

СОДЕРЖАНИЕ

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

Иллюзии

Галлюцинации

ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА (НАРУШЕНИЯ СЕНСОРНОГО СИНТЕЗА)

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ

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

Экстероцептивные рецепторы (зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные, вкусовые) дают человеку сведения об окружающем мире, интероцептивные - о состоянии внутренних органов и систем, проприоцептивные - о положении тела в пространстве и совершаемых движений.

Для определения нарушений ощущения используются термины: анестезия, гипестезия, гиперестезия, сенестопатия и парестезия.

Анестезия - отсутствие каких-либо ощущений.

Гипестезия - ослабление ощущений, при котором сильные раздражители воспринимаются как слабые, яркий свет как тусклый, сильный звук как слабый, резкий запах как слабоощутимый и т.д.

Гиперестезия - усиление ощущений, при которой наблюдаются противоположные описанным при гипестезии явления. При гиперестезии, например, больные защищаются от "яркого" света темными очками, жалуются на неприятные болезненные ощущения от мягкого нижнего белья, раздражаются от любого прикосновения и пр.

Парестезии - появление неприятных ощущений с поверхностных частей тела при отсутствии реальных раздражителей. Это могут быть жалобы на жжение, покалывание, переживание прохождения электрического тока через отдельные участки кожи, чувство отморожения кончиков пальцев и др. Локализация парестезий непостоянна, изменчива, разной интенсивности и продолжительности.

Сенестопатии - неприятно переживаемые ощущения разной интенсивности и длительности со стороны внутренних органов при отсутствии установленной соматической патологии. Они, как и парестезии, трудно вербализуемы больными, и при их описании последние чаще всего используют сравнения. Например: как будто шевелится кишечник, воздух продувает мозг, печень увеличилась в размерах и давит на мочевого пузырь и др.

Чаще всего патология ощущений встречается при астенических расстройствах различной этиологии, но могут наблюдаться и при психотических вариантах заболеваний.

Длительно существующие парестезии или сенестопатии могут быть основанием для формирования ипохондрического бреда, бреда воздействия.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

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

Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями: **агнозиями, иллюзиями, галлюцинациями и психосенсорными расстройствами.**

Агнозии - неузнавание предмета, неспособность больного объяснить значение и название воспринимаемого предмета. Зрительные, слуховые и другие агнозии подобно рассматриваются и изучаются в курсе нервных болезней. В психиатрии отдельный интерес представляют анозогнозии (неузнавание своей болезни) встречающиеся при многих психических и соматических заболеваниях (истерических расстройствах, алкоголизме, опухолях, туберкулезе и др.) и носящие разный патогенетический характер.

Иллюзии

Иллюзии - такое нарушение восприятия, при котором реально существующий предмет воспринимается как совершенно иной (например, блестящий предмет на дороге похожий на монету при ближайшем рассмотрении оказывается кусочком стекла, висящий в темном углу халат - за фигуру притаившегося человека).

Различают иллюзии физические, физиологические и психические.

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

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

Психические иллюзии, чаще их называют аффективными в связи с эмоциональным состоянием страха, тревоги, ожидания. Тревожно-мнительный человек идущий в позднее

время слышит за собой шаги преследователя. Находящийся в состоянии алкогольной абстиненции в пятнах на стене видит различные лица или фигуры.

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

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

Другая существующая классификация иллюзий основывается на их разграничении по анализаторам: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые. Чаще всего встречаются две первые разновидности, а две последние вызывают большие трудности в разграничении с галлюцинациями обоняния и вкуса.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Галлюцинациями называется такое нарушение восприятия, при котором воспринимается несуществующий в данное время и в данном месте предмет или явление при полном отсутствии критического отношения к ним. Галлюцинирующие пациенты воспринимают их как действительно существующее, а не воображаемое нечто. Поэтому всякие разумные доводы собеседника о том, что переживаемые ими ощущения есть только проявления болезни отрицаются и могут вызвать только раздражение пациента.

Все галлюцинаторные переживания рубрифицируются по ряду признаков: сложности, содержанию, времени возникновения, заинтересованности того или иного анализатора, и некоторым другим.

