**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**Тема9:** Синдромы расстроенного сознания.

Цель занятия: Усвоить понятие "нарушение сознания", научиться диагно­стировать различные виды нарушения сознания.

**Студент должен знать**: Критерии К. Ясперса для определения расстро­енного сознания (отрешенность, дезориентировка, расстройства мышления, амнезия).

Синдромы выключения (снижение уровня сознания): обнубиляция, сомноленция, оглушение, сопор, кома.

Синдромы помрачения сознания: делирий, онейроид, аменция, сумеречное помрачение сознания (психотическое, амбулаторные автоматизмы, трансы и фуги). Пароксизмальные явления. Основные типы эпилептических припадков. Понятие эпилептического статуса. Панические атаки, психовегетативные кризы, диэнцефальные припадки. Синдромы расстройства личного сознания.

**Студент должен уметь:** диагностировать эти патологические состояния у больных.

**Содержание занятия**

**Сознание** — высшая форма отражения действительности. Со­знание — продукт деятельности головного мозга.

Сознательная деятельность — эта такая деятельность, осуществляется со знанием объективного значения ее с учетом всех особенностей ситуаций и последствий деятельности как для индивидуума, так и для общества.

**Этапы формирования сознания**

В развитии сознания от рождения ребенка до зрелого возраста выделяется 5 уровней, или этапов (Ушаков Г.К.):

I — до I года — бодрствующее сознание;

II — от I года до 3 лет — предметное сознание;

III — от 3 до 9 лет — индивидуальное сознание;

IV — от 9 до 16 лет — коллективное сознание;

V —от 16 до 22 лет —рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание.

**Критерии нарушенного сознания**

К.Ясперс (1923) сформулировал признаки синдромов нару­шенного сознания: ***отрешенность от окружающего мира, дезори­ентировка, амнезия на период нарушенного сознания.***

Под ***отрешенностью*** от окружающего мира следует понимать утрату способности воспринимать происходящие события, ана­лизировать, использовать прошлый опыт и делать соответствую­щие выводы, т.е. нарушение анализа и синтеза происходящих со­бытий. При всех психических нарушениях имеет место изменен­ное восприятие окружающего, особенно в случаях галлюцинатор­ных и бредовых расстройств. Однако для состояния нарушенного сознания более характерны нарушения восприятия, характеризу­ющиеся неточностью, фрагментарностью, беспорядочностью и бессвязностью отражения происходящих событий.

Для нарушенного сознания характерны различные варианты ***дезориентировки***. Под дезориентировкой понимают нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личнос­ти. Дезориентировка, особенно во времени и месте, наблюдается при синдроме Корсакова. Однако наряду с грубой дезориентиров­кой во времени такие больные могут обнаружить способности тон­ко анализировать ситуацию, использовать запасы прошлых сведе­ний и делать правильные выводы. Так, больной с болезнью Корса­кова и грубыми расстройствами памяти на текущие события, дез­ориентировкой во времени на вопрос: «Какое время года?», подой­дя к окну, ответил: «конец мая». Это соответствовало действитель­ности. Далее он объяснил: «Листва полностью распустилась, но она еще свежая, так бывает в конце мая». При грубой дезориентировке во времени и месте у больного сохранена способность восприни­мать происходящее, использовать прошлый опыт и делать соответ­ствующие выводы, т.е. анализ и синтез не нарушены.

***Амнезия*** может быть тотальной и может касаться только опре­деленных ситуаций, например больной не может вспомнить ре­альные события, но помнит некоторые болезненные пережива­ния, как это наблюдается при делирии.

Для того чтобы говорить о состоянии нарушенного сознания, необходимо выявить у больного все три признака, отмеченные К.Ясперсом. Например, больной, находящийся в кататоническом ступоре, как бы отрешен от окружающего мира, не реагирует на происходящие события, не вступает в контакт, не отвечает на во­просы. Однако после выхода из болезненного состояния такой больной может рассказать о событиях, которые происходили во­круг, обнаруживая способность не только воспринимать, запоми­нать, но и анализировать происходящее. Это свидетельствует о том, что сознание не было нарушено, несмотря на отрешенность от окружающего.

