

Р.Ф. Ихсанов

**Введение в психологию, патопсихологию
и психопатологию сознания**



2017

УДК 159.9

ББК 88.4

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор

Г.В. Акопов (СГСПУ)

доктор медицинских наук, доцент

О.С. Ковшова (СамГМУ)

Ихсанов Р.Ф. Введение в психологию, психопатологию и патопсихологию сознания: учебно-методическое пособие. – Самара: Изд. ООО «Порто-Принт», 2017. – 44 с.

В пособии коротко изложены принципы патопсихологического подхода к изучению сознания. Приведены основные позиции клинического понимания проблемы сознания. Пособие подготовлено на кафедре общей и социальной психологии СГСПУ, соответствует учебной программе дисциплин "Клиническая психология", «Патопсихология» и предназначено для студентов очной и заочной форм обучения.

ISBN 978-5-91867-120-7

© Ихсанов Р.Ф., 2017

© ООО «Порто-принт», 2017, оформление.

Введение

Специфика клинико-психологического подхода к тем или иным психическим феноменам состоит в том, что методы исследований должны быть эмпиричны, а выводы – ответственны. Клиницист не может позволить себе отвлеченных рассуждений, не приводящих к возможности предметного опытного изучения психики с лечебно-диагностическими целями. Такая позиция отличает клинический взгляд от академического осмысления психических явлений, которое может содержать многообразие суждений и субъективных идей, порой лишь манипулирующих иррациональными терминологическими сущностями, оторванными от реальной природы явлений.

В какой-то мере такое расхождение принципов объясняется тем, что объект исследования - *psyche* - есть субстанция неопределенная, по крайней мере, в естественнонаучном понимании. Важно, что наука о логике психических проявлений в поведенческих и эмоциональных реакциях организма при различных его состояниях и в различных ситуациях, непосредственно изучая такие свойства сознания как ощущение, память, восприятие и т.д., дает множество описательного материала о явлениях, называемых психическими. Наблюдение результатов осознания (когниции) ситуации при проведении психологических и психофизиологических исследований позволяет наглядно оценить спектр возможностей этих процессов и отчасти выявить их морфофункциональные субстратные корреляты.

Между тем фундаментальные вопросы психологии сознания продолжают звучать так же остро, как и на заре истории психологии: зачем человеку нужно сознание? Является ли сознание ресурсной функцией

эволюционирующего мозга? Можно ли описать, например, осознанное переживание боли лишь как неврологические события (как возбуждение С-волокон), а социальные конфликты - лишь как антагонистическую динамику живых материальных объектов? Возможно ли операциональное или даже инструментальное исследование сознания? Можем ли мы для этого определить сам предмет исследовательского внимания?

Над этими вопросами и предстоит задуматься слушателям курса «Введение в психологию, психопатологию и патопсихологию сознания».

- **Теоретические положения лекционного курса**

- **Сознание как функция мозга**

Мозг - энергоемкая морфофункциональная система, предназначенная для решения проблем адаптации. В основе такой организации мозга человека лежат общие для всех позвоночных принципы. Все формы энергии в виде химических соединений, электролиты, белки, жиры, углеводы и регуляторы метаболической активности мозга доставляются через кровеносное русло. В обратном направлении переносятся углекислый газ, продукты метаболизма и соединения, выполняющие нейрогормональные или регулирующие функции. При этом важно подчеркнуть, что уровень метаболизма мозга намного выше, чем других органов.

Головной мозг человека включается только для решения сложных задач, а в рутинной ситуации работает в фоновом режиме. Мозг способен получать информацию от органов чувств, хранить ее и обрабатывать. Он способен посылать сигналы мускулатуре, железам и внутренним органам, заставляя организм соответствовать изменяющимся условиям среды, - иначе говоря, мозг «познает» и «управляет». Если удастся поддерживать жизнь достаточно долго, то накопленная информация превращается в индивидуальный опыт, который позволяет предсказывать развитие повторяющихся событий, и, чем стабильнее окружающий мир, тем точнее прогноз.

Затраты на поддержание активной работы мозга сопоставимы с расходами на двигательную активность. Чрезмерное напряжение мозговой деятельности может вызвать гибель живого организма. У людей повышенная

активность мозга на протяжении 2-3 недель приводит к особому состоянию, условно называемому нервным истощением. То есть существует психофизиологическое препятствие, ограничивающее возможности всех высших приматов и человека. Оно состоит в энергозатратных ограничениях продолжительной работы мозга. Можно сказать, что в определенном смысле активное состояние центральной нервной системы не выгодно человеку. Кроме того, усиленное расходование ресурсов нервной системы противоречит основным принципам экономии энергии

Психофизиологические эксперименты и клинические наблюдения позволили установить многие важные для понимания механизмов «познающего» и «управляющего» мозга закономерности, добавив функцию «контроля». Прежде всего, это принцип "обратной связи", который был введен в физиологию П. К. Анохиным. Суть принципа "обратной связи" состоит в том, что любое адекватное действие саморегулирующейся системы может происходить лишь при условии получения ею своевременной информации о результатах предыдущего действия и динамике состояния окружающей среды. П. К. Анохиным были разработаны идеи "обратной афферентации", "афферентного синтеза", "опережающего отражения", которые характеризуют свойства нейронных структур, необходимые для формирования функции сознания.

Надо сказать, активность мозга ориентирована на решение потребностных задач организма, конкретизированных во влечениях. К способностям мозга человека относятся, кроме всего прочего, возможность абстрактного мышления и установления неочевидных связей между событиями, долговременный ретроспективный-перспективный анализ и критичность самооценки.

Если рассматривать жизнь как непрерывное течение, как естественный созидательный негэнтропийный процесс, конструктивную функцию всего организма, то жизнь приобретает динамический процессуальный смысл. В частности, одним из воплощений активности человека (и животных) является поисковое креативно-познавательное поведение, понимаемое как управляемое активное поведение в условиях афферентной, эфферентной прогностической неопределенности - это поиск полезного, целесообразного, необходимого для организма, либо популяции. При этом, чем больше вероятность появления ситуации, выходящей за пределы привычных

представлений и паттернов поведения, тем вероятнее энергозатратное обновление и обогащение психических и психомоторных функций, а также усиление произвольного контроля.

В концепции эмерджентности, которой придерживались многие «объективисты» от В. М. Бехтерева до современного английского нейрофизиолога С. Роуза, отдельные психические функции (например, мнемические) заключены не в каком-то небольшом наборе нейронов, а в общей структуре мозга, и должны пониматься как свойство всего мозга и даже целого организма на уровне целостной системы. С. Роуз, например, замечает, что моторные навыки кодируются не только в мозге, но и в целых комплексах изменений, затрагивающих мышцы и сухожилия. Человек как организм стремится структурировать изменчивую среду через ретро- и прогностическую познавательную психическую активность согласно своим нуждам (потребностям, влечениям) и возможностям (ментальным и физическим). Таким образом он превращает среду в непротиворечивую ситуацию, ориентируясь на чувственно-эмоциональные маркеры. Следовательно, одной из основных функций психической активности, - в том числе, сознания, - является познавательно-регулятивная. Но всегда ли мы можем воспользоваться такой функцией в полной мере?

- **Проблема измененных состояний сознания.**

Многие психологи и психиатры полагают, что термин "измененные состояния сознания" следует применять только при описании психики здоровых людей. Другие расширяют содержание этого термина, считая нарушения сознания, известные в психиатрии, лишь другим полюсом в континууме "нормальное сознание — нарушенное сознание". Таким образом, вся промежуточная область между этими полюсами и будет относиться к измененным состояниям сознания.

В любом случае, измененные состояния сознания — это состояния сознания, которые отличаются от обычного, нормального состояния сознания человека, но не являются патологическими в психиатрическом понимании.

Факторы возникновения измененных состояний многочисленны: они могут быть вызваны алкоголем, наркотиками, гипнозом, медитацией,

глубокой молитвой, сенсорной депривацией или звуками и вспышками света определенного ритма. Измененное состояние сознания можно фиксировать у человека в экстремальных состояниях и при сильных эмоциях. К ним можно отнести и особые состояния сознания, которые переживают больные эпилепсией и мигренью в ауре наступающего приступа. Как известно, ограничить поле экстравертированного сознания (а именно так в западной традиции понимается нормальное рациональное сознание) с "погружением" в глубинное "Свое" можно путем концентрации внимания на мыслях, дыхании или телесных ощущениях, этому способствуют и ритмические танцы.

К настоящему времени в науке все заметнее тенденция понимания сознания не как однородного состояния, а как континуума состояний сознания и их многообразия. Измененные состояния сознания некоторыми авторами рассматриваются даже как неотъемлемая составляющая нормальной психической деятельности здорового человека.

Американский психиатр Фишер в 1977 году представил в виде схемы взаимные переходы из одного состояния сознания в другое, составив так называемые "карты внутреннего пространства". По его мнению, погружение в измененные состояния может осуществляться по двум "склонам" сознания: через пассивное бодрствование и расслабление, контролируемое парасимпатической нервной системой (континуум "расслабление — медитация") и через активацию, "сверхбодрствование", контролируемое симпатической нервной системой (континуум "активное восприятие — галлюцинация").

Континуум "расслабление — медитация" сопровождается снижением активации мозга (на ЭЭГ переход от бета-активности к медленным дельта-волнам) и приводит к множеству состояний сознания, которые оторваны от реальности.

Континуум "восприятие — галлюцинация" сопровождается повышением активации мозга (на ЭЭГ увеличение частоты бета-ритма с уменьшением его амплитуды и асинхронией) и приводит от состояний творческого вдохновения к мистическому экстазу, а в дальнейшем, через области тревоги и страха к перевозбуждению с шизофреноподобным состоянием.

