

Георгий Колоколов

Энциклопедия клинической психиатрии



Георгий Рюрикович Колоколов

Энциклопедия

клинической психиатрии

*Текст предоставлен правообладателем.
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180796*

Аннотация

Книга содержит описание механизмов психической деятельности человека в норме и в патологии. Подробно рассмотрены основные проявления нарушений различных психических функций, синдромы психических заболеваний. Дана общая характеристика отдельных нозологических форм, основных методов диагностики и лечения психических заболеваний, в том числе методы психотерапии. Изложены принципы правовой защиты психически больных в РФ.

Содержание

Раздел 1. Введение	4
Понятие о психической деятельности	4
Структурные и функциональные основы мозговой деятельности	15
Раздел 2. Общая психопатология	24
Этиология психических заболеваний	24
Частота возникновения, классификация, течение психических заболеваний	33
Частота возникновения	33
Классификация	35
Течение психических болезней	37
Понятие о симптомах и синдромах психических заболеваний	40
Расстройства отдельных психических функций	45
Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти	45
Рецепторные расстройства. Расстройства ориентировки	45
Расстройства восприятия	50
Конец ознакомительного фрагмента.	57

Колоколов Георгий Рюрикович Энциклопедия клинической психиатрии

Раздел 1. Введение

Понятие о психической деятельности

Психика человека – это сложнейшая функция мозга, заключающаяся в психическом отражении материальной действительности (субъективное отражение объективного мира), в результате чего формируются идеальные образы реальной действительности, необходимые для регуляции взаимодействия с окружающей средой. Психика является системным свойством высокоорганизованной материи, которое заключается в активном отражении субъектом объективного мира, построении картины этого мира и регуляции на этой основе своего поведения и деятельности.

В психике человека представлены и упорядочены события прошлого (представления памяти), настоящего (сово-

купность образов, переживаний, умственных актов) и возможного будущего (в побуждениях, намерениях, целях, фантазиях, грезах, сновидениях и т. п.).

Психика человека в отличие от психики животных приобретает качественно новую структуру, обусловленную общественно-историческими закономерностями. Возникает сознание как ведущий уровень регуляции деятельности, формируется личность, служащая источником высших проявлений активности психики.

Психическое отражение характеризуется рядом особенностей.

1. Оно дает возможность правильно отражать окружающую действительность, причем правильность отражения подтверждается практикой.

2. Сам психический образ формируется в процессе активной деятельности человека.

3. Психическое отражение углубляется и совершенствуется.

4. Обеспечивает целесообразность поведения и деятельности.

5. Преломляется через индивидуальность человека.

6. Носит опережающий характер.

У человека психика носит осознанный и неосознанный характер. Благодаря активному и опережающему отражению органами чувств и головным мозгом внешних объектов в форме психики становится возможным осуществление дей-

ствий, адекватных этим объектам.

Высшим уровнем развития психики является сознание – свойственный только человеку способ отношения к объективной действительности, опосредованный всеобщими формами общественно-исторической деятельности людей.

Сознание отражает действительность категориально, через совокупность знаний, через обобщенный человеческий опыт. Отражение существенных закономерных связей действительности осуществляется в обобщениях, с предвидением событий, осознанием цели деятельности, предвосхищением будущего результата деятельности, его психическим моделированием в системе понятий.

Человеческое сознание включает в себя совокупность знаний об окружающем нас мире. В структуру сознания входят важнейшие познавательные процессы, с помощью которых человек постоянно обогащает эти знания. К ним относятся ощущения, восприятия, представления, память, мышление, эмоции, воображение и др. Основной функцией сознания является обеспечение целеполагающей деятельности человека.

Психическое содержание человеческой личности не исчерпывается мотивами сознательной деятельности и включает в себя многообразие неосознанных тенденций – побуждений его произвольной деятельности. В XVIII – XIX вв. представителями идеалистической философии (Кант, Шопенгауэр, Гартман, Бергсон) и материалистами (Сеченов,

Павлов, Бехтерев) были созданы теории бессознательного.

Бессознательное – это сфера психического отражения, не осознаваемая субъектом. Поведенческие акты на бессознательном уровне регулируются неосознаваемыми биологическими механизмами. Они направлены на удовлетворение биогенных и социогенных потребностей, на сохранение организма и вида. Бессознательное – это сфера психического отражения, в которой образ действительности и отношение к этой действительности субъекта не является предметом специальной рефлексии; это совокупность произвольных психических процессов, система врожденных безусловно-рефлекторных реакций. Сознание фокусируется на определенных объектах, а бессознательное перерабатывает второстепенную (в данный момент) информацию.

Психическая жизнь любого человека проявляется чрезвычайно разнообразно. Выделяют 3 группы **психических явлений**.

1. Психические процессы – это динамическое отражение действительности в различных формах психических явлений. Это течение психических явлений, имеющих начало, развитие и конец, проявляющееся в виде реакции. Окончание одного психического процесса связано с началом нового, что приводит к непрерывности психической деятельности в состоянии бодрствования человека. Все психические процессы подразделяются на: познавательные (ощущения, восприятия, память, мышление, воображение, представление,

внимание); эмоциональные (активные и пассивные переживания); волевые (решение, исполнение, волевое усилие и т. п.). Они обеспечивают первичное формирование знаний и первичную регуляцию поведения и деятельности человека.

2. Психические состояния – это определившийся в данное время относительно устойчивый уровень психической деятельности, который проявляется в повышенной или пониженной активности личности. Психические состояния имеют рефлекторную природу: они возникают под влиянием обстановки, физиологических факторов, хода работы, времени и словесных воздействий (похвала, порицание и т. д.). Выделяют 4 вида психических состояний:

1) мотивационные (желания, стремления, интересы, страсть);

2) эмоциональные (эмоциональный тон ощущений, эмоциональный отклик на явления действительности, настроение, стресс, аффект, фрустрация);

3) волевые (инициативность, целеустремленность, решимость, настойчивость);

4) состояние различных уровней организованности сознания (внимательность, наблюдательность).

3. Психические свойства – это устойчивые образования, обеспечивающие определенный качественно-количественный уровень деятельности и поведения, типичный для данного человека. Психические свойства синтезируются и образуют сложные структурные образования личности, к ко-

торым относятся: темперамент, характер, способности, направленность.

Биологической основой, субстратом психической деятельности является нервная система, представленная иерархической структурой нервных образований в организме человека и позвоночных животных. Работа нервной системы обеспечивает контакты с внешним миром; реализацию намеченных целей; координацию и согласование работы внутренних органов; целостную адаптацию организма. В качестве основного структурного и функционального элемента нервной системы выступает нервная клетка – нейрон.