**Симптомы помрачения сознания**

Одним из основных признаков нарушенного сознания явля­ется отрешенность от окружающего мира, что прежде всего про­является в изменении восприятия происходящего, выражающем­ся во фрагментарности, непоследовательности отражения событий и др. При состояниях нарушенного сознания имеет место дезори­ентировка во времени и месте. Иногда больные улавливают толь­ко грубые признаки окружающего («я в городе», «я в больнице»), но более точная ориентировка нарушена. У больных может на­блюдаться дезориентировка в ситуации, они утрачивают способ­ность оценивать обстановку, не понимают, что происходит. Выде­ляют *аллопсихическую дезориентировку*; которая проявляется в на­рушении ориентировки лишь в окружающем: в месте, времени, по отношению к другим лицам; *амнестическую дезориентировку*, обусловленную расстройством памяти; *аутопсихическую*, при ко­торой дезориентировка относится только к собственной личнос­ти и проявляется невозможностью назвать свой возраст, имя, про­фессию и др.; *бредовую*, проявляющуюся в виде ложных представ­лений об окружающем (все происходящее наполнено особым смыслом, имеющим отношение к больному); *соматопсихическую*, при которой дезориентировка относится к собственному телу, его частям и внутренним органам. Особым видом дезориентировки является *двойная ориентиров­ка*, когда больной одновременно находится как бы в двух ситуа­циях. Он убежден, что это больница, и в то же время говорит, что это не больница, а «специальный центр по подготовке космонав­тов» или «лаборатория по переделке умов», «школа обучения шпионов» и т.д. В.А.Гиляровский считал, что такие больные живут как бы в двух мирах, в двух планах. Двойная ориентировка сопровождается пере­живанием симптомов положительного и отрицательного двойника.

Анозогнозия — неузнавание или отрицание собственной болез­ни, невозможность правильно оценить собственный дефект. Анозогнозия часто является симптомом при нарушении критики при психических заболеваниях и алкоголизме.

Симптом никогда не виденного (jamais-vu) характеризуется тем, что больной неоднократно виденное, хорошо знакомое воспри­нимает как никогда не виденное, чуждое, виденное впервые.

При симптоме уже виденного (deja vu) новые, незнакомые яв­ления и новые ситуации больной воспринимает как уже знако­мые, виденные ранее. В чужом, незнакомом месте у него остро возникает чувство, что все это уже было ранее, хорошо знакомо.

Растерянность (аффект недоумения) — это состояние острого бессмыслия, невозможность или затруднение понимания происхо­дящих событии, мучительная неспособность разобраться в обста­новке, последовательно воспринимать происходящее, понять си­туацию в целом, переживание чувства беспомощности, собствен­ной измененности, в связи с этим аффект и мимика недоумения.

Гиперметаморфоз — расстройство внимания в форме непроиз­вольного, кратковременного его привлечения к предметам и яв­лениям, обычно не замечаемым, сопровождающееся состоянием острой растерянности.

**Синдромы выключения сознания**

К синдромам выключения сознания относят состояния **оглу­шенности, сопора и комы.**

**Оглушение** характеризуется двумя основными признаками: повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психи­ческой деятельности. В связи с этим больные отвечают на вопро­сы, задаваемые только громким голосом и настойчиво. Ответы обычно односложны, но правильны. Повышен порог и к другим раздражителям: больные не жалуются на шум, неудобную, мок­рую постель, не чувствуют слишком горячей грелки и т.д., не реа­гируют на другие неудобства. Обычно подчеркивают, что выражение лица таких больных именно тупое, оно не выражает никаких эмоций. Больной гово­рит односложно, так как психическая деятельность обеднена, мыслей и воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутст­вуют, движения скудны. Продуктивной психопатологической симптоматики обычно не выявляется. Грубая ориентировка сохранена, но более тонкая и дифферен­цированная нарушена. После выхода из состояния оглушения у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации. Так, больной в состоянии оглушения в процессе лечения инсулиновыми комами после купирования этого состоя­ния говорил врачу: «Я помню, Вы ко мне подходили, что-то спра­шивали, но что — не помню».

*Обнубиляции* (вуаль на сознание) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьяне­ния. У него несколько рассеянно внимание, он не может сразу со­браться, чтобы правильно ответить, затруднено и замедленно восприятие событий, поэтому кажется, что он отвечает невпопад. Настроение бывает несколько повышено. Глубина обнубиляции обычно колеблется.

Оглушенность является признаком тяжелого поражения голо­вного мозга и наблюдается при интоксикациях, черепно-мозго­вых травмах и при объемных процессах (опухоли, гуммы, кисты).