- **Теории состояний сознания**

Наблюдения показывают, что иногда человек может вспомнить определенные события только тогда, когда он вновь окажется в состоянии, которое переживал в тот момент, когда эти события произошли, — в противном случае он ничего не помнит. Таким образом, для человека возможен ряд различных существований, которые могут продолжаться от одного психологического кризиса (или сновидения, приступа шизофрении) к другому.

Согласно теории прерывных состояний сознания, каждое из состояний сознания описывается как хорошо упорядоченная, взаимно увязанная совокупность физиологических и психических процессов. Пока они остаются в рамках данного состояния, функционирование их обусловлено исключительно внутренними причинами и направлено на поддержание этого ключевого стереотипа. При переходе к другому состоянию происходит непереносимый разрыв связей и их последующая перестройка на новый лад, а это новое качество опять-таки управляется лишь внутренними законами. Теоретическую основу гипотезы прерывности сознания составил известный науке феномен скачкообразного развития глубокой стадии гипноза с потерей "раппорта".

В противоположность этому в теории непрерывных состояний сознания утверждается, что при разных факторах, меняющих состояние сознания (психофармакологический препарат, засыпание и др.), действует единый механизм, вокруг которого и меняются все аспекты сознания. Разные по происхождению процессы диссоциации (распада) сознания располагаются на оси регрессии, в нижней части которой находятся психозы, а выше — сны, состояния после приема психофармакологических препаратов, неврозы и другие более поверхностные измененные состояния сознания.

В теории смежных (смешанных) состояний сознания делается попытка объединения положений двух первых теорий. А. Дитрих в согласии со взглядами В. Вундта расположил весь спектр сознания по кругу. В центре его он поместил нормальное бодрствующее сознание, по окружности — бессознательное состояние, сопоставимое с выключением сознания. Между ними на разных радиусах — переходные измененные состояния сознания, сопоставимые между собой при условии равной удаленности от центра.

В данной теории состояния сознания прерывны, но не настолько, чтобы нельзя было установить и степень их смежности. Положение состояния больного на этом условном поле состояний определяет и трактовку патологии.

Изучение влияния психофармакологических препаратов на больных шизофренией и на здоровых людей показало, что измененные состояния при патологии показывают большую степень смежности с измененными состояниями нормы. Можно сказать, что «круги» нормы и патологии имеют разные центры, но сближающуюся периферию.

Линии "непрерывности" или "прерывистости" состояний сознания четко обозначены в патологии. Так, в выстраивающихся в непрерывную линию разных видах оглушения, сопоре и коме ярче всего выражена непрерывность сознания.

- **Сознание как когнитивный феномен**

Если следовать редуцирующему феноменологическому принципу, то основываясь на этимологии понятия «сознание» (по крайней мере, в русском языке), мы, так или иначе, приходим к пониманию сознания как когнитивного феномена. Сознание как инструментальный ресурс познания функционально, т.к. посредством него субъект пытается быть осведомленным обо всем спектре своей познавательной активности («знание-о-знании») с целью перевода этой активности в регистр произвольности и управляемости. При этом, чем больше новизна стимульного потока, тем большего участия сознания требует ситуация. В то же время сознание можно рассматривать как некий динамический континуум, распределенный во времени. В соответствии с таким пониманием феномена сознания, мы можем говорить о рефлексивно-когнитивном потоке, где познающий осведомлен о собственном процессе познания (рефлексивное знание-о-знании). *Сознание это – континуально распределенный во времени рефлексивный поток содержательно дискретной познавательной активности.* Оно, по существу, является частным случаем (а возможно, и эволюционным итогом) психической (поисково-познавательной) активности человека и животных. Такая активность обслуживает сукцессивную последовательность бесконечного

ряда потребностей и соответствующих им влечений, о чем организм сигнализирует в той или иной форме, составляя тем самым сознательное содержание. Здоровый человек, адекватно реагируя на первичную стимуляцию, поступающую из внешней среды, от внутренних органов и систем, а также из оперативной памяти, успешно реализуется в мотивационно-потребностной сфере, что является облигатным условием нормативных гомеостатических процессов. Возможность успеха значительно возрастает, когда человек адекватно воспринимает, оценивает, обдумывает, по необходимости корректирует свои представления, воспоминания, мысли, желания, чувства, отношения, действия и т.д., оптимизируя свое поведение. Т.е. речь идет о сигнально-регуляционном влиянии вторичных психических реакций на первичные. В зоне ясного сознания находится именно эта часть содержания сознания: вторично принятые и обрабатываемые сигналы. Эти сигналы через перцептивно-мыслительный аппарат используются человеком для произвольного управления своим поведением, что значительно расширяет диапазон его адаптационных возможностей. Известная часть сигналов навсегда остается в зоне бессознательного, в то время как другая часть доступна экспликации в прямом или измененном виде, но и те, и другие используются организмом, хотя и латентно. В принципе, и «бессознательное» выступает в данном случае как термин, который означает скрытую произвольную форму гностической активности, ибо все структурные составляющие подчиняются функциональности целого.

Имплицитный опыт может стать осознанным (стать содержанием сознания: «ментальное», «феноменальное», «интроспективное», «субъективный опыт», «квалиа») при наличии мотивационных оснований, например, если выразить конкретное воздействие метафорой, в том числе вербально. *Именно такая знаково-метафорическая сознательная продукция и является материалом исследовательского интереса и интерпретаций.* Кроме того, особенности протекания когнитивных процессов (ощущения, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи) и, в особенности, их организации (внимания) могут указывать на общий уровень психической активации, - в том числе, и состояния сознания.

Таким образом, можно не только обобщенно конституировать сознание как одно из условий адаптации человека к окружающей среде через активное познание, но и сделать его частным предметом как

непосредственного, так и инструментального психологического изучения. Этот вывод касается и болезненных нарушений сознания.

Понимание сознания как когнитивного механизма адаптации помогает рассматривать конструкт сознания как доступный объект для эмпирического исследования, так как:

- существуют перспективные концептуальные гипотезы и определения сознания, которые явно или неявно оперируют категориями когнитивных процессов;
- имеется возможность использования классического опыта исследования когнитивных процессов;
- разработана общепринятая клинико-аналитическая семиотика нарушений сознания, где легко можно обнаружить описание патологических изменений в парадигме когнитивизма.

Вопросы к вводу лекционному курсу:

1. Можно ли считать сознание функцией мозга?
2. Можно ли отнести измененные состояния сознания к патологическим явлениям?
3. Является ли сознание непрерывным процессом?
4. Можно ли понимать сознание как частный когнитивный феномен?

- **Материалы для обсуждения на семинарских занятиях**
 - **Клинико-неврологические аспекты психопатологии сознания**

При рассмотрении неврологических аспектов сознания, как правило, ставится вопрос об архитектурной основе функциональной системы,

обеспечивающей сознание. В неврологическом понимании сохранное сознание должно включать в себя ориентировку в месте и времени, т.е. способность правильного восприятия, способность к интеграции полученной информации и ее переработке и, наконец, возможность организации целенаправленной деятельности. Кроме того, неврологический анализ позволяет ограниченно трактовать роль этиологических факторов в возникновении расстройств сознания и подчеркнуть значение локализации поражения.

Сознание включает два компонента – активацию и содержание сознания (то есть, осмысленное восприятие внутреннего и внешнего мира в результате высших интегративных процессов). Активация – более простая по сравнению с содержанием функция сознания. Она обеспечивается диффузной сетью ядер и проводящих путей, локализованной в стволе и промежуточном мозге, - так называемой ВАРС (восходящей активирующей ретикулярной системой). Через релейные ядра таламуса ВАРС диффузно проецируется на все отделы коры головного мозга, функционируя как «включатель» корковых механизмов сознания. В норме именно циклическая активность ВАРС обеспечивает чередование сна и бодрствования с соответствующими изменениями ЭЭГ. О функциональном состоянии ВАРС можно судить по открыванию глаз в ответ на болевое раздражение (простейший признак сохранности сознания), наличию роговичного рефлекса и зрачковых реакций, а также по спонтанным и рефлекторным движениям глаз (например, по пробе кукольных глаз и холодной пробе). Исходя из этих анатомических и физиологических данных можно выделить три механизма нарушения сознания.

1. Двустороннее диффузное поражение коры головного мозга, приводящее к нарушению сознания, несмотря на сохранность механизмов активации (например, при так называемом вегетативном состоянии). Чаще всего это наблюдается при диффузной гипоксии мозга (например, вследствие остановки кровообращения) или в терминальной стадии дегенеративных заболеваний.
2. Поражение ствола головного мозга, нарушающее функцию ВАРС. Состояние корковых механизмов сознания в этом случае проверить невозможно, так как в результате «выключения» ВАРС развивается

беспробудный патологический сон. Поражение ствола мозга может быть обусловлено следующими причинами:

- первичные повреждения (например, геморрагический или ишемический инсульт в области среднего или промежуточного мозга);
- вторичные повреждения вследствие смещения внутричерепных структур, например, височно – тенториального или мозжечкового вклинения. Сдавление ствола мозга нередко сопровождается натяжением и перекручиванием его сосудов, что приводит к нарушениям кровоснабжения с необратимыми повреждениями.

3. Сочетание стволового и двустороннего коркового поражения чаще всего встречается при отравлениях и метаболических энцефалопатиях. В зависимости от токсического вещества и выраженности метаболических нарушений преобладает корковое или стволовое поражение.

