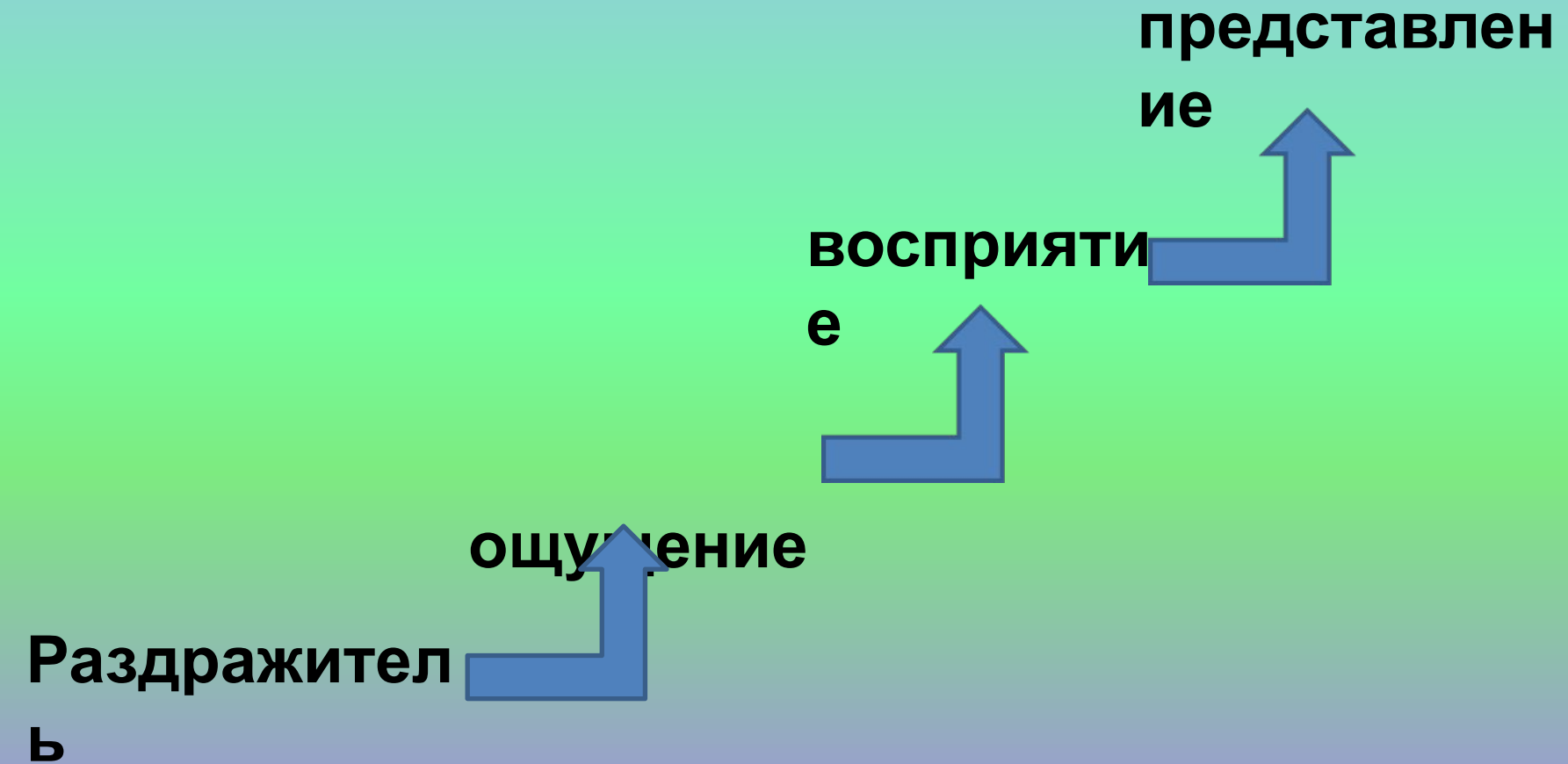


РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ

Суслопарова Д.

А

Восприятие – начальная ступень высшей нервной деятельности. Благодаря восприятию внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов и событий.

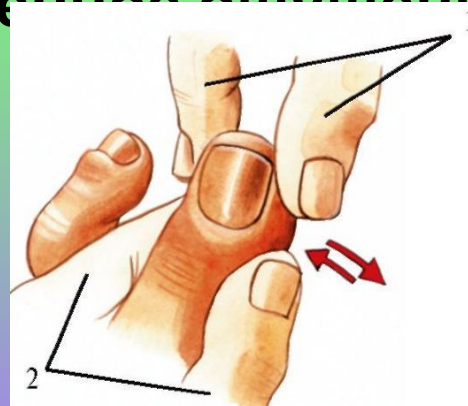


9 видов ощущений по анализаторам

Зрение
Слух
Обоняние
Осязание
Вкус



Висцеральное чувство
Статикокинетическое чувство
Болевое чувство
Температурное чувство
Мышечно-суставное - пространственное ощущение своего тела



По взаимодействию рецепторов с раздражителями

Дистантное

Контактное

По расположению рецепторов

- **интероцептивные** — сигнализирует состояние внутренних органов (чувство голода, комфорта).
- **проприоцептивные** — сигнализирует о положении, перемещении в пространстве, на их основе формируется представление о величине и форме тел, так, называемая **схема тел** и сюда относится деятельность вестибулярного аппарата.
- **экстраиецептивные** — обоняние, вкус, зрение, осязание, слух.

