

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 Березовский Михаил Александрович ЗМТ доктор зав. кафедр
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрия
Сердюков Максим Александрович
(ФИО ординатора)

Тема реферата общая психопатология - нарушения 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)	
9.	Наличие общего вывода по теме	ЗТ упрощенно
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: «__» _____ 20__ год

Подпись рецензента

(подпись)

(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

(ФИО ординатора)

**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

Тема: «Общая психопатология - нарушения сознания»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Серебренников М.А

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Красноярск 2023

Оглавление

Актуальность	3стр.
Клиническое проявление	3стр.
Синдромы исключения сознания.....	4стр
Синдромы помрачения сознания.....	6стр
Заключение	12стр.
Список литературы	13 стр.

Актуальность

Сознание -это наивысшая форма отражения объективной реальности, обеспечивающая связь знаний для планомерной естественно направленной активной деятельности. Сознание присуще только человеку и возникло в процессе исторического развития общественного бытия и активной трудовой деятельности людей. Именно благодаря сознанию мы имеем возможность ориентироваться в окружающем, планировать всякую деятельность, понимать ее цели и прогнозировать конечный результат.

Основными характеристиками сознания считают степень его ясности (уровень бодрствования), объем (широту охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний), содержание (полноту, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоционального отношения) и непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего и будущего). Одним из важнейших компонентов сознательной (осознаваемой) и целенаправленной (волевой) активности является внимание - способность сознательного, произвольного или непроизвольного избирательного сосредоточения сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности на актуальных и индивидуально значимых внешних и внутренних явлениях.

Ясность сознания предполагает правильность отображения действительности не в отдельных психических сферах (в восприятии, мышлении и др.), а обобщенно, в целостном психическом акте. Вот почему такие психические расстройства, как галлюцинации, бред, навязчивости и др., формально к патологии предметного сознания не относят, хотя в них содержатся элементы нарушенного сознания.

Не только для психиатра, но и для врача общей практики очень важно уметь выявлять нарушения сознания 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 (инфекции, интоксикации, опухоли головного мозга и др.).

Клинические проявления

Клинические проявления нарушенного сознания разнообразны, тем не менее, все они имеют общие постоянные признаки. Только их совместное присутствие делает диагноз нарушенного сознания обоснованным. Эти признаки называют критериями расстроенного сознания (К. Ясперс, 1911).

Отрешенность от окружающего. Характеризуется затруднением, фрагментарностью или полной невозможностью восприятия окружающей действительности.

Дезориентировка. Нарушение ориентировки во времени, месте, ситуации, окружающих лицах, собственной личности.

Нарушение мышления. Слабость или невозможность суждений, недостаточное понимание окружающего, бессвязность мышления или присутствие бредовых идей.

Амнезия. Полное или частичное выпадение из памяти событий периода расстроенного сознания.

Синдромы выключения сознания

Синдромы выключения сознания (непродуктивные, непсихотические формы нарушенного сознания) характеризуются снижением, вплоть до полного исчезновения, ясности сознания и обеднением всех видов психической деятельности.

Оглушение

Характеризуется повышением порога ко всем раздражителям, обеднением психической деятельности, двигательной заторможенностью, затруднением ассоциативных процессов. Оглушение можно определить как состояние, при котором внешнее с трудом становится внутренним, а внутреннее - внешним.

Больной малоподвижен, аспонтанен, большую часть времени проводит в постели, лежа в однообразной позе. К окружающему он безучастен, его внимание привлекается с трудом, отвечает только на простые вопросы, заданные громким голосом, нередко после многократного повторения. Ответы больного односложны (олгофазия), со значительными латентными периодами (брадифрения), но всегда адекватны. Голос тихий, без модуляций, лицо амимично. В эмоциональной сфере доминирует безразличие, реже благодушие. Критическая оценка своего состояния отсутствует. В собственной личности больной ориентирован полностью, в окружающем - «в общих чертах».

После выхода из оглушения наблюдается частичная амнезия. Воспоминания фрагментарны, бедны, непоследовательны.

Обнубиляция - (облачность сознания) - легкая форма оглушения, характеризующаяся чередованием периодов нарушения сознания (затуманивания) и просветления, нередко в сочетании с эйфорическим аффектом и анозогнозией. Внимание неустойчивое, ассоциации поверхностны

Сомнолентность - (патологическая сонливость) - более глубокая степень оглушения. Проявляется продолжительными периодами полного отсутствия контакта с реальной действительностью. Вывести больного из этого состояния можно, но путем интенсивного побуждения к речевому контакту и на непродолжительное время, предоставленный себе больной вновь «засыпает».

