

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

Выполнила Данилина Ольга Анатольевна

Красноярск 2023г

Оглавление

Актуальность	3
Определение	4
Классификация	6
Выключение сознания	7
Делирий	8
Клинические варианты делирия	8
Онейроид	11
Амения	12
Сумеречное помрачение сознания	13
Заключение	15
Список литературы	16

Актуальность

Адекватное восприятие и понимание реальности невозможны без сохранения определенного уровня бодрствования. При этом между глубоким сном и ясным сознанием можно обнаружить множество переходных состояний, при которых окружающее воспринимается фрагментарно и не может быть правильно осмыслено.

Понятие сознания отличается большой многозначностью и употребляется в различных значениях в психологии, физиологии, философии. В большинстве случаев под этим термином понимают способность воспринимать себя и внешний мир во всей целостности событий. Такое широкое определение предполагает, что любое психическое расстройство в той или иной мере приводит к ухудшению сознания. Однако в практической медицине в первую очередь необходимо своевременно диагностировать ряд острых преходящих расстройств с грубым нарушением способности воспринимать и понимать окружающий мир, которые обозначают термином «расстройство сознания».

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:

1) Сознание как состояние бодрствования – способность реагировать на происходящее вокруг, возможность активной умственной и физической деятельности. Отличается от состояния сна и состояний утраты (выключения) сознания. Состояние бодрствования обеспечивается оптимальной функциональной активностью всего мозга, особое значение в поддержании состояния бодрствования играет ретикулярная формация ствола мозга.

2) 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. Человек может бодрствовать, но быть не в состоянии осмысленно оценивать происходящее (например, новорожденный младенец — способность осмысленно осознавать действительность приобретает лишь с возрастом).

3) Сознание как полное и точное осознание действительности; «способность идеального воспроизведения действительности; знание о мире, включающее представление о роли и месте человека в нем, о „смысле жизни“; о свободе человека...».

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 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.

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 (например, только в отношении происходившего вокруг, но не своих переживаний, или, в случае волнообразного течения помрачения сознания, на какие-то отдельные промежутки времени).

Классификация

Среди расстройств (нарушений) сознания выделяют:

- Выключения сознания (оглушение, сопор, кома). Определяются через оценку уровня бодрствования.
- Помрачения сознания (делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания). Определяют как утрату способности правильно осознавать происходящее вокруг.

Выключение сознания

При оценке степени выключения сознания в первую очередь оценивают три параметра:

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

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

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 (например, обычно может назвать свое имя, возраст), после дополнительных повторений способен выполнить некоторые инструкции — например, открыть рот, высунуть язык и пр.

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 неkoordinированная реакция в виде сгибания или разгибания, отражающая декортикационную или децеребрационную ригидность). При ухудшении состояния происходит постепенное угнетение витальных функций (в первую очередь дыхания).

Состояния выключения сознания свидетельствуют о тяжелом соматическом или неврологическом состоянии пациента и требуют оказания неотложной помощи по основному заболеванию.

Делирий

Делирий — наиболее частый вариант помрачения сознания, может возникать в ответ на любые внешние (экзогенные) вредности (см. реакции экзогенного типа), 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 и 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: беспокойство, тревога, страх, «реакции ужаса»; быстрая смена эмоций.
- Характерны психомоторные нарушения: состояния двигательного беспокойства, возбуждения (вплоть до выраженного, в том числе с ауто- и гетероагрессивным поведением).
- Характерны нарушения ночного сна: кошмары, бессонница.

Обычно состояние развивается быстро (часы, дни), характерны суточные колебания выраженности (волнообразное течение) с ухудшением в ночное время. В среднем длительность делирия обычно составляет несколько дней (или, возможно, только ночей), но может значительно варьировать от часов до недель и даже месяцев (редко).

Клинические варианты делирия

Выделяют два клинических варианта делирия: «галлюцинаторное помрачение сознания» и «спутанность сознания»

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 помрачении сознания, также сменяют друг друга достаточно неожиданно, без ясной смысловой связи, но обычно все они имеют угрожающий или какой-либо неприятный характер. 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 находится.

В течении делирия возможны 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).

«Спутанность» сознания — в этом случае в большей степени преобладают нарушения познавательных способностей с симптомами двигательного и эмоционального беспокойства, в том числе связанного с непониманием происходящего вокруг. Беспокойство обычно приводит к постоянным сборам, несвязным метаниям, попыткам куда-то уйти, позвать на помощь и пр. Мышление нарушено вплоть до бессвязного, речь с многочисленными персеверациями, поэтому зачастую пациенты никак не могут объяснить, что их беспокоит и куда они стремятся. Обычно дезориентированы во времени (часто ошибаются в дате достаточно существенно), месте (не понимают, где находятся, например больницу называют вокзалом, казармой, санаторием), ситуации (зачастую неправильно понимают ситуацию, что и обуславливает беспокойство — например, не понимают, что находятся в больнице на лечении, а считают, что должны куда-то срочно ехать, куда и зачем, при этом объяснить не могут), иногда в собственной личности (могут существенно путать свой возраст, иногда не в состоянии правильно назвать себя). Галлюцинации обычно есть, то чаще в небольшом количестве. Спутанность характерна для соматически ослабленных больных, особенно пожилых. Часто она развивается на фоне уже имеющейся деменции. Провоцирует развитие спутанности обычно какое-либо неблагополучие в соматической сфере у этих больных (инфекции, нарушения мозгового кровообращения, интоксикации, в том числе некоторыми лекарствами).

