

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «**Клінічна психологія**»
обов'язкових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №7: «Розлади свідомості та самосвідомості.

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2022 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент, Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

План лекції (4 год):

1. Поняття свідомості, її складові та властивості
2. Класифікація розладів свідомості.
3. Синдроми порушеної свідомості.
4. Порушення самосвідомості.

Рекомендована література:

Основна:

1. Ільїна Н. Клінічна психологія: навчальний посібник. Вид: «Університетська книга». 2020. 163 с.
2. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
3. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2016, 368 с.
4. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. Для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с
5. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Одеса: Астропринт, 2018. 287 с.

Допоміжна:

6. Бітенський В. С., Горячев П. І., Мельник Е. В. та ін.; За ред. В. С. Бітенського. Психіатрія: курс лекцій: навч. посібник. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2014. 354 с.
7. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Прокопович Є.М. та ін.. Патопсихологія. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Видавництво ТОВ "КММ", 2012. 210 с.
8. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 208 с. Електронний ресурс.
9. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.

Конспект лекції

Питання 1. Поняття свідомості, її складові та властивості

Свідомість - це вища форма відображення об'єктивної реальності, властива виключно людині.

Клінічні психологи і психіатри зіткнулися з проблемою критеріїв діагностики порушеної свідомості.

К. Ясперс розглядав свідомість як фон, на якому відбувається зміна різних психічних феноменів. Тому *при душевних захворюваннях свідомість може порушуватися незалежно від інших форм психічної діяльності* (Наприклад: марення при ясній свідомості; порушено мислення, пам'ять при ясній свідомості).

Одним з основних питань даної проблеми є питання щодо критеріїв діагностики порушеної свідомості.

К.Ясперс (1923) сформулював наступні чотири *критерії порушення свідомості*:

- відчуженість від навколишнього світу - втрата здатності сприймати події, що відбуваються, аналізувати, використовувати минулий досвід і робити відповідні висновки;
- дезорієнтація - порушення орієнтування в місці, часу, ситуації, власній особистості (хворий не знає, де знаходиться, скільки йому років, який час року і ін.);
- порушення мислення - ослаблення суджень, незв'язність;
- амнезія на період порушеної свідомості (повна або часткова).

Для встановлення порушення свідомості необхідно виявити у хворого всі чотири ознаки. Сучасні автори в якості критерію порушеної свідомості виділяють також емоційно-рухові порушення.

Питання 2. Класифікація розладів свідомості.

Порушення свідомості при психічних розладах зустрічаються досить часто. Як відомо,

Види порушень свідомості.

У клінічній практиці розрізняють дві великі групи порушень свідомості:

- по типу виключення (оглушення) - характеризується порушенням рівня свідомості;
- по типу потьмарення (делірій, онейроид, сутінки, аменція і ін.) – якісні зміни свідомості.

При їх відсутності, але наявності будь-яких інших психопатологічних симптомів говорять про непорушену свідомість. Цей поділ є досить умовним, тому що часто буває дуже важко визначити, в якій конкретній формі виражається порушення свідомості у хворого. На практиці зустрічаються випадки поєднання різних форм (напр. деліріозно-аментивний синдром, сопорозно-коматозний стан і ін.).

Питання 3. Синдроми порушеної свідомості.

Порушення свідомості по типу виключення.

Типовим варіантом порушеної свідомості по типу виключення є оглушення. Це найчастіший варіант порушення свідомості.

Оглушення характеризується двома основними ознаками: підвищенням порогу до всіх подразників і збіднінням психічної діяльності, зокрема

(уповільненням асоціативних процесів, рухової загальмованістю, гіпомімією, збіднінням емоційних реакцій, є труднощі осмислення складних інструкцій, ситуації в цілому. Хворі нерухомі, непомітні, справляють враження як би сонних. Не характерна продуктивна симптоматика (ніколи не буває марення і галюцинацій). Грубе орієнтування збережено, але більш тонке і диференційоване є порушеним. Після виходу зі стану оглушення в пам'яті зберігаються окремі фрагменти ситуації.

Оглушення може бути різного ступеня тяжкості:

- обнубіляція - найлегша форма;
- сопор - більш важка форма (напівнепритомний стані);
- кома - несвідомий стан.

Всі ці стадії в зворотному порядку легко спостерігати при виведенні хворого з коматозного стану.

