

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ
Патология сознания

Зав. Кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнил: Першин Максим Юрьевич

Красноярск 2024

Оглавление

Актуальность	3
Определение.....	4
Нарушение сознания.....	5
Количественные нарушения сознания	6
Качественные нарушения сознания.....	8
Заключение	15
Список литературы.....	16

Актуальность

Тема «Патология сознания» остается актуальной до сих пор, потому что в отличие от потери сознания расстройства сознания характеризуются разной степенью расстройства психики с более сложной психопатологической картиной. Как правило, это преходящее расстройство, чаще возникающее как осложнение соматических болезней, инфекции или интоксикации. Характерны неотчетливость восприятия окружающего, часто дезориентировка во времени, месте и ситуации, нарушение мышления с затруднением суждений и более или менее выраженная амнезия. Для врача важно уметь дифференцировать расстройства сознания для своевременного оказания медицинской помощи в полном объеме.

Определение

Есть значительные противоречия в определениях сознания, что связано с тем, что этот термин в разных ситуациях используется в разных значениях, в том числе в медицине можно найти три таких значения:

Сознание — свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире.

- Сознание как **состояние бодрствования**: способностью реагировать на происходящее вокруг, возможность активной умственной и физической деятельности. Отличается от состояния сна и состояний выключения сознания. Состояние бодрствования обеспечивается оптимальной функциональной активностью всего мозга, особое значение в поддержании состояния бодрствования играет ретикулярная формация ствола мозга.
- Сознание как **осознанное бытие**: способность осмысленно воспринимать действительность во всей целостности событий; позволяет ориентироваться в действительности, времени и собственной личности, обеспечивает преемственность опыта, непрерывность и последовательность психической деятельности, объединяет знания об объективном мире и субъективные переживания.
- Сознание как **полное и точное осознание действительности**: способность воспроизведения действительности.

Также выделяют **самосознание** — осознание себя («сознание Я»), своей идентичности, своих психических процессов. Сложный феномен, базирующийся на различных переживаниях «Я»: витальности (чувство личного реального бытия, существования), активности (чувство возможности управления самим собой, своими устремлениями и пр.), целостности (ощущение себя, своего тела, психики как единого, нераздельного целого), идентичности (ощущение постоянства себя, несмотря на биологические и социальные изменения, происходящие во времени) и границ «Я» (возможность различать, что принадлежит нашему «Я», а что не принадлежит).

Нарушение сознания

Среди расстройств (нарушений) сознания выделяют:

- Выключения сознания (количественные, непродуктивные нарушения): оглушение, сопор, кома.

Состояния выключения сознания определяются через оценку уровня бодрствования.

- Помрачения сознания (качественные, продуктивные нарушения): делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменция.

Состояния помрачения сознания определяют как утрату способности правильно осознавать происходящее вокруг.

К нарушениям сознания относят состояния, характеризующиеся совокупностью следующих признаков (критерии К.Ясперса):

1. **Отстраненность от реальности**, которая возникает из-за отрывочности и ослабления восприятия и понимания происходящего.
2. **Дезориентировка**. Дезориентировка вытекает из нарушения понимания происходящего вокруг. Она может быть аллопсихической — в месте, времени, ситуации, окружающих лицах; аутопсихическая – собственной личности. Во многих случаях утрата (невозможность) ориентировки в собственной личности свидетельствует о тяжелом состоянии, в том числе с присоединением симптомов выключения сознания. Для дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что нарушение дезориентировки может быть также обусловлено выраженными и стойкими интеллектуально-мнестическими расстройствами (деменции, Корсаковский синдром).
3. **Нарушение связности переживаний**. Также возникает из-за нарушений восприятия, мышления и запоминания; может приводить к непонятному и непредсказуемому поведению и эмоциональным реакциям.
4. **Амнезия периода нарушенного сознания**. Амнезия связана с тем, что раз пациент не был в состоянии воспринять и понять то, что с ним происходило, то и запомнить этого он не мог. Амнезия может быть полная (тотальная) или частичная.

Диагноз помраченного сознания может быть установлен при наличии **всех четырех** упомянутых признаков.

Количественные нарушения сознания

Состояния выключения сознания оцениваются через оценку уровня бодрствования, т.е. по способности реагировать на происходящее вокруг, возможности активной умственной и физической деятельности.

