**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

Тема2: **Понятие симптома и синдрома в психиатрии. Уровни психических расстройств (неврологический, психиатрический). Понятие продуктивной и негативной симптоматики. Методы исследования, применяемые в психиатрии. Ощущения и их расстройства. Нарушение восприятия.**

Цель занятия: Закрепить теоретические знания студентов по расстройству ощущений и восприятия. Научить определять методом наблюдения наличие галлюцинаций у больных.

**Студент должен знать**: Общая характеристика симптома и синдрома, особенности этих понятий в психиатрии. Негативная симптоматика (минус-симптом, дефицитарная симптоматика). Продуктивная (плюс-симптом). Определение ощущения и восприятия. Количественные и качественные расстройства. Количественные расстройства ощущений: гипестезия, гиперестезия, анестезия, алгезия. Качественные расстройства ощущения: сенестопатии, синестезии. Расстройство восприятия: иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройство (метаморфопсии, расстройстве «схемы тела», деперсонализация, дереализация). Классификация галлюцинаций. Симптомы Липмана, Рейхарда, Ашаффенбурга. Истинные и псевдогаллюцинации.

**Студент должен уметь:** диагностировать эти патологические состояния у больных.

**Содержание занятия**

**Общая семиотика психических расстройств.**

**Психопатологический симптом** – это некий, повторяющийся у разных больных феномен, указывающий на патологию, болезненное отступление от естественного течения психических процессов, ведущее к дезадаптации.

**Психопатологический синдром** – повторяющееся сочетание симптомов, тесно связанных между собой общими механизмами происхождения и характеризующие текущее состояние больного.

Различают **невротический** (невроз) и **психотический** (психоз) уровни расстройств. Невротические расстройства отличаются мягкостью и сглаженностью симптоматики, больные неврозом воспринимают окружающий мир практически так же как здоровые люди, что позволяет им самим понимать, что их недомогание – признак болезни.на психоз указывают : 1) грубые нарушения в отражении реальности – бред, галлюцинации, помрачение сознания; 2) отсутствие осознания болезни – нарушение критики; 3) неправильное, а чаще нелепое, опасное поведение – склонность к агрессии, стремление к суициду, отказ от помощи врача.

**Продуктивная симптоматика** (плюс - симптом) - новый болезненный феномен, появившийся в результате болезни, отсутствующий у здоровых людей. например бред, галлюцинации, навязчивые идеи, эпилептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение, сильное чувство тоски при депрессии.

**Негативная симптоматика** (дефект, минус - симптом) – ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, исчезновение какой-либо способности. Например утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), неспособность испытывать яркие эмоциональные чувства (аппатия).

Эти идеи были использованы в клинической синдромологии А.В. Снежневским. По нарастанию тяжести синдромов им были выделены 9 кругов для продуктивных (позитивных) синдромов: 1) эмоционально-гиперестетические, астенические расстройства, 2) аффективные, 3) невротические и деперсонализации, 4) параной­яльные и галлюцинозы, 5) галлюцинаторно-параноидные, парафренные и кататонические; 6) помрачения сознания; 7) парамнезии; 8) судорожные синдромы; 9) психоорганические.

Для негативных расстройств А.В. Снежневский выделил 10 кругов: 1) истощаемость психической деятельности; 2) субъектив­но осознаваемая измененность; 3) объективно определяемые из­менения личности; 4) дисгармония личности, включающая шизоидизацию; 5) снижение энергетического потенциала; 6) снижение уровня личности; 7) регресс личности; 8) амнестические расстрой­ства; 9) тотальное слабоумие; 10) психический маразм.

А.В. Снежневский писал, что при клиническом анализе синд­ромы искусственно изолируются и абстрагируются, а на самом деле между ними нет непреодолимых границ, каждый синдром выражает лишь один период непрерывного развития болезни.

Синдром как этап болезни может быть одинаковым при раз­личных заболеваниях. Это обусловлено тем, что приспособление к измененным условиям жизни (болезни) достигается с помощью однотипных способов реагирования. Это проявляется в виде симп­томов и синдромов, которые при развитии болезни усложняются и превращаются из простых в сложные или из малых в большие.

