функциональных расстройствах утрата чувствительности может иметь «необычную» форму: например, анестезия с резкой границей на половине кисти или «перчаточный» тип с внезапным прекращением, что анатомически не соответствует иннервации. Пациент может драматизировать симптом, но при этом рефлексы, мышечная сила и объективные неврологические признаки сохраняются. Однако оценка таких случаев должна быть осторожной, поскольку некоторые органические заболевания могут начинаться с неопределённых симптомов. Поэтому функциональный диагноз следует устанавливать только после полного обследования и тщательного клинического анализа. [12]

В дифференциальной диагностике сенсорных нарушений важен возрастной фактор. У молодых пациентов парестезии чаще связаны со стрессом, паническими состояниями, гипервентиляцией, дефицитом витаминов или лёгкой радикулопатией. В пожилом возрасте выше вероятность диабета, атеросклероза, инсульта и дегенеративных заболеваний позвоночника. Также условия труда и профессия (длительная работа за компьютером, повторяющиеся движения кистью) повышают риск синдрома карпального канала и других туннельных нейропатий. У женщин во время беременности или на фоне гормональных изменений туннельные синдромы также встречаются чаще. Такие эпидемиологические факторы выполняют «направляющую» роль в дифференциальной диагностике. [13]

Сенсорные нарушения иногда встречаются и при инфекционно-воспалительных заболеваниях. Например, при синдроме Гийена–Барре сначала появляются онемение и парестезии в ногах, затем прогрессирующим образом развивается мышечная слабость. При невритах боль и расстройства чувствительности нередко сочетаются. В постинфекционном периоде также возможно поражение периферической нервной системы, вследствие чего парестезии могут сохраняться длительное время. Кроме того, постгерпетическая невралгия после herpes zoster (опоясывающего лишая) может протекать продолжительно и сопровождаться болью и сенсорными нарушениями. [14]

В клинической практике для успешного проведения дифференциальной диагностики целесообразно использовать поэтапный алгоритм. Первый этап — исключение жизнеугрожающих состояний (инсульт, компрессия спинного мозга, острые нейропатии). Второй этап — определение закономерности распространения сенсорного дефицита (по нерву, по дерматому, дистально-симметрично, по типу гемитела, сегментарно). Третий этап — оценка дополнительных неврологических признаков (мышечная сила, рефлексы, координация). Четвёртый этап — обследование на метаболические и токсические факторы. Пятый этап — анализ психогенных и психосоматических факторов. Такой системный подход является одним из наиболее эффективных способов установления причины сенсорных нарушений. [15]

Дифференциальная диагностика сенсорных нарушений не ограничивается только постановкой диагноза, но также включает объяснение пациенту сути симптомов и снижение его тревожности. Многие пациенты воспринимают сенсорные нарушения как признак «тяжёлого заболевания» и испытывают страх. Если обследования не выявляют серьёзной органической патологии, врачу следует объяснить функциональные механизмы симптомов и роль стресса и вегетативных реакций. Это снижает тревогу пациента и предотвращает формирование «замкнутого круга», при котором симптомы

усиливаются вследствие постоянного страха и самонаблюдения. В случае выявления органической причины пациент лучше понимает происхождение симптомов, и его мотивация к лечению обычно возрастает. [16]

Таким образом, дифференциальная диагностика сенсорных нарушений представляет собой сложный многоэтапный клинический процесс, основанный на анамнезе, анализе закономерности распространения сенсорных расстройств, объективном неврологическом осмотре, лабораторно-инструментальных исследованиях и оценке психоэмоционального состояния. В первую очередь исключаются или подтверждаются органические неврологические заболевания, затем анализируются метаболические, токсические, эндокринные и инфекционные причины. После этого рассматриваются психосоматические и психогенные механизмы. Такой системный подход позволяет врачу установить точную причину сенсорных нарушений и оказать пациенту эффективную помощь. [17]

## **ВЫВОДЫ:**

1. Ощущение является самым первичным и одним из наиболее значимых звеньев психической деятельности, обеспечивая поступление в мозг первичной информации о внешней среде и внутреннем состоянии организма. Оно выступает базовым «входным сигналом» для формирования восприятия, мышления, памяти и эмоциональных реакций.

2. В норме ощущения формируются благодаря согласованной работе рецепторов, периферических нервных путей, центральной нервной системы и корковых центров головного мозга. Порог чувствительности, адаптация и дифференцировка являются важнейшими критериями нормального функционирования сенсорной системы.

3. Нарушения ощущений проявляются в виде количественных и качественных изменений. К количественным относятся гиперестезия, гипестезия (гипоестезия) и анестезия, а к качественным — парестезии, дизестезии и сенестопатии.

4. Нарушения ощущений рассматриваются не только как дефекты сенсорных систем, но и как клинические проявления различных неврологических, психиатрических и психосоматических заболеваний. В связи с этим их оценка требует комплексного клинического подхода.

5. При органических сенсорных нарушениях симптомы, как правило, распространяются в соответствии с анатомическими закономерностями (нерв, дерматом, сегмент, гемитип), подтверждаются объективным неврологическим обследованием и нередко сопровождаются изменением рефлексов, мышечной силы и координации.

6. Психосоматические и психогенные нарушения ощущений чаще усиливаются на фоне стресса, тревоги, вегетативного дисбаланса и соматического гиперфокуса. В таких случаях симптомы нередко имеют переменный характер и могут не полностью соответствовать данным объективного обследования.

