

Красноярск 2021

Реферат

по специальности "Психиатрия"

на тему:

«Нарушение сознания».

Выполнил: Огурцов Аскольд Александрович

Руководитель: Березовская Марина Альбертовна

Красноярск, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	стр.2
СИНДРОМЫ ВЫКЛЮЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ	стр.2
СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ	стр.3
ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ	стр.3
ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ	стр.6
АМЕНЦИЯ	стр.9
СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЕ	стр.9
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	стр.11
ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	стр.12

ВВЕДЕНИЕ

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

СИНДРОМЫ ВЫКЛЮЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

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 - полная утрата сознания с отсутствием реакции на любые раздражители.
- 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.

СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

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. В то же время всем синдромам помрачения сознания свойствен ряд общих черт. 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. Выделяют несколько форм состояний 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 при соматических болезнях.

Симптомы первой стадии становятся заметными обычно к вечеру. Появляется общая возбуденность. 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 сноподобных 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. На утро 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 сменяющиеся 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.

При делирии больной всегда является заинтересованным зрителем всего того, что происходит перед его глазами. Его аффект и поступки довольно точно соответствуют содержанию видимого. Он охвачен любопытством, недоумением, восторгом, страхом, ужасом. С интересом или завороченностью смотрит или же, напротив, бежит, прячется, обороняется. Мимика соответствует господствующему аффекту и действиям. Речевое возбуждение обычно ограничивается отдельными короткими фразами, словами, выкриками. В третьей стадии могут возникать также слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, отрывочный образный бред. Задаваемые вопросы больной осмысляет плохо, часто отвечает не впопад. Вместе с тем, если привлечь его внимание качеством ответов на короткое время улучшается.

В ряде случаев сценopodobные зрительные галлюцинации приобретают фантастическое содержание - необыкновенные путешествия, батальные картины, сцены мировых катаклизмов, массовой гибели людей - фантастический делирий или делириозно-онейроидный синдром. В этом состоянии часто испытывают ощущения быстрого перемещения в пространстве, в том числе ощущения полета, падения с большой высоты (в шахту, колодец и т. д.).

В третьей стадии развития делирия нарушается ориентировка в окружающем. Обычно больные ложно ориентированы. Сознание своего «Я» - самосознание сохраняется всегда. Ночью наблюдается или полная бессонница, или же неглубокий прерывистый сон возникает лишь под утро. В первую половину дня симптомы делирия значительно или полностью редуцируются. Преобладает астения. Во вторую половину дня психоз возобновляется. Симптомы делирия очень изменчивы, в связи с чем его клиническая картина определяется то преобладанием одних нарушений, то других. На второй и третьей стадиях периодически могут наблюдаться так называемые люцидные (светлые) промежутки, продолжающиеся от нескольких минут до нескольких часов. В это время

полностью или частично исчезают характеризующие делирий психопатологические симптомы, в первую очередь иллюзии и галлюцинации. Появляется правильная ориентировка в окружающем, больные сознают, что бывшие у них расстройства являлись проявлением болезни. Может наблюдаться даже полная критическая оценка своего состояния.

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.

Неблагоприятное развитие основного заболевания (соматического, инфекционного, обусловленного интоксикацией и др.) может повлечь за собой развитие тяжелых форм делирия - профессионального и мусситирующего.

Профессиональный делирий (делирий занятости, бред занятий) - делирий с преобладанием однообразного двигательного возбуждения в форме привычных, выполняемых в повседневной жизни действий: еда, питье, уборка и т. п. или же действий, имеющих прямое отношение к профессии заболевшего - вождение машины, шитье, работа на кассовом аппарате или компьютере и т. д. Двигательное возбуждение при профессиональном делирии происходит, как правило, на ограниченном пространстве. Оно сопровождается или произнесением отдельных слов или же является немым. Галлюцинации и бред либо отсутствуют, либо рудиментарны. Люцидных промежутков обычно не бывает. Речевой контакт часто невозможен. Иногда удается получить односложный ответ. Его содержание отражает патологические переживания.

Мусситирующий делирий (делирий с бормотанием, тихий бред) - делирий с некоординированным двигательным возбуждением, которое лишено целостных действий и однообразно по своим проявлениям, происходит в пределах постели. Больные что-то стряхивают, ощупывают, хватают, разматывают несуществующий клубок ниток, снимают с себя невидимые пушинки. Эти действия часто определяют словом «обирание». Речевое возбуждение представляет собой тихое и невнятное произнесение отдельных звуков, слогов, междометий. Вступать в общение с больными невозможно, они полностью отрешены от окружающего. Мусситирующий делирий обычно сменяет профессиональный. Профессиональный и особенно мусситирующий делирий в дневное время могут сменяться симптомами оглушения. Углубление оглушения в этих случаях свидетельствует об утяжелении основного заболевания.

