

**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: «ПСИХОСЕНСОРНЫЕ
РАССТРОЙСТВА»**

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Березовская М.А.
Ординатор: Щетникова А.С.

Красноярск 2020 г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ.....	4
ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ	4
МЕТАМОРФОПСИИ.....	5
АУТОМЕТАМОРФОПСИИ	6
РАССТРОЙСТВО ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ	7
ВЫВОД	8
ИСТОЧНИКВ	8

ВВЕДЕНИЕ

Психосенсорные расстройства наблюдаются практически при всех психических заболеваниях, эпилепсии, при пограничных состояниях, а также в легкой и кратковременной форме у психически здоровых людей при эмоциональных нагрузках, соматических заболеваниях, после родов. У пациентов, употребляющих курительные смеси, содержащие каннабиоиды («спайсы»), в состоянии токсического опьянения наряду с прочими обнаруживаются симптомы дереализации и деперсонализации. При синдроме артериальной гипертензии у ряда пациентов также наблюдалось пароксизмальное возникновение синдрома дереализации, клинически проявляющегося «ощущением нечеткости окружающего», «искажением пространственных очертаний, контуров», «ощущением незнакомости окружающего».

К деперсонализации относят как неврозоподобные, так и психотические расстройства, что связано с особым, промежуточным ее положением в когорте психопатологических синдромов. Деперсонализацию, психосенсорные расстройства, состояния «уже виденного» и «никогда не виденного» относят к расстройствам восприятия. Другие авторы психосенсорные расстройства причисляют к рецепторным расстройствам, деперсонализацию - к расстройствам самосознания или к комплексу психологических защит на острый эмоциональный стресс.

Что касается распространенности деперсонализации, то по оценке DSM-V, половина всех взрослых испытали, по крайней мере, один эпизод деперсонализации или дереализации. Однако, постоянные или повторяющиеся эпизоды, испытывает менее 2% взрослого населения. Средний возраст начала составляет 16 лет, хотя симптомы могут появиться в детстве. Имеются данные, что 97% всех опрошенных психически здоровых хотя бы раз в жизни испытывали *déjà vu*. Наиболее часто этот феномен встречается у молодых людей не зависимо от пола, дебютирует в 6-7 лет и имеет несколько возрастных пиков: в подростковом возрасте и около 40 лет.

Психосенсорные расстройства иногда считаются промежуточными между расстройствами сознания и восприятия. К ним относятся переживания деперсонализации и дереализации.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

Деперсонализация выражается в следующих симптомах:

— изменения «Я», своеобразные ощущения трансформации, чаще негативной, собственной личности, сопровождающиеся страхом сойти с ума, переживанием собственной ненужности, пустоты смысла жизни и утраты желаний. Это состояние характерно для аффективных расстройств и некоторых неврозов.

Целый день я лежу на диване у выключенного телевизора и смотрю на стену, невозможно двинуться потому, что ничего не хочется. Механически ем, иду в туалет, редко умываюсь. Конечно, я собой недоволен, но что можно сделать? Хочется иметь желания, но их нет. Все от меня чего-то ждут, но мне все равно, потому что ничего не хочется.

— расщепление «Я», типичное для шизофрении и диссоциативных расстройств, выражается в чувстве наличия в себе двух и более личностей, каждая из которых имеет собственные намерения, желания.

Трудно выбрать решение, если я буду поступать как раньше, это будет неискренне, потому, что теперь я другой, хотя какой, точно не знаю. Тот — прежний был хорошим и слабым человеком, этот плохой, но сильный. Конечно, теперь меня никто не понимает, потому что я сам не знаю, кто я такой. Поступаешь как раньше — ничего не получается, делаешь как теперешний — и тобой никто не доволен. Лучше уж вообще ничего не делать.

— изменение схемы тела, выражается в аномальном восприятии длины конечностей, укорочении или вытягивании рук и ног, изменениях формы лица, головы. Состояние, наблюдаемое в результате органических расстройств.

Эти синяки у меня на лице потому, что я ровнял свое лицо. Оно почему-то становилось треугольным в области скул и на подбородке, на виске будто была пробоина, хотя она не была заметна в зеркале. Я взял пластырь и заклеил, потом использовал сапожный нож и пошла кровь.

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ

Дереализация выражается в изменении:

- цвета, например, при депрессиях мир может казаться серым или с преобладанием синих тонов, что особенно хорошо заметно в творчестве художников, например Э. Мунка, который в периоды депрессий пользовался преимущественно черным, синим и зеленым цветами. Преобладание в окружающем ярких красок отмечают пациенты с маниакальными

состояниями и при употреблении атропиноподобных препаратов.

Восприятие красных и желтых тонов или пожара типично для сумеречных эпилептических состояний.

Вы, вероятно, заметили, что картины у меня в двух гаммах. Вот эта серия вся посвящена ночи и времени сразу после захода солнца, здесь больше зелени и темно-синего, а эта в пастельных и больше теплых тонах, это в основном портреты. В первом состоянии мне вообще не хочется видеть и рисовать людей, а во втором - наоборот, я постоянно общаюсь.

