

ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет имени профессора  
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Патологии внимания и сознания»

Выполнил:  
Ординатор специальности психиатрия  
Литвинов Ю.С.  
Проверила:  
Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2023

## Актуальность

Влияние патологических состояний на внимание и сознание человека имеет серьезные последствия для его качества жизни, производительности и социальной адаптации.

Среди детей и взрослых наблюдается все более частое появление различных расстройств внимания, таких как СДВГ и аутизм. Эти расстройства влияют на способность человека сосредоточиться, обрабатывать информацию и регулировать свое поведение. Такие патологии могут серьезно затруднить обучение и социальное взаимодействие, оказывая негативное влияние на успехи в учебе, профессиональную карьеру и личные отношения.

Стресс и психические заболевания могут также вызывать изменения: депрессия и тревожные расстройства могут привести к снижению концентрации внимания, утрате интереса к окружающему миру и плохой памяти. Это может приводить к ухудшению качества жизни и ограничению возможностей человека.

Кроме того, патологии внимания и сознания имеют существенное значение для медицинской практики и исследований. Изучение этих расстройств помогает понять основные принципы функционирования мозга и выявить механизмы, лежащие в их основе. Это может привести к разработке новых методов диагностики и лечения таких состояний.

## Внимание

Человек воспринимает огромное количество раздражителей, он способен отобрать самые важные из них и игнорировать остальные. Эта способность к избирательности в обработке информации, обеспечиваемая вниманием, является неотъемлемой частью нашей нервной системы. Без нее мы были бы перегружены огромным потоком информации, и нашей нервной системе не хватило бы ресурсов для ее обработки.

Избирательность внимания проявляется как в восприятии внешней информации, так и в мышлении и двигательных процессах. Человек может иметь множество ассоциаций и возможных действий, но он сосредоточивается только на тех, которые являются необходимыми для достижения его целей, игнорируя остальные, которые могут мешать его мышлению или выполнению задач. Это позволяет ему осуществлять избирательные программы действий и постоянно контролировать их протекание.

Внимание также может рассматриваться не только как процесс избирательности, но и как состояние, такие как сосредоточенность и углубленность. Для эффективного функционирования внимания необходимо находиться в состоянии бодрствования. Оно является неотъемлемой основой для протекания процессов внимания, поскольку в состоянии бодрствования наша нервная система наиболее готова к обработке информации и реагированию на окружающую среду.

Таким образом, внимание играет важную роль в фильтрации информации, управлении нашим мышлением и действиями, и его состояние и функционирование имеют существенное влияние на нашу способность эффективно взаимодействовать с миром вокруг нас.

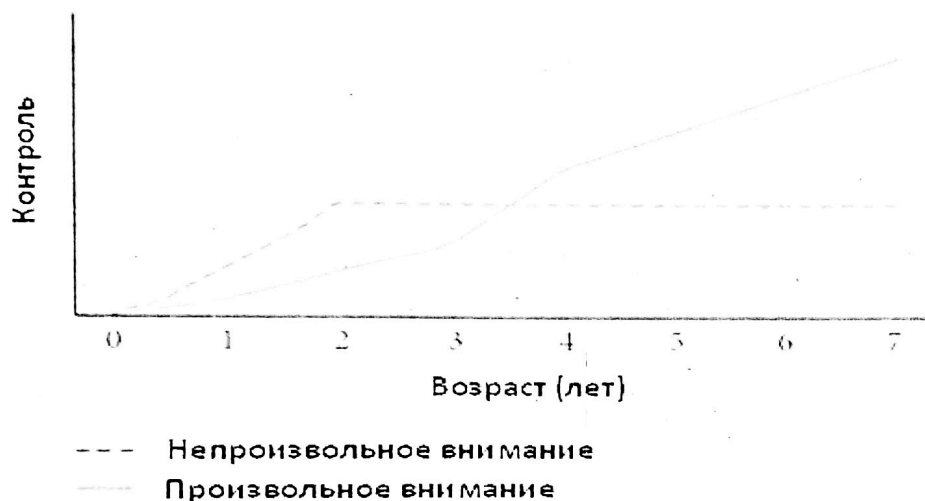
### Виды внимания:

1. Непроизвольное внимание («пассивное», навязанное внешней ситуацией) — направляется независимо от сознательного намерения человека, когда свойства действующих раздражителей (их интенсивность, новизна, связь с потребностями и пр.) приводят к тому, что они привлекают фокус внимания. Например, вид спелого яблока на ветке за окном может неожиданно привлечь наше внимание к нему, особенно если в этот момент мы испытываем голод. Наиболее ярким проявлением произвольного внимания является ориентировочный рефлекс — безусловный (врожденный) рефлекс, активная реакция на каждое значимое изменение окружающей обстановки, заключающаяся в общем оживлении индивида; реакциях, направленных на ознакомление с изменениями в ситуации (поворот головы и глаз в сторону раздражителя, настораживание, прислушивание и др.) и физиологические сдвиги (изменение ритма дыхания и сердечных сокращений, сосудистые сдвиги, изменение ритма на электроэнцефалографии и т.п.). Например, если во время занятия в учебную комнату не-

ожиданно входит посторонний человек, все студенты непроизвольно поворачивают в его сторону голову. В отличие от других безусловных рефлексов ориентировочный рефлекс может угасать, т.е. при неоднократном повторении одного и того же раздражителя организм привыкает к нему, описанные реакции исчезают. Так, если во время занятия в течение часа один и тот же человек множество раз будет входить в класс, например чтобы передать какие-либо сообщения преподавателю, то постепенно большинство студентов перестают реагировать на его появление.

**2. Произвольное внимание** («активное», контролируемое сознанием) — сознательно направляемое и регулируемое внимание, в котором субъект сам избирает объект, на который будет направлен фокус внимания. Про произвольное внимание говорят, когда предмет, на который оно направлено, сам по себе не привлек бы внимания, если бы не желание индивида.

Способность к произвольному вниманию развивается по мере взросления ребенка (приблизительная динамика отображена на рисунке) вместе с «созреванием» лобных долей коры головного мозга, которые имеют наибольшее значение для этого вида внимания.



Michael I. Posner et al. Developing Attention: Behavioral and Brain Mechanisms, 2014  
С ИЗМЕНЕНИЯМИ

В настоящее время предполагается весьма сложная нейрофизиологическая организация процессов внимания, три основных сети которой связаны с описанными выше компонентами — поддержанием бодрствования, произвольным и непроизвольным вниманием. В упрощенном виде мозговую организацию этих процессов можно определить следующим образом:

- 1) в поддержании уровня бодрствования базовую роль играет ретикулярная формация ствола мозга;
- 2) для осуществления непроизвольного внимания и ориентировочного рефлекса большое значение имеет таламус, структуры лимбической системы, воспринимающая кора (в том числе теменные области);
- 3) произвольное внимание (и исполнительный контроль) обеспечивается за счет активности лобных долей коры головного мозга, передней области поясной извилины.

Внимательность — характеристика познавательных способностей, свойств человека. Внимательность к стимулам с определенными характеристиками может развиваться с помощью тренировок или по мере приобретения навыков работы в соответствующей предметной области (например, по мере приобретения клинического опыта внимание врача становится все более нацелено и приспособлено к выявлению признаков болезней, с которыми он часто сталкивается). В норме внимание помогает индивиду воспринимать наиболее важные для него стимулы, игнорируя неважные, кроме того, внимание дает индивиду способность произ-

вольно направлять и удерживать фокус своего внимания на интересующих его объектах, что позволяет продуктивно решать стоящие перед ним задачи.

Нарушения внимания могут быть достаточно разнообразными. Выделяют нарушения внимания, связанные с изменением состояния бодрствования (в этих случаях может быть нарушено, как произвольное, так и непроизвольное внимание), и нарушения характеристик произвольного внимания (его селективности, устойчивости, переключаемости, объема и пр.).