При разных заболеваниях их клиническая картина изменяет­ся в определенной последовательности, т.е. существует свойст­венный каждому заболеванию стереотип развития. Выделяют общепатологический стереотип развития, свойст­венный всем болезням, и нозологический стереотип, который ти­пичен для отдельных болезней (Давыдовский И.В.).

Общепатологический стереотип развития болезней предусма­тривает наличие общих закономерностей при всех этих заболева­ниях. Еще В. Гризингер пытался выделить эти закономерности для психических болезней, считая, что каждое заболевание начи­нается с депрессии, затем появляется бредовая симптоматика и заканчивается все слабоумием.

Выявлено, что на начальных этапах при прогрессирующих психических заболеваниях чаще обнаруживаются невротические расстройства, затем появляются аффективные, бредовые и психорганические. Иными словами, при прогрессирующих психиче­ских заболеваниях клиническая картина неуклонно усложняется и углубляется. Типичным примером служит формирование кли­нических проявлений при шизофрении: на начальных этапах об­наруживаются расстройства невротического уровня, астеничес­кие, фобические, затем появляются аффективные расстройства, бредовая симптоматика, усложняющаяся галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, синдромом Кандинского—Клерамбо, парафренным бредом и исходом в апатическое слабоумие.

**РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ,**

**ВОСПРИЯТИЙ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ**

***Ощущение —*** такой вид психической деятельности, который, воз­никая при непосредственном воздействии предметов и явлений ок­ружающего мира на органы чувств, отражает лишь *отдельные* свой­ства этих предметов и явлений. Например, воспринимается только цвет или консистенция предмета либо звук какого-то явления и т.д. Ощущение — самый элементарный акт познавательного процесса.

***Восприятие*** — это *целостное* отражение тех явлений или пред­метов окружающего мира, которые непосредственно воздейству­ют на наши органы чувств (человек воспринимает цветок в целом, видит его цвет и форму, чувствует запах, тонкость его лепестков).

Одним из свойств восприятия является представление, которое позволяет удерживать информацию на непосредственном уровне.

***Представление*** — это результат оживления образов или явле­ний, воспринимаемых ранее, в прошлом.

Представление отличается от восприятия следующими осо­бенностями: 1) имеет более обобщенный характер; 2) не так чет­ко, как восприятие, характеризуется определенной фрагментар­ностью и неустойчивостью; 3) у разных людей имеет различную степень яркости; 4) обладает субъективностью и индивидуально­стью, а также способностью к исчезновению.

Являясь способностью произвольно оживлять образы ранее воспринятых явлений и предметов, одни представления не обес­печивают человеку сохранение знаний. Сохранение знаний — это, прежде всего функция памяти.

Представления не бывают изолированными: в процессе по­знавательной деятельности они группируются, ассоциируются.

Ассоциация (от лат. associatio — соединение) — это связь пред­ставлений, основанная на предшествующем опыте, когда одно представление, возникнув в сознании, вызывает по каким-то признакам (сходство, близость, противоречивость и т.д.) другое.

**К количественным расстройствам ощущений относятся:** гипестезия, гиперестезия, анестезия, алгезия.

Алгезия — расстройство чувства боли. При наличии такого симптома обязательно следует исключить какую-либо неврологическую патологию.

Анестезия — потеря чувствительности, исчезновение ощуще­ний, что может касаться как отдельных экстерорецепторов (утрата тактильной чувствительности, чаще всего на отдельных участках тела, утрата зрения или слуха с одной или обеих сторон), так и не­скольких сразу (например, выпадение слуха и зрения одновремен­но). При такой патологии, имеющей чаще всего истерическую природу, необходимы самое тщательное объективное обследова­ние, в первую очередь неврологическое (при кожной анестезии, например, участки потери ощущений не соответствуют зонам ин­нервации), а также другие специальные методы обследования.

Гипестезия — понижение чувствительности к внешним раздра­жителям. Звуки воспринимаются приглушенно, как бы «под сур­динку», свет кажется тусклым, краски — какими-то блеклыми, стер­тыми («все кругом какое-то серое и лампочка так слабо светит»).

Гиперестезия — обостренное, усиленное чувственное восприятие со стороны экстерорецепторов, касающихся как отдельных анализа­торов (острое до непереносимости восприятие обычных запахов — гиперосмия; непереносимость обычных звуков — гиперакузия и т.д.), так и сочетания их (например, и свет, и звук кажутся очень сильными). Гиперестезия сопровождается реакцией раздражения.

