

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат

Патология чувственного познания

Зав. кафедрой Березовская Марина Альбертовна

Выполнила Данилина Ольга Анатольевна

Красноярск 2023г

Оглавление	3
Актуальность	4
Этапы обработки информации	7
Классификация патологии чувственного познания	8
Количественные патологии ощущения	10
Качественные патологии ощущения	12
Патология восприятия	12
Психосенсорные расстройства.....	14
Агнозия	15
Иллюзии	17
Галлюцинации	21
Список литературы	21

Актуальность

Правильная оценка действительности невозможна без получения объективной информации. Нарушения чувственного познания мира широко встречаются в психиатрической практике, поэтому невозможно составить целостную клиническую картину заболевания без оценки ощущений и восприятия. Все сведения об окружающем мире и внутреннем состоянии человек получает посредством функций анализаторов - зрительного, слухового, вкусового, обонятельного, тактильного и проприоцептивного. При этом анализаторы позволяют получить доступные 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 - 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 прежний жизненный опыт. Любой человек, например, имеет представление о том, что такое «стул», «платье», «сумка», и узнает эти предметы независимо от их цвета, размеров, замысловатой формы. Врачи, имея представление о симптомах заболеваний, узнают их в потоке несущественных сведений о состоянии больного. Описанный выше процесс чувственного познания мира, представляющий собой результат целостной работы всей психики, можно определить как восприятие.

Этапы обработки информации

Можно представить себе такую условную последовательность этапов обработки информации, проходящей путь от процесса ощущения к мышлению:

1. Ощущение
2. Восприятие
3. Представление
4. Понятие

Ощущение — первая ступень познавательной деятельности. Ощущение дает информацию *лишь об одном* каком-либо свойстве (качестве) предмета или явления при их непосредственном воздействии на органы чувств (анализаторы). Например, ощущение может дать такие сведения о свойствах окружающих нас предметов и явлений, как горячий или холодный, тяжелый или легкий, яркий или темный, громкий или тихий и пр.

Ощущения условно можно разделить на:

- **экстероцептивные** (сигналы из внешнего мира; в соответствии с анализаторами: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые ощущения)
- **проприоцептивные** (сигналы о положении тела в пространстве)
- **интероцептивные** (сигналы от внутренних органов)

Свойства ощущений (та информация, которую они дают):

- **модальность** (качество; основная информация, отображаемая данным ощущением; например, вкусовые ощущения предоставляют информацию о некоторых химических характеристиках предмета: сладкий или кислый, горький или соленый; температурная чувствительность — о температуре и пр.)
- **интенсивность** (зависит от силы действующего раздражителя и функционального состояния рецептора, определяющего степень готовности рецептора выполнять свои функции; например, при насморке интенсивность воспринимаемых запахов может быть искажена из-за затруднений в работе рецепторов)
- **длительность**
- **пространственная локализация**

Восприятие — психический процесс, позволяющий получить информацию о явлениях и предметах *в целом, в совокупности их свойств*, сформировать их целостный образ. Восприятие завершается узнаванием.

Восприятие — не просто сумма ощущений, а скорее процесс и результат их обработки. Оно включает систематизацию и интерпретацию информации, поступающей от органов чувств.

Способность к восприятию не является врожденной, процессы восприятия проходят последовательные этапы развития у ребенка в первые годы его жизни. Он постепенно учится рассматривать и различать окружающие его объекты, вслушиваться в звуки, запоминает образы и их обозначения и т.д. При этом «обучение» сложным аспектам восприятия может происходить не только у детей, но и у взрослых на протяжении всей жизни (например, становление дифференцированного восприятия оттенков вкуса у вин, звучания тонов сердца при аускультации и пр.). Как мы увидим далее, таким же постепенным, как и становление процессов восприятия, может быть и их распад при патологии соответствующих центров коры.

Можно выделить восприятие:

- предметов и явлений (предметное восприятие)
- пространства
- движения
- времени

Представление — процесс воспроизведения в памяти или воображении наглядных образов предметов или явлений, которые в данный момент не воздействуют на органы чувств (т.е. эти образы основаны на сохранившихся прошлых ощущениях и восприятиях). Представлением называют как сам процесс, так и результат этого процесса, т.е. представляемый образ.