Сознание, являющееся свойством функционирующей нервной системы, включает в себя в широком смысле такие процессы как поддержание бодрствования, избирательной активности, внимания, памяти, речи, интеллекта, самосознания и т.д., является высшей, свойственной лишь человеку, формой психической деятельности. Очевидно, что попытка узко локализовать эту сложнейшую функцию мозга является не только трудной, но и бессмысленной. Здесь речь не идет о корковом, либо подкорковом уровнях локализации сознания. Корково-подкорковые взаимоотношения следует рассматривать не в индукционном плане, а как единую вертикально построенную систему, вернее, ряд систем, работающих обычно в одном знаке. При этом могут возникать реципрокные взаимоотношения между отдельными системами.

Для правильного ориентира в разборе указанных компонентов сознания, мы считаем необходимым разделить их на две группы.

К первой (1) могут быть отнесены процессы, обеспечивающие сенсорное внимание, т.е. диффузные процессы поддержания бодрствования и несколько более избирательные процессы дифференцированного афферентного восприятия. С биологической точки зрения указанные функции являются по своему существу базовыми для второй (2) группы элементов сознания, обеспечивающих интеграцию

восприятия, процессы консолидации и репродукции памяти, обеспечение адекватного поведения и речи. Перефразируя выражение Джаспера, можно сказать, что первая группа процессов является сценой, на которой разворачивается деятельность более дифференцированных, сложных компонентов мозговой деятельности. Совершенно естественно, как было сказано, попытки обнаружить особые структуры, связанные с обеспечением целостной функции сознания, абсолютно бессмысленны. Более перспективно вести анализ указанных компонентов сознания порознь.

- **Нарушения процессов сенсорного внимания**

В неврологической практике широко представлены различные степени нарушения бодрствования, начиная от легкой сонливости до грубого патологического сна и от оглушения до тяжелых коматозных состояний.

Первой наиболее распространенной формой среди пароксизмальных гиперсомний является нарколепсия. Детальная разработка семиологии нарколепсии привели к описанию характерной пентады симптомов. В нее входят:

- приступы дневных засыпаний (возникают в неадекватной обстановке, сон поверхностен и легко обратим);
- катаплексия;
- гипнагогические галлюцинации - катаплексия засыпания или пробуждения;
- нарушения ночного сна. У больных нарколепсией удалось обнаружить также характерный неврологический синдром, основными компонентами которого являются глагодвигательные и
- паркинсоноподобные нарушения.

Обнаружены и эндокринно-вегетативные синдромы.

Вторым по частоте клиническим синдромом среди пароксизмальных форм гиперсомний является периодическая спячка. Особенностью ее является отсутствие сочетаний с каким-либо проявлением нарколептической пентады, большая поведенческая глубина сна, менее яркая императивность развития пароксизма.

Помимо уже указанных форм пароксизмальные гиперсомнии могут возникать при гипогликемических состояниях, связанных с центрогенными нарушениями углеводного обмена, а также в картине развернутых вегетативно-сосудистых кризов, возникающих в результате дисфункции церебральных вегетативных приборов.

Большую группу составляют больные с перманентной сонливостью, возникающей на фоне острого или резидуального периода нейроинфекций черепно-мозговой травмы, сосудистых и опухолевых поражений нервной системы.

К той же группе нарушений сознания относится и ряд коматозных состояний, возникающих в связи с различными патогенными факторами. Выраженные формы расстройств сознания сопровождают и закрытую черепно-мозговую травму, при которой наиболее сильно повреждаются диэнцефально-стволовые структуры. Мозговые инсульты, как правило, также сопровождаются коматозными нарушениями сознания. Особенно часты они при нарушениях мозгового кровообращения в бассейне позвоночно-основной артерии.

Гиперсомнические и коматозные нарушения составляют первую группу расстройств сознания, являясь нарушениями, связанными с дисфункцией диэнцефально-стволовых структур и близкими по своему генезу. Между указанными состояниями имеются переходы. Так эпилептическая кома переходит постепенно в сон, при опухолях ствола мозга патологический сон может перейти в кому. Степень выключения сознания зависит от интенсивности и размеров поражения структур ретикулярной формации ствола мозга. Анализ указанных расстройств позволяет уточнить физиологическую роль ростральных структур ретикулярной формации ствола мозга, гипоталамуса и таламуса, обеспечивающих уровень бодрствования, сенсорное внимание, избирательную активность посредством восходящих активирующих влияний. Совершенно очевидно, что в осуществлении указанных процессов известную роль играют и корковые поля, направляющие импульсацию к стволовым структурам и, таким образом, наряду с афферентными влияниями поддерживающие тоническое состояние активирующей ретикулярной формации.

При всем многообразии указанных проявлений в диапазоне «патологическая сонливость-кома», в этих состояниях четко выражены

расстройства ориентировки в месте и пространстве, времени и собственной личности, что позволяет характеризовать их как расстройства сознания. Вместе с тем следует подчеркнуть, что отдельные элементы, характерные для сохранного сознания, имеют место и при неполном бодрствовании (сновидения, обучение во сне и т. д.).

Такова первая группа расстройств сознания, связанная с дисфункцией ретикулярно-кортикальных связей, возникающая, как правило, при дисфункции мезенцефально-гипоталамических структур.

- **Нарушения процессов дифференцированного афферентного восприятия**

Более сложной для анализа является вторая группа расстройств сознания. Общепринятое определение сознания как ориентировки во времени, месте и пространстве, является крайне недостаточным. Больные без нарушения указанных функции тем не менее могут быть часто лишь формально причислены к категории лиц с сохранным сознанием. Попытки сформулировать удовлетворительно сущность сознания очень сложны. Крайне важна исходная позиция. Для клинического невролога указанные определения менее пригодны и недостаточно служат для выявления уровня сознания у постели больного. Сохранное сознание в клиническом понимании должно включать в себя ориентировку в месте и времени, способность правильного восприятия, способность к интеграции полученной информации и ее переработке и, наконец, возможность организации целенаправленной деятельности. Выпадение одного из указанных звеньев приводит к утрате сознания в целом, либо его парциальному выпадению. Выше мы рассматривали патологию сознания, проявляющуюся сочетанным нарушением ориентировки в месте и времени, что само по себе часто исключает функционирование и других элементов, определяющих степень сохранности сознания. Теперь же мы делаем попытку проанализировать нарушения сознания, возникающие при формально сохранной ориентировке в месте и времени.

Нарушения гнозиса (при этом страдает способность правильного, адекватного восприятия) и праксиса (что приводит к нарушению организации целенаправленной сознательной деятельности, утрате образа двигательных

актов) приводит к состояниям, которые с неврологических позиций могут оцениваться как состояние с нарушенным сознанием.

Разбор этих состояний следует начать с расстройств восприятия. Учитывая, что сознание обеспечивает адекватное отражение объективной действительности, нарушения деятельности каналов, по которым информация из внешней и внутренней среды поступает в мозг, могут привести к нарушению интегративных функций мозга. Однако одно лишь выключение каналов информации, что обычно происходит при периферическом дефекте афферентных систем (слепота, глухота, нарушение чувствительности) не ведет к нарушению сознания.

Иная ситуация возникает при очаговом поражении головного мозга, органа, являющегося субстратом сознания. При этом следует разграничить нарушения сознания, связанные с расстройством осознания человека самого себя, и нарушение восприятия объектов внешнего мира. Важно не только выделять себя из окружающей среды, но и обладать способностью к самосознанию. Из этого ясно, что к категории расстройства сознания относятся возникающие у больного нарушения схемы тела, анозогнозия, аутотопогнозия, характеризующиеся неосознаванием имеющегося у них дефекта.

С другой стороны, при агнозических процессах происходит искажение образов реального мира (зрительная, слуховая, тактильная, вкусовая), несомненно сказывающееся на объективном адекватном отражении в мозгу действительности (при этом значение отдельных видов агнозических расстройств далеко неравноценно: явления вкусовой агнозии в минимальной степени скажутся на деятельности больного в то время как зрительная агнозия приводит к значительным расстройствам сознательной деятельности). К этой же группе нарушения сознания относятся и другие виды психосенсорных расстройств. Патологические очаги при указанных синдромах локализуются в определенных корковых зонах доминантного полушария.

Афатические больные (амнестическая, сенсорная афазии) также формально остаются ориентированными во времени, месте, пространстве. Однако часто у них отсутствует осознание имеющегося дефекта, а контакт с внешним миром является резко затрудненным. С этих позиций нам кажется формальным трактовать указанных больных как находящихся в полном

сознании. К этим нарушениям приводит обычно очаг в корковых височных полях доминантного полушария.

Своеобразной формой речевых расстройств является акинетический мутизм, заключающийся в исчезновении контакта (в том числе и речевого) с окружающими, при сохранности бодрствования и способности к движениям (синдром, описываемый при первичных нарушениях гипоталамуса и среднего мозга). Внедрение психологических методов исследования в неврологию позволяет улавливать более тонкие расстройства гнозии пространства и времени. Например, экспериментально-психологически выявлено у больных с сенсорной афазией нарушение зрительно-пространственной ориентировки и ориентировки во времени с помощью специальных проб. При клиническом исследовании указанные нарушения не выявляются. Таким образом, оценка степени сохранности ориентировки в пространстве и времени связана с разработкой специальных тестов, которые выявляют указанные нарушения у больных с очаговыми поражениями головного мозга, формально находящихся в сознании.