**К качественным расстройствам ощущения относятся:** сенестопатии, синестезии.

Сенестопатии — патологические ощущения в виде возникаю­щего в различных частях тела или внутренних органах неприятно­го, а иногда очень тягостного, мучительного чувства покалыва­ния, давления, жжения, скручивания, стягивания, не связанного с какой-либо соматической патологией.

Синестезии — особенности чувственного восприятия, заклю­чающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный к од­ному анализатору, вызывает одновременно ответ с какого-то дру­гого или нескольких анализаторов. Так, известный французский поэт Бодлер чувствовал в «слиянии воедино» запахи, звуки и кра­ски («Аромат зеленый и звучный»), хотя реально ощущал в это время только запах. У другого известного французского поэта — Артюра Рембо — гласные буквы окрашивались в определенные цвета: «а» — в черный, «е» — в белый, «о» — в голубой и т.д.

Синестезии не обязательно патология, они могут встречаться и в норме — у одаренных музыкантов, поэтов, художников. Они могут возникать как временная патология при действии психотомиметических средств.

Нередко сенестопатии сопровождаются мыслями о наличии какой-либо соматической болезни, в этом случае состояние обозначают как ***сенестопатически-ипохондрический синдром.***

**К расстройствам восприятия относят иллюзии галлюцинации, психосенсорные расстройства.**

**1.Иллюзии** — расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может иметь место и на фоне полного психического здоровья, когда искаженная перцеп­ция связана с недостатком того или иного органа чувств или с про­явлением одного из законов физики. Классический пример: лож­ка в стакане чая кажется преломленной, о чем еще Р. Декарт сказал: «Мой глаз ее преломляет, а мой разум — выпрямляет».

Выделяют также иллюзии невнимания (Ясперс К.), когда здоро­вый человек при отвлечении внимания на что-то очень важное может воспринять окружающее ошибочно.

Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельнос­ти, чаще всего подразделяются на аффективные или аффектогенные, вербальные и парэйдолические.

Аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влия­нием сильного чувства, такого аффекта как сильный страх, чрез­мерное нервное напряжение. В таком напряженном состоянии человек прозрачную штору ошибочно воспринимает как качаю­щийся скелет, пальто на вешалке кажется страшным бродягой, галстук на спинке стула — ползущей змеей, в шуме вентилятора слышатся угрозы в свой адрес и т.д.

Вербальные иллюзии (от лат. verbalis — устный, словесный) выра­жаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружаю­щих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружаю­щих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного стра­ха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему.

Парэйдолические иллюзии (от греч. para — возле, около + eidoles — образ) — расстройства восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются изменённо, обычно в причудливо-фантастическом виде. Например, узор на обоях вос­принимается как гигантская жаба, тень от торшера — как голова какого-то страшного ящера, узоры на ковре — как прекрасный, никогда прежде не виданный пейзаж, очертания облаков — как живописная группа людей.

Иллюзии подразделяют по органам чувств, но чаще всего вы­деляют зрительные и слуховые. Кратковременно они могут воз­никать и у здоровых людей, находящихся в состоянии тревоги, напряженного ожидания, сильного волнения. Однако скорее всего они сигнализируют о начинающемся психозе, о болезни, чаще интоксикационной или инфекционной природы.

**2.Галлюцинации** — расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует. Это, как говорят, восприятие без объекта.

К галлюцинациям нельзя относить миражи — явления, осно­ванные на законах физики.

***Классификации галлюцинаций:***

-по ведущему анализатору (слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные и так называе­мые галлюцинации общего чувства, к которым чаще всего отно­сят висцеральные и мышечные галлюцинации);

-по условиям возникновения (гипногогические, гипнопомпические, функциональные, психогенные и внушенные);

-по степени сложности (элементарные, простые, сложные, сценоподобные).

***Слуховые*** галлюцинации чаще всего выражаются в патологичес­ком восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров (фоне­мы), а также отдельных звуков или шумов (акоазмы). Словесные (вербальные) галлюцинации могут быть самыми разнообразными по содержанию: от так называемых окликов (больной «слышит» го­лос, называющий его имя или фамилию) до целых фраз или даже длинных речей, произносимых одним или несколькими голосами.

