

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 психологии и наркологии (курсом 10)  
(наименование кафедры)

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

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрия  
Газенкамф Владимир Владимирович  
(ФИО ординатора)

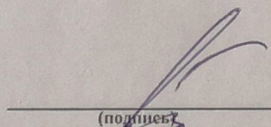
Тема реферата Восстановление личности и воспитание

#### 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)	5/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/первое

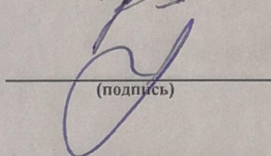
Дата: «  »    20   год

Подпись рецензента

  
(подпись)

Березовская М.А.  
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

  
(подпись)

Газенкамф В.В.  
(ФИО ординатора)

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

На тему: Расстройства ощущений и восприятия.

Выполнил: ординатор специальности Психиатрия  
Газенкамф Виталий Викторович

Проверил: д.м.н. доцент Березовская Марина Альбертовна

## Содержание

1. Введение.....	3
2. Расстройства ощущений и восприятия.....	4
1) Количественные расстройства ощущений и восприятия.	
2) Качественные расстройства ощущений и восприятия	
3. Обманы восприятия.....	7
1) Иллюзии.....	7
2) Галлюцинации.....	8
4. Выявление галлюцинаций.....	12
5. Дерезализация и деперсонализация.....	13
6. Синдром галлюциноза.....	15
7. Выводы.....	16
8. Список литературы.....	17

### **Введение.**

Основой чувственного познания является получение объективной информации об окружающем мире и внутреннем состоянии организма человека посредством работы анализаторов — зрительного, слухового, вкусового, обонятельного, тактильного и проприоцептивного. Однако анализаторы позволяют получить доступные нам в ощущениях (тепла, холода, цвета, формы, размеров, качества поверхности, тяжести, вкуса и запаха) сведения лишь об отдельных качествах предмета. Окончательное заключение о сути воспринимаемых предметов и явлений — это не просто результат суммации ощущений, а сложный процесс анализа признаков, выделение основных качеств и второстепенных (случайных) феноменов, сопоставление полученной информации с представлениями, отражающими в памяти наш прежний жизненный опыт.

**Представление** - психический феномен, в котором отражение действительности происходит с отрывом от непосредственной данности ее за счет оживления следов прошлого восприятия. Это чувственно-образное отражение действительности с помощью воспроизведения прошлого.

Например, человек имеет представление о том, что такое «стул», «платье», «кошелек», и узнаем эти предметы независимо от их цвета, размеров, замысловатой формы. Врач же, имея представление о симптомах заболеваний, узнают их в потоке несущественных сведений о состоянии больного. Отсутствие опыта делает представление неполным: так, без необходимого обучения невозможно обнаружить аускультативные признаки патологии легких даже при наличии тонкого слуха.

**Восприятие** – психический феномен, включающий неаддитивную сумму ощущений с их мнестической, эмоциональной и когнитивной переработкой и дающий возможность чувственно-образного отражения предмета или явления в целом. Это первичный синтез, первичное чувственно-образное синтетическое отражение действительности.

Например, слабоумный больной может хорошо рассмотреть белый халат врача, окружающую обстановку палаты, но не в состоянии ответить на вопрос, где он находится, какова профессия его собеседника. Психика здорового человека воссоздает целостную картину явления даже в том случае, если нарушения в работе органов чувств не позволяют ему получить полную информацию. Так, человек со сниженным слухом может догадаться о смысле сказанного, даже не расслышав одно из сказанных слов. При слабоумии и человек с хорошим слухом нередко производит впечатление

слабослышащего, потому что он не понимает смысла услышанных слов, может перепутать слова, сходные по звучанию, несмотря на их неуместность, несоответствие ситуации.

### **Расстройства ощущений и восприятия**

Расстройства ощущений бывают связаны с поражением периферических и центральных частей анализаторов, с нарушением проводящих путей ЦНС. Так, ощущение боли обычно указывает на раздражение болевых рецепторов болезненным процессом, а также может представлять собой поражение проводящих нервных стволов (фантомные боли).

#### **1. Количественные расстройства ощущений и восприятия.**

К количественным нарушениям ощущений и восприятия относятся: нарушение темпа восприятия, гиперестезия, гипестезия, анестезия. Они могут проявляться в деятельности различных органов чувств.

