

# Тема: Синдромы расстроенного сознания



**к.м.н., доцент кафедры психиатрии с  
наркологией ВГМА Гречко Т.Ю.**

# Определение сознания

- ▶ Сознание – высшая форма отражения действительности, высший продукт деятельности головного мозга, не формируется вне общества.
- ▶ Сознание – способность воспринимать себя и внешний мир во всей целостности событий; предполагает возможность предметного или чувственного познания и понимания связей между явлениями (абстрактное познание).

Исходя из этого любое психическое расстройство ведёт к нарушению сознания, но в медицине это понимают более узко.

**Нарушение сознания – это грубо нарушенная способность воспринимать и понимать окружающий мир.**

# Признаки расстроенного сознания

- ▶ 1) нарушение восприятия вплоть до отрешённости (неотчётливое восприятие внешнего мира, его фрагментарность);
- ▶ 2) нарушение ориентировки во времени, месте, ситуации, собственной личности;
- ▶ 3) нарушение мышления (вплоть до бессвязности);
- ▶ 4) амнезия (нарушение способности запечатлевать события в момент нарушения сознания).

К. Ясперс

Важно наличие всех критериев для диагностики СНС.

# Классификация нарушений сознания (по К. Ясперсу)

- ▶ 1) Снижение уровня (выключение) сознания, состояния оглушённости. Проявляется затуханием психических процессов от обнубиляции до комы. Продуктивной симптоматики не предполагает.
- ▶ 2) Синдромы помрачения сознания – ряд острых психотических состояний с яркой продуктивной симптоматикой и без восприятия реальной действительности.
- ▶ 3) Состояния изменённого сознания – зависит от функции внимания и может быть у здоровых людей. Пример: трансы, гипнотические трансы.

# Синдромы выключения сознания

- ▶ Оглушение – повышение порога всех анализаторов, замедление мышления, запустевание сознания.
- ▶ Обнубиляция – подвижное изменение, наилегчайшее состояние отрешённости, с изменением порога восприятия – не сразу отвечают на вопросы, медлительны.
- ▶ Сомноленция - состояние глубокого, непроизвольного сна.
- ▶ Сопор (патологический сон) – глубокое расстройство сознания с полным прекращением психической деятельности. Сохраняются рефлексy и простые реакции на сильнейшие раздражители.
- ▶ Кома – наиболее тяжёлая степень выключения сознания (без рефлексов и возможности контакта).

# Шкала Глазго для определения степени угнетения сознания (Дж. Тисдейл, Б. Дженнет, 1974)

<b>Клинический признак</b>	<b>Характер реакции</b>	<b>Оценка в баллах</b>
<b>Открывание глаз</b>	- спонтанное открывание;	4
	- в ответ на словесную инструкцию;	3
	- в ответ на болевое раздражение;	2
	- отсутствует	1
<b>Словесные ответы</b>	- сохранность ориентировки, быстрые и правильные ответы;	5
	- спутанная речь;	4
	- отдельные непонятные слова, неадекватная речевая продукция;	3
	- нечленораздельные звуки;	2
	- отсутствие речи	1

# Шкала Глазго для определения степени угнетения сознания (Дж. Тисдейл, Б. Дженнет, 1974) (2)

Клинический признак	Характер реакции	Оценка в баллах
<b>Двигательная активность</b>	- целенаправленная в ответ на словесную инструкцию;	6
	- целенаправленная в ответ на неболевое раздражение (отдёргивание конечностей);	5
	- целенаправленная в ответ на болевое раздражение (отдёргивание со сгибанием конечности);	4
	- патологические тонические сгибательные движения в ответ на болевое раздражение;	3
	- патологические тонические разгибательные движения в ответ на болевое раздражение;	2
	- отсутствие двигательной реакции в ответ на болевое раздражение.	1

# Шкала Глазго для определения степени угнетения сознания (Дж. Тисдейл, Б. Дженнет, 1974) (3)

## Соответствие баллов традиционным терминам

<b>Суммарная оценка по шкале Глазго в баллах</b>	<b>Традиционные термины</b>
15	Ясное сознание
13 - 14	Оглушение
9 - 12	Сопор
4 - 8	Кома
3	Смерть мозга

# Синдромы помрачения сознания

- ▶ Делирий
- ▶ Онейроид
- ▶ Аменция
- ▶ Сумеречное помрачение сознания

При СПС нарушается абстрактное мышление, рациональное познание, чувственное (предметное) познание, процесс созерцания.

