

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі: «Психологія та психопатологія
свідомості». Для викладачів медичного факультету
(спеціальність «Лабораторна діагностика», спеціалізація –
бакалавр)

Тема: «Психологія та психопатологія свідомості»

Визначення та фізіологічні основи свідомості, розвиток та формування свідомості. Складові частини та властивості свідомості. Поняття ауто- та алопсихічного орієнтування. Критерії ясності свідомості, об'єм свідомості та її безперервність. Варіанти зміненої свідомості в нормі та при психічних розладах. Етіологія, патогенез, класифікація та клінічні прояви непсихотичних та психотичних форм порушень свідомості. Диференціація порушень свідомості при деліріозному та онейроїдному синдромах. Переважна нозологічна приналежність розладів свідомості, особливості перебігу розладів свідомості. Характеристика особливостей поведінки пацієнтів у сутінковому стані. Догляд та нагляд за пацієнтами з розладами свідомості. Методи практичної психодіагностики розладів свідомості. План заняття передбачає демонстрацію конкретних клінічних прикладів розладів свідомості.

I. Актуальність теми.

Свідомість визначають як вищу, специфічну людську форму відображення дійсності.

1. Навчальні цілі заняття: вивчити основні властивості свідомості та різноманітні прояви її розладів.

2. Конкретні цілі:

1. Вивчити основні теоретичні положення про свідомість

2. Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого, у якого були періоди порушення свідомості.

3. Оцінити симптоми, які указують на розлади кількісних та якісних розладів свідомості.

4. Оцінити дані параклінічних досліджень.

5. Провести диференційну діагностику різних порушень свідомості.

6. Призначення необхідну терапію при розладах свідомості.

3. Виховні цілі.

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання невідкладної допомоги хворим на епілепсію. Сформувати деонтологічне ставлення та розвинути чуйність щодо особливостей відношення майбутнього фахівця до пацієнта, хворого на епілепсію.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
<u>I. Попередні дисципліни</u>		
1. Нормальна анатомія	Знати будову кори, підкоркових центрів та судинної системи головного мозку.	Вміти визначати можливе місце розташування патологічного осередку в ЦНС.
2. Нормальна фізіологія	Засвоїти функціональні можливості різних частин головного мозку в формуванні свідомості	Вміти визначати параметри нормального функціонування різних частин головного мозку за даними ЕЕГ.
3. Патанатомія	Знати можливі патоморфологічні зміни в судинній системі і мозковій тканині при порушеннях свідомості	Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при розладах свідомості.
4. Патфізіологія	Засвоїти особливості діяльності головного мозку.	Вміти визначити клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності при порушеннях свідомості за даними ЕЕГ.
<u>II. Наступні дисципліни</u>		
1. Нейрохірургія	Знати початкові ознаки і клінічні особливості перебігу пухлин,	Вміти виставити діагноз по клінічним ознакам патології

<p>2. Неврологія (дитяча неврологія)</p>	<p>гематом, вроджених вад головного мозку.</p> <p>Знати клінічні ознаки порушення розвитку рухової системи та мовлення, в т.ч. у дітей раннього віку, відставання у розвитку.</p>	<p>свідомості.</p> <p>Вміти виставити попередній діагноз (в т.ч. - наслідкових хвороб) та призначити лікування.</p>
<p><u>III. Внутрішньо предметна інтеграція</u></p> <p>1. Органічні порушення головного мозку (ішемічні та геморагічні інсульти, субдуральні гематоми, менінгіти, пухлини, атрофічні процеси та т.п.).</p> <p>2. Діагностичні та терапевтичні заходи при порушеннях свідомості різної етіології.</p>	<p>Знати етіопатогенез та клінічні особливості перебігу атрофічних порушень, мозкових катастроф та інфекційних захворювань ГМ.</p> <p>Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних видах ураження головного мозку.</p>	<p>Вміти призначити план обстеження, визначити основні клінічні симптоми .</p> <p>Вміти призначити диференційоване лікування при різних типах розладів свідомості.</p>

V. Зміст та структура теми заняття :

Свідомість - форма відображення об'єктивної дійсності у психіці людини - вищий рівень відображення психічного і саморегуляції; зазвичай вважається притаманним тільки людині як істоті суспільно-історичної. Характерно тим, що в якості опосередкованого, проміжного фактора виступають елементи суспільно-історичної практики, що дозволяють будувати об'єктивні (загальноприйняті) картини світу. Емпірично виступає як безперервно змінюється сукупність чуттєвих і розумових образів, безпосередньо постають перед суб'єктом у його «внутрішньому досвіді» і предохоплюючих його практичну діяльність - мозаїка станів, що грає більш-менш значну роль як у зовнішньому, так і у

внутрішньому рівновазі індивіда. Психологія вивчає походження, структуру і функціонування свідомості індивіда.

Свідомість характеризується:

- 1) активністю;
- 2) інтенціональністю, тобто спрямованістю на предмет: свідомість завжди - свідомість чого-небудь;
- 3) здатністю до рефлексії, самоспостереженню - усвідомлення самої свідомості;
- 4) мотиваційно-ціннісним характером;
- 5) різним ступенем (рівнями) ясності.

Розрізняють (по К. К. Платонову) кілька форм свідомості:

індивідуальна, що включає атрибути свідомості (відношення, пізнання, переживання), рівні ясності (творче осяяння, натхнення, ясність свідомості, неусвідомлені явища, сплутана свідомість), динаміку свідомості (властивості особистості, стану свідомості і процеси свідомості) і функції свідомості (пам'ять, воля, почуття, сприйняття, мислення, відчуття, емоції); **групову свідомість**, що виявляється в громадському настрої, змаганні, паніці і т.д. ; суспільна свідомість - у формі релігійного, морального, естетичного, правового, політичного і філософських поглядів.

У той же час, людина має здатність усвідомлювати як лежачий поза його світ, так і самого себе, своє ставлення до предметів і явищ зовнішнього світу. Ця остання категорія - самосвідомість - повинна бути визначена як усвідомлення людиною свого тіла, думок, дій, почуття, інтересів, свого положення в системі суспільного виробництва. Самосвідомість - це свідомість, спрямована на самого себе. У структуру самосвідомості входять: самопізнання, що дозволяє йому самовдосконалюватися, самоставлення і самопереживання. Самосвідомість виявляється в самооцінці - оцінці своїх здібностей, соціального стану, успіху, привабливості тощо, і самоповагу, яке залежить від реального успіху та рівня домагань особистості. Самосвідомість ототожнюється з пізнанням "Я", як суб'єктивним психічним явищем, відбитим у пам'яті, що дозволяє людині протиставляти себе іншим, "не Я". Воно формується поступово шляхом

пізнання себе через пізнання інших, оцінки своєї діяльності, самоспостереження. Все це дозволяє здійснювати самоконтроль і самовиховання. Світ пізнається і усвідомлюється людиною через призму суспільних відносин, виробничого процесу, знарядь праці, мови, етичних та естетичних норм. Тому свідомість людини в кінцевому рахунку визначається його буттям, тобто реальним життям в конкретно-історичних умовах. У цьому аспекті індивідуальна свідомість виступає як частина громадського, хоча воно і володіє своєю якісною визначеністю (своєрідні і неповторні риси життєвого шляху, особливості особистості та самосвідомості, сукупність наявних знань, досвіду та навичок). Свідомість сучасної людини - продукт поступового, складного процесу розвитку пізнавальної діяльності всіх попередніх поколінь, результат історичного прогресу суспільної практики, накопиченої людиною у зв'язку з необхідністю, а потім і завдяки активному прагненню до перетворення зовнішнього світу. Нові елементи та вищі форми свідомості збагачували і ускладнювали пізнавальний процес, що в кінцевому рахунку вело до вдосконалення самого свідомості. Тому неправильним є розподіл психіки людини (свідомості) на ряд ізольованих процесів, бо всі вони єдині, всі є формами відображення з подальшою активною, творчою переробкою відбитого. Подібне розділення доцільно, і то з великою умовністю, з навчальною або дослідницької цілями, зокрема при вивченні патології психіки. Але в цих випадках, виділивши якусь одну конкретну патологічну якість (наприклад, галюцинації, порушення запам'ятовування), необхідно розглядати його через призму всієї іншої психічної діяльності, інших пізнавальних процесів, особливості особистості в цілому. При цьому, як правило, знаходять зміни в інших проявах психіки.

Вітчизняна психологія розробила загальне уявлення про онтогенетичне формування свідомості. Структури свідомості індивіда формуються в ранньому онтогенезі завдяки присвоєнню, інтеріоризації дитиною структур такої діяльності, як спілкування з дорослим. Принципова можливість подібного присвоєння формується на базі розвитку філогенетичного (історичного).

