

Патология сознания

Лекция для студентов

Сознание как категория психической деятельности

- Сознание – продукт деятельности головного мозга, высшая форма отражения человеком окружающей действительности.

Сознание как категория психической деятельности

С другой стороны человек имеет способность сознавать как окружающий мир, так и самого себя, свое отношение к предметам и явлениям внешнего мира – что является самосознанием.

Сознание как категория психической деятельности

Выделяют две стороны сознания:

- познавательную
- активно-творческую

Сознание как категория психической деятельности

- Сознание представляет собой совокупность психических процессов, позволяющих ориентироваться в окружающей обстановке, времени и собственной личности. Обеспечивает преемственность опыта, единство и многообразие поведения, непрерывность и последовательность психической деятельности.

Этапы формирования сознания

1. - до 1 года – бодрствующее сознание
2. - от 1 года до 3 лет – предметное сознание
3. - от 3 до 9 лет – индивидуальное сознание
4. - от 9 до 16 лет – коллективное сознание
5. - от 16 до 22 лет – рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание

Этапы формирования сознания

- бодрствующее сознание – характеризуется появлением выбора наиболее удовлетворяющих ситуаций. При этом появляются первые реакции на окружающую среду (первые элементы сознания). Ребенок может оценить наиболее приятную для него ситуацию (например нахождение на руках матери).

Этапы формирования сознания

- предметное сознание – главную роль играют непосредственные впечатления от действительности. Сознание ребенка обогащается представлениями о предметах и явлениях. С появлением речи возникают обобщения и отвлечения, элементы абстрагирования.

Этапы формирования сознания

- индивидуальное сознание –
появляются первые представления
о пространстве и времени, что
делает возможным выделение себя
из окружающей среды.

Этапы формирования сознания

- коллективное сознание –
появляется более
дифференцированные
представления о предметах
действительности и о себе, о
простейших взаимоотношениях в
коллективе.

Этапы формирования сознания

- Рефлексивное сознание – многообразные приобретенные знания оцениваются и соотносятся с реальными событиями, что обеспечивает предвидение не только всего хода развития событий, но и их последствий.
- Зрелость сознания обычно наступает к 20 – 22 годам.

Патология сознания

I. Количественные нарушения сознания - дефицит (угнетение, выключение) сознания:

1. оглушенность

2. сопор

3 кома

Патология сознания

- II. Качественные изменения сознания – помрачение сознания:
1. делирий
 2. аменция
 3. сумеречное состояние
 4. онейроид

Критерии расстройства сознания по К. Ясперсу

1. Отрешенность от окружающего
2. Дезориентировка
3. Расстройства мышления (от
непоследовательности ассоциативного
процесса до бессвязности мышления)
4. Амнезия

Критерии расстройства сознания по К. Ясперсу

1. Отрешенность от окружающего – утрата способности воспринимать окружающие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы.
2. Дезориентировка – нарушение ориентировки в месте, времени и собственной личности.

Критерии расстройства сознания по К. Ясперсу

3. Амнезия – отсутствие воспоминаний на период нарушенного сознания.

Возможно частичное выпадение событий из памяти либо их полная утрата.

Корсаковский психоз

- Синонимы: синдром Вернике-Корсакова, энцефалопатия Вернике, амнестическое расстройство, обусловленное ПАВ, корсаковский синдром.
- Определение: хронический амнестический синдром с дезориентировкой, неврологическими расстройствами, конфабуляциями.
- «Глазные симптомы» – нарушение реакции зрачка, паралич взора. Атаксия

Дезориентировка при синдроме Корсакова

- Наряду с грубой дезориентировкой во времени такие больные могут тонко анализировать ситуацию, использовать запись прошлых сведений и делать выводы.

Больной с грубыми расстройствами памяти на текущие события, дезориентировкой во времени на вопрос: «Какое время года?», подойдя к окну отвечает «конец мая». Это соответствовало действительности и он дал этому пояснение. При грубой дезориентировке во времени у больного сохранена способность воспринимать происходящее, использовать прошлый опыт, делать соответствующие выводы, т.е. анализ и синтез не нарушены.

Виды дезориентировки

- Аллопсихическая – дезориентировка в месте и времени.
- Аутопсихическая – дезориентировка в собственной личности
- Комбинированные варианты дезориентировки – дезориентировка во времени при сохранении ориентировки в месте и собственной личности (оглушенность)

Количественные нарушения сознания

1. оглушенность

2. сопор

3. кома

Наиболее типичны для
сомато-неврологической
патологии!

