

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»  
Министерство здравоохранения РФ  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО  
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

## Реферат

На тему: Расстройства сознания

Выполнила: ординатор 1 года обучения  
Специальности «Психиатрия»  
Трифорова В.В.

Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2020

## Оглавление

1. Введение.....	3
2. Синдромы выключения сознания.....	3
3. Синдромы помрачения сознания.....	5
4. Сумеречное помрачение сознания.....	10
5. Заключение.....	13
6. Список литературы.....	14

## 1. Введение

Сознание – интегративное выражение психических процессов, позволяющее понимать и оценивать объективный мир и свою собственную жизнь. По определению, сознание есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям. Не все психические процессы в каждый данный момент включаются в сознание, некоторые из них могут находиться как бы "за порогом" его. Благодаря сознанию человек выделяет и противопоставляет себя окружающей действительности, определенным образом относится к ней. Сознание позволяет воспринимать мир в его объективных формах, выходить за рамки субъективной значимости. Объектом сознания выступает и внутренний мир человека. На основе сознания развивается и самосознание. Самосознание можно считать основным свойством личности. Осознавая себя, свои действия, человек регулирует свое поведение, берет на себя ответственность за свои поступки. Благодаря сознанию воспринимаемые предметы, явления приобретают для личности определенный смысл и значение. Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам.

Несмотря на то, что во всех учебниках психиатрии описаны разнообразные формы нарушения сознания, определение этого понятия наталкивается на трудности. Происходит это потому, что понятие сознания в психиатрии не опирается на философскую и психологическую трактовку. Сознание может рассматриваться в разных аспектах. В философии оно имеет широкое значение, употребляясь в плане противопоставления идеального материальному (как вторичное первичному), с точки зрения происхождения (свойство высокоорганизованной материи), с точки зрения отражения (как отражающее объективный мир).

Расстройства сознания принято разделять на 2 группы: выключение и помрачение сознания.

## 2. Синдромы выключения сознания (количественные расстройства)

В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие стадии выключения сознания: обнубиляция, оглушение, сомнолентность, сопор, кома. Во многих случаях при утяжелении состояния эти стадии последовательно сменяют друг друга.

1. Обнубиляция – "облачность сознания", "вуаль на сознании". Реакции больных, в первую очередь речевые, замедляются. Появляются рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Часто отмечается беспечность настроения. Такие состояния в одних случаях продолжаются минуты, в других, например, при некоторых начальных формах прогрессивного паралича или опухолей головного мозга, существуют продолжительные сроки.

2. Оглушение – понижение, вплоть до полного исчезновения ясности сознания и одновременное его опустошение. Основные проявления оглушения – повышение порога возбудимости для всех внешних раздражителей.

Больные безучастны, окружающее не привлекает их внимания, задаваемые им вопросы воспринимают не сразу, и способны осмыслить из них лишь сравнительно простые или только самые простые. Мышление замедлено и затруднено. Словарный запас обеднен. Ответы односложные, часто встречаются персеверации. Представления бедны и неотчетливы. Двигательная активность снижена, движения совершаются больными медленно; отмечается двигательная неловкость. Обеднены мимические реакции, выражено нарушение запоминания и репродукции. Продуктивные психопатологические расстройства отсутствуют. Они могут наблюдаться в рудиментарной форме лишь в самом начале оглушения. Период оглушения обычно полностью или почти полностью амнезируется.

3. Сомнолентность – состояние полусна, большую часть времени больной лежит с закрытыми глазами. Спонтанная речь отсутствует, но на простые вопросы даются правильные ответы. Более сложные вопросы не осмысляются. Внешние раздражители способны на некоторое время ослабить симптомы обнубиляции и сомнолентности.

4. Сопор – патологический сон. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесное общение с больным невозможно. Сильные раздражители (яркий свет, сильный звук, болевые раздражения) вызывают недифференцированные, стереотипные защитные двигательные и голосовые реакции.