Діяльність предметна і її атрибут - спілкування володіють наступними основними **властивостями**, відображеними в її структурі:

- 1) соціальним походженням і будовою - це виражається в її соціальній регламентації, а також в опосередкованості знаряддями і знаками;
- 2) розділеністю між двома суб'єктами;
- 3) спрямованістю на об'єкт.

Значний інтерес представляють погляди про свідомість, висловлені А. Н. Леонтьєвим. Кожна людина в ході індивідуального розвитку через оволодіння мовою долучається до свідомості - «спільному знанню», і лише завдяки цьому формується її індивідуальна свідомість. Основи, з які утворюють свідомість - сенси та мовні значення. Перше, що виявляється при погляді на «поле свідомості» - це незвичайна різноманітність його змістів. Поле свідомості неоднорідне ще й у тому сенсі, що в ньому чітко виділяється центральна область, особливо ясна і виразна, - «поле уваги», або «фокус свідомості»; за межами її - область, змісту якої невиразні, невиразні, нерозчленованість, - «периферія свідомості». Зміст свідомості в обох областях знаходяться в безперервному русі.

Виділяються два види станів свідомості: стійкі і мінливі, швидко минаючі.

При роздумах періоди стійких станів перемежуються переходами - мінливими станами, часто невловимими. Перехідні моменти вельми важко вловити самостереженням: при спробах зупинити їх зникає сам рух, а якщо намагатися про них згадати по їх закінченні, то яскравий чуттєвий образ, що супроводжує стійкі стану, затьмарює моменти руху. Рух свідомості і його безперервна зміна відображається в понятті потоку свідомості. Свідомість таїть багато цікаві особливості та невідомі глибини, куди іноді вдається заглянути «з краю прірви». Так, в критичних ситуаціях людина існує як би на двох взаємовиключних рівнях:

- 1) з одного боку, він повинен бути частиною об'єктивного світу, де його Я змушене пристосовуватися до зовнішньої реальності; це - рівень свідомості екстравертований, функцій перцептивних та прийняття рішень;

2) з іншого боку, він занурюється в суб'єктивний світ станів змінених свідомості, з якого виключена зв'язок з зовнішньою дійсністю і часом і де вкорінюється глибинне Своє, де, на думку деяких, реалізується стан "океанічного союзу із Всесвітом".

Свідомість базується на комунікації між людьми, розвивається в міру набуття індивідуального життєвого досвіду і пов'язане з мовою, за допомогою якого людина "організовує" свій досвід і який є способом вираження цього досвіду. Розвиток і використання мови принципово важливо для адаптації людини до соціального життя, оптимізації контактів з іншими людьми. Мова людини дозволяє накопичувати, зберігати і передавати інформацію про все накопичене в індивідуальній і суспільній свідомості досвіді майбутнім поколінням. Про це переконливо свідчить історія релігії, політики, науки, мистецтва і культури. Мозок людини отримує сигнали (інформацію) від різних сенсорних систем. Кожен сигнал є носієм інформації. Залежно від індивідуального досвіду (пам'ять), емоційного фону, мотивації і потреби, а також стану (в континуумі неспання-сон) людина приймає рішення про дію, відповідному соціальним уявленням (колективний досвід) про адекватність поведінки, в основі якого лежать складні умовні і безумовні рефлекси. На базі біологічних вітальних потреб (харчування, розмноження і т.д.), соціальних потреб ("для себе", "для інших"), ідеальних потреб (пізнання творчості) і, нарешті, потреб подолання (волі) створюються підсвідомість (автоматизовані навички та норми поведінки), самосвідомість (діалог із самим собою), свідомість (знання, яке може бути передане іншим) і надсвідомість (творча інтуїція). Таким чином, поведінка людини ґрунтується на взаємодії рефлексорної діяльності, мислення і свідомості. Ряд важливих висновків про природу свідомості і ролі мови зроблені на основі контактів і дослідженні хворих з розщепленим мозком. Були виявлені вражаючі факти. Наприклад, в одного такого оперованого хворого діяли дві сфери свідомості. Коли питання: "Ким би ви хотіли бути?" адресували до лівої півкулі, то хворий відповідав: "креслярем". Коли те ж питання звертали до правої півкулі, то відповідь була: "Автомобільним гонщиком". Хворий мав

два "я", різко відмінні один від одного. Висновок, до якого прийшли дослідники розщепленого мозку - це можливість співіснування двох свідомостей, мирно уживаються в здоровому мозку при ряді захворювань. У процесах свідомого сприйняття беруть участь коркові проекції органів чуття. Під час хірургічних операцій на мозку, що проводяться під місцевою анестезією, при прямій електричній стимуляції різних зон кори можна викликати свідомі відчуття і спогади про минулі події, не активізуючи аферентні шляхи. Наприклад, якщо подразнення піддається область кисті руки в корковою проекції (зона S1 по Бродману), людина відчуває «дотик» до кисті руки; роздратування проекційних зон очей призводить до відчуття спалаху світла; роздратування скроневої області кори викликає ланцюг спогадів, в першу чергу, слухових - музичних фрагментів, ритмів, знайомих і незнайомих мелодій.

Участь сенсорної кори є необхідним, але не достатньою умовою для прояву свідомого сприйняття, обумовленого людиною як відчуття, образ предмета, явища чи події. В умовах сну або наркозу, викликані сенсорної стимуляцією, коркові потенціали реєструються, але свідоме сприйняття стимулів відсутня. Для того, щоб стимул був усвідомлений, необхідний приплив активуючих впливів із ретикулярної формації в кору мозку. Пошкодження верхньої частини стовбура мозку, що включає ретикулярну формацію, призводить до стійкої втрати свідомості. Отже, активність ретикулярної формації регулює стан свідомості.

Участь специфічної і неспецифічної системи ретикулярної формації. Для свідомого сприйняття зовнішніх подразників необхідна участь як мінімум двох потоків збудження в неокортексі:

активації специфічної сенсорної проекції і

активації неспецифічної системи ретикулярної формації.

Інформація про фізичні параметри об'єкта сприйняття передається по специфічній сенсорній системі, неспецифічна активація визначає рівень неспання. Емоційне забарвлення сприйняття залежить від активності лімбічної системи, в яку надходять сенсорні сигнали по декількох паралельних шляхах.

Зв'язки лімбічної системи з верховним центром регуляторних функцій та ендокринної гормональної системи - гіпоталамусом, є основою включення мимовільних несвідомих рефлекторних реакцій в процесі свідомого сприйняття. Наприклад, в хвилини небезпеки складні рухові дії супроводжуються почастишанням пульсу, потовиділенням. Еферентна ланка свідомого сприйняття - дія, яке можна розділити на дві категорії - наближення і уникнення. У русі виявляються всі чинники, складові поведінку людини, - усвідомлене сприйняття сигналів і ситуації, мотивація до дії та рефлекторні реакції. Результатом тій чи іншій ситуації може бути і бездіяльність людини. В основі бездіяльності лежать ті ж процеси, що і в основі дії.

Уявлення про нервовий субстрат свідомості базується на деяких фактах, відомих з нейрофізіології. Кора головного мозку людини найскладніша за структурою і функціями система, найбільш пізно розвинулася в еволюції тваринного світу. Свідомість, як здатність до абстрактного висновку про світ і про себе, до поділу всього на "Я" і "не Я", може бути пов'язане з поєднаною функцією кори головного мозку і систем її активації. Кора головного мозку складається з ансамблів - вертикально пов'язаних нейронів всіх шарів кори (колонок). Кілька вертикальних ансамблів об'єднуються в єдину велику модульну колонку. Модульні колонки отримують і переробляють великий обсяг інформації. Вони функціонують у складі петель, за якими інформація з модулів у вигляді імпульсних потоків і повільних коливань потенціалів передається до певних кірковим і підкірковим зонам. Багаторазове надходження інформації в коркові модулі і її циркуляція в замкнених ланцюгах забезпечує електричні та хімічні зміни в нейронах і синапсах, необхідні для організації довготривалої пам'яті. Переробка інформації відбувається в паралельних каналах (нейронних ланцюгах, модулях). Великі зв'язку різних областей мозку між собою діляться умовно на закріплення, запрограмовані генетично і розвиваються в результаті сенсорного припливу і моторного досвіду. В результаті, в мозку, крім жорстко закріплених, організуються «розподілені» системи отримання та обробки інформації, системи, що у

навчанні. Будь модуль може входити в будь-яку систему обробки інформації. Розподілені системи мозку мають повну інформацію - як надходить із зовнішнього світу, так і сигналізуючі про внутрішні стани організму (пам'ять, емоції, потреби). Порівняння «внутрішніх» даних, які зберігаються в нервовій системі, поточного стану останньої, з інформацією про навколишній світ, становить передбачувану основу свідомості. Точка зору на описану «голографічну» основу свідомості потребує подальшого уточнення.