Каждый из нас может представить перед своим «мысленным взором» образ практически любого предмета или явления, с которым ему прежде приходилось часто встречаться, или пережить хотя бы однократную, но достаточно яркую и запоминающуюся встречу. Например, мы можем представить себе образ президента своей страны, машины любимой марки, самолета, представить звучание голоса известного актера и пр. В других случаях, задавшись соответствующей целью, мы можем вообразить себе какой-либо нереалистичный образ (например, человека со 100 руками),

т.е. то, чего мы в жизни никогда не видели, однако комбинировать этот образ мы будем из того, с чем прежде встречались в жизни.

Представляемые образы обычно нестойки, т.е. когда фокус нашего внимания смещается на что-то другое, они быстро распадаются. Проецируются эти образы в некое субъективное пространство, не связанное с реальным пространством, окружающим человека в текущий момент (т.е. мы можем представить себе что-то очень большое, например самолет, размер помещения, в котором при этом находимся, не имеет никакого значения, ибо представляемые образы никак не связаны с этим реальным пространством).

Представление является переходной ступенью от восприятия к абстрактно-логическому мышлению (т.е. к абстрактным понятиям). В отличие от понятий представления еще не содержат выделения внутренних, скрытых от непосредственного восприятия закономерных связей и отношений.

Понятие — одна из логических форм мышления, высший уровень обобщения, характерный для мышления словесно-логического.

Классификация патологии чувственного познания

К патологии чувственного познания относятся патологии ощущения и восприятия.

Патология ощущений:

1. Количественные расстройства: изменения чувствительности (гиперестезия, гипестезия, анестезия)
2. Качественные расстройства: сенестопатии, синестезии, парестезии

Патология восприятия:

1. Психосенсорные расстройства
2. Агнозии
3. Иллюзии
4. Галлюцинации

Количественные патологии ощущения

Не всякий раздражитель, действующий на рецептор, вызывает ощущение. Минимальная величина (сила) раздражителя, при котором впервые возникает ощущение, называется **порогом ощущения**, или **порогом чувствительности**. В норме ощущение обычных раздражителей располагается в зоне физиологического и психологического комфорта, подпороговые раздражители не вызывают никаких ощущений, но в то же время человек обладает достаточной чувствительностью, чтобы воспринимать более сильные раздражители, которые позволяют ему получать информацию о внешнем и внутреннем мире. Количественные расстройства ощущений характеризуются изменением порога ощущений.

Гиперестезия — повышенная чувствительность к раздражителям (снижен порог ощущений).

Ощущения обычной силы приобретают неестественно резкий характер, например свет становится нестерпимо ярким, звуки — оглушительными громкими, запахи — невыносимо резкими. Кроме того, внимание больных начинают привлекать чрезвычайно слабые раздражители, которые прежде не воспринимались (были подпороговыми). К примеру, при безуспешных попытках заснуть человека начинает беспокоить звук работающего холодильника, шум капающей воды, ходьба соседей сверху, неудобная одежда, постельное белье. В некоторых случаях в большей степени беспокоят течение собственных физиологических процессов: стук собственного сердца, перистальтика кишечника и пр. Люди с гиперестезией тяготеют такими усиленными ощущениями, иногда реагируют на них с раздражением.

Гиперестезии могут быть *общими* и *частичными* (обнаруживающимися в одном или нескольких органах чувств).

Гиперестезия наиболее часто наблюдается:

- при астеническом синдроме
- при тревожных состояниях (гиперестезия здесь отражает опасения надвигающейся угрозы, желание как можно раньше выявить эту угрозу и попытаться избежать, поэтому все чувства человека в этих состояниях бывают обострены)
- при различных состояниях, сопровождаемых ипохондрическими переживаниями, в этих случаях может наблюдаться усиление interoцептивных (от внутренних органов) ощущений — висцеральная

гиперестезия, т.е. пациент «прислушивается» ко всему, что происходит в его организме, обращает внимание на малейшие ощущения, которые прежде оставлял без внимания

- при маскированных (соматизированных) депрессиях (висцеральная гиперестезия)
- при делириозном помрачении сознания (может быть заметна уже на инициальных этапах)

Гипестезия — пониженная чувствительность к раздражителям (порог ощущений повышен).