5. Кома – коматозное, угрожающее жизни состояние, характеризующееся потерей сознания, резким ослаблением или отсутствием реакции на внешние раздражения, угасанием рефлексов до полного их исчезновения, нарушением глубины и частоты дыхания, изменением сосудистого тонуса, учащением или замедлением пульса, нарушением температурной регуляции. Кома развивается в результате глубокого торможения в коре головного мозга с распространением его на подкорку и нижележащие отделы центральной нервной системы вследствие острого нарушения кровообращения в головном мозгу, травм головы, воспаления (при энцефалитах, менингитах, малярии), а также в результате отравлений (барбитуратами, окисью углерода и др.), при сахарном диабете, уремии, гепатите (уремическая, печёночная кома). При этом возникают нарушения кислотно-щелочного равновесия в нервной ткани, кислородное голодание, нарушения ионного обмена и энергетическое голодание нервных клеток. Коме предшествует прекоматозное состояние, на протяжении которого происходит развитие указанных симптомов. Лечение: устранение причины, вызвавшей кому; мероприятия, направленные на восстановление кислотнощелочного равновесия, ликвидацию коллапса, восстановление дыхания, борьбу с кислородным голоданием. Выключения сознания встречаются при интоксикациях (алкоголь, угарный газ и т.д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях центральной нервной системы.

### 3. Синдромы помрачения сознания (качественные расстройства)

Клинического определения термина "помрачение сознания" нет. Существуют только психологические, физиологические и философские определения сознания. Трудность клинического определения связана с тем обстоятельством, что данный термин объединяет самые различные по своим особенностям синдромы. О состоянии помрачения сознания свидетельствуют: 1) отрешенность больного от окружающего с неотчетливым, затрудненным, отрывочным его восприятием; 2) различные виды дезориентировки – в месте, времени, окружающих лицах, ситуации, собственной личности, существующие изолированно, в тех или иных сочетаниях или же все одновременно; 3) та или иная степень бессвязности (инкогерентности) мышления, сопровождаемая слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями; 4) полная или частичная амнезия периода помрачения сознания; сохраняются лишь отрывочные воспоминания наблюдавшихся в тот период психопатологических расстройств — галлюцинаций, бреда, значительно реже – фрагменты событий окружающего. Первые три признака встречаются не только при помрачении сознания. Они наблюдаются и при других психопатологических расстройствах, например, при бредовых состояниях, растерянности, психоорганическом синдроме и т. д. Так, отрешенность от окружающего встречается при депрессиях, апатическом синдроме, ступорозных состояниях; различные виды дезориентировки – при слабоумии, амнестических расстройствах, некоторых бредовых синдромах; та или иная степень бессвязности мышления – при маниакальных состояниях, слабоумии, тяжелых астенических состояниях и т. д. Только сочетание всех четырех признаков делают правомерным диагностику помрачения сознания.

*Делириозный синдром (делирий)* – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, изменчивого аффекта, в котором преобладает страх, двигательное возбуждение. Делирий – частая форма помрачения сознания. Делириозное помрачение сознания нарастает постепенно и проходит в своем развитии несколько стадий, описанных впервые С. Liebermeister (1866) при соматических болезнях. Симптомы первой стадии становятся заметными обычно к вечеру. Появляется общая возбужденность. Оживляются и убыстряются речевые, мимические и двигательные реакции. Больные говорливы, в их высказываниях легко возникает непоследовательность, достигающая временами степени легкой бессвязности. Испытывают наплывы образных, чувственно-наглядных, в ряде случаев сценopodobных воспоминаний, относящихся к прошлому, в том числе и давно прошедшему. Движения приобретают преувеличенную выразительность. Выражена гиперестезия: больные вздрагивают при незначительных звуках; им неприятен яркий свет; привычная еда имеет интенсивный запах и вкус. Различные внешние события, порой самые незначительные, привлекают их внимание лишь на короткое время. Настроение изменчиво. Необоснованная радость с оттенком восторженности

или умиления легко сменяется подавленностью, беспокойством, раздражением, капризностью. Сон поверхностный, прерывистый, особенно в первую половину ночи, сопровождается яркими, нередко кошмарными сновидениями, тревогой и страхом. Наутро отмечается слабость и разбитость. Во второй стадии, на фоне усиления перечисленных расстройств, возникают зрительные иллюзии. В одних случаях они обыденны по содержанию и немногочисленны; в других – множественны и принимают форму парейдолий. Эпизодически может возникать неточная ориентировка в месте и времени. Перед засыпанием, при закрытых глазах возникают отдельные или множественные калейдоскопически сменяющие друг друга гипнагогические галлюцинации. В последнем случае говорят о гипнагогическом делирии. Интенсивность сновидений усиливается. Во время частых пробуждений больные не сразу отдают себе отчет, что было сном, а что является реальностью. На третьей стадии возникают истинные зрительные галлюцинации. Они могут быть единичными и множественными, статичными и подвижными, бесцветными и цветными, уменьшенных, обычных или увеличенных размеров. В одних случаях в содержании зрительных галлюцинаций нельзя выявить определенную фабулу и видения сменяются без какой-либо связи; в других – возникают последовательно меняющиеся, связанные по содержанию сцены. В зависимости от этиологического фактора зрительные галлюцинации могут иметь свои отличительные черты. Например, зоологические галлюцинации характерны для алкогольного и кокаинового делирия; зрительные галлюцинации с тематикой военных эпизодов – для лиц, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму в боевой обстановке и т. д. Развитие делирия чаще ограничивается расстройствами описанных трех стадий. Они могут либо последовательно сменять одна другую, либо ограничиваются развитием лишь первой или первой и второй стадий. При более бурном проявлении болезни первая стадия сменяется очень быстро третьей, например, при отравлении атропином, тетраэтилсвинцом, антифризом.

