

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Патология восприятия

Зав. кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнила:

Ординатор 1 года

Греб Екатерина Александровна

Красноярск 2023

Оглавление

1. Актуальность	3
2. Психосенсорные расстройства	4
3. Агнозии	6
4. Иллюзии	7
5. Галлюцинации	9
6. Заключение	14
7. Список литературы	15

Актуальность

Восприятие представляет собой сложную систему процессов приема и преобразования информации, что позволяет организму реализовать функцию отражения объективной действительности и ориентировку в окружающем мире. Вместе с ощущением восприятие синтезирует отправной путь процесса познания; поставляя организму подходящий чувственный материал, оно так или иначе опосредуется мышлением и проверяется практикой. Из многочисленных раздражителей, действующих на организм, воспринимается лишь часть. Это зависит как от физиологических особенностей структуры мозга, так и от предшествующего опыта. Человек не фотографическая картинка и не воспринимает пассивно все, что влияет на его органы чувств. Он воспринимает лишь то, что соответствует его установке, заинтересованности, оставляя на заднем плане или исключая все остальное. Восприятие, в отличие от ощущения, бесспорно, включает центробежный (фугальный) компонент и является активным, что подтверждает и семантика термина «восприятие». В основе восприятия действительно лежит совокупность изолированных ощущений, что в конечном итоге и приводит к восприятию. Однако это относится лишь к анализу предметов и явлений, не имеющих связей с прежним опытом, совершенно новых для субъекта, чуждых ему, требующих исследования. Таким же образом процесс восприятия увязывается с социально-историческим и индивидуальным опытом, представляет собой общий процесс узнавания и усвоения предметов и явлений, а этим определяется дальнейшее восприятие деталей, отдельных частей предмета. О понятии структуры по отношению к восприятию следует говорить, не только имея в виду определенное анатомическое строение мозговых аппаратов, но и как об особом функциональном принципе.

Механизм восприятия зависит от правильной функции рецепторов (органов чувств) и анализаторов (центральных органов), состоящих из ряда трансформаторов (нервные узлы), при посредстве которых энергия, получаемая из внешнего мира, превращается в субстрат для психической функции восприятия. Также этот механизм зависит от состояния сознания и внимания, а кроме того - от социального опыта. Особое значение имеют нарушения функций центральных механизмов восприятия, тем более если имеют место не полное выпадение функций, а лишь патологические изменения, ведущие к извращению чувственного опыта и к так называемым обманам чувств, которые и считаются основными психопатологическими расстройствами, связанными с нарушениями в данной сфере.

Наблюдаются следующие виды патологии восприятия и образов представления: нарушение константности восприятия, расщепление восприятия, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды, явления эйдетизма, нарушения сенсорного синтеза.

В клинической практике наиболее часто встречаются симптомы и синдромы непосредственно связанные с расстройством восприятия, в связи с чем, изучение этой темы не теряет своей актуальности. Кроме того, важна способность отграничивать истинные психические

симптомы от сходных по своей сути осложнений соматического заболевания, а это возможно только при чётком понимании механизмов нарушения психической деятельности.

Психосенсорные расстройства

Расстройства сенсорного синтеза — расстройства, для которых характерно искаженное восприятие реально существующих предметов окружающего мира, пространства или своего тела. Иногда, особенно на английском, эту группу расстройств образно называют «синдромом Алисы в Стране чудес» (Alice in Wonderland syndrome). Выделяют множество видов психосенсорных расстройств по искажению того или иного аспекта восприятия:

1. *Формы*: метаморфопсия — восприятие предметов в искаженной форме (деформированными, изломанными, наклонившимися).
2. *Размеров*: макрופсия — окружающие предметы кажутся увеличенными; микропсия — окружающие предметы кажутся уменьшенными.
3. *Пространства*: например, чувство, что находящиеся рядом предметы располагаются на расстоянии десятков метров или они развернуты на 180° (правое — слева, левое — справа).
4. *Цвета*: например, все окружающие предметы кажутся красными или голубыми.
5. *Времени*: например, больные в маниакальном состоянии воспринимают время более быстрым, чем в реальности, в депрессивном — замедленным.
6. *Своего тела*: «расстройства схемы тела» (аутометаморфопсия) — искаженное восприятие размера, массы тела, формы собственного тела. Например, больные могут заявлять, что они настолько выросли, что не умещаются в своей постели, голову из-за утяжеления невозможно оторвать от подушки, «раздуло» ноги до невероятных размеров и т.д.

