

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Истинные галлюцинации

Выполнила: ординатор 1 года обучения
специальности «Психиатрия» Трифонова В.В.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2020

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Истинные галлюцинации, их отличие от псевдогаллюцинаций.....	3
3. Классификация галлюцинаций.....	4
4. Причины.....	7
5. Диагностика.....	8
6. Заключение.....	9
7. Список литературы.....	9

1. Введение

Галлюцинации («бред», «видения»). Мнимые восприятия, ложные образы, возникающие спонтанно, без сенсорной стимуляции. Появление галлюцинаций непосредственно не связано с восприятием реальных и наличных объектов (исключение составляют функциональные и рефлекторные галлюцинации). Этим галлюцинации отличаются от иллюзий. Галлюцинирующий пациент одновременно с ложными образами может адекватно воспринимать и реальность. Его внимание при этом распределяется неравномерно, часто смещаясь в сторону обманов восприятия. Иногда оно бывает так поглощено последними, что действительность почти либо вовсе не замечается. В таких случаях говорят об отрешенности или галлюцинаторной загруженности.

Понимание болезненности галлюцинаций большей частью отсутствует. Под впечатлением от них пациент ведет себя точно также, как если бы кажущееся ему происходило на самом деле. Нередко галлюцинации, каким бы иррациональным ни было их содержание, для пациента более актуальны, чем реальность. Он оказывается в большом затруднении, если мнимые и реальные образы вступают в отношения антагонизма и обладают равной силой влияния на поведение. При таком «раздвоении» личности пациент как бы существует в двух «измерениях» сразу, в ситуации конфликта сознательного и бессознательного.

Галлюцинации указывают на наличие грубого расстройства психики (психоза) и в отличие от иллюзий не могут наблюдаться у здоровых людей в их естественном состоянии, хотя при измененном сознании (под воздействием гипноза, наркотических средств) кратковременно возникают и у человека без хронического душевного заболевания. В целом галлюцинации не являются специфическим диагностическим признаком какого-либо заболевания. Они крайне редко встречаются как изолированное расстройство и обычно сопровождаются другой психотической симптоматикой (помрачение сознания, бред, психомоторное возбуждение), поэтому для установления диагноза и формирования соответствующей терапевтической тактики следует тщательно проанализировать особенности проявления данного симптома у конкретного больного.

Актуальность темы заключается в том, что данное расстройство восприятия считается опасным, так как испытывающий галлюцинации и зачастую лишенный критики к ним человек способен навредить и себе, и окружающим (вплоть до смертельного исхода), а потому знать об обманах восприятия и уметь их распознавать у других необходимо – не только психиатрам, но врачам других специальностей, а также среднему и младшему медицинскому персоналу.

2. Истинные галлюцинации, их отличие от псевдогаллюцинаций

Очень важным для проведения диагностического поиска является разделение обманов восприятия на **истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации**. Если при истинных галлюцинациях болезненные фантомы идентичны реальным объектам: наделены чувственной живостью, объемом, непосредственно связаны с предметами обстановки, воспринимаются естественно, как бы через органы чувств (больной думает, что виденное им существует в действительности, и это так же могут видеть другие), то при псевдогаллюцинациях одно или несколько из этих свойств может отсутствовать. Поэтому псевдогаллюцинации расцениваются больным не как настоящие предметы и физические явления, а как их образы. Это означает, что при псевдогаллюцинациях человек видит не предметы, а «образы предметов», улавливает не звуки, а «образы звуков».

В отличие от подлинных предметов псевдогаллюцинаторные зрительные образы лишены телесности, весомости, находятся не среди существующих предметов, а в эфире, в другом воображаемом пространстве, в сознании больного. У звуковых образов отсутствуют обычные характеристики звука — тембр, высота, направление. Псевдогаллюцинации нередко воспринимаются, по утверждениям пациентов, не органами чувств, а «внутренним взором», «внутренним слухом».