По сложности галлюцинации делятся на элементарные, простые и сложные. К первым относятся фотопсии (лишенные конкретной формы в виде пятен, контуров, бликов зрительные образы), акоазмы (оклики, неясные шумы) и другие простейшие феномены. В формировании простых галлюцинаций участвует только какой либо один анализатор. При появлении сложных галлюцинаций участвует несколько анализаторов. Так, больной может не только видеть мнимого человека, но и слышать его голос, чувствовать его прикосновение, ощущать запах его одеколона и пр.

Чаще всего в клинической практике встречаются зрительные или слуховые галлюцинации.

Зрительные галлюцинации могут быть представлены единичными или множественными образами, ранее встречаемыми или мифическими существами, движущимися и неподвижными фигурами, безопасными или нападающими на пациента, с натуральной или неестественной окраской.

Если зрительный образ воспринимается не в обычном поле зрения, а где-то сбоку или сзади, то такие галлюцинации называются экстракампинными. Переживание видения своих двойников названо аутоскопическими галлюцинациями.

Слуховые галлюцинации могут переживаться больными как шум ветра, завывание зверей, жужжание насекомых и пр., но чаще всего в виде вербальных галлюцинаций. Это могут быть голоса знакомых или незнакомых людей, одного человека или группы людей (полифонические галлюцинации), находящихся рядом или на далеком расстоянии.

По содержанию "голоса" могут быть нейтральными, безразличными для больного или угрожающего, оскорбляющего характера. Они могут обращаться к больному с вопросами, сообщениями, награждать его орденами или снимать с должности, комментировать его действия (комментирующие галлюцинации) давать советы. Иногда "голоса" ведут разговоры о больном, не обращаясь к нему, при этом одни бранят его, угрожают карами, другие защищают, предлагают дать ему время на исправление (антагонистические галлюцинации).

Наибольшую опасность для больного и его окружения несут императивные галлюцинации, которые несут форму приказов выполнить то или иное действие. Эти приказы могут носить безобидный характер (приготовить еду, переодеться, пойти в гости и т.д.), но нередко приводящий к тяжелым последствиям (самоповреждениям или самоубийству, нанесение повреждений или убийству знакомого лица или случайного прохожего).

Как правило, больной не может противиться этим приказам, выполняет их, в лучшем случае просит как-либо ограничить его в действиях, чтобы не натворить беды.

Тактильные галлюцинации представлены чаще всего чувством ползания по коже или под ней различного рода насекомых. При этом даже если чувство ползания не подтверждается зрительными галлюцинациями, пациент может рассказать об их размерах, количестве, направлении движения, окраске и пр.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются редко. Обонятельные заключаются в ощущении несуществующих приятных, чаще неприятных запахов (сероводорода, гнили, нечистот и др.) Вкусовые - переживанием какого-то вкуса во рту независимо от характера принятой пищи.

При висцеральных галлюцинациях больные утверждают, что в их теле находятся какие-то существа (черви, лягушки, змеи и др.), которые причиняют им боль, поедают принятую пищу, нарушают сон и т.д.).

Висцеральные галлюцинации, в отличие от сенестопатий, имеют вид образа с соответствующими характеристиками размеров, цвета, особенностей движения.

Отдельно от других рассматриваются функциональные, доминантные, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации.

Функциональные галлюцинации возникают на фоне действия внешнего раздражителя, и воспринимается одновременно с ним, а, не сливаясь как это имеет место при иллюзиях. Например, в шуме дождя, тиканий часов больной начинает слышать голоса людей.

Доминантные галлюцинации отражают содержание психической травмы, ставшей причиной заболевания. Например, потерявший близкого родственника слышит его голос или видит его фигуру.

Гипнагогические галлюцинации любого характера возникают в состоянии перехода от бодрствования ко сну, гипнопомпические - при пробуждении.

Особое значение для диагностики психического расстройства имеет деление галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Для **истинных галлюцинаций** характерна проекция в окружающую среду, они естественным образом вписываются в нее, носят такие же признаки реальности, как и окружающие предметы. Больные убеждены, что окружающие испытывают те же переживания, но по непонятным причинам скрывают это. Истинные обманы восприятия обычно влияют на поведение больного, которое становится соответствующим содержанию галлюцинаторных образов. Истинные галлюцинации чаще встречаются при экзогенных психозах.