Обычные раздражители ощущаются менее яркими (горячее ощущается теплым, яркий свет — тусклым, громкий звук — тихим, пища — безвкусной и т.д.), слабые раздражители вообще не воспринимаются, в определенных случаях только раздражители большой силы могут проникать в сознание.

Анестезия — отсутствие чувствительности к раздражителям.

Психопатологические состояния, при которых может наблюдаться гипестезия или анестезия:

- депрессии (характерны жалобы пациентов: краски мира «блеклые, серые», пища — «безвкусная, пресная» и пр.)
- состояния выключения сознания
- кататонический синдром
- состояние сильного аффекта
- глубокие стадии гипноза
- диссоциативные (истерические) расстройства

Качественные патологии ощущения

Сенестопатии — неприятные, тягостные, часто мучительные ощущения, которые не имеют для своего возникновения объективных причин (констатируемых объективными методами обследования).

Локализоваться сенестопатии могут как во внутренних органах, так и в поверхностных областях тела (в коже, под кожей).

Характерные особенности сенестопатий:

- Полиморфизм, разнообразие ощущений. Пациенты могут испытывать самые разные ощущения: спазм, давление, жар, жжение, холод, лопанье, пульсацию, отслоение, разрывы, распирающие, растягивание, скручивание, стягивание, трение, дрожание и пр.
- Ощущения необычны, прежде пациент подобного не испытывал, поэтому сформулировать свои жалобы ему трудно, часто приходится прибегать к образным сравнениям («как будто...»).
- Ощущения неприятны, тягостны, иногда мучительны.
- Во многих случаях они неотступны, упорны и назойливы.
- Часто наблюдается несвойственная симптоматике соматических/неврологических заболеваний локализация ощущений — неопределенная, разлитая, причудливая, иногда мигрирующая.

Обычно сенестопатии в большей степени тягостны, чем болезненны, но существуют и **алгические сенестопатии (сенесталгии)**, которые представляют собой болевые ощущения самых разнообразных оттенков (сверлящие, ноющие, выворачивающие и др.). Сенесталгии по своим характеристикам в наибольшей степени сходны с ощущениями, которые могут возникать при соматических заболеваниях.

Важнейший пункт в разграничении сенестопатий, которые относят к патологии ощущений, и галлюцинаций, являющихся расстройствами восприятия: при сенестопатиях отсутствует предметность восприятия, т.е. пациенты не воспринимают никакого конкретного предмета, вызывающего у них неприятные ощущения, а говорят лишь о тех или иных ощущениях. Однако очень часто они приводят образные сравнения своих ощущений с действием самых разнообразных предметов и явлений (например, «в голове как будто лопаются пузырь», «кишечник как будто выкручивают», «в животе такое чувство, как будто котенок царапает» и пр.).

Появление подобных ощущений в первую очередь приводит пациентов к мыслям о наличии у них соматического заболевания и обращениям

к врачам различного профиля. Диагностика сенестопатий требует обязательного исключения возможной соматической и неврологической патологии, что, однако, бывает достаточно сложно, так как полностью исключить соматические причины во многих случаях невозможно.

Сенестопатии могут встречаться при различных состояниях, в том числе при:

- депрессиях (особенно выражены при т.н. маскированных (соматизированных) депрессиях);
- тревожных состояниях;
- органических поражениях головного мозга;
- шизофрении.

При органических заболеваниях головного мозга и расстройствах шизофренического спектра сенестопатии часто бывают необычны, причудливы и стойки.

Сенестопатии следует отличать от парестезий.

Парестезии — ощущения покалывания, онемения, ползания мурашек. Характеризуются простотой ощущений, их поверхностной локализацией. Возникают при механическом повреждении периферических нервов, при нарушении кровоснабжения конечности (например, после длительного пребывания в неудобной позе, в таких случаях о конечности говорят, что она «затекла»), при некоторых других неврологических заболеваниях, авитаминозах.

Синестезия («совместное чувство») — особенность чувственного познания, когда наряду со специфической для того или иного стимула модальностью ощущения возникают ощущения и других модальностей. Самый известный пример: цветной слух, т.е. способность вместе со звуками воспринимать определенные цвета. Сам по себе феномен синестезии не является патологией, считается, что он имеет важное значение для развития тонко дифференцированных процессов восприятия, особенно у музыкантов, художников, дегустаторов и пр.