Истинные галлюцинации

Наделены всеми свойствами реальных предметов: телесностью, весомостью, ярким звучанием

Проецируются в реальное пространство, непосредственно окружающее больного, тесно связаны с конкретными предметами обстановки, взаимодействуют с ними

Существует уверенность в естественном способе получения информации о воображаемых предметах и явлениях через анализаторы

Больной уверен, что все окружающие воспринимают те же самые предметы точно так же, как он

Больной поступает с воображаемыми предметами, как с реальными: пытается взять их в руки, убегает от преследователей, нападает на врагов

Воспринимаются как угрожающие жизни и физическому здоровью пациента

Как правило, нестойки, остро возникают, нередко усиливаются в вечернее время

Псевдогаллюцинации

Лишены чувственной живости, естественного тембра, бестелесны, прозрачны, необъемны

Проецируются в воображаемое пространство, исходят либо из тела больного (интрапроекция), либо из областей, недоступных его анализаторам, не соприкасаются с предметами реальной обстановки и не заслоняют их собой

Производят впечатление насильственно вызванных, сделанных, вложенных в голову с помощью специальных аппаратов или психологического воздействия

Больной считает, что образы передаются ему специально и недоступны органам чувств окружающих

Больной не может убежать от галлюцинаций, поскольку уверен, что они достигнут его на любом расстоянии, зато иногда пытается «экранировать» свое тело от воздействия

Воспринимаются как попытка психического насилия, стремление поработить волю, заставить поступать против желаний, свести с ума

Чаще возникают при хронических психозах, довольно резистентны к терапии, не зависят от времени суток, ночью во время сна могут исчезать совсем

3. Классификация галлюцинаций

1) по анализаторам

Различают следующие виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и галлюцинации общего чувства (энтероцептивные, висцеральные, эндосоматические). Близки к последним вестибулярные и моторные галлюцинации.

Зрительные галлюцинации могут иметь элементарный характер — видения света, искр, не соответствующих внешним раздражителям световых и цветовых ощущений, не имеющих определенной формы (вспышки, цветные пятна). Такие расстройства обозначаются как *фотопсии*, они встречаются чаще при органической патологии (например, сопровождают ауру у больных эпилепсией).

При типичных зрительных галлюцинациях больному видятся какие-нибудь определенные фигуры, лица или настоящие сцены. Это могут быть различные звери, насекомые, люди знакомые и совершенно незнакомые. Такие видения иногда статичны, неподвижны, но могут быть движущимися. Иногда галлюцинаторные образы носят устрашающий характер. Их размеры — самые разные: могут быть очень малыми (микроскопическими) или, наоборот, очень большими (макроскопическими).

Яркость и необычность галлюцинаторных переживаний находят свое отражение в художественной литературе. Вот как описывается зрительная галлюцинация в стихотворении Эдгара По «Черный ворон»:

... Только я наружу глянул, как в окошко Ворон прянул. Древний ворон — видно, прожил он несчетные года. Взмыл на книжный шкаф он плавно и расселся там державно, Не испытывая явно ни смущенья, ни стыда, Словно так сидел всегда... Я сидел, молчаньем скован, взглядом птицы околдован, Чудилась мне в этом взгляде негасимая вражда...

Иногда галлюцинирующему видятся не целые фигуры людей, а только отдельные части, например огромные головы, страшные глаза, разрубленные на куски части тела, кровь и т. д. Описаны случаи видения своего двойника, который повторяет все движения больного (аутоскопические галлюцинации). Поэтическое изображение переживаний этого рода представляет «Двойник» Г. Гейне. Своего двойника видел в галлюцинаторных переживаниях И. Гёте.

При **слуховых галлюцинациях** больные воспринимают несуществующие звуки. Иногда они элементарны — шумы, свист, гудение, скрежет, стук, грохот, звон. Такие галлюцинации определяются как *акоазмы*. Иногда слуховые галлюцинации бывают более сложными, например оркестровая музыка. В других случаях это отдельные звуки (фонемы), оклики, слова либо целые фразы, произносимые знакомыми или незнакомыми людьми. «Голоса» могут исходить из разных частей помещения — из-под пола, из-за стен, с потолка, с ближних или дальних расстояний. Такие «голоса» могут быть тихими, громкими, гневными, просительными, приказывающими (императивными). Слуховые галлюцинации в виде «голосов» называются *вербальными*.

Больные могут слышать крики, брань, угрозы, длинные диалоги. При этом в ряде случаев одни «голоса» выступают против больных, другие, наоборот, их защищают (антагонистические, или манихейские, галлюцинации, описанные В. Маньяном в 1897 году).