**Сопор** — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

**Кома** характеризуется полным угнетением психической дея­тельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

**Синдромы помрачения сознания**

**Делирий** — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение созна­ния, характеризуется противоположными оглушенности при­знаками: понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинатор­ной с возбуждением). Начало делириозного помрачения сознания проявляется из­менением восприятия окружающего. Раздражители, которые ра­нее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и раздражающие. Так, больной с соматогенной интокси­кацией, например, при разрешении пневмонии, начинает жало­ваться, что в коридоре слишком громко говорит персонал, топа­ют, стучат ложками и тарелками при раздаче пищи, ему начинает мешать свет фонаря с улицы, постель кажется слишком жесткой, белье грубым и т.д. Затем появляются нарушения сна, возникают гипнагогические галлюцинации, из-за которых больной не может уснуть. Перед засыпанием на темном фоне ему видятся страшные рожи, куски тел, различные чудовища. Больной в страхе открыва­ет глаза, но, как только закрывает, снова видит страшные карти­ны. По утрам эти страхи кажутся нереальными и смешными, по­этому больной стесняется о них рассказать врачу. На следующем этапе, обычно вечером, появляются парэйдолические иллюзии. В игре светотеней, на узорах обоев, на полу ви­дятся различные картины, подвижные, часто меняющиеся и исче­зающие при ярком освещении. Затем появляются зрительные гал­люцинации, иногда как продолжение парэйдолических иллюзий. Так, больному в узорах ковра видятся головки котят, которые кивают в разные стороны, затем котята «выпрыгивают» из ковра и начинают «бегать по кровати». В это время больной не только видит их, но и начинает чувствовать, как они когтями царапают ему руки, т.е. появляются тактильные галлюцинации. Зрительные галлюцинации вначале единичные, фрагментарные, затем множественные, микрооптические, сценоподобные. К зри­тельным галлюцинациям присоединяются тактильные и слухо­вые. Эти галлюцинации истинные. Критическое отношение от­сутствует, галлюцинаторные образы воспринимаются как реаль­ные, и поведение больного соответствует галлюцинациям. При ус­трашающих галлюцинациях больной испытывает страх, спасается бегством, вступает в борьбу, при индифферентных или «завлека­тельных» всматривается с интересом, смеется и т.д. Восприятие реальных событий и их оценка нарушены. Ориентировка ложная, больной считает, что он находится в другой ситуации, в другом го­роде, на работе с собутыльниками, окружен врагами и т.д. Воспоминания о реальных событиях фрагментарны или от­сутствуют вовсе. Больной не помнит, как поступил в больницу, что предшествовало этому, как приходил врач, как он ехал в боль­ницу, однако помнит, что в квартиру рвались «бандиты», от кото­рых он оборонялся: спасался бегством. Критика к галлюцинаци­ям восстанавливается постепенно.

При делириозном состоянии могут быть светлые промежутки, когда на короткий период сознание проясняется. Это чаще на­блюдается в утренние часы или при активном привлечении вни­мания больного, при разговоре с ним. Оставленный в покое, он снова начинает галлюцинировать. Делирий обычно проходит после длительного сна (16—18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаторных переживании. Выделяют несколько разновидностей делирия: неразверну­тый, или абортивный, при котором наблюдаются иллюзии и гал­люцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого периода до нескольких часов. Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются муситирующий (бормочущий) и профессиональ­ный, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания. При муситирующем делирии наблюдается беспорядочное, хаотичес­кое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения, больной теребит одежду, простыню, «обирается». При профессиональном делирии у больного наблюдаются ав­томатизированные двигательные действия: он забивает несуществующие гвозди, строгает, пилит и т.д. Галлюцинаторные пережи­вания менее отчетливы и более стереотипны.

Делириозные помрачения сознания наблюдаются при хрони­ческих интоксикациях, инфекционных и соматических заболева­ниях, интоксикации при ожоговой болезни, черепно-мозговых травмах и других органических заболеваниях головного мозга. Не­смотря на яркость психопатологических проявлений, В.А.Гиля­ровский считал, что это реакция относительно сохранного мозга.

**Онейроидное помрачение сознания** (онейроид, сновидное, грезоподобное). Онейроид — это помрачение сознания с наплывом непро­извольно возникающих фантастических сновиденно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следу­ющих в определенной последовательности и образующих единое целое. Это состояние сопровождается частичной или полной от­решенностью от окружающего, расстройством самосознания, де­прессивным или маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при ам­незии на окружающие события.