Наиболее опасны для состояния больных императивные галлю­цинации, содержание которых носит повелительный характер, на­пример больной слышит приказание молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение. Ввиду того, что подобные «при­казы» являются следствием патологии психической деятельности галлюцинирующего человека, больные с такого рода болезненными переживаниями могут быть очень опасны как для себя, так и для ок­ружающих, а потому нуждаются в особом надзоре и уходе.

Галлюцинации угрожающие также очень неприятны для боль­ного, так как он слышит угрозы в свой адрес, реже — в адрес близ­ких ему людей: его «хотят зарезать», «повесить», «выбросить с балкона» и т.д.

К слуховым галлюцинациям относятся также комментирую­щие, когда больной «слышит речи» обо всем, о чем бы он ни поду­мал или что бы ни сделал.

Антагонистические (контрастирующие) галлюцинации выра­жаются в том, что больной слышит две группы «голосов» или два «голоса» (иногда один справа, а другой слева) с противоречивым смыслом («Давайте сейчас с ним расправимся». — «Нет, подо­ждем, он не такой уж плохой»; «Нечего ждать, давай топор». — «Не трогай, он свой в доску»).

***Зрительные*** галлюцинации могут быть либо элементарными (в виде зигзагов, искр, дыма, пламени — так называемые фотопсии), либо предметными, когда больной очень часто видит не сущест­вующих в действительности зверей или людей (в том числе и тех, кого он знает или знал), животных, насекомых, птиц (зоопсии), предметы или иногда части тела человека и т.д. Подчас это могут быть целые сцены, панорамы, например поле боя, ад со множест­вом бегающих, кривляющихся, дерущихся чертей (панорамические, киноподобные). «Видения» могут быть обычных размеров, в виде очень мелких людей, животных, предметов и т.д. (лилипут­ские галлюцинации) или в виде очень больших, даже гигантских (макроскопические, гулливерские галлюцинации). В некоторых случаях больной может видеть себя, свой собственный образ (гал­люцинации двойника, или аутоскопические). Иногда больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения (экстракампинные галлюцинации).

***Обонятельные*** галлюцинации чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (больной ощущает запах гниющего мяса, гари, тления, яда, пищи), реже — совсем незнако­мый запах, еще реже — запах чего-то приятного. Нередко больные с обонятельными галлюцинациями отказываются от еды, так как уверены, что «в пищу им подсыпают ядовитые вещества» или «кормят гнилым человеческим мясом».

***Тактильные*** галлюцинации выражаются в ощущении прикос­новения к телу, жжения или холода (термические галлюцинации), в ощущении хватания (гаптические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические галлюцинации), ползания по телу насекомых. Больному может казаться, будто его кусают, ще­кочут, царапают.

***Висцеральные*** галлюцинации — ощущение присутствия в собст­венном теле каких-то предметов, животных, червей («в животе лягушка сидит», «в мочевом пузыре головастики расплодились», «в сердце клин вбит»).

***Гипнагогические*** галлюцинации — зрительные обманы восприя­тия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при за­крытых глазах (их название происходит от греч. hypnos — сон), что делает их более родственными псевдогаллюцинациям, чем истин­ным галлюцинациям (нет связи с реальной обстановкой). Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сценоподобными, иногда калейдоскопическими («у меня в глазах какой-то калейдоскоп», «у меня теперь собственный телевизор»). Больной видит какие-то рожи, гримасничающие, показывающие ему язык, подмигивающие, чудовищ, причудливые растения. Значительно реже такое галлюцинирование может возникать во время другого переходного состояния — при пробуждении. По­добные галлюцинации, также возникающие при закрытых глазах, носят название ***гипнопомпических.*** Оба этих вида галлюцинации нередко бывают одними из пер­вых предвестников белой горячки или какого-то другого инток­сикационного психоза.

***Функциональные*** галлюцинации — те, что возникают на фоне ре­ального раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия. Классический пример, описанный В.А. Гиляровским: больная, как только из крана начинает литься вода, слышала слова: «Иди домой, Наденька». При закручивании крана исчезали и слуховые галлюцинации. Так же могут возни­кать зрительные, тактильные и другие галлюцинации. От истин­ных галлюцинаций функциональные отличаются наличием ре­ального раздражителя, хотя и имеют совершенно иное содержа­ние, а от иллюзий — тем, что воспринимаются параллельно с реальным раздражителем (он не трансформируется в какие-то «го­лоса», «видения» и т.д.).