Змінені стани свідомості є окремим випадком такого загального соціального, культурно-історичного та, зокрема, психофізіологічного феномена, як стану свідомості; за визначенням Чарльза Тарта, стани свідомості - це загалом якісні зміни загального патерну суб'єктивного (психічного) функціонування. Іншим підвидом станів свідомості є так звані «нормальні», або «звичайні», стани свідомості (які включають три широкі, природних стани свідомості - неспання, сновидіння і глибокий сон). Також виділяються стани - гіпноз, транс, активне свідомість. Згідно Вільяму Джеймсу, стан свідомості є «сукупність уявних об'єктів». Згідно В. Н. Мясищеву, психічні стани, в тому числі і змінені стани свідомості, мають проміжне положення в феноменології психічних явищ і розташовані між більш динамічними психічними процесами і відносно стабільними властивостями особистості. Вони виступають фоном психічної діяльності і відображають особливості особистості та характеру, а також соматичний статус людини.

Основні стани свідомості (неспання- і сон). Активне неспання - важливий компонент свідомості, який близько, пов'язаний з явищами пробудження. Пізнавальна діяльність неможлива, якщо рівень неспання не досягає певного, оптимального рівня. Протилежним станом неспання є звичайний сон. При його достатній глибині у людини різко знижені функції аналізаторів, і він позбавлений свідомості. Сон і неспання є взаємопов'язаними сторонами одного циклу, «сон-неспання» тісно пов'язаний з нейрофізіологічними механізмами активації, які в даний час є досить добре досліджуваними («енергетичний» блок мозку). Відомо багато різних факторів і патологічних станів, які змінюють або

порушують режими активації, приводячи до різних розладів механізмів неспання і сну. При пробудженні від глибокого сну або при виході з глибокої непритомності відновлення свідомості відбувається поетапно. Ці етапи зазвичай дуже короткі і змінюють один одного в якісь миті, але деякі люди їх фіксують і можуть запам'ятати. А.Ф. Лазурський (1925) відзначив три особливості відновлення свідомості після сну: відновлення порогів сприйняття (1), відновлення зв'язку сприйняття з навколишньою дійсністю (2), відновлення зв'язку вражень з власним «Я», власною особистістю (3). Фізіолог А.А. Герцен, що сам страждав непритомністю, ще 1890 р залишив докладний опис такого поетапного відновлення свідомості. Він писав, що спочатку на тлі несвідомого з'являється почуття буття, що не має ніякого відношення до індивідуальності, але й без розрізнення від зовнішнього світу («безособова свідомість»). Це почуття може бути приємним, якщо немає умов для болю, але воно може бути і дуже неприємним, якщо є джерело болю. Потім людина поступово починає бачити і чути, але йому здається, що звуки і кольору народжуються всередині нього, і кожне з відчуттів відчувається ізольовано, калейдоскопічно. У подальшому починає усвідомлюватися власне «Я» - відбувається хіба що відділення «Я» від зовнішнього світу, хоча ще відсутнє розуміння ситуації і причинно-наслідкових відносин. Лише на останньому, четвертому етапі настає повне відновлення свідомості з ясним розумінням особистого «Я» та навколишнього світу. Таким чином, найбільш важливими узагальненими характеристиками свідомості, які вимагають оцінки в повсякденній лікарській практиці, є наступні:

1. ступінь ясності свідомості, тобто рівень неспання (або люцидне);
2. обсяг свідомості, тобто широта охоплення явищ навколишнього світу і власних переживань. Умовно він підрозділяється на предметну свідомість (упізнання навколишнього світу) і самосвідомість (упізнання соматичного та особистісного «Я»);
3. безперервність свідомості, тобто його плинність зі здатністю безперервного розпізнавання та оцінки минулого, сьогодення і майбутнього;

4. зміст свідомості, тобто повнота, адекватність, критичність оцінки використовуваних запасів пам'яті, мислення та емоційних стосунків;
5. активність свідомості, тобто здатність до довільного виборчого зосередження сенсорної, інтелектуальної або рухової активності на актуальних і індивідуально значущих зовнішніх і внутрішніх явищах (зв'язок з механізмами уваги і вольової активності).

Неспання є станом неоднорідним, і його можна умовно поділити на наступні три стадії:

- Напружене неспання відповідає самій інтенсивній розумовій діяльності.
- Нормальне неспання не пов'язане з творчістю і особливими емоціями не пофарбовані.
- Розслаблене неспання у своїй крайній мірі є перехідним до сну на тлі внутрішнього споглядання: людина ще не спить, але вже усунутий від зовнішнього світу та заглиблений у себе. Таким чином, свідомість - це мозаїка станів, яка грає більш-менш значну роль як у зовнішньому, так і у внутрішньому рівновазі індивідуума. Обробка інформації людиною істотно змінюється в залежності від рівня неспання. Поведінка буде тим ефективніше, чим ближче буде рівень неспання (активації) мозку до деякого оптимуму - він не повинен бути ні занадто високим, ні занадто низьким. При більш низьких рівнях готовність людини до дії зменшується, і він незабаром засинає, а при більш високих людина буде більше схвильований і напружений, і його поведінка може навіть повністю дезорганізована.

Стан сну. Уві сні людина проводить майже третину свого життя. Позбавлений сну людина гине протягом 2 тижнів. Позбавлення сну на 3-5 діб викликає у людини непереборну потребу уві сні. Людина втрачає здатність до зосередженого увазі, можуть виникати різні порушення моторики (тремор і тики), можливі галюцинації. Періодичний щодобовий сон дорослої людини, як правило, є монофазним (неспання і сон приурочений до добової зміни дня і ночі), іноді діфазним (двічі на добу), а у маленької дитини спостерігається поліфазний тип сну (в 3-5 міс. Життя дитина зазвичай спить 17-18 год, а в 2-3

роки - 12 год). У деяких тварин спостерігається сезонний сон (сплячка), обумовлений несприятливими для організму умовами середовища (холоду, посухи і т.п.). Всі інші види сну (наркотичний, гіпнотичний і патологічний) є наслідком нефізіологічних впливів на організм людини або тварини. Наркотичний сон може бути викликаний різними речовинами: вдиханням парів ефіру і хлороформу, введенням наркотиків, алкоголю і т.д. Подібний сон виникає і при впливі на мозок переривчастого електроструму слабкої сили - електронаркоз. Гіпнотичний сон настає під впливом словесного впливу гіпнотизера, зосередження на монотонних подразниках, гіпнотичною дією обстановки. Патологічний сон виникає при анемії мозку, мозковій травмі, пухлинному поразкою великих півкуль або деяких ділянок стовбура мозку. До явищ патологічного сну відносяться і летаргічний сон, сноходіння та ін. Далеко не всім людям потрібно 7-8 ч нічного сну. Одні добре себе почувають після 4-5 год сну, тоді як іншим потрібно 8-9 ч. Але яка б не була тривалість сну, для всіх людей характерна схильність завжди дотримуватися одного і того ж розпорядку сну і неспанья (у «жайворонків» - рівень найбільшої працездатності відзначається в ранні ранкові години, а у «сов» пізно ввечері). Сон, так само як і неспанья - стан неоднорідне, має, принаймні, дві фази: «повільний» сон (синхронізований, без сновидінь) і «швидкий» сон (десинхронізований, парадоксальний, або сон «швидких рухів очей» зі сновидіннями) . Фаза «повільного» сну триває приблизно 70 хв, а фаза «швидкого», парадоксального сну триває 15-20 хв. При нормальному 8-годинному нічному сні фази повільного і парадоксального сну багато разів чергуються (цикл близько 90 хв). Фаза парадоксального («швидкого») сну цікава тим, що тут активність мозку різко зростає, як ніби людина прокидається, частішають серцевий ритм і дихання, очі здійснюють швидкі рухи під зімкнутими століттями, але в той же час людина знаходиться в повній нерухомості внаслідок різкого падіння м'язового тону. Це обумовлено дуже складним механізмом гальмівного контролю рухової активності уві сні. У періоди парадоксального сну людина в 80-90% випадках бачить яскраві і відчуває сильні емоції. Незважаючи на