Психосенсорные расстройства обычно наблюдаются при различных органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии (например, в виде психосенсорных припадков), интоксикациях (в том числе наркотических), при мигрени (во время приступа болей искаженным воспринимается не только окружающий мир, но и тело больного, в соответствии с локализацией боли увеличенной обычно воспринимается половина головы и глаз. Кроме психосенсорных расстройств больные во время мигренозного приступа могут испытывать элементарные галлюцинации и выраженную гиперестезию).

Близкими к понятию психосенсорных расстройств являются понятия «дереализация» и «деперсонализация», хотя эти расстройства помимо патологии восприятия обычно "содержат" нарушения и других психических процессов (в том числе эмоций, памяти, мышления, самосознания и пр.). В отличие от психосенсорных расстройств искажение восприятия при дереализации и деперсонализации не затрагивает физических свойств объектов.

Дереализация это болезненное переживание измененности окружающего мира: все вокруг непонятным образом изменилось, стало «чуждым», «не таким, как прежде», «нереальным», «искусственным», «призрачным», будто «все лишь снится» или «существует в воображении». Дереализация включает целый спектр различных переживаний, в том числе:

1. *Deja vu* (дежавю, «уже виденное») — ощущение, что видимая в данный момент ситуация уже виделась и переживалась когда-то в прошлом, возможно, во сне и пр.
2. *Jamais vu* (жамевю, «никогда не виденное») — ощущение, что видимая в данный момент хорошо знакомая обстановка или ситуация никогда прежде не виделась либо не переживалась, а воспринимается как новая.

Деперсонализация — болезненное переживание собственной измененности, измененности собственных психических процессов, собственного «Я»: пациенты жалуются, что стали «какими-то не такими, как прежде», «утратили эмоции, чувства», «потеряли собственное „Я“».

Выраженность этих расстройств может быть различной — от едва уловимого, смутного, проходящего чувства до выраженного и стойкого переживания, которое приводит к чувству растерянности, недоумения, выраженному страху и двигательным расстройствам (обездвиженности, «оцепенению» или, напротив, психомоторному возбуждению).

Дереализация и деперсонализация могут встречаться при различных расстройствах:

1. Депрессии. В этих случаях жалобы на то, что мир «потерял краски», «стал блеклым», «безрадостным» или что информация о нем с трудом доходит до пациента — «вижу мир как через пыльное стекло» и пр. Собственные психические процессы также воспринимаются изменившимися — «эмоции стали другие», «не в состоянии испытывать прежних чувств», «перестал радоваться» (см. ангедония), «поглупел», «подурнел», «изменился, стал другим» и пр.
2. Острых галлюцинозоподобных психозов (в том числе при шизофрении). В этих случаях либо на начальных этапах развития психоза, либо уже вместе с развившимся чувственным бредом и галлюцинациями окружающее воспринимается измененным, нереальным (например, «люди вокруг как мертвецы», «город как декорации спектакля» и пр.), зачастую с чувством некой специальной подстроенности («все какое-то нереальное», «как будто вокруг идет игра», «меня разыгрывают» и т.п.). Собственные психические процессы также начинают восприниматься «нестественными», в том числе с чувством их «чуждости», «навязанности» посторонними силами.
3. Феноменологически близкие переживания могут наблюдаться при состояниях помраченного сознания, при этом непонятность, фрагментарность, измененность воспринимаемого мира являются облигатными признаками нарушенного сознания, поэтому в этих случаях о собственно дереализации и деперсонализации обычно не говорят.
4. Органических поражений головного мозга и эпилепсии.