# Делирий

- ▶ Преимущественно зрительно-галлюцинаторное помрачение сознания с нарушением ориентировки в месте и времени (при сохранении ориентировки в собственной личности), выраженным психомоторным возбуждением, аффектом страха.
- ▶ Чаще бывает продуктом интоксикации (алкогольной, инфекционной и прочей интоксикации).
- ▶ Сценичен и динамичен.
- ▶ Стадии описал немецкий интернист Либермейстер (1866 г.)

# Первая стадия делирия (начальная)

- ▶ повышенная говорливость, с усиленным наплывом ассоциаций (образных, чувственных);
- ▶ гипермнезия (усиление воспоминаний);
- ▶ непоследовательное изложение своих впечатлений;
- ▶ гипретаморфоз (повышенная отвлекаемость);
- ▶ лабильность аффекта (эйфория, обидчивость);
- ▶ гиперестезия (повышенная чувствительность к свету, звукам);
- ▶ сон поверхностный, беспокойный, с яркими неприятными сновидениями;
- ▶ растерянность;
- ▶ состояние ухудшается к вечеру.

# Вторая стадия делирия (парейдолическая)

- ▶ парейдолии;
- ▶ гипногогические и гипнопомпические галлюцинации;
- ▶ больной беспокоен в пределах постели, говорлив, часто отмечается тревога, импульсивность;
- ▶ усиливается гиперестезия;
- ▶ отмечается мерцание сознания (явление люцидных окон);
- ▶ нарастает непоследовательность суждений, возбуждение;
- ▶ сон всё более расстраивается в ночное время, но возможен сон днём.

Первые две стадии относят к предделирию

# Третья стадия делирия

- ▶ парэйдолии сменяются яркими, множественными, сценоподобными истинными зрительными галлюцинациями;
- ▶ больной реагирует на них, как на реальность (убегает, борется и т. д.);
- ▶ крайне изменчивый аффект (от страха до восторга);
- ▶ начинает развиваться острый чувственный бред;
- ▶ галлюцинации могут принимать комплексный, комбинированный характер (добавляются слуховые, обонятельные, тактильные, полости рта, кинестетические);
- ▶ галлюцинаторные явления объединены общим, устрашающим, персекуторным содержанием; они изменчивы, переплетаются с иллюзиями и расстройствами сенсорного синтеза;
- ▶ нарастает двигательное возбуждение (уже не только в пределах постели);
- ▶ наступает дезориентировка больных в месте и времени (отмечается ложная нефантастическая ориентировка в месте и окружающих лицах).

# Четвёртая стадия делирия (мусситирующий)

- ▶ глубокая дезориентировка в окружающем и собственно личности;
- ▶ полная отрешённость;
- ▶ возбуждение в пределах постели;
- ▶ бессвязная, нечленораздельная речь;
- ▶ симптом «обирания», хореоподобные гиперкинезы, плохая координация движений;
- ▶ мутный взгляд, сонливое выражение лица.

Является признаком тяжёлого течения, неадекватной терапии, соматической осложнённости.

Особый вариант мусситирующего делирия – профессиональный.

При тяжёлой белой горячке могут быть следующие изменения:

- прогрессирующее обезвоживание и гиповолемиа (уменьшение общего объёма крови);
- гипергидратация и гиперволемиа (плетора)

(по данным А. Г. Гофмана, 2003)

# Выход из делирия

- ▶ **критический** (после многочасового глубокого сна)
- ▶ **литический** (постепенно возрастает продолжительность ночного сна, интенсивность галлюцинирования день за днём уменьшается, болезненная симптоматика проявляется в вечернее время).

# Особые формы делирия

- ▶ **редуцированные формы** (абортивный, ориентированный, «делирий без делирия», гипнагогический и гипнопомпический делирии)
- ▶ **делирий с протрагированным и хроническим течением** (неразвёрнутые формы)
- ▶ **атипичные формы** (аудитивный с псевдогаллюцинациями, с депрессивным или маниакальным и экспансивным содержанием, высоким уровнем систематизации)

# Онейроид

- ▶ Определение – сновидная, грёзоподобная, фантастическая, псевдогаллюцинаторная форма помрачения сознания (онейрофрения, синдром снопоподобной оглушённости, онейроидный бред).

Встречается чаще при рекуррентной шизофрении

Состояния подобные онейроиду (экзогенные психозы) могут быть при употреблении ЛСД, гашиша, кетамина, кортикостероидов.

# Этапы развития онейроида (1)

- ▶ Первый этап: **инициальный – этап общесоматических (вегетативных) расстройств и колебаний аффекта**. Появляется неустойчивое настроение от субдепрессии до гипомании, капризность, раздражительность, немотивированная тревога. Головные боли, тахикардия, парестезии, анорексия, тошнота, запоры. Постепенно нарастает взбудораженность и бессонница. Продолжительность – от дней до месяцев.
- ▶ Второй этап: **бредового аффекта** – возникает картина редуцированного или развёрнутого острого параноида, состояние крайне изменчиво, могут быть «светлые промежутки». Продолжительность – несколько часов – несколько дней.
- ▶ Третий этап: **аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации** – присоединяется бред инсценировки (интерметаморфозы), ложные узнавания, идеаторные психические автоматизмы. Продолжительность – несколько дней – несколько недель.