Часто хворі виходять зі стану оглушення з деменцією.

Синдроми виключення свідомості є ознакою важкого ураження головного мозку і спостерігаються при інтоксикаціях, розладах обміну речовин (уремія, діабет, печінкова недостатність), травмах головного мозку та об'ємних процесах (пухлини, кісти). Часто бувають у хворих на епілепсію після великих епілептичних нападів, малі напади епілепсії можуть протікати з оглушенням.

Дані стани тривають від кількох хвилин до годин і днів (рідше - тижнів, місяців).

До кількісних розладів свідомості відносять також надяскраву свідомість.

Порушення свідомості по типу потьмарення.

Делірій - ілюзорно-галюцинаторне затьмарення свідомості, що супроводжується зниженням порога до всіх подразників. Хворий не просто дезорієнтований, він хибно орієнтований у часі і просторі.

Відзначається психомоторне збудження (людина «на сцені»). Виявляються справжні складні галюцинації з переважанням зорових обманів. Хворі висловлюють поліморфні, уривчасті маячні ідеї, тісно пов'язані із сюжетом галюцинацій. Емоційний стан характеризується страхом або ейфорією або примхливим настроєм. Розлади посилюються під вечір. Під час люцидних «вікон» і на виході відзначаються астения, симптоми галюцинаторної готовності, резидуальне марення, часткова амнезія реальних подій із збереженням спогадів про хворобливі переживання (пізніше вони тьмяніють і зберігаються тільки деякі епізоди).

Делірій триває 3-7 днів. Спостерігається у хворих з органічними ураженнями головного мозку, при гострих інфекціях, опікової хвороби, отруєння чадним газом, атропіном. У більшості випадків прогноз сприятливий.

Онейроїд або сновидне затьмарення свідомості - затьмарення свідомості з впливом мимоволі виникаючих фантастичних уявлень, ізольованих, то химерно переплітаючих з спотворено сприйнятими деталями навколишнього. Виникаючі картини (мрії), схожі на сновидіння, слідує одна за одною в

певній послідовності так, що одна подія як би впливає з іншого, тобто відрізняється сценopodobністю. Характерні яскраві фантастичні галюцинації (псевдо-), маячні ідеї інсценізації, фантастична маячня. Характерна двоїстість орієнтування. Відзначається дисоціація між розвиваючими подіями у свідомості хворого фантастики і нерухомості (ступор) або безглуздим збудженням (кататонічне збудження).

Триває кілька тижнів. По закінченні онейроїда зберігаються уривчасті, але все ж досить докладні спогади про зміст галюцинаторно-маревних переживань, тоді як події реальної дійсності і фактична поведінка хворого їм амнезується. Спостерігається найчастіше при шизофренії.

Аменція (безумство) - характеризується розгубленістю (гостре безглуздя) з афектом подиву і інкогеренцією (незв'язністю) і проявляється неможливістю або важкістю розуміння подій, що відбуваються, ситуації в цілому. Характерна повна дезорієнтація. Відзначається крайня виснаженість, коливання емоційного фону: то страх, то невмотивована агресія. Збудження обмежено межами ліжка (яктація, червоподібні рухи тулуба). Збудження супроводжується майже повною відсутністю сну і відмовою від їжі.

Триває кілька тижнів і місяців. Це одне з небагатьох в психіатрії станів, що призводять в частині випадків до летального результату. Спостерігається частіше при тяжких інфекціях, хронічних соматичних захворюваннях, органічних захворюваннях головного мозку.

Сутінкове потьмарення свідомості - характеризується раптовим настанням, нетривалістю і раптовим припиненням. Закінчується критично, нерідко наступним глибоким сном. Характеризується повною амнезією. Характерні автоматизовані дії, які зовні нагадують цілеспрямовані. Зазвичай здатність до контакту буває різко порушена, але при трансах з відносно невеликою глибиною розлади свідомості можливо спонтанна, ні до кого не звернена мова і навіть формальний контакт. Наявність марення і маячних інтерпретацій окремих сприйнять веде до скоєння хворими невмотивованих вчинків (фуги) і навіть вбивства. Для цього стану характерна амнезія на весь період сутінкового стану свідомості. Амнезія спостерігається також при інших психічних еквівалентах, при виході зі стану порушеної свідомості

Сутінки можуть тривати від хвилин до годин, навіть днів. Вихід спонтанний. Приступ сутінкового стану закінчується критично, нерідко з наступним глибоким сном.