*Онейроидный синдром* (онейроид, онейроидное помрачение сознания, сновидное фантастически-бредовое помрачение сознания, – помрачение сознания с наплывом произвольно возникающих фантастических представлений, содержащих видоизмененные фрагменты виденного, прочитанного, услышанного, пережитого, то изолированных, то причудливо переплетающихся с искаженно воспринимаемыми деталями окружающего; возникающие картины – грезы, похожие на сновидения, следуют обычно одна за другой в определенной последовательности так, что одно событие как бы вытекает из другого, т. е. отличаются сценopodobностью; постоянны аффективные (депрессивные или маниакальные) и двигательные, в том числе кататонические расстройства.

Онейроидное помрачение сознания и в донозологический период, и особенно в последующем описывалось преимущественно или чаще при психозах, относящихся в настоящее время к шизофрении.

Именно при этом заболевании онейроидный синдром возникает в наиболее законченной форме, а его развитие проходит ряд последовательных этапов.

### Этапы развития онейроида

Классический онейроид имеет свои этапы развития. По С. Т. Стоянову они следующие:

1. Вегетативные и общесоматические нарушения.
2. Бредовое настроение.
3. Аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация.
4. Фантастическая аффективно-бредовая и иллюзорная дереализация и деперсонализация.
5. Онейроидная кататония.

Российская школа психиатрии выделяет весьма похожие этапы развёртывания онейроидного синдрома:

1. **Начальный.** Характеризуется аффективными расстройствами. Продолжительность — недели—месяцы. *Примечание:* длительность этапа может радикально отличаться в зависимости от этиологии синдрома.
2. **Этап бредового настроения.** Продолжительность — часы—дни.
3. **Этап бреда инсценировки, значения и интерметаморфозы.** Продолжительность: дни-недели.
4. **Этап острой фантастической парафрении** (ориентированного онейроида, деградированный ониризм - Х. Барук, 1938). Продолжительность: часы-несколько дней.
5. **Истинный онейроид.** Продолжительность: часы-несколько дней.

Симптомы редуцируются в обратном порядке. Такое классическое закономерное развитие онейроида характерно для шизофрении. Его принято называть эндогенным онейроидом. Экзогенно-органический онейроид (кроме сенильного) развивается приступообразно, но его кульминация сходна с такой при шизофрении.

Онейроид чаще всего начинается именно с нарушений эмоций. Первой появляется лабильность эмоций. Возможно также одностороннее изменение эмоций в сторону негативных или позитивных. Появляются расстройства сна: бессонница, сменяющаяся яркими сновидениями. Возникает страх, опасения больного сойти с ума. В дальнейшем присоединяются бредовые расстройства.

Различают маниакальный (экспансивный) и депрессивный варианты онейроида. При первом больные чувствуют восхищение, умиление, проникновение и прозрение. При втором — апатию, тревогу, раздражительность, бессилие.

Расстройства эмоциональной сферы сопровождаются вегетативными: нарушениями аппетита, головной болью, болью в сердце. Содержание эмоций отображается на лице пациента. Расстройства эмоциональной сферы, вместе с двигательными (эффекторными) — постоянные спутники онейроида.

Постепенно, после эмоциональных расстройств, развивается бред.

Первым появляется так называемое бредовое настроение: несистематизированный бред преследования, смерти, ипохондрический бред. Возникает частичная дезориентация. Следующий — бред инсценировки с явлениями символизма. Характерны синдром Фреголи и синдром Капгра, перевоплощение может распространяться в том числе и на вещи. На этой стадии могут быть аффективные вербальные иллюзии, психические автоматизмы (идеаторные), редко вербальные галлюцинации. На смену им приходит парафренный этап с явлениями вначале образного фантастического ретроспективного, а потом — манихейского бреда. Самосознание больного ещё сохранено.