електроенцефалографічну картину, близьку до дрімоті, пробудити з цієї стадії людини не легше, ніж з глибокого повільного сну. У цей період можуть виникати і напади сноходіння («лунатизм»). У онтогенезі тривалість парадоксального сну знижується: у новонародженого він становить 50% від загальної тривалості сну, у дитини до 2 років - 30-40%, від 2 до 5 років - 20%, від 5 до 13 років - 15-20%, у дорослих - від 15 до 25%. Дослідження показали, що за фазу швидкого сну відповідальна певна область ретикулярної формації, що складається з гігантських клітин, розгалуження яких заходять далеко в сусідні області і призводять до активації сенсорних областей кори, особливо зорової зони, збуджують вищі мозкові центри потягів і емоцій. Сновидіння в цей період відображають мотивацію, бажання людини і служать як би символічної їх реалізацією, розряджають вогнища напруження, що виникли через незакінчених справ і тривожних думок. У сновидіннях відбивається минуле життя людини, її переживання (Фрейд З., 1933). Швидкий сон сприяє стабілізації емоційного стану людини, а сновидіння можна розглядати як своєрідний додатковий механізм психологічного особистісного захисту. Щоночі людина бачить сні 4-5 разів, і «роздивляння» сновидінь займає в складності від 1 до 2 год. Люди, які стверджують, що вони бачать сновидіння рідко, просто не прокидаються у фазі сновидінь. Про зв'язок сновидінь з колишніми враженнями переконливо свідчить факт, що у своїх снах сліпонароджені не бачать зорових сцен, а глухонароджені не чують голосів і звуків. Іншим джерелом сновидінь можуть бути поточні відчуття, у тому числі і з боку внутрішніх органів, включаючи інтерорецептивні сигнали, не доходять до свідомості в стані неспання. Остання обставина може мати значення в лікарській практиці, так як перші симптоми наростаючого неблагополуччя органів можуть проявлятися в сновидіннях хворих. Повільнохвильовий сон супроводжується зниженням вегетативного тону: звужуються зіниці, рожевіє шкіра, активність серцевого, дихальної, травної та видільної систем знижується. На противагу цьому під час парадоксального сну наступає

«вегетативна буря». Дихання стає нерегулярним, змінюється по глибині і ритму. Можлива зупинка дихання (наприклад, в нічному кошмарі).

У розвитку свідомості від народження дитини до зрілого віку виділяє 5 рівнів, або етапів (Ушаков Г. К.):

- До 1 року - свідомість при неспанні;
- Від 1 року до 3 років - предметна свідомість;
- Від 3 до 9 років - індивідуальна свідомість;
- Від 9 до 16 років - колективна свідомість;
- Від 16 до 22 років - рефлексивне, вища соціальна свідомість.

Перший етап формування свідомості характеризується появою вибору найбільш задовольняють ситуацій. При цьому спостерігаються перші реакції на навколишнє середовище - перші елементи свідомості. Дитина може оцінювати найбільш приємну для нього ситуацію, наприклад, перебувати на руках у матері або засипати при погойдуванні. У цьому віці описані своєрідні стани ситого неспання, при яких дитина не вступає в контакт з оточуючими, не реагує на слова матері, хоча не спить і очі в нього відкриті, міміка дитини висловлює повне задоволення.

На другому етапі формування свідомості (предметна свідомість) головну роль відіграють безпосередні враження дійсності. Свідомість дитини доповнюється уявленнями про предмети та явища, обсяг цих уявлень збільшується з того періоду, коли дитина починає ходити, з появою мови виникають узагальнення і відволікання, елементи абстрагування. На даному етапі формування свідомості дитина поки не вловлює взаємозв'язок реальних подій і предметів з минулим і майбутнім, він живе тільки в сьогоденні. На цьому етапі дитина ще не виділяє себе з навколишнього середовища, в його мові поки відсутня займенник «я». На третьому етапі формування свідомості (індивідуального) з'являються перші уявлення про простір і час, що робить можливим виділення себе з навколишнього середовища, диференціювання від інших предметів дійсності. Свідомість власного «я» у подальшому розвитку вдосконалюється і ускладнюється.

Для четвертого етапу формування свідомості (колективного) характерна поява більш диференційованих уявлень про предмети дійсності, про себе, про найпростіші взаємини у колективі. У цьому періоді стають виразними уявлення про об'єкти простору, про зв'язок пережитих у минулому подій зі справжніми. Навчання в старших класах школи супроводжується участю підлітків у громадських подіях і появою у них громадського, соціального свідомості.

На п'ятому етапі формування підліток набуває нових якостей, воно стає рефлексивним, на цьому рівні різноманітні набуті знання оцінюються і співвідносяться з реальними подіями. Рефлексивне свідомість забезпечує передбачення не тільки всього ходу розвитку подій, але і їх наслідків. Зрілість свідомості досягається до закінчення юнацького віку, а саме до 20-22 років.

Функції свідомості - це такі його властивості, які роблять свідомість знаряддям, інструментом пізнання, спілкування, практичної дії. Знаряддя є засіб для дії. Корінна і найголовніша функція свідомості є отримання знання про природу, суспільство і людину. Відбивна функція свідомості, є самою загальною та всеохоплюючою його функцією. Однак відображення має різні сторони, що мають свою специфіку і пов'язані з цією специфікою інші, більш спеціальні функції. Свідомість як відношення між об'єктом і суб'єктом притаманне лише людині. У тварин відсутня суб'єктивна сторона відносини. Тварина - безпосередньо тотожна зі своєю життєдіяльністю. Воно не відрізняє себе від своєї життєдіяльності. Воно ця життєдіяльність. Людина ж робить саму свою життєдіяльність предметом своєї волі і своєї свідомості. Його життєдіяльність - свідомо. Творча функція свідомості, що розуміється в широкому сенсі, як активний вплив на навколишнє людини дійсність, зміна, перетворення цієї дійсності. Тварини, рослини, мікроорганізми змінюють зовнішній світ самим фактом своєї життєдіяльності. Однак це зміна не можна вважати творчістю, бо воно позбавлене свідомої постановки цілей. Творча діяльність, як і вся практика в цілому, має своєю основою не тільки відображення, але і вказане відношення, тому що в цій діяльності, людина

повинна усвідомлювати своє відділення від об'єкта. У понятті відображення фіксується переважно вплив об'єкта на суб'єкт, а в понятті відносини стосовно до свідомості - головним чином зворотний вплив суб'єкта на об'єкт. Творчість, як і практика людини взагалі, нетотожні з відображенням як сутністю психічного процесу. У своїй сутності творчість є акт свідомий. Творча свідомість є моментом переходу від відображення до практики. Відображення в творчій свідомості являє собою образ, що створений людиною, відмінний від образу зовнішньої дійсності. Це образ того, що створює людина, а не природа. Важливою функцією свідомості є оцінка явищ дійсності (у тому числі і скоєного людиною). Як і творчість, оцінка базується на відображенні, бо, перш ніж що-небудь оцінювати, треба знати, що собою представляє предмет оцінки. Але разом з тим оцінка є формою ставлення людини до дійсності. У свідомості відбивається все, що йому доступно за будовою нейрофізіологічного апарату і по ступені розвитку технічних засобів спостереження та експерименту. Оцінка ж виробляє вибір з усього того, що видобуває знання. Оцінювати - це означає підходити до дійсності з точки зору того, що потрібно людині. Це відношення особливого роду. Тут суб'єкт, його потреби, інтереси, цілі, норми та ідеали виступають як підстави і критерії позитивного чи негативного ставлення до об'єкта оцінки. Тому оцінна функція свідомості відносно самостійна, автономна.

Орієнтування, складна психічна функція, що визначає ясну, виразну переробку безпосередньої ситуації, просторової локалізації та поточних хронологічних даних. Розлади орієнтування самі по собі не є прямим і нерозкладним на окремі компоненти симптомом хвороби, а утворюються в результаті взаємодії різних хворобливих порушень: розлади свідомості, уваги, пам'яті, зміни афективності, галюцинаторно-маячні переживання впливають на якість О.

Просторово-ситуаційне (аллопсихічне) орієнтування - орієнтування у зовнішньому світі, в обстановці, місцезнаходження, в часі, полягає в знанні, розумінні відомостей про особове місцеперебування та відносно останнього до подальшого навколишнього, в знанні, розумінні окремих обставин

навколишнього, осіб, які їх поведінки і ставлення до власної особистості. До орієнтування в часі відноситься знання добового часу, назви (дня) місяця, дати року, пори року. Минулі хронологічні відомості мають більш тісне ставлення до аутопсихічного орієнтування (авто грец. *psyche* - душа, лат. *origens* - схід) - орієнтування у власній особистості.