Получая сведения об окружающем мире при помощи различных рецепторов, мозг перерабатывает их в восприятия окружающей действительности.

Ощущение - это наиболее простой вид познавательной деятельности заключающиеся в отражении отдельных свойств и признаков предмета, а также состояний организма следствием чего является



Восприятие (тепла, холода) - целостное отражение предметов или явлений возникающие в результате анализа и синтеза ощущений путем их сопоставления с предшествующим опытом.

Представление — результат оживления в памяти образов или явлений, воспринимаемых, ранее (или целостное отражение явлений или предметов окружающего мира).

Законы организации

восприятия

Гештальт (от нем. *gestalt* – форма, структура) – основное понятие гештальтпсихологии. Гештальтпсихология возникла как психологическое направление в Германии в начале десятих годов XX в. К этому направлению принадлежат немецкие психологи Макс Вертгеймер, Вольфганг Келер, Курт Коффка. Одним из основных свойств восприятия является **целостность**. Наиболее полно данная проблема была изучена в гештальтпсихологии, утверждающей, что целое всегда больше суммы своих частей.



Принцип фигуры и фона распространяется на все модальности восприятия. Примером соотношения фигуры и фона может служить *ваза Рубина*. В качестве фигуры может восприниматься либо ваза, либо два профиля. Соответственно фоном будет служить черный или белый цвет изображения. Иными словами, фигура и фон взаимозаменяемы: фигура может превратиться в фон, а фон – в фигуру. роли фигуры и фона

Закономерности восприятия (по М. Вертгеймеру)

Закономерности	В чем проявляется
Эффект сходства	Фигуры, сходные по каким-либо признакам (форме, величине, форме и т. д.), в восприятии объединяются и группируются
Эффект близости	Близко расположенные фигуры имеют тенденцию к объединению при восприятии
Фактор «общей судьбы»	Фигуры, в которых наблюдаются сходные изменения, часто объединяются вместе
Фактор замкнутости	Замкнутые фигуры воспринимаются лучше
Фактор группировки без остатка	Несколько фигур стараются сгруппировать таким образом, чтобы не оставалось ни одной отдельно расположенной фигуры



Расстройства ощущений

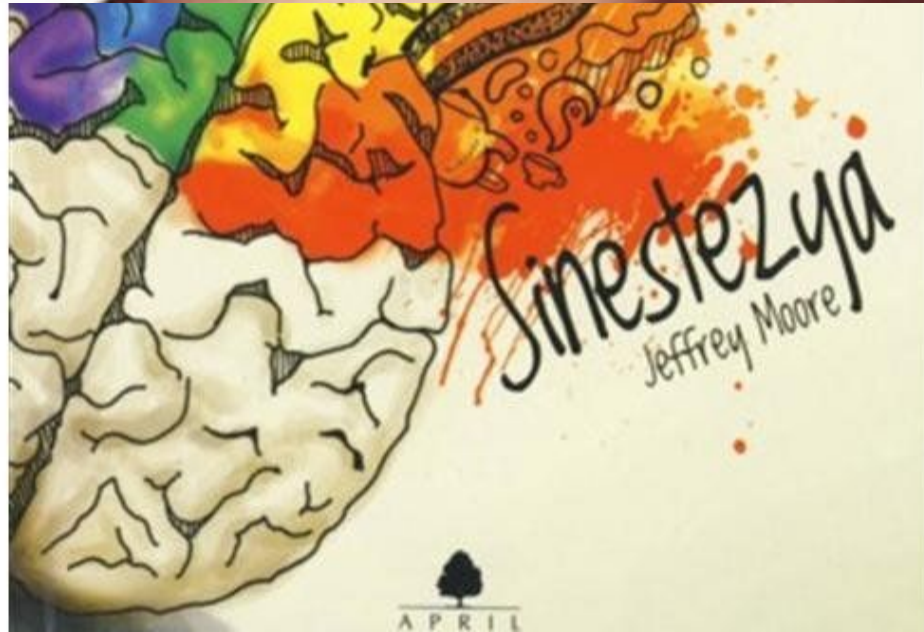
Анестезия и гипестезия — утрата и снижение чувствительности. При острых, психозах, делириях, истерических неврозах

Анальгезия — отсутствие болевой чувствительности. Болевая чувствительность постепенно восстанавливается по мере улучшения психического состояния. Может быть при глубокой депрессии, истерическом неврозе.

Гиперстезия — повышение чувствительности. В дебютах, острых, психозов, при астенических, и депрессивных состояниях, в состоянии гашишного опьянения.

Гиперальгезия — повышение болевой чувствительности. При усугублении депрессий развивается гипоальгезия.

Сенестопатия — психосоматические ощущения или сенсации. Термин сенестопатия был предложен французскими неврологами и психиатрами Э. Дюпре и П. Камю в 1907 году.