Если неправильное поведение больного в состоянии делириоза не заметить нельзя, то онейроидное состояние сознания часто просматривается, так как наблюдается несоответствие между фантастическими переживаниями и поведением больного. На первых этапах развития онейроида наблюдаются наруше­ния сна, затем бред инсценировки: все воспринимается как специ­ально подстроенное, как будто бы для больного специально разы­грываются сцены. В этом периоде имеет место двойная ориенти­ровка; больной живет как бы в двух мирах, двух планах, в реаль­ной ситуации и другой вымышленной, фантастической. При этом события причудливо переплетаются в сознании. Больной может говорить, что, с одной стороны, он понимает, что находится в больнице, но с другой — думает, что это не боль­ница, а специальный «центр по подготовке космонавтов», косми­ческая станция или еще что-то необычное и фантастическое. В это время наблюдаются симптомы положительного и отрицатель­ного двойника. Лица воспринимаются не как реальные, а как подставные, играющие иную роль специально для больного. В последующем начинает нарастать фантастическая бредовая симп­томатика. Часто у больных имеется убеждение в исключительно­сти своего существования и предназначения: они призваны спас­ти планету, цивилизацию, создать новое общество, сделать людей счастливыми, защитить нашу землю от врагов, иногда ощущают себя в центре борьбы добра со злом (манихейский бред). Больные видят себя в других мирах, на других планетах, в аду, в раю, с по­мощью машины времени переносятся в будущее или далекое прошлое. Фантастическое причудливым образом переплетается с ре­альными событиями. Так, больная видит себя на арене Колизея, она рабыня, которую должны уничтожить, видит, как бежит, спа­саясь, под рев зрителей. Одновременно видит, как по арене скачет войско на великолепных белых конях, воины одеты в прекрасные золотые доспехи и во главе войска на белом коне заведующая от­делением, где находится больная. Поведение больных не соответ­ствует их переживаниям. Больные лежат в постели в субступороз-ном состоянии, иногда имеет место восковая гибкость. Некото­рые больные бродят по отделению с «зачарованной улыбкой», контакт с окружающими бывает нормальным, ответы чаще одно­сложные, но иногда удается выявить некоторые фантастические переживания.

*Таким образом, для онейроида характерна отрешенность от ок­ружающего мира с погружением в фантастические бредовые пере­живания, двойная ориентировка, исключительность собственной миссии, несоответствие переживаний и поведения больного.*

Онеироид может продолжаться несколько недель. В памяти больных обычно сохраняются фантастические переживания, о реальных событиях воспоминания чаще отсутствуют или больной помнит отдельные фрагменты. В ряде случаев наблюдаются не­произвольные фантастические представления о космических по­летах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориенти­ровкой (ориентированный онейроид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, как прави­ло, при приступообразной шизофрении и значительно реже — при других заболеваниях.

**Аменция** — аментивное помрачение сознания (от лат. amentia — безумие), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в не­возможности в целом воспринимать происходящие события, улав­ливать связь между предметами и явлениями. Больные схватывают отдельные фрагменты ситуации и не могут связать их в единое це­лое. По выражению Е.А.Попова, больной в состоянии аменции — это человек в разбитых очках, т.е. все им воспринимается по кусоч­кам, отдельно. Речь больного бессвязна, больные произносят бес­смысленный набор слов, носящий часто обыденный характер, на­блюдаются персеверации, бредовые идеи либо отсутствуют, либо отрывочны, аффект неустойчив, характерно беспорядочное двига­тельное возбуждение с хорееподобными гиперкинезами. Наблюдается грубая дезориентировка вместе, времени и собст­венной личности. Больные не только не могут сказать, где они на­ходятся, но и оценить ситуацию в целом. Воспоминания о перио­де аменции отсутствуют. Появление на фоне аменции в ночное время делириозных пе­реживаний свидетельствует в пользу экзогенной природы аментивного помрачения сознания Аменция наблюдается при тяжелых хронических соматичес­ких заболеваниях, при хронической раневой инфекции, органи­ческих заболеваниях головного мозга, реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколь­ко недель и месяцев.

**Сумеречное помрачение сознания**. Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последую­щей амнезией, при котором больной может совершать взаимо­связанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы. Если делирий можно определить как иллюзорно-галлюци­наторное помрачение сознания, а онейроид — как грезоподобное, то для сумеречного помрачения сознания нет такого общего оп­ределения. Однако есть признаки, характеризующие это помра­чение сознания: пароксизмальность возникновения и прекращения; сохранность автоматизированной деятельности; полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

При амбулаторном автоматизме сумеречное состояние насту­пает внезапно, но, несмотря на грубую дезориентировку, больные могут сохранять способность к упорядоченному поведению. В та­ком состоянии больной может выйти из дома и через несколько часов обнаружить, что он находится в другой части города или в другом городе, куда не собирался ехать. При этом всю дорогу он вел себя достаточно адекватно, ехал в транспорте, покупал билет, отвечал на вопросы, возможно, казался несколько рассеянным, но своим поведением не привлекал внимания.