***Внушенные и вызванные*** галлюцинации. Галлюцинаторные обма­ны чувств можно внушить во время сеанса гипноза, когда человек будет чувствовать, например, запах розы, сбрасывать с себя «обвивающую» его веревку. При известной готовности к галлюцинированию возможно появление галлюцинаций и тогда, когда спонтанно эти обманы чувств уже не появляются (например, если че­ловек только что перенес делирий, особенно алкогольный). **Симп­том Липмана** — вызывание зрительных галлюцинаций легким на­жатием на глазные яблоки больного, иногда к надавливанию сле­дует добавить и соответствующее внушение. Симптом чистого листа (**симптом Рейхардта**) заключается в том, что больному пред­лагается очень внимательно рассматривать чистый лист белой бу­маги и рассказывать, что он там видит. При **симптоме Ашаффенбурга** больному предлагают поговорить по выключенному телефо­ну; таким образом проверяется готовность к возникновению слу­ховых галлюцинаций. При проверке последних двух симптомов также можно прибегнуть к внушению, сказав, допустим: «Посмотрите, какого вы мнения об этом рисунке?», «Как вам нравится эта собака?», «Что вам сообщает по телефону этот женский голос?» Изредка внушенные галлюцинации (как правило, зрительные) могут иметь и индуцированный характер: здоровый, но внушае­мый, с истерическими чертами характера человек может вслед за больным «увидеть» черта, ангелов, какие-то летающие предметы и т.д. Еще реже индуцированные галлюцинации могут возникнуть у нескольких людей, но обычно на очень короткое время и без той четкости, образности, яркости, как это бывает у больных.

Галлюцинации — симптом болезненного расстройства (хотя иногда и кратковременного, например, под действием психотомиметических средств). Довольно редко, они могут возникать и у здоровых (внушенные в гипнозе, индуцированные) или при патологии органов зрения (катаракта, отслойка сетчатки и т.д.) и слуха. Признавая возможность галлюцинаций у людей с патологией зрения и слуха, необходимо собрать подробный анамнез (наличие в прошлом заболевания, рецидив которого возник во время забо­левания глаз), провести тщательное обследование психического состояния в настоящее время и катамнестическое прослежива­ние, так как катаракта, снижение слуха и другие нарушения выяв­ляются в пожилом возрасте, когда может начинаться и психичес­кое заболевание, свойственное этому периоду. Очень важно знать и учитывать объективные признаки галлюцинаций, опасный ха­рактер некоторых из них (например, императивных галлюцина­ций), присущее психически больным стремление скрыть свои бо­лезненные переживания (диссимуляция) Нередко общая недо­ступность, невозможность вступить с больным в контакт обязы­вают врача очень тщательно следить за его поведением, мимикой, жестами, пантомимикой. Например, больные могут затыкать уши или нос, внимательно к чему-то прислушиваться, плевать вокруг себя, обнюхивать пищу, что-то говорить, прятаться, быть агрес­сивными, подавленными, растерянными и т.д. Имеет значение и характер болезни при острых психозах преобладают зрительные галлюцинации, при длительно текущих — слуховые

***Галлюцинаторный синдром (галлюциноз)*** — наплыв обильных галлюцинации (вербальных, зрительных, тактильных) на фоне яс­ного сознания, продолжительностью от 1—2 нед (острый галлюци­ноз) до нескольких лет (хронический галлюциноз) Галлюциноз может сопровождаться аффективными расстройствами (тревога, страх), а также бредовыми идеями Галлюцинозы наблюдаются при алкоголизме, шизофрении, эпилепсии, органических пораже­ниях головного мозга, в том числе сифилитической этиологии

Все галлюцинации, независимо от того, относятся ли они к зрительным, слуховым или другим обманам чувств, делятся на ис­тинные и псевдогаллюцинации.

***Истинные галлюцинации*** всегда проецируются вовне, связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой («голос» зву­чит из-за реальной стены; «черт», помахивая хвостиком, садится на реальный стул, оплетая хвостом его ножки и т.д.), чаще всего не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны для галлюцинирую­щего, как и реальные вещи. Истинные галлюцинации иногда вос­принимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем дейст­вительно существующие предметы и явления.