*Клинический пример этого этапа:*

*Больной... рассказал, что был в большом зале с полом, покрытым мраморной плиткой. В зал вели ступеньки, одни сверху, другие -снизу... Сверху по ступенькам спускались ангелы, снизу поднимались демоны, в зале началась грандиозная битва, свидетелем которой стал больной. Сам он участия в борьбе добра и зла не принимал, а только наблюдал её.*

Наконец, наступает так называемый истинный ориентированный онейроид, при котором фантазии больного сосуществуют с ориентировкой в окружающем реальном мире. Самосознание нарушается: больной — полноценный участник событий, происходящих в псевдогаллюцинациях. Вершиной этого является грёзоподобный онейроид. Однако поэтапное, медленное, закономерное развитие бреда, как уже было сказано, происходит не всегда.

Онейроидные галлюцинации — сценические псевдогаллюцинации, наблюдающиеся при онейроидных состояниях и отличающиеся необычностью и фантастичностью. Т. н. сновидные, грёзоподобные переживания при онейроиде не имеют внешней проекции, разворачиваются внутри сознания, в субъективном психическом пространстве, поэтому являются не истинным галлюцинозом (в отличие от делирия), а псевдогаллюцинациями (псевдогаллюцинозом). Переживаемые больным картины яркие, часто (хотя необязательно) фантастического содержания.

Несмотря на то, что больной является участником переживаемых им событий, психомоторное возбуждение для онейроида нехарактерно (оно возможно, но наблюдается редко), напротив, чаще больные лежат в оцепенении, отрешены от окружающего, мимика однообразная, «застывшая». Возможны кататонические расстройства.



После выхода из онейроидного состояния возможна частичная амнезия, однако она выражена в гораздо меньшей степени, чем при делирии. По данным В. Л. Гавенко, частичная память сохраняется только на болезненные переживания, в то время как на реальные события амнезируется.

*Аменция* (аментивный синдром, аментивное помрачение сознания) – форма помрачения сознания с явлениями бессвязности (инкогерентности) мышления, нарушением моторики и растерянностью. Речь больных состоит из отдельных слов обиденного содержания, слогов, нечленораздельных звуков, произносимых тихо, громко или нараспев с одними и теми же интонациями. Часто наблюдаются персеверации. Настроение больных изменчиво – то подавленно-тревожное, то несколько повышенное с чертами восторженности, то безразличное. Содержание высказываний всегда соответствует преобладающему в данный момент аффективному фону: печальное – при депрессивном, с оттенком оптимизма – при повышенном аффекте. Двигательное возбуждение при аменции происходит обычно в пределах постели. Оно исчерпывается отдельными, не оставляющими законченного двигательного акта движениями: больные совершают вращательные движения, изгибаются, вздрагивают, откидывают в стороны конечности, разбрасываются в постели, принимают "внутриутробную позу" или "позу распятого Христа". Такого рода возбуждение называют метанием. В ряде случаев двигательное возбуждение на короткое время сменяется ступором. Речевое и двигательное возбуждение могут сосуществовать, но могут возникать и в отдельности. Вступить в словесное общение с больными не удастся. По отдельным их высказываниям можно сделать заключение о наличии у них аффекта недоумения и беспомощности, симптомов постоянно встречающихся при растерянности. Периодически речедвигательное возбуждение ослабевает и может на какое-то время исчезнуть совсем. В такие периоды обычно преобладает депрессивный аффект. Прояснения сознания при этом не происходит, бред при аменции отрывочен, галлюцинации – единичны. Основываясь на преобладании тех или иных расстройств – ступора, галлюцинаций, бреда – выделяют соответствующие отдельные формы аменции – кататоническую, галлюцинаторную, бредовую. Выделение таких форм очень условно. В ночное время аменция может смениться делирием. В дневное время при утяжелении аменции возникает оглушение. Продолжительность аменции может составить несколько недель. Период аментивного состояния полностью амнезируется. При выздоровлении аменция сменяется или продолжительно существующей астенией, или психоорганическим синдромом. Аменция возникает чаще всего при острых и протрагированных экзогенно-органических психозах (инфекционных, интоксикационных, травматических, сосудистых и т.д.). Ее появление свидетельствует о неблагоприятном развитии основного заболевания.