Сопор

Более полное выключение сознания, чем оглушение. Характеризуется выключением первой сигнальной системы. Ввиду чего больные совершенно не доступны словесному контакту, а реагирует только на сильные раздражители (болевые) недифференцированными защитными двигательными реакциями. Больные совершенно неподвижны. Корнеальный, конъюнктивальный, рвотный, зрачковый рефлексы сохранены. Могут отмечаться патологические рефлексы. По выходе из сопора наблюдается полная амнезия.

Кома

Полное выключение сознания, отсутствие реакции на любые раздражители. Отсутствуют зрачковые и другие рефлексы, наблюдаются бульбарные и тазовые расстройства. Сохраняется деятельность сосудодвигательного и дыхательного центров. По мере углубления комы возникают патологические формы дыхания, нарушается сердечная деятельность, далее наступает смерть.

Синдромы помрачения сознания

Синдромы помрачения сознания (продуктивные, психотические формы нарушенного сознания), кроме присутствия 4-х признаков расстроенного сознания по К. Ясперсу, характеризуются наличием продуктивных психопатологических симптомов в виде галлюцинаций, вторичного бреда, аффективных нарушений, неадекватности поведения и дезорганизованное/пи психической деятельности в целом.

Онейроид

Онейроид - сновидно-бредовое, грезоподобное помрачение сознания. Развитию онейроида обычно предшествует этап аффективно-бредовых расстройств, который характеризуется неспецифичностью, полиморфизмом и изменчивостью симптоматики при сохранном сознании.

Этап аффективно-бредовых расстройств. На фоне нарушений сна и разнообразных общесоматических расстройств нарастают аффективные нарушения, проявляющиеся маниакальными состояниями с ощущением проникновения и прозрения или депрессиями с тревожной подавленностью и сенситивностью. Появляется диффузная бредовая настроенность, высказывания пациентов (идеи отношения, преследования, неполноценности или переоценки своих качеств, необычных способностей) нестойки и носят характер сверхценных идей и бредоподобных сомнений. Нарушается восприятие времени, его течение может восприниматься больными чрезвычайно ускоренным, прерывистым, замедленным или остановившимся. Эти переживания сопровождаются усилением полярных колебаний аффекта (тревога и экзальтация достигают значительной степени выраженности) и развитием бреда инсценировки, особого значения, интерметаморфозы, двойников. Больные начинают утверждать, что вокруг идет киносъемка или разыгрывается какое-то представление, в котором у всех определенные роли. Возникает ощущение постоянной изменчивости окружающего, предметы то исчезают, то, как по волшебству появляются вновь, лица людей постоянно меняются, один и тот же человек принимает различные облики (симптом Фреголи), в незнакомых людях больной узнает своих близких, а родственников считает подставными лицами (синдром Катра). Таким образом, клиническая картина усложняется за счет появления иллюзий, псевдогаллюцинаций, автоматизмов, после чего развивается антагонистический (манихейский) бред.

Длительность этапа аффективно-бредовых расстройств может достигать нескольких месяцев. Продолжается онейроид дни, недели.

В зависимости от преобладания тех или иных ведущих симптомов в клинической картине онейроида выделяют следующие его формы:

Аффективно-онейроидная форма. Характеризуется преобладанием очерченных полярных аффективных состояний на всем протяжении психоза. Содержание бреда коррелирует с полюсом аффекта, кататоническая симптоматика не резко выражена.

Онейроидно-бредовая форма. Наибольший удельный вес принадлежит чувственному образному бреду и психическим автоматизмам. Эта форма имеет наибольшую продолжительность с постепенным и медленным усложнением психопатологической симптоматики.

Кататоно-онейроидная форма. Отличается остротой развития, выраженностью вегето-висцеральных расстройств, ранним появлением, синдромальным завершением и значительной экспрессивностью кататонических явлений.

Онейроидное помрачение сознания является кульминацией в развитии приступа шизофрении, часто наблюдается при интоксикации канабиноидами, летучими органическими растворителями. Значительно реже онейроид встречается при эпилепсии, сосудистых заболеваниях головного мозга, в структуре металкогольных психозов и других психических расстройств экзогенно-органического генеза.

Делирий

Делирий - иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания. Расстройства восприятия являются основным психопатологическим феноменом в структуре этого синдрома и определяют бредовую фабулу и особенности поведения больного. Делириозное помрачение сознания развивается, как правило, в вечернее и ночное время и в своем развитии проходит ряд стадий, которые удобно рассмотреть на примере алкогольного делирия.