В зависимости от этиологического фактора (с наибольшей частотой при интоксикациях) делирий может сопровождаться вегетативными и неврологическими нарушениями. В первой - третьей стадиях из вегетативных расстройств отмечаются тахикардия, тахипноэ, потливость, колебания уровня артериального давления с тенденцией к его повышению, а из неврологических симптомов - мышечная гипотония, гиперрефлексия, тремор, атаксия, слабость конвергенции, нистагм, симптом Маринеску. При тяжелых делириях, в первую очередь при мусситирующем, артериальное давление падает, возможно развитие коллаптоидных состояний, часто отмечается выраженная гипертермия центрального происхождения, наблюдаются симптомы обезвоживания организма. Среди неврологических симптомов отмечаются ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптомы орального автоматизма, нистагм, птоз, стробизм, неподвижный взгляд, атетонидные и хореоформные гиперкинезы.

Продолжительность делирия обычно колеблется от трех до семи дней. Исчезновение расстройств чаще происходит критически, после продолжительного сна, реже - литически. Отклонения от средней продолжительности возможны как в сторону укорочения, так и в сторону значительного удлинения существования определяющих делирий симптомов. В тех случаях, когда делирий проявляется расстройствами, свойственными первой и второй стадиям, и продолжается около суток, говорят об abortивном делирии. У соматически ослабленных больных, в первую очередь у лиц пожилого возраста, развернутые и тяжелые делириозные картины могут наблюдаться в течение ряда недель. В этом случае говорят о пролонгированном и даже хроническом делирии.

Больные, перенесшие развернутый делирий (делирий в третьей стадии), частично помнят содержание переживаний. Обычно эти воспоминания носят отрывочный характер и относятся к психопатологическим симптомам - галлюцинациям, аффекту, бреду. У больных с профессиональным и мусситирующим делирием наблюдается полная амнезия. Чаще всего делирий сменяется астенией; в ряде случаев вслед за делирием наблюдается появление аффективных расстройств - субдепрессивных и гипоманиакальных: первые возникают чаще у женщин, вторые - у мужчин. Значительно реже, особенно при литическом окончании психоза, может оставаться резидуальный бред. Тяжелые делирии нередко сменяются различными проявлениями психоорганического синдрома. Делирий встречается при токсикоманиях, интоксикациях, инфекционных и острых соматических заболеваниях, при сосудистых поражениях головного мозга, старческом слабоумии, черепно-мозговой травме.

ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ

Онейроид, онейроидное помрачение сознания, сновидное фантастически-бредовое помрачение сознания, - помрачение сознания с наплывом непроизвольно 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 сценородностью; постоянны аффективные (депрессивные или маниакальные) и двигательные, в том числе кататонические расстройства.

Начальный этап определяется аффективными расстройствами. Субдепрессивные и депрессивные состояния сопровождаются вялостью, бессилием, капризностью, раздражительностью, немотивированной тревогой. Гипоманиакальные и маниакальные состояния всегда несут на себе отпечаток восторженности, умиленности, ощущения проникновения и прозрения, т. е. сопровождаются симптомами, свойственными экстазу. Аффективные расстройства сопровождаются нарушениями сна, аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца. Начальный этап продолжается от одной недели до нескольких месяцев.

В последующем возникает этап бредового настроения. Окружающее представляется больному измененным, непонятым, исполненным зловещего смысла. Появляется или безотчетный страх, или предчувствие грозящей беды, например, сумасшествия, смерти. Бредовому настроению сопутствуют несистематизированные бредовые идеи, преимущественно преследования, болезни, гибели. Эпизодически возникают растерянность, бредовая ориентировка в окружающем, бредовое поведение. Перечисленные расстройства продолжаются часы или дни. Затем возникает этап бреда инсценировки, особой значимости и интерметаморфозы. Больные говорят, что вокруг них



происходит какое-то действие, как в кино или в спектакле, и они являются то их участниками, то зрителями; окружающее - предметы, люди с их поступками, символизируют необычные ситуации или же имеют несвойственное им значение; временами происходит перевоплощение одних лиц в другие; в ряде случаев превращение распространяется на окружающие предметы. Клиническая картина усложняется за счет аффективных вербальных иллюзий, психических, в первую очередь идеаторных, автоматизмов, иногда вербальных галлюцинаций. Периодически возникают речедвигательное возбуждение или, напротив, заторможенность. Нарастает интенсивность аффективных нарушений, продолжительность бредовой ориентировки и растерянности. Расстройства данного этапа продолжаются несколько дней или недель.