Для осуществления сенсорной интеграции, правильного отражения объективной действительности необходимо сопоставление поступающей информации с опытом личности, отложенным в виде памяти на прошедшие события. Нарушение краткосрочной или долговременной памяти приводит к четким расстройствам сознания. В настоящее время очевидна структурная основа указанных расстройств, возникающих при поражении корковых полей левой височной области, медиобазальных структур виска обоих полушарий, глубинных структур лимбической системы, мамиллярных тел гипоталамуса. Особенности локализации определяют различные клинические формы амнестического синдрома.

Наконец, в определение сознания входит организация целенаправленной деятельности на фоне правильной сенсорной интеграции. При поражении теменной коры доминантного полушария могут возникать нарушения целенаправленной деятельности (апраксия), не сопровождающиеся какими-либо агнозическими расстройствами.

Таким образом, очаговые поражения мозга, приводящие к определенным дефектам, в той или иной мере влекут за собой нарушение высших психических функций. Можно ли при этом говорить о нарушениях сознания? Нам кажется это возможным, если возникающие расстройства

приводят к неадекватному восприятию окружающей среды, к нарушению переработки поступающей информации и к невозможности организации поведенческих актов («сознательной деятельности»).

Все эти процессы определяют и социальную адекватность личности, а нарушения приводят к рассогласованию взаимодействия личности и среды. Совершенно понятно, что уровень нарушения сознания связан с глубиной и характером рассмотренных дефектов. Может возникнуть ложное впечатление об экспансионистском характере наших представлений, включающих в понятие сознания всю психическую деятельность.

Во-первых, сознание рассматривается как высшая ступень психической деятельности. Психическая деятельность обычно протекает на фоне ясного сознания. В свою очередь нарушение отдельных психических функций находит отражение в расстройстве сознания.

Во-вторых, мы анализировали не все психические процессы, а лишь их часть, определяющую состояние, которое можно характеризовать как ясное сознание.

В-третьих, рассматриваются лишь неврологические аспекты сознания, при этом патология его соотносится с пониманием его сущности, с точки зрения клинициста-невролога.

Исходя из сказанного, можно построить систему представлений, при которой расстройства сознания могут проявляться в результате дисфункции гипоталамо-мезенцефально-таламических структур в виде нарушений бодрствования различной интенсивности (сонливость, комы), при этом, как правило, исчезают все проявления, характерные для сохранного сознания. Следует учесть, что при комах обменно-эндокринного генеза наряду с указанными структурами поражаются диффузно и корковые поля. Вторую большую группу составляют так называемые парциальные формы нарушения сознания, имеющие место при нормальном уровне бодрствования. Эти нарушения могут касаться гностических расстройств, мнестических процессов, организации деятельности и связаны они, как правило, с очаговым поражением специальных корковых полей (в одних случаях доминантного, в других — противоположного ему полушария). Важно подчеркнуть, что некоторые формы этих парциальных нарушений сознания связаны с локализацией патологического процесса и в глубинных структурах мозга (память).

Представляется очевидным, что различные нарушения сознания связаны с вовлечением в патологический процесс определенных уровней головного мозга. Следует рассматривать сознание не глобально, а дифференцированно, различать онтогенетическую и гносеологическую его стороны, а при патологии общие и парциальные его расстройства.

При этом дисфункция определенных структур мозга находит клиническое выражение в различных формах нарушения сознания и крайне важным является вывод о специфичности нарушения сознания (полное или парциальное) при локальном поражении указанных структур. При этом, как было показано, недостаточно свести все парциальные, дискриминативные виды нарушений сознания к разрушению корковых полей (так амнестические и некоторые речевые расстройства могут быть связаны с локализацией процесса в глубинных структурах мозга), а общие, глобальные нарушения поля сознания к патологии стволово-диэнцефальных систем (комы при диффузном поражении клеток коры).

При рассмотрении неврологических аспектов сознания несомненно можно было бы обсуждать вопросы о временной характеристике нарушений сознания (транзиторные, перманентные), о их количественной оценке (легкие, средней интенсивности, грубые). Однако подобные подходы не вносят чего-либо принципиально нового в главный вопрос об архитектурной основе функциональной системы, обеспечивающей сознание.

- **Клинико-психиатрические аспекты психопатологии сознания**

Сознание предполагает, в первую очередь, возможность предметного, или чувственного познания и понимания связей между явлениями (абстрактное познание). Из приведенного определения следует, что практически любое психическое расстройство (галлюцинации, бред, деменция) сопровождается нарушением сознания, поскольку существенно искажает способность правильно отражать окружающее и свой внутренний мир. В медицине, однако, термин «нарушения сознания» используется для обозначения узкого круга острых преходящих расстройств с грубым нарушением способности воспринимать и понимать окружающий мир.

Клинические проявления нарушенного сознания разнообразны, тем не менее, все они имеют общие постоянные признаки. Только их совместное присутствие делает диагноз нарушенного сознания обоснованным. Эти признаки называют критериями расстроенного сознания. К ним относятся (по К.Ясперсу):

- отрешенность от окружающего: характеризуется затруднением, фрагментарностью или полной невозможностью восприятия окружающей действительности;
- дезориентировка: нарушение ориентировки во времени, месте, ситуации, окружающих лицах, собственной личности;
- нарушение мышления: слабость или невозможность суждений, недостаточное понимание окружающего, бессвязность мышления или присутствие бредовых идей;
- амнезия: полное или частичное выпадение из памяти событий периода расстроенного сознания.

• **Синдромы выключения сознания**

Синдромы выключения сознания (непродуктивные, непсихотические формы нарушенного сознания) характеризуются снижением вплоть до полного исчезновения ясности сознания и обеднением всех видов психической деятельности.

Оглушение - характеризуется повышением порога ко всем раздражителям, обеднением психической деятельности, двигательной заторможенностью, затруднением ассоциативных процессов. Оглушение можно определить, как состояние, при котором внешнее с трудом становится внутренним, а внутреннее - внешним. Больной малоподвижен, аспонтанен, большую часть времени проводит в постели, лежа в однообразной позе. К окружающему он безучастен, его внимание привлекается с трудом, отвечает только на простые вопросы, заданные громким голосом, нередко после многократного повторения. Ответы больного односложны (олигофазия), со значительными латентными

периодами (брадифрения), но всегда адекватны. Голос тихий, без модуляций, лицо амимично. В эмоциональной сфере доминирует безразличие, реже благодущие. Критическая оценка своего состояния отсутствует. В собственной личности больной ориентирован полностью, в окружающем - «в общих чертах». После выхода из оглушения наблюдается частичная амнезия. Воспоминания фрагментарны, бедны, непоследовательны. Например, больной помнит, что он находился в больнице, к нему приходили врачи и родственники, но что именно говорили, какие диагностические манипуляции ему проводились, он не помнит.

Обнубиляция (облачность сознания) - легкая форма оглушения, характеризующаяся чередованием периодов нарушения сознания (затуманивания) и просветления, нередко в сочетании с эйфорическим аффектом и анозогнозией. Внимание неустойчивое, ассоциации поверхностны.

Сомнолентность (патологическая сонливость) - более глубокая степень оглушения. Проявляется продолжительными периодами полного отсутствия контакта с реальной действительностью. Вывести больного из этого состояния можно, но путем интенсивного побуждения к речевому контакту и на непродолжительное время, предоставленный себе больной вновь «засыпает». Следует помнить, что, в некоторых случаях, «пробуждение» может иметь следствием острое психомоторное возбуждение с агрессией (вариант сумеречного помрачения сознания).

Сопор - более полное выключение сознания, чем оглушение. Характеризуется выключением второй сигнальной системы. Ввиду чего больные совершенно не доступны словесному контакту, а реагируют только на сильные раздражители (болевые) недифференцированными защитными двигательными реакциями. Больные совершенно неподвижны. Корнеальный, конъюнктивальный, рвотный, зрачковый рефлексы сохранены. Могут отмечаться патологические рефлексы. По выходе из сопора наблюдается полная амнезия.

Кома - полное выключение сознания, отсутствие реакции на любые раздражители. Отсутствуют зрачковые и другие рефлексы, наблюдаются бульбарные и тазовые расстройства. Сохраняется деятельность сосудодвигательного и дыхательного центров. По мере углубления комы

возникают патологические формы дыхания, нарушается сердечная деятельность, далее наступает смерть.

Вегетативный статус (апатический синдром) - состояние относительной стабилизации висцеро-вегетативных функций, начинающееся после комы с первого открывания глаз, возможности бодрствования и завершающееся первой попыткой фиксации взгляда.

Непродуктивные формы нарушенного сознания встречаются при интоксикациях, расстройствах обмена веществ, черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых, и других органических заболеваниях ЦНС. Выключение сознания отражает тяжесть основного заболевания и является прогностически неблагоприятным признаком.

- **Синдромы помрачения сознания**

Синдромы помрачения сознания (продуктивные, психотические формы нарушенного сознания), кроме присутствия четырех признаков расстроенного сознания по К. Ясперсу, характеризуются наличием продуктивных психопатологических симптомов в виде галлюцинаций, вторичного бреда, аффективных нарушений, неадекватности поведения и дезорганизованность психической деятельности в целом.