5. Астении (чувство измененности в этом случае обычно смутное, быстро преходящее, возможны явления *Deja vu*).

Агнозии

Агнозия (от греч. *a* — отсутствие, *gnosis* — познание) — утрата способности узнавать ранее знакомые предметы, людей, явления (при нормальном функционировании органов чувств и ясности сознания).

Агнозии наблюдаются при заболеваниях головного мозга, сопровождающихся поражением вторичных и третичных зон коры, ответственных за анализ и синтез информации, поступающей от органов чувств (при поражении первичных зон коры нарушена центральная часть анализатора, т.е. возникает, например, центральная слепота и т.д.). Из расстройств, изучаемых на курсе психиатрии, наиболее ярко агнозии представлены при атрофических заболеваниях головного мозга (например, при болезни Альцгеймера), можно наблюдать при глубокой умственной отсталости (здесь способность к восприятию изначально не формируется в процессе развития ребенка). В тех случаях, когда патологический процесс в соответствующих отделах головного мозга развивается постепенно (например, при атрофических заболеваниях головного мозга), выраженность агнозии также прогрессирует постепенно.

Выделяют несколько десятков видов агнозий, что связано с разными вариантами локализации поражения в коре головного мозга. Рассмотрим лишь некоторые из них.

1. *Зрительная*. В наиболее общем случае при зрительной агнозии больной не узнает предметы, рассматривая их (при сохранности остроты зрения). В легкой степени данное расстройство может проявляться только при встрече со сложными незнакомыми предметами или стилизованными изображениями, в более выраженных случаях — при контакте с обыденными предметами (врачи часто используют в качестве экспресс-пробы способность к узнаванию того, что есть под рукой — шариковой ручки, блокнота, медицинского халата; при этом необходимо убедиться, что пациент не только не может назвать предмет, что может быть в случаях афазии, но и не понимает, зачем этот предмет нужен и как с ним обращаться), в тяжелых случаях — пациент не узнает близких, себя в зеркале, в наиболее тяжелых случаях — совсем не воспринимает предметы перед собой, не фиксирует на них взгляд (как новорожденный ребенок, у которого еще не сформировались процессы восприятия). Частные варианты зрительной агнозии связаны с более локальным поражением тех или иных зон коры, участвующих в процессе зрительного восприятия на разных его этапах. Утрата способности узнавать лица людей (прозопагнозия) может быть изолированным расстройством узнавания (поражение латеральной височно-затылочной — веретенообразной — извилины, обычно правого

полушария). Редкое расстройство, которое может быть выражено в различной степени, может быть как врожденным, так и связанным с приобретенным поражением мозга.

2. *Слуховая*. Больной не понимает обращенную к нему речь, не может разобрать слова (сенсорная афазия, афазия Вернике), не узнает обычных бытовых звуков (скрип двери, звонок).
3. *Тактильная* (астереогнозис). Больной не в состоянии узнавать предметы на ощупь.
4. *Пространственная*. Больной путает право и лево, не ориентируется в схемах и картах, начинает теряться сначала в малознакомых местах (другой город, новые станции метро), затем в прежде хорошо знакомых ему местах, в наиболее выраженных случаях — в собственной квартире не может определить, в каком направлении находится туалет, кухня, утрачивает представление о высоте (что чревато опасностью падений), глубине и т.д. При односторонних поражениях теменной и теменно-затылочных областей может быть односторонняя пространственная агнозия — т.е. выпадение одной из половин пространства.

Анозогнозия — неузнавание своей болезни. Может иметь разную природу:

- Нарушение восприятия (например, отсутствие сознания своего недостатка — слепоты, гемиплегии, в основе которого лежит гемисоматоагнозия, при поражении правой теменной области коры больших полушарий — синдром Антона—Бабинского).
- Другие расстройства, обуславливающие недостаточность критического отношения к своему состоянию (снижение интеллекта, изменение настроения, бред, механизмы психологической защиты и пр.).