#### 4. Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное сознание; "сумерки" – внезапная и кратковременная (минуты, часы, дни – реже более продолжительные сроки) утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего или с его отрывочным и искаженным восприятием при сохранении привычных автоматизированных действий.

Основными признаками сумеречного помрачения сознания являются:

- острое, внезапное начало, часто молниеносное, без каких-либо предвестников;
- транзиторность, относительная кратковременность (как правило, не превышающая нескольких часов);
- охваченность сознания аффектом страха, тоски, злобы, ярости ("напряженность аффекта");
- дезориентировка, прежде всего, в собственной личности, при которой человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественного запрета и даже инстинкта самосохранения;
- яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред; - либо видимая последовательность, даже обусловленность поступков и действий, что вводит в заблуждение окружающих, либо нецеленаправленное, хаотичное, brutальное, агрессивное возбуждение;
- критическое окончание;
- терминальный сон;
- полная или частичная амнезия происшедшего.

Выделяются следующие формы сумеречного помрачения сознания:

##### 1. Простая форма

Простая форма развивается внезапно. Больные отключаются от реальности. Перестают отвечать на вопросы. Вступить с ними в общение невозможно. Спонтанная речь или отсутствует, или ограничивается стереотипным повторением отдельных междометий, слов, коротких фраз. Движения то обеднены и замедлены – вплоть до развития кратковременных ступорозных состояний, то возникают эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом. В части случаев сохраняются последовательные, чаще – сравнительно простые, но внешне целенаправленные действия. Если они сопровождаются непроизвольным блужданием, говорят об амбулаторном автоматизме. Длющийся минуты амбулаторный автоматизм называют фугой или трансом; амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна, – сомнамбулизмом или лунатизмом. Восстановление ясности сознания происходит обычно постепенно и может сопровождаться возникновением ступидности — преходящим резким обеднением психической деятельности, в связи с чем больные кажутся слабоумными. В ряде случаев наступает терминальный сон.

Простая форма сумеречного помрачения сознания длится обычно от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается полной амнезией.

## 2. Параноидная форма

Характеризуется внешне последовательным поведением больных, но вместе с этим их поступки определяются острым чувственным бредом, сопровождающимся резко выраженным аффектом тоски, злобы, страха.

Параноидные сумеречные помрачения сознания часто приводят к общественно опасным, агрессивным поступкам. Они сопровождаются зрительными, обонятельными, реже слуховыми галлюцинациями. Как правило, при восстановлении ясного сознания больные относятся к совершенному ими поступку как к чему-то чуждому. Иногда в содержании высказываний больных находят отражение прошлые психогенные воздействия, скрытые желания больного, прежние неприязненные отношения с окружающими, что может влиять на его поступки. Например, больной включает "обидчика" в галлюцинаторно-бредовые представления и начинает его преследовать. Внешне это может производить впечатление осмысленного, целенаправленного поведения. Параноидная форма возникает относительно постепенно. Восприятие больными окружающего искажено существованием продуктивных расстройств. О них можно узнать из спонтанных высказываний больных, а также потому, что словесное общение с ними в той или иной мере сохраняется. Слова и действия больных отражают существующие патологические переживания. Из галлюцинаций преобладают зрительные с устрашающим содержанием. Нередко они чувственно ярки, сценоподобны, окрашены в разные цвета (красный, желтый, белый, синий) или сверкают. Характерны подвижные теснящие зрительные галлюцинации – надвигающаяся группа людей или приближающаяся отдельная фигура; мчащиеся на больного транспорт – автомобиль, самолет, поезд; подступающая вода, погоня, обрушивающиеся здания и т. п. Галлюцинации слуха – это фонемы, часто оглушительные – гром, топот, взрывы; галлюцинации обоняния чаще неприятны – запах горелого, мочи, жженного пера. Преобладают образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, величия, мессианства; часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания. Бред может сопровождаться ложными узнаваниями.

## 3. Делириозная форма

Характеризуется преобладанием сценоподобных зрительных галлюцинаций, связанных по содержанию и сменяющих друг друга с последующей полной амнезией. В отличие от типичной картины делирия помрачение сознания развивается остро, отсутствуют характерные для делириозного помрачения сознания этапы делирия, описанные Либермайстером.

#### 4. Онейроидная форма

Отличается аффективной напряженностью, необычной интенсивностью переживаний, фантастическим содержанием галлюцинаторно-бредовых расстройств, неполной или полной обездвиженностью, доходящей до степени ступорозных состояний.