**Невнимательность** (апрозексия) — этот термин часто применяется сразу по отношению ко всей группе нарушений внимания, однако при более дифференцированном подходе его правильно использовать лишь в случаях общего угнетения процессов внимания, т.е. при отсутствии или затруднении фокусировки внимания как на важных, так и на неважных стимулах: в связи с этим восприятие всех стимулов нарушено, они игнорируются. В основе лежит снижение тонуса нервной системы, уровня бодрствования и готовности действовать. В таких состояниях человек выглядит вялым, недостаточно реагирующим на происходящее вокруг, его внимание трудно или невозможно чем-либо привлечь. Невнимательность в той или иной степени выраженности наблюдается при угнетении сознания, интоксикациях седативными веществами, выраженном утомлении, апатии, грубых нарушениях интеллекта, органических поражениях головного мозга определенных локализаций. Например, при оглушении пациент воспринимает лишь малую часть окружающих его стимулов, он вял, аспонтанен, врачу приходится многократно повторять свой вопрос, чтобы пациент мог сфокусировать свое внимание на нем и на попытках на него ответить. Врач из-за чрезмерного утомления и сонливости, например во время ночного дежурства, может упустить признаки болезни у своего пациента, в том числе как важные, так и неважные, допустить ошибку в своих действиях. Водитель в состоянии алкогольного опьянения или под действием седативных препаратов из-за невнимательности может «просмотреть» изменение ситуации на дороге.

**Сверхотвлекаемость** (гиперметаморфоз, сверхбодрствование) — фокусировка внимания сразу на всех действующих на человека стимулах, как на важных, так и на неважных. В основе — состояние, противоположное невниманию, — повышенная активация нервной системы и «чрезмерный» уровень бодрствования. В результате внимание становится крайне неустойчивым, сверхизменчивым, человек постоянно отвлекается на каждый новый стимул. В выраженных случаях нарушаются последовательность, цельность мыслительной деятельности, вплоть до развития состояния растерянности, недоумения. Наблюдается при маниакальных состояниях, интоксикациях стимуляторами и психодислептиками, иногда при галлюцинозоподобно-бредовых состояниях, органических поражениях головного мозга определенных локализаций.

**Неустойчивость внимания** (патологическая отвлекаемость) — неспособность человека удерживать фокус произвольного внимания на нужном ему объекте, в связи с чем страдает продуктивность его деятельности. При слабости произвольного внимания ведущую роль начинает занимать внимание непроизвольное, из-за этого человек постоянно отвлекается на посторонние стимулы, случайно попадающие в поле его внимания, случайные мысли («витают в облаках», «считает ворон»). Выраженность расстройства может в значительной степени варьировать.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), основу которого составляет неустойчивость произвольного внимания, может проявляться целым спектром относительно негрубых нарушений внимания, отражающихся преимущественно на успеваемости в школе и работоспособности.

Необ-  
нос  
и

*Необходимо учитывать, что способность к удержанию фокуса произвольного внимания постепенно формируется у ребенка по мере его развития, поэтому для оценки этого нарушения у детей нужно принимать во внимание возрастные нормы.*

При некоторых случаях органических поражений головного мозга (особенно дорсальной поверхности лобных долей) неустойчивость внимания может достигать такой степени, что она полностью дезорганизует деятельность взрослого человека.

**Истощаемость внимания** — неспособность человека длительное время удерживать фокус произвольного внимания; первоначально внимание направлено на нужный индивиду объект, но по мере утомления оно все более истощается, а следовательно, произвольное внимание выходит на первый план. Является достаточно характерным признаком утомления и астении. Например, студент, утомленный недосыпанием на ночных дежурствах, садится заниматься: какое-то время он сосредоточенно читает учебник, но через несколько страниц замечает, что думает о чем-то постороннем, пытается вспомнить, что он только что читал, но не может. В специальных психологических тестах истощаемость внимания проявляется увеличением количества ошибок в монотонном задании по ходу его выполнения. Истощаемость внимания также наблюдается при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, органическом поражении головного мозга.

**Тугоподвижность внимания** (вязкость, патологическая прикованность) — трудности с переключением внимания с одной темы или объекта на другую тему или объект. Рассматривается как проявление замедленного мышления, или брадифрениии. Отмечается при органических заболеваниях головного мозга, в том числе эпилепсии, сосудистых заболеваниях и пр.