**Гиперестезия** — общее снижение порога чувствительности, воспринимающееся больным как эмоционально неприятное чувство с оттенком раздражения. Это приводит к резкому повышению восприимчивости даже чрезвычайно слабых или индифферентных раздражителей. Больные жалуются, что не могут заснуть, потому что «будильник тикает прямо в ухо», «накрахмаленная простыня гремит, как трамвай», «луна светит прямо в глаза». Недовольство вызывают явления, прежде просто не замечавшиеся больным (звук капающей из крана воды, стук собственного сердца). Гиперестезия — одно из наиболее характерных проявлений астенического синдрома, в составе которого она наблюдается при многих психических и соматических заболеваниях. Это нозологически неспецифичный симптом, указывающий на общее состояние истощения психической деятельности. В качестве основного расстройства гиперестезия выступает при наиболее мягких невротических заболеваниях (неврастении).

**Гипестезия** — общее снижение чувствительности, проявляющееся неприятным чувством измененности, блеклости, серости окружающего мира. Больные отмечают, что перестают различать оттенки цвета, вкус пищи; звуки кажутся им приглушенными, неинтересными, доносящимися как будто издали.

Гипестезия характерна для состояния депрессии. При этом синдроме она отражает общий пессимистический фон настроения больных, подавление влечений и общее снижение интереса к жизни.

**Истерическая анестезия** — функциональное расстройство, возникающее у Личностей с демонстративными чертами характера непосредственно после действия психотравмы. При истерии возможна как утрата кожной (болевогой, тактильной) чувствительности, так и потеря слуха или зрения. О том, что информация поступает в мозг, можно судить по наличию вызванных потенциалов на ЭЭГ. Однако сам больной совершенно уверен, что имеется грубое расстройство чувствительности. Поскольку такое состояние формируется по механизму самовнушения, конкретные проявления анестезии могут сильно отличаться от симптомов при органических неврологических поражениях и при болезнях органов чувств.

Так, области кожной анестезии не всегда соответствуют типичным зонам иннервации. Важным признаком функционального истерического характера расстройств является наличие безусловных рефлексов, например рефлекса «слежения взора» (при сохранении зрения глаза фиксированы на объектах и не могут двигаться одновременно с поворотами головы). При истерической кожной анестезии возможно атипичное сохранение реакции на холодные предметы при отсутствии болевой чувствительности.

При истерическом неврозе анестезия может наблюдаться относительно продолжительное время, однако чаще она возникает у демонстративной личности как преходящая реакция на конкретное психотравмирующее событие.

Помимо общего снижения или повышения чувствительности, проявлением психического расстройства бывает возникновение атипичных или патологически извращенных ощущений.

## 2. Качественные расстройства ощущений и восприятия

К качественным расстройствам относятся извращения ощущения, в частности, такие, как паросмия (извращение обонятельных ощущений) и парагевзия (извращение вкусовых ощущений), которые трудноотличимы от обонятельных и вкусовых иллюзий и галлюцинаций. Наблюдаются они при инфекционных, интоксикационных психозах, в частности, типичны при отравлении тетраэтилсвинцом (Равкин И.Г., 1948), при энцефалитах, постгриппозных астениях, в постприпадочных состояниях при эпилепсии, при отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы.

К этой же группе перцептивных расстройств относятся **парестезии**. Это своеобразные неприятные, тягостные протопатического характера

тактильные ощущения типа ползания «мурашек», покалывания. В отличие от сенестопатий, парестезии возникают при патологическом раздражении нервных стволов или периферических окончаний, при поражении сосудов кожи и самой кожи. Обычно они ослабевают при лечении, направленном не только на центральную, но и на периферическую патологию.

**Сенестопатии** — симптом психических расстройств, проявляющийся крайне разнообразными, всегда чрезвычайно субъективными, необычными ощущениями в теле, неопределенный, недифференцированный характер которых вызывает у больных серьезные затруднения при попытке точно описать испытываемое чувство. У каждого больного оно совершенно уникальное, не схожее с ощущениями других больных: одни сравнивают его с шевелением, трепетом, бурлением, вытягиванием, сжиманием; другие не находят в языке слов, адекватно отражающих их чувства, и выдумывают собственные определения («хвыкает в селезенке», «шурундит в затылке», «свинтит под ребрами»). Иногда сенестопатии напоминают соматические жалобы, однако при уточнении больные нередко сами подчеркивают психологический, неорганический характер расстройств («чувствую, что слипается анус», «кажется, что отрывается голова»). При сравнении с физическим чувством боли пациенты четко указывают на значительное отличие («лучше, уж, чтоб просто болело, а то ведь прямо наизнанку выворачивает»).