Онейроид

Онейроид - сновидно-бредовое, грезоподобное помрачение сознания. Развитию онейроида обычно предшествует этап аффективно-бредовых расстройств, который характеризуется неспецифичностью, полиморфизмом и изменчивостью симптоматики при сохранном сознании. Развитие онейроида обычно имеет несколько этапов:

- **Этап аффективно-бредовых расстройств.** На фоне нарушений сна и разнообразных общесоматических расстройств нарастают аффективные нарушения, проявляющиеся маниакальными состояниями с ощущением проникновения и прозрения или депрессиями с тревожной подавленностью и сенситивностью. Появляется диффузная бредовая настроенность, высказывания

пациентов (идеи отношения, преследования, неполноценности или переоценки своих качеств, необычных способностей) нестойки и носят характер сверхценных идей и бредоподобных сомнений. Возникают массивные деперсонализационно-дереализационные расстройства, с чувством измененности собственных психических и физических процессов, ощущением странности и нереальности окружающей обстановки. Нарушается восприятие времени, его течение может восприниматься больными чрезвычайно ускоренным, прерывистым, замедленным или остановившимся. Эти переживания сопровождаются усилением полярных колебаний аффекта (тревога и экзальтация достигают значительной степени выраженности) и развитием бреда инсценировки, особого значения, интерметаморфозы, двойников. Больные начинают утверждать, что вокруг идет киносъемка или разыгрывается какое-то представление, в котором у всех определены роли. Все кажется специально подстроенным, исполненным особого смысла, который больной угадывает в чужих словах, поступках, предметах обстановки, реальные события приобретают символическое значение. Возникает ощущение постоянной изменчивости окружающего, предметы то исчезают, то, как по волшебству появляются вновь, лица людей постоянно меняются, один и тот же человек принимает различные облики (симптом Фреголи), в незнакомых людях больной узнает своих близких, а родственников считает подставными лицами (синдром Катара). Пациент утверждает, что ему стала доступна истинная суть вещей, что он способен читать мысли, предсказывать события или каким-либо образом на них влиять, сам на себе испытывает постороннее воздействие. Таким образом, клиническая картина усложняется за счет появления иллюзий, псевдогаллюцинаций, автоматизмов, после чего развивается антагонистический (манихейский) бред. Больные становятся центром борьбы противоборствующих сил добра и зла, окружающая обстановка превращается в арену этой борьбы, а люди в ее участники. Подобное противостояние может осуществляться вне рецептивного поля больного, однако он имеет «полномочия» влиять на ход исторических событий, величайших свершений. Бредовая фабула приобретает мегаломаническое содержание: экспансивное (бред величия, мессианства) или депрессивное (бред Катара). Затем

появляется ретроспективный (конфабуляторный) бред и симптоматика приближается к парафреническому синдрому. Поведение больного на начальных этапах обусловлено имеющимися аффективными и бредовыми расстройствами. Постепенно оно теряет связь с содержанием переживаний, и далее становится формально упорядоченным, однако своеобразная «зачарованность» пациента может выдавать богатство внутренних переживаний. Периодически возникают эпизоды ситуационно-обусловленного бредового поведения, когда больной отказывается от общения с «загримированными» родственниками, сопротивляется «инсценированному» медосмотру, не отвечает на вопросы «следователя» в кабинете врача.

- Этап развития ориентированного онейроида. В определенный момент на фоне описанных нарушений у больного возникает склонность к произвольному фантазированию, ярким грезоподобным представлениям, в которых, благодаря патологически усиленной игре воображения, причудливым образом перерабатывается весь прошлый опыт, не только лично пережитый, но и заимствованный из книг и кинофильмов. Любое внешнее впечатление или телесное ощущение легко включается в содержание этих фантазий, получая символическую трактовку. На этом этапе появляется феномен «двойной ориентировки». Больной как бы одновременно существует в двух ситуациях - реальной и фантастической, у него наряду с правильной ориентировкой в своей личности и месте создается, бредовое представление об окружающем и своем положении в нем. Окружающая обстановка воспринимается как историческое прошлое, необычная ситуация настоящего или как сцена сказочно-фантастического содержания, окружающие лица превращаются в деятельных персонажей этих необычных событий. Пациент может вполне осознавать, что находится в больнице и в то же время считать медицинских работников экипажем космического корабля, пациентов пассажирами, а себя адмиралом звездного флота. Таким образом, происходит визуализация продукции воображения, которое больной вначале имеет возможность контролировать, но затем наплыв образов возникает помимо его воли. Поведение больных принимает отчетливые кататонические черты. В отделении такие пациенты могут

быть практически не заметны, или же привлекают внимание нелепым возбуждением и непоследовательной речью. Они стереотипно и вычурно совершает религиозно-ритуальные действия, манерно декламирует стихи, застывают в скульптурно-монументальных позах. Эпизодически определяются явления восковой гибкости, негативизма, эхоталии, эхопраксии, импульсивные действия. Речь богата неологизмами, мышление резонерское, порой разорванное. Лицо маскообразно или парамимично, на нем выражение мистической проникновенности, экстаза или же серьезности, неадекватной высказываниям. Контакт малопродуктивен, выявить содержание переживаний может быть довольно трудно.

- Этап развития истинного онейроида. Характеризуется полной потерей контакта с окружающей реальностью, алло- и аутопсихической дезориентировкой. Непроизвольно возникающие представления принимают характер зрительных псевдогаллюцинаций. Больной оказывается захваченным созерцанием фантастических панорам, сцен грандиозных событий, в которых сам занимает центральное положение, выступает как активное действующее лицо. При этом он как бы перевоплощается в героев необычных происшествий, в «мировой разум», в животных полностью отождествляя себя с ними, как на ментальном, так и на физическом уровне. В своих болезненных переживаниях он совершает путешествия во времени, перед его «внутренним оком» проносится вся мировая история, картины античного мира и далекого будущего. Больной посещает далекие планеты, древние цивилизации, загробный мир или другие измерения. Встречается с их обитателями, враждует с ними или получает от них сакральные знания. Некоторые больные, находясь в онейроидном помрачении сознания, полагают, что вступают в контакт с представителями внеземных цивилизаций, оказываются ими похищенными, попадают на их летательные аппараты, где подвергаются опытам и исследованиям. Другие пациенты видят себя путешествующими по далеким или не существующим городам и галактикам, сражающимися в грядущих или имевших место войнах. Или они осуществляют реформы общества, предотвращают мировые катаклизмы, являются участниками беспрецедентных экспериментов,

исследуют устройство вселенной, необычные формы жизни, сами перевоплощаются в фантастических существ.

Несмотря на причудливость наблюдаемых в онейроиде сочетаний, слияний, перевоплощений, незавершенность отдельных образов, видения отличаются необычайной яркостью, аффективной насыщенностью и чувственной достоверностью. Причем переживаемые события объединены общей сюжетной линией. Каждая последующая ситуация содержательно связана с предыдущей, т.е. действия разворачиваются драматично. Больной может быть (последовательно или одновременно) зрителем, главным персонажем, жертвой или виновником разворачивающейся драмы. По особенностям аффекта выделяют экспансивный и депрессивный онейроид. В одном случае больной видит сцены необычайной красоты, переживает чувство своей исключительной значимости, душевного комфорта и экстатического воодушевления. В противоположной ситуации он является свидетелем гибели мира, опустошения планеты, дробление ее на обломки; переживает ужас, отчаяние, винит себя в происходящем (бред злого могущества).

Кататонические расстройства достигают значительной степени выраженности. Еще более углубляется диссоциация между поведением больного (ступор с восковой гибкостью или растеряннопатетическое возбуждение) и содержанием болезненных переживаний, в которых сам больной является активным участником, действующим в планетарных масштабах, речевое общение с больными невозможно. Максимально выражены вегетовисцеральные расстройства. В случае фебрильной шизофрении соматическое состояние становится угрожающим для жизни, и клиническая картина приближается к аментивному синдрому.

Длительность этапа аффективно-бредовых расстройств может достигать нескольких месяцев. Продолжается онейроид дни, недели. На фоне истинного онейроида возможны периоды двойной ориентировки. Редукция симптомов происходит в порядке, обратном их появлению. Больные достаточно подробно воспроизводят содержание психопатологических расстройств, окружающие события, начиная с этапа ориентированного онейроида в значительной мере амнезируются, а на период помраченного сознания наблюдается полная амнезия реальных событий.

В зависимости от преобладания тех или иных ведущих симптомов в клинической картине онейроида выделяют следующие его формы:

- аффективно-онейроидная форма: характеризуется преобладанием очерченных полярных аффективных состояний на всем протяжении психоза. Содержание бреда коррелирует с полюсом аффекта, кататоническая симптоматика не резко выражена.
- Онейроидно-бредовая форма: наибольший удельный вес принадлежит чувственному образному бреду и психическим автоматизмам. Эта форма имеет наибольшую продолжительность с постепенным и медленным усложнением психопатологической симптоматики.
- Кататонно-онейроидная форма: отличается остротой развития, выраженностью вегето-висцеральных расстройств, ранним появлением, синдромальным завершением и значительной экспрессивностью кататонических явлений.

Онейроидное помрачение сознания является кульминацией в развитии приступа шизофрении, часто наблюдается при интоксикации канабиноидами, летучими органическими растворителями. Значительно реже онейроид встречается при эпилепсии, сосудистых заболеваниях головного мозга, в структуре металкогольных психозов и других психических расстройств экзогенно-органического генеза.

Этапность и симптоматология онейроида, возникающего при шизофрении, не встречается ни при каком другом заболевании. Онейроидоподобные состояния при симптоматических и органических психических расстройствах отличаются более быстрым развитием и кратковременным течением, синдромальной незавершенностью, а также исходом. В инициальном периоде психопатологические расстройства отражают особенности соответствующих нозологических форм, содержание переживаний относительно примитивно, лишено мегаломаничности и единой фабулы. Менее выражена или отсутствует аутопсихическая дезориентировка, например, пациент, путешествует по экзотическим странам в больничной одежде. Состояния заторможенности и возбуждения лишены кататонических черт. Продолжительность такого онейроида колеблется от нескольких минут до нескольких дней, его редукция чаще

происходит критически. После восстановления сознания наблюдается астения и психопатологические феномены, характерные для органического поражения мозга. Воспоминания о содержании переживаний обычно бедны и фрагментарны.