«Голоса» носят характер полнейшей реальности, слышатся ясно и четко, что заставляет больных реагировать на них соответствующими поступками, действиями, ответами. При наличии «голосов» неприятного содержания некоторые больные затыкают уши; если содержание «голосов» приятное, интересное, больные замирают, внимательно слушают, улыбаются.

В. А. Гиляровский (1949) описывает случай, когда одну молодую скромную девушку, страдающую шизофренией, «мучили голоса», выкрикивающие циничную брань в ее адрес. Ей казалось, что брань произносилась ее сослуживцами, находившимися в той же комнате. Обиды, которые ей наносились таким образом, были настолько невыносимы, что она нередко требовала объяснения от своих коллег и приводила их этим в недоумение. Подобные реакции в ответ на высказывания «голосов» формируют галлюцинаторное псевдоведение, что является объективным доказательством наличия слуховых обманов.

Бывают случаи, когда больные целыми днями ведут диалоги со своими воображаемыми собеседниками.

При наличии **обонятельных галлюцинаций** больные чувствуют различные не существующие реально в данный момент запахи — гари, копоти, газа, падали, мертвечины, испражнений. Реже возникают ощущения приятных запахов — аромата цветов, благоухания лесных трав.

При возникновении **вкусовых галлюцинаций** больные говорят о приятном или, наоборот, резком, отвратительном вкусе во рту. Неприятные обонятельные или вкусовые галлюцинации часто заставляют их отказываться от пищи, что объективно указывает на наличие подобной патологии.

При **осязательных (тактильных)** или **кожных галлюцинациях** (их называют также галлюцинациями общего чувства) у больных появляется ощущение ползания по телу или под кожей насекомых, паразитов, прохождения по коже каких-то разрядов, ощущение покалывания, щекотания. В. Маньян (1897) обратил внимание на частоту возникновения ощущения «ползания мурашек» под кожей у кокаинистов. В. А. Гиляровский (1949) описывал пациентку-кокаинистку, у которой возникал сильный зуд кожи всего тела, она была убеждена, что там у нее накапливаются вши. Больная не только постоянно расцарапывала себя, но требовала, чтобы врачи разрезали ей кожу для освобождения от этих насекомых.

Ощущения прикосновения чужой руки к своему телу обозначаются как **гаптические галлюцинации**.

Висцеральные (интероцептивные) галлюцинации характеризуются ощущением явного присутствия в полости тела, чаще в животе, инородных предметов, живых существ, иногда неподвижных, но часто находящихся в движении.

Галлюцинации обонятельные, вкусовые, кожного и мышечного чувства, общего чувства подчас трудноотличимы от иллюзорных восприятий, так как в этих областях чувств не всегда можно исключить наличие какого-либо реального раздражителя в форме легкого запаха, вкусового ощущения и парестезий, неправильно оцениваемых больными.

Все описанные галлюцинации обнаруживают отношение к ним больных как к предметам и явлениям реальной действительности, для больных они — объективная реальность. Галлюцинирующие пациенты действительно видят, слышат, обоняют, чувствуют то, чего на самом деле в настоящее время нет.

Вот как говорит об этом один из пациентов В. Гризингера: «Я слышу голоса, потому что слышу их; как это делается, я не знаю, но они для меня так же явственны, как и Ваш голос; если я должен верить в действительность Ваших слов, то позвольте же мне верить и в действительность слов, которые я слышу; как те, так и другие для меня в равной степени ощутительны» (В. Гризингер, 1845).

Что касается выраженности галлюцинаций, то в начальном периоде болезни они могут быть очень яркими, больные живо реагируют на них, галлюцинаторное поведение проявляется достаточно заметно. На поздних этапах болезни, например при длительно, годами текущей шизофрении, яркость галлюцинаций тускнеет, больные привыкают к наличию «голосов», «сживаются» с ними и могут в ряде случаев спокойно, «правильно» к ним относиться.

«Голоса» иногда слышатся не со стороны других людей, не сверху или снизу (это относится и к «видениям»), а неизвестно откуда. Это не мешает оставаться им галлюцинациями в собственном смысле. Однако возможны такие случаи, когда зрительные образы галлюцинаторного характера локализуются где-то позади больных, вне поля их зрения. Одна пациентка В. А. Гиляровского видела две особенные светлые полосы позади своих глаз, где-то внутри головы. Э. Блейлер (1903) назвал такие переживания **экстракампинными** галлюцинациями (т. е. находящимися вне поля зрения).