7. Нарушения ощущений существенно снижают качество жизни пациента: уменьшается работоспособность, нарушается сон, усиливаются тревога и страх, затрудняется социальная адаптация. Особенно сенестопатии и длительные парестезии могут способствовать формированию и усилению ипохондрического мышления.

8. Для клинической оценки сенсорных нарушений важны тщательный сбор анамнеза, анализ закономерностей распространения симптомов, объективное неврологическое обследование (тактильная, болевая, температурная, вибрационная и проприоцептивная чувствительность), а также при необходимости лабораторно-инструментальные методы (глюкоза, витамин В12, ТТГ, ЭМГ, МРТ/КТ).

9. Ведущей задачей является дифференциальная диагностика, при которой в первую очередь должны быть исключены жизнеугрожающие органические состояния (инсульт, компрессия спинного мозга, острые нейропатии), после чего оцениваются метаболические, токсические и психогенные факторы.

10. В целом, глубокое понимание психологии и психопатологии ощущений позволяет врачу и психологу своевременно выявлять сенсорные нарушения, правильно различать норму и патологию, адекватно интерпретировать жалобы пациента и выбирать эффективную клиническую тактику.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамов В.А. Клиническая психопатология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 352 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2017. — 496 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Киев: Вища школа, 2016. — 512 с.
4. Бухановский А.О. Психиатрия: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 1008 с.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. — М.: Медицина, 2015. — 384 с.
6. Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2016. — 736 с.
7. Гуревич М.О. Клиническая неврология. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 640 с.
8. Данилов А.Б., Данилов А.А. Невропатическая боль: диагностика и лечение. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 240 с.
9. Дубровина И.В. Психология: учебник для вузов. — М.: Академия, 2018. — 512 с.
10. Елисеев Ю.Ю. Психосоматика и психотерапия. — СПб.: Питер, 2017. — 416 с.
11. Жукова Н.Г. Общая психология. — М.: Юрайт, 2019. — 388 с.
12. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. — СПб.: Речь, 2016. — 320 с.
13. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. — СПб.: Питер, 2015. — 864 с.
14. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 2016. — 448 с.
15. Коркина М.В., Цивилько М.А. Психопатология: учебное пособие. — М.: МГУ, 2017. — 320 с.

16. Крылов А.А. Психология. — М.: Просвещение, 2018. — 544 с.
17. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. — М.: Медицина, 2016. — 384 с.
18. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М.: Академический проект, 2015. — 512 с.
19. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс-информ, 2019. — 592 с.
20. Мясищев В.Н. Психология отношений. — СПб.: Питер, 2016. — 256 с.
21. Николаева В.В. Нейропсихология: теория и практика. — М.: Юрайт, 2020. — 420 с.
22. Осипова Н.Н. Неврология: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 688 с.
23. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. — М.: Академия, 2017. — 512 с.
24. Погосов А.В. Клиническая неврология и диагностика. — М.: Практическая медицина, 2019. — 560 с.
25. Поляков Ю.Ф. Основы клинической психопатологии. — М.: Медицина, 2016. — 280 с.
26. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. — М.: МИА, 2017. — 304 с.
27. Снежневский А.В. Шизофрения: клиника и патогенез. — М.: Медицина, 2015. — 448 с.
28. Соколова Е.Т. Клиническая психология. — М.: Аспект Пресс, 2018. — 440 с.
29. Столярова Л.Г. Психосоматические расстройства: клиника и диагностика. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 368 с.
30. Тиганов А.С. Психиатрия: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 944 с.
31. Холодов С.А. Неврологические синдромы и топическая диагностика. — М.: МИА, 2019. — 402 с.

32. Цыганков Б.Д. Психиатрия и психотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 560 с.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). — Washington, DC: APA, 2022. — 1050 p.
34. Bear M.F., Connors B.W., Paradiso M.A. Neuroscience: Exploring the Brain (4th ed.). — Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016. — 984 p.
35. Berk M., Williams L.J., Jacka F.N. et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? BMC Medicine, 2013;11:200.
36. Blanchard E.B., Brown G.K. Psychophysiology and psychosomatic disorders. — New York: Guilford Press, 2016. — 320 p.
37. Breuer J., Freud S. Studies on Hysteria. — London: Penguin Classics, 2004. — 320 p.
38. Damasio A. The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. — New York: Harcourt, 1999. — 384 p.
39. Flor H. Pain: A very short introduction. — Oxford: Oxford University Press, 2018. — 160 p.
40. Guyton A.C., Hall J.E. Textbook of Medical Physiology (14th ed.). — Philadelphia: Elsevier, 2021. — 1168 p.
41. Kandel E.R., Schwartz J.H., Jessell T.M. et al. Principles of Neural Science (6th ed.). — New York: McGraw-Hill, 2021. — 1709 p.
42. Kolb B., Whishaw I.Q. Fundamentals of Human Neuropsychology (8th ed.). — New York: Worth Publishers, 2019. — 784 p.
43. LeDoux J. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. — New York: Simon & Schuster, 1996. — 384 p.
44. Purves D., Augustine G.J., Fitzpatrick D. et al. Neuroscience (6th ed.). — Sunderland: Sinauer Associates, 2018. — 960 p.
45. Sackett D.L., Straus S.E., Richardson W.S. et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM (2nd ed.). — Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. — 288 p.

46. Sapolsky R.M. Why Zebras Don't Get Ulcers (3rd ed.). — New York: Henry Holt, 2004. — 560 p.

47. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). — Geneva: WHO, 2019.