Сенестопатии не являются нозологически специфичным симптомом: они могут встретиться при мягких неврозоподобных формах шизофрении и различных органических поражениях головного мозга, сопровождающихся мягкой неврозоподобной симптоматикой. При шизофрении обращает на себя внимание диссоциация между мягким, казалось бы, несущественным характером симптома и выраженной дезадаптацией больных.

### **Обманы восприятия**

К обманам восприятия относят иллюзии и галлюцинации. Это довольно сложные нарушения психики, предполагающие извращение многих механизмов процесса восприятия, чрезвычайно оживление хранящихся в памяти пациента представлений, дополненных воображением.

## 1. Иллюзии.

Иллюзии — это расстройства, при которых реально существующие объекты воспринимаются как совершенно другие предметы и объекты.

От патологических иллюзий следует отличать ошибки восприятия у психически здоровых людей при затруднениях в получении объективной информации о внешнем мире. Так, ошибки вполне естественны в затемненном помещении или при значительном шуме, особенно у людей со снижением слуха и зрения. Пользующемуся слуховым аппаратом может казаться, что люди, разговаривая между собой, называют его имя, обсуждают или осуждают его действия.

Возникновение ошибок у здорового человека нередко связано с наличием у него установки на восприятие определенного объекта, с состоянием ожидания. Так, грибник в лесу легко принимает яркий осенний листок за шляпку гриба.

Иллюзии при психических заболеваниях отличаются фантастическим, неожиданным характером, возникают, когда нет препятствий к получению достоверной информации. Нередко основой формирования таких иллюзий служит помраченное или аффективно-суженное сознание.

Аффектогенные иллюзии появляются под влиянием чрезвычайной тревоги и чувства страха, наиболее отчетливо прослеживаются у больных с острым приступом бреда, когда им кажется, что преследователи окружают их со всех сторон. В разговоре случайной группы людей пациенты слышат свое имя, оскорбления, угрозы. В нечаянных восклицаниях окружающих им мерещатся слова «война», «расстрел», «шпион». Больной спасается от погони бегством, но в разных районах города улавливает в речи прохожих все новые фразы, сообразные испытываемому им страху.

Парейдолические иллюзии (парейдолии) — это сложные фантастические образы, насильственно возникающие при рассматривании реальных предметов. При этом, помимо воли больного, нечеткий, неопределенный рисунок обоев превращается в «сплетение червей»; цветы, изображенные на чайной чашке, воспринимаются как «злые глаза совы»; пятна на скатерти принимаются за «скопище тараканов». Парейдолические иллюзии — довольно грубое расстройство психики, обычно предшествующее появлению галлюцинаций и чаще всего наблюдающееся в инициальном периоде делириозного помрачения сознания (например, при белой горячке или инфекциях с выраженной интоксикацией и лихорадкой).

От парейдолических иллюзий следует отличать естественное желание здоровых людей «пофантазировать», рассматривая облака или морозный



рисунок на стекле. У художественно одаренных людей бывает развита способность к эйдетицизму — возможность чувственно, живо представлять воображаемые объекты (например, дирижер при чтении партитуры может отчетливо слышать в голове звучание целого оркестра). Однако здоровый человек всегда четко различает реальные и воображаемые объекты, способен в любой момент по своему желанию остановить поток представлений.

## 2. Галлюцинации

Галлюцинации — это расстройства восприятия, при которых объекты или явления обнаруживаются там, где в действительности ничего нет. 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.

### **Классификации галлюцинаций.**

Существует несколько подходов к классификации галлюцинаций. Наиболее старый и традиционный способ — разделение по органам чувств. Таким образом, выделяют галлюцинации:

- *Зрительные*
- *Слуховые*
- *Тактильные*
- *Обонятельные*

Кроме того, нередко встречаются протекающие из внутренних органов галлюцинации общего чувства (висцеральные). Они могут сопровождаться ипохондрическими идеями и иногда напоминают сенестопатии, от которых отличаются отчетливой предметностью, четкостью

Так, одна больная шизофренией довольно ясно ощущала у себя внутри дракона, голова которого протягивалась сквозь ее шею, а хвост вылезал через задний проход. Различие галлюцинаций по органам чувств несущественно для диагностики. Следует лишь отметить, что зрительные галлюцинации значительно чаще встречаются при острых психозах и обычно нестойки; слуховые, напротив, нередко указывают на хронический стойкий психоз (например, при шизофрении).