Про чрезмерную прикованность внимания к той или иной теме, от которой человек не может отвлечься и которая заслоняет для него все происходящее вокруг, говорят также, когда описывают патологические суждения (бред, сверхценные идеи и навязчивые явления).

**Сужение объема внимания** — возможность одновременно удержать в фокусе внимания лишь небольшое количество объектов. Достаточно яркий пример — **аффекты** (аффективно суженное сознание) — остро развивающееся состояние, когда на фоне сильного эмоционального волнения, происходит резкое ограничение объема воспринимаемой информации (в том числе так называемое туннельное зрение) с сохранением фокуса внимания только на эмоционально значимых объектах; другие объекты, окружающие человека (в том числе те, которые помогли бы найти выход из сложившейся ситуации или дали бы возможность альтернативному пути действий), не воспринимаются (подробнее см. аффекты, аффективно-шоковые реакции).

В случаях, когда у человека всегда отмечается некоторый недостаток объема и распределения внимания, проявляющиеся в виде невозможности удерживать в фокусе внимания необходимое для выполнения той или иной деятельности количество информации, эти нарушения в настоящее время часто трактуют, как недостаточность объема рабочей памяти.

## Сознание.

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** (бодрствующее сознание, «пришел в сознание» и пр.). В общем определяется способностью 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).  
В наиболее общем виде под ясным сознанием в этом контексте понимают полностью правильное отражение (понимание) действительности. Однако значительная часть психических расстройств (например, бред и галлюцинации) тем или иным образом искажают понимание действительности человеком, поэтому в психиатрии термин «ясное сознание» стараются не использовать, а непосредственно сознание оценивают как способность правильно ориентироваться в происходящем вокруг, а также целю и последовательно воспринимать и понимать происходящее.
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. Многие психопатологические симптомы (бред или галлюцинации) могут нарушать точное понимание действительности, поэтому обобщенную оценку сознания («сознание ясное») в психиатрии избегают, давая оценку двум первым уровням в отдельности.

Также выделяют **самосознание** — осознание себя («сознание Я»), своей идентичности, своих психических процессов. Сложный феномен, базирующийся на различных переживаниях «Я»:

- витальности (чувство личного реального бытия, существования);
- активности (чувство возможности управления самим собой, своими устремлениями и пр.);
- целостности (ощущение себя, своего тела, психики как единого, нераздельного целого);
- идентичности (ощущение постоянства себя, несмотря на биологические и социальные изменения, происходящие во времени) и границ «Я» (возможность различать, что принадлежит нашему «Я», а что не принадлежит).

К непосредственным нарушениям самосознания относят обычно деперсонализацию и дереализацию.

## Расстройства сознания.

Среди расстройств (нарушений) сознания выделяют:

- Выключения сознания (оглушение, сонор, кома).
- Помрачения сознания (делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания).

Состояния выключения сознания определяются через оценку уровня бодрствования.

Состояния помрачения сознания определяют как утрату способности правильно осознавать происходящее вокруг. Как уже было сказано выше, в этом смысле многие психические нарушения можно было бы оценивать как нарушения сознания, так как они так или иначе искажают понимание действительности человеком. Но в непосредственном смысле к нарушениям сознания относят состояния, характеризующиеся совокупностью следующих признаков (критерии К.Ясперса):

1. **Отстраненность от реальности**, которая возникает из-за отрывочности и ослабления восприятия и понимания происходящего.

2. **Дезориентировка**. Дезориентировка вытекает из нарушения понимания происходящего вокруг. Она может быть аллопсихической — в месте, времени, ситуации, окружающих лицах; аутопсихическая — собственной личности. Во многих случаях утрата (невозможность) ориентировки в собственной личности свидетельствует о тяжелом состоянии, в том числе с присоединением симптомов выключения сознания. Для дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что нарушение дезориентировки может быть также обусловлено выраженными и стойкими интеллектуально-мнестическими расстройствами (деменции, Корсаковский синдром).