Выделяют три основных уровня выключения (угнетения) сознания:

Оглушение — характерна отрешенность от происходящего вокруг, обычно складывается впечатление, что человек в этом состоянии пребывает в некой полудреме, от которой не может очнуться; на внешние стимулы он реагирует ограниченно, сложные вопросы не в состоянии осмыслить, а на простые дает односложные ответы, после дополнительных повторений способен выполнить некоторые инструкции — например, открыть рот, высунуть язык и пр.

- **Обнубиляция** — легкая степень оглушения. Больные производят впечатление слегка опьяневших, рассеянных, несобранных людей. Они бестолковы, не сразу улавливают смысл обращенной к ним речи, несколько запаздывают с восприятием происходящего, отвечают и действуют невпопад. В состоянии обнубиляции пациенты могут оптимистически оценивать свое состояние даже при серьезных повреждениях.
- **Сомноленция** — форма оглушения сознания. Характерна повышенная сонливость. Представленный себе, пациент тотчас погружается в глубокий сон. На короткое время путем энергичных мер его можно разбудить, вступить в контакт, после чего он вновь засыпает.

Сопор — в этом случае речевому контакту пациент недоступен, не только не отвечает на вопросы окружающих, но и не выполняет словесные инструкции. Тем не менее присутствует реакция на боль — на болевые раздражители (уколы, щепки) — может открывать глаза и/или осуществлять простейшие относительно целенаправленные движения (носят больше защитный характер — как бы пытается отстранить источник болевых ощущений или отдернуть руку).

Кома — в этом состоянии утрачивается способность как-либо реагировать на боль (может быть нецеленаправленная и некоординированная реакция в виде сгибания или разгибания, отражающая декортикационную или децеребрационную ригидность). При ухудшении состояния происходит постепенное угнетение витальных функций (в первую очередь дыхания).

Таким образом, при оценке степени выключения сознания в первую очередь оценивают реакцию на речевой контакт и болевой раздражитель по трем параметрам:

- Открывание глаз.
- Речевая реакция.
- Двигательная реакция.

На этом построена шкала комы Глазго, которая широко используется в мире.

Признак	Оглушение		Сопор	Кома
	Умеренное	Глубокое		
Ориентировка	Частичная	Нарушена	Нет	Нет
Словесный ответ	Ограничен	Отсекает	Нет	Нет
Выполнение инструкций	Замедлено	Элементарные	Нет	Нет
Открывание глаз	Сохранено	Сохранено	+/-	Нет
Двигательная реакция на боль	Целенаправленная (отталкивание)	Целенаправленная (отталкивание)	Есть (отдёргивание)	Нет

Качественные нарушения сознания

Делирий — наиболее частый вариант помрачения сознания, может возникать в ответ на любые внешние (экзогенные) вредности, в том числе в связи с интоксикациями (психоактивными веществами, в том числе алкоголем и наркотиками, лекарствами, интоксикациями при инфекционных заболеваниях, при почечной, печеночной недостаточности и пр.), тяжелыми соматическими заболеваниями, в остром периоде черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения др.

Клиническая картина:

— **Все признаки помрачения сознания** (критерии К.Ясперса):

- недоосмысление происходящего вокруг, отстраненность;
- аллопсихическая дезориентировка (в происходящем вокруг — месте, времени, ситуации);
- частичная амнезия (обычно сохраняются отдельные воспоминания как о реальных событиях, происходивших с больным в этот период, так и о психотических переживаниях).

— **Дополнительно:**

- Возможны иллюзии, истинные галлюцинации (часто зрительные) и вторичный бред.
- Характерны эмоциональные нарушения: аффективная лабильность, быстрая смена эмоций, беспокойство, тревога, страх, «реакции ужаса».
- Характерны психомоторные нарушения: состояния двигательного беспокойства, возбуждения (вплоть до выраженного, в том числе с ауто- и гетероагрессивным поведением).
- Характерны нарушения ночного сна: кошмары, бессонница.

В среднем длительность делирия обычно составляет несколько дней (или, возможно, только ночей), но может значительно варьировать от часов до недель и даже месяцев (редко). Также течение зависит от вызвавших причин. Например, при делирии, вызванном интоксикациями, длительность определяется временем нахождения токсичных веществ в крови.