Возникновение вкусовых и особенно обонятельных галлюцинаций при шизофрении обычно свидетельствует о злокачественном, резистентном по отношению к терапии варианте психоза.

Выделяют несколько особых вариантов галлюцинаций, для появления которых требуется наличие определенных условий, например сонное состояние больного. Галлюцинации, возникающие при засыпании, называются **гипнагогическими**, при пробуждении — **гипнопомпическими**. Хотя эти симптомы не относятся к чрезвычайно грубым нарушениям психики и при утомлении изредка возникают у здоровых людей, однако при тяжело протекающих соматических заболеваниях и алкогольном абстинентном синдроме они служат ранним признаком начинающегося делирия и указывают на необходимость начать специфическое лечение.

По степени сложности галлюцинации можно разделить:

- **элементарные**
- **простые**
- **сложные**
- **сценopodobные**

**Элементарные.** Примером элементарных галлюцинаций являются **акоазмы** (стук, шелчки, шорох, свист, треск) и **фотопсии** (молнии, вспышки, мышки, мелькания, точки перед глазами). Элементарные галлюцинации чаще указывают на неврологическое заболевание, поражение первичных зон коры мозга (при опухолях мозга, сосудистом поражении, в области эпилептогенного склеротического очага).

**Простые.** Простые галлюцинации связаны лишь с одним анализатором, но отличаются оформленной структурой, предметностью. Примером могут служить вербальные галлюцинации, при которых человек слышит несуществующую речь весьма различного содержания. Выделяют следующие варианты вербальных галлюцинаций:

Выделяют следующие варианты вербальных галлюцинаций:  
**комментирующие** (замечания по поводу совершаемых человеком

поступков, мыслей, возникающих у него в голове), угрожающие (оскорбляющие, намеревающиеся убить, изнасиловать, ограбить), **антагонистические** (пациент как бы становится свидетелем спора группы своих врагов и своих защитников), **императивные** (команды, распоряжения, требования в адрес больного).

Вербальные галлюцинации чаще воспринимаются человеком как вмешательство в его личную жизнь. Даже при благожелательном характере они нередко вызывают у больного раздражение. Пациенты внутренне сопротивляются наблюдению за собой, отказываются выполнять «команды голосов, однако при резком обострении заболевания бывают не в силах преодолеть настойчивые требования голоса, могут под воздействием императивных галлюцинаций совершить убийство, выпрыгнуть в окно, наносить себе ожоги сигаретой, пытаться проткнуть себе глаз. Все это позволяет рассматривать императивные галлюцинации как показание к недобровольной госпитализации.

**Сложные.** Сложные галлюцинации включают обманы со стороны сразу нескольких анализаторов. При помрачении сознания (например, при делирии) вся окружающая обстановка может полностью преобразовываться галлюцинаторными образами, так что больному кажется, будто он находится не дома, а в лесу (на даче, в морге); он нападает на зрительные образы, слышит их речь, чувствует прикосновение. В этом случае следует говорить о **сцепоподобных** галлюцинациях.

Очень важным для проведения диагностического поиска является разделение обманов восприятия на **истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.**

Последние были описаны В.Х. Кандинским (1880), который заметил, что в ряде случаев галлюцинации значительно отличаются от естественного процесса восприятия окружающего мира. Если при истинных галлюцинациях болезненные фантомы идентичны реальным объектам: наделены чувственной живостью, объемом, непосредственно связаны с предметами обстановки, воспринимаются естественно, как бы через органы чувств, то при псевдогаллюцинациях одно или несколько из этих свойств может отсутствовать. Поэтому псевдогаллюцинации расцениваются большим не как настоящие предметы и физические явления, а как их образы. Это означает, что при псевдогаллюцинациях человек видит не предметы, а «образы предметов», улавливает не звуки, а «образы звуков»

В отличие от подлинных предметов псевдогаллюцинаторные зрительные образы лишены телесности, весомости, находятся не среди существующих предметов, а в эфире, в другом воображаемом пространстве, в сознании больного. У звуковых образов отсутствуют обычные характеристики звука — тембр, высота, направление. Псевдогаллюцинации нередко воспринимаются, по утверждениям пациентов, не органами чувств, а «внутренним взором», «внутренним слухом». Необычный, неестественный характер переживаемого вынуждает больных полагать, что на них оказывается воздействие, что образы специально вкладываются им в голову с помощью технических устройств (лазеров, магнитофонов, магнитных полей, радаров, радиоприемников) или посредством телепатии, гипноза, колдовства, экстрасенсорного воздействия.