Делирий

Делирий - иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания. Расстройства восприятия являются основным психопатологическим феноменом в структуре этого синдрома и определяют бредовую фабулу и особенности поведения больного. Делириозное помрачение сознания развивается, как правило, в вечернее и ночное время и в своем развитии проходит ряд стадий, которые удобно рассмотреть на примере алкогольного делирия.

- В первой стадии делирия (инициальный этап) на фоне астении и гиперестезии нарастает общее беспокойство, колебания настроения, нарушения сна. Больные испытывают повышенную утомляемость, постель кажется им неудобной, свет слишком ярким, а обычные звуки нестерпимо громкими. Внимание легко отвлекается на внешние, малозначимые события (явление гиперметаморфоза). Пациенты суетливы, говорливы, заметна непоследовательность в высказываниях. Возникают наплывы ярких образных представлений и воспоминаний. Настроение крайне изменчиво от умиленно-благодарного, когда больные демонстрируют немотивированный оптимизм, до тревожно-напряженного, с плаксивостью, подавленностью, предчувствием беды. Всегда отмечается своеобразная раздражительность, капризность, обидчивость. Сон поверхностный, с частыми пробуждениями, яркими кошмарными сновидениями, которые путаются с реальностью. На утро больные ощущают разбитость, утверждают, что всю ночь не спали.
- Во второй стадии (этап иллюзорных расстройств) имеющиеся симптомы еще более усиливаются. К ним присоединяются элементарные обманы восприятия в виде фонем и акоазмов - больные слышат оклики, звонки в дверь, различные малодифференцированные звуки. При попытке уснуть появляются множественные калейдоскопически меняющиеся гипнагогические галлюцинации. При открытых глазах возникают иллюзорные расстройства. При их

закрытии прерванный галлюцинаторный эпизод получает дальнейшее развитие. Характерны парейдолические иллюзии - оживление плоскостных узоров. В игре светотени, в узорах ковра, обоев больные видят причудливые картины, фантастические образы, которые исчезают при усилении освещения. При привлечении внимания, в отличие от обычных иллюзий, картина не исчезает, а напротив дополняется подробностями, порой полностью поглощая реальный объект. Расползающиеся по полу змеи, однако, исчезают на краю ковра. Отношение больных к видениям представляет собой сочетание страха и любопытства.

- В третьей стадии делирия иллюзорные расстройства сменяются истинными зрительными галлюцинациями (этап развернутого делирия). Змеи, крысы, пауки и т.п. больше не исчезают на краю ковра, а больной, в ужасе, обнаруживает их в своей постели. Для алкогольного делирия специфичны зооморфные микроптические галлюцинации, на смену которым приходят видения фантастических чудовищ, «чертей» и сцены алкогольно-эротического содержания в их причудливом переплетении. Галлюцинации сценopodobные, быстроменяющиеся, комплексные (сочетание зрительных, слуховых, тактильных и обонятельных галлюцинаций). Больные ощущают прикосновение паутины, стряхивают с себя паразитов, ловят мышей, чувствуют их запах. Они видят чертей, которые превращаются в собутыльников, слышат от них предложения выпить, презрительные насмешки и угрозы в свой адрес. Переживают чувства брезгливости, отвращения, негодования, страха, которые могут сменяться весельем, энтузиазмом, любопытством. Бредовая фабула также изменчива и тематически связана с расстройствами восприятия. Психомоторное возбуждение нарастает до степени ажитации, при этом поведение больных точно соответствует содержанию психопатологических расстройств. Они что-то ищут, обращаются к несуществующим собеседникам, демонстрируют в их отношении агрессивные тенденции, активно обороняются от галлюцинаторных образов и реальных людей, спасаются бегством. Наблюдается аллопсихическая дезориентировка. Пациенты считают, что находятся в другой обстановке (чаще в привычной), ложно узнают окружающих, ошибаются в календарном времени. Ориентировка в собственной

личности остается сохранной, больные активно противопоставляют себя ситуации, обнаруживая присущие им ранее модели поведения. Критическая оценка имеющихся расстройств отсутствует. Восприятие и осмысление реальных событий грубо нарушено, находясь во власти психопатологических расстройств, пациенты могут демонстрировать защитно-оборонительные реакции в ответ на посторонний шум или невпопад отвечать на вопросы, заданные другим людям (феномен откликаемости). Речевой контакт возможен, но малопродуктивен, удается получить краткие ответы на самые элементарные вопросы. При настойчивом побуждении к беседе качество ответов может временно улучшиться и, даже, могут появиться элементы критики, а затем пациент вновь погружается в психоз (симптом пробуждения).

Течение делирия волнообразное. Своеобразное мерцание симптоматики, с короткими промежутками уменьшения интенсивности психопатологических расстройств, возникает уже на второй стадии. Периодически (обычно в утренние часы), могут наблюдаться люцидные (светлые) промежутки. В это время отсутствуют психотические расстройства, появляется ориентировка в окружающем и даже критическая оценка состояния, однако, существует готовность к галлюцинированию. Больному можно предложить поговорить по заранее отключенному телефону (симптом Ашаффенбурга) или попросить внимательно рассмотреть чистый лист бумаги и спросить, что он там видит (симптом Рейхарда). Возникновение в подобных («провоцирующих») ситуациях галлюцинаций позволяет правильно оценить состояние больного.

Прогностически неблагоприятными признаками течения делирия являются нарастание оглушения в дневное время и развитие вслед за третьей стадией профессионального или мусситирующего делирия (эти формы условно объединяются в четвертую стадию).

Профессиональный делирий сопровождается однообразным двигательным возбуждением в форме привычных (профессиональных) действий. В этом состоянии больные забивают несуществующим молотком несуществующие гвозди, управляют автомобилем, набирают текст на компьютере, проводят реанимационные мероприятия, больной наркоманией делает себе внутривенную инъекцию. Возбуждение

реализуется на ограниченном пространстве. Речевой контакт не возможен. Внешние впечатления практически не доходят до сознания больных.

Мусситирующий (бормочущий) делирий - еще более глубокая степень помрачения сознания. Здесь преобладают некоординированные, стереотипные действия, хореоформные и атетозоподобные гиперкинезы. Больные совершают хватательные движения в воздухе, что-то стряхивают, ощупывают, перебирают пальцами постельное белье - симптом «обирания» (корфология). Возбуждение происходит в пределах постели, сопровождается тихим невнятным произнесением отдельных звуков. Больные совершенно не реагируют на внешние раздражители, не доступны речевому контакту. Взгляд мутный, устремлен в пространство. Соматическое состояние становится угрожающим для жизни. Возможен переход в коматозное состояние и летальный исход.

Продолжительность делирия колеблется, в среднем, от трех до семи дней. Если делирий обрывается на первой или второй стадиях, говорят об abortивном или гипнагогическом делирии. Если делирий длится более недели, говорят о пролонгированном делирии. Исчезновение расстройств чаще происходит критически, после продолжительного сна, реже литически. В последнем случае может иметь место резидуальный бред. При таком варианте исхода больные, формально оценивая перенесенное состояние как болезненное, убеждены в реальности некоторых эпизодов, например, сцен супружеской неверности. Через несколько дней возможно внезапное появление полной критики. По выходе из делирия всегда наблюдается астения, характерны аффективные расстройства (субдепрессивные или гипоманиакальные). При тяжелом течении делирия возможен выход в Корсаковский и психоорганический синдромы.

Амнезия на период делириозного помрачения сознания частична. Воспоминания о пережитом состоянии отрывочные и относятся к психопатологическим расстройствам, тогда как события реальной жизни в памяти, не сохраняются. У больных, перенесших профессиональный и мусситирующий делирий, наблюдается полная амнезия.

Делирий встречается при алкоголизме, токсикоманиях, инфекционных и острых соматических заболеваниях сопровождающихся выраженной

интоксикацией, черепно-мозговых травмах, при сосудистых поражениях головного мозга, старческом слабоумии, височной эпилепсии.

У детей чаще встречается инфекционный делирий, у взрослых алкогольный, в пожилом возрасте делирий атеросклеротического происхождения. Интересно, что в содержании психопатологических расстройств, возникающих в делирии, находят свое отражение, порой в символическом, сгущенном виде, актуальные конфликты больных, их желания и опасения. Естественно, что чем глубже степень помрачения сознания, тем меньше в симптоматике индивидуального, личностного. В зависимости от этиологических факторов делириозного синдрома расстройства восприятия и другие психопатологические феномены могут иметь некоторые особенности.