***Псевдогаллюцинации*** чаще, чем истинные, характеризуются следующими отличительными особенностями: а) чаще всего проецируются внутри тела больного, главным образом в его голове («голос» звучит внутри головы, внутри головы больной видит ви­зитную карточку с написанными на ней неприличными словами и т.д.); б) если даже псевдогаллюцинаторные расстройства проециру­ются и вне собственного тела (что бывает гораздо реже), то они ли­шены характера объективной реальности, свойственной истинным галлюцинациям, совершенно не связаны с реальной обстановкой. Более того, в момент галлюцинирования эта обстановка как бы ку­да-то исчезает, больной в это время воспринимает только свой гал­люцинаторный образ; в) появление псевдогаллюцинаций, не вы­зывая у больного каких-либо сомнений в их реальности, всегда со­провождается чувством сделанности, подстроенности, наведенности этих голосов или видений. Псевдогаллюцинации являются, в частности, составной частью синдрома Кандинского— Клерамбо, в который входит также бред воздействия, поэтому больные и убеж­дены, что «видение» им «сделали с помощью особых аппаратов», «голоса наводят прямо в голову транзисторами».

**3.Психосенсорные расстройства** – расстройства, при которых не нарушено узнавание предметов, однако болезненным образом преобразуются некоторые их качества (размер, форма, цвет, положение в пространстве, угол наклонак горизонту, тяжесть).

К одному из вариантов психосенсорных расстройств относят ***расстройства схемы тела,*** которыевыражаются в нарушении привычных представлений о размерах и форме своего тела или отдельных его частей, о расположении их или о положении всего тела. Напри­мер, больному кажется, что его голова стала огромной, не умещается не только на подушке, но и вообще в комнате, что ноги его начинаются прямо от головы, а туловище исчезло. Другой чувству­ет, что у него непомерно увеличилась рука — «стала просто пудовой», сам он «становится маленьким или, напротив, огромным, «как Гулливер в стране лилипутов», его «руки вытягиваются», «ноги раздвоились и их стало не меньше четырех», «голова отделилась or тела» и т.д. Под контролем зрения эти измененные представле­ния о форме, размерах и положении собственного тела или от­дельных его частей, как правило, исчезают, больной видит свое те­ло в обычном, привычном для него виде, но стой ему закрыть глаза, как голова вновь становится непомерно большой и т.д.

Расстройства схемы тела нередко сопровождаются метаморфопсиями — искаженным восприятием формы окружающих пред­метов (от греч. meta — после, за, через; обозначает также переход к чему-то другому, перемену состояния, превращение + morphe — форма). Например, шкаф кажется больному искривленным, нож­ки стула — зигзагообразными, окно принимает ромбическую фор­му. Кроме того, искаженное восприятие окружающих предметов выражается в том, что они кажутся больному меньше или больше их натуральной величины (микропсия, макропсия), увеличивается их число (полиопсия), они перемещаются (оптическая аллестезия), палятся на больного, вдавливаются в него, находятся в бурном движении (оптическая буря).

Иногда в грубо измененном виде воспринимаются не только величина и форма предметов, но и пространственные отношения: больному кажется, что стены комнаты сближаются, рушатся, па­дают на него или, напротив, раздвигаются, пол становится волно­образным, пространство как бы разрывается.

Метаморфопсии и родственные им симптомы отличаются от иллюзий адекватностью восприятия (больной знает, что он видит стул, хотя и с кривыми ножками, а не гигантского паука вместо стула, как это может быть при иллюзорном восприятии). От гал­люцинаций они отличаются тем, что в искаженном виде больной воспринимает все-таки реально существующие вещи, а не то, чего нет в действительности.