3. **Нарушение связности переживаний**. Также возникает из-за нарушений восприятия, мышления и запоминания; может приводить к непонятному и непредсказуемому поведению и эмоциональным реакциям.

4. **Амнезия периода нарушенного сознания**. Амнезия связана с тем, что раз пациент не был в состоянии воспринять и понять то, что с ним происходило, то и запомнить этого он не мог. Амнезия может быть полная (тотальная) или частичная (например, только в отношении происшедшего вокруг, но не своих переживаний, или, в случае ундулирующего течения помрачения сознания, на какие-то отдельные промежутки времени).

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

Выделяют три основных уровня выключения (угнетения) сознания:

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

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

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

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

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

На этом построена шкала комы Глазго, которая широко используется в мире. Нельзя путать оценку уровня сознания и выявление рефлексов (физиологических и патологических).

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

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.Яспера):

- 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 возникает быстро (часы, дни), **характерны суточные колебания выраженности** (ундулирующее течение) с ухудшением в ночное время.

Течение зависит от вызвавших причин. Например, при делирии, вызванном интоксикациями, длительность определяется временем нахождения токсичных веществ в крови.

В среднем длительность делирия обычно составляет несколько дней (или, возможно, только ночей), но может значительно варьировать от часов до недель и даже месяцев (редко).

Так как в основе делирия как помрачения сознания лежат нарушения познавательных процессов (восприятия, мышления и понимания, внимания, запоминания), это состояние, особенно у пожилых больных, требует дифференциальной диагностики с деменцией. В отличие от деменции, делирий развивается быстро, состояние познавательных процессов изменчиво, как эмоциональные реакции и психомоторная сфера, ухудшение характерно для ночного времени, свойственны обманы восприятия (иллюзии, галлюцинации). При деменции интеллектуально-мнестическое снижение выражено и стойко, для нее характерно в той или иной степени постепенное развитие. При этом необходимо учесть, что делирий может развиваться на фоне деменции.



В современных классификациях болезней (в том числе МКБ-10) в рамках диагноза делирия объединяют, на основе общности патогенеза и лежащих в основе расстройств познания, две категории, которые прежде чаще рассматривали самостоятельно — делирий с яркими истинными галлюцинациями (поэтому в большинстве отечественных учебников делирий называли «галлюцинаторным помрачением сознания»), а также состояние, которое во всем мире называют описательным термином «спутанность сознания» (в этом случае, при схожести прочей клинической симптоматики и течения, истинные галлюцинации и бред обычно отсутствуют). В действительности эти два варианта являются лишь двумя противоположными полюсами одного континуума, между которыми существует множество переходных состояний.

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

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

Обычно развитие такого делирия проходит несколько стадий:

1. На **инициальном** этапе появляются **общая взбудораженность, беспокойство, суетливость**. У пациентов выражена гиперестезия (вздрагивают от небольшого шума), внимание неустойчиво, не может надолго сосредоточиться на одном занятии, изменчиво настроение. На этом этапе **нарушается сон** — не могут заснуть, ночью часто просыпаются, мучают яркие кошмарные сновидения.

2. На стадии **иллюзорных расстройств** к картине первого этапа присоединяются зрительные иллюзии — обычно вечером в тених на полу, стенах начинают мерещиться какие-то животные, страшные люди и пр. В узоре на обоях начинают видеть какие-то причудливые меняющиеся картины, не могут избавиться от этих видений (парейдолий), хотя могут относиться к ним с критикой. При засыпании возможно развитие отдельных галлюцинаций (гипнагогические галлюцинации).