#### 5. Дисфорическая форма

Характеризуется неистовым возбуждением, брутальностью с ярко выраженным аффектом тоски и злобы. В таком состоянии больные нападают на окружающих, разрушают все, что попадает под руку. Такое состояние внезапно наступает и также внезапно прекращается.

#### 6. Ориентированный вариант

Характеризуется небольшой глубиной помрачения сознания, сохранностью у больных способности к элементарной ориентировке в окружающем, узнаванию близких. Тем не менее, в связи с появлением на короткое время бредовых, галлюцинаторных переживаний, аффекта злобы и страха, больные могут проявить бессмысленную агрессию с последующей амнезией, хотя на высоте помрачения сознания в общем виде ориентировка сохраняется. В этих случаях бывает трудно отличить тяжелую дисфорию от ориентированного варианта сумеречного помрачения сознания. Сомнения помогает разрешить внешний вид больных. При сумеречном состоянии они производят впечатление не вполне проснувшихся людей с нетвердой, шаткой походкой, замедленной речью. При ориентированном варианте сумеречного помрачения сознания иногда наблюдается ретардированная амнезия, когда по миновании помрачения сознания в течение короткого времени (до 2-х часов) больные смутно вспоминают, что было с ними (также как в первый момент просыпания человек помнит сновидения), затем наступает окончательная полная амнезия. Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что больные в самых общих чертах знают, где они находятся, и кто их окружает. Обычно оно развивается на фоне тяжелой дисфории. Наряду с перечисленными формами сумеречного помрачения сознания встречаются сумеречные расстройства сознания, которые можно определить как истерические. Они возникают после психических травм. Сумеречное помрачение сознания встречается чаще всего при эпилепсии и травматических поражениях головного мозга; реже – при симптоматических, в том числе интоксикационных психозах. Патологическое просоночное состояние может возникать при алкогольном опьянении и хроническом алкоголизме.

После выхода из психотического состояния больные, как правило, амнезируют не только совершенные ими противоправные действия, но и свои психопатологические переживания периода расстроенного сознания. При констатации исключительного состояния в период совершения правонарушения эти лица признаются невменяемыми, и подлежат лечению.

## 5. Заключение.

Нарушения сознания, без сомнений, считаются опасными для окружающих, а также жизнеугрожающими состояниями.

Профилактика состоит в исключении факторов, которые потенциально могут привести к нарушениям мышления, и правильном лечении основного заболевания. В частности, лицам пожилого возраста не назначают психотропные препараты с выраженным холинолитическим действием и высокие дозы бензодиазепинов. Поскольку часто нарушения ориентации наблюдаются у пациентов, больных алкоголизмом и наркоманией, профилактика состоит в купировании абстинентного синдрома и кодировании. Также для профилактики помрачения сознания эффективны следующие тактики:

- Контроль артериального давления;
- Своевременное лечение патологий сердечно-сосудистой системы;
- Лечение заболеваний печени, почек, щитовидной железы и надпочечников;
- Усиленная защита при контакте на производствах с отравляющими веществами;
- Лечение патологий ЦНС у невролога;
- Повышение стрессоустойчивости, нормализация режима дня, приобретение и тренировка навыков общения с людьми, разрешения внешних и внутренних конфликтов, эмоциональная разгрузка.

## 6. Список литературы

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А., Н.Г. Незнанова, 2020 год
2. Беккер, И. М. Школа молодого психиатра / И.М. Беккер. - М.: Бином, 2011. - 424 с.
3. Жмуров В.А. Психопатология М.: Медицинская книга, 2002
4. Каплан Г.И., Седок Б. Дж. Клиническая психиатрия в 2-х т. Пре. С англ. М.: Медицина, 1994
5. Менделевич В.Д. Психиатрия: учебник/ В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Ростов н/Д: Феникс, 2018
6. Снежевский А В. Лекции по общей психопатологии, 1972
7. Тюльпин Ю.Г., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология» М., 2016 год.

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра \_\_\_\_\_ психиатрии и наркологии с курсом ПО \_\_\_\_\_  
(наименование кафедры)

Рецензия \_\_\_\_\_ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. \_\_\_\_\_  
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности \_\_\_\_\_ Психиатрия \_\_\_\_\_  
Труфанова В.В.  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Расстройства 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)	7/3
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «13» ноя 20 20 год

Подпись рецензента

[Подпись]

Березовская М.А.

Подпись ординатора

[Подпись]

Труфанова В.В.