Оглушенность

Характерные симптом оглушения:

- повышение порога реакции на внешние раздражители
- обеднение психической деятельности

Для получения ответной реакции больного необходимо применить более сильные раздражители. Например, вопросы больному следует задавать более громким голосом.

Наблюдается гипомимия, больные обычно лежат, речевая продукция снижена, ответы односложны. Грубая ориентировка сохранена. По выходу сохраняются отдельные фрагменты воспоминаний.

Обнубиляция

- «Вуаль на сознании».

Внимание несколько рассеяно, затруднено и замедлено восприятие событий. Настроение бывает несколько повышено. Глубина обнубиляции обычно колеблется.

Легкая степень оглушения носит название обнубиляции.

Сопор

- Сопор (*лат. sopor* — бесспамятство, бесчувственность) — более глубокое угнетение сознания, при котором с больным совершенно невозможно вступить в контакт.

Сохраняются лишь реакции на сильные раздражители — болевое раздражение (отдергивает руку при уколе).

Мышечный тонус снижен, угнетены сухожильные - периостальные, кожные рефлексы. Сохранены корнеальные и конъюнктивальные рефлексы.

Кома

- **Кома** (греч. *koma* - глубокий сон). Состояние глубокого нарушения сознания, характеризующееся угнетением функций ЦНС, нарушением регуляции жизненно важных центров в головном мозге, отсутствием реакции на внешние раздражители, чувствительности, активных движений, снижением всех рефлексов вплоть до их исчезновения.

Степени тяжести комы

Легкое коматозное состояние отличается сохранностью некоторых рефлексов (сухожильных, корнеальных) и реакций. Глотание затруднено, но сохранено. Расстройства дыхания и сердечной деятельности незначительны. Преимущественно нарушена деятельность корково-подкорковых отделов.

Степени тяжести комы

- При выраженной коме отсутствуют реакции на внешние раздражители, сухожильно-периостальные рефлексy не вызываются, отмечаются патологические рефлексy, нарушены глотание, функция тазовых органов. Патологические формы дыхания. Аритмия, слабый пульс, снижение АД. К снижению корковых и подкорковых функций присоединяется угнетение стволовых и снижение спинальных функций.

Степени тяжести комы

- Глубокая кома характеризуется симптомами поражения корково-подкорковых, бульбарных и спинальных функций. Грубые нарушения дыхания и сердечной деятельности, глотания.
- Сохраняются лишь корнеальные и зрачковые рефлексы.

Этиология КОМ

- В соответствии с этиологией различают К. апоплексическую, ацетонемическую, диабетическую, гипогликемическую, малярийную, печеночную, уремическую, травматическую, интоксикационную (при отравлении алкоголем, окисью углерода и т.п.), эпилептическую (главным образом при эпилептическом статусе), экламптическую и др.

Качественные изменения сознания

- Входят в компетенцию
психиатров

1. делирий
2. аменция
3. сумеречное состояние
4. онейроид

Предвестники делириозного расстройства сознания

1. Понижение порога восприятия ко всем раздражителям
2. Появление нарушений сна с кошмарными сновидениями и гипнагогическими галлюцинациями
3. Присоединение парэйдолических иллюзий
4. Возникновение дезориентировки с трансформацией иллюзорных образов в истинные зрительные галлюцинации

Делирий

- Характеризуется нарушением ориентировки в месте и времени при сохранной личностной ориентировки.
- Включает множественные истинные зрительные галлюцинации устрашающего характера, слуховые, тактильные, нередко носящие характер сценopodobности, психомоторное возбуждение с аффектом страха. Во время делирия с больным можно установить вербальный контакт. Выход из состояния как правило через длительный (критический) сон. Память сохраняется на большинство болезненных переживаний (частичная амнезия).
- Наблюдается при интоксикационном (алкогольный и в том числе лекарственными препаратами - атропин), инфекционном и травматическом поражении ЦНС.

Абортивный делирий

- Длительность до нескольких часов
- Ориентировка сохранена, либо частично нарушена
- Имеют место парэйдолические иллюзии и зрительные галлюцинации
- Может разрешаться спонтанно

Муситирующий (бормочущий) делирий

- Муситирующий (бормочущий) делирий – имеет место более глубокое (делириозно-аментивное) расстройство сознания, наблюдается хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая, с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Отмечаются бессмысленные хватательные движения (больной «обирается»)

Профессиональный делирий

- Так же характеризуется делириозно-аментивным расстройством сознания, но при этом у больного наблюдаются автоматизированные действия, напоминающие профессиональную деятельность (забивает гвозди, пилит, строгает).