Спутанность обычно также имеет волнообразное течение с ухудшением в ночное время — появляется суетливость, больные начинают собирать вещи, не узнают и не слушают своих родных и медперсонал, могут со злобой реагировать на попытки их остановить.

Тяжело протекающий делирий отражает присоединение симптомов выключения сознания в связи с утяжелением соматического и/или неврологического состояния пациента.

Онейроид

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 или восприниматься изолированно от того, что окружает пациента.

Больные ощущают себя участниками действия, находящимися в «центре борьбы добра и зла». Часто это сопровождается чувством восторженности, недоумения либо полного ужаса.

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, но на некоем другом (духовном, «астральном» и пр.) плане он находится совершенно в другом мире.

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.

Наблюдается преимущественно при шизофрении. Длительность онейроида обычно составляет недели.

Аменция

Аментивный синдром — вид помрачения сознания, для которого характерны растерянность и инкогеренция (дезинтеграция), т.е. невозможность осмысления окружающего в обобщённом, целостном виде и невозможность оценки своей собственной личности. Характерно появление резко выраженного возбуждения, ограничивающегося пределами постели: больные совершают движения головой, руками, ногами, ненадолго успокаиваются, затем вновь становятся возбуждёнными. Настроение больных крайне изменчиво: они то плаксивы и сентиментальны, то веселы, то безразличны к окружающему. Речь их непоследовательна, бессвязна, состоит из набора существительных и глаголов конкретного содержания или отдельных слогов и звуков.

В течение дня, чаще в вечернее и ночное время, возникают отдельные зрительные галлюцинации и иллюзии, эпизоды образного бреда или признаки делириозного помрачения сознания. На высоте аменции могут развиваться кататонические расстройства в виде возбуждения или ступора, хореоформные проявления (быстрые, интенсивные, размахистые, неритмичные произвольные движения в различных мышечных группах: произвольное нахмуривание бровей, лба, зажмуривание глаз, высовывание языка, причмокивание, шмыгание носом, порывистые и беспорядочные движения конечностей) или симптом корфологии (обирания).

Для аменции характерны также непродолжительные состояния, при которых исчезает возбуждение и развивается картина астенической прострации, нередко сопровождающиеся частичной дезориентировкой в окружающем и формальным контактом. Эти состояния, как и весь период аментивного помрачения сознания, больные не помнят.

Аменция наблюдается при тяжёлых формах соматических, инфекционных и неинфекционных заболеваний, реже при интоксикациях. Возникновение аментивного состояния свидетельствует о чрезвычайно тяжёлом соматическом состоянии больного.

Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное помрачение сознания – это патология сознания, для которой характерны:

- Внезапное возникновение и завершение.
- Нарушение восприятия окружающего: от фрагментарного восприятия до полной отрешенности и дезориентировки.
- Двигательная сфера: от внешне упорядоченного автоматизированного поведения до выраженного возбуждения.

Варианты сумеречного помрачения сознания:

1. 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).
2. 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.

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. 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.

Заключение

Расстройства сознания относят к тяжелым нарушениям психики, однако обычно они протекают остро, а значит, соответствующее лечение позволяет полностью купировать их. Своевременная диагностика этих состояний очень важна для предотвращения опасных действий больных и осложнений заболевания.

Важно уметь выявлять нарушения сознания, осуществлять дифференциальную диагностику и правильно организовывать лечебные мероприятия. Синдромы нарушенного сознания свидетельствуют о тяжелом нарушении психической деятельности, которое может обуславливаться не только собственно психической, но и соматической патологией.

Список литературы

1. Учебник «Психиатрия и медицинская психология», Иванец Н. Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., 2019 г.
2. Учебник «Психиатрия» В.К. Шамрей, А.А. Марченко, 2019 г.
3. Психиатрия: национальное руководство, Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов., 2022 г.
4. Учебник «Общая психопатология», Ю.В. Киселёва, 2021г.
5. Учебник «Психиатрия. Основы клинической психопатологии», Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2021 год
6. Электронный учебник «Психиатрия и медицинская психология», Мартынихин И.А. (<https://psychiatr.ru/textbook>)

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом по
(наименование кафедры)

Рецензия ДМК, Березовская Марина Анбертовна
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

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

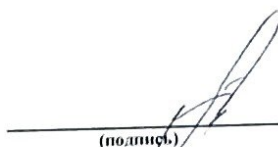
Тема реферата Психическое сознание

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)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>отлично</u>

Дата: «11» 12 20 23 год

Подпись рецензента


(подпись)

Подпись ординатора


(подпись)

Березовская М.А.
(ФИО рецензента)

Данилина О.А.
(ФИО ординатора)