Иллюзии

Термин переводится словами «обман, обманчивое представление» — ложное, с нарушением идентификации, восприятие реально существующих и актуальных, в данный момент, предметов и явлений. Впервые выделены в качестве самостоятельного обмана восприятия и отделены от галлюцинаций Ж. Эскиролем в 1817 г.

Существуют различные виды иллюзорного восприятия. При физических иллюзиях неправильное восприятие предмета обусловлено физическими свойствами среды, в которой он находится, — ложка в стакане с водой на границе сред вода-воздух кажется переломившейся. Появление ряда иллюзий связано с психологическими особенностями процесса восприятия. После остановки поезда, например, некоторое время продолжает казаться, что он все еще движется. В известной иллюзии Мюллера-Лайера длина отдельных линий воспринимается по-разному в зависимости от формы фигур, в состав которых они входят. По-разному воспринимается окраска одной и той же части поверхности, если менять цвет фигуры в целом. Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха. Появление иллюзий зависит от ожиданий,

аффективного состояния, установки. Боязливый человек, идя ночью по пустынной улице, может принять силуэт куста за фигуру притаившегося человека. При иллюзиях невнимательности вместо одного слова слышится другое, близкое по звучанию; посторонний человек принимается за знакомого, в тексте читается не то слово и т. д. Влияние установки на восприятие демонстрируют опыты Н. И. Узнадзе: из двух шаров одинакового веса тяжелее кажется более крупный по размерам. Металлический шар ощущается более тяжелым, чем пластмассовый того же веса (проба Делюффа). Упомянутые разновидности иллюзий не являются признаком психического расстройства. Патологические иллюзии имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует. Иногда трудно разграничить иллюзии и галлюцинаторные образы, а также уловить момент перехода первых во вторые.

Различают следующие виды патологических иллюзий:

- Аффективные,
- Вербальные,
- Парейдолические (парейдолии).

Аффективные иллюзии. Связаны со страхом, тревогой. Пациент в морозных узорах окна «видит» лицо грабителя, в складках одеяла — притаившегося на кровати убийцу, авторучку принимает за нож. Вместо обычных шумов, стука, звона слышит щелканье затвора, ружья, выстрелы, шаги и дыхание преследователей, предсмертные стоны.

Вербальные иллюзии. Содержат отдельные слова, фразы, которые заменяют реальную речь окружающих. Слышатся обвинения, угрозы, брань, разоблачения, оскорбления. Вербальные иллюзии, возникающие на фоне страха или тревоги, считают вербальным вариантом аффективных иллюзий. Интенсивные, обильные и сюжетно связанные вербальные иллюзии обозначаются термином «иллюзорный галлюциноз».

Вербальные иллюзии следует различать с бредовыми идеями отношения. При последних пациент слышит речь окружающих правильно, однако убежден в том, что она содержит «намек» в его адрес. Аффективные и вербальные иллюзии в психопатологическом плане неоднородны. Некоторые из них связаны с депрессией (обвинения, порицания). Другие отражают влияние бредового настроения (угрозы, стрельба, неприятный привкус пищи). Часть иллюзий созвучна отчетливым бредовым убеждениям. Так, пациент с бредом ревности вместо шороха слышит шаги крадущегося к жене любовника.

Парейдолии. Представляют собой зрительные иллюзии с фантастическим содержанием. При разглядывании бесформенных пятен, орнаментов (узоров древесных линий, переплетений корней, игры светотени в листьях деревьев, облаков) видятся экзотические пейзажи, феерические сцены, мифические герои и сказочные существа, причудливые растения, люди в необыкновенных масках, старинные крепости, сражения, дворцы. «Оживают» портреты. Изображенные там лица начинают

двигаться, улыбаться, подмигивать, высовываться из рамок, строить гримасы. Парейдолии возникают спонтанно, приковывают к себе внимание пациентов, сопровождаются живыми эмоциональными реакциями.

Иллюзии характерны для состояний неглубокого помрачения сознания (второй стадии делирия, по С. Libermeister), возникают при острых симптоматических психозах. Наблюдаются также при бредовых и аффективных психозах иной этиологии. Эпизодические и нестойкие иллюзии встречаются при неврозах, неврозоподобных состояниях. В патогенезе иллюзий предполагается роль гипноидных состояний корковых анализаторов.