В современных классификациях болезней (в том числе МКБ-10) в рамках диагноза делирия объединяют, на основе общности патогенеза и лежащих в основе расстройств познания, две категории, которые прежде чаще рассматривали самостоятельно — **делирий с яркими истинными галлюцинациями**,

а также состояние, которое во всем мире называют описательным термином «спутанность сознания» (в этом случае, при схожести прочей клинической симптоматики и течения, истинные галлюцинации и бред обычно отсутствуют). В действительности эти два варианта являются лишь двумя противоположными полюсами одного континуума, между которыми существует множество переходных состояний.

Делирий как «галлюцинаторное помрачение сознания». Более характерен для состояний, связанных с употреблением алкоголя (алкогольный делирий, «белая горячка») и интоксикациями другими психоактивными веществами, хотя близкая картина иногда может быть и при соматических и неврологических заболеваниях (черепно-мозговой травме, остром нарушении мозгового кровообращения и пр.).

В клинической картине помимо общих симптомов, характерных для делирия, представлены яркие иллюзии, истинные галлюцинации (чаще всего зрительные), чувственный бред (обычно преследования; конкретное содержание бреда при этом часто изменчиво, отражает содержание переживаемых галлюцинаторных образов и отдельные элементы окружающей действительности).

Обычно развитие такого делирия проходит несколько стадий:

1. На **инициальном этапе** появляются общая взбудораженность, беспокойство, суетливость. У пациентов выражена гиперестезия (вздрагивают от небольшого шума), внимание неустойчиво, не может надолго сосредоточиться на одном занятии, изменчиво настроение. На этом этапе нарушается сон — не могут заснуть, ночью часто просыпаются, мучают яркие кошмарные сновидения.
2. На стадии **иллюзорных расстройств** к картине первого этапа присоединяются зрительные иллюзии — обычно вечером в тених на полу, стенах начинают мерещиться какие-то животные, страшные люди и пр. В узоре на обоях начинают видеть какие-то причудливые меняющиеся картины, не могут избавиться от этих видений (парейдолий), хотя могут относиться к ним с критикой. При засыпании возможно развитие отдельных галлюцинаций (гипнагогические галлюцинации).
3. На стадии **истинных галлюцинаций** к картине второго этапа присоединяются истинные галлюцинации, чаще всего зрительные, но также могут быть и слуховые, и тактильные. Видения, отражая утрату связности психических процессов при помрачениях сознания, также сменяют друг друга достаточно неожиданно, без ясной смысловой связи, но обычно все они имеют угрожающий или какой-либо неприятный характер. Достаточно часто галлюцинации

мелкого размера (паутинки, падающие с потолка, ниточки на теле или руках, крысы в углу и т.п.). Но могут быть и обычного размера (инопланетяне, роботы, невидимки, чертики, летающие тарелки, преследователи на машинах, следующие за больным и пр.). На основе этих галлюцинаций формируется вторичный чувственный бред, также нестойкий, его содержание преимущественно определяется испытываемыми в настоящее время галлюцинациями. Эмоции и действия человека, находящегося в состоянии делирия, также непредсказуемы и соответствуют содержанию переживаемого им в данный момент (бежит, прячется, обороняется от мнимых преследователей, а иногда сам активно нападает на них). Обычно выражена аллопсихическая дезориентировка: путает дату (чаще всего в пределах нескольких дней), не понимает, где он, куда его привезли (например, поступив в приемный покой больницы, не может понять, что это за учреждение, предполагает, что баня или, возможно, мясокомбинат, где его «пустят на мясо» и т.д.).

Течение делирия, как было отмечено выше, обычно ундулирующее — т.е. возможные светлые промежутки («люцидные окна»), в которых у пациента нет продуктивной симптоматики, но затем они достаточно быстро могут смениться новым наплывом галлюцинаций. Галлюцинаторная симптоматика обычно усиливается ночью и при сенсорной депривации (отсутствии внешних стимулов, например, в случае если пациента поместили в изолятор).

- **Профессиональный делирий** — угнетение сознания приводит к тому, что среди переживаний больных остаются только те, что связаны с наиболее автоматизированной для них деятельностью. Обычно такой деятельностью является работа. Данные пациенты обычно уже не в состоянии встать с постели, но активно размахивают руками, будто бы выполняя профессиональную деятельность (например, токарь как бы работает на своем станке, вытачивает детали, водитель — ведет машину, временами кричит, чтобы кто-то ушел с дороги, и др.). Так как для многих лиц, страдающих алкоголизмом, наиболее прочно усвоенным «профессиональным» навыком является ситуация, связанная с застольем и употреблением алкоголя, у многих из них в этом состоянии переживания связаны именно с этим.

