

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

*Факультет №6  
Кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

з навчальної дисципліни «**Основи психіатрії**»  
вибіркових компонент освітньої програми першого  
(бакалаврського) рівня вищої освіти

*053 Психологія (практична психологія)*

**Тема №8 «Розлади свідомості»**

**Харків 2023**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

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

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол від 15.08.2023 №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 та критерії діагностики її порушень
2. Кількісні розлади свідомості.
3. Якісні розлади свідомості.
4. Істеричні сутінкові розлади свідомості.
5. Виключні стани.
6. Методи визначення стану свідомості та її порушень

### **Рекомендована література**

#### **Основна:**

1. 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.
2. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва. К.: ВСВ «Медицина», 2019. 344 с.
3. 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.
4. Психіатрія і наркологія: підручник / Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Н.Ю. Напрєєнко ; за ред. О.К. Напрєєнка. 3-є вид., випр. К. : ВСВ «Медицина», 2017. 424 с.
5. Психіатрія і наркологія : підручник / О. К. Напрєєнко, М. І. Винник, І. Й. Влох, О. З. Голубков, О. А. Двірський; ред.: О. К. Напрєєнко. К. : Медицина, 2018. 527 с.

#### **Допоміжна:**

1. Кузнецов В.М. Невідкладна допомога в психіатрії / В кн.: Швидка та невідкладна медична допомога / За ред. проф. І.С. Зозулі, І.С. Чекмана. К.: Здоров'я, 2002. С.514 -532.
2. Левенець І. В. Судова психіатрія: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. 328 с.
3. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб./ за ред.. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І., - К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. 92с.

### **Текст лекції**

#### **Питання 1. Поняття свідомості та критерії діагностики її порушень**

Порушення свідомості при психічних розладах зустрічаються досить часто. Як відомо, **свідомість** - це вища форма відображення об'єктивної реальності, властива виключно людині.

К. Ясперс розглядає 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.

#### ***Види порушень свідомості.***

У клінічній практиці розрізняють дві великі групи порушень свідомості:

- **кількісні порушення свідомості - по типу виключення** (оглушення) - характеризується порушенням рівня свідомості;
- **якісні порушення свідомості - по типу потьмарення** (делірій, онейроїд, сутінки, аменція і ін.).

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.).

Слід зазначити, що існують **фізіологічні зміни свідомості**, які виникають при *втомі, під час сну, при емоційно-стресових ситуаціях*.

Ясною свідомістю вважається стан, в якому суб'єкт здатний орієнтуватися у власній особистості, місці, часу, ситуації, оточуючих осіб і при цьому у нього немає порушень в жодній з психічних сфер.

## **Питання 2. Кількісні розлади свідомості.**

### ***Кількісні розлади. Це неспсихотичні розлади свідомості.***

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.

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.

У разі *над яскравої свідомості* для людини характерна висока напруженість нервових процесів - все сприймається яскраво, соковито, прискорюються асоціації, загострюються спогади. Зустрічається при інтоксикаціях кокаїном, при первинному впливі наркотиків, маніакальних, епілептичних епізодах.

### **Питання 3. Якісні розлади свідомості.**

*Це психотичні розлади свідомості по типу потьмарення*

**Делірій (деліріозний синдром)** – галюцинаторне потьмарення свідомості з переважанням:

- істинних галюцинацій (зорових галюцинацій) та ілюзій,
- образного маячення,
- рухового збудження, яке за характером відповідає викривленому сприйняттю оточуючого (*поведінка хворих визначається змістом галюцинаторних образів*).

У хворого порушено алопсихичне орієнтування (у місці, часі, ситуації) і збережено аутопсихичне (у власній особистості).

Може бути вегето-вісцеральна симптоматика.

Делірій найчастіше зустрічається при алкогольному делірії – т. зв. “білій гарячці”.

**Онейроїд** - сноподібне, фантастично-маячне викривлення (потьмарення) свідомості.

Онейроїд розвивається поступово і починається з афективних розладів. Депресивні або маніакальні стани поєднуються з порушеннями сну, апетиту, головним болем, неприємними відчуттями області серця.

Хворий вважає навколишнє незрозумілим, зміненим, наповненим лиховісним змістом. З'являється несвідомий страх чи передчуття лиха, що загрожує, іноді божевілля, смерті. Хворому здається, що його переслідують, що він важко хворий, з'являється розгубленість, маревне орієнтування в навколишньому, неадекватні вчинки. При цьому виникає відчуття, що довкола хворого щось відбувається, якась дія - як у кіно чи спектаклі, і хворий є то учасником, то глядачем; відбувається перевтілення одних осіб в інших. Періодично виникає мовно-рухова збудливість чи загальмованість.