Выделяют центральную нервную систему, которая состоит из головного и спинного мозга, и периферическую, состоящую из нервов, отходящих от головного и спинного мозга, межпозвоночных нервных узлов, а также из периферического отдела вегетативной нервной системы.

Деятельность нервной системы носит рефлекторный (отражательный) характер. Рефлекс – это цепь событий, включающая передачу сигнала с помощью нервной системы от какого-либо органа чувств, с развитием ответной автоматической реакции. Путь, по которому проходит нервное возбуждение при внешнем раздражении, называется **рефлекторной дугой** и состоит из следующих этапов.

1. Передача вызванного раздражителем возбуждения в центр – спинной и головной мозг. Эта часть рефлекса называется чувствительной, афферентной.

2. Центральная (мозговая) часть, где происходит передача возбуждения от клетки чувствительного нерва к клетке двигательного нерва.

3. Передача нервного возбуждения в мышцы или в железы. Эта часть рефлекса называется двигательной, эфферентной.

Все рефлексы делятся на условные (приобретенные в процессе жизни) и безусловные (врожденные).

Безусловные рефлексы можно назвать также врожденными, видовыми, постоянными, стереотипными. Сложность их очень различна. Они могут быть весьма примитивными и представленными двухнейронной дугой и могут быть образованы весьма сложной системой нейронов и представлять собой безусловные специальные сложнейшие рефлексы, или инстинкты, анатомическим субстратом которых являются ближайшие к большим полушариям подкорковые узлы (центральные, или базальные, ганглии).

Биологическое значение безусловных рефлексов очевидно – они необходимы для достижения уравновешенности организма с внешней и внутренней средой.

Условные рефлексы, в отличие от безусловных, постоянно образуются во время индивидуальной жизни и отвечают на какой-либо постоянный раздражитель не стереотипно, как безусловные рефлексы, а реагируют в зависимости от многообразных изменений окружающего мира.

Химико-физические воздействия из внешней или внут-

ренной среды организма преобразуют в нервные импульсы специальные нервные образования – **рецепторы** (от лат. receptor – принимающий). По месту своего расположения и по выполняемым функциям рецепторы могут быть разделены на экстерорецепторы, интерорецепторы и проприоцепторы. В соответствии с характером воспринимаемого воздействия различаются механо-, термо-, фото-, хемо- и электро-рецепторы.

Прием и анализ сенсорной информации осуществляет функциональная единица нервной системы, обозначаемая как **анализатор**. Выделяют зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой, тактильный, вестибулярный и другие анализаторы.

В каждом анализаторе можно выделить три отдела.

1. Воспринимающий орган или рецептор, предназначенный для преобразование энергии раздражения в нервный импульс.
2. Проводник, состоящий из афферентных нервов и проводящих путей, по которому нервные импульсы передаются к вышележащим отделам центральной нервной системы.
3. Центральный отдел, состоящий из релейных (переключательных) подкорковых ядер и проекционных отделов коры больших полушарий.

Кроме восходящих (афферентных) путей существуют нисходящие волокна (эфферентные), по которым осуществляется регуляция деятельности нижних уровней анализато-

ра со стороны его высших отделов.

Кора больших полушарий представляет собой орган высшего синтеза и анализа получаемых организмом раздражений. Речь идет при этом об анализе и синтезе не только раздражений, приходящих из окружающей среды, но и раздражений, исходящих из внутренней среды самого организма. Кора больших полушарий регулирует не только приспособление организма к внешней среде, но и нормальную работу внутренних органов и тканей. Таким образом, кора больших полушарий объединяет и регулирует все функции организма.

Анализ и синтез конкретных, непосредственных раздражений, поступающих из внешней и внутренней среды, составляют функцию первой сигнальной системы, свойственной всем животным, в том числе и человеку. Но у человека имеется и вторая сигнальная система, осуществляемая словом, значение которой огромно, так как только эта система сделала человека человеком, сделала возможными речь, отвлечение от конкретного, обобщение и мышление.

Нервную деятельность, как безусловнорефлекторную, так и условнорефлекторную, характеризуют основные физиологические процессы – возбуждение и торможение, причем и возбуждение, и торможение представляют собой, по И. П. Павлову, лишь разные стороны одного и того же процесса.

Большое значение имеет для клиники учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности. Основу класси-

фикации типов составляют три основных **свойства нервной системы**: сила основных процессов (процессов возбуждения и торможения), уравновешенность их между собой и их подвижность. По силе основных процессов животные делятся на сильных и слабых, сильные – на уравновешенных и неуравновешенных, сильные уравновешенные – на подвижных и инертных.

Сила определяется как способность нервных клеток сохранять нормальную работоспособность при интенсивно протекающих процессах; подвижность – как способность быстрого перехода от одного процесса к другому; уравновешенность – как одинаковая выраженность нервных процессов торможения и возбуждения.

В последующем к этим свойствам были добавлены динамичность (способность мозговых структур к быстрому ответу при формировании условных реакций), лабильность (скорость возникновения и окончания нервных процессов) и активированность (индивидуальный уровень активации процессов возбуждения и торможения). Свойства нервной системы в основном генетически детерминированы и определяют индивидуальные различия в поведении.

Распространение тормозного процесса в коре больших полушарий создает гипнотическое состояние, или сон. Различают два вида сна: сон активный и сон пассивный. Активный сон обуславливается активным процессом торможения, возникающим первично в коре больших полушарий и

ограничивающимся корой или отдельными ее частями или же распространяющимся на подкорку и нижележащие центры. Пассивный сон обуславливается ослаблением притока импульсов к коре с периферии или их блокированием. Биологическое значение сна очень велико, поскольку он представляет собой охранительное торможение.

Структурные и функциональные основы мозговой деятельности

Современные гипотезы, касающихся этиологии и патогенеза психических расстройств, механизма действия лечебных средств, напрямую связаны со структурными и функциональными основами функционирования нервной системы. При этом важное значение придается особенностям развития мозга, нейрохимическим аспектам деятельности синапсов и рецепторов.

Важнейшие функции мозга, связанные с восприятием, переработкой и проведением информации, в соответствии с которой осуществляется взаимодействие организма с внешней средой, обеспечиваются около 10 млрд нервных клеток, определенным образом организованных, образующих специализированные структуры, для которых характерна высокая оперативность, специфичность и пластичность.