- **Мусситирующий (бормочущий) делирий** — еще большее угнетение сознания приводит к тому, что у пациентов сохраняется лишь возбуждение в пределах постели, мышление теряет какую-либо связность, больные невнятно что-то бормочут, речь бессвязная, судить о содержании переживаний в этом состоянии невозможно. Обычно продуктивному речевому контакту больные практически не доступны, иногда могут лишь ответить на самые простые вопросы (например, назвать свое имя). После выхода из этого состояния характерна тотальная амнезия.

Аменция – выделяется как самостоятельный тип помрачения сознания, но по сути является вариантом делирия (спутанности) в сочетании с симптомами выключения сознания до уровня оглушения. Речь и мышление бессвязны, лицо зачастую выражает растерянность, отмечается хаотичное возбуждение в пределах постели, обирают себя, продуктивный контакт невозможен, больные соматически ослаблены.

Характеризуется следующими признаками:

— растерянностью с аффектом недоумения и явлениями гиперметаморфоза. Наблюдается также быстрая и беспорядочная смена внешних проявлений различных эмоций;

— инкогерентным мышлением, бессвязной речью, повышенной говорливостью;

— двигательным возбуждением, обычно ограниченным пределами постели, распадом сложных двигательных формул. Наблюдаются хореоформные гиперкинезы, кататонические нарушения, бессмысленное и нескоординированное метание;

— глубокой дезориентировкой в собственной личности и окружающем с последующей тотальной конградной амнезией;

— разрозненными галлюцинациями, несвязными бредовыми идеями, маниакальными и депрессивными аффектами, делириозными, онейроидными эпизодами, предшествующими наступлению, собственно, аментивной спутанности;

— астеническими явлениями по выходе из психотического состояния;

— тенденцией к затягиванию — длительность аменции может составлять недели и даже несколько месяцев. Аментивноподобные эпизоды, наблюдающиеся при острых психотических дебютах шизофрении, бывают обычно короче (часы, сутки).

Онейроидное помрачение сознания — «сновидное», грезоподобное помрачение сознания — помрачение сознания с наплывом фантастических сноподобных псевдогаллюцинаций, фантастическим чувственным бредом (может быть депрессивный или экспансивный) и двигательными расстройствами (кататонический ступор).

- Зрительные представления и псевдогаллюцинации следуют одни за другими так, что одна ситуация как бы вытекает из другой (сценopodobность, сноподобность — подобно тому как мы видим сон, только этот «сон» пациент видит в состоянии бодрствования и не может от него избавиться), эти образы могут переплетаться с деталями окружающей обстановки (например, больной чувствует себя в пучине моря, которое изображено на фотообоях в его палате).
- Больные ощущают себя участниками действия, находящимися в «центре борьбы добра и зла». Часто это сопровождается чувством восторженности. Например, пациент чувствует себя спасителем Земли, так как он только что, летая в космосе, остановил руками падающий метеорит), недоумения либо полного ужаса (больная находится в полном отчаянии, так как видит, как на глазах у нее рушится вся Вселенная — «планеты сходят со своих осей и падают на Солнце», «знает», что это она виновата в этом).
- Характерна отрешенность от окружающего — погруженность в свои переживания, в то время как реальную обстановку воспринимают лишь частично. Часто можно отметить «двойную ориентировку» — больной одновременно признает, что он физически находится здесь (например, в больнице), но на некоем другом «астральном» плане он (его душа, аватар, астральное тело и др.) находится совершенно в другом мире. Например, больная при поступлении в стационар говорит, что чувствует, будто «одновременно» физически находится в приемном покое больницы, а какая-то часть ее «в это время ползет улиткой по склону лунного кратера».
- Переживания как бы «поглощают», «завораживают», «зачаровывают» больных до состояния двигательного оцепенения — т.е. проявления от кататонического субступора с периодами обездвиженности (застывания) вплоть до развернутого кататонического ступора.
- После выхода из состояния обычно наблюдается частичная амнезия реальных событий, воспоминания о болезненных переживаниях сохранены лучше.
- Длительность онейроида обычно составляет недели.