При наличии бреда и галлюцинаций поведение больного ста­новится крайне опасным, так как действия его обусловлены пси­хопатологической симптоматикой или острейшими аффектив­ными состояниями с переживанием ярости или отчаяния.

***Фуги и трансы*** — кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.

***Абсанс*** (от франц. absence — отсутствие) — кратковременная по­теря или угнетение сознания с последующей амнезией. Выключе­ние сознания действительно очень кратковременно. Например, во время беседы больной останавливается и замолкает, однако на во­прос. «Что с тобой?» — он тут же отвечает: «Ничего» — и продолжа­ет беседу. Сам больной чаще не замечает эти состояния или гово­рит, что у него бывают «отключения» Выделяют несколько вариантов абсанса: атонический, харак­теризующийся потерей мышечного тонуса и внезапным падением; гипертонический — с повышением мышечного тонуса, кото­рый проявляется обычно сочетанным разгибанием головы и отве­дением глазных яблок кверху, иногда выгибанием туловища назад; субклинический — с неполной потерей сознания; энуретический — с непроизвольным испусканием мочи.

Сумеречные состояния сознания и абсансы в том числе наблю­даются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

**Нарушения самосознания**

Самосознание — выделение человеком себя из объективного ми­ра, это — личное тождество, идентичность, постоянство своею «Я». Самосознание (частная сторона сознания) — это не только осознание своей личности, но и своего тела, и своих психических функций во всем их разнообразии (мысли, чувства, желания, ин­тересы и т.д.). Оно включает в себя также осознание своею отно­шения к миру, своей деятельности в нем. Создавая в процессе сво­его труда какие-то ценности, человек отличает себя от предметов этой деятельности. Самосознание, характеризуясь чувством единства собственно «Я», постоянством его, тем не менее, сопровождается стремлени­ем к анализу собственных мыслей, поступков, переживаний, спо­собностью оценивать себя, смотреть на себя как бы со стороны. Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей, пе­реживаний, поступков, обычно полное сомнений и колебаний, называется рефлексией.

Самосознание в процессе онтогенеза формируется постепенно. И.М.Сеченов в «Рефлексах головного мозга» так охарактери­зовал формирование самосознания: «...из детского самочувствия родится в зрелом возрасте самосознание, дающее человеку возможность относиться к актам собственного сознания критичес­ки, т.е отделять все свое внутреннее от всего происходящего извне, анализировать его и сопоставлять (сравнивать) с внешним, — сло­вом, изучать акт собственного сознания». Этап формирования *аллопсихического* самосознания (спо­собность ребенка выделять себя из окружающей среды) условно начинается с появления в речи местоимения «Я». Это происходит в возрасте 3 лет. Этап формирования *соматопсихического* самосознания (спо­собность оценивать свое физическое «Я») условно начинается с умения ребенка правильно идентифицировать правую и левую стороны применительно к себе и окружающим. Это обычно появ­ляется в 6—7-летнем возрасте. Полная идентичность, постоянство своего «Я» (самосозна­ние) формируется к подростковому периоду. К 12—14 годам у подростка появляется способность оценивать свое психическое «Я» — начинает формироваться *аутопсихическое* самосознание. Знание этапов формирования самосознания необходимо для правильной оценки деперсонализации.

Нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении от самого себя, называется **деперсонализацией** (от лат. de — приставка, означающая отделение, удаление, отмену, и лат. persona — особа, личность). Чувство отчуждения от собственного «Я» может ка­саться как личности в целом, так и отдельных психических и со­матических функций.

***Витальная деперсонализация*** — клинически наиболее тяжелая, когда у больного исчезает само чувство жизни: «я как мертвая», «не пойму, живу я или нет», «я вроде бы и не существую совсем».

***Аутопсихическая деперсонализация*** — отчуждение психических функции, своего «Я» «я стал каким-то другим, чувствую это, а описать не могу», «это и я, и не я», «мысли как в тумане», «мысли не мои», «речь свою слышу как бы со стороны», «не пойму, хочу я спать или нет», «не пойму, спала я или нет», «все чувства куда-то исчезли». Иногда чувство отчуждения касается какого-то периода жиз­ни больного, а может быть, и всего его прошлого. Например, больная заявляет: «Мое прошлое, это как бы и не мое прошлое». К кругу аутопсихических деперсонализационных расстройств относится и anaesthesia dolorosa psychica — болезненная психичес­кая нечувствительность (чувство мучительного бесчувствия), ког­да больного ничто не радует, не печалит, его не трогают страдания близких, их успехи и это для него очень тягостно, мучительно. Больная 43 лет, находясь в клинике, очень ждала приезда своего сына, военного по специальности, которого несколько лет не видела. После свидания с сыном она горько плакала: «Он пришел, мои единственный, горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувство­вала, была как деревянная, это так ужасно, так мучительно».