В первой стадии делирия (инициальный этап) на фоне астении и гиперестезии нарастает общее беспокойство, колебания настроения, нарушения сна. Больные испытывают повышенную утомляемость, постель кажется им неудобной, свет слишком ярким, а обычные звуки нестерпимо громкими. Внимание легко отвлекается на внешние, малозначимые события (явление гиперметаморфоза). Пациенты суетливы, говорливы, заметна непоследовательность в высказываниях. Возникают наплывы ярких образных представлений и воспоминаний (онейргаи). Настроение крайне изменчиво от умиленно-благодарного, когда больные демонстрируют немотивированный оптимизм, до тревожно-напряженного, с плаксивостью, подавленностью, предчувствием беды. Всегда отмечается своеобразная раздражительность, капризность, обидчивость. Сон поверхностный, с частыми пробуждениями, яркими кошмарными сновидениями, которые путаются с реальностью. На утро больные ощущают разбитость, утверждают, что всю ночь не спали.

Во второй стадии (этап иллюзорных расстройств) имеющиеся симптомы еще более усиливаются, к ним присоединяются элементарные обманы восприятия в виде фонем и акаозмов - больные слышат оклики, звонки в дверь, различные малодифференцированные звуки. При попытке уснуть появляются множественные

калейдоскопически меняющиеся гипнагогические галлюцинации. При открытых глазах возникают иллюзорные расстройства. При их закрытии прерванный галлюцинаторный эпизод получает дальнейшее развитие. Характерны парейдолические иллюзии - оживление плоскостных узоров. В игре светотени, в узорах ковра, обоев больные видят причудливые картины, фантастические образы, которые исчезают при усилении освещения. При привлечении внимания, в отличие от обычных иллюзий, картина не исчезает, а напротив дополняется подробностями, порой полностью поглощая реальный объект. Расползающиеся по полу змеи, однако, исчезают на краю ковра. Отношение больных к видениям представляет собой сочетание страха и любопытства.

В третьей стадии делирия иллюзорные расстройства сменяются истинными зрительными галлюцинациями (этап развернутого делирия). Змеи, крысы, пауки и т.п. больше не исчезают на краю ковра, а больной, в ужасе, обнаруживает их в своей постели. Для алкогольного делирия специфичны зооморфные микроптические галлюцинации, на смену которым приходят видения фантастических чудовищ, «чертей» и сцены алкогольно-эротического содержания в их причудливом переплетении. Галлюцинации сценopodobные, быстроменяющиеся, комплексные (сочетание зрительных, слуховых, тактильных и обонятельных галлюцинаций). Больные ощущают прикосновение паутины, стряхивают с себя паразитов, ловят мышей, чувствуют их запах. Они видят чертей, которые превращаются в собутыльников, слышат от них предложения выпить, презрительные насмешки и угрозы в свой адрес. Переживают чувства брезгливости, отвращения, негодования, страха, которые могут сменяться весельем, энтузиазмом, любопытством. Пациенты считают, что находятся в другой обстановке (чаще в привычной), ложно узнают окружающих, ошибаются в календарном времени. Ориентировка в собственной личности остается сохранной, больные активно противопоставляют себя ситуации, обнаруживая присущие им ранее модели поведения. Критическая оценка имеющихся расстройств отсутствует. Восприятие и осмысление реальных событий грубо нарушено, находясь во власти психопатологических расстройств, пациенты могут, демонстрировать защитно-оборонительные реакции в ответ на посторонний шум или невпопад отвечать на вопросы заданные другим людям (феномен откликаемости). Течение делирия волнообразное.

Прогностически неблагоприятными признаками течения делирия являются нарастание оглушения в дневное время и развитие вслед за третьей стадией профессионального или мусситирующего делирия (эти формы условно объединяются в четвертую стадию).

Профессиональный делирий сопровождается однообразным двигательным возбуждением в форме привычных (профессиональных) действий. В этом состоянии больные забивают несуществующим молотком несуществующие гвозди, управляют автомобилем, набирают текст на компьютере, проводят реанимационные мероприятия, больной наркоманией делает себе внутривенную инъекцию. Возбуждение реализуется на ограниченном пространстве. Речевой контакт не возможен. Внешние впечатления практически не доходят до сознания больных.