APRIL

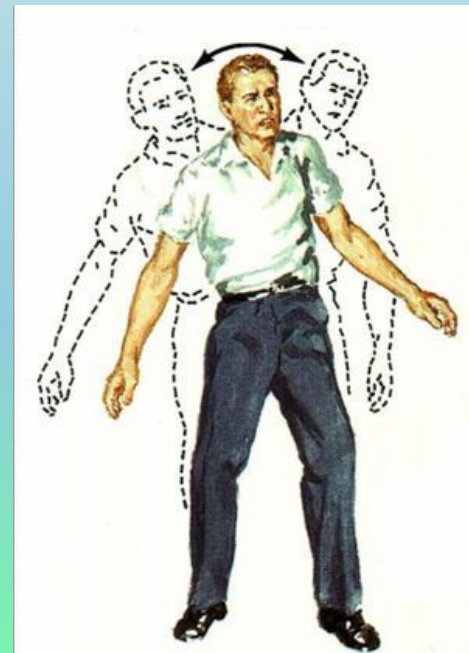
Патологическим ощущениям при сенестопатиях свойственны:

- **полиморфизм** (ощущение разных болей, жжения);
- имеют **вычурный характер** и больные не могут сформулировать жалобы;
- неприятный, тягостный, **мучительно аффективный тон ощущений**, созвучный тревожно-депрессивному состоянию (редко при маниакальных состояниях).
- необычная локализация, **неопределенная**, разлитая, часто меняющаяся, не свойственна симптоматике общесоматических заболеваний.

Сенестопатии встречаются при инволюционных и инфекционных, и органических, заболеваниях головного мозга, неврозах при сенестопатически - ипохондрическом синдроме

Два вида сенестопатии:

а) **сенестезии** - нарушения со стороны двигательной сферы, имеющие субъективный характер (в виде шаткости походки, ощущения двигательной неловкости, чувства потери равновесия), при отсутствии объективного подтверждения;



б) **синестезии** - возникают в результате взаимодействия органов чувствительности при котором качество восприятий одного вида переносятся на другой вид ощущений, Известны факты «окрашенного слуха». Разнообразные виды синестезий встречается при психических заболеваниях, а так же совместно с слуховыми ощущениями. Могут быть тактильные и вибрационные ощущения (например слышу костями, пальцами)



Элементарные сенестопатии – внутренние ощущения, не имеющие определенной модальности и локализации («внутри все напряжено и натянуто, как струна», «внутри давит, все оцепенело»). Наблюдается явная связь с эмоциональными переживаниями, сенестопатии **отражают чувство страха, тревоги, тоски и напряжения**. Некоторые психиатры рассматривают такие ощущения, как вариант деперсонализации.

Простые сенестопатии – ощущения с ярко выраженной модальностью (боль, чувство жара или холода, всевозможные парестезии). Могут быть диффузными либо локализоваться в определенном органе или анатомической зоне. Среди простых сенестопатий различают **алгические, термические**, сенестопатии в виде **парестезий** и сенестопатии с ощущением **изменения веса части тела**. Характер и локализация боли могут меняться, боли могут быть постоянными или приступообразными. Больные с **термическими** сенестопатиями описывают свои ощущения, как «жжение в голове», «холод между лопатками» и т. п.

При сенестопатиях в виде **парестезий** пациентов беспокоит зуд, онемение, покалывание, ползание мурашек, ощущение удара электрическим током или электризации тела.

Сенестопатии с **изменением веса** проявляются в виде локального ощущения тяжести или легкости: «голова до того тяжелая, что трудно держать», «рука тяжелая, невозможно поднять».

Психосенсорные сенестопатии – ощущения с изменением размера, объема и направленности. «Желудок завязывается в узел», «в груди распирает», «в голове давит изнутри, как будто мозг разбухает», «суставы выкручивает, как будто ноги сейчас развернутся пятками кпереди». Возможны кратковременные ощущения **изменения размера и расположения какой-то части тела**. Иногда такие сенестопатии сочетаются с истинными нарушениями схемы тела.

Интерпретативные сенестопатии – ощущения с насыщенными и разнообразными трактовками. Трактовки могут быть очень необычными («мерзнет мозг», «чешется селезенка», «болит внутренняя поверхность ребра»). Выделяют **органоtopические сенестопатии** (с четкой локализацией), **ассоциированные сенестопатии** (с объединением множества ощущений в разных частях тела в одну общую картину) и **бредоподобные сенестопатии** (с заведомо неправдоподобной версией причины возникновения, например, «в печень не поступает кровь»).

Галлюцинаторные сенестопатии – ощущения, напоминающие галлюцинации. Могут быть **геометрическими** («болит круг на животе, от него боль лучами расходится по всему телу»), напоминающими **тактильные галлюцинации** («как будто ударили по руке кулаком», «как будто тянут за волосы»), **с проекцией тактильных ощущений внутрь тела** («в груди чешется»), напоминающие **галлюцинации трансформации** («мозг отслаивается от черепной коробки», «в легких словно лопаются пузырьки, и легкие от этого спадаются») или **кинестетические галлюцинации** («голова раскачивается вправо и влево»).

Галлюцинаторные сенестопатии могут сопровождаться зрительными, обонятельными, вкусовыми и акустическими ощущениями («в голове как будто что-то горит, потрескивает и пахнет паленым»). Постоянным признаком, позволяющим отличить галлюцинаторные сенестопатии от истинных галлюцинаций, являются выражения **«как будто», «похоже», «словно», «как»**, указывающие на условный характер описаний.