- формы и размеров: окружающее может увеличиваться или уменьшаться (синдром Алисы в Стране чудес), приближаться и удаляться, постоянно трансформироваться. Правую сторону пациент может воспринимать как левую и наоборот (синдром Алисы в Зазеркалье). Состояния такого рода характерны для интоксикаций психоактивными веществами и для органических поражений головного мозга.

Это состояние появилось после первой затяжки гашиша. Сначала стал будто выше метра на три и сверху на все смотрел, потом увеличилась комната и звуки стали слышны откуда-то издалека. Когда ходишь на таких длинных ногах, все время боишься ступить куда-нибудь не туда, и страшно даже смотреть на ноги - так они далеко.

- темпа и времени: окружающее может казаться чрезвычайно быстро изменяющимся, подобно кадрам старого кино (синдром кинематографа) или, напротив, кажется затянутым. В одних случаях кажется, что месяцы бегут как мгновения, в других - ночи нет конца. Пациенты могут говорить о том, что замечают один и тот же стереотипно повторяемый сюжет. Все указанные переживания связаны с эмоциональностью, например, при хорошем настроении кажется, что время течет быстрее, а при плохом - медленнее.

Когда пришли гости, я спал. Они говорили о каких-то деньгах, потом смеялись, потом ушли, но затем вдруг все повторилось, опять поздоровались, зашли, стали говорить, смеяться, но были новые подробности, стук посуды, потом опять все повторялось много раз. Подумал: сколько же все это длится и когда это кончится?

МЕТАМОРФОПСИИ

Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства в целом. Предметы кажутся увеличенными — **макропсия**, уменьшенными — **микропсия**, перекрученными вокруг оси, удлинёнными, скошенными — **дисмегалопсия**. Вместо одного видится несколько одинаковых предметов — **полиопсия**. Искажение схемы воспринимаемых предметов обычно

сопровождается изменением восприятия структуры пространства. Оно сокращается, удлиняется, предметы отдаляются, приближаются, улица кажется бесконечно длинной (порропсия), здания видятся более высокими, низкими, короткими, чем они есть на самом деле. Метаморфозии возникают вследствие органического повреждения теменно-височных отделов головного мозга. Поскольку восприятие пространственных отношений обеспечивается правым (субдоминантным) полушарием, следует ожидать, что метаморфозии связаны с топикой очага поражения в правой гемисфере. Весьма часто метаморфозии наблюдаются в клинической структуре парциальных эпилептических припадков. Нередко встречаются жалобы пациентов, внешне напоминающие метаморфозии, но в действительности обусловленные иными причинами. «Все как-то отодвинулось, воспринимается маленьким, как на удаленном расстоянии». Здесь нет собственно искажения восприятия размеров и структуры предметов, речь идет об утрате сопереживания, эмоционального отклика, ощущения чуждости окружающего.

АУТОМЕТАМОРФОПСИИ

Искажение формы или величины своего тела. При тотальной аутометаморфозии тело воспринимается увеличенным — **макросомия**, уменьшенным — **микросомия**. При **парциальной аутометаморфозии** увеличенными либо уменьшенными воспринимаются отдельные части тела. Иногда чувство увеличения одной части тела воспринимается одновременно с ощущением уменьшения другой. Тело, какая-либо его часть может восприниматься изменившейся лишь в одном измерении — казаться удлиненной, вытянутой, укороченной. Изменения могут касаться объема, формы: утолщение, похудание. Голова, к примеру, кажется «квадратной». Указанные нарушения возникают чаще при закрытых глазах, под контролем зрения исчезают. Они могут быть постоянными, либо эпизодическими, появляющимися особенно часто при засыпании. При резко выраженных нарушениях тело воспринимается искаженным до неузнаваемости, в виде бесформенной массы. Так, при закрытых глазах больная ощущает свое тело в виде лужицы, растекающейся по стулу, сбегающей на пол и расплывающейся по его щелям и трещинам. При открытых глазах тело воспринимается нормально. Может быть нарушено восприятие положения частей тела в пространстве: голова кажется повернутой затылком вперед, ноги и руки — вывернутыми, язык — свернувшимся в трубочку. У одной из больных появлялось ощущение, будто ноги подняты вверх, охватили шею и сплелись вокруг нее. Встречается нарушение восприятия единства тела, отдельные его части ощущаются в разобщении друг от друга. Голова воспринимается на некотором расстоянии от туловища, крышка черепа как бы приподнимается и висит в воздухе, глаза вышли из орбит и находятся впереди лица. При ходьбе кажется, будто нижняя часть тела идет впереди, а верхняя находится позади, ноги ощущаются где-то сбоку. Тело может восприниматься как механическое соединение отдельных частей, «рассыпавшимся, склеенным».