Основными структурными элементами нервной системы являются нервные клетки и их отростки. Кроме этих основных элементов, составляющих паренхиму нервной системы, ее образуют и элементы глии, которая частично образуется, как и нервные клетки, из эктодермы (эктоглии), а частично из мезодермы (мезоглии).

Глиальные клетки включают астроглию, олигодендроглию, микроглию. Функции микроглии мало изучены.

Астроглия способствует нормальному функционированию нервных клеток, принимает участие в воспалительных процессах и ликвидации их последствий. Олигодендроциты отводят важную роль в миелинизации нервных волокон, регулировании водного обмена.

Желудочковые поверхности головного мозга покрыты эпендимными клетками, которые содержат многочисленные микроворсинки и реснички. Клетки эпендимы принимают участие в процессах ликворообмена.

Сосудистое сплетение мозга представлено «гроздьями» ворсинок, состоящих из капилляров, покрытых эпителиальными клетками. Их основная функция связана с обменом веществ между кровью и цереброспинальной жидкостью.

Опорную ткань мозга представляют также сосуды и соединительная ткань мезодермального происхождения, располагающиеся в веществе головного и спинного мозга и в периферических нервах, формирующие оболочки, окружающие спинной и головной мозг и фиксирующие их в позвоночном канале и в черепной коробке, а также соединительнотканые периневральные и эндоневральные образования периферических нервов.

В процессе эволюции центральной нервной системы позвоночных ведущим моментом является завоевание первенства конечным, или большим, мозгом, у низших позвоночных имеющих незначительные размеры, а у высших, в частности у приматов и особенно у человека, далеко превыша-

ющим все остальные отделы центральной нервной системы вместе взятые. В самом же большом мозге имеет место все большее развитие коры – органа условнорефлекторной деятельности – по сравнению с центральными узлами или ближайшей подкоркой – органом высшей безусловнорефлекторной, или инстинктивной, деятельности. Завоевание в процессе эволюции первенства большим мозгом, а в пределах большого мозга его корой тесно связывается с соответствующими изменениями и в остальных отделах центральной нервной системы.

Верхним слоем полушарий головного мозга является кора головного мозга, содержащая нервные клетки, пучки афферентных и эфферентных нервных волокон. Филогенетически выделяют новую кору (неокортекс), старую (архикортекс), и древнюю (палеокортекс).

Развитие борозд, извилин, слоев, мозговых ядер происходит в результате целого ряда процессов: специфической клеточной миграции, специфического роста нервных отростков, участия «маркеров места» мозговых структур и т. д.

Области коры больших полушарий развиваются в последовательности, соответствующей порядку дифференцирования и усовершенствования органов чувств, обогащения рецепторов и прогрессирующего усовершенствования форм движения.

Долгое время существовали лишь два основных структурных уровня изучения организации мозга: клеточный (харак-

теризующийся цито– и миелоархитектоникой) и макроанатомический.

Макроанатомический уровень выделяет ядра – большие обособленные группы клеток и слои – в экранно организованных отделах нервной системы, а также тракты, соединительные пучки волокон. Гистологическое строение коры хорошо изучено и характеризуется наличием горизонтальных слоев, содержащих нервные клетки различного строения, размеров, формы.

В мозге высшего позвоночного насчитывается около 260 мозговых ядер и 80 трактов. Расшифровка топического представительства в различных ядрах и слоях мозга точек тела (сомы), полей сетчатки, звуковых тонов, различных запахов, обнаружение упорядоченных проекций неизвестной природы явились крупнейшим достижением последних лет. По классификации К. Бродмана в коре головного мозга выделяют 11 областей и 52 поля, в зависимости от особенностей цитоархитектоники.

В последние годы был выделен еще один структурный уровень организации мозга – уровень модулей. Модуль является функциональной единицей, строительным блоком, регулярно повторяющейся структурой, объединяющей от десяти до тысячи нейронов, выполняющих определенную функцию, и имеющей в мозге различные пространственные формы (J. Szentagothai и соавт., 1981, J. Eccles, 1981). В «модули» выделяются отдельные функциональные группы ней-

ронов, объединяющие от десяти до тысячи клеток и имеющие в мозге различные пространственные формы. Таким образом, функционально целостный модуль характеризует система соединений.

По мнению Rockel A. et al. (1980), если условно выделить в коре цилиндр диаметром 30 мкм, проходящий через все слои коры и включающий 110 нейронов, то примерно он будет соответствовать 1 модулю.

Модульный уровень организации мозга обеспечивается процессами образования разных типов нервных клеток, клеточной дифференциацией и установлением внутри модуля синаптических связей; дегенерацией функционально «избыточных» нейронов, уменьшением количества синапсов в последующем развитии.

По функциональным особенностям в коре головного мозга можно выделить три типа областей. Сенсорные зоны обеспечивают прием и анализ афферентных сигналов, идущих от специфических ядер таламуса. Моторные зоны связаны внутрикорковыми связями с сенсорными областями. Выделяют также ассоциативные зоны, не имеющие прямых афферентных или эфферентных связей с периферией, но связанные с сенсорными и моторными зонами.

Нервная клетка – **нейрон** – является основной структурной единицей нервной системы. Нервные клетки отличаются чрезвычайным разнообразием и по своей величине, и по своей форме, и по характеру своих отростков. Нейроны ди-

наимически поляризованы: одни их отростки, аксоны, являются эфферентами, т. е. проводят возбуждение только в направлении от клетки, другие, дендриты, представляют собой афференты, т. е. проводят возбуждение только в направлении к клетке. Каждый нейрон обладает только одним аксоном. Количество же дендритов весьма различно у различных типов нейронов.

По характеру аксонов нервные клетки делятся на клетки первого типа и на клетки второго типа. Клетки первого типа характеризуются длинным аксоном, отдающим на своем протяжении боковые ветви, коллатерали, посредством которых он вступает в контакт со многими другими нейронами. Коллатерали, так же как и сам аксон, на своем конечном этапе распадаются на конечные ветвления, которые образуют контакты, или синапсы (в форме пуговок или колечек), с шипиками, покрывающими дендриты других нейронов (аксо-дендритические синапсы), или же с самим телом других нейронов (аксосоматические синапсы).

Аксоны, покидая серое вещество, направляются на периферию в составе периферического нерва, или же вступают в белое вещество спинного или головного мозга, направляясь к тем или иным скоплениям клеток и образуя проводящие пути центральной нервной системы, восходящие или нисходящие в зависимости от их направления.

Клетки второго типа характеризуются коротким аксоном. Если в клетках первого типа аксон сохраняет на большом

протяжении свою самостоятельность и только отдает боковые коллатерали, то в клетках второго типа он делится вблизи от клетки на свои концевые ветвления. Такие клетки обозначаются как вставочные клетки, так как значение их сводится в основном к переключению получаемых импульсов на многие соседние нейроны.