***Соматопсихическая деперсонализация*** — выражается в виде чув­ства чуждости собственного тела либо отдельных его частей или да­же их исчезновении. Этот вид деперсонализации необходимо диф­ференцировать от патологии в виде «расстройства схемы тела».

При ***соматопсихической деперсонализации*** нет ощущения из­менений пропорций или размеров тела, больные просто не чувст­вуют его (или частей его): «ног вроде бы у меня нет», «знаю, что голова лежит на подушке, а как будто бы и нет ее». Больной не может понять, сыт он или голоден, есть у него по­зывы на акт мочеиспускания или дефекации или нет. Например, больная с длительной задержкой мочи после катетеризации не ис­пытала никакого облегчения, хотя было спущено около 3 л мочи.

Деперсонализация нередко сочетается с дереализацией, когда имеются оба этих феномена, правильнее говорить о синдроме деперсонализации—дереализа­ции (Морозов В.М. и др.).

Деперсонализация в виде отдельных элементов соматопсихического характера может встречаться у детей с 8—10 лет, но в ти­пичном своем виде феномен отчуждения появляется только с подросткового возраста.

Субъективно деперсонализация всегда неприятна, тягостна для больных. В том или ином виде она может встречаться практи­чески при всех заболеваниях, то существуя длительно, то возни­кая приступами. В виде отдельных эпизодов феномен отчуждения может встре­чаться и у здоровых людей в связи с перенапряжением, утомлени­ем, волнением, недосыпанием.

**Пароксизмальные явления. Основные типы эпилептических припадков.**

Под припадком понимают внезапно возникшее кратковремен­ное, обычно многократно повторяющееся, четко ограниченное во времени болезненное состояние (потеря сознания, судороги и т.д.).

**Большой судорожный припадок**

В развитии большого судорожного припадка (grand mal) разли­чают несколько стадий: предвестников, ауры, фазы тонических и клонических судорог, постприпадочной комы, переходящей в сон.

За несколько дней или часов до припадка у части больных на­блюдаются предвестники: головная боль, чувство дискомфорта, недомогания, раздражительность, пониженное настроение, сни­жение работоспособности.

Аура (дуновение) — это уже начало самого припадка, но созна­ние еще не выключено, поэтому аура остается в памяти больного. Проявления ауры различны, но у одного и того же больного она всегда одинакова. Аура наблюдается у 38—57% больных.

Аура может носить галлюцинаторный характер: перед припад­ком больной видит различные картины, чаще устрашающие: убийства, кровь. Одна больная каждый раз перед припадком ви­дела, как к ней в комнату вбегает маленькая черная женщина, прыгает к ней на грудь, разрывает ее, хватает сердце и начинается припадок. Больной может перед припадком слышать голоса, му­зыку, церковное пение, ощущать неприятные запахи и т.д.

Выделяют висцеросенсорную ауру, при которой ощущение начи­нается в области желудка: «сжимает, перекатывает», иногда появля­ется тошнота, «спазм» поднимается вверх и начинается припадок.

Перед припадком могут остро возникать нарушения «схемы тела» и деперсонализационные расстройства. Иногда больные переживают перед припадком состояние необыкновенной ясности восприятия окружающего, подъема, экстаза, блаженство, гармонии во всем мире.

Тоническая фаза. Внезапно наступают потеря сознания, тоническое напряжение произвольной мускулатуры, больной падает, как подкошенный, прикусывает язык. При падении он издает своеобразный крик, обусловленный прохождением воздуха через суженную голосовую щель при сдавлении грудной клетки судорогой. Останавливается дыхание, бледность кожных покровов сменяется цианозом, отмечаются непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Зрачки на свет не реагируют. Продолжительность тонической фазы не более одной минуты.

Клоническая фаза. Появляются различные клонические судо­роги. Восстанавливается дыхание. Изо рта выделяется пена, окрашенная кровью. Длительность этой фазы 2—3 минуты. Постепенно судороги стихают, и больной погружается в коматозное со­стояние, переходящее в сон. После припадка может наблюдаться дезориентировка, олигофазия.

**Другие виды припадков**

Абортивные припадки развиваются в той же последовательнос­ти, но одна из фаз (тоническая или клоническая) выпадает.

Малый припадок (petit mal). He существует единого мнения, какие расстройства принадлежат этой группе. К малым припад­кам относят типичные абсансы, пикнолептические, миоклонические и акинетические приступы.