Необходимо проводить дифференциальный диагноз между **сенестопатиями** и **телесными фантазиями**. Телесные фантазии представляют собой сенсорно структурированные телесные образы определенного размера, консистенции,

телесные фантазии

1. обладают качеством предметности (имеют четкий предметный характер;

2. имеют четкую пространственно-топографическую организацию;

(1,2 = больные дают точную параметрическую оценку телесных образов: называют их форму, размер, объем);

3. фантастические образы соотносятся с теми или иными анатомическими структурами, строго ограничены пределами одного внутреннего органа, и четко соотносятся с определенными внутренними органами и физиологическими процессами;

(1, 2, 3 = как пример: «инородное тело в желчном протоке, цилиндрической формы, размерами со спичечный коробок, оливкового цвета, перемещается по мере выброса желчи»;

1. лишены предметности;

2. не имеют четкой формы, границ и объема.

сенестопатии

телесные фантазии:

1. лишены присущей галлюцинаторным образам «объективности» или «жизненности»;
2. у больных с телесными фантазиями отсутствует убежденность в реальности существования инородных объектов в «телесном пространстве»;
3. как следствие (п.2) для передачи своих переживаний больные используют сравнения «похоже на...», «так, словно...», «как будто...»;
4. обладая отдельными свойствами предметности, в то же время лишены важнейшего признака образов восприятия: формирование телесных фантазий происходит посредством объединения воображением отдельных качеств объектов в образ представления.

В отличие от галлюцинаций

Фантастические сенестопатии. Фантастические сенестопатии, сопоставимые с телесными фантазиями по критериям изменчивости, лабильности и способу описания ощущений. Однако, в отличие от телесных фантазий, при сенестопатиях такого типа свойства «фантастичности» проявляются не за счет предметности и детальности, которых эти ощущения лишены, а вследствие использования фантастических сравнений – «ощущение прохождения электрического тока, укуса змеи».

Фантастические сенестопатии являются симптомом **психотического уровня**, характерным для прогредиентных форм шизофрении. Прослеживается тенденция к трансформации сенестопатий в висцеральные галлюцинации либо присоединение чувства сделанности, наведенности с формированием сенестопатического автоматизма. Ассоциированная симптоматика представлена идеаторными и двигательными компонентами синдрома психических автоматизмов, бредовыми идеями из персекуторной группы. Таким образом, сенестопатии наблюдаются преимущественно на отдаленных стадиях прогредиентного эндогенного процесса, когда в клинической картине на первый план выступают расстройства мышления или бредовая симптоматика.

Телесные фантазии наблюдаются у больных с нарушениями невротического и субпсихотического уровня в структуре **соматоформных и тревожно-фобических нарушений** в рамках динамики расстройств личности и **малопрогредиентных форм заболеваний шизофренического спектра**. В этом случае необычность и фантастичность ощущений не является абсолютным признаком тяжести и прогредиентности болезни. Телесные фантазии не обнаруживают тенденции к трансформации в другие психопатологические расстройства. Ассоциированная симптоматика представлена конверсионными,

Иллюзии – ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий.

При иллюзиях всегда есть реальный объект (в отличие от галлюцинаций) или явление окружающего мира, которое в сознании больного отражается неправильно. Иллюзии в ряде случаев сложно дифференцировать от бредовой интерпретации больным окружающей обстановки, при которой предметы и явления верно воспринимаются, но нелепо трактуются.

Аффектогенные иллюзии возникают при страхе, тревоге, депрессии, экстазе. Их возникновению способствует нечеткость восприятия окружающего (слабое освещение, невнятная речь, шум, удаленность объекта). **Содержание иллюзий связано с аффективными переживаниями.** Например, при выраженном страхе за свою жизнь человек слышит угрозы в разговоре далеко стоящих людей.

Физические – связаны с особенностями физических явлений (ложка в стакане воды кажется кривой).

Парейдолические иллюзии – зрительные иллюзии, при которых узоры, трещины, ветви деревьев, облака замещаются образами фантастического содержания. Наблюдаются при делирии, интоксикациях психомиметиками.



Галлюцинации – расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального объекта.

Простые галлюцинаторные образы возникают в одном анализаторе (например, только зрительные).

Сложные (комплексные) – в формировании образов участвуют два и более анализатора. Содержание галлюцинаций связано общей фабулой. Например, при алкогольном делирии больной «видит» черта, «ощущает» его прикосновения и «слышит» обращенную к нему речь.



1) Зрительные галлюцинации.

Элементарные (фотопсии) лишены четкой формы – дым, искры, пятна, полосы.
Завершенные(сложные) – в виде отдельных людей, предметов и явлений.

В зависимости от субъективной оценки размеров выделяют:

нормоптические – галлюцинаторный образ соответствует реальным размерам предметов
микроптические галлюцинации – уменьшенных размеров (кокаинизм, алкогольный делирий)
макроптические галлюцинации – гигантские.

Зрительные галлюцинации по четкости:

рельефные - контуры воспринимаются четко и объемно;
аденоморфные — видения туманные, разлитые, больные говорят, что они видят призраков.
Климатография - мнимый образы лишены объемности, проецируются на любой поверхности и больные верят и убеждены что видят фильм (при интоксикационных психозах).

По подвижности:

подвижные
стабильные (неподвижные).