Кроме того, некоторые зрительные галлюцинации могут возникать только при засыпании (**гипнагогические галлюцинации**) либо только при пробуждении (**гипнопомпические галлюцинации**).

Помимо описанных выше галлюцинаций встречаются и более редкие виды — такие, как **гигрические** (с ощущением появления влаги на поверхности тела) и температурные (при этом больные ощущают изменение температуры с чувством холода или тепла на поверхности тела).

К. Л. Кальбаум (1874) ввел понятие о «функциональных галлюцинациях» в отношении истинных слуховых обманов, которые характеризуются тем, что возникают при наличии действительных внешних звуковых раздражителей. При этом «голоса» появляются, когда больные, например, слышат шум льющейся воды, завывание ветра за окном, гул работающего мотора. После исчезновения такого гула или шума исчезают и истинные слуховые галлюцинации.

Также К. Л. Кальбаум предложил также выделять «рефлекторные галлюцинации». Они возникают в сфере одного анализатора при действии реального раздражителя на другой анализатор. Примером могут служить зрительные галлюцинации, возникающие в ответ на звук камертона, или необычные ощущения во внутренних органах при совершении действий, не имеющих прямого влияния на работу сердца, желудка, кишечника и т. д. Как пример Э. Блейлер (1916) описал больного, у которого в ответ на звук поворота ключа в замочной скважине возникало ощущение такого же движения ключа в его сердце. В. Майер-Гросс (1957) привел аналогичный пример, когда его пациент в состоянии мескалинного отравления говорил, что звуки губной гармоники вызывают у него такое ощущение, что через него проходят «громко звучащие черви».

2) по сложности

Истинные галлюцинации могут быть простыми, если ограничиваются областью одного анализатора, одного органа чувств, или сложными, когда они распространяются на несколько органов чувств. Сложные галлюцинации включают обманы со стороны сразу нескольких анализаторов.

При помрачении сознания (например, при делирии) вся окружающая обстановка может полностью преобразовываться галлюцинаторными образами, так что больному кажется, будто он находится не дома, а в лесу (на даче, в морге); он нападает на зрительные образы, слышит их речь, чувствует прикосновение.

4. Причины

Истинные галлюцинации не представляют собой нозологически специфичного явления, могут наблюдаться при широком круге экзогенных, соматогенных и органических психозов. Наиболее ярко они проявляются при делириозном помрачении сознания (в особенности это относится к зрительным галлюцинациям с дезориентировкой в месте нахождения, обстановке и времени).

Они отличающиеся большой подвижностью, изменчивостью, и как бы смешаны с психосенсорными расстройствами, все видится в искаженном виде (микropsии, мегалопсии). Наиболее частыми расстройствами восприятия являются истинные галлюцинации в виде колышущейся паутины, ниток, мотков проволоки, насекомых, мышей, крыс, кошек и, по большей части, в уменьшенных размерах. Достаточно часты сочетания зрительных галлюцинаций с тактильными; и тогда больной пытается смахнуть паутину, вытащить изо рта осязаемые им клубки волос, стряхивает с себя насекомых, червей, бегающих мышей и т. д. Значительно реже наблюдаются слуховые галлюцинации, они, в основном, элементарные: шум, оклик, иногда короткие фразы, односложные приказы.

Помимо этого, истинные галлюцинации могут присутствовать при органических заболеваниях головного мозга (Банциков, Короленко и др., 1971). Указанные авторы наблюдали аутоскопические галлюцинации при гипоксии мозга и высказывали мнение о том, что такие обманы зрения свидетельствуют о тяжелой мозговой патологии.

Также множественные зрительные галлюцинации встречаются в структуре эпилептической ауры — зрительные галлюцинации Джексона (1876).

Принципиально возможно их появление и при остром приступе шизофрении - особенно при дополнительном воздействии интоксикационных факторов или соматическом заболевании (Блейлер в 1920 описал экстракампинные галлюцинации при шизофрении), а так же при онейроидном помрачении сознания при кататонической шизофрении (галлюцинации фантастического содержания).