Псевдогаллюцинации имеют целый ряд отличительных от истинных свойств:

1. Они лишены признаков реальности, не вписываются в окружающую среду, воспринимаются как нечто инородное, странное, отличное от прежних ощущений. Сквозь сидящего на стуле человека видна спинка стула, находящийся неподалеку тигр с оскалом зубов, по данным В.Х. Кандинского, не вызывает чувства страха, а скорее любопытства.
2. Проецирование галлюцинаций внутри тела. Больной слышит голоса не ухом, а внутри головы, видит образы, расположенные в животе или грудной клетке.
3. Переживание чувства сделанности галлюцинаций. Пациент не сам видит образ, а ему его показывают, он слышит голос внутри головы потому, что кто-то так сделал, возможно, вставив в голову микрофон. Если зрительная галлюцинация

проецируется во вне, но обладает выше перечисленными признаками, она может быть отнесена к псевдогаллюцинации.

4. Нередко псевдогаллюцинации, если они не носят императивный характер, не отражаются на поведении пациента. Даже близкие родственники месяцами могут не догадываться, что рядом с ними находится галлюцинирующий человек.

Псевдогаллюцинации чаще встречаются при эндогенных расстройствах, а именно при шизофрении, входят в синдром Кандинского-Клерамбо.

О наличии галлюцинаторных переживаний можно узнать не только со слов пациента и его родственников, но и по объективным признакам галлюцинаций, которые отражаются в поведении больного.

Галлюцинации относятся к психотическому уровню расстройств, их лечение лучше проводить в стационарных условиях, а императивные галлюцинации являются обязательным условием недобровольной госпитализации.

Галлюцинации составляют основу галлюцинаторного синдрома. Длительно существующие, не прекращающиеся галлюцинации, чаще всего вербальные, обозначаются термином галлюциноз.

ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА (НАРУШЕНИЯ СЕНСОРНОГО СИНТЕЗА)

Нарушениями сенсорного синтеза называют такое расстройство восприятия, при котором реально существующий (в отличие от галлюцинаций) воспринимаемый объект узнается правильно (в отличие от иллюзий), но в измененной, искаженной форме.

Различают две группы психосенсорных расстройств - дереализацию и деперсонализацию.

Дереализация - искаженное восприятие окружающего мира. Она в высказываниях больных может носить неопределенный, трудно вербализуемый характер. Переживается чувство измененности окружающего мира, он стал каким-то иным, не таким как прежде. Не так стоят дома, не так передвигаются люди, город выглядит камуфляжным и т.д. Для больных, находящихся в депрессии свойственны высказывания, что мир потерял краски, стал тусклым, размытым, нежизненным.

В других случаях переживания дереализации выражаются вполне определенными понятиями. Это касается, прежде всего, искажения формы, размеров, веса и цвета воспринимаемого объекта.

Микропсия - восприятия предмета в уменьшенных размерах, макропсия - в увеличенном размере, метаморфопсия - в искаженной форме (ломаным, наклонившимся,

деформированным и пр.) Один из больных периодически с громким криком "пожар" выбегал из палаты, так как воспринимал все окружающее его в ярко красном цвете.

Дереализации может также проявляться феноменами *déjà vu*, *eprouvé vu*, *entendu vu*, а так же *jamais vu*, *jamais éprouvé vu*, *jamais entendu*. В первом случае речь идет о том, что индивид переживает возникшую ситуацию как уже когда-то виденную, слышанную или пережитую. Во втором уже ранее известную - как никогда не виденную, не слышанную и не пережитую.

К дереализации относится также нарушение восприятия времени и пространства.

Больные в маниакальном состоянии воспринимают время более быстрым, чем в реальности, в депрессивном - как замедленное.

Находящиеся в состоянии интоксикации в результате курения анаши испытывают чувство, что рядом находящиеся предметы находятся на расстоянии десятков метров от них.

Дереализация чаще встречается при психических расстройствах экзогенной этиологии.

Симптомы деперсонализации могут быть представлены в двух вариантах: соматопсихической и аутопсихической.

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

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

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

Список использованной литературы

Мягков И.Ф., Боков С.Н., Чаева С.И. Медицинская психология: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Логос, 2003. – 320 с.

Марилов В.В. Частная психопатология: учеб. пособие. – М.: Академия, 2004. – 400 с.

Марилов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: Академия, 2002. – 224 с.