Размеры нервных клеток могут быть различны – от 5 до 100 мкм в диаметре. Тело нервной клетки содержит ядро, которое большей частью светлое, поскольку весь хроматин сосредоточен в сильно окрашенном и резко выступающем ядрышке. В цитоплазме нервной клетки выявляются различные органеллы: ядро, митохондрии, эндоплазматический ретикулум (гладкий и шероховатый), расположенные на цистернах эндоплазматического ретикулума и в свободном пространстве рибосомы и полисомы, комплекс Гольджи и различные внутриклеточные включения (гранулы гликогена, липидные капли, скопления частиц пигмента в особых нейронах и др.), везикулы, а также лизосомы. В цитоплазме содержится субстанция Ниссля (тигроидное вещество), которая представляет собой группы параллельно расположенных цистерн шероховатого эндоплазматического ретикулума, а также нейрофиламенты и нейротрубочки.

Как уже указывалось, от тела нейрона отходят отростки – аксон и многочисленные ветвящиеся дендриты. Длина аксонов различных нейронов колеблется от 1 мм до почти 1 м. Аксон заканчивается, разделяясь на терминали, которые

участвуют в образовании синапсов на телах и дендритах других нейронов. Синапсы, нейрофиламенты и нейротрубочки по современным представлениям являются субстратом проведения нервного импульса. Синапсы могут быть аксосоматическими, когда аксон одной клетки заканчивается на теле (соне) другой клетки, аксодендритными – аксон одной клетки контактирует с дендритом другой, аксо-аксональными – когда аксон одной клетки заканчивается на аксоне другой клетки.

Типичный синапс представлен пресинаптической мембраной, постсинаптической мембраной и расположенной между ними синаптической щелью. Пресинаптическая мембрана (терминаль) является окончанием аксона, содержит нейрофиламенты, нейротрубочки, митохондрии, а также синаптические пузырьки. В синаптических пузырьках содержатся медиаторы (нейротрансмиттеры). Постсинапс характеризуется наличием постсинаптического утолщения, представленного мембраной клетки с расположенными на ней рецепторами.

Взаимодействие пресинапса и постсинапса обеспечивается благодаря переносу нейротрансмиттера через синаптическую щель. Нейротрансмиттер (медиатор) выделяется из пресинапса, связывается с рецепторами постсинаптической мембраны, частично инактивируясь в синаптической щели.

Распознавание рецепторами медиаторов обеспечивается специфичностью структурного соответствия их молекул. В

результате запускается комплекс внутриклеточных реакций, приводящих к изменению функционального состояния нейрона.

Раздел 2. Общая психопатология

Этиология психических заболеваний

Общее здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие (по ВОЗ).

Основные критерии общего здоровья:

- 1) структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- 2) свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде;
- 3) сохранность привычного самочувствия.

Психическое здоровье – одна из важнейших составляющих общего здоровья. Критерии психического здоровья (по ВОЗ):

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства, идентичности своего физического и психического «Я»;
- 2) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

4) соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

5) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

6) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать – это способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В современном определении психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) заменяет понятие «психическая болезнь» более общим и аморфным понятием **«психическое расстройство»**. Последнее в МКБ-10 определяется как «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химиче-

ских факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья». Таким образом, психическую болезнь, расстройство или аномалию следует рассматривать как сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья.

Психическое заболевание – результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека, с преимущественным поражением головного мозга, основными признаками которого являются расстройства психических функций, сопровождающиеся нарушением критики и социальной адаптации.

Понятие «психические болезни» не исчерпывается лишь выраженными формами психических нарушений (психозами), т. е. такими патологическими состояниями психической деятельности, при которых психические реакции грубо противоречат реальным отношениям (И. П. Павлов), что обнаруживается в расстройстве отражения реального мира и дезорганизации поведения.

К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза, например обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, соматогениями,

интоксикациями и т. п. С. С. Корсаков в свое время писал, что психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах.

Психиатрия подразделяется на общую **психиатрию (общую психопатологию)**, исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования, и **частную психиатрию**, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях.

Основным методом познания психических болезней остается метод клинико-описательный, исследующий в единстве статику и динамику психических расстройств. А. Б. Ганнушкин (1924) отстаивал следующие принципы изучения психических болезней: во-первых, изучение всех заболеваний под одним и тем же углом зрения, одними и теми же клиническими приемами; во-вторых, исследование личности больных в целом. В этом случае он имел в виду не только изучение больных в их взаимоотношении с окружающей средой, но и выявление соматических корреляций психических расстройств; в-третьих, познание больных не только в пределах болезни, но и на протяжении всей их жизни. Центральная роль среди регуляторных механизмов принадлежит нервной системе как ведущей системе, с помощью которой осуществ-

ляется функциональная связь всех частей организма и последнего с окружающей средой. Патолофизиологической основой психических заболеваний следует считать прежде всего расстройства функций ЦНС – нарушение основных процессов высшей нервной деятельности.

Этиология большинства психических заболеваний остается в значительной мере неизвестной. Неясно соотношение в происхождении большинства психических болезней наследственности, внутренне обусловленных особенностей организма и вредностей окружающей среды, иначе говоря эндогенных и экзогенных факторов. Патогенез психозов также исследован лишь в общем виде. Изучены основные закономерности грубой органической патологии головного мозга, воздействие инфекций и интоксикаций, влияние психогенных факторов. Накоплены существенные данные о роли наследственности и конституции в возникновении психических заболеваний.

Какой-либо одной причины, вызывающей развитие психической патологии, нет и не может существовать. Заболевания могут быть врожденными и приобретенными, полученными в результате травматических повреждений головного мозга или вследствие перенесенных инфекций, обнаруживаться в самом раннем или преклонном возрасте. Одни из причин уже выяснены наукой, другие пока еще точно не известны. Рассмотрим некоторые из них.

В психиатрии имеется много фактов, которые свидетель-

ствуют о существенной роли **наследственности** в этиологии и патогенезе эндогенных и других психических заболеваний (Вартанян М. Е., 1983; Милев В., Москаленко В. Д., 1988; Трубников В. И., 1992). Основными из них являются накопление повторных случаев заболевания в семьях больных и разная частота пораженных родственников в зависимости от степени родства с больными. Однако в подавляющем большинстве случаев речь идет о наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям.

