

Горбачева Инна Александровна

студентка

Шумков Михаил Алексеевич

студент

Арушанян Жанна Александровна

доцент

ФГБОУ ВО «Армавирский государственный

педагогический университет»

г. Армавир, Краснодарский край

АНОЗОГНОЗИЯ. МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ ЛИЧНОСТИ ИЛИ ПАТОЛОГИЯ МОЗГА

Аннотация: в данной работе рассматриваются причины, диагностика и способы лечения такого психолого-физиологического заболевания как анозогнозия. Авторы пришли к выводу, что при работе с категорией лиц, имеющих предрасположенность к подобного рода отклонениям, необходима крайняя степень внимательности.

Ключевые слова: психология, психиатрия, анозогнозия, амавроз, физиология.

Устойчивое и положительное взаимодействие психики человека и физиологических функций организма позволяют сформировать субъективное мнение относительно объективной реальности и создать предпосылки для развития личности.

Однако, указанный механизм, в своей структуре, во много раз сложнее и охватывает, в своей работе, причинно-следственные связи, направленные не только на развитие и сохранение, но и защиту сознания. Многие учёные, такие как З. Фрейд, Ж. Бабинский и А.Р. Лурия, в своих работах, объективно доказали наличие защитных механизмов личности, которые функционируют на подсознательном уровне. Указанные механизмы не могут быть объективно восприняты индивидом в процессе жизнедеятельности. Однако их работа способна

существенно повлиять на качество жизни человека как социального явления в процессе взаимодействия с обществом.

Примером, к вышеизложенному могут послужить случаи, зафиксированные, в медицинской практике, как анозогнозия или отсутствие объективного понимания, у пациента, очевидного отклонения или заболевания. Существенно в данном случае то, что пациент отказывается принимать очевидность заболевания как психологического, так и физиологического характера.

Впервые подобное проявление защитных механизмов в сознании пациента было зафиксировано в медицинской практике австрийского невролога и психиатра Габриеля Антона, в 1899 году. Учёный отметил факт отрицания пациентом полной слепоты в следствии перенесённого инсульта.

Существенной особенностью, в случаях анозогнозии, является факт относительно сохранного психического здоровье пациентов и их твёрдая уверенность в отсутствии какого-либо дефекта либо заболевания (снижение или потеря зрения, слуха, амавроза или гемиплегии).

Причиной указанных симптомов является нарушения в работе ЦНС. Говоря более объективно, предпосылками к физиологическому возникновению анозогнозии является нарушения в работе нейронов, и проводящих путей, как правило, правого полушария головного мозга, лобной доли или в передней части теменной доли. Области, которые решают задачи по координации движений, контролю поведения, освоения и распознавания речи и почерка. Непосредственно в передней части теменной доли расположены области головного мозга, отвечающие за чувственное восприятие. Данные области позволяют оперировать сложными видами чувствительности (чувством наощупь распознавать объекты и чувством объёма и веса совершающего движения).

Таким образом в результате черепно-мозговой травмы, инсульта или болезни Альцгеймера, или по другой нейродегеративной причине нейроны в указанных областях мозга оказываются локализованными, что приводит к нарушениям в работе познавательных процессов.

Важным аспектом при возникновении анозогнозии является тот факт, что повреждения практически не затрагивают сенсорные системы организма. Очевидно, что трудности возникают при обработке полученной информации, непосредственно в указанных центрах головного мозга.

Учитывая особенности передачи сигнала от периферических сенсорных систем организма в структуры головного мозга. Когда сигнал, для увеличения скорости прохождения, частично сокращается, а недостающие части сигнала дополняются уже непосредственно в структурах головного мозга путём извлечения недостающих фрагментов из памяти и жизненного опыта человека, то обстоятельства, возникающие при анозогнозии становятся вполне очевидны.

В случаях, когда информация поступает не в полном объёме или же отсутствует полностью сознание вынуждено оперировать памятью для того, чтобы ликвидировать возникший информационный дефицит. При этом у человека возникает иллюзия того, что он может задействовать либо частично, либо полностью утраченные функции организма.

Дополнительной сложностью при диагностике и лечении анозагнозии является устойчивый факт отрицания пациентом своей болезни и всяческие попытки уклонения при проведении курса лечения.

В качестве медикаментозного лечения пациенту с диагнозом анозогнозии может быть назначен курс лечения с препаратом в состав которого входят вещества дофаминергической группы.

Однозначно, что у такого заболевания как анозогнозия помимо физиологических отклонений в организме, имеют место и психологические особенности пациента.

Вне зависимости от наличия и степени тяжести физиологических отклонения в организме пациента могут быть задействованы защитные механизмы, которые способны, в значительной степени, повлиять на сознание человека.

Работая на подсознательном уровне, защитные механизмы способны формировать психологические установки создавая у пациента уникальный образ

видения и мышления, который способен причинить больше вреда нежели чем пользы.

Зигмунд Фрейд, в своих работах выделяет, помимо анонгнозии, следующие защитные механизмы:

Вытеснение – воспоминания и мысли намеренно вытесняются из сознания в результате человек забывает о существовании того или иного precedента.

Отрицание – всяческие попытки пациентом избежать воспоминаний, переживаний, которые, в случае их признания, могли бы причинить боль или внутренний дискомфорт.

Проекция – подсознательно человек видит и воспринимает собственные ошибки, мысли или поступки в посторонних или окружающих его людях.

Рационализация – человек сознательно определяя свои мысли или поступки как общественно порицаемые находит, по разному роду причин, оправдание этим поступкам.

Реактивное образование – ситуация, когда в сознании, как некий «противовес» формируется противоположность осознаваемых отрицательных поступков и действий.

Сублимация – в данном случае, отрицательные, по мнению личности, мысли и действия, находят выход в творчестве.

Говоря о последнем механизме защиты, то в данном случае вполне допустимо утверждать то, что, анализ творческих работ может стать параллелью между, непосредственно, работами и психологическим состоянием автора.

Анализируя всё вышеизложенное, выводом может послужить утверждение о крайней степени внимательности при работе с категорией лиц, имеющих предрасположенность к подобного рода отклонениям.

Список литературы

1. Гайворонский И.В. Клиническая анатомия сосудов и нервов: Учебное пособие / И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2014. – 144 с.
2. Болезни нервной системы. Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно. В 2. т. – М.: Медицина, 2007. – 1265 с.

3. Николлс Дж. Г. От нейрона к мозгу / Дж. Г. Николлс, А.Р. Мартин, Б. Дж. Валлос, П.А. Фукс. – М.: Либроком, Едиториал УРСС, 2017. – 676 с.
4. Психофизиология: Учебник для вузов / Под ред. Ю.И. Александрова. – СПб.: Питер, 2017. – 464 с.
5. Сакс О. Человек, который принял жену за шляпу. – М.: АСТ, 2017. – 320 с.