3. На стадии **истинных галлюцинаций** к картине второго этапа присоединяются истинные галлюцинации, чаще всего зрительные, но также могут быть и слуховые, и тактильные. Видения, отражая утрату связности психических процессов при помрачении сознания, также сменяют друг друга достаточно неожиданно, без ясной смысловой связи, но обычно все они имеют угрожающий или какой-либо неприятный характер. Достаточно часто галлюцинации мелкого размера (паутинки, падающие с потолка, ниточки на теле или руках, крысы в углу и т.п.). Но могут быть и обычного размера (инопланетяне, роботы, невидимки, чертики, летающие тарелки, преследователи на машинах, следующие за больным и пр.). На основе этих галлюцинаций формируется вторичный чувственный бред, также нестойкий, его содержание преимущественно определяется испытываемыми в настоящее время галлюцинациями. Эмоции и действия человека, находящегося в состоянии делирия, также непредсказуемы и соответствуют содержанию переживаемого им в данный момент (бежит, прячется, обороняется от мнимых преследователей, а иногда сам активно нападает на них). Обычно выражена аллопсихическая дезориентировка: путает дату (чаще всего в пределах нескольких дней), не понимает, где он, куда его привезли (например, поступив в приемный покой больницы, не может понять, что это за учреждение, предполагает, что баня или, возможно, мясокомбинат, где его «пустят на мясо» и т.д.).

Течение делирия, как было отмечено выше, обычно ундулирующее — т.е. возможные светлые промежутки («люцидные окна»), в которых у пациента нет продуктивной симптоматики, но затем они достаточно быстро могут смениться новым наплывом галлюцинаций.

Галлюцинаторная симптоматика обычно усиливается ночью и при сенсорной депривации (отсутствии внешних стимулов, например, в случае если пациента поместили в изолятор).

В многопрофильных стационарах складывается достаточно характерная ситуация: какой-либо делирий обычно начинается спустя несколько дней после поступления в стационар, как осложнение абстинентного синдрома, в этом случае первые проявления делирия замечают соседи больного по палате — ночью в темноте он становится суетлив, что-то собирает, копается под кроватью и пр. Соседи по палате обращаются к дежурной медсестре, та включает в помещении свет, разговаривает с больным, затем вызывает дежурного врача, а когда тот приходит, больной, оглядевшись по сторонам, в большинстве случаев успеет уже правильно сориентироваться, галлюцинации у него исчезают, и он начинает их отрицать, объясняя свое галлюцинаторное поведение бытовыми факторами. В этом случае для врача будет важно использовать пробы на скрытые галлюцинации.

При устранении причины, вызвавшей делирий, сознание обычно быстро восстанавливается, завершение делирия часто критическое — после длительного медикаментозного сна.

**«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 же их собственно 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 если и есть, то чаще в небольшом количестве, при этом они не определяют поведения пациента (могут, например, снимать ниточки на теле, вытирать будто бы капающую с потолка воду и пр.). 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), поэтому при развитии спутанности обязательно должно проводиться соматическое обследование больных.

Спутанность обычно также имеет ундулирующее 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.

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

**Муссентирующий (бормочущий) делирий** — еще большее угнетение сознания приводит к тому, что у пациентов сохраняется лишь возбуждение в пределах постели, мышление теряет

какую-либо связность, больные невинно что-то бормочут, речь бессвязная, судить о содержании переживаний в этом состоянии невозможно. Обычно продуктивному речевому контакту больные практически не доступны, иногда могут лишь ответить на самые простые вопросы (например, назвать свое имя). После выхода из этого состояния характерна тотальная амнезия.

**Аменция** — иногда выделяется как самостоятельный тип помрачения сознания, но по сути является вариантом делирия (спутанности) в сочетании с симптомами выключения сознания до уровня оглушения. Речь и мышление бессвязны, лицо зачастую выражает растерянность, отмечается хаотичное возбуждение в пределах постели, обирают себя, продуктивный контакт невозможен, больные соматически ослаблены. Нарастание симптомов выключения сознания при делирии свидетельствует о тяжести состояния больного и неблагоприятном прогнозе.

**Онейроидное помрачение** — 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 (сценоподобность, сноподобность — подобно тому как мы видим сон, только этот «сон» пациент видит в состоянии бодрствования и не может от него избавиться), эти образы могут переплетаться с деталями окружающей обстановки (например, больной чувствует себя в пучине моря, которое изображено на фотообоях в его палате) или восприниматься изолированно от того, что окружает пациента.

Больные ощущают себя участниками действия (т.е. «перевоплощение» в героев грез — от каких-либо известных исторических персонажей. Часто это сопровождается чувством восторженности (при экспансивном варианте).