Сумеречное помрачение сознания

- Внезапное возникновение и завершение.
- Нарушение восприятия окружающего: от фрагментарного восприятия до полной отрешенности и дезориентировки. резкое сужение круга актуальных представлений, мыслей и побуждений, значительное ограничение доступа внешних впечатлений (вероятно, с этим связано происхождение самого термина: больные воспринимают лишь незначительную часть окружающего подобно тому, как с наступлением темноты видится лишь немного, находящееся вблизи)
- Двигательная сфера: от внешне упорядоченного автоматизированного поведения до выраженного возбуждения.

Варианты:

- Амбулаторные автоматизмы — во время помрачения сознания человек совершает автоматизированные действия, поведение внешне может выглядеть правильно, выражение лица отрешенно-угрюмое, высказывания стереотипны или отсутствуют. Если сопровождается непроизвольным блужданием: в бодрствующем состоянии — фуга (несколько минут) или транс (более продолжительное время, в том числе с уходами из дома, путешествиями); во время сна — сомнамбулизм (лунатизм).
- Галлюцинаторно-бредовое сумеречное помрачение сознания — продуктивному контакту больной недоступен, но по его поведению можно предположить, что во время помрачения сознания он испытывает различные виды галлюцинаций (зрительные, слуховые, в том числе императивные, обонятельные и т.п.), вместе с которыми формируется вторичный чувственный бред (преследования, величия). Дополнительно присутствуют аффективные расстройства — выраженный страх, тревога, злоба, восторженность, экстаз. Иногда они могут сопровождаться резко выраженным возбуждением с агрессией и разрушительными действиями. К счастью, такие состояния относительно редки, обычно они становятся предметом разбирательства судебно-психиатрических экспертов.
- После выхода из помрачения сознания — полная амнезия (на реальные события и свои переживания), зачастую после выхода — слабость, тяга ко сну, поэтому засыпают в неподходящих местах.
- Длительность — в большинстве случаев от нескольких минут (обычно) до нескольких часов (реже).

Отдельно обозначают варианты сумеречного помрачения сознания, возникшие в условиях, которые заставляют их дифференцировать с «физиологическими» состояниями (обычно эти случаи связаны с совершением правонарушений и последующей судебно-психиатрической экспертизой):

- **Патологическое опьянение** — сумеречное помрачение сознания, развившееся на фоне употребления небольшого количества спиртного (алкоголь являлся лишь триггером для состояния, самого выраженного опьянения не было). Дифференцируют с состоянием обычного опьянения.
- **Патологический аффект** — сумеречное помрачение сознания, развившееся в ответ на психотравмирующее событие (психотравма, обычно незначительная, может стать лишь триггером для развития помрачения сознания). Дифференцируют с физиологическим аффектом (сильным душевным волнением).

Считается, что сумеречное состояние сознания может развиваться у больных с эпилепсией (как эквивалент эпилептического параксизма или как вариант бессудорожного эпилептического статуса), органическим поражением головного мозга. В мировой психиатрии данный вид помрачения сознания в настоящее время описывается редко.

Заключение

В широком понимании нарушения сознания — это такой вид расстройств психической деятельности, при котором затрудняется и изменяется восприятие и адекватный анализ окружающей действительности и самого себя. В этом смысле любые расстройства психической деятельности одновременно являются и нарушениями сознания. Своевременная диагностика этих состояний важна для предотвращения серьезных осложнений. Важно правильно дифференцировать нарушения сознания и оказывать необходимую помощь.

Список литературы

1. Психиатрия: руководство для врачей / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023.
2. Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
3. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
4. Психиатрия: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова ; отв. ред. Г. Э. Мазо. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.
5. Электронный ресурс: <https://psychiatr.ru/textbook> И.А.Мартынихин, 2020.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психологии и кардиологии с курсом ПЗО
(наименование кафедры)

Рецензия д-ра кафедры д.м.н. Буровская М.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 4 года обучения по специальности психиатрии
Сергей Алексеевич Юркович
(ФИО ординатора)

Тема реферата Патологии сознания

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «__» _____ 20__ год

Подпись рецензента

М.А. Буровская
(подпись)

Буровская М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

С.А. Юркович
(подпись)

Сергей М.В.
(ФИО ординатора)