Дальнейшая трансформация клинической картины сопровождается развитием этапа острой фантастической парафрении или ориентированного онейроида. В этом состоянии происходит фантастическое видоизменение предшествующих психических расстройств - бреда, в том числе бреда инсценировки, особой значимости, психических автоматизмов, ложных узнаваний. Фантастическое содержание приобретают реальные события, происходящие вокруг больного, а также его прежние знания и воспоминания, т. е. развивается фантастический ретроспективный бред.

По особенностям аффекта и бреда выделяют экспансивный и депрессивный типы онейроида: наблюдается или экспансивный бред величия, высокого происхождения, мессианства и т. п., или фантастический бред депрессивного содержания, в частности различные проявления бреда Котара. Часто появляется антагонистический бред - больной является центром противоборствующих сил добра и зла. Могут возникать сценopodobные зрительные утрашающего содержания галлюцинации. В восприятии и сознании больного наряду с правильной ориентировкой в своей личности и месте одновременно создается фантастическое бредовое представление об окружающем и своем положении в нем. Обстановка воспринимается как историческое прошлое или необычная ситуация настоящего, как сцены из сказок или из научно-фантастической литературы; окружающие люди превращаются в персонажей этих необычных событий. У таких больных самосознание еще сохраняется - они противопоставляют себя фантастическим переживаниям. Фантастические бредовые построения легко меняются под влиянием изменений окружающего, а также аффекта, сновидений, телесных ощущений. На этапе острой фантастической парафрении растерянность может перемежаться загруженностью. Преобладает или растеряннопатетическое возбуждение, или субступор, сопровождаемые то экстатическим аффектом, то тревожной депрессией или страхом. Нарушается чувство времени; оно замедляется, ускоряется или же возникает ощущение его исчезновения. Этап острой фантастической парафрении продолжается часы - несколько дней.

При развитии истинного онейроида в сознании больного доминируют визуализированные фантастические представления (грезopodobный бред), которые связаны уже не со сферой восприятия, а с внутренним миром больного. Основу этих представлений составляет зрительный псевдогаллюциноз. В таком состоянии перед «внутренним оком» больного проходят сцены грандиозных ситуаций, в которых он уже сам является главным персонажем совершающихся событий, т. е. исчезает противопоставление своего «Я» переживаемым ситуациям и возникает расстройство самосознания. Часто наблюдается диссоциация между содержанием сознания и двигательной сферой, в которой преобладают изменчивые по интенсивности, но в целом неглубокие симптомы кататонического ступора, сменяющиеся на некоторое время эпизодами патетического или



бессмысленного возбуждения. Обычно больные безмолвны, речевое общение с ними невозможно.

Истинный онейроид является всегда кульминацией в развитии приступа рекуррентной шизофрении. Он может длиться несколько часов или дней и чередоваться с ориентированным онейроидом. Редукция симптомов онейроида происходит постепенно в порядке обратном их появлению. Больные воспроизводят достаточно подробно содержание психопатологических расстройств периода помраченного сознания и тем полнее, чем более улучшается их психическое состояние; окружающие события в значительной мере или полностью амнезируются. Этапность и симптоматология онейроида, возникающего при шизофрении, не встречается ни при каком другом психическом заболевании. Поэтому эту форму онейроида можно обозначить как эндогенную, в противоположность онейроидному помрачению сознания, которое можно назвать экзогенно-органическим и которое возникает при ряде психических заболеваний - острых алкогольных, инфекционных, травматических и сосудистых психозах, эпилепсии, изредка при сенильных психозах. При всех перечисленных заболеваниях, (исключая сенильные), психозы протекают в форме приступов и онейроидное помрачение сознания при них, обычно, как и при шизофрении, является кульминационным этапом в развитии болезни.

Предшествующие онейроиду психопатологические расстройства отражают особенности соответствующих нозологических форм. Так, при алкогольных, инфекционных и сосудистых психозах, а также при психозах, возникающих в остром периоде черепно-мозговой травмы, начальным расстройством является соматогенная астеня, сменяющаяся либо делирием, либо симптомами оглушения. При всех указанных заболеваниях онейроидному помрачению сознания свойственны сходные проявления. Сравнительно редко наблюдаются последовательно развивающиеся картины, объединенные общей фабулой. Обычно возникают лишь отдельные эпизоды какого-либо события, например, связанного с космическим путешествием. В ряде случаев происходит смена нескольких фантастических сцен, не связанных друг с другом по смыслу. Сцены фантастического содержания могут сменяться сценами из обыденной жизни.