Наибольшую сложность в дифференциально-диагностическом отношении представляет делирий с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами. В подобных случаях чаще всего речь идет о дебюте эндогенно-процессуального заболевания, спровоцированном экзогенной вредностью (интоксикацией), или о сосуществовании обеих причин. При делирии вследствие интоксикации веществами с холинолитическими свойствами (атропином, циклодолом, амитриптилином, азалептином, аминазином, димедролом), часто встречаются метаморфозии и другие расстройства сенсорного синтеза. Галлюцинации характеризуются предметностью, простотой, индифферентностью содержания для больных (провода, опилки, нити и т.п.). При отравлении угарным газом доминируют обонятельные галлюцинации, кокаином - тактильные (ощущения кристаллов), тетраэтилсвинцом - ротоглоточные (ощущение волоса в ротовой полости). Для инфекционного делирия характерны явления соматопсихической деперсонализации, больные ощущают парение в воздухе, состояние невесомости, исчезновение тела, присутствие рядом с собой двойника. Часто встречаются вестибулярные расстройства: ощущение вращения, падения, раскачивания. При состояниях, сопровождающихся обезвоживанием, в болезненных переживаниях фигурирует вода. Травматический делирий сопровождается переживаниями обстоятельств получения травмы (обстановки боя). При формировании галлюцинаторно-бредовых переживаний при соматических заболеваниях большую роль играют болезненные ощущения в различных органах (больным кажется, что

они погибают в огне, подвергаются пыткам и т.п.). Для сенильного делирия (псевдоделирия) характерными признаками являются: «жизнь в прошлом», ложные узнавания, повышенная откликаемость на происходящее вокруг, суетливая деловитость, симптом «сборов в дорогу» - связывание больными в узлы постельных принадлежностей, блуждание с ними. Такие состояния имеют хроническое течение, усиливаясь в ночное время. Сходную клиническую картину имеет делирий при сосудистых заболеваниях головного мозга, его специфику определяет выраженность тревожного компонента и зависимость от состояния церебральной гемодинамики. При делириозных расстройствах, возникающих на фоне острого нарушения мозгового кровообращения, кроме всего прочего могут наблюдаться нарушения схемы тела. Особенностью делириев, возникающих в пожилом возрасте, является выраженность мнестических расстройств и возрастная тематика бредовых высказываний (идеи материального ущерба). Эпилептический делирий характеризуется особой яркостью и фантастичностью галлюцинаторных образов. Видения носят устрашающий характер, нередко окрашены в красные и черно-синие тона. Галлюцинаторные образы надвигаются на пациента, теснят его. Он слышит оглушительный грохот, чувствует отвратительный запах. Характерны переживания апокалиптического и религиозно-мистического содержания. В последнем случае галлюцинации могут быть необычайно приятными и сопровождаться экстатическим аффектом.

Сумеречное помрачение сознания

Этот вид помрачения сознания нередко называют патологически суженным сознанием или сумерками. Ввиду некоторых характерных особенностей и многообразия клинических проявлений этот синдром сложнее всего поддается дифференцировке. Его наиболее общими признаками являются: внезапность возникновения и прекращения (пароксизмальность), способность к внешне целенаправленному поведению, полная амнезия этого периода.

Нарушение ориентировки может быть выражена в различной степени. Наряду с глубокой дезориентировкой в окружающем и собственной личности встречаются состояния ориентированности «в общих чертах», со значительным ограничением доступа внешних впечатлений, сужением круга актуальных представлений, мыслей и побуждений. Восприятие

окружающего может быть искажено существующими продуктивными расстройствами. Об их наличии можно судить из спонтанных высказываний и поступков больных, которые в состоянии сумеречного помрачения сознания отрешенно-угрюмы, чаще молчаливы, их спонтанная речь ограничивается короткими фразами. Словесному контакту больные недоступны, хотя их поведение производит впечатление осмысленного, целенаправленного, оно полностью обусловлено имеющимися психопатологическими расстройствами. Здесь преобладают яркие (чаще зрительные) сценopodobные галлюцинации устрашающего содержания, образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, часты ложные узнавания. Аффективные расстройства интенсивны и отличаются напряженностью (тоска, ужас, ярость). Часто наблюдается неистовое психомоторное возбуждение. Перечисленные особенности делают этих больных чрезвычайно опасными для себя и окружающих. Они могут производить впечатление людей с сохранным сознанием и, вместе с тем, проявлять жестокую слепую агрессию, сокрушать все на своем пути, убивая и калеча родных и незнакомых людей. Нередко больные совершают внезапные и ужасающе бессмысленные аутоагрессивные действия. Реже встречаются сумеречные состояния с религиозно - мистическими переживаниями и экстатическим аффектом.

Представленная картина сумеречного помрачения сознания относится к его психотической форме. Последняя, в зависимости от преобладания тех или иных психопатологических расстройств, весьма условно делится на несколько вариантов. Бредовый вариант характеризуется наибольшей внешней упорядоченностью поведения, в виду чего, совершаемые агрессивные действия отличаются особой внезапностью и соответственно жесткостью. Галлюцинаторный вариант сопровождается хаотичным возбуждением с brutальной агрессией, обилием необычайно ярких галлюцинаций исключительно неприятного содержания. Ориентированное сумеречное помрачение сознания обычно возникает на высоте дисфории, когда нарастающее напряжение с тоскливо-злым аффектом получает разрядку во внешне мало мотивированных разрушительных актах, воспоминания о которых у больного не сохраняются.

В случае не столь грубых нарушений поведения говорят о непсихотической (простой) форме сумеречного помрачения сознания,

подразумеваемая отсутствие галлюцинаций, бреда, аффективных расстройств. Эта точка зрения разделяется не всеми психиатрами, т.к. внезапно возникающая подозрительность, обращение к несуществующему собеседнику или же совершение больным особенно нелепых поступков позволяет предположить роль галлюцинаторно-бредовых переживаний в происхождении этих феноменов.

Амбулаторный автоматизм - особая форма сумеречного помрачения сознания. Поведение достаточно упорядочено, больные способны к совершению сложных двигательных актов, отвечают на простые вопросы. Спонтанная речь отсутствует или носит стереотипный характер. На окружающих они производят впечатление задумчивого, сосредоточенного или уставшего человека. Обычно занятые до приступа какой-либо деятельностью, больные безотчетно продолжают ее, или стереотипно повторяют одну из операций, находясь уже в состоянии помраченного сознания. В других случаях они совершают поступки, никоим образом не связанные с предыдущими и не планируемыми ими ранее. Часто таким действием является бесцельное блуждание.

Транс - амбулаторный автоматизм, длящийся несколько дней, недель. В таком состоянии больные бродят по городу, совершают дальние переезды, внезапно обнаруживая себя в незнакомом месте.

Фуга - импульсивное двигательное возбуждение, сводящееся к неориентированному и быстрому стремлению вперед. Проявляется внезапно возникающим бесцельным бегом, вращением на месте или уходом, не связанным с ситуацией. Продолжается 2-3 минуты.

Сомнамбулизм (лунатизм) - сумеречное состояние, возникающее во сне. Проявляется снохождениями, сноговорениями, пароксизмальными ночными страхами. Особенностью этого расстройства является стереотипная повторяемость (по типу клише) и приуроченность к определенному ритму. Вступить в речевой контакт с больным находящимся в этом состоянии невозможно, настойчивые попытки пробудить его могут завершиться генерализованным судорожным припадком или brutальной агрессией с его стороны. На утро пациент полностью амнезирует ночные события, иногда ощущает слабость, разбитость, эмоциональный дискомфорт.

Течение сумеречного помрачения может быть непрерывным или альтернирующим (с кратковременным прояснением сознания) и продолжается от нескольких минут до 1-2 недель. Обрывается расстройство сознания внезапно, после глубокого сна. Амнезия после выхода больного из сумеречного состояния полная. После прояснения сознания отношение больных к совершенным действиям (убийствам, разрушениям и т.п.) определяется как к чужим поступкам. В ряде случаев амнезия может быть ретардированная, когда непосредственно после перенесенного психоза в памяти остаются фрагменты переживаний, а затем в течение нескольких минут-часов утрачиваются. Последнее обстоятельство имеет особое значение для судебно-экспертной оценки перенесенного состояния.

Сумеречное помрачение сознания встречается при эпилепсии, патологическом опьянении, эпилептиформном синдроме при органических поражениях головного мозга. Пароксизмальность возникновения всех сумеречных расстройств позволяет, с большей вероятностью, констатировать эпилептическую природу этих состояний. Однако их необходимо дифференцировать от помрачения сознания психогенного происхождения и невротического сомнамбулизма. В последнем случае возникновение снохождений и сноговорений обычно связано с предшествующим засыпанию эмоциональным напряжением, человека в этом состоянии можно разбудить, при этом у него моментально появляется критическая оценка ситуации и доступность речевому контакту, о чем на утро обычно сохраняются воспоминания.

Психогенные формы помрачения сознания (аффективно суженное сознание, истерические сумерки, помрачение сознания по диссоциативному типу, диссоциативные психозы) могут проявляться ступорозными состояниями или острым психомоторным возбуждением с речевой спутанностью, фугиформными реакциями, картинами псевдодеменции, пугрилизма, регресса личности («одичания»), бредоподобным фантазированием. Могут иметь острое или подострое течение, но всегда связаны с психотравмирующей ситуацией. Возникающие в этом состоянии галлюцинаторно-бредовые феномены систематизированы и имеют общую фабулу, как правило, противоположную реальной ситуации. Аффект бывает не столько напряженный, сколько демонстративный, подчеркнуто-экспрессивный. В проявлениях истерического (диссоциативного) психоза

отражаются наивные представления больного о картине «помешательства». Поведенческие модели могут быть довольно сложны, но всегда «психологически понятны» (К. Ясперс), т.е. своими поступками больной как бы проигрывает тему непереносимой для него ситуации, стремится «разрешить» ее.