Разновидности зрительных галлюцинаций:

экстракампинные – зрительные образы возникают вне поля зрения (сбоку, сзади)

аутоскопические – видение больным собственного двойника.

Зрительные галлюцинации обычно возникают на фоне помраченного сознания.

Полиопические - многократное повторение мнимых образов.

Диплопические – видение удвоенных мнимых образов.

Зоологические - видение насекомых, животных (при алкоголизме).

Демонии - видение мистических персонажей, демонов, чертей (при хроническом алкоголизме).

Эндоскопические - видение собственных внутренних органов.

Зрительные вербальные галлюцинации Сегла -

По окраске:
Черно-белые - видение букв, слов, текста.

Цветные

одноцветные:

эритропсия - окрашивание в красный цвет, ксантопсия - в желтый цвет.

Синдром Шарля Бонне

названный в честь швейцарского философа, впервые описавшего его в 1790 г., характеризуется наличием сложных зрительных галлюцинаций у психически здоровых людей без признаков измененного сознания, слабоумия, метаболических расстройств или очаговых неврологических заболеваний [5, 6]. В большинстве случаев у данных пациентов имеются низкие зрительные функции или слепота обоих глаз вследствие какой-либо офтальмологической патологии. В большинстве случаев развитие заболевания происходит при далеко зашедшей глаукоме, макулярной дегенерации, после энуклеации



2) Слуховые (вербальные) галлюцинации.

Простые :

Элементарные (акоазмы) – шум, треск, оклики по имени.

Фонемы – отдельные слова, фразы. Галлюцинаторные переживания наиболее часто представлены в виде голосов. Это может быть один какой-то определенный голос или несколько (хор голосов).

Музыкальное содержание – пение, музыкальные инструменты (при алкогольном психозе вульгарные частушки, песни; при эпилептических психозах- духовная, церковная музыка)

Сложные :

комментируемые галлюцинации - в них отражается мнение о поведении больных. Голоса могут говорить и о прошлых и настоящих поступках, могут предсказывать будущее.

императивные галлюцинации - содержат приказы для дальнейшего действия (ударить, отказ от пищи или лечения, украсть и т.д.). (являются показанием для госпитализации в психиатрический стационар)

антагонистические (противоположное по смыслу содержание – то обвиняющие, то защищающие).

Встречаются галлюцинации на иностранных, языках больные их понимают хотя они не знают языка - **криптолалические**.

Галлюцинации поэтического содержания - голоса сочиняют стихи, эпиграммы, каламбуры.

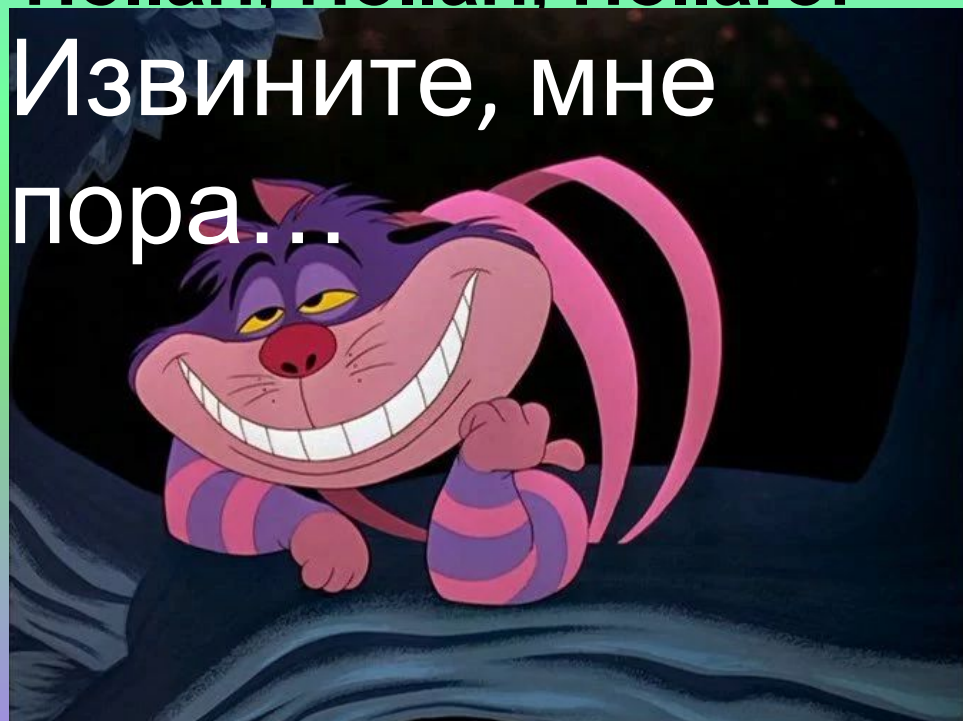
Вербальные галлюцинации м.б. автономными или могут общаться с больными. Иногда уведомляя об исчезновении.

Иногда врач общается через больного с его голосами



**Mein Kleiner Gruner
Kaktus Steht Drausen Am
Balkon,
Hollari, Hollari, Hollaro!**

**Извините, мне
пора...**



3) Галлюцинации кожного чувства.