Галлюцинации

Галлюцинации («мнимое восприятие», «восприятие без объекта») — расстройство восприятия в виде образов (представлений), произвольно возникающих без реального раздражителя и приобретающих для больного характер объективной реальности.

Существует множество классификаций галлюцинаций.

А. По степени сложности:

1. Элементарные — простейшие феномены, не достигающие степени сформированного образа: вспышки света (сродни «искры из глаз»), щелчки, стук, «оклики» и т.д.
2. Простые — возникают только в одном из анализаторов (например, пациент только чувствует мнимый (несуществующий) запах лаванды).
3. Сложные (комплексные) — возникают сразу в нескольких анализаторах (например, больной видит «черта», слышит его слова, чувствует его прикосновения).

Также в этом ряду иногда выделяют сценородные галлюцинации — комплексные галлюцинации с последовательной сюжетной сменой одного галлюцинаторного эпизода другим; одновременно с этим может полностью изменяться восприятие всей окружающей больного обстановки (например, кажется, что он находится не в больничной палате, а на кладбище, на Луне и пр.).

Б. По анализаторам (органам чувств):

1. Зрительные: элементарные — фотопсии (пятна, вспышки, «искры», контуры, блики); макро- и микропические — галлюцинаторные образы маленького или большого размера; экстракампинные — возникающие вне поля зрения (к примеру, позади человека, внутри него, например, пациент рассказывает, что «видит» внутри своего черепа револьвер).
2. Слуховые: элементарные — акоазмы (оклики, неясные шумы, щелчки, стук); вербальные — в форме речи;

Вербальные галлюцинации могут быть моно- или поливокальные — один или несколько разных голосов соответственно.

По содержанию слышимой речи выделяют следующие варианты вербальных галлюцинаций:

- осуждающие — ругают, критикуют пациента, перечисляют его реальные или мнимые грехи (например, ругают за «пьянку» или говорят, что из-за него началась война, погибли миллионы людей);
 - угрожающие — угрожают расправой, наказанием, перечисляют те муки, которые его ждут и т.д.;
 - восхваляющие;
 - комментирующие — комментируют действия больного (пошел туда-то, делает то-то) или какие-либо события;
 - императивные — повелевающие (наиболее опасны, больные могут подчиняться этим приказам!).
3. Тактильные и висцеральные — восприятие каких-либо объектов (что отличает их от сенестопатий!) на поверхности тела (на коже или слизистых, внутри них или под ними) или во внутренних органах (в животе, мозге, сердце и пр.). Объекты могут быть как одушевленными (насекомые, черви, колдуны и т.д.) или неодушевленными (стекло, иглы, гвозди, антенны и пр.).
 4. Вкусовые — появление вкуса (обычно неприятного) в ротовой полости без какого-либо реального стимула, приема пищи.
 5. Обонятельные — появление запаха без реального стимула. Запах обычно неприятный, мучительный. Появление вкусовых и обонятельных галлюцинаций может приводить больных к мысли об отравленной или испорченной пище, что ведет к отказу от еды. Иногда больные считают, что сами стали источником неприятных запахов (исходящих изо рта, от тела или связанных с деятельностью кишечника), в этих случаях они начинают избегать общественных мест, пытаются «замаскировать» мнимый запах и др.

В. По характеристикам восприятия.

По особенностям восприятия галлюцинаторных образов выделяют истинные и ложные (псевдо) галлюцинации. Истинные галлюцинации в восприятии больного обладают теми же признаками реальности, что и окружающие предметы и явления (т.е., например, галлюцинаторный голос слышится таким же, как голос реального собеседника, галлюцинаторные образы крыс на полу кажутся настолько реальными, что больной начинает давить их ногами, рубить топором и т.д.), они естественным образом вписываются в окружающую среду (т.е. галлюцинаторные образы проецируются в окружающее пространство). Больные убеждены, что воспринимают эти образы точно так же, как и остальной мир, т.е. при помощи своих органов чувств. Часто им кажется, что окружающие испытывают те же самые переживания, но по непонятным причинам скрывают это. Истинные обманы восприятия обычно влияют на поведение больного, которое становится соответствующим содержанию галлюцинаторных образов (ловят то, что видят, убегают, спасаются, нападают и т.д.). Истинные галлюцинации чаще встречаются при экзогенных психозах, наиболее яркий пример — зрительные галлюцинации при алкогольном делирии («белой горячке»).