Далі з'являється ілюзорне сприйняття навколишнього світу, що поєднане з фантастичними уявленнями. Фантастичні уявлення виникають мимоволі та містять видозмінені фрагменти баченого, почутого, пережитого, прочитаного, котрі вигадливо переплітаються з перекручено сприйнятими деталями навколишнього; виникаючі картини відрізняються сценоподібністю, схожі на сновидіння.

При розгорнутому, повному онейроїді відбувається насування мимовільно виникаючих у свідомості фантастичних зорових псевдогалюцинацій надзвичайної виразності, перед «внутрішнім оком» хворого проходять сцени грандіозних подій, у яких він є головним персонажем. Галюцинації то повністю заволодівають свідомістю хворих, і ті навіть не помічають оточуючого, то дивним чином поєднуються з окремими елементами навколишньої обстановки. Поступово збільшується вираженість рухових розладів у вигляді ступору, хворі стають безмовними, мовний контакт із ними неможливий.

Характерний зовнішній вигляд хворих у такому стані відомий психіатр В. Грізенгер описав так: «Вони мовчазні, бездіяльні, майже нерухомі і тільки погляд, в якому змінюються то піднесення, то відстороненість, страх чи звернене всередину себе здивування, що свідчать про те, що з ними коїться щось незвичайне».

Пізніше, коли психоз минає, хворі розповідають, що були тоді свідками грандіозних, фантастичного змісту подій (наприклад, споглядали за надзвичайними подіями війни різних світів)

Редукція симптомів онейроїду відбувається поступово, у зворотному порядку відносно їхньої появи. Частково зберігається пам'ять на болісні переживання, а реальні події амнезуються.

*Форми онейроїду:*

- ендогенна форма - у разі шизофренії;
- екзогенно-органічна - у разі судинних, соматогенних психозів, у віддалений період після черепно-мозкової травми, при сенільних психозах, гострих інтоксикаціях.

У людей похилого віку онейроїд спостерігається рідко.

**Аменція.**

**Аменція** (лат. а – без + mens – розум, розум) – глибокий ступінь розладу свідомості, що може виникнути *при тяжких інтоксикаціях, рідше при шизофренії*.

Аментивному стану властива **безладність всіх видів психічної діяльності**. Сприйняття зовнішнього світу спотворено та фрагментарно. Галюцинаторні переживання позбавлені тематичного змісту, вони нескладні, епізодичні. Характерна інкогерентність мислення (безглуздий набір слів) з відповідно безладною мовою. Маячні переживання також уривчасті і нескладні. Емоції неадекватні та непостійні, один афект може швидко перейти до іншого. Наявне хаотичне рухове збудження (частіше в межах ліжка). Рухи хворих мають непослідовний, недоцільний характер. Тобто, характерно беззв'язне, хаотичне мовне-рухове збудження і розгубленість.

Порушені всі види орієнтування (зокрема орієнтування у своїй особистості). У пам'яті хворого можуть залишитись лише окремі фрагменти пережи-

вань, частіше буває повна амнезія. Триває аменція від кількох днів за кілька місяців.

**Сутінкове потьмарення свідомості** - раптова втрата ясності свідомості з повною відчуженістю від навколишнього, що *триває від декількох хвилин до декількох діб*. Це транзиторний стан.

За клінічними проявами сутінкове потьмарення свідомості підрозділяється на:

- просту форму;
- психотичну форму;

Але між ними немає чітких границь.

**Проста форма** виникає *раптово*, хворий відключається від реальності, дезорієнтується в місці перебування, часі, оточенні, у власній особистості.

Вступити у мовний контакт із ним неможливо, мова або відсутня зовсім або може складатися з окремих слів чи коротких фраз, що часто повторюються. Рухи сповільнені та збіднені аж до розвитку короткочасного ступору, що змінюється епізодами імпульсивного збудження.

Іноді може зберігатися зовні цілеспрямована діяльність. Хворі можуть пересуватися на далекі відстані, при цьому можуть користатися транспортом, переходити вулицю в призначеному для цього місці і т.д. У такому випадку говорять про **амбулаторний автоматизм**.