Тактильные (осязательные) галлюцинации в отличие от сенестопатий носят предметный характер, больной четко описывает свои ощущения: «паутина на лице», «ползание насекомых». Характерным симптомом для некоторых интоксикаций, в частности циклодолом, является «симптом исчезающей сигареты», при котором больной явно ощущает наличие зажатой между пальцами сигареты, но когда подносит руку к лицу, сигарета исчезает. У некурящих это может быть мнимый стакан воды.

Термические – ощущение тепла или холода.

Гигрические – ощущение влаги на поверхности тела (крови).

Гаптические – внезапное ощущение прикосновения, хватания.

Кинестетические галлюцинации – ощущение мнимого движения.

эротические — мнимое ощущение непристойных манипуляций на половых органах

стереогностические — мнимое ощущение присутствия в руке предмета.

Висцеральные галлюцинации - мнимое ощущение живых существ внутри организма.

Моторные галлюцинации — мнимые ощущения движения частей тела (качание головы, сжимание пальцев). Вестибулярные галлюцинации - мнимое ощущения ползания, кувыркания.

Галлюцинации общего чувства (висцеральные, телесные, interoцептивные, энтероцептивные) проявляются ощущениями наличия внутри тела инородных предметов или живых существ.

Для больного ощущения имеют точную локализацию и «предметность». Больные четко описывают свои ощущения («змеи в голове», «гвозди в желудке», «черви в плевральной полости»).

Речедвигательные галлюцинации – ощущение, что речевой аппарат совершает движения и произносит слова помимо воли больного. По сути, является **вариантом идеаторного и двигательного автоматизмов**.

4) Вкусовые галлюцинации – чувство в ротовой полости непривычных вкусовых ощущений, обычно неприятных, не связанных с приемом пищи. Нередко являются причиной отказа больного от еды.

5) Обонятельные галлюцинации – мнимое восприятие запахов, исходящих от предметов или от собственного тела, чаще неприятного характера. Нередко сосуществуют с вкусовыми.

Могут наблюдаться в виде моносимптома (**галлюциноз Боннера** – неприятный запах от собственного тела).

Ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации) Были впервые описаны Кандинским.

Характерные признаку:

- не проецируются в реальном пространстве
- носят назойливый характер
- не имеют характера объектной деятельности и не смешиваются с реальными объектами

Больной четко разграничивает реальность и галлюцинаторный образ.

Характерна **интеропроекция**, голоса звучат «внутри головы», образы возникают перед внутренним взором, или источник находится в недостижимости органов чувств



Истинные галлюцинации

больной воспринимает галлюцинаторные образы как **часть реального мира**, содержание галлюцинаций отражается в поведении больного.

Больные «стряхивают» мнимых насекомых, спасаются бегством от чудовищ, разговаривают с мнимыми собеседниками, затыкают уши, что может являться объективным признаком их наличия. Характерна экстрапроекция, т. е. образы проецируются вовне или в реальное пространство в пределах досягаемости. Течение, как правило, острое.

Характерны для экзогенных психозов (отравления, травмы, инфекции, психогении). Критика больного к переживаниям отсутствует (голоса из космоса,

телепатическая связь, астрал и т. д.). Почти всегда присутствует

чувство сделанности,

насильственности. Больной

«понимает», что образы

передаются только ему. Течение,

как правило, хроническое. Может

наблюдаться критическое

отношение к переживаниям,

однако на высоте психоза критика

отсутствует. Наблюдаются при

эндогенных психозах



Извините,
тут мальчик
в чёрном плаще
не пробежал?

Пацаны!
Это же Джонни
Депп!

Хммм... Теперь меня
приследуют агенты.
Раньше такого
никогда не случилось.

Так я им и сказал,
что бесчувственного
мальчика понесли в
подвал заключенного
дома...

Bugger!

В зависимости от условий возникновения галлюцинаций:

функциональные — всегда слуховые, появляются лишь при реальном звуковом раздражителе. Но в отличие от иллюзий реальный раздражитель не сливается (не подменяется) с патологическим образом, а сосуществует с ним

рефлекторные — заключаются в том, что правильно воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ними галлюцинаторного. Например, больной слышит реальную фразу – и тут же в голове начинает звучать подобная фраза.

гипногогичные — возникают в состоянии засыпания

гипнопомпические — в состоянии пробуждения

Эти два вида галлюцинаций часто относят к разновидности

психогенные — возникают через некоторое время после психической травмы и отражают ее содержание



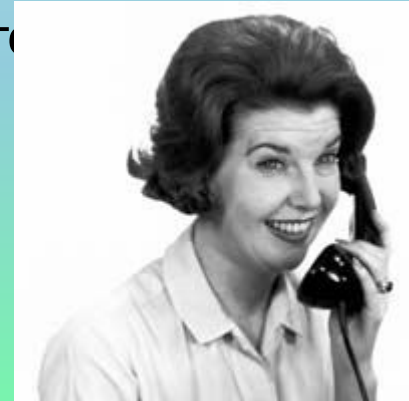
Апперцептивные галлюцинации появляются после волевого усилия больного. Например, больные шизофренией нередко «вызывают» у себя голоса.

индуцированные - возникают под влиянием внушения

галлюцинации могут быть внушенные и вызванные.

Одна из методик психиатрии использует **СИМПТОМ**

Ашаффенбурга, когда больному дают послушать заранее отключенный телефон, таким образом проверяя его слуховым галлюцинациям.