# Этапы развития онейроида (2)

- ▶ Четвёртый этап: этап фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации (бредового онейроида) – усиливаются феномены воображения (воспоминания, мечты, фантазии) резко усиливаются. Формируется картина острой парафрени экспансивного, депрессивного или смешанного характера.
- ▶ Пятый этап: иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации (фантастически-иллюзорного онейроида). Симптомы становятся сверхфантастическими, отмечаются псевдопарейдолии, характер переживаний – мистика, ужасы, волшебство, научная фантастика. Всё это больным переживается как на его глазах происходящее.
- ▶ Шестой этап: ориентированный онейроид – развивается образный фантастический бред. Фантастический характер принимают реальные события, знания, воспоминания
- ▶ Седьмой этап: истинный онейроид - формируется картина классического онейроида.

# Классический онейроид

- ▶ Больной отрешён от реальной обстановки, полностью погружен в мир своих переживаний. Фантастическая ложная ориентировка. Переживания связаны с катастрофическим, мегаломаническим, маниакальным содержанием. В зависимости от аффекта выделяют депрессивный, экспансивный и смешанный онейроид.
- ▶ Наличие псевдогаллюцинаций (зрительных, слуховых).
- ▶ Нарушения мышления в форме образного ментизма, псевдогаллюцинаторного фантазирования, фантастического бреда воздействия.
- ▶ Возможен кататонический ступор.
- ▶ Присутствуют: переживание интерметаморфозы (инсценировки), фантастические парейдолические иллюзии, нарушения схемы тела и нарушения оптически-пространственных свойств предметов, деперсонализация и дереализация.
- ▶ Внешне больные малоподвижные, молчаливые, но эмоционально реагируют на свои галлюцинации.

# Аменция

- ▶ Грубое помрачение сознания с бессвязностью мышления, полной дезориентировкой, отрывочными галлюцинациями, признаками резкого физического истощения (острая спутанность, острое безумие)

Чаще всего встречается при длительных истощающих соматических заболеваниях, при алкоголизме, при тяжёлых приступах шизофрении (фебрильные приступы) – «реакция истощённого мозга» (Мейнерт).

Иногда аменция рассматривается как крайняя степень делирия.

Исход: органический дефект (деменция, Корсаковский психоз, протрагированные астении).

# Клиническая картина аменции

- ▶ Пациент лежит, двигательное возбуждение в пределах постели, движения хаотичные, стереотипные (яктации).
- ▶ Речь бессмысленна, крайне бессвязна, отмечаются персеверации, на вопросы не отвечает.
- ▶ Галлюцинаторная продукция отрывочная, её трудно уловить, больной не может передать своих переживаний.
- ▶ Ориентировка полностью нарушена («больной не узнаёт себя в своих мыслях» Анри Эй).
- ▶ Аффект недоумения и растерянности.
- ▶ Выраженная физическая слабость.

# Сумеречное помрачение сознания

- ▶ Является типичным эпилептиформным пароксизмом. Встречается у больных эпилепсией, при органических поражениях головного мозга.

# Клиническая картина сумерек

- ▶ Транзиторный характер расстройства (внезапно начинается и заканчивается, резко сужается объём сознания).
- ▶ Глубокая дезориентировка, при этом может быть внешне упорядоченное поведение (последовательные действия).
- ▶ Напряжённый аффект (страх, напряжение, негодование, ярость, дисфоричность), сочетание тоски и злобы. Злобность и агрессивность.
- ▶ Наличие острого чувственного бреда и галлюцинаций.
- ▶ Полная амнезия после выхода из психоза.
- ▶ Симптоматика теряет всякую связь с личностью пациента.

# Варианты сумерек

- ▶ Бредовый вариант – аффективные нарушения и бред.
- ▶ Галлюцинаторный вариант – галлюцинации, бред, нарушения аффекта.

Эти варианты сопровождаются резким психомоторным возбуждением, brutальной агрессией, злобным аффектом. Больные опасны для окружающих, их поступки нелепы и непредсказуемы.

- ▶ Вариант амбулаторных автоматизмов – короткие периоды помрачения сознания без резкого возбуждения, с возможностью совершать простые действия (снять одежду, перейти улицу).  
Разновидности: фуги, трансы, сомнамбулизм (снохождение).



**Спасибо за внимание !**