Частота соответствующих заболеваний у родственников больных больше, чем в общей популяции. Так, если распространенность шизофрении среди населения составляет около 1%, то частота пораженных среди родственников больных первой степени родства примерно в 10 раз выше, а среди родственников второй степени родства – в 3 раза выше, чем в общей популяции. Сходная ситуация имеет место и в семьях пациентов с аффективными психозами, эпилепсией, депрессиями.

Распространенность алкоголизма среди населения, как известно, достигает 3–5) % у мужчин и 1% – у женщин. У родственников больных первой степени родства частота этого заболевания выше в 4 раза, а среди родственников второй степени родства – в 2 раза.

Накопление случаев заболевания отмечено и в семьях больных с деменцией альцгеймеровского типа. Более того, выделяется семейный вариант болезни Альцгеймера. Хорея

Гентингтона и болезнь Дауна являются примерами заболеваний, которые хорошо изучены в клинико-генеалогическом аспекте, в связи с четко установленной локализацией хромосомных аномалий (соответственно, в 4-й и 21-й хромосомах).

Внутриутробные травмы, инфекционные и другие болезни матери во время беременности

В результате действия этих факторов нервная система, и в первую очередь головной мозг формируются неправильно. У некоторых детей происходит отставание в развитии, а иногда и непропорциональный рост мозга.

Поражение головного мозга вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, нарушения мозгового кровообращения, прогрессирующего склероза сосудов мозга и других болезнях

Перенесенные в любом возрасте контузии, ранения, ушибы, сотрясения мозга могут привести к психическим нарушениям. Они проявляются либо сразу же, непосредственно после травмы (психомоторное возбуждение, потеря памяти и др.), либо спустя какое-то время (в виде различных отклонений, в том числе и психических заболеваний).

Инфекционные заболевания— сыпной и брюшной тиф, скарлатина, дифтерия, корь, грипп и (особенно) энцефалиты и менингиты, сифилис, поражающие в первую очередь головной мозг и его оболочки.

Действие токсических, ядовитых веществ, прежде всего

алкоголя и других наркотиков, злоупотребление которыми может привести к возникновению психических расстройств. Последние могут возникать при отравлении промышленными ядами (тетраэтилсвинец), при неправильном употреблении лекарственных препаратов.

Социальные потрясения и психотравмирующие переживания могут вести к психической травматизации, которая может быть острой, чаще связанной с непосредственной угрозой жизни и здоровью человека или его близких, а также хронической, касающейся наиболее значимых и тяжелых для данной личности сторон (честь, достоинство, социальный престиж и т. д.). Реактивным психозам свойственна четкая причинная зависимость, «звучание» волнующей темы во всех переживаниях больного и относительная кратковременность.

Многочисленные исследования показали, что на психическое состояние человека влияют также тип личности, индивидуальные черты характера, уровень интеллекта, профессия, внешняя среда, состояние здоровья и биологические ритмы.

В большинстве случаев в психиатрии принято деление заболеваний на «эндогенные», т. е. возникшие исходя из внутренних причин (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), и «экзогенные», – спровоцированные воздействием окружающей среды. Причины последних выглядят более очевидными. Патогенез большинства психических бо-

лезней может быть представлен только на уровне гипотез.

Частота возникновения, классификация, течение психических заболеваний

Частота возникновения

В наши дни психически больных во многих странах Европы и Северной Америки больше, чем больных раком, туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями вместе взятых.

Кроме того на каждого пациента психоневрологической лечебницы (по данным ЮНЕСКО) за стенами медицинских учреждений приходится два человека с теми или иными психическими недостатками. Этих людей нельзя госпитализировать – они «недостаточно больны», но и жить здоровой психической жизнью они не могут.

В США психические заболевания являются одной из серьезных национальных проблем. По подсчетам Федеральной службы здравоохранения каждый шестнадцатый человек в Америке находится некоторое время на лечении в психиатрической больнице, а по сообщению Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями один из десяти жителей США «страдает какой-либо формой психическо-

го или нервного заболевания (от легкого до тяжелого), требующего обращения к психиатру».

Несмотря на огромные сложности статистических исследований, связанные с неодинаковым использованием в разных странах методов подсчета, своеобразием понимания отдельных форм заболеваний, различными возможностями выявления психических больных и так далее имеющиеся цифры дали основание предполагать, что в целом в мире насчитывается не менее 50 млн психически больных, что представляет примерно 17 человек на каждую тысячу населения.

По данным ГНЦСиСП (государственный научный центр социальной и судебной психиатрии) им. В. П. Сербского в Российской Федерации в последние годы распространенность нервно-психических нарушений среди населения составляет около 25%.

Известно, что разные психиатрические службы выявляют разное число больных. Это объективный и при современном уровне знаний непреодолимый факт, с которым приходится считаться.

Следует подчеркнуть, что по мере расширения возможностей психиатрической службы не просто дополнительно выявляется уже известный контингент больных, а в поле зрения психиатров попадают новые контингенты, к которым прежде вообще не применялось понятие «психически больной», т. е. происходит постепенное расширение понятия «психическое заболевание».

В последнее время все больше больных с непсихотическими расстройствами обращаются за помощью к психиатру. Это, несомненно, положительный факт, свидетельствующий о том, что люди стали меньше опасаться социальных последствий, связанных с обращением к психиатру, что им стало легче получить необходимую помощь.

Классификация

В большинстве отечественных классификаций психических болезней неизменно приводятся три основных вида патологии психики:

- эндогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют экзогенные факторы;
- экзогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют эндогенные факторы;
- состояния, обусловленные патологией развития.

МКБ-10 выделяет следующие формы психических заболеваний.

1. Эндогенные психические заболевания:

- 1) шизофрения;
- 2) аффективные заболевания;
- 3) аффективные психозы;
- 4) циклотимия;
- 5) дистимия;
- 6) шизоаффективные психозы;

7) функциональные психозы позднего возраста.

2. Эндогенно-органические заболевания:

1) эпилепсия;

2) дегенеративные (атрофические) процессы головного

мозга;

3) деменции альдгеймеровского типа;

4) болезнь Альцгеймера;

5) сенильная деменция;

6) системно-органические заболевания;

7) болезнь Пика;

8) хорея Гентингтона;

9) болезнь Паркинсона;

10) особые формы психозов позднего возраста;

11) острые психозы;

12) хронические галлюцинозы;

13) сосудистые заболевания головного мозга;

14) наследственные органические заболевания;

15) экзогенно-органические заболевания;

16) психические нарушения при травмах головного мозга;

17) психические нарушения при опухолях головного моз-

га;

18) инфекционно-органические заболевания мозга.