Найбільш повний розлад орієнтування спостерігається при потьмаренні свідомості, який характеризується розладом сприйняття. Апатичний розлад орієнтування при відсутності у хворих спонукання усвідомлювати плинні часу, в тому, хто їх оточує, що вони бачать і чують. Загальмовані, депресивні хворі з афектом розгубленості виявляють розлад орієнтування, що виростає з неможливості для таких хворих (завдяки утрудненню мислення) складання цілісної картини їх положення при правильній оцінці окремих обставин. Подібний же характер носить дезорієнтування при різкому маніакальному збудженні, пов'язана зі значним утрудненням розуміння і переробки зовнішніх вражень. Деліріозні розлади орієнтування походять з зміни якості свідомості, неясності розуміння навколишнього і обманів почуттів. У той час як при ступорі має місце випадання орієнтування (апатичне дезорієнтування), при галюцинаторних станах справа полягає в перекрученні обманами почуттів навколишнього, у спотворенні всього матеріалу для орієнтування, мінливе за собою галюцинаторне дезорієнтування. Само собою зрозуміло, що при різних синдромах на орієнтування, можуть впливати кілька перерахованих психопатологічних факторів, прикладом чого може служити біла гарячка з її поєднанням зміни свідомості і напливу галюцинацій. У сенсі слідства, але не в сенсі механізму, подібно обманам почуттів діють на орієнтування маячні ідеї (маячне дезорієнтування). Неправильна переробка правильно сприйманого і запам'ятовується навколишнього веде до помилкової оцінці часу і навколишнього, створюючи нерідко подвійне орієнтування. Розлади пам'яті (зокрема Корсаковский синдром) утворюють іноді амнестичне дезорієнтування, засновану головним чином на неможливості утримування і відтворення відомостей про час і локалізації.

Медичні критерії дають змогу встановити порушення свідомості. Вони були введені німецьким вченим Ясперсом:

- 1) порушення алопсихічної та аутопсихічної орієнтації;
- 2) порушення процесу мислення;
- 3) фрагментація сприйняття;
- 4) мнестичні порушення на період розладу свідомості;
- 5) пароксизмальність такого розладу. В практичній роботі кожного лікаря будуть траплятися клінічні ситуації, коли у хворих треба встановити наявність кількісних чи якісних порушень свідомості.

Порушення свідомості

Найбільш чітко головні симптоми порушеної свідомості описав німецький психіатр К. Ясперс (1923). Він сформулював три головні ознаки синдромів порушеного свідомості: відчуженість від навколишнього світу, дезорієнтація і амнезія в період порушеної свідомості.

1. **Відчуженість** від навколишнього світу розуміється як втрата здатності сприймати навколишнє або сприйняття фрагментарне, невиразне, безладне. Крім того, у хворого втрачається здатність до мислення - воно відрізняється утрудненнями аналізу та синтезу, встановлення причинно-наслідкових зв'язків, але відносної збереженням механічних асоціацій.

2. **Дезорієнтування** - повне або часткове порушення орієнтування людини в місці, часі, власній особистості.

3. **Амнестичні розлади** (повна або часткова амнезія), що поширюються на події всього періоду розладу свідомості.

Важливо підкреслити, що для встановлення стану порушеної свідомості необхідна обов'язкова наявність сукупності перерахованих ознак. Один або декілька не пов'язаних між собою симптомів не можуть в досить точній мірі свідчити про патологію свідомості. Найбільш часто в медичній практиці порушення свідомості підрозділяють на кількісні (непсихотичні, або «прості» форми) і якісні (психотичні, або «складні» форми). Особливе місце в класифікації займають порушення самосвідомості - деперсоналізація.

Пароксизмальне виникнення порушення свідомості характеризується відсутністю етапності в їх прямому і зворотному розвитку. Патологічний стан відразу, фактично миттєво, постає в розгорнутій формі. Свідомість вимикається також миттєво, як і зникло. Синдроми, що входять в цю групу, мають і подібні патогенетичні механізми з кола епілептичних. При пароксизмальному розвитку розладів свідомості іноді спостерігається аура - попередник припадків. Її поява не відноситься до прояву етапності.

Непароксизмальні виникнення порушень свідомості характеризується етапністю в прямому і зворотньому розвитку. Зазначене розвиток може бути швидким (гострий перебіг), помірним (підгострий) і повільним (хронічне). Два останніх варіанти, особливо хронічне, нетипові для динаміки синдромів порушеної свідомості. Розлади свідомості непароксизмального характеру відрізняються від пароксизмальних тривалістю, що може служити додатковим диференційно-діагностичною ознакою. Так, тривалість пароксизмальних розладів найчастіше вимірюється частками секунди, секундами, хвилинами, рідше - годинами, днями, рідко - тижнями, її рідше - місяцями, вкрай рідко - роками.

Тривалість порушень свідомості непароксизмальних навпаки, найчастіше обчислюється годинами, днями, дещо рідше - хвилинами і тижнями, рідко - секундами, місяцями, роками.

Виключення свідомості - це тотальне порушення відбивної діяльності, яке полягає в послідовному (при непароксизмальному розвитку) або одномоментному (при пароксизмальному розвитку) зменшенні, аж до повного зникнення, обсягу і глибини всього психічного функціонування з переходом рівня відображення від вищого до нижчого: розвивається «парез психічної діяльності». На самому початку звужується і поступово зменшується пізнавально-логічне, раціональне відображення, страждає друга сигнальна система. Потім приєднується і посилюється порушення сенсорно-перцептивного, чуттєво-образного відображення навколишньої дійсності, страждає першо-сигнальна система. Потім за зазначеним процесом починають

згасати умовно-рефлекторне відображення фізичного і соматичного стану хворого і автономне пристосування організму до вітально значимих змін природного середовища. В останню чергу дестабілізується (порушується) безумовно-рефлекторне відображення вітального функціонування організму, яке забезпечує його основні життєві функції. У міру їх згасання настає смерть.

Затьмарення свідомості - являє собою тотальну дезинтеграцію всієї психічної діяльності, що полягає в якісній зміні змісту свідомості, тобто в його «перекрученні». У силу цього синдроми потьмарення свідомості найбільш поліморфніші за своєю структурою і крім різних варіантів «дезорієнтування» включають симптоми психопатологічного характеру, що представляють практично всі психічні процеси: гіпо- та гіперестезії, сенестопатії, психосенсорні розлади, ілюзії, виражену афективну патологію, помилкові впізнавання, марення, галюцинації, розлади пам'яті, різноманітні психомоторні симптоми. На відміну від виключень свідомості при такому порушенні, як затьмарення свідомості відображення присутній, але змістом відбиття (свідомості) є не об'єктивна реальність, а світ хворобливих переживання хворого.

У групу непароксизмальних потьмарень свідомості входять: онейроїд, делірій і аменція, до групи непароксизмальних виключень свідомості - оглушення, сопор, кома. У групу пароксизмального потьмарення свідомості входять: сутінкові стану свідомості і особливі стани свідомості, в групу пароксизмального виключення свідомості - великі і малі судомні напади.

Оглушення характеризується підвищенням порогу сприйняття для зовнішніх і внутрішніх вражень, уповільненням і збіднінням психічної діяльності. Легкий ступінь оглушення характеризується тим, що хворі справляють враження злегка сп'янілих, розсіяних, незібраних людей. Вони безглузді, не відразу вловлюють сенс зверненої до них мови, кілька запізнюються з сприйняттям відбувається, відповідають і діють невпопад. Хворі можуть бути ейфоричними, метушливими. Характерні коливання ясності свідомості, короткі епізоди включення в ситуацію. У стані оглушення пацієнти можуть оптимістично

оцінювати свій стан при серйозних пошкодженнях. Наприклад, після травми хворий не пред'являє скарг, відмовляється від медичної допомоги, намагається допомогти іншим постраждалим в той час, як нависла загроза його власного життя. Важка ступінь оглушення характеризується підвищеною сонливістю. Пацієнт, наданий собі, негайно занурюється в глибокий сон. На короткий час шляхом енергійних заходів його можна розбудити, вступити в контакт, після чого він знову засинає.

Сопор. При даному розладі свідомості зберігаються лише елементарні прояви психічної діяльності. У відповідь на гучний оклик хворий може повернути голову, ненадовго відкрити очі, на укол відреагувати гримасою болю або стогоном, відсмикування руки. Виявляються різні неврологічні порушення: зниження м'язового тону, ослаблення сухожильних, періостальних, шкірних рефлексів та ін. Зіничні, корнеальні і кон'юнктивальні рефлекси, больова чутливість, не порушені.

Кома. Характерне повне пригнічення психічної діяльності. Виявляються арефлексія, м'язова атонія, бульбарні розлади, мідріаз без або з відсутністю реакції зіниць на світло, патологічні рефлекси, тазові розлади і т.д. Стани «мозковий смерті» при штучному підтриманні функцій внутрішніх органів в реаніматології називають позамежної комою.

Делірій. Провідними симптомами делірію є аллопсихічне дезорієнтування при збереженні орієнтування у власній особистості і справжні зорові галюцинації. Обов'язкові симптоми делірію - емоційне напруження (страх, боязнь, тривога, зацікавленість), гостре чуттєве марення, а також галюцинаторно-маревний варіант психомоторного збудження. Зміст обов'язкових симптомів делірію пов'язано з вмістом зорових галюцинацій. При делірії має місце часткова конградна амнезія реальних подій, тоді як хворобливі переживання потім згадуються досить непогано. У симптомокомплекс делірію включені досить рясні вегето-вісцеральні симптоми. В якості факультативних симптомів делірію можуть виступати: парестезії, сенестопатії, інші галюцинації (слуху, тактильні, ротоглоточні та ін.).