Мусситирующий (бормочущий) делирий - еще более глубокая степень помрачения сознания. Здесь преобладают некоординированные, стереотипные действия, хореоформные и атетозоподобные гиперкинезы. Больные совершают хватательные движения в воздухе, что-то стряхивают, ощупывают, перебирают пальцами постельное белье - симптом «обирания» (корфология). Возбуждение происходит в пределах постели, сопровождается тихим невнятным произнесением отдельных звуков. Больные совершенно не реагируют на внешние раздражители, не доступны речевому контакту. Взгляд мутный, устремлен в пространство. Соматическое состояние становится угрожающим для жизни. Возможен переход в коматозное состояние и летальный исход.

Продолжительность делирия колеблется, в среднем, от трех до семи дней. Амнезия на период делириозного помрачения сознания частичная. Воспоминания о пережитом состоянии отрывочные и относятся к психопатологическим расстройствам, тогда как события реальной жизни в памяти, не сохраняются. У больных, перенесших профессиональный и мусситирующий делирий, наблюдается полная амнезия.

Делирий встречается при алкоголизме, токсикоманиях, инфекционных и острых соматических заболеваниях сопровождающихся выраженной интоксикацией, черепно-мозговых травмах, при сосудистых поражениях головного мозга, старческом слабоумии, височной эпилепсии. У детей чаще встречается инфекционный делирий.

Сумеречное помрачение сознания

Этот вид помрачения сознания нередко называют патологически суженным сознанием или сумерками. Ввиду некоторых характерных особенностей и многообразия клинических проявлений этот синдром сложнее всего поддается дифференцировке. Его наиболее общими признаками являются: внезапность возникновения и прекращения (пароксизмальность), способность к внешне целенаправленному поведению, полная амнезия этого периода.

Нарушение ориентировки может быть выражена в различной степени. Наряду с глубокой дезориентировкой в окружающем и собственной личности встречаются состояния ориентированности «в общих чертах», со значительным ограничением доступа внешних впечатлений, сужением круга актуальных представлений, мыслей и побуждений. Восприятие окружающего может быть искажено существующими продуктивными расстройствами. Об их наличии можно судить из спонтанных высказываний и поступков больных, которые в состоянии сумеречного помрачения сознания отрешенно-угрюмы, чаще молчаливы, их спонтанная речь ограничивается короткими фразами. Словесному контакту больные недоступны, хотя их поведение производит впечатление осмысленного, целенаправленного, оно полностью обусловлено имеющимися психопатологическими расстройствами. Здесь преобладают яркие (чаще зрительные) сценopodobные галлюцинации устрашающего содержания, образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, часты ложные узнавания. Перечисленные особенности делают этих больных чрезвычайно опасными для себя и окружающих. Они могут производить впечатление людей с сохранным сознанием и, вместе с тем, проявлять жестокую слепую агрессию, сокрушать все на своем пути, убивая и калеча родных и незнакомых людей. Нередко больные совершают внезапные и ужасающе бессмысленные аутоагрессивные действия. Реже

встречаются сумеречные состояния с религиозно - мистическими переживаниями и экстатическим аффектом.

Амбулаторный автоматизм - особая форма сумеречного помрачения сознания. Поведение достаточно упорядочено, больные способны к совершению сложных двигательных актов, отвечают на простые вопросы. Спонтанная речь отсутствует или носит стереотипный характер. На окружающих они производят впечатление задумчивого, сосредоточенного или уставшего человека. Обычно занятые до приступа какой-либо деятельностью, больные безотчетно продолжают ее, или стереотипно повторяют одну из операций, находясь уже в состоянии помраченного сознания. В других случаях они совершают поступки, никоим образом не связанные с предыдущими и не планируемыми ими ранее. Часто таким действием является бесцельное блуждание

Транс - амбулаторный автоматизм, длящийся несколько дней, недель. В таком состоянии больные бродят по городу, совершают дальние переезды, внезапно обнаруживая себя в незнакомом месте.

Фуга - импульсивное двигательное возбуждение, сводящееся к слепому и быстрому стремлению вперед. Проявляется внезапно возникающим бесцельным бегом, вращением на месте или уходом, не связанным с ситуацией. Продолжается 2-3 минуты.

Сомнамбулизм (лунатизм) - сумеречное состояние, возникающее во сне. Проявляется снохождениями, снововорениями, пароксизмальными ночными страхами. Особенностью этого расстройства является стереотипная повторяемость (по типу клише) и приуроченность к определенному ритму. Вступить в речевой контакт с больным находящимся в этом состоянии не возможно, настойчивые попытки пробудить его могут завершиться генерализованным судорожным припадком или брутальной агрессией с его стороны. На утро пациент полностью амнезирует ночные события, иногда ощущает слабость, разбитость, эмоциональный дискомфорт.