Пикнолептический припадок характеризуется мгновенным за­стыванием, выключением сознания, бледностью, слюнотечени­ем, ретропульсивными движениями: закатыванием глазных яб­лок, запрокидыванием головы. Эти припадки наблюдаются у де­тей раннего и дошкольного возраста.

Акинетический припадок обычно продолжается до нескольких минут, протекает с потерей сознания, падением и обездвиженностью при сохранении мышечного тонуса. У детей раннего возраста они характеризуются разнообраз­ными судорожными движениями вперед: «кивки», «клевки» (внезапные резкие движения головой вперед и вниз, во время которых ребенок может получать ушибы лба и лица), салаамовы припадки (внезапное сгибание тела, наклон вперед и разведе­ние рук).

Катаплексический припадок — мгновенное падение мышечно­го тонуса — может возникнуть в связи с аффективным состояни­ем (даже при смехе). Больной обычно падает, но так как тонус мышц понижен, то чаще больной оседает, «обмякает». Сознание не выключается, воспоминания сохраняются.

Нарколептический припадок характеризуется внезапным не­преодолимым наступлением сонливости. Сон непродолжитель­ный, глубокий, больные часто засыпают в неудобных позах, в не­подходящих местах. После пробуждения восстанавливается пси­хическая деятельность, появляются чувство бодрости, прилив сил.

Эпилептический диэнцефальный (эпилептический вегетатив­ный) припадок характеризуется вегетативными расстройствами, возникающими изолированно или в сочетании с сенсорными (сенестопатиями) и двигательными нарушениями, сопровождающи­мися аффектом страха или тревоги.

Истерический припадок возникает в связи с психической трав­мой, часто в присутствии других лиц. Сознание при этом грубо не нарушено, имеет место только аффективная суженность созна­ния. Падение обычно осторожное, «обессиленное опускание». Последовательной смены тонической и клинической фаз не наблюдается. Продолжительность припадка более длительная, чем при большом судорожном припадке, до 30 мин и более. Движения во время припадка размашистые, хаотичные с вы­разительными и демонстративными позами. Больной катается по полу или постели, бьет ногами и руками о пол, выгибается дугой, дрожит всем телом, кричит, стонет, плачет. Реакция грач кон на свет сохраняется, при попытке посмотреть зрачки больной за­жмуривает глаза, заводит глазные яблоки. Непроизвольною мо­чеиспускания и дефекации не наблюдается.

К очаговым припадкам относят джексоновские припадки, адверсивные, кожевниковскую судорогу.

Джексоновский припадок — это обычно фокальный эпилептиче­ский припадок коркового происхождения, начинающийся на од­ной половине тела тоническими или клоническими судорогами пальцев рук или ног, локализованными или распространяющими­ся на всю половину тела. Сознание утрачивается в тех случаях, ког­да генерализованные судороги переходят на другую половину тела.

Адверсивный (от лат. adversio — отведение) припадок характери­зуется поворотом глаз, головы или всего туловища в сторону, про­тивоположную очагу в головном мозге.

При кожевниковской судороге наблюдаются постоянные судо­рожные подергивания в мышцах конечностей. Интенсивность их нарастает и завершается генерализованным припадком, после ко­торого судорожные подергивания конечности сохраняются.

При психомоторных припадках наблюдается внезапное воз­никновение автоматизированных движений, сопровождающееся сумеречным помрачением сознания.

У детей чаще всего наблюдаются оральные автоматизмы, про­являющиеся приступами глотания, жевания, сосания, которые сопровождаются нарушением сознания.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста психо­моторные припадки проявляются различными простыми действиями: хлопаньем в ладоши, подпрыгиванием, верчением вокруг оси, выкрикиванием отдельных слов, иногда совершаются более сложные действия, например ребенок, начинает раздеваться или берет чужие вещи и уносит их и т.д. Сознание нарушено, воспоминаний не сохраняется.

Амбулаторный автоматизм (от лат. ambulare — ходить, приходи) характеризуется автоматически совершаемой ходьбой, бегом, под­ходом или переездом в другое место. Иногда больные совершают более длительные переезды, например уезжают в другой город и не помнят, как они это сделали. К амбулаторным автоматизмам относится снохождение. Для снохождений характерна стереотипность проявлений и невозможность вступить в контакт из-за нарушен­ного сознания. При невротических нарушениях сна со снохождениями больного можно разбудить.