Сенестезии — ощущения неясного тотального физического неблагополучия с различными двигательными нарушениями субъективного характера, не связанными с неврологической патологией. Сопровождаются страхом, ощущением шаткости походки («принимают за пьяных»), чувством потери равновесия, неожиданной физической слабостью («руки не слушаются»).

Патология восприятия

Психосенсорные расстройства

Психосенсорные расстройства — расстройства, для которых характерно искаженное восприятие реально существующих предметов окружающего мира, пространства или своего тела.

По искажению того или иного аспекта восприятия выделяют следующие виды психосенсорных расстройств:

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

При психосенсорных расстройствах реально существующий (в отличие от галлюцинаций) воспринимаемый объект узнается правильно (в отличие от иллюзий), но в измененной, искаженной форме.

Психосенсорные расстройства обычно наблюдаются при различных органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии (например, в виде психосенсорных припадков), интоксикациях (в том числе наркотических), при мигрени (во время приступа более искаженным воспринимается не

только окружающий мир, но и тело больного, в соответствии с локализацией боли увеличенной обычно воспринимается половина головы и глаз.

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

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

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

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

Дереализация и деперсонализация могут встречаться при различных расстройствах:

- Депрессии. В этих случаях жалобы на то, что мир «потерял краски», «стал блеклым», «безрадостным» или что информация о нем с трудом доходит до пациента — «вижу мир как через пыльное стекло» и пр. Собственные психические процессы также воспринимаются изменившимися — «эмоции стали другие», «не в состоянии испытывать прежних чувств», «перестал радоваться» (см. ангедония), «поглупел», «подурнел», «изменился, стал другим» и пр.
- Острых галлюцинаторно-бредовых психозах (в том числе при шизофрении). В этих случаях либо на начальных этапах развития психоза, либо уже вместе с развившимся чувственным бредом и галлюцинациями окружающее воспринимается измененным, нереальным (например, «люди вокруг как мертвецы», «город как декорации спектакля» и пр.), зачастую с чувством некой специальной подстроенности («все какое-то нереальное», «как будто вокруг идет

игра», «меня разыгрывают» и т.п.). Собственные психические процессы также начинают восприниматься «неестественными», в том числе с чувством их «чуждости», «навязанности» посторонними силами (см. психические автоматизмы).

- Органических поражениях головного мозга и эпилепсии.
- Астении (чувство измененности в этом случае обычно смутное, быстро преходящее, возможны явления *Deja vu*).

Агнозия

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

Агнозии наблюдаются при заболеваниях головного мозга, сопровождающихся поражением вторичных и третичных зон коры, ответственных за анализ и синтез информации, поступающей от органов чувств (при поражении первичных зон коры нарушена центральная часть анализатора, т.е. возникает, например, центральная слепота и т.д.).

В тех случаях, когда патологический процесс в соответствующих отделах головного мозга развивается постепенно (например, при атрофических заболеваниях головного мозга), выраженность агнозии также прогрессирует постепенно.

Виды агнозий

1. Зрительная

В наиболее общем случае при зрительной агнозии больной не узнает предметы, рассматривая их (при сохранности остроты зрения). В легкой степени данное расстройство может проявляться только при встрече со сложными незнакомыми предметами или стилизованными изображениями, в более выраженных случаях — при контакте с обыденными предметами (врачи часто используют в качестве экспресс-пробы способность к узнаванию того, что есть под рукой — шариковой ручки, блокнота, медицинского халата; при этом необходимо убедиться, что пациент не только не может назвать предмет, что может быть в случаях афазии, но и не понимает, зачем этот предмет нужен и как с ним обращаться), в тяжелых случаях — пациент не узнает близких, себя в зеркале, совсем не воспринимает предметы перед собой, не фиксирует на них взгляд.

2. Слуховая

Больной не понимает обращенную к нему речь, не может разобрать слова (афазия Вернике), не узнает обычных бытовых звуков (скрип двери, звонок).

3. Тактильная (астереогнозис)

Больной не в состоянии узнавать предметы на ощупь.

4. Пространственная

Больной путает право и лево, не ориентируется в схемах и картах, начинает теряться сначала в малознакомых местах (другой город, новые станции метро), затем в прежде хорошо знакомых ему местах, в наиболее выраженных случаях — в собственной квартире не может определить, в каком направлении находится туалет, кухня, утрачивает представление о высоте (что чревато опасностью падений), глубине и т.д.