3. Экзогенные психические расстройства:

1) алкоголизм;

2) наркомании и токсикомании;

3) симптоматические психозы;

4) психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях;

5) психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях;

6) психические нарушения при интоксикациях лекарственными средствами, бытовыми и промышленными токсичными веществами.

4. Психосоматические расстройства:

1) реактивные психозы;

2) посттравматический стрессовый синдром.

5. Пограничные психические нарушения:

1) невротические расстройства;

2) тревожно-фобические состояния;

3) неврастения;

4) обсессивно-компульсивные нарушения;

5) истерические нарушения невротического уровня;

6) расстройства личности.

6. Патология психического развития:

1) умственная отсталость;

2) задержки психического развития;

3) искажения психического развития.

Течение психических болезней

Течение психических болезней, в том числе и одного и того же заболевания, может быть различным, но вместе с тем

возможно выделение его определенных типов или форм.

Некоторые психические болезни, раз начавшись, протекают хронически до конца жизни больных; это непрерывное, процессуальное, прогрессивное течение. Однако внутри этой формы развитие психического заболевания неодинаково. У одной группы больных патологический процесс с самого начала развивается катастрофически и быстро приводит к выраженному психическому распаду. В других случаях заболевание прогрессирует медленно, дефицитарные изменения возникают постепенно, не достигая глубокого распада. У третьей группы больных патологический процесс развивается менее интенсивно, сказываясь в итоге лишь в изменении психического склада личности. Наиболее легкие варианты этой разновидности течения образуют так называемые латентные формы той или иной психической болезни. Вне зависимости от тяжести болезни в течение каждой из ее разновидностей можно обнаружить периодические обострения, свидетельствующие о скрытой циркулярности, периодичности развития болезненного процесса.

У многих больных заболевание с самого начала характеризуется приступами со светлыми промежутками между ними – приступообразное течение. Приступы у одной группы больных возникают через одинаковые промежутки времени, у другой – без какой-либо регулярности. Иногда приступы болезни влекут за собой стойкие изменения психического склада личности с углублением дефекта от приступа к при-

ступу (приступообразно-прогредиентное течение). В других случаях приступы, даже многочисленные, проходят бесследно, не приводя к какому-либо дефекту (интермиттирующее течение). Такие приступы носят название фаз. Наконец, иногда изменения личности наступают после первого приступа, а в последующем отмечаются фазы (рекуррентное или ремиттирующее течение).

Бывают и случаи психоза в виде единственного за всю жизнь приступа (одноприступное течение) и быстропреходящего эпизода (транзиторные психозы).

Психические болезни могут заканчиваться выздоровлением полным или с остаточными расстройствами в виде стойкого, разной выраженности психического снижения – выздоровление с резидуальными изменениями, с дефектом. Часто психическая болезнь продолжается до смерти в результате какого-либо соматического заболевания (летальный исход непосредственно психической болезни бывает редко).

Клинические картины психических заболеваний не являются постоянными. Они изменяются с течением времени, причем степень изменений и темп этой динамики могут быть различны.

Понятие о симптомах и синдромах психических заболеваний

Как указывалось ранее, психиатрия разделяется на два основных раздела – общую психопатологию и частную психиатрию.

Частная психиатрия изучает отдельные психические заболевания, их клинические проявления, причины, механизмы развития, диагностику и лечение.

Общая психопатология – это раздел психиатрии, цель которого – изучение общих закономерностей и природы психических расстройств. Общая психопатология изучает отдельные симптомы и симптомокомплексы, или синдромы, которые могут наблюдаться при разных психических заболеваниях. Ее предмет – выделение и изучение диагностического значения отдельных признаков и их связи с патологией. Описание и обозначение патологических признаков осуществляется с помощью системы симптомов.

Симптом – абстрактное понятие (результат врачебного суждения или умозаключения), обозначающее строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Не каждый признак является симптомом, а только названный при установлении его причинно-следственной связи с патологией.

Выявление симптомов в большинстве случаев позволяет лишь констатировать факт наличия болезни вообще и отнести ее к той или иной отрасли медицины, так как каждая клиническая наука имеет их особый набор. Специфически для психиатрии являются психопатологические симптомы. Они делятся на позитивные и негативные.

Позитивные обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие дезадаптивные признаки) психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение и т. д.).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого, прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъяна, дефекта того или иного психического процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т. п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем менее, беднее и фрагментарнее – позитивные.

Феномен болезни проявляется не единичным признаком и симптомом, а их набором. Структура и характеристики последнего зависят от рода заболевания (экзо-, эндо-, психо- и соматогенное происхождение или их сочетание), характера повреждения (воспаление, интоксикация, дегенерация и

т. д.), особенностей нейрогуморальных механизмов, связанных с формированием комплекса признаков болезни и т. д.

Совокупность всех симптомов, выявленных в процессе обследования конкретного больного, образует симптомокомплекс. Выделение его – следующий, более высокий по сравнению с определением симптомов уровень познания болезни. Но и этот уровень еще далеко не достаточен для определения болезни, так как набор симптомов может быть обусловлен разнообразными факторами (патогенетическими, конституционально-индивидуальными, социальными, модифицирующими и проч.).

Симптомокомплекс отражает реальную картину болезни на момент обследования и является конкретным проявлением имеющейся у больного совокупной патологии. В нем выделяется ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих синдром.

Синдром – устойчивые закономерные сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами. Определение симптомокомплекса происходит при непосредственном восприятии конкретной патологии. Симптомокомплекс может не совпадать по количеству симптомов с синдромом, включать симптомы, не входящие пока ни в один синдром, а также представлять собой сочетание нескольких синдромов (психопатологических, вегетовисцеральных, неврологических, соматических).

Исследование психического состояния, т. е. оценка психопатологической картины, представляет собой сложный процесс – от оценки явных признаков до познания сущности расстройства, которое не может быть воспринято непосредственно, а определяется в результате наблюдения и обобщения признаков и построения на этой основе логического вывода. Выделение отдельного признака – симптома – является также многоступенчатым процессом, в котором существенное место занимает объединение его с другими близкими по своей внутренней структуре признаками. Основная единица общей психопатологии – синдром – закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющее собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащее признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом. Отдельный симптом не может, несмотря на свою значимость, считаться психопатологической единицей, так как он приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами – в симптомокомплексе или в синдроме.

Совокупность симптомов и синдромов, наблюдаемых в динамике, складывается в клиническую картину заболевания, которая, с учетом этиологии (причин), течения, исхода и патологической анатомии образует отдельные нозологические единицы болезней.