### Различия между эпилептическим и истерическим припадками

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Эпилептический припадок | Истерический припадок |
| Начало | Внезапное | Психо травма |
| Сознание | Выключено | Аффективно сужено |
| Падение | Как подкошенный | Осторожно, оседание |
| Фазы судорог | Имеют место | Отсутствуют |
| Зрачки | Не реагируют на свет | Реагируют |
| Длительность | До 3-4 мин | 30 мин и более |
| Время суток | Ночью, в одиночестве | Днем, в присутствии людей |
| Повреждения | Прикус языка, ушибы | Отсутствуют |
| Движения | Ограничены фазами | Размашистые, выразительные, демонстративные |
| После припадка | Кома с переходом в сон, олигофазия | Плач, рыдания, смех |

**Задания для самоконтроля**

1. О расстройстве сознания свидетельствует наличие:

1. Галлюцинаций
2. Бреда
3. Конфабуляций
4. Возбуждения
5. Отрешенности

2. Мышление при нарушениях сознания бывает:

1. Ускоренным
2. Паралогичным
3. Разорванным
4. Символическим
5. Конкретным
6. Бессвязным
7. любым из перечисленных вариантов

3. К вариантам снижения уровня сознания относят:

1. Делирий
2. Обнубиляцию
3. Онейроид
4. Аменцию
5. Сумерки

4. Безусловные рефлексы отсутствуют при:

1. Делирии
2. Сопоре
3. Аменции
4. Сумерках
5. Коме
6. Оглушении

5. Причиной делирия обычно бывает:

1. Шизофрения
2. Эпилепсия
3. Истерия
4. Биполярный психоз
5. Экзогенное поражение мозга

6. Причиной онейроида обычно бывает:

1. Шизофрения
2. Эпилепсия
3. Истерия
4. Биполярный психоз
5. Экзогенное поражение мозга

7. В исходе делирия наблюдается:

1. полное исчезновение психопатологических симптомов
2. формирование корсаковского психоза
3. формирование деменции
4. смерть
5. любой из перечисленных вариантов возможен

8. В исходе сумерек наблюдается:

1. полное исчезновение психопатологических симптомов
2. формирование корсаковского психоза
3. формирование деменции
4. смерть
5. любой из перечисленных вариантов возможен

9. Ранними признаками начинающегося делирия считают:

1. амбивалентность и амбитендентность
2. угасание сухожильных рефлексов
3. тахикардию и расширение зрачка
4. тревогу и бессонницу
5. все перечисленные симптомы

10. Поведение во время онейроида характеризуется:

1. злобой и агрессивностью
2. стремлением к суициду
3. патетичностью и театральностью
4. нецеленаправленностью и пассивностью

11. Поведение во время делирия характеризуется:

1. бессмысленной агрессией
2. стремлением защититься от опасности
3. патетичностью и театральностью
4. нецеленаправленностью и пассивностью

12. Поведение во время сумерек нередко характеризуется:

1. бессмысленной агрессией
2. стремлением к суициду
3. патетичностью и театральностью
4. медлительностью и пассивностью

13. Типичная продолжительность делирия составляет несколько:

1. Минут
2. Часов
3. Дней
4. Недель
5. Месяцев

14. Типичная продолжительность сумеречного состояния составляет несколько:

1. Минут
2. Часов
3. Дней
4. Недель
5. Месяцев

15. Сумерки с упорядоченным поведением и последующей полной амнезией называют:

1. Обнубиляцией
2. Ажитацией
3. амбулаторным автоматизмом
4. пассивным негативизмом
5. автоматической подчиняемостью

16. Для онейроида характерны:

1. истинные галлюцинации
2. утрата рефлексов
3. пароксизмальное течение
4. двойная ложная ориентировка
5. эмоциональная ригидность
6. апатия и абулия

**Ситуационные задачи**

**1.**Больной, страдающий эпилепсией, собравшись на работу, через 2 часа после выхода из дому оказался в пригороде, куда мог за это время приехать электричкой. Не помнил как ехал, кто был рядом. Какое нарушение сознания было у больного?

1)астеническая спутанность;

2)амбулаторный автоматизм;+

3)сопор;

4)оглушенность;

5)обнубиляция.

2. После травмы черепа больной лежит неподвижно с закрытыми глазами, на вопросы не отвечает. Инструкции не выполнят. Корнеальные, зрачковые, глотательные рефлексы сохранены. При прояснении сознания о болезненном состоянии ничего не помнит. Определите форму нарушения сознания.

1)сопор;+

2)кома;

3)оглушенность;

4)обнубиляция;

5)делирий.

Литература:

1. Уч. психиатрии MB. Коркина, Н.Д. Лакосина 2002 г.
2. Уч. психиатрии Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин 2000 г.