Характерна отрешенность от окружающего — погруженность в свои переживания, в то время как реальную обстановку воспринимают лишь частично. Часто можно отметить «двойную ориентировку» — больной одновременно признает, что он физически находится здесь (например, в больнице), но на некоем другом (духовном, «астральном» и пр.) плане он (его душа, аватар, астральное тело и др.) 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. В этих случаях полное развитие онейроида обычно проходит ряд стадий (дереализации, иллюзорных, галлюцинаторно-бредовых расстройств и т.п.), что занимает достаточно большое время. Длительность онейроида обычно составляет недели.

Для сумеречного помрачения сознания характерны:

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

Варианты:

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 — fuga (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, возторженность, экстаз. Иногда они могут сопровождаться резко выраженным возбуждением с агрессией и разрушительными действиями. К счастью, такие состояния относительно редки, обычно они становятся предметом разбирательства судебно-психиатрических экспертов.
3. После выхода из помрачения сознания — полная амнезия (на реальные события и свои переживания), зачастую после выхода — слабость, тяга ко сну, поэтому засыпают в неподходящих местах.

Длительность — в большинстве случаев от нескольких минут (обычно) до нескольких часов (реже).

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

- Патологическое опьянение — сумеречное помрачение сознания, развившееся на фоне употребления небольшого количества спиртного (алкоголь являлся лишь триггером для состояния, самого выраженного опьянения не было). Дифференцируют с состоянием обычного опьянения.
- Патологический аффект — сумеречное помрачение сознания, развившееся в ответ на психотравмирующее событие (психотравма, обычно незначительная, может стать лишь триггером для развития помрачения сознания). Дифференцируют с физиологическим аффектом (сильным душевным волнением). Считается, что сумеречное состояние сознания может развиваться у больных с эпилепсией (как эквивалент эпилептического параксизма или как вариант бессудорожного эпилептического статуса), органическим поражением головного мозга. В мировой психиатрии данный вид помрачения сознания в настоящее время описывается редко.

### **Вывод.**

Патология внимания и сознания является сложной и многогранной областью изучения в психиатрии. Расстройства внимания, такие как дефицит внимания с гиперактивностью, аутизм и другие, оказывают значительное влияние на когнитивные и поведенческие функции человека, влияя на его качество жизни.

Осознание важности этих расстройств привело к разработке и совершенствованию диагностических методов и терапевтических подходов. Однако, несмотря на значительные исследования, остаются некоторые вызовы и проблемы. Например, точная причина этих расстройств до конца не установлена, и разработка эффективных и персонализированных методов лечения продолжает быть активной областью исследований, поэтому для более полного понимания патологии, необходимо проводить дальнейшие исследования, учитывая многообразие факторов.

### **Список используемой литературы.**

1. "Патология внимания: диагностика, лечение, коррекция" - И.С. Назаров, 2018 год.
2. "Внимание и патология внимания" - Е.Б. Шальнева, 2019 год.
3. "Патология внимания у детей и подростков" - Л.В. Макарова, 2019 год.
4. "Аутизм и дефицит внимания с гиперактивностью: актуальные вопросы диагностики и коррекции" - Е.Ю. Смирнова, 2018 год.
5. "Нарушение внимания и гиперактивности в детском возрасте" - А.В. Лосев, 2019 год.
6. "Внимание и память в патологии сознания" - А.Н. Савченко, 2020 год.
7. "Нарушения сознания в клинической практике" - С.С. Шульгин, 2021 год.
8. "Психологические аспекты патологии сознания" - Е.А. Маслов, 2020 год.
9. "Сознание и его расстройства" - А.А. Дроздов, 2019 год.
10. "Патология сознания: диагностика и лечение" - И.А. Симонова, 2021 год.

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 Лекции и семинары с курсом АО  
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н. Березовской Марина Арберговна  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Лекции

Мельникова Ирина Сергеевна  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Патология зрения и слуха

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)	10/10
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	Отлично

Дата: « 16 » 06 20 23 год

Подпись рецензента  
Подпись ординатора

[Signature]

[Signature]

(ФИО рецензента)  
(ФИО ординатора)