Нарушения психики больного человека могут затрагивать процессы восприятия, мышления, воли, памяти, сознания,

влечений, эмоций. Эти нарушения встречаются у больных в различных сочетаниях и только комплексно.

Расстройства отдельных психических функций

Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти

Рецепторные расстройства. Расстройства ориентировки

Ощущения – это отражение отдельных свойств предметов при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Классификация ощущений производится по нескольким основаниям.

1. По наличию или отсутствию непосредственного контакта рецептора с раздражителем, вызывающим ощущение, выделяют дистантную (слух, зрение, обоняние) и контактную (вкус, боль) рецепцию.

2. По расположению рецепторов на поверхности тела, в мышцах, сухожилиях или внутри организма различают соответственно экстероцепцию (зрительная, слуховая, тактильная), проприоцепцию (ощущение в мышцах и сухожилиях), интероцепцию (ощущения голода, жажды).

Зрительные ощущения могут быть: ахроматическими (отражают переход от белого к черному, через массу оттенков серого цвета); хроматическими (отражают цветовую гамму с многочисленными оттенками и переходами цветов).

Слуховые ощущения могут быть: речевыми, музыкальными, ощущения шумов и шорохов.

Вибрационные ощущения примыкают к слуховым ощущения и отражают колебания упругой среды. Этот вид чувствительности образно называют контактным слухом.

Обонятельные ощущения относятся к дистантным ощущениям. Функция обоняния подавлена зрением, слухом, вкусом. Данные ощущения помогают распознать качество пищи, предупреждает об опасности для организма воздушной среды, позволяет в ряде случаев определить состав химического вещества.

Вкусовые ощущения возникают при соприкосновении органа чувств с самим предметом. Выделяют 4 основных качества вкусовых раздражителей: кислое, сладкое, горькое, соленое.

Кожные ощущения включают в себя: тактильную систему (ощущения прикосновения); температурную систему (ощущения тепла и холода); болевую систему.

Статические (гравитационные) ощущения отражают положение нашего тела в пространстве.

Кинестетические ощущения – это ощущения движения и положения отдельных частей тела. В результате этих ощущение

ний складывается знание о силе, скорости, траектории движения частей тела.

Органические ощущения возникают от внутренних органов, образуют органическое чувство (самочувствие) человека.

К закономерностям ощущений относят следующее.

1. Пороги чувствительности. Для возникновения какого-либо ощущения раздражитель должен иметь определенную величину интенсивности. Нижний и верхний пределы ощущений называются абсолютной чувствительностью. Она измеряется нижним и верхним порогом чувствительности. Минимальная величина раздражения, которая необходима для возникновения едва заметного ощущения, называется абсолютным нижним порогом ощущения. Верхний абсолютный порог ощущений – это максимальная величина раздражения, дальнейшее увеличение которой вызывает болевые ощущения или исчезновение ощущений. Наряду с абсолютной различают относительную чувствительность – это чувствительность к изменению интенсивности воздействия. Относительная чувствительность измеряется порогом различения – это минимальное различие в силе двух раздражителей, необходимое для изменения интенсивности ощущения.

2. Сенсibilизация (в переводе с латинского языка означает «чувствительность») – это повышенная чувствительность анализаторов под влиянием внутренних (психических) факторов. Сенсibilизация может быть вызвана: вза-

имодействием ощущений (слабые вкусовые ощущения повышают зрительную чувствительность); физиологическим фактором (состоянием организма); ожиданием того или иного воздействия; значимостью такого воздействия; специальной установкой на различение раздражителей; упражнениями (например, дегустатор вин). У людей, лишенных какого-либо вида чувствительности, этот недостаток компенсируется за счет повышения чувствительности других органов. Такое явление называется компенсаторной сенсibilизацией.

3. Адаптация (в переводе с латинского языка означает «приспособление») – это приспособление чувствительности к постоянно действующему раздражителю. Такое приспособление проявляется в понижении или повышении порогов чувствительности.

4. Контраст (в переводе с французского языка означает «противоположность») – это повышение чувствительности к одним свойствам под влиянием других свойств действительности.

5. Синестезия (в переводе с греческого языка означает «сообщения») – это переход ощущений одного вида в другой.

К рецепторным расстройствам относят наиболее элементарные симптомы психических болезней:

1) гиперестезии – повышение восприимчивости к внешним раздражениям, нейтрально воспринимаемым челове-

ком в нормальном состоянии; тогда свет кажется чересчур ярким, звуки – оглушительно громкими, прикосновения – грубыми, хотя на деле интенсивность раздражителя не превышает обычных, привычных для организма порогов, гипестезии, когда чувствительность, напротив, понижается, объекты кажутся бесформенными, тусклыми, звуки утрачивают интонацию;

2) сенестопатии – неприятные, тягостные неопределенные ощущения, исходящие из различных частей тела – жжение, щекотание, стягивание, давление, не имеющие под собой реальных причин;

3) метаморфопсии – изменение восприятия величины и формы предметов и пространства, например потолок в комнате кажется наклоненным либо улица выглядит бесконечно длинной, также могут изменяться размеры частей своего тела;

4) дереализация – сложный по природе симптом, заключающийся в чувстве призрачности окружающего, когда мир видится «словно через сетку», «словно во сне», чувство действительности утрачивается; к этому состоянию близки понятия «уже виденного» и «никогда не виденного», когда впервые увиденный объект кажется до боли знакомым либо наоборот;

5) олицетворенное осознание – чувство, будто в помещении, где больной находится один, кто-то присутствует, с одновременным ощущением ошибочности этого чувства;

6) расстройство осознания времени (ускорение, замедление, полное отсутствие);

7) расстройство апперцепции – невозможность устанавливать связи между явлениями и понимать смысл происходящего.

Расстройства ориентировки во времени, в данной ситуации, в месте, в собственной личности:

1) растерянность (аффект недоумения) – неприятное непонимание своего состояния, которое осознается как необычное (в таком состоянии больной допытывается, «Что произошло? Что со мной случилось?»);

2) деперсонализация – расстройство осознания собственной личности, ощущение чуждости своих мыслей, чувств, поступков вплоть до ощущения их «сделанности», искусственного привнесения извне, в качестве продукта чьей-то воли и вплоть до утраты самосознания.

Расстройства восприятия

Познание – это отражение человеком окружающего внешнего мира. Различают чувственное, непосредственное познание, которое составляет наши ощущения, восприятия, представления, и абстрактное познание, когда мир познается при помощи мышления в словесно оформленных понятиях и суждениях. При психических заболеваниях могут наблюдаться преимущественные нарушения каждого из указанных

видов познания. Из различных, весьма вариабельных, нарушений и расстройств познавательной деятельности мы остановимся на главных, наиболее часто встречающихся у психически больных имеющих наибольшее значение в клинике психических заболеваний.