Онейроїд. Провідні симптоми онейроїда: алло- і аутопсихичне дезорієнтування, зорові і слухові псевдогалюцинації, галюцинації і ілюзії, грандіозне сказачно-фантастичне грезоподібне чуттєве марення, інтенсивні полярні афективні стани, катотонічна симптоматика, часткова або повна конградна амнезія реальних подій і своєї поведінки при достатньому спогаді змісту хворобливих переживань. Аллопсихичне дезорієнтування проявляється повною відчуженістю хворого від навколишнього світу із зануренням у світ грезоподібних переживань. Аутопсихичне дезорієнтування полягає у видозміні, перевтіленні, розчиненні, дробленні свого «Я». Крім того, досить виражені вегето-вісцеральні розлади (тахікардія, коливання артеріального тиску, сальність шкірних покривів, гіпергідроз, гіпертермія, цефалгії, парестезії, безсоння, нудота, запори, анорексія). Дана структура відповідає клініці онейроїдного синдрому при повному його розвитку. При цьому відбувається закономірне ускладнення симптоматики - на початкових етапах переважають ознаки, що свідчать про меншу тяжкості розладу психічної діяльності (афективні, емоційно-гіперестетичні). У міру наростання тяжкості стану відбувається характерна і послідовна трансформація її клінічної картини, а на кінцевому етапі виникає описана вище психопатологічна структура - істинний онейроїд.

Аменція - це сплутаність свідомості, найбільш глибоке непароксизмальне затьмарення свідомості. Суттю аменції є глибока тотальна дезінтеграція всієї психічної діяльності, що проявляється такими провідними симптомами, як груба тотальна (алло- і аутопсихичне) дезорієнтування, виражене порушення активної уваги з різким відволіканням, приймаючої характер гіперметаморфозу, інкогеренція мислення, а також психомоторне безцільне збудження, яке доходить нерідко до ступеня яктації (хаотичне метання з дискоординованими рухами і гіперкінетичним посмикуванням м'язів), хворий як правило не покидає ліжка. Збудження деколи переривається нерухомістю. Обов'язкові симптоми - розгубленість, здивування, емоційна лабільність з різкою зміною періодів страху, тривоги, екзальтації, печалі, епізоди мінливих за змістом зорових і

слухових галюцинацій, фрагментарне, з мінливою фабулою образне чуттєве марення. Марення, галюцинації в поведінці відображення майже не знаходять. Аменція супроводжується повною конградною амнезією. Більшу вираженість мають також вісцеровегетативні і соматофізичні розлади, аж до вираженого психофізичного виснаження.

Сутінковий розлад свідомості - раптова і короточасна втрата ясності свідомості з повною відчуженістю від навколишнього світу, або з уривчастих і спотворених його сприйняттям при збереженні звичних автоматизованих дій, що має пароксизмальний характер виникнення і припинення. Провідними симптомами є глибока алло- і аутопсихічне дезорієнтування з фокусуванням затьмареної свідомості на вузькому колі реальних об'єктів та осіб, а також гіперкінезія з автоматизмами. Факультативні симптоми - виражене емоційне напруження (страх, гнів, обурення, лють), яскраві галюцинаторні і ілюзорні переживання, короточасне чуттєво насичене марення, а також безладна мова і галюцинаторно-маячне психомоторне збудження, що має імпульсивний характер і (у більшості випадків) агресивно-руйнівний зміст. По виході з даного стану - тотальна конградна амнезія, інколи має ретардований характер.

Етіологія і патогенез

Сутінковий стан (затьмарення) свідомості може бути еквівалентом епілептичних випадків і розвиватися в осіб з підвищеною судомної готовністю: при епілепсії, органічної патології головного мозку, істеричних психозах.

Класифікація

- *Функціональні.
- *Афективні.
- *Істеричні.
- *Психогенні.
- *Органічні.
- *Епілептичні (епілептиформні синдром).

Клінічна картина

Сутінковий стан свідомості з епілептиформним порушенням виникає раптово і супроводжується різким збудженням і страхом. Хворий метається, тікає від уявних переслідувачів, кричить; на його обличчі вираз жаху. Такий психоз зазвичай закінчується так само раптово.

Тривалість описаного психотичного стану частіше варіює від 30 хв до 2 год. Його змінює глибокий сон, нерідко сопор. Епілептиформне порушення може виникати в початковому періоді хвороби, передуючи розгорнутій картині захворювання.

У стані сутінкового стану свідомості, бесіда буває непродуктивною, це значно знижує її значущість для діагностики.

Сутінковий стан свідомості - показання для госпіталізації в психіатричний стаціонар у зв'язку з можливим нанесенням шкоди самому хворому або оточуючим особам.

Особливі стани свідомості. Провідними симптомами даного розладу є: алопсихічне дезорієнтування, особливість якого - одночасне співіснування вкрай яскравих, домінуючих у свідомості психопатологічних розладів і нечіткого, неповного усвідомлення об'єктивної реальності; ясні психосенсорні порушення у формі різноманітних розладів сприйняття «схеми тіла», метаморфозій, досить часто зустрічаються галеропія і браді- або тахіхронія, при яких у хворих створюється враження, що часто сповільнюється, завмирає, зупиняється, то різко прискорюється «все миготить, як в калейдоскопі», деперсоналізація, дереалізація, явища « вже баченого», « вже пережитого », « ніколи не баченого »; щирі галюцинації, частіше зорові, зазвичай у вигляді яскравих, барвистих, чітких видінь або фотопсій, що нерідко мають соковитий червоний, фіолетовий або синій колір, або вісцеральні, нюхові і смакові галюцинації; афективні розлади, то набувають характеру екстатичного, то анксиозно-тривожного стану. Обов'язковими симптомами при особливих станах свідомості є: рухові розлади, що відповідають виду афекту (при екстазі - застигання, близькі до ступору, при тривозі і страху - тривожно-боязке порушення); гостре чуттєве марення, зміст якого пов'язано з фавулою

галюцинацій; розлади пам'яті у вигляді часткової конградна амнезія реальних подій при виразній схоронності спогадів про психопатологічних переживаннях. Великі судомні напади - це блискавично виникаючі стани. Провідні симптоми: вимикання свідомості, що досягає ступеня коми: хворий падає на тому місці, де його застав припадок; судоми спочатку тонічні (тривалістю 30-50 секнд), потім клонічні (тривалість 2-3 хв). Припадок повністю амнезується - повна конградна амнезія. Симптомокомплекс припадку також включає в себе різноманітні вегетовісцеральні розлади - тахікардію, диспное, блідість або ціаноз шкірних покривів, гіпергідроз, саливацію, іноді - мимовільне сечовипускання. Великим судомних нападів нерідко передує аура. Характерна наявність постіктального (постприпадочного) стану: сонливість, загальмованість, сплутаність свідомості. Малі судомні напади на відміну від великих мають короткочасне вимикання свідомості (частки секунд - десятки секунд), відсутня аура, постприпадочний стан і генералізовані судоми скелетної мускулатури. Як правило, падіння хворих не буває.

Аналіз клінічної структури і динаміки різних форм порушень свідомості дозволяє припустити існування між ними важливих відмінностей, що вказують на глибину- поразки інтегративних механізмів психічної діяльності. Так, можна бачити, що конградна амнезія послідовно збільшується по наступному ланцюжку порушень свідомості: онейроїд, делірій, сутінкове потьмарення свідомості, аменція, оглушення. У такому ж порядку відбувається збіднення, збідніння суб'єктивних переживань, обваження розладів поведінки, дедалі більша віталізації порушень (якщо порівнювати типові форми згаданих форм сплутаності свідомості). Зазначена шкала розладів свідомості показує також, які можливі комбінації і переходи від однієї форми до іншої, і якою має бути клінічна оцінка відповідних тенденцій. Так, перехід онейроїда до делірію або аменції свідчить про тяжкість стану. Сутінкове потьмарення, наступаюче після оглушення, говорить про динаміку у зворотному напрямку. Поява професійного та муситуячого делірію знаменує собою тенденцію до переходу в стан сутінкового потьмарення, а важкого делірію - до оглушення свідомості.

Кінцевим пунктом руху всіх форм потьмарення є оглушення свідомості, а далі - сопор і кома.

Зустрічаються міоклонічні випадки, коли миттєво відключається свідомість (1-30 с) і спостерігаються дрібні, частіше ритмічні судомні посмикування окремих м'язових груп кінцівок, обличчя або симетричних відділів (моргання, кивки). Пропульсивні випадки - штовхообразні рухи вперед (пропульсії). Їх різновидом є "салам-випадки" - нахил голови і тулуба з одночасним приведенням рук і грудей (нагадують традиційне східне вітання). Ретропульсивні випадки - тонічні рухи голови і тулуба назад. Латеропульсивні - подібні ж рухи за типом поштовху вправо або вліво. Імпульсивні випадки - раптове, блискавичне, рвучке викидання рук вперед, розведення або зближення їх. Зустрічаються всі види випадків при епілептичній хвороби, органічних захворювань головного мозку, деяких інфекційних захворюваннях і інтоксикаціях, наприклад, фебрильні судомні напади у дітей.