**Амбулаторний автоматизм (фуга, транс)** – мимовільне блукання у стані зміненої свідомості. Люди у такому стані здійснюють автоматизовані рухи та дії. Наприклад, вийшовши з дому з певною метою, раптом несподівано й незрозуміло для себе опиняються у протилежному кінці міста. Під час такої не-свідомої подорожі вони механічно переходять вулицю, їдуть міським транспортом, відповідають на нескладні питання. Навколишнє сприймається ними нечітко, на зовнішні подразники хворі реагують автоматичними виразами і діями. Зовні вони нагадують заглиблених у свої думки людей.

Тривалість порушення свідомості – від кількох хвилин до кількох днів і тижнів; в останньому випадку хворі можуть здійснювати тривалі подорожі, наприклад, переїхати з одного міста в інше, здивувавшись цьому, коли повертаються до тям. Короткочасні амбулаторні автоматизми носять назви *фуги* (хвилини), *трансу* (від хвилин до кількох діб).

Закінчуються ці стани частіше глибоким сном, а надалі відзначається амнезія.

При амбулаторному автоматизмі ніколи не буває галюцинацій, марення та розладів емоцій.

Зустрічається у хворих на епілепсію.

Амбулаторний автоматизм, що виникає під час сну, називають **сомнамбулізмом** чи **лунатизмом** (сноходження, сноговоріння).

**Проста форма** сутінкового потьмарення свідомості може *тривати хвилини - години і супроводжується повною амнезією*.

**Психотична форма сутінкового** потьмарення свідомості супроводжується *галюцинаціями, маренням і зміненим настроєм*. У болісних переживаннях переважають зорові галюцинації застрашливого змісту: автомобіль, потяг чи літак, який мчить на хворого, будинки, які обрушуються, вода що підступає,

погоня та ін. Слухові галюцинації часто оглушливі - вибухи, тупіт, грім; нюхові - теж неприємного змісту - запах горілого, сечі. Маревні ідеї, як правило, переслідування, фізичного знищення, спостерігаються релігійно-містичні маревні висловлювання. Ці переживання супроводжуються бурхливими емоційними розладами у вигляді страху, несамопитої злості чи люті. Рухове збудження найчастіше у формі безглуздих руйнівних дій, спрямованих на оточуючих. Слова і дії хворих відображують існуючі в даний момент болісні переживання.

Хворий у такому стані може вчиняти надзвичайно жорстокі акти агресії. Пізніше настає повна байдужість до скоєного, психічна розрядка. Зберігаються або уривчасті, смутні спогади минулих подій, що потім забуваються (ретардована амнезія), або відразу настає повна амнезія.

Сутінкове потьмарення свідомості спостерігається найчастіше у разі *епілепсії і травматичних уражень головного мозку*.

#### **Питання 4. Істеричні сутінкові розлади свідомості.**

Поряд з наведеними формами сутінкового потьмарення свідомості спостерігаються *«сутінки»*, які можна визначити як істеричні. Вони виникають після психічних травм і в поведінці хворих відбивається зміст психічної травми. Найчастіше спостерігаються такі форми істеричного сутінкового потьмарення свідомості як пуерилізм, псевдодеменція, синдром Ганзера.

**Пуерилізм** найчастіше виникає в ситуації загрози покарання за здійснений вчинок. У поведінці хворого явно простежується «віковий регрес особистості» з рисами дитячої поведінки - звертання до офіційних осіб як до «дядь» і «тьоть» з намаганням залізти до них на руки, лепет, рачкування та ін. Одночасно простежують набуті навички дорослої людини (паління).

**Псевдодеменція** - сутінковий стан свідомості з неправильними формами поведінки і яскравою демонстрацією недоумкуватості. Хворі не можуть виконати прості інструкції, але при цьому виконують більш складні завдання.

**Синдром Ганзера** - сутінковий стан свідомості, за якого хворі відповідають не по суті поставленого питання - «мимомова», хоча відповідь хворого завжди існує в контексті бесіди з ним. Також є «момодії».

Мимомова проявляється в свідомо безглуздох, абсурдних відповідях на найпростіші питання. Наприклад, хворий не може правильно відповісти скільки пальців у нього на руці.

Мимодії трапляються рідше за часи розмови і виявляються в неправильних діях у відповідь на елементарні вказівки. Наприклад, пацієнт піднімає руку замість ноги, намагається вдягнути сорочку на ноги, а штани – на руки.