Или же **симптом Рейхардта** - симптом чистого листа: больному дается абсолютно чистый лист бумаги и предлагается рассказать о том, что на нем изображено.



Психосенсорные расстройства – нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения предметов в пространстве и (или) размеров, веса собственного тела (расстройство схемы тела).

Микропсия – уменьшение размеров видимых предметов.

Макропсия – увеличение размеров видимых предметов.

Метаморфопсии – нарушение восприятия пространства, формы и величины предметов.

Поропсии – нарушение восприятия пространства в перспективе (вытянутые или спрессованные).

Полиопсии – при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько.

Оптическая аллестезия – больному кажется, что предметы якобы находятся не на своем месте.

Дисмегалопсии – изменения восприятия предметов, при которых последние кажутся перекрученными вокруг своей оси.

Аутометаморфопсии – искаженное восприятие формы и размеров собственного тела. Расстройства возникают при отсутствии зрительного контроля.

Нарушение восприятия течения времени (тахихрония – субъективное ощущение ускорения времени, брадихрония – замедление). Часто отмечается при депрессии и маниакальных состояниях.

Нарушение восприятия последовательности временных событий.

Сюда относятся явления :

«уже виденного» – *deja vu*

«уже слышанного» – *deja entendu*

«уже испытанного» – *deja vecu*

«никогда не виденного» – *jamais vu*

«не слышанного» – *jamais entendu*

«ранее не испытанного» – *jamais vecu.*

В первом случае у больных в новой, незнакомой обстановке возникает ощущение, что эта обстановка им уже знакома. Во втором – хорошо известная обстановка кажется как будто увиденной впервые.

Психосенсорные расстройства по отдельности возникают редко. Обычно отдельные симптомы психосенсорных расстройств рассматривают в рамках двух основных синдромов: **синдрома дереализации и синдрома деперсонализации.**

Эти нарушения наиболее часто встречаются при экзогенно-органических

Синдромы расстройств восприятия

Галлюциноз – психопатологический синдром, ведущим расстройством которого являются галлюцинации. Галлюцинации, как правило, возникают в одном анализаторе, реже в нескольких. Возникающие аффективные расстройства, бредовые идеи, психомоторное возбуждение носят вторичный характер и отражают содержание галлюцинаторных переживаний. Галлюцинозы возникают на фоне ясного сознания.

Расстройства могут протекать остро, при этом характерна яркая галлюцинаторная симптоматика, галлюцинаторное возбуждение, выражен аффективный компонент психоза, возможно образование бреда, может отмечаться психотически суженное сознание.

При хроническом течении галлюциноза аффективный компонент угасает, галлюцинации становятся привычным для больного моносимптомом, нередко появляется критическое отношение к расстройствам.

Острый слуховой (вербальный) галлюциноз. Ведущим симптомом являются слуховые (вербальные) галлюцинации.

В прод-ромальном периоде характерны элементарные слуховые галлюцинации (акоазмы, фонемы), гиперacusия.

На высоте психоза характерны истинные галлюцинации (звуки доносятся извне – из-за стены, из другой комнаты, из-за спины). Больные рассказывают о том, что они слышат, с обилием деталей, и создается впечатление, будто они это видят (сценоподобный галлюциноз).

Всегда присутствует аффективный компонент – страх, тревога, злоба, угнетенность. Нередко возникает галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения, при котором в поведении больного отражается содержание галлюцинаций (больные разговаривают с мнимыми собеседниками, затыкают уши, совершают суицидальные попытки, отказываются от еды). Возможно образование вторичного бреда (галлюцинаторный бред), в бредовых идеях отражается содержание галлюцинаций и аффективных переживаний.

Критика к происходящему отсутствует. Сознание формально ясное, психотически сужено, больные сосредоточены на своих переживаниях.

Хронический вербальный галлюциноз – проявление, как правило, ограничена галлюцинаторной симптоматикой.

Может наблюдаться как неблагоприятный исход острого вербального галлюциноза. При этом сначала уменьшается напряженность аффекта, затем упорядочивается поведение, исчезает бред. Появляется критика к переживаниям. Галлюцинации теряют яркость, их содержание становится однообразным, безразличным для пациента (**инкапсуляция**).

Хронический вербальный галлюциноз без этапа острого психотического состояния начинается с редких галлюцинаторных эпизодов, которые учащаются и усиливаются. Иногда возможно формирование малоактуального интерпретативного бреда. Встречается при инфекционных, интоксикационных, травматических и сосудистых поражениях головного мозга. Может быть начальным признаком шизофрении, при этом он усложняется и **трансформируется в синдром Кандинского-Клерамбо**.

Педункулярный зрительный галлюциноз (**галлюциноз Лермитта**) возникает при поражении ножек головного мозга (опухоли, травмы, токсоплазмоз, сосудистые нарушения). Ведущим симптомом являются зрительные галлюцинации с экстрапроекцией на небольшом удалении от глаз, чаще сбоку. Как правило, галлюцинации подвижны, беззвучны, эмоционально нейтральны. Отношение к переживаниям критическое.

Зрительный галлюциноз Шарля Бонне возникает при **полной или частичной слепоте**. Вначале появляются отдельные незавершенные зрительные галлюцинации. Далее их число растет, они становятся объемными, сценоподобными. На высоте переживаний критика к галлюцинациям может исчезать.