Если при истинных галлюцинациях звуки и воображаемые объекты, как и реальные предметы, находятся снаружи от больного (экстрапроекция), то при псевдогаллюцинациях они могут исходить из тела больного, его головы (интрапроекция) или приниматься из областей, недоступных нашим органам чувств (проекция вне границ чувственного горизонта), например с Марса, из другого города, из подвала дома.

#### Основные отличия истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций

Истинные галлюцинации	псевдогаллюцинации
1. Не сопровождаются чувством воздействия извне.	1. Сопровождаются чувством воздействия извне
2. Соотносятся с объективным пространством	2. Не соотносятся
3. «Слышатся и видятся» с такого расстояния, откуда возможно реальное восприятие	3. Воспринимаются с не реального расстояния
4. Для сознания больного нет отличий от самой реальности	4. Чувственно более блеклые-«голоса» воспринимаются «как по телефону, глухо»
5. Влияют на поведение больного	5. Не влияют на поведение больного
6. У больного имеется ощущение, что окружающие чувствуют то же самое, параллельно с ним	6. Имеется убеждение в сугубо индивидуальном характере переживаний
7. Усиливаются к вечеру	7. Не характерно колебание интенсивности в зависимости от времени суток.

Так же, истинные галлюцинации не представляют собой психологически специфичного явления, могут наблюдаться при широком круге экзогенных, соматогенных и органических психозов.

Принципиально возможно их появление и при остром приступе шизофрении (особенно при дополнительном воздействии интоксикационных факторов или соматическом заболевании). Однако наиболее ярко они проявляются при делириозном помрачении сознания.

### Выявление галлюцинаций

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. Сознавая 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, скрывает в беседе с группой докторов, но охотно доверит их своему лечащему врачу.

### Дереализация и деперсонализация

**Дереализацией** называют ощущение измененности окружающего мира, производящее впечатление «нереального», «чуждого», «искусственного», «подстроенного». **Деперсонализация** — это болезненное переживание собственной измененности пациента, утраты собственной идентичности, потери собственного Я. В отличие от психосенсорных расстройств нарушение восприятия не затрагивает физических свойств окружающих предметов, а касается их внутренней сути. Больные с дереализацией подчеркивают, что, подобно собеседнику, видят того же цвета и размера предметы, но воспринимают окружающее как-то неестественно: «люди похожи на роботов», «дома и деревья — как театральные декорации», «окружающее доходит до сознания не сразу, как бы через стеклянную стену». Больные с деперсонализацией характеризуют себя как «потерявших собственное лицо», «утративших полноту чувств», «поглупевших» несмотря на то, что прекрасно справляются со сложными логическими задачами.

Дереализация и деперсонализация редко встречаются в качестве самостоятельных симптомов — обычно они включены в какой-либо синдром. Диагностическое значение этих феноменов во многом зависит от того, в сочетании с какой симптоматикой они наблюдаются.

Так, при синдроме острого чувственного бреда дереализация и деперсонализация выступают как преходящая продуктивная симптоматика, отражающая чрезвычайно выраженные чувства страха и тревоги, свойственные этому состоянию. Причины измененности окружающего

больные видят в том, что, «возможно, началась война»; они поражены тем, что «все люди стали такими серьезными, напряженными»; уверены, что «что-то произошло, но никто не хочет» им «об этом рассказать». Собственная измененность воспринимается ими как катастрофа («может быть, я схожу с ума?!»).

Психосенсорные расстройства, дереализация и деперсонализация могут быть проявлением эпилептиформных пароксизмов. Примерами подобной симптоматики являются приступы с **чувством уже виденного (deja vu)** или **никогда не виденного (jamais vu)**. Во время подобного приступа человек, находящийся дома, может внезапно почувствовать, что оказался в совершенно незнакомой обстановке. Это чувство сопровождается выраженным страхом, растерянностью, иногда психомоторным возбуждением, но через несколько минут так же внезапно проходит, оставляя лишь тягостные воспоминания о пережитом.