Иллюзии

Иллюзии — восприятие с неправильным узнаванием реально существующих предметов и явлений. Предмет воспринимается неверно, не тем, чем он является на самом деле (например, блестящий на дороге предмет в первую минуту кажется монетой, а при ближайшем рассмотрении оказывается кусочком стекла).

Иллюзии делят:

А. В зависимости от того, в каком органе чувств они возникают (зрительные, слуховые (в том числе вербальные, словесные), вкусовые, обонятельные, тактильные).

Б. По механизму развития.

1. Иллюзии невнимательности: возникают при недостатке внимания или в условиях, затрудняющих восприятие (шум, недостаток освещения, большое расстояние и др.). Например, вместо одного слова слышится другое, близкое по звучанию (к примеру, на вечеринке, когда рядом играет громкая музыка), незнакомый человек издали принимается за знакомого и т.д. Возникновению подобных иллюзий часто способствуют ожидание восприятия определенного объекта («человек видит то, что ожидает увидеть»), например, человеку, собирающему грибы в лесу, в первое мгновение опавший лист может показаться грибом, так как его восприятие в настоящее время настроено на восприятие грибов. Иллюзии этого типа исправляются сразу же, как только мы сосредоточим наше внимание

на воспринимаемых объектах или получим о них дополнительную информацию (например, рассмотрим человека, вначале принятого за знакомого, с более близкого расстояния).

2. Аффективные иллюзии (аффектогенные иллюзии)

Возникают на фоне аффекта (выраженной эмоциональной реакции) страха, тревоги. Тревожно-мнительный человек, идущий в позднее время в незнакомом месте, слышит за собой шаги преследователя, в тених деревьев видит притаившихся людей; больной с бредом преследования, ожидающий, что его могут убить, на высоте страха, вызванного этими мыслями, слышит в нейтральных словах окружающих его людей угрозы в свой адрес, ругательства, обвинения (вербальные иллюзии), случайный предмет в руках соседа по палате кажется ножом, фонендоскоп в руках врача — удавкой и т.д. Иллюзии данного типа обычно понятны с точки зрения преобладающего в настоящий момент аффекта и могут приводить к поступкам, отражающим эти переживания (например, защищая себя от мнимых преследователей, больной может напасть на них сам).

3. Парейдолические иллюзии или парейдолии (от греч. *para* — около и *eidoles* — образ) — зрительные иллюзии, возникающие при рассматривании конфигураций линий (узорov), теней, расцветок различных объектов или поверхностей, в которых эти реальные объекты претерпевают причудливо-фантастическую трансформацию: в рисунках обоев, бликах света на стенах, облаках на небе больные начинают видеть необычные, подчас экзотические растения, животных, людей, сцены различного содержания. Иногда эти образы как бы оживают, начинают трансформироваться, что воспринимается как их движение или развитие некоего сюжета. Парейдолии возникают произвольно (помимо воли), обычно они мало связаны с каким-либо аффектом и не исчезают, когда внимание сосредотачивается на восприятии тех объектов (узорov и пр.), на основе которых они развиваются.

Иллюзии невнимательности и мимолетные аффективные иллюзии в ситуациях, предрасполагающих к волнению, могут возникать у лиц без психических расстройств.

Парейдолические иллюзии возникают при интоксикациях некоторыми психоактивными веществами (например, психодислептиками — каннабиоидами, ЛСД и пр.), при делириозном помрачении сознания, на начальных стадиях которого они предшествуют развитию галлюцинаций.

Иногда выделяют еще один вид иллюзий — **иллюзии узнавания**:

- **Симптом «отрицательного двойника»** (синдром Капгра) — знакомые люди воспринимаются как незнакомые (например, родственники или близкие были заменены двойниками, злоумышленниками, которые являются их точной копией).
- **Симптом «положительного двойника»** (синдром Фреголи) — незнакомые люди воспринимаются как знакомые (в посторонних, случайных людях узнают своих знакомых, родных и пр.).

В основе иллюзий узнавания может быть нарушение восприятия лиц, но может быть и нарушение мышления — бред.