Онейроидное помрачение сознания при экзогенно-органических психозах перемежается с предшествующими ему симптомами психоза. Так, при алкогольном делирии сцены войны, пребывания в экзотической стране и т. д. неоднократно сменяются зоологическими зрительными галлюцинациями, страхом, двигательным возбуждением. Больной, находящийся в условиях фантастических ситуаций, хотя и принимает в них участие, но при этом остается самим собой. Очень часто, особенно при алкогольных психозах, больной попадая в необычную ситуацию, остается в своей привычной или же в больничной одежде, т. е. его реквизит часто не соответствует содержанию фантастических сцен. Аналогичный факт наблюдается при эпилептическом и травматическом онейроиде. Сопутствующие онейроиду психопатологические расстройства, например, психические автоматизмы, фрагментарны, транзиторны, часто отсутствуют вовсе; состояния заторможенности или возбуждения лишены кататонических черт.

Продолжительность экзогенно-органического онейроида колеблется от часа (или даже меньше) до нескольких дней; редукция его происходит чаще критически. Воспоминания об онейроиде экзогенно-органического генеза чаще фрагментарны, нередко бедны. Во многих случаях наблюдается отставленная амнезия: вначале больной помнит содержание психоза, а затем забывает.

Развитие онейроида при экзогенно-органических психозах часто свидетельствует о тенденции болезни вообще развиваться в сторону утяжеления. При смене или усложнении онейроида оглушением или аменцией прогноз психоза и самого заболевания в целом становится менее благоприятным.

АМЕНЦИЯ

Аментивный синдром, аментивное помрачение сознания - форма помрачения сознания с явлениями бессвязности (инкогерентности) мышления, нарушением моторики и растерянностью.

Речь больных состоит из отдельных слов обыденного содержания, слогов, нечленораздельных звуков, произносимых тихо, громко или нараспев с одними и теми же интонациями. Часто наблюдаются персверрации. 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 рече-двигательное 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.

СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ

Сумеречное помрачение сознания - внезапная и кратковременная (сумеречное сознание; «сумерки») (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, злости, 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, брутальное, агрессивное возбуждение;
- критическое окончание;
- терминальный сон;
- полная или частичная амнезия происшедшего.

Выделяются следующие формы сумеречного помрачения сознания:

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 произвольным блужданием, говорят об амбулаторном автоматизме. Длительные 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 - переходящим 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.

Параноидная форма

Характеризуется внешне последовательным поведением больных, но вместе с этим их поступки определяются острым чувственным бредом, сопровождающимся резко выраженным аффектом тоски, злости, 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 яркие, сценopodobны, 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, жженого пера.

Преобладают образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, величия, мессианства; часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания. Бред может сопровождаться ложными узнаваниями.

Делириозная форма

Характеризуется преобладанием сценopodobных 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.

Онейроидная форма

Отличается аффективной напряженностью, необычной интенсивностью переживаний, фантастическим содержанием галлюцинаторно-бредовых расстройств, неполной или полной обездвиженностью, доходящей до степени ступорозных состояний. После выхода из состояния помрачения сознания полной амнезии обычно не возникает.

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.



Ориентированные варианты

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 злости 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 (см. Реактивные психозы).

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как видно из всего выше сказанного, различные синдромы помраченного сознания не имеют строгой нозологической специфичности. Верификация синдрома помраченного сознания более важна для определения тяжести нарушения психической деятельности, т. е. имеет не столько диагностическое, сколько прогностическое значение. По степени тяжести (глубине) все синдромы помрачения сознания можно расположить в определенной последовательности: онейроид - делирий - сумерки - аменция. В этом ряду можно наблюдать углубление конградной амнезии, оскудение субъективных переживаний и утяжеление расстройств поведения. Эта шкала объясняет существование переходных и смешанных форм расстройств сознания, и позволяет оценивать их динамику. Так, например, в структуре делириозного синдрома можно наблюдать рудиментарные проявления онейроида в виде онейризма, на начальных этапах; картина профессионального делирия, при тяжелом течении психоза, приближается к сумеречному помрачению сознания; мусситирующий делирий представляет собой состояние, угрожающее жизни и клинически во многом сходное с аменцией. Конечным пунктом динамики всех синдромов помрачения сознания является его выключение и последующая смерть.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтинalli, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2020
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПб, 2016 год.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебник для академического бакалавриата / Б. В. Зейгарник. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Издательство Юрайт, 2019 г.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений, Издательство Academia, 2013 г.
5. Лурия А. Р. «Лекции по общей психологии», Издательство «Питер», 2020 г.

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 _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия

Отурцова Аскольда Александровича

(ФИО ординатора)

Тема реферата

Нарциссизм социальный

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) | 5/4 |
| 9. Наличие общего вывода по теме | + |
| 10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале) | |

отлично

Дата: « ____ » _____ 20 ____ год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора Отурцова А.А.