Наконец, деперсонализация нередко служит проявлением негативной симптоматики, свойственной шизофрении. При мягком малопрогрессирующем течении заболевания необратимые изменения личности в первую очередь становятся заметны самому больному и вызывают у него тягостное чувство собственной измененности, ущербности, утраты полноты чувств. При дальнейшем прогрессировании заболевания эти изменения, выражающиеся нарастающей пассивностью и равнодушием, замечают и окружающие.

### Синдром галлюциноза

**Галлюциноз** — это относительно редко встречающийся синдром, выражающийся тем, что многочисленные галлюцинации (как правило, простые, т.е. в пределах одного анализатора) составляют основное и практически единственное проявление психоза. При этом не наблюдается других часто встречающихся психотических феноменов, бреда и расстройства сознания.

Поскольку при галлюцинозе обманы восприятия затрагивают лишь один из анализаторов, выделяют такие его виды:

- Зрительный
- слуховой (вербальный)
- тактильный,
- обонятельный.

Кроме того, в зависимости от течения галлюциноз может быть:

- острым (длительностью в несколько недель)
- хроническим (продолжающийся годами, иногда всю жизнь).

Наиболее типичными причинами галлюциноза являются экзогенные вредности (интоксикации, инфекции, травмы) или соматические заболевания (атеросклероз сосудов головного мозга). В большинстве случаев этим состояниям сопутствуют истинные галлюцинации. Некоторые интоксикации отличаются особыми вариантами галлюциноза.

Так, алкогольный галлюциноз чаще выражается вербальными галлюцинациями, при этом голоса, как правило, не обращаются непосредственно к больному, а обсуждают его между собой (антагонистические галлюцинации), говоря о нем в 3-м лице («он подлец», «совсем стыд потерял», «пропил все свои мозги»).

При отравлении тетраэтилсвинцом (компонент этилированного бензина) иногда возникает ощущение присутствия волос во рту, и больной все время безуспешно старается очистить рот. При кокаиновой интоксикации (как и при отравлении другими психостимуляторами, например фенамином) описывают крайне неприятный для его носителя тактильный галлюциноз с ощущением ползания под кожей насекомых и червей (симптом Маньяна). При этом больной часто царапает кожу и пытается извлечь воображаемых тварей.

При шизофрении синдром галлюциноза встречается крайне редко и представлен исключительно в форме псевдогаллюциноза (доминирование псевдогаллюцинаций в картине психоза).

## Выводы

1. Основой чувственного познания является получение объективной информации об окружающем мире и внутреннем состоянии организма человека посредством работы анализаторов - зрительного, слухового, вкусового, обонятельного, тактильного и проприоцептивного. Однако анализаторы позволяют получить доступные нам в ощущениях (тепла, холода, цвета, формы, размеров, качества поверхности, тяжести, вкуса и



запах) сведения лишь об отдельных качествах предмета. Окончательное заключение о сути воспринимаемых предметов и явлений - это не просто результат суммации ощущений, а сложный процесс анализа признаков, выделение основных (смыслообразующих) качеств и второстепенных (случайных) феноменов, сопоставление полученной информации с представлениями, отражающими в памяти наш прежний жизненный опыт.

2. Невозможно четко разграничить нарушения восприятия и внимания, поскольку внимание является интегральной психической функцией: оно участвует и в восприятии (управляя им), и в когнитивной переработке информации. Однако в диагностике нарушений восприятия можно определить ведущую причину, которая может быть первичной (структурное или функциональное поражение коры) или вторичной (расстройство внимания, аффективной, мотивационной сфер). При нарушении физиологических механизмов нарушения восприятия взаимодействуют с нарушениями внимания, аффективной и мотивационной сфер.

3. Не любое нарушение процесса ощущения и восприятия является признаком психического расстройства. Нарушения возможны при определенных условиях, таких, как временные функциональные нарушения деятельности ЦНС, например, переутомление, а также "зашумленность" внешнего фона восприятия. Патологическими признаются только те расстройства ощущений и восприятия, которые приводят к резкому нарушению познания окружающего и формированию психических расстройств.

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

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

### Список литературы

1. Учебник под редакцией В. К. Шамрея, А. А. Марченко «Психиатрия». Санкт-Петербург, 2021г
2. Руководство по психиатрии . А.С.Тиганов, А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская. 2018г
3. Психиатрия . Н. Г. Незнанов и др.. Москва. 2020 г.
4. Общая психопатология : учебно- методическое пособие Редактор Ю. В. Киселёва. 2021 г.
5. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание. Второе Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; 2021 г.