5. Диагностика

Выявление галлюцинаций обычно не представляет большого труда, поскольку в психотическом состоянии больные не могут скрыть от врача значимых для них переживаний. После лечения, а также у больных в подостром состоянии постепенно формируется критическое отношение к галлюцинациям. Сознвая необычность своих переживаний, пациенты могут скрывать то, что галлюцинации продолжают беспокоить их. В этом случае на наличие галлюцинаций врачу укажут особенности поведения. Так, человек со зрительными галлюцинациями часто отвлекается от разговора, смотрит куда-то в сторону, нередко выражение его лица при этом меняется – соответственно, в сторону эмоций, вызываемых виденным объектом. К примеру, шипящая змея вызывает страх.

Следует учитывать, что с помощью психологического внушения можно вызвать галлюцинации и у здорового человека (например, при гипнозе), поэтому в сложных экспертных случаях нужно особенно осторожно строить беседу с больным, не провоцируя его на излишнюю подозрительность. Если пациент, не производящий впечатления душевнобольного упоминает, что испытывает галлюцинации, нужно попросить его самостоятельно, без наводящих вопросов подробно рассказать о переживаниях. Как правило, пациент, симулирующий галлюцинации, не может описать их детально, поскольку не имеет чувственного опыта. Однако врач, уверенный в наличии у больного галлюцинаций (например, при очередном обострении хронического психоза), может преодолеть нежелание собеседника рассказывать об испытанном категоричными вопросами: «Что вы видите?». На методике внушения основаны и отдельные симптомы, позволяющие своевременно выявить у больного готовность к возникновению галлюцинаций (например, в дебюте алкогольного делирия).

Если при опросе врач подозревает начало острого психоза, а галлюцинации отсутствуют, то их возникновение можно спровоцировать, если слегка надавить на глазные яблоки поверх закрытых век и попросить рассказать, что видит больной (*симптом Липманна*).

Другие возможные приемы — предложить пациенту поговорить по телефону, отключенному от сети, при этом больной беседует с воображаемым собеседником (*симптом Ашаффенбурга*), можно попросить больного «прочитать», что «написано» на чистом листе бумаги (*симптом Рейхардта*).

Еще одной важной особенностью делириозного помрачения сознания является симптом пробуждаемости: громкий оклик, обрызгивание холодной водой или обтирание мокрым полотенцем могут привлечь внимание больного, сознание при этом проясняется на очень короткое время.

Необходимым условием, позволяющим достоверно выявить галлюцинации, является и доверительное отношение больного к собеседнику. Иногда он делится со своими родными или, наоборот, случайными людьми переживаниями, о которых не рассказывает врачу. Эротические переживания, циничные оскорбления, жестокие образы больной, возможно, скроет в беседе с группой докторов, но охотно доверит их своему лечащему врачу.

6. Заключение

Таким образом, галлюцинации – это одно из проявлений психоза, которое встречается при различной психической патологии (шизофрении, шизоаффективном расстройстве, органических, интоксикационных и других психозах).

Истинные галлюцинации, как и «ложные» (псевдогаллюцинации) не поддаются переубеждению и требуют медикаментозного лечения. Больные к ним не критичны, критика к болезненному состоянию у них формальная.

Такие больные нуждаются в приеме антипсихотической терапии и грамотным убеждением в необходимости лечения. При правильно подобранной индивидуальной антипсихотической терапии, а также соблюдении необходимых доз препаратов и сроков на разных этапах лечения прогноз в большинстве случаев благоприятный.

7.Список литературы

1. Восковская Л.В. «Психология ощущений и восприятия» М., 2017 год.
2. Жмуров В.А. Общая психопатология — Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1986. - 280 с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрия: учебник/ В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Ростов н/Д: Феникс, 2018 год.
4. Ракитин М. «Избранные лекции по психиатрии» Москва 2010 год.
5. Тюльпин Ю.Г., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология» М., 2016 год.
6. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. «Психиатрия. Руководство для врачей-психиатров» М., 2011 год.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

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

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

на реферат ординатора _____ 1 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Трифонов В.В.
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Истинное сумасшествие _____

основные оценочные критерии

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

Дата: «6» _____ июль 2020 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Трифонов В.В.