Течение сумеречного помрачения может быть непрерывным или альтернирующим (с кратковременным прояснением сознания) и продолжается от нескольких минут до 1-2 недель. Обрывается расстройство сознания внезапно, после глубокого сна. Амнезия после выхода больного из сумеречного состояния полная. После прояснения сознания отношение больных к совершенным действиям (убийствам, разрушениям и т.п.) определяется как к чужим поступкам. Сумеречное помрачение сознания встречается при эпилепсии, патологическом опьянении, эпилептиформном синдроме при органических поражениях головного мозга.

Аменция

Аменция - глубокое помрачение сознания, определяющими признаками которого являются: инкогеренция (бессвязность ассоциативных процессов), растерянность и нарушения моторики. Двигательное возбуждение интенсивно, но нецеленаправленно и хаотично, ограничивается пределами постели. Наблюдается распад сложных двигательных формул, хореоформные и атетозоподобные гиперкинезы, симптомы корфологии. Больной совершает вращательные движения, разбрасывается и мечется в постели (яктация). Возможны кратковременные кататонические явления. Спонтанная речь больного состоит из отдельных слов обыденного содержания, слогов,

нечленораздельных звуков, которые он произносит то громко, то едва слышно, то нараспев монотонным голосом; отмечаются персеверации. Его высказывания не облечены в грамматические предложения, бессвязны (инкогеренция мышления). Значения бессвязных слов соответствует эмоциональному состоянию больного, которое отличается крайней изменчивостью: то подавленно-тревожное, то сентиментально-восторженное, то безразличное. Постоянно присутствует аффект растерянности, недоумения, беспомощности. У больного грубо нарушена способность к анализу и синтезу, он не способен уловить связь между предметами и явлениями. Окружающую реальность пациент, подобно человеку в разбитых очках, воспринимает фрагментарно, отдельные элементы никак не складываются в целостную картину. Больной дезориентирован во всех видах. Причем это не ложная ориентировка, а поиск ориентировки при ее отсутствии. Внимание крайне неустойчиво, привлечь его не удастся. Речевой контакт не продуктивен, больной не осмысливает обращенную речь, отвечает не в плане заданных вопросов. Резко выражена истощаемость. Бредовые идеи и галлюцинации фрагментарны и не определяют поведение больных. Периодически речедвигательное возбуждение затихает и тогда преобладает депрессивный аффект и астения, больные остаются дезориентированными. В ночное время аменция может сменяться делирием.

Продолжительность аменции - несколько недель. После восстановления сознания наблюдается тяжелая продолжительная астения, психоорганический синдром. Амнезия после выхода из аментивного помрачения сознания полная.

Аментивное состояние встречается при фебрильной шизофрении, злокачественном нейрорептическом синдроме, но чаще всего при тяжелых соматических состояниях (нейроинфекциях, сепсисе, острых нарушениях мозгового кровообращения и др.) и свидетельствует о неблагоприятном развитии основного заболевания.

Подобная ситуация, как правило, наблюдается при сочетании несколькихотягощающих факторов, например при присоединении, интеркуррентной инфекции (пневмонии, гриппа) к хроническому астенизирующему соматическому заболеванию, или развитие сепсиса в раннем послеродовом периоде. В последнем случае особенно сложна дифференциальная диагностика с послеродовым психозом, как вариантом дебюта шизофрении. Отсутствие диссоциации между бессвязной речью и аффектом, депрессивные эпизоды, нестойкость и изменчивость кататонических расстройств, ночные делирии свидетельствуют в пользу экзогенной природы аментивного синдрома.

Заключение

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. Все виды расстройств сознания требуют неотложной терапии.

Список использованной литературы

1. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. - М.: Смысл, 2001. .
2. Маклаков О.А. Общая психология. - СПб.: Питер, 2000. .
3. Максименко С.Д. Общая психология. М.: Рефл-бук, 1999. .
4. Немов Р.С. Психология., М., 1997. - Психология. / Под ред. А.А. Крылова. - М., 2001. 5. Психология / Под ред. В.Н. Дружинина. - СПб.: Питер, 2001, 512с. . Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология: Учебн. для студ. Высш. Пед. учеб. зав. - М., 1998. 6. Рогов Е.И. Общая психология: Курс лекций. - М.: ВЛАДОС, 1995, 448с. .