Аменция

Аменция - глубокое помрачение сознания, определяющими признаками которого являются: инкогеренция (бессвязность ассоциативных процессов), растерянность и нарушения моторики. Двигательное возбуждение интенсивно, но нецеленаправленно и хаотично, ограничивается пределами постели. Наблюдается распад сложных двигательных формул, хореоформные и атетозоподобные гиперкинезы, симптомы корфологии. Больной совершает вращательные движения, разбрасывается и мечется в постели (яктация). Возможны кратковременные кататонические явления. Спонтанная речь больного состоит из отдельных слов обыденного содержания, слогов, нечленораздельных звуков, которые он произносит то громко, то едва слышно, то нараспев монотонным голосом; отмечаются персеверации. Его высказывания не облечены в грамматические предложения, бессвязны (инкогеренция мышления). Значения бессвязных слов соответствует эмоциональному состоянию больного, которое отличается крайней изменчивостью: то подавленно-тревожное, то сентиментально-восторженное, то безразличное. Постоянно присутствует аффект растерянности, недоумения, беспомощности. У больного грубо нарушена способность к анализу и синтезу, он не способен уловить связь между предметами и явлениями. Окружающую реальность пациент, подобно человеку в разбитых очках, воспринимает фрагментарно, отдельные элементы никак не складываются в целостную картину. Больной дезориентирован во всех видах. Причем это не ложная ориентировка, а поиск ориентировки при ее отсутствии. Внимание крайне неустойчиво, привлечь его не удастся. Речевой контакт не продуктивен, больной не осмысливает обращенную речь, отвечает не в плане заданных вопросов. Резко выражена истощаемость. Бредовые идеи и галлюцинации фрагментарны и не определяют поведение больных. Периодически речедвигательное возбуждение затихает и тогда преобладает депрессивный

аффект и астения, больные остаются дезориентированными. В ночное время аменция может сменяться делирием.

Продолжительность аменции - несколько недель. После восстановления сознания наблюдается тяжелая продолжительная астения, психоорганический синдром. Амнезия после выхода из аментивного помрачения сознания полная.

Аментивное состояние встречается при фебрильной шизофрении, злокачественном нейролептическом синдроме, но чаще всего при тяжелых соматических состояниях (нейроинфекциях, сепсисе, острых нарушениях мозгового кровообращения и др.) и свидетельствует о неблагоприятном развитии основного заболевания.

Подобная ситуация, как правило, наблюдается при сочетании нескольких отягощающих факторов, например, при присоединении интеркуррентной инфекции (пневмонии, рожи, гриппа) к хроническому астенизирующему соматическому заболеванию, или развитие сепсиса в раннем послеродовом периоде. В последнем случае особенно сложна дифференциальная диагностика с послеродовым психозом, как вариантом дебюта шизофрении. Отсутствие диссоциации между бессвязной речью и аффектом, депрессивные эпизоды, нестойкость и изменчивость кататонических расстройств, ночные делирии свидетельствуют в пользу экзогенной природы аментивного синдрома.

Принципиальные диагностические критерии полного развития типичных синдромов нарушенного сознания представлены в Таблице №1:

Таблица №1. Диагностические критерии синдромов нарушения сознания

	Онейроид	Делирии	Сумерки	Аменция
Ориентировка	Полная дезориентировка	Аллопсихическая дезориентировка	Полная дезориентировка	Отсутствие ориентировки
Расстройства восприятия	Псевдогаллюцинации	Истинные галлюцинации	Истинные и псевдогаллюцинации	Рудиментарные
Бред	Мегало-манический	Физического и морального ущерба	Преследования и физического уничтожения	Рудиментарный

Аффект	Экстаз или отчаяние	Изменчивый от эйфории до страха	Тоска, ужас, ярость	Растерянность и недоумение
Речевой контакт	Не возможен, спонтанной речи нет	Возможен. Речевая продукция отражает содержание психопатологических расстройств	Невозможен. Спонтанная речь отрывиста и стереотипна	Отдельные слова, буквы слоги
Поведение	Кататонические расстройства	Выраженное психомоторное возбуждение	Брутальная агрессия при внешней способности к последовательным действиям	Хаотичное возбуждение в пределах постели
Амнезия	Сохранение последовательных воспоминаний о психопатологических переживаниях	Отрывочные воспоминания о психопатологических переживаниях	Полная амнезия	Полная амнезия
Содержание переживаний	Фантастические панорамы. Последовательное развития событий	Профессиональные и бытовые сцены. Изменчивая фабула	Устрашающие картины гибели и насилия	Бессвязность (инкогеренция)

Практическое задание для самостоятельной работы

Болезненные нарушения сознания даже при осторожном и осмотрительном отношении к устоявшимся диагностическим ориентирам уже в ближайшем рассмотрении в той или иной степени отчетливости неизбежно отражаются в психопатологии познавательных процессов.

Необходимо, используя знания по психологии познавательных процессов, семиотике их нарушений и соответствующий им тезаурус, обратиться к изложению общепринятого взгляда на патологию сознания и провести контент-анализ предложенного текста с целью обнаружения

когнитивной семантики в содержательной структуре описания феноменологии нарушений сознания.

Вопросы для тестового контроля

1. Перечислите признаки расстроенного сознания.

- А. Нарушение восприятия.*
- В. Нарушение мышления.*
- С. Нарушение ориентировки.*
- Д. Амнезия.*
- Е. Все перечисленные.*

2. Синдромы выключения сознания характеризуются следующими признаками.

- А. Повышением порога к внешним раздражителям.*
- В. Психомоторным возбуждением.*
- С. Обеднением всех видов психической деятельности.*
- Д. Галлюцинациями.*

3. О чем свидетельствует исчезновение продуктивных психопатологических расстройств у пациента с нарушенным сознанием?

- А. О скором выздоровлении.*
- В. О не благоприятной динамике заболевания.*

4. Для какого психопатологического синдрома характерно явление двойной ориентировки?

- А. Сопор.*
- В. Онейроид.*
- С. Аменция.*

5. Назовите синдром нарушенного сознания, при котором поведение пациента диссоциирует с содержанием переживаний?

- А. Оглушение.*
- В. Делирий.*

- C. Сумерки.*
- D. Онейроид.*

6. При каком синдроме расстроенного сознания преобладают иллюзорно-галлюцинаторные расстройства?

- A. Делирий.*
- B. Аменция.*
- C. Сумерки.*
- D. Онейроид.*

7. Какие виды дезориентировки наблюдаются в делирии?

- A. В месте.*
- B. Во времени.*
- C. В окружающих лицах.*
- D. В собственной личности.*
- E. Все утверждения верны.*

8. Что характерно для делириозного синдрома?

- A. Выраженное психомоторное возбуждение.*
- B. Нелепое манерное поведение.*
- C. Внешне упорядоченное поведение.*

9. Для каких состояний характерно внезапное помрачение и внезапное прояснение сознания?

- A. Для делирия*
- B. Для оглушения*
- C. Для сумеречного помрачения.*
- D. Для обнубиляции*
- E. Для амбулаторного автоматизма.*
- G. Все утверждения верны.*

10. Перечислите характерные признаки сумеречного помрачения сознания.

- A. Внезапностью начала и прекращения.*
- B. Внешней способностью к упорядоченным действиям.*
- C. Напряженным аффектом.*
- D. Высоким риском общественно опасных действий.*

Е. Всем выше перечисленным.

11. Какое нарушение мышления специфично для аментивного синдрома?

А. Бредовые идеи величия.

В. Бредовые идеи преследования.

С. Брадифрения.

Д. Бессвязное мышление.

Е. Конкретное мышление.

12. Для какого синдрома характерно возбуждение, ограниченное пределами постели?

А. Для сопора.

В. Для онейроида.

С. Для делирия.

Д. Для аменции.

13. При каком синдроме наблюдается амнезия реальных событий на период помрачения сознания?

А. Оглушении.

В. Онейроиде.

С. Делирии.

Д. Аменции.

Е. Во всех перечисленных случаях.

14. Для каких патологических состояний закономерно развитие делирия?

А. Приступ шизофрении.

В. Острое инфекционное заболевание.

Д. Как отдаленное последствие ЧМТ.

С. Все ответы неправильные.

15. Для какого заболевания наиболее специфично сумеречное помрачение сознания?

А. Эпилепсия.

В. Алкоголизм.

С. Шизофрения.

Д. Верно все перечисленное

16. При каком синдроме помраченного сознания сохраняется способность к речевому общению, когда имеется возможность выяснить содержание болезненных переживаний пациента?

А. Онейроид.

В. Делирий

С. Сумерки

Литература:

- Акопов Г.В. Психология сознания: Вопросы методологии, теории и прикладных исследований. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2010.
- Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. - Ростов н/Д: «Феникс», 2003.
- Жмуров В. А. Психопатология - М.: Медицинская книга, 2002.
- Завилянский И. Я., Блейхер В. М. и др. Психиатрический диагноз. Киев. Выща школа, 1989.
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1986
- Каплан Г. И., Седок Б. Дж. Клиническая психиатрия. - В 2-х т.- Пер. с англ. - М.: Медицина, 1994.
- Кирпиченко А. Л. Психиатрия. Минск. Высшая школа, 1996 г. 11
- Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия: - Учебник. - М.: Медицина, 1995.
- Куликов Л.В. Психология сознания. Сост. и общая ред. Л.В. Куликова. – СПб. Питер, 2001. – 480с.
- Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В Морозова. - В 2-х т. - М.: Медицина, 1988.
- Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. – Пер. с англ. – М.: Практика, 1998.

- Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. - В 2-х т.- М.: Медицина, 1983.
- Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. - В 2-х т.- М.: Медицина, 1999.
- Синдромы нарушенного сознания. Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко. Воронеж, 2004
- Сметанников А. В. Психиатрия: Руководство для врачей. - СПб: СПб МАПО, 1997.
- Ясперс К. Общая психопатология. - Пер. с нем. - М.: Практика, 1997.

Отпечатано в типографии ООО «Порто-принт»

443041, г.Самара, ул. Садовая, 156