Явления аутометаморфозии неоднородны. Часть их несомненно, обусловлена локальными органическими повреждениями головного мозга, в других случаях их следует рассматривать в контексте соматопсихической деперсонализации. Дифференциальная диагностика весьма затруднена. Обманы ориентации в пространстве могут проявляться в виде синдрома поворота окружающего. Окружающее кажется повернутым на 90 или 180° в горизонтальной, реже — в вертикальной плоскости. Различают просоночный, ситуационный и «припадочный» варианты синдрома поворота окружающего (Короленок, 1945). В первом случае нарушение ориентации возникает в состоянии просоночной оглушенности, обычно в темноте при закрытых глазах. Проснувшись, больной долго не может сообразить, где находится дверь, окна, в какой стороне его голова, ноги. Ситуационные обманы ориентации возникают в бодрствующем состоянии при функционирующем зрении, но лишь в особой пространственной ситуации—локализации основного ориентира вне поля зрения. «Припадочный» вариант синдрома поворота наблюдается в бодрствующем состоянии, в обычной пространственной ситуации и связан, как предполагается, с преходящими вегетативно-сосудистыми нарушениями в системах, обеспечивающих восприятие пространства. Может сочетаться с явлениями дереализации.

РАССТРОЙСТВО ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ

Нарушение восприятия скорости и плавности течения времени, а также темпа течения реальных процессов. Течение времени может восприниматься ускоренным — время идет быстро, незаметно, длительность временных интервалов кажется резко сократившейся. *Больная сообщает, что не замечает, как идет время. Ей кажется, что не наступил и полдень, тогда как на самом деле уже вечер. Она прилегла немного отдохнуть и не заметила, как прошел день. Утром просыпается с чувством, что только что легла, едва успела закрыть глаза, ночь пролетела в одно мгновение.*

Течение времени может восприниматься замедленным — *«ночь, кажется, никогда не кончится... просыпаюсь с ощущением, что должно быть утро, погляжу на часы, а спал всего несколько минут...»*. Иногда возникает чувство остановки времени: *«Время не идет, стоит на месте»*. Может появляться ощущение дискретности времени, его разорванности — в сознании фиксируются лишь отдельные моменты, а интервалы между ними не оставляют в памяти никакого следа, прерывается цепь событий, время внезапно, без последовательного развития, в виде скачка становится прошлым. *«Кажется, за утром тотчас следует вечер, солнце тут же сменяется луной, люди идут на работу и сразу возвращаются обратно...»*. Может утрачиваться различие между прошлым, настоящим и будущим: *«Прошрое, настоящее и будущее находится в одной плоскости, они рядом, и я могу переставить их, как карточки, с одного места на другое. Не удивлюсь, если увижу на улице рыцаря или гладиатора — они для меня не в прошлом, а в сегодня. Я говорю с вами сейчас, и это останется во мне как то, что*

происходит теперь, а для вас уйдет в прошлое. Будущее тоже происходит сейчас, это не то, что будет когда-то, но уже существует в данный момент». Бывает так, что отдаленные события (вспоминаются как только что происшедшие, а случившееся совсем недавно относится к давно минувшему. Темп течения реальных процессов также может восприниматься ускоренным либо замедленным. Кажется, что транспорт, люди двигаются быстрее обычного, все воспринимается как на ускоренной киноплёнке — цайтрафтер. Иногда, напротив, движения и речь окружающих кажутся замедленными, машины едут необычайно медленно — цайтлюпен. Восприятие себя может проецироваться вовне. Так, возбужденная больная считает, что это окружающие люди беспокойны и очень быстро двигаются; замедлены движения не у нее, а у присутствующих.

ВЫВОД

Психосенсорные расстройства не являются нозоспецифичными для установления психиатрического диагноза. Их наблюдают как при невротических расстройствах, так и при эндогенных заболеваниях, а так же психосенсорные расстройства могут входить в структуру более сложных синдромов. Помимо перечисленного, психосенсорные расстройства могут сопровождать ряд неврологических заболеваний. По этим причинам необходимо уделять особое внимание дифференциальной диагностики при данной группе симптомов.

ИСТОЧНИКВ

1. Жмуров В.А. Общая психопатология.—Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1986. - 280 с.
2. Руженкова В.В., Руженков В.А., Быкова А.А., Колосова М.А. Деперсонализация и психосенсорные расстройства у лиц молодого возраста, не обращающихся за помощью к психиатру (распространенность, клинические особенности и систематика) // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2018. Т. 26, №1. С. 70-85. doi: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85.
3. П.Н. Власов, А.В. Червяков Феномен Дежа Вю // Медицинский вестник Башкортостана 2011.
4. Психиатрия и медицинская психология - И. И. Иванец и др. – 2014.
5. Психиатрия. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям для специальности ординатуры 31.08.20 – Психиатрия. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 1093 с.

ФГБОУ «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____

Рецензия _____ зав. Кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия

Щетниковой Анастасии Сергеевны

Тема реферата: «Психосенсорные расстройства».

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 литература (не старше 5 лет)	
9. Наличие общего вывода по теме	
10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: «__» _____ 2020 год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора _____ Щетникова А.С.