Псевдогаллюцинации по своим особенностям наиболее близки к образам представлений, которые может воспроизвести в своей памяти или фантазии почти каждый из нас. Псевдогаллюцинации при этом отличаются от нормальных, физиологических представляемых образов большей стойкостью, детализированностью, яркостью, а главное, произвольностью (отсутствием необходимости в волевых усилиях, которые нужно приложить, чтобы представить себе тот или иной образ вместе с невозможностью волевым усилием прекратить это представление, избавиться от представляемого образа).

Так как в случае псевдогаллюцинаций мысленный образ возникает сам по себе, без собственных усилий и избавиться от него у больных не получается, они обычно начинают считать, что этот образ им «показывают» каким-то научным прибором, «насылают», «внушают на расстоянии» и т.д., т.е. формируется «чувство сделанности» галлюцинаторных образов (бред воздействия).

Больные обычно отмечают, что воспринимают эти образы не при помощи своих органов чувств, как это бывает при обычном восприятии (т.к., например, они не могут заткнуть уши или закрыть глаза, чтобы перестать их воспринимать). Чаще всего они указывают, что «слышат» голоса «мозгом» или «видят» зрительные образы «внутренним оком», т.е. эти образы сразу возникают у них на психическом уровне.

Псевдогаллюцинаторные образы воспринимаются не такими, как образы, формирующиеся при восприятии реальных объектов, — они лишены чувственной яркости и свойственной реально воспринимаемым объектам телесности.

Как и образы обычных представлений, псевдогаллюцинации проецируются в субъективное пространство («пространство представлений»), не связанное с реальной окружающей обстановкой. Соответственно, например, люди с псевдогаллюцинациями обычно не пытаются локализовать источник слышимых ими «голосов» (в отличие от истинных галлюцинаций, при которых источник слуховых галлюцинаций больные всегда локализуют где-то в реальном пространстве — в коридоре, за окном и пр.), а про зрительные образы говорят, что видят их в каком-то другом, отличном от реального, измерении.

Псевдогаллюцинации не влекут за собой непосредственного галлюцинаторного поведения, связанного с реальным пространством, т.е. пациентам нет нужды присматриваться к чему-то объективно несуществующему, они не пытаются, например, ловить руками или топтать то, что воспринимают в своих галлюцинациях, они не разговаривают вслух со своими слуховыми псевдогаллюцинациями и пр. Таким образом, по поведению пациента судить о наличии у него псевдогаллюцинаций сложно — иногда лишь некоторые паузы между фразами и внезапные перемены темы разговора могут свидетельствовать о наличии псевдогаллюцинаций (при этом и в данном случае такие признаки необходимо дифференцировать со шперрунгами и разорванным мышлением).

Необходимо отметить, что все отличия псевдогаллюцинаций от восприятия реальных объектов, тем не менее, обычно не снижают уверенности пациентов в истинной реальности этих

галлюцинаторных образов (т.е. образы считают вполне реальными, но только относящимися к какому-то другому пространству, измерению и пр.). И, наоборот, при истинных галлюцинациях сами воспринимаемые образы могут быть весьма необычны (например, «прозрачные человечки», «невидимки», «чертики», «духи» и т.д.), однако это не меняет уверенности пациентов в том, что эти образы имеют отношение к реальному, окружающему их пространству (поэтому в этом случае весьма характерны ситуации вроде той, когда пациент безуспешно пытается уничтожить «невидимых человечков» топором, в щепки разрубая всю мебель в своем доме).