Галлюциноз Ван-Богарта

характеризуется **постоянными истинными зрительными галлюцинациями**. Чаще это зооптические галлюцинации в виде красивых бабочек, мелких животных, цветов. Сначала галлюцинации возникают на эмоционально нейтральном фоне, однако со временем в структуре синдрома появляются: аффективное напряжение, психомоторное возбуждение, бред. **Галлюциноз сменяется делирием**. Характерно, что **данному галлюцинозу предшествует этап сомноленции и нарколептических приступов**.

Тактильный галлюциноз (галлюциноз Экбома).

Характерно возникновение **в пожилом возрасте**. Больные испытывают **«ползание насекомых» по коже и под кожей**. Всегда сопровождается бредом одержимости кожными паразитами (**дерматозойный бред**). Больные нередко наносят себе поверхностные порезы, чтобы извлечь мнимых паразитов.



Синдром Кандинского-Клерамбо

является своего рода **синдромом первого ранга в диагностике шизофрении**. В структуре синдрома слуховые псевдогаллюцинации, психические автоматизмы.

При **галлюцинаторной форме** синдрома преобладают слуховые псевдогаллюцинации.

При **бредовом варианте** в клинической картине преобладает бред воздействия (телепатического, гипнотического, физического). Обычно присутствуют все виды автоматизмов.

Психический автоматизм – отчуждение больным собственных психических процессов и двигательных актов – собственные мысли, чувства, движения ощущаются внушенными, насильственными, подчиненными постороннему воздействию.

Различают несколько видов психического автоматизма.

1. Идеаторный (ассоциативный) проявляется наличием ощущения вкладывания чужих мыслей, отмечаются явления открытости мыслей (ощущение, что собственные мысли становятся известны окружающим, звучат, ощущение хищения мыслей).

2. Сенсорный (чувственный) психический автоматизм заключается в возникновении ощущений, чувств как будто под влиянием внешних. Характерно отчуждение собственных эмоций, у больного появляется чувство, что эмоции возникают под влиянием посторонней силы.

3. Моторный (кинестетический, двигательный) психический автоматизм характеризуется наличием у больного ощущения, что любые движения



Наличие данного синдрома в клинической картине заболевания свидетельствует о тяжести психотического процесса и требует проведения массивной комплексной терапии.

Синдром характерен **для шизофрении**, однако некоторыми авторами крайне редко описывается при интоксикациях, травмах, сосудистых нарушениях.

Возможно развитие и так называемого **инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо**, при котором сам больной якобы обладает способностью воздействовать на окружающих. Эти явления обычно сочетаются с бредом



Дереализационный синдром.

Ведущим симптомом является отчужденное и искаженное восприятие окружающего мира в целом.

При этом возможны нарушения восприятия темпа времени (время течет быстрее или медленнее), цвета (все в серых тонах или наоборот яркое), искаженное восприятие окружающего пространства. Также могут наблюдаться симптомы по типу дежавю.

При депрессиях мир может казаться серым, время тянется медленно.

Преобладание в окружающем мире ярких красок отмечают пациенты при употреблении некоторых психоактивных препаратов.

Восприятие окружающего в красных и желтых тонах типично для сумеречных эпилептических состояний.

Изменение восприятия формы и размеров окружающего пространства характерно для интоксикаций психоактивными веществами и для органических поражений головного мозга.



Деперсонализационный синдром

выражается в нарушении самосознания, искаженном восприятии собственной личности и отчуждении отдельных физиологических или психических проявлений. В отличие от психического автоматизма, при данных расстройствах **ощущения воздействия извне отсутствуют.**



Аллопсихическая деперсонализация. Ощущение измененности собственного «я», **раздвоенности**, появление чуждой личности, по другому реагирующей на окружающее.

Анэстетическая деперсонализация. Характерны жалобы на мучительное бесчувствие. Больные утрачивают способность ощущать эмоции.

Невротическая деперсонализация. Обычно больные жалуются на **заторможенность всех психических процессов**, изменение эмоционального реагирования. Характерно навязчивое «самокопание», самоанализ.

Сомато-физическая деперсонализация. Характерны изменения восприятия **внутренних органов**, **отчуждение восприятия** отдельных процессов с утратой их чувственной яркости. Отсутствие удовлетворения от мочеиспускания, дефекации, приема пищи, полового акта.

Нарушение схемы и размеров тела и его отдельных частей. Ощущения диспропорции тела и конечностей, «неправильного расположения» рук или ног. **Под контролем зрения явления исчезают.** Например, у больного постоянно возникает ощущение громадности пальцев рук, но при взгляде на руки эти ощущения пропадают.

Дисморфофобия. Убежденность в существовании у самого себя **несуществующего недостатка**, протекает без тяжелых расстройств

Сенесто-ипохондрический синдром.

Основу синдрома составляют **сенестопатии**, которые возникают первыми. В последующем присоединяются **сверхценные идеи** ипохондрического содержания. Больные обращаются к врачам, **психическая природа заболевания отвергается**, поэтому они постоянно настаивают на более углубленном обследовании и лечении. В последующем может развиваться **ипохондрический бред**, который сопровождается собственной трактовкой расстройств, зачастую антинаучного содержания, доверие к медикам на этом этапе отсутствует (достигает уровня открытой конфронтации).



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**