Человек воспринимает окружающий его мир и ориентируется в нем при помощи анализаторов. Раздражение анализаторов теми или иными предметами и явлениями внешнего мира обуславливает возникновение восприятий – отражения в нашем сознании предмета в целом.

Восприятия – это отражение предметов и явлений в совокупности их свойств и частей при непосредственном воздействии на органы чувств.

Классификация восприятий следующая.

1. В зависимости от участия воли и целенаправленности выделяют непроизвольное (не связанное с волевым напряжением и заранее поставленной целью) и произвольное (преднамеренное и целенаправленное) восприятие.

2. В зависимости от модальности рецепторов выделяют слуховые, зрительные, обонятельные, осязательные и т. д. восприятия.

3. В зависимости от сложности, развернутости перцептивной деятельности выделяют симультанное (одноактное) и сукцессивное (поэтапное, последовательное) восприятие.

4. В зависимости от формы существования материи выделяют восприятия пространства, времени.

Восприятия пространства

1. Величины и формы предметов. Данное восприятие происходит при сложном сочетании зрительных, осязательных, мускульно-двигательных ощущений.

2. Объемность и удаленность предметов. При восприятии объемности и глубины предметов основную роль играет бинокулярное зрение (зрительное восприятие двумя глазами). Монокулярное зрение определяет правильную оценку расстояния в очень ограниченных пределах. При удаленности предметов большое значение в восприятии пространства имеет взаиморасположение светотеней, которое зависит от расположения предметов. В восприятии пространства, в оценке расстояния играют роль обонятельные и слуховые ощущения.

Восприятие времени – отражение длительности и последовательности явлений и событий. Благодаря восприятию времени отражаются изменения, происходящие в окружающем мире. Временные промежутки определяются ритмическими процессами, происходящими в организме человека. Наиболее точной оценке временных промежутков способствуют слуховые и двигательные ощущения. При восприятии времени обнаруживается склонность преувеличивать небольшие и преуменьшать большие промежутки времени.

Восприятие движения – это отражение направления и скорости пространственного существования предметов. Оно дает возможность ориентироваться в относительных изме-

нениях взаимоотношений и взаиморасположения предметов окружающей среды. Восприятие движения осуществляется зрительным, слуховым, кинестетическим анализаторами.

Восприятие человека человеком. Воспринимая действия, движения, поступки, деятельность человека, люди уточняют свои впечатления друг о друге и глубже проникают во внутреннее психологическое содержание, познают интересы, чувства, привычки, убеждения, характер, способности личности.

Закономерности восприятия

Предметность – это соответствие образов восприятия реальным предметам действительности, это относительная независимость воспринимаемых характеристик объектов от параметров раздражения рецепторных поверхностей органов чувств.

Целостность – это свойство восприятия, состоящее в том, что всякий объект, а тем более пространственная ситуация, воспринимаются как устойчивое системное целое.

Константность – это относительная независимость отражения объективных качеств предметов (величины, формы, характерного цвета) от измененных условий их восприятия (освещенности, расстояния, угла зрения).

Осмысленность – это причисление воспринимаемого предмета к основной группе, классу, обобщение его в слове.

Избирательность – это преимущественное выделение человеком одних объектов по сравнению с другими, зависящее

от особенностей его личности.

Структурность – это вычленение из общей структуры предмета его частей и определенных сторон.

Апперцепция – это независимость восприятия от прошлого опыта, от общего содержания психической деятельности человека и его индивидуальных особенностей. Апперцепция может быть личностной (зависит от индивидуальных особенностей человека) и ситуативной (например, ночью пень кажется страшным животным).

Виды расстройств восприятия

1. Иллюзии – это искаженные восприятия реально существующих объектов. Иллюзии не всегда бывают результатом болезненного восприятия. Существуют физиологические иллюзии, свойственные психически здоровым людям и обусловленные законами живой и неживой природы.

Галлюцинации представляют собой мнимое восприятие. Это восприятие без объекта. По существу, галлюцинации – непроизвольное, интенсивно чувственное представление, которое проецируется в реальный мир и получает свойства объективной действительности. Галлюцинации практически не встречаются у здоровых и обычно свидетельствуют о наличии психического расстройства.

2. Истинные галлюцинации различают по органам чувств.

Слуховые галлюцинации чаще встречаются в виде «голосов» (вербальные галлюцинации). Больной слышит слова, относящиеся к его действиям, мыслям. Голоса то угрожают,

то укоряют в чем-нибудь, то руководят его поступками. Он слышит нашептывания, вступает с голосами в беседу, спорит с ними, закрывает уши руками, мимика больного отражает характер переживаний. В некоторых случаях галлюцинации появляются в момент засыпания и сопровождаются страхом. Особо следует отметить так называемые императивные (повелительные) галлюцинации, под влиянием которых больной может совершить внезапные и непонятные окружающим поступки. Он подчиняется решительному приказанию автоматически. Слуховые галлюцинации чаще всего наблюдаются при шизофрении и при некоторых алкогольных психозах.

Зрительные галлюцинации встречаются реже других, они не столь продолжительны, как слуховые, которые могут продолжаться годами. Очень ярки бывают зрительные галлюцинации у алкоголиков при так называемой белой горячке. Им видятся звери, чудовища, черти, вещи преобразуются, одна картина быстро сменяется другой.

Тактильные галлюцинации – неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимое с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел) или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т. п.), внешние признаки которых точно описываются больными (твердые, маленькие с длинными ножками и т. д.).

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются реже. При этом больные могут ощущать воздействие отравля-

ющих газов, отвратительные, будто специально пущенные в комнату запахи. Особый привкус пищи убеждает больного в том, что к ней подмешан яд. В связи с этим наблюдается отказ от пищи, недоверие к окружающим, всякие предосторожности. Обонятельные галлюцинации проявляются и в том, что больные воспринимают запах, будто бы исходящий от них самих, из чего они заключают, что заживо разлагаются.

Псевдогаллюцинации – произвольные, обычно с ощущением сделанности или насильственности, восприятия, возникающие без наличия реального объекта, воспринимаемые как реально существующие, но все-таки «особые» образы, привнесенные с точки зрения больного «воздействием на него извне» чьей-то воли, как правило, локализованные вне доступности для органов чувств, например зрительный образ за спиной, внутри головы.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.