Весьма близки к психосенсорным расстройствам явления дереализации и деперсонализации. ***Дереализация*** — ощущение изменённости окружающего мира, при котором восприятие прежде знакомых явлений и предметов, живых существ, пространственных отношений начинает со­провождаться чувством их чуждости, неестествен­ности, нереальности. При этом больным чаще всего даже трудно определить, каким образом изменилось все вокруг. Именно по­этому при описании своих необычных переживаний они употреб­ляют такие слова, как: «будто бы», «вроде», «наподобие», «как бы», «дома какие-то далекие-далекие», «как будто все подерну­лось какой-то дымкой», «деревья как нарисованные, хотя я знаю, что они настоящие», «все кругом какое-то мертвое», «все и такое и не такое, как будто бы я видела все это во сне», «все вижу как че­рез толстое, мутное стекло», «звуки доходят приглушенно, как будто бы мои уши заткнуты ватой», «все воспринимается как бы через пленку тумана» и т.д. ***Деперсонализация*** – это болезненное переживание внутренней изменённости пациента, утраты собственной идентичности, потери собственного Я. Дереализация нередко комбинируется с деперсонализацией, особенно в виде аутодеперсонализации.

Дереализационное восприятие окружающего может касаться как нескольких анализаторов одновременно (изменение зритель­ных, слуховых, тактильных, вкусовых и других впечатлений), так и какого-то одного из них (преимущественно зрительного или слухового): больной не может на ощупь определить, какого пред­мета он касается — деревянного или железного; не может разли­чить вкус пищи («все, как трава»).

Нарушения восприятия при дереализации могут касаться так­же пространственных взаимоотношений («все куда-то отодвину­лось и стало каким-то плоским, как бы нарисованным») и изме­ненного восприятия времени («время течет слишком медленно», «как бы остановилось» или, наоборот, «за этот краткий миг мне показалось, что надо мной пронеслись века»).

При выраженных дереализационных явлениях может исчез­нуть чувство действительности: больная не знает, ела она сегодня или нет, была ли у нее на свидании мать и существует ли она вооб­ще, не может представить себе свою домашнюю обстановку и т.д.

Родственными дереализационными явлениями считаются та­кие симптомы, как уже виденное (deja vu), уже пережитое (deja vecu), уже испытанное (deja eprouve), уже слышанное (deja entendu) или, напротив, никогда не виденное (jamais vu). Эти переживания со­стоят в том, что незнакомая, совершенно новая обстановка обычно на какое-то мгновение кажется знакомой, уже когда-то виденной, пережитой, а речи окружающих — когда-то слышанными. В проти­воположность этим переживаниям бывает (также очень кратковре­менно), когда хорошо знакомая ситуация представляется совер­шенно чуждой, незнакомой, никогда не виданной.

Эти симптомы довольно часто встречаются и у здоровых людей, особенно в связи с утомлением, недосыпанием, перенапряжением.

**Задания для самоконтроля**

1. К психопатологическим симптомам следует относить феномены психической жизни, которые:

1. отличаются от типичных
2. приводят к нарушению адаптации
3. вызывают неудобство у окружающих
4. характеризуются странностью и вычурностью

2. Нозологически специфичным расстройством являются:

1. бред и галлюцинации
2. чувство усталости и раздражительность
3. ощущение передачи мыслей на расстоянии
4. тоска и подавленность, тревога и беспокойство

3. Синдромообразующим признаком синдрома Корсакова являются:

1. Конфабуляции
2. дезориентировка вместе и времени
3. фиксационная амнезия
4. ретроградная амнезия

4. Функциональные симптомы, которые формируются по механизму самовнушения, рассчитаны на наличие зрителей и зависят от их реакции, наделены свойством:

1. Специфичности
2. Демонстративности
3. Пароксизмальности
4. Расщепления

5. Установление синдромального диагноза более всего не­обходимо для определения:

1. этиологии расстройства
2. патогенеза заболевания
3. тактики лечения
4. прогноза на будущее

6. Нозологически специфичным является синдром:

1. психического автоматизма
2. депрессивный
3. корсаковский
4. астенический
5. делириозный

7. Признаком психоза является:

1. тревога и беспокойство
2. стойкое снижение настроения
3. снижение способности к адаптации
4. навязчивые сомнения
5. нарушение критики

8. К расстройствам, симптоматика которых в течение всей жизни больного остается мягкой и не достигает уровня психоза, относят:

1. шизофрению
2. эпилепсию
3. психопатию
4. алкоголизм
5. болезнь Альцгеймера

9. К продуктивным расстройствам относят:

1. Амнезию
2. Апатию
3. Слабоумие
4. Бред

10. Негативные расстройства обычно:

1. социально опасны
2. необратимы
3. протекают в виде приступов
4. рассчитаны на реакцию зрителей
5. нарушают единство психических процессов