Класифікація порушень свідомості

Кількісні

оглушення

сопор

кома

Класифікація коматозних станів

з гіпертермією: при малярії при інфекційних захворюваннях: менінгіті, енцефаліті	при нормальній температурі травматична епілептична гіперглікемічна (діабетична) гіпоглікемічна (інсулінова) уремічна інтоксикаційна
---	--

Якісні розлади свідомості

делірій алкогольний інтоксикаційний інфекційний травматичний епілептичний атипові форми: професійний муситууючий	онейроїд	сутінкове порушення свідомості: післясудомне пароксизмальне сомнамбулізм амбулаторний автоматизм фуги, трансї виняткові стани: патологічний афект патологічне сп'яніння просонячний стан синдром Ганзера	аментивний синдром
---	-----------------	---	-------------------------------------

1. Диференційна діагностика деліріозного та онейроїдного розладів свідомості

	делірій	онейроїд
Алопсихічна дезорієнтація	+	+
Аутопсихічна дезорієнтація	-	+
Істинні галюцинації	+	-
Псевдогалюцинації	-	+
Марення величності	-	+
Марення переслідування	+	-
Психомоторне збудження	+	-
Ступор	-	+
Хворий протидіє переживанням	+	-
Хворий бере участь в них	-	+
Тривалість до місяця	-	+
Тривалість до тижня	+	-

Амнезія часткова	+	+
Зустрічається при екзогенних психозах	+	-
Характерно для ендогенних психозах	-	+

VI. План та організаційна структура заняття.

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Розподіл часу (хв..)
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи				25 хв.
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			П.1 „Актуальність теми” П.2 „Навчальні цілі”	
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:				
	1. Психологічні поняття свідомості.	II	Фронтальне індивідуальне усне експрес - опитування	Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди	
	2. клінічні прояви різних порушень свідомості	II		Питання для індивідуального опитування	
	3. Диференціальна їх діагностика	III	Тестовий контроль II рівня	Тести та задачі II рівня	
	4. Показання для госпіталізації.		Рішення типових задач II рівня		
	5. Нагляд, питання експертизи та лікування хворих з порушенням свідомості.	III	Тестовий контроль III рівня	Тести III рівня	

	<p>Основний етап</p> <p>4.Формування професійних вмінь та навичок:</p> <p>1.Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінити ці данні.</p> <p>2.Сформувати вміння провести соматичне, психоневрологічне та лабораторно-інструментальне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.</p> <p>3.Опанувати вміння обгрунтовувати попередній синдромологічний діагноз та скласти план обстеження хворого.</p> <p>4.Вміти провести диференційну діагностику на основі клінічних та допоміжних лабораторних даних і встановити заключний діагноз.</p> <p>5. Досконало засвоїти принципи та план лікування хворого з порушенням свідомості.</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>IV</p>	<p>Професійний тренінг на хворому.</p> <p>Рішення тестів та задач III рівня.</p> <p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.</p> <p>Обладнання – EEG-Lab.</p> <p>Хворі .</p> <p>Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування .</p> <p>Тести та нетипові задачі III рівня</p> <p>Імітаційні ігри</p>	<p>260 хв.</p>
<p>III</p>	<p>Заключний етап</p> <p>5.Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок</p>	<p>III</p>	<p>Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.</p>	<p>Результати клінічної роботи (історія хвороби)</p> <p>Задачі III рівня</p>	

	<p>6. Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)</p> <p>7. Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>		<p>Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи</p> <p>Рішення нетипових задач III рівня.</p> <p>Тестовий контроль III рівня.</p>	<p>Тести III рівня</p> <p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>	<p>15 хв.</p>
--	---	--	--	--	---------------

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

1. 2. Матеріали контролю для підготовчого та основного етапу заняття.

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Вкажіть основні види, що можуть спровокувати порушення свідомості.
2. Які основні види розладів свідомості Ви знаєте?
3. Вкажіть клінічні особливості кількісних порушень свідомості?
4. Які різновиди якісних порушень свідомості?
5. Вкажіть основні клінічні симптоми делірію, онейроїду.
6. Різновиди сутінкового порушення свідомості.
7. Аментивне порушення свідомості.

Задачі I рівня

1.Що з нижче зазначеного відноситься до кількісних порушень свідомості?

А. Делірій

Б. Сопор.

В. Оглушення

Д. Аменція.

Е. Сутінкове запаморочення свідомості.

Відповідь –Б, В

2. Які критерії свідчать про порушення свідомості?

А. Алопсихічне дезорієнтування.

Б. Депресія.

В. Ілюзії.

Д. Порушення мислення.

Е. Часткова чи повна амнезія .

Відповідь – А, Д, Е.

3. Чим відрізняється кома від сопору?

А. Неповнотою контакту.

Б. При комі втрачаються захисні рефлекси.

В. При комі появляються галюцинації.

Д. При сопорі є патологічні рефлекси.

Е. Кома відноситься до якісних порушень свідомості.

Відповідь – Б.

4. До якісних порушень свідомості відносяться?

А. Ступор.

Б. Делірій.

В. Аменція.

Д. Онейроїд.

Е. Параноїд.

Відповідь- Б, А, Д.

5. Які симптоми не характерні для делірія?

- А. Істинні галюцинації.
- Б. Психомоторне збудження.
- В. Аутопсихічне дезорієнтування.
- Д. Псевдогалюцинації.
- Е. Ступор.

Відповідь – В, Д, Е.

6. Хвора, 47 років, в ожеледицю впала, вдарилась потилицею, втратила свідомість на 20 хвилин. Прийшовши в себе, не могла зрозуміти, хто поряд з нею. Мовний контакт з труднощами, погано розуміє питання, відповідає після довгої паузи. Загальмована, сонна. Яке порушення свідомості у хворої?

- А. Обморок.
- Б. Оглушення.
- В. Делірій.
- Д. Аменція.
- Е. Онейроїд.

Відповідь- Б. Оглушення.

7. Хворий, 41 рік, останні 2 тижня пив щоденно. Перед госпіталізацією впав і зламав ногу, був накладен гіпс. Вночі не спав, пробував піднятися з ліжка, не впізнавав дружину. Бачив в кімнаті багато крис, з ким-то сперачався. Не розумів де знаходиться. В лікарні через 3 доби свідомість прояснилася, пам'ятав про свої видіння і „голоси”. Про те, що було насправді, не пам'ятає. Який синдром порушення свідомості був у хворого?

- А. Деліріозний.
- Б. Онейроїдний.
- В. Оглушення.
- Д. Аменція.
- Е. Сутінкове запоморочення свідомості.

Відповідь- А. Деліріозний.

8. Хвора, 24 роки, знаходиться в інфекційному відділенні з приводу грипу. Стала неспокійною в межах постелі, розкидує, зтягує ковдру, перебирає

білизу. Розгублена, не розуміє питань, відволікається. То плаче, то сміється. Після закінчення хворобливого стану не пам'ятає що з нею було. Визначіть розлад свідомості.

А. Делірій.

Б. Оглушення.

В. Аменція.

Д. Онейроїд.

Е. Сутінкове запоморочення свідомості.

Відповідь-В.Аменція.

9. Хворий на епілепсію зібрався на роботу, через 2 години після виходу з дому зрозумів, що знаходиться за містом, куди міг добратися тільки електричкою. Не пам'ятав як їхав, хто був рядом. Яке порушення свідомості було у хворого?

А. Астенічна спутанність.

Б. Амбулаторний автоматизм.

В. Сопор.

Д. Оглушення.

Е. Обнубіляція.

Відповідь-Б.Амбулаторний автоматизм.

10. Хвора, 19 років. За день до весілля вбили її нареченого. В день похорон плакала, часто падала в обморок. Потім стала веселою, підходила до трупу, намагаючись його підняти, говорила: "Досить спати, поїхали вінчатися". Здивовано дивилась на оточуючих. „Чого ви плачете, у мене ж весілля". Потім розказувала, що бачили багато квітів і думала, що їх принесли на весілля. Що за розлад свідомості був у дівчини?

А. Амбулаторний автоматизм.

Б. Делірій.

В. Оглушення.

Д. Обнубіляція.

Е. Істерична сутінкова свідомість.

Відповідь- Е. Істерична сутінкова свідомість.

