

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

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

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

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Артюховой Анастасии Юрьевны
(ФИО ординатора)

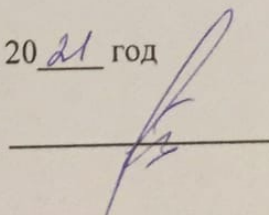
Тема реферата «Тампоуцикации»

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

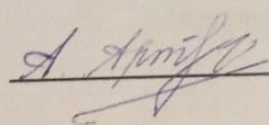
Дата: « 9 » 01 20 21 год

Подпись рецензента



Березовская М.А.

Подпись ординатора



Артюхова А.Ю.

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: Галлюцинации

Выполнила: ординатор 1 года обучения,
специальности "Психиатрия" Артюхова Алёна Юрьевна
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2021

Оглавление:

Введение.....	3
Классификация галлюцинаций.....	3
Галлюциноз.....	7
Заболевания, провоцирующие появление галлюцинаций.....	8
Диагностика.....	9
Лечение.....	10
Заключение.....	10
Список литературы.....	11

Введение:

Галлюцинации - расстройства восприятия в виде ощущений и образов, произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта) и приобретающих для больного характер объективной реальности. Ж. Эскироль впервые описавший их в 1817 г., отграничил галлюцинации от иллюзий, т.е. ошибочных восприятий реальных объектов. Галлюцинации входят в состав многих психопатологических синдромов и встречаются при различных психических болезнях.

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.

Классификация галлюцинаций:

А. По степени сложности:

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

Также в этом ряду иногда выделяют **сценopodobные** 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 микротические* — 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*;
- *Нейтральные*;
- *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.

Пример:

Зрительные: больной, находясь на отделении многопрофильного стационара, вечером стал беспокойным, ищет что-то под кроватью, в углу палаты, утверждает, что по полу бегают крысы, отмахивается от чего-то, говорит, что это пауки на паутинке спускаются с потолка, пытается давить их на полу, на соседней пустой кровати видит «какого-то карлика», обращается к нему, просит помочь поймать крыс.

Слуховые: больная 57 лет после недельного запоя стала слышать плач ребенка, доносящийся из дивана. За несколько часов полностью разобрала свой диван (до отдельных пружин), чтобы найти в нем плачущего малыша. В ее восприятии звук был настолько схож с плачем настоящего ребенка, что все это время больная пребывала в полном убеждении, что ребенок действительно находится в диване, хотя логически она

и не могла понять, каким образом он там очутился.

Тактильные: в приемном покое больницы пациентка, которая до этого была совершенно спокойна, вдруг падает на пол и начинает кататься по нему, визжит, раздирает у себя на груди рубашку, пытается что-то с себя стряхнуть. Говорит, что у нее на груди кошка, которая больно вцепилась когтями в кожу, просит врачей ее снять.

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.

Пример:

Слуховые псевдогаллюцинации: пациентка рассказывает, что «внутри головы слышит голоса незнакомых ей людей». «Голоса» комментируют ее действия, иногда ругают ее. Считает, что они исходят из Кремля, где следят за ее жизнью и с помощью специальных приборов «помогают». Рассказывает, что голоса слышит «не ушами, а мозгом» (в том числе убеждена в этом, так как, когда затыкает уши, «голоса не уменьшаются»), не может локализовать источник звука в окружающем пространстве, но в то же время говорит, что «передатчики», наверное, стоят где-то на чердаке.

Зрительные псевдогаллюцинации: Больной рассказывает, что «видит» внутри своей головы револьвер, готовый вот-вот выстрелит, чувствует прикосновение его холодного дула к внутренней поверхности своего черепа, говорит, что оружие поворачивается внутри его головы, чертит какие-то буквы. Пациент находится в состоянии ужаса, так как считает, что его преследователи могут с помощью специального прибора, дистанционно, нажать на курок и тогда его голова «разлетится на куски», а это видение они специально ему «показывают», чтобы он им полностью повиновался

и выполнял все команды, которые отдают их «голоса».

Г. По особым условиям возникновения.

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

- **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).
- **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).
- **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.**
- **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.

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.

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.

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 неутомимую 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.