При дослідженні шкірної чутливості хворий із синдромом Ганзера не реагує на холод, тепло та больові подразники (укол шпилькою).

Орієнтування в навколишньому порушено, зв'язок із зовнішнім світом різко обмежений, сприйняття реальності утруднено. Пацієнт повністю зосереджений на вузькому колі проблем. Виникають афективні порушення, спостерігаються коливання від тривоги та страху до радості та оптимізму.

При синдромі Ганзера можуть виявлятися галюцинаторні розлади. Галюцинації переважно зорові, як правило, пов'язані з реальною ситуацією, що нерідко лякають. Носять сценічноподібний характер, можуть включати судові засідання, читання вироку тощо.



Наведені вище форми психозу можуть тривати кілька днів і супроводжуються тотальною амнезією.

Таким хворим потрібна медична допомога. Однак, може бути спонтанний вихід при благоприємному вирішенні трамівної ситуації.

### **Питання 5. Виняткові стани.**

**Виняткові стани** - група гострих короточасних розладів психічної діяльності, різних за етіологією, але багато в чому подібних за клінічними ознаками. Ці розлади починаються раптово у зв'язку із зовнішньою ситуацією, вони нетривалі, супроводжуються порушеною свідомістю та повною чи частковою амнезією.

Виняткові стани виникають у осіб, які не страждають на психічні захворювання та, як правило, являють собою єдиний епізод у житті.

До виняткових станів відносяться:

- патологічний афект,
- патологічний стан пробудження,
- реакція «короткого замикання»;
- патологічне сп'яніння.

Доцільність та клінічна виправданість виділення виняткових станів у самостійну групу підтверджуються практикою судово-психіатричної експертизи. Перед експертами часто порушуються питання про психічний стан суб'єкта в момент здійснення суспільно- небезпечних дій. Тому обґрунтування самого поняття «винятковий стан» та розроблення діагностичних критеріїв проводять стосовно правових норм - питань осудності і неосудності.

### **Питання 6. Методи визначення стану свідомості та її порушень**

Під час бесіди з хворим у прямій і непрямій формах ставлять запитання, що дозволяють визначити, наскільки правильно хворий орієнтується у просторі, часі та навколишніх особах. Зокрема, хворого запитують, котра година, який день тижня, число, місяць та рік, де він знаходиться, з ким веде бесіду, хто його оточує.

Стан самосвідомості визначається за здатністю хворого правильно називати свої паспортні дані (стать, вік, число, місяць і місце народження, прізвище, ім'я, по батькові), повідомити свою біографію, дати характеристику своїм професійним, особистісним, характерологічним та іншим особливостям і якостям.

У разі вивчення ступеня ясності свідомості враховуються легкість і швидкість сприйняття хворим запитань лікаря, розуміння змісту найпростіших (і більш складних) запитань, швидкість, силу і виразність відповідних мовних, емоційних і поведінкових реакцій, загальний стан, наявність безумовних рефлексів.

Дослідження внутрішньої картини хвороби містить у собі виявлення різних аспектів відношення та розуміння хворим свого захворювання. З цією метою в процесі бесіди лікар цікавиться, як хворий оцінює своє захворювання, причини, що спричинили його, яким чином захворювання може відбитися, на його думку, на майбутньому, які спричинює внутрішні переживання, страхи,

думки і т.п.

Для дослідження самосвідомості можуть бути також використані експериментально- психологічні методи.

Застосовуються такі тести: методика самооцінки Дембо-Рубінштейна, методика самооцінки тривоги, працездатності, активності, настрою і самопочуття (ТРАНС), шкала самоповаги Розенберга та ін.

Хворі з порушеною свідомістю потребують постійного нагляду та уваги. Якщо порушення свідомості супроводжується мовно-руховим збудженням, необхідно цей стан купірувати і лише після цього транспортувати хворого.

Зважаючи на те, що у таких хворих порушене орієнтування, з'являються галюцинації та маревні ідеї, поведінка їх не передбачена. Це необхідно враховувати у разі організації нагляду та догляду за такими хворими.

Діагностування синдромів порушеної свідомості у пацієнта є показанням до невідкладної госпіталізації, тому що пацієнтам в цьому стані необхідна невідкладна лікарська допомога.

Згідно зі статтею 14 Закону України «Про психіатричну допомогу» наявність синдромів потьмарення свідомості у пацієнта є підставою для примусової госпіталізації його в психіатричний заклад.