11. Хвора сидить в постелі, недоступна контакту, не реагує на звертання до неї. Вираз обличчя то тривожний, то радісний. Такий стан тривав декілька днів. По виходу з нього розказала, що ніби-то вона летить в космічному кораблі, мимо пропливають яскраві зірки. Її дивувало те, що за вікном вона бачила як по вулиці ходять люди. Потім корабель приземлився, вона іде по красивій дорожці, устланій красним килимом до трибуни, на якій стоять члени уряду. Яке порушення свідомості було у хворої?

А. Делірій.

Б. Аменція.

В. Онейроїд.

Д. Сутінкова свідомість.

Е. Обнубіляція.

Відповідь- В. Онейроїд.

12. Після травми черепа хворий лежить нерухомо з закритими очима, на питання не відповідає. Інструкції не виконує. Корнеальні, зіничні, больові рефлекси збережені. Який розлад свідомості?

А. Делірій.

Б. Кома.

В. Сопор.

Д. Обнубіляція.

Е. Оглушення.

Відповідь- В. Сопор

13. Хвора, 15 років, з метою самогубства випила 10 пігулок бесалолу. Астенізована, сонлива. За своєю ініціативою не з ким не контактує, лежить з закритими очима. При зверненні до неї повертає обличчя, починає говорити, але після 2-3 слів щось незрозуміле бормоче. Трохи відпочивши знову щось може сказати, потім замовкає. Який розлад свідомості?

А. Обнубіляція.

Б. Сопор.

В. Астенічна спутанність.

Д.Оглушення.

Е. Делірій.

Відповідь- В. Астенічна спутанність.

Тести III рівня

1. Що характерно для онейроїда?

А. Псевдогалюцинації.

Б. Кататонічний ступор.

В. Істинні галюцинації.

Д. Ало- і аутопсихічна дезорієнтація.

Е. По тривалості коротший за делірій.

Відповідь –А, Б, Д.

2. Що відноситься до різновидів сутінкового заборочення свідомості?

А. Транс.

Б. Синдром Ганзера.

В. Абсанс.

Д. Паталогічний афект.

Е. Дромоманія.

Відповідь- А, Б, Д.

3. При яких захворюваннях може бути сутінкове заборочення свідомості?

А. Шизофренії.

Б. Неврастенії.

В. Епілепсії.

Д. Істерії.

Е. Реактивних психозах.

Відповідь- В, Д, Е.

4. При яких захворюваннях може спостерігатися делірій?

А. Алкоголізм.

Б. Епілепсія.

В. Шизофренія.

Д. Неврастенія.

Е. Грип.

Відповідь: А, Б, Е.

5. Які симптоми характерні для аментивної свідомості?

А. Ступор.

Б. Розгубленність.

В. Символічне мислення.

Д. Інкогерентне мислення.

Е. Відсутність алопсихічної та аутопсихічної орієнтації.

Відповідь- Б, Д, Е.

6. Пацієнтка, 23 років. Два місяці тому отримала ЧМТ, декілька хвилин була без свідомості, потім протягом декількох годин наголошувалася нудота і одноразова блювота. Наступного дня після травми з'явилися судорожні пароксизми з частотою декілька разів на тиждень, що протікали з втратою свідомості, мимовільним сечовипусканням і дефекацією, прикусом язика. Які додаткові дослідження слід призначити в даному випадку:

А. ЕЕГ

В. РЕГ

С. КТ

Д. МРТ

Е. УЗД судин

Задачі III рівня

1. Мати хлопчика 10 років звернулась до лікаря-психіатра на скарги, що син кожної ночі через годину після засипання встає з ліжка, з відкритими очима ходить повільно по кімнаті, доторкується до речей. Через півгодини йде до свого ліжка і знову засипає. Вранці нічого не пам'ятає, що з ним було?

а) Як розцінити стан хлопчика?

б) Який критерій важливий для діагностики?

в) Яка параклінічне дослідження необхідно зробити?

Відповідь:

а) сноходіння

б) спробувати розбудити дитину. Це вдається при невротичному сноходінні. При епілептичному неможливо.

в) На підозру епілепсії треба зробити ЕЕГ дослідження.

VII. 4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

Навчальні завдання	Вказівки до завдання	Відповідь
ВИВЧИТИ		
1. Нейропсихологічні механізми свідомості.	Теорії свідомості в історичному аспекті та сучасні погляди на свідомість	
2. Класифікацію розладів свідомості.	Перелічити основні діагностичні ознаки мозкових інсультів (ішемічних та геморагічних)	
3. Клінічні прояви кількісних порушень свідомості.	Вивчити клінічні прояви оглушення, сопора, коми.	
4. Клінічні прояви якісних розладів свідомості.	Визначити симптоми деліріозного, онейроїдного, сутінкового та аментивного порушення свідомості.	
5. Диференційна діагностика порушень свідомості.	Заповнити таблицю диференціальної діагностики кількісних та якісних порушень свідомості.	
6. Захворювання, при яких зустрічаються розлади свідомості.	Визначити екзогенні, ендогенні та психогенні причини.	

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

А. Навчальна (основна і додаткова)

Основна:

1. Психітрія. Під ред. професора О.К.Напрієнка.-Київ,2001.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: Изд.2-е перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995.
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985.
4. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клінічний посібник. – Харків, 2001.
5. Снежневский А.В. Общая психопатология. - М.: Медпресс, 2008.
6. Самохвалов В.П. Психиатрическая клиника, Симферополь, 2007, – 607 с.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: «Медицина», 2000. - 496 с.
8. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей. – М.: Изд-во института психотерапии, изд-во НГМА, 2000. – 320 с.
9. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь. – 2001. – 426 с.
10. Психиатрия и наркология : учебник для студ. спец. «Лечебное дело» учрежд, обеспечивающих получение высш. образ. / под общ. ред. А. А. Кирпиченко. - Минск : Высшэйшая школа, 2005. – 573, [1] с.
11. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учебное пособие/ Е.И. Скугаревская [и др.]. Минск: Высшэйшая школа, 2006. 454с.
12. Кирпиченко, А. А. Психиатрия : учеб. для студ. ВУЗ / А. А. Кирпиченко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Минск : Высшэйшая школа, 2001. - 606 с. : ил., фот. Арана, Дж. Фармакотерапия психических расстройств / Дж. Арана, Дж. Розенбаум: пер. с англ., М.: изд-во БИНОМ, 2004. – 416 с.
13. Международная Классификация Болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — 1994. – 302 с.

- 14.Руководство по психиатрии. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская [и др.]; под ред. А.С. Тиганова. // В 2 т., Т.1 – М.: медицина, 1999. – 712 с.
- 15.Шейдер, Р. Психиатрия / Р. Шейдер. – М.: практика, 1994. – 485 с.
- 16.Авруцкий, Г.Я. Лечение психических больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Анедува. – М.: медицина. – 1988. – 527 с.
- 17.Вейн, А.М. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике / А.М. Вейн, С.Н. Мосолова. – СПб.: медицинское информационное агентство, 1994. – 336 с.
- 18.Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.
- 19.Доброхотова, Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – М.: БИНОМ, 2006. – 304 с.
- 20.Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. / Главный редактор Т.Б. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
- 21.Психиатрия позднего возраста: в 2 т. \ Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер: пер. с англ. / Под общ. ред. В. Позняка. – 2003.
- 22.Эффективная терапия посттравматического расстройства стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. – М.: Когито-центр, 2005. – 467с.

Додаткова:

1. Божович Л.І. Особистість і її формування в дитячому віці. - СПб .: Питер, 2009.
2. Виготський Л.С. Проблема волі та її розвиток у дитячому віці // Собр. соч. в 6 т. Т. 2. М .: Педагогіка, 1982. С. 454-465.
3. Вилюнас В.К. Психологічні механізми мотивації людини. - М .: Изд-во МГУ, 1990.
4. Гогун Є.М., Мартянов Б.І. Психологія фізичного виховання і спорту. - М .: Академія, 2002.

5. Іванніков В.А. Психологічні механізми вольової регуляції. - М .: Изд-во МГУ, 1991.
6. Ільїн Є.П. Мотивація і мотиви. - СПб .: Питер, 2000.
7. Ільїн Є.П. Психологія волі. - СПб .: Питер, 2000.
8. Калинин В.К. Класифікація вольових якостей. Емоційно-вольова регуляція поведінки і діяльності. - Сімферополь, 1983.
9. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – В 2-х томах, пер. с англ. – М.: Медицина, 1994.
10. Леонтьев О.Н. Лекції з загальної психології. - М .: Сенс, Академія, +2010.
11. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Изд. 2-е доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1983.
12. Психологія індивідуальних відмінностей. / Под ред. Ю.Б. Гіппенрейтер. - М .: Че Ро, +2000.
13. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – СПб, 1999.
14. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – Т. 1-3, М.: 1955-1965.
15. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1973.
16. Ясман Л.В., Данюков В.Н. Основы детской психопатологии. Учебно-методическое пособие. – М., 1999.