Варіанти сутінок: непсихотичні і психотичні.

Питання 4. Порушення самосвідомості.

Найчастіше порушення самосвідомості зустрічаються при шизофренії, маніакально-депресивний розладах. Розлади самосвідомості більш тривалі, ніж розлади свідомості і протікають дні, тижні, місяці.

При розладах самосвідомості у людини, як правило, зберігається спогади про те, якою вона була до хвороби. Актуальний стан розцінюється хворим як хворобливий, неприродний. Зберігається здатність порівнювати себе

до хвороби і в момент хвороби, аналізувати зміни, що відбулися, часто - досить болісно. Іноді хворий приховує свої переживання, а іноді навпаки, охоче розповідає, описує.

Варіанти порушень самосвідомості.

1. Розлад самосвідомості вітальності.

Виявляються в тому, що хворі не впевнені у власній життєвості. В крайньому варіанті хворий втрачає уявлення про те, чи живий він чи ні. У легкому варіанті - зазначає розлади функціонування життєвих органів («зник шлунок, як я можу їсти»). Суб'єктивний стан вкрай важкий, супроводжується депресивними розладами.

Найчастіше зустрічається у хворих на шизофренію, при біполярному афективному розладі.

2. Розлад самосвідомості активності.

Виявляється у відчутті утруднення, уповільнення протікання почуттів, мислення, моторики. Іноді хворий відчуває зупинку почуттів, мислення «не можу мислити»).

3. Порушення самосвідомості ідентичності.

Виявляється в тому, що хворі не впевнені в своїй тілесній і психічній ідентичності від моменту народження до теперішнього моменту. Вони вважають, що його теперішнє «Я» замінено, воно не те, що було кілька місяців тому, воно не справжнє. Це може поширюватися і на родичів («не мої батьки, їх підмінили»). У важких випадках хворий перестає відчувати хто він.

4. Розлад самосвідомості цілісності.

Порушення усвідомлення себе як єдиного нерозривного цілого. Наприклад: хворий не впевнений, його це рука чи ні. Часто перед дзеркалом намагаються інтегрувати своє «Я».

5. Розлади кордонів самосвідомості.

Хворий втрачає кордон меду «Я» і зовнішнім світом, аж до повного зникнення відмінності між «Я» і «не Я», відмінності між внутрішнім і зовнішнім. Суб'єктивно це порушення сприймається як почуття відкритості (наприклад: «мої думки доступні для оточуючих, вони їх читають»).

6. Порушення самосвідомості за типом деперсоналізації.

Зустрічається при ЧМТ, шизофренії, епілепсії та ін.

Порушення самосвідомості за типом деперсоналізації зустрічається частіше, ніж інші розлади самосвідомості. Характеризується зміною або відчуженням своїх психічних або фізичних властивостей. Відчуття, думки, уявлення, бажання, почуття, рухи, мова, фізіологічні відправлення здаються людині або зміненими, або чужими і цій особі не належать.

Залежно від вираженості порушень розлади «Я» проявляються по різному: від дифузного почуття загальної зміни, відчуження «Я» до більш важких розладів у вигляді повного зникнення «Я», трансформації «Я» в будь-який інший одухотворений або неживий предмет (в зв'язку з чим хворі часто тягнуться до дзеркала).

Синдром деперсоналізації часто поєднується з явищем дереалізації: у хворого є не тільки порушення «Я», а й розлади сприйняття навколишнього. Навколишнє теж змінюється: воно може здаватися віддаленим, неживим, нерухомим, застиглим, невиразним, безбарвним, плоским. Можуть бути сумніви в дійсності існування морського або неживих предметів, і навіть всього світу.

У хворих з порушеннями самосвідомості, як правило, виникає нова провідна діяльність - діяльність самосприйняття. Так як у людини завжди є незвичайні відчуття, які дуже значимі, ця діяльність стає змістотворною, провідною в ієрархії інших діяльностей. Хворі закидають свої колишні справи, ні про що не можуть думати, крім власних незвичайних станів і причин їх виникнення. Часто виглядають в дзеркало, обмацують себе.