Галлюцинации

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

Существует множество классификаций 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 микроптические — 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;
- угрожающие — угрожают расправой, наказанием, перечисляют те муки, которые его ждут и т.д.;
- восхваляющие;
- комментирующие — комментируют действия больного (пошел туда-то, делает то-то) или какие-либо события;
- императивные — повелевающие.

3. Тактильные и висцеральные — восприятие каких-либо объектов на поверхности тела (на коже или слизистых, внутри них или под ними) или во внутренних органах (в животе, мозге, сердце и пр.). Объекты могут быть как одушевленными (насекомые, черви, колдуны и т.д.) или неодушевленными (стекло, иглы, гвозди, антенны и пр.).

4. Вкусовые — появление вкуса (обычно неприятного) в ротовой полости без какого-либо реального стимула, приема пищи.

5. Обонятельные — появление запаха без реального стимула. Запах обычно неприятный, мучительный. Появление вкусовых и обонятельных галлюцинаций может приводить больных к мысли об отравленной или испорченной пище, что ведет к отказу от еды. Иногда больные считают, что сами стали источником неприятных запахов (исходящих изо рта, от тела или

связанных с деятельностью кишечника), в этих случаях они начинают избегать общественных мест, пытаются «замаскировать» мнимый запах и др.

В. По характеристикам восприятия.

По особенностям восприятия галлюцинаторных образов выделяют истинные и псевдогаллюцинации.

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 описал В.Х. Кандинский, который заметил, что у большинства больных обманы восприятия не похожи на описанные выше. Будучи уверенным в реальности воспринимаемых образов, пациенты все же замечают, что навязываемые им образы лишены телесности и объема. Они отличаются от материальных объектов, возникают внутри их сознания (интрапроекция). По этой причине псевдогаллюцинации расцениваются больными не как настоящие предметы и физические явления, а как их образы. Это означает, что в случае псевдогаллюцинаций человек видит не предметы, а образы предметов, улавливает не звуки, а образы звуков.

Псевдогаллюцинаторные зрительные образы находятся не среди существующих предметов, а в эфире, в другом воображаемом пространстве, в голове больного. У звуковых образов отсутствуют обычные характеристики звука — тембр, высота, направление. Псевдогаллюцинации нередко воспринимаются, по утверждениям пациентов, не органами чувств, а «внутренним зором», «внутренним слухом». Необычный, неестественный характер переживаемого вынуждает больных полагать, что на них оказывают воздействие, что образы специально вкладывают им в голову с помощью технических устройств (лазеров, магнитофонов, магнитных полей, радаров,

радиоприемников) или посредством телепатии, гипноза, колдовства, экстрасенсорного воздействия. Пациенты с вербальными псевдогаллюцинациями не всегда могут определить, кому принадлежит голос: ребенку или взрослому, мужчине или женщине. Иногда образы приходят из областей, недоступных органам чувств (проекции вне границ чувственного горизонта), например с Марса, из другого города, подвала дома.

Поведение пациентов с псевдогаллюцинациями также может отличаться: они не всегда спасаются бегством, нападают на воображаемых преследователей, иногда могут скрывать их от окружающих. Иногда больные пытаются экранировать себя от воздействия шлемами, металлической сеткой, фольгой. Больные убеждены, что окружающие не могут воспринимать эти образы, поскольку они якобы передаются специально для них. 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.

Г. По особым условиям возникновения.

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

- **Гипнагогические** — при засыпании, **гипнопомнические** — 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).
- **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.

Список литературы

1. Учебник «Психиатрия и медицинская психология», Иванец Н. Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., 2019 г.
2. Учебник «Психиатрия» В.К. Шамрей, А.А. Марченко, 2019 г.
3. Психиатрия: национальное руководство, Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов., 2022 г.
4. Учебник «Общая психопатология», Ю.В. Киселёва, 2021г.
5. Учебник «Психиатрия. Основы клинической психопатологии», Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2021 год

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПП
(наименование кафедры)

Рецензия Профессор, РМН Бирюкова Марина Альбертовна
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия
Ранникова Ольга Анатольевна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Патология чувственного познания

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 / хорошо /

Дата: «__» 20__ год

Подпись рецензента

(подпись)

Подпись ординатора

(подпись)

Бирюкова М. А.
(ФИО рецензента)

Ранникова О. А.
(ФИО ординатора)