Наиболее часто встречаются слуховые псевдогаллюцинации (обычно больные, чтобы подчеркнуть их отличия от реального восприятия, используют для обозначения таких галлюцинаций термин «голоса»). Псевдогаллюцинации наиболее характерны для шизофрении.

Как уже было сказано выше, о наличии истинных галлюцинаций можно узнать не только по отчету больного, его субъективным жалобам, но и по наблюдению за его поведением — т.е. по объективным признакам галлюцинаций (галлюцинаторному поведению). Часто больные со слуховыми галлюцинациями оглядываются по сторонам, внезапно вздрагивают, прислушиваются, ходят в поисках источника звука, отвечают кому-то, разговаривают без собеседника и пр. У больных с псевдогаллюцинациями объективных признаков галлюцинаций может не быть, и их диагностика основывается преимущественно на субъективном отчете пациента. При этом многие больные по разным причинам могут диссимулировать свое состояние (скрывать симптомы) и не рассказывают о своих псевдогаллюцинациях.

Г. По особым условиям возникновения.

В некоторых случаях галлюцинации возникают лишь при определенных условиях. Выделяют несколько видов таких галлюцинаций:

1. Гипнагогические — при засыпании, гипнопомпические — при пробуждении. Состояния перехода ото сна к бодрствованию и наоборот облегчают возникновение галлюцинаций при состояниях, предрасполагающих к их развитию (например, на начальных стадиях алкогольного делирия, на фоне эмоционального стресса).
2. Функциональные (рефлекторные) — возникают на фоне другого раздражителя, но в отличие от иллюзий не замещают его и не смешиваются с ним (например, слышит стереотипное повторение одного ругательства на фоне шума холодильника, его шум воспринимается отдельно, но, когда прибор замолкает, пропадают и ругательства).
3. При сенсорной депривации (например, галлюцинации Шарля Бонне — возникают у утративших зрение). В целом во многих случаях уменьшение количества внешних стимулов (например, в ночное время) может приводить к усилению галлюцинаций (особенно истинных) и ухудшению состояний пациентов.
4. Психогенные (внушенные) — после психотравмирующей ситуации (мать, пережившая потерю ребенка, временами слышит, как малыш ее зовет, или видит его силуэт на улице,

такие галлюцинации обычно мимолетны и могут быть близки к иллюзиям), во время гипноза или при пробах на готовность к галлюцинациям.

В связи с тем, что течение делириозного помрачения сознания может носить волнообразный, ундулирующий характер, в практической работе бывают необходимы пробы на готовность к развитию галлюцинаций. Наиболее простая в использовании из них — проба «чистого листа» (проба Рейхардта): больному дают чистый лист бумаги и просят всмотреться и рассказать, что нарисовано или написано на нем. Эту просьбу сопровождают некоторым внушением, убеждая пациента, что некий рисунок на листе действительно есть. Пациенты, находящиеся в люцидном (светлом) промежутке или на начальных стадиях развития делирия, т.е. предрасположенные к развитию истинных галлюцинаций, через некоторое время начинают видеть на чистом листе различные образы.

Галлюциноз — синдром, основным проявлением которого являются галлюцинации в одном из анализаторов (простые галлюцинации).

Галлюцинации при галлюцинозе, возникающие на фоне ясного сознания, к ним может отсутствовать критика, т.е. больные воспринимают содержание своих галлюцинаций как реальность, но нет бреда в собственном смысле слова (первичного бреда). В других случаях к галлюцинациям может формироваться достаточно критичное отношение, т.е. присутствует понимание болезненной природы этих образов.