Основные причины возникновения делирия

- Синдром отмены ПАВ
- Эндокринные заболевания и метаболические нарушения (почечная/печеночная недостаточность, диабет, электролитные расстройства, инфекции, сердечная недостаточность)
- Цереброваскулярные заболевания, ЧМТ, деменция
- Фармакологические (антихолинергические препараты, трициклические антидепрессанты, нейролептики, стероиды, антибиотики)



Аменция

- Состояние спутанности сознания.
- **Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности, обнаруживает аффект недоумения, контакт с больным невозможен.**
- Поведение характеризуется хаотичным возбуждением в пределах постели, которое сменяется периодами обездвиженности – «астеническими лакунами», мышление бессвязное, речь состоит из отдельных фраз, слов, словосочетаний. Галлюцинаторные расстройства носят скудный и редуцированный характер. Объективизация этих переживаний затруднена из-за невозможности контакта с больным.

Аменция

- Наблюдается при тяжелых черепно-мозговых травмах, септических состояниях, раковых интоксикациях.
- Разрешается литически.
- Все переживания в период аментивного состояния больной амнезирует.

Сумеречное расстройство сознания

- Сумеречное расстройство сознания характеризуется тремя признаками:
 1. Пароксизмальность – внезапное начало и внезапное завершение
 2. Поведение определяется характером имеющихся болезненных переживаний
 3. По выходу отмечается полная амнезия
- Обусловлено сужением «психического поля зрения», избирательностью восприятия.

Сумеречное расстройство сознания

- Выделяют следующие формы сумеречного расстройства сознания:
- Органические (эпилепсия, травматическая болезнь головного мозга)
- Функциональные (истерические)

Клинические формы сумеречного состояния сознания

- Формы с внешне упорядоченным поведением: амбулаторный автоматизм, фуги, транс, сомнамбулизм
- Формы с неупорядоченным поведением (со сложной психопатологической структурой):
- Галлюцинаторный, бредовый, галлюцинаторно-бредовый вариант (патологический аффект, патологическое опьянение, реакции «короткого замыкания», «просоночные состояния»)

Амбулаторный автоматизм

- Возникает внезапно, но, несмотря на грубую дезориентировку, больные могут сохранять способность к упорядоченному поведению. Выход из дома, а через несколько часов оказывается на другом конце города. Своим поведением внимания не привлекает.
- Фуги и трансы – кратковременные состояния амбулаторного автоматизма

Абсанс

- Absence-отсутствие – кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией. Сам пациент называет эти состояния «отключением».
- Атонический абсанс – с потерей мышечного тонуса
- Гипертонический – с повышением мышечного тонуса
- Субклинический – с неполной потерей сознания
- Энуретический – с непроизвольным мочеиспусканием

Патологический аффект

- Кратковременное психическое расстройство в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму с концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом. Заканчивается расслаблением, глубоким сном. Частичная или полная амнезия.

Онейроид

- Сноподобное (грезоподобное) расстройство сознания.
- Характеризуется тесным переплетением реальных событий с массивными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями идущими в определенной последовательности, чаще всего переживания носят фантастический характер.
- Больной является участником этих событий.
- Имеет место симптом двойной ориентировки
- Отмечается при шизофрении и сочетается с кататоническими расстройствами.

- Онейроид может продолжаться несколько недель. Сохраняются только фантастические переживания, а реальные события забываются. В ряде случаев наблюдаются непроизвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онейроид).

Клинический пример онейроида

- Больной видит себя в других мирах, на других планетах, в аду, в раю, с помощью машины времени переносятся в будущее или прошлое. Фантастическое причудливым образом переплетается с реальными событиями.
- Так, больная видела себя на арене Колизея, была рабыней, которую должны были уничтожить, видела, как бежала от преследователей. Одновременно видела войско на белых конях и во главе – заведующая отделением, где находилась пациентка.

Возрастные особенности

- До 3 лет характерно состояние оглушенности (обнубиляции).
- Делирий – стертость, фрагментарность, наличие иллюзий и галлюцинаций воображения, аффективно-окрашенные переживания.
- Сумеречные состояния кратковременны и не развернуты с выраженным компонентом автоматизированных движений и действий.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!