Заболевания, провоцирующие появление галлюцинаций:

Существует большое количество заболеваний, во время которых у человека возникают расстройства в процессе восприятия окружающего мира. Чаще всего речь идет про: шизофрению, психические расстройства, сифилис головного мозга, алкоголизм и наркоманию, инфекционные болезни, атеросклероз, герпетический энцефалит, эпилепсию, новообразования головного мозга.

Сифилис головного мозга. На фоне заболевания у больного появляются сильнейшие галлюцинации. Главное их проявление — резкие звуки и голоса, а также неприятные зрительные образы.

Наркотическая зависимость и алкоголизм. Приводят к появлению смеси довольно страшных видений, непонятных образов, навязчивых звуков. У больных, страдающих алкоголизмом или наркотической зависимостью, вначале появляются некоторые иллюзии, на смену которым позднее приходят истинные галлюцинации, сопровождающиеся видениями, слуховыми, обонятельными и тактильными галлюцинациями. Многие пациенты впадают в бредовое состояние, характеризующееся чувством страха и желанием убежать от реальности. Некоторых не покидает ощущение преследования и постоянной опасности.

Злокачественные новообразования головного мозга. Относительно нечастая причина возникновения галлюцинаций различной интенсивности. На их силу влияет: степень истощения организма, общее состояние головного мозга больного, интенсивность токсического воздействия опухоли, а также использование наркотических препаратов для лечения.

Болезни инфекционного характера. В списке возможных симптомов довольно часто имеют место разные виды галлюцинаций. Так, к примеру, тиф или малярия вызывают резкое повышение температуры тела и могут провоцировать бредовые

Галлюцинации при сбоях в работе психики:

Психические расстройства, заболевания и отклонения в работе нервной системы чаще, чем другие болезни приводят к появлению галлюцинаций разной интенсивности.

К ним относятся такие недуги, как:

Шизофрения, алкогольный делирий (белая горячка) при алкоголизме, всевозможные психозы;

Галлюцинации при отравлении:

Нарушения в работе мозга и ЦНС могут возникнуть вследствие действия всевозможных психотропных и наркотических препаратов. Например, таких, как: марихуана, амфетамин, морфий или героин.

Спровоцировать появление галлюцинаций различного вида могут токсические вещества во время непосредственного контакта и вдыхания. К ним относятся: лаки и красители, синтетические клеи, бензин и всевозможные растворители.

Диагностика:

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.

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 слуховыми галлюцинациями часто отвлекается от разговора, замолкает, углубляется в себя; иногда, прохаживаясь по отделению, он прикрывает уши руками, чтобы звуки в отделении не заглушали внутренние голоса.

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 вам говорят голоса?», «О чем говорили голоса вчера вечером?», «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*).

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.

Лечение:

Для купирования продуктивной симптоматики, к которой относятся в том числе и галлюцинации, используются антипсихотические препараты, например, такие, как: Галоперидол, Перфеназин, Рисперидон, Флупентиксол и другие.

Заключение:

Таким образом, галлюцинации — одно из проявлений психоза, которое встречается при различной психической патологии (шизофрении, шизоаффективном расстройстве, органических, интоксикационных и других психозах). Галлюцинации, как истинные, так и ложные (псевдогаллюцинации) не поддаются разубеждению и требуют назначения медикаментозной терапии. Больные к ним не критичны, критика формальна. При правильно подобранном лечении антипсихотическими препаратами, их доз и сроков лечения — прогноз в большинстве случаев благоприятный.

Список литературы:

- 1) Менделевич В. Д. Психиатрия : учебник / В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. — Ростов- на-Дону : Феникс, 2018
- 2) Л. В. Восковская. "Патология ощущений и восприятия" - Москва : Юрайт, 2017
- 3) Д.Ф. Хритинин "Лекции по психиатрии и наркологии". Издательство: БИНОМ, 2019 год
- 4) С.Ю.Циркин "Аналитическая психопатология". -Москва. Издательство: БИНОМ, 2017
- 5) И.М. Беккер "Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии". - Москва. Издательство: БИНОМ, 2019
- 6) Нервные и психические болезни / С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина; Под общ. ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов- на-Дону : Феникс, 2021
- 7) В.А. Дереча "Психопатология" -Москва, Издательство: Юрайт,2019