1. Вербальный галлюциноз. Например, острый и хронический алкогольные галлюцинозы. Для этих состояний относительно характерны поливокальные галлюцинации (голоса множества разных людей), которые делятся на два лагеря — одни ругают больного («за пьянку» и пр.), а другие — напротив, защищают его. Галлюцинации истинные — голоса людей слышат откуда-то со стороны («из-под окна» или «из коридора»). Критического отношения обычно нет.
2. Зрительный галлюциноз. Например, галлюциноз Шарля Бонне: возникает при снижении зрения у пожилых людей (из-за катаракты, атрофии зрительного нерва и др.). Больные начинают видеть различные геометрические фигуры (ленты, полосы, квадраты, треугольники, буквы и пр.), людей, зверей. Эти образы часто находятся на периферии зрения, не смешиваются с объективным окружением. Они могут быть статичны или сменять друг друга. К ним присутствует критическое отношение (т.е. понимание того, что это «видения», а не реальные объекты), часто они утомляют пациентов.
3. Тактильный галлюциноз — мучительные ощущения на коже, в коже, под кожей в виде зуда, жжения, укусов, боли и связанное с ними восприятие в этих зонах ползания, шевеления, скопления неких паразитов (клещей, червяков и пр.). Может возникать, например при длительном употреблении кокаина (симптом Маньяна), или аутохтонно (чаще в инволюционном возрасте). Может сопровождаться бредом одержимости (пораженности) паразитами («дерматозойный бред») — в этих случаях больные

проявляют неумолимую бредовую активность, постоянно обращаются к врачам-дерматологам, сами активно борются против паразитов (лечатся мазями, втираниями, постоянно моются, меняют и дезинфицируют белье, иногда самостоятельно пытаются извлечь паразитов иголкой или сделав разрез); дополнительно могут присутствовать зрительные иллюзии — больные собирают грязь, отшелушенные слои кожи и показывают их окружающим как обнаруженных паразитов.

Заключение

В образах восприятия отражаются такие качества объектов, для которых не существует специальных рецепторов: форма, размеры, ритм, тяжесть, положение в пространстве, скорость, время. В этом смысле образ восприятия является как бы надчувственным феноменом, промежуточным между чувственным и рациональным познанием. Восприятие опирается на совместную работу органов чувств, синтез отдельных ощущений в сложную систему. В результате мы получаем целостное восприятие предмета или явления. В восприятии выражается активность сознания, внимания, памяти, других психических структур. Это важно учесть для анализа и оценки расстройств восприятия. Следует помнить, что не любое расстройство ощущения и восприятия является признаком психического расстройства; уметь проводить дифференциальную диагностику:

- *Сенестопатии* — относятся к патологии **ощущений**, следовательно, при них нет предметности восприятия (нет воспринимаемого объекта), а есть только мучительные ощущения, возникающие без объективных причин.
- *Психосенсорные расстройства* — **искаженное** восприятие (предметы узнаются верно, но воспринимаются искаженными — например, уменьшенными или увеличенными).
- *Агнозии* — утрата способности к узнаванию ранее знакомых предметов.
- *Иллюзии* — **неправильное** узнавание (реально существующие предметы воспринимаются не тем, чем они являются на самом деле, т.е. узнаются неправильно).
- *Галлюцинации* — **мнимое (ложное)** восприятие; восприятие без объекта (восприятие того, что на самом деле не существует).

Понимание многомерности процесса восприятия и чёткое разграничение различных его нарушений, позволяют психиатру сфокусироваться на особенностях патологического процесса, лежащего в основе заболевания, отличать органическую патологию от эндогенной, невротическую от психотической, точнее ставить диагноз, следовательно, подобрать более адекватное лечение.

Список литературы

1. В.А.Жмуров «Общая психопатология ч.1» издательство Умный доктор, 2018г.
2. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - 3-е изд., стер. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.
3. Н.Н. Иванец Ю.Г. Тюльпин М.А. Кинкулькина «Медицина и медицинская психология» издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» 2020г.
4. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов «Психиатрия. Национальное руководство 2 издание» издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» 2020г.
5. Электронный ресурс: <https://psychiatr.ru/education/slide/108> 2020г
6. Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПУ
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н. Березовская М.А.
(ФИО, ученая степень, должность, рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрия
Греб Е.А.
(ФИО ординатора)

Тема реферата Патология Восприятия

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)	6/6
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4 / хороша /

Дата: «17» 10 2023 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

Березовская М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Греб Е.А.
(ФИО ординатора)