11. Правильным считается утверждение:

1. в любой психоз входит невроз
2. любое заболевание проявляется психозом
3. любой невроз переходит в психоз
4. в любой невроз входит психоз

12. Наиболее тяжелому рангу психических нарушений соответствуют:

1. Аффективные расстройства
2. Органические расстройства
3. шизофренические расстройства

13. Согласно представлениям А. В. Снежневского, I рангу расстройств соответствует:

1. депрессивный синдром
2. кататонический синдром
3. корсаковский синдром
4. астенический синдром
5. паранойяльный синдром

14. Шизофрения НИКОГДА не проявляется:

1. паранойяльным синдромом
2. Депрессивным синдромом
3. Корсаковским синдромом
4. кататоническим, апатико-абулическим синдромом

15. Странные, трудноописуемые ощущения в теле, не имеющие связи с каким-либо поражением внутренних органов, называют:

1. Иллюзией
2. Парейдолией
3. Парестезией
4. сенестопатией
5. метаморфопсией

16. Довольно характерным для шизофрении расстройством считают:

1. Макропсию
2. истинные галлюцинации
3. сенестопатию
4. парейдолические иллюзии
5. парестезию

17. Серьезную социальную опасность нередко представляют галлюцинации:

1. Рефлекторные
2. Тактильные
3. Императивные
4. Гипнагогические
5. психогенные

18. Характерными чертами истинных галлюцинаций считают:

1. резистентность по отношению к терапии
2. странный механический тембр голосов
3. интрапроекцию образов
4. естественное восприятие через органы чувств
5. стремление экранировать голову шлемом

19. Характерными чертами псевдогаллюцинаций считают:

1. чувство дистанционного воздействия
2. возникновение в момент пробуждения
3. экстрапроекцию образов
4. возникновение по типу пароксизмов
5. сохранение критики по отношению к болезни

20. Галлюциноз чаще всего возникает при:

1. Шизофрении
2. Эпилепсии
3. экзогенных психозах
4. мании
5. депрессии
6. неврозах и психопатиях

21. К расстройствам невротического уровня относят:

1. парейдолические иллюзии
2. гиперестезию
3. псевдогаллюцинации
4. истинные галлюцинации

22. По типу пароксизмов нередко протекают:

1. сенестопатии
2. психосенсорные расстройства
3. псевдогаллюцинации
4. гипестезия
5. анестезия

23. Чувство, что все окружающие предметы изменились и потеряли естественность, следует назвать:

1. Дереализацией
2. парейдолической иллюзией
3. псевдогаллюцинацией
4. сенестопатией
5. вербальной галлюцинацией

24. Расстройство, при котором больной читает слова на чистом листе бумаги, называют симптомом:

1. Открытости
2. Липмана
3. Ашаффенбурга
4. Рейхардта
5. Аргайла Робертсона

25. Кратковременные приступы, во время которых больной ошибочно считает, что внезапно попал в незнакомое место, характерны для:

1. Шизофрении
2. Эпилепсии
3. Психопатии
4. Мании
5. Депрессии

26. К психосенсорным расстройствам относят:

1. Псевдогаллюцинации
2. Метаморфопсию
3. парейдолические иллюзии
4. сенестопатии
5. галлюциноз

**Ситуационные задачи**

**1.**Больная, 47 лет, жалуется на очень неприятные ощущения в области живота, объясняя это тем, что у нее «дырка в желудке», просит ее обследовать. Однако при объективном исследовании никакой патологии не обнаружено. Какое нарушение восприятия у больной?

1)гиперестезия;

2)парестезия;

3)иллюзии;

4)сенестопатии;

5)синестезии.+

**2.**Больная, 33 года, утверждает, что постоянно ощущает неприятный запах, похожий на запах из туалета, беспрестанно чистит свою палату, моет отделение, ищет источник неприятного запаха даже на прогулке. Какое нарушения восприятия у больной?

1)гиперестезия;

2)галлюцинации;+

3)иллюзии;

4)сенестопатии;

5)психосенсорные расстройства.

Литература:

1. Уч. психиатрии М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, 2002 г.
2. Уч. психиатрии Н.М.Жариков, Ю.Г. Тюльпин, 2009 г.
3. Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации - Баку, 1983 г.