**Нарушения сознания**

Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее "рабочим". Ведущий современный психиатр А.В. Снежневский говорит, что "если подходить к сознанию в философском смысле, то мы, естественно, должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается". Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;

2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;

3) разные степени бессвязности мышления;

4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания.

В психиатрии различают разные формы нарушения сознания.

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы "спросонок", сложное содержание вопроса не осмысливается Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от нескольких минут до нескольких часов.

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезоринтировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Хотя в основном мы не используем концептуальный аппарат психиатрии, однако для некоторых разделов (в частности сознания) его следует осветить.

Больные "совершают" межпланетные путешествия, "оказываются среди жителей Марса". Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют "при гибели города", видят, "как рушатся здания", "проваливается метро", "раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве".

Иногда у больного приостанавливается фантазирование, но затем незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Яс-перс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейрои-де больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзисторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название амбулаторного автоматизма (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название absence (отсутствие — франц.).

Псевдодеменция. Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, взрослый больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать их.

Мы остановились лишь на некоторых формах нарушения сознания. В действительности же их проявления в клинике значительно разнообразнее, но нам важно было познакомить читателя с теми понятиями, в которых нарушения сознания интерпретируются и описываются в клинике.

Наряду с различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознавания — деперсонализация.

Деперсонализация характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение "схемы тела" — нарушение отражения в сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов. Подобные нарушения, получившие название "дисморфобии", могут возникать при разных заболеваниях — при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др.

Синдром дисморфобии Подробно описан многими психиатрами, начиная с работ итальянского психиатра Морзели (Morseli, 1836— 1894). Больные с подобным синдромом считают, что у них "некрасивый нос, оттопыренные уши, от них плохо пахнет". Больные стремятся принять меры по устранению "мешающего недостатка", настаивают на оперативном вмешательстве, они часами стоят перед зеркалом (симптом зеркала), постоянно себя разглядывают.

Особенно подробно описан этот синдром в работах М.В. Корки-ной, которая пишет, что этот синдром можно рассматривать как триаду, состоящую: а) из идеи о физическом недостатке с активным стремлением от него избавиться; б) идеи отношений и в) пониженного настроения.

Выраженное, навязчивое или бредовое стремление больных исправить мнимый недостаток дало основание автору говорить о дис-морфомании. Речь идет не о расхождении между содержательным отражением идеального представления о внешнем облике "Я" и настоящим, а о неприятии себя, т.е. о неосознаваемом неприятии.

В работе Б.В. Ничипорова, посвященной этой проблеме, показано, что синдром дисморфобии связан с низкой самооценкой. Подобные больные избегают общества, уединяются, нередко переживание своего мнимого уродства столь сильно, что может стать причиной суицидальных попыток. При этом их самооценка опирается не на содержательность представления об идеальном образе внешнего "Я", а на неприятие своего физического "Я".

Мы привели эти клинические данные, чтобы показать, что патологическое изменение психики, ее самосознания осуществляется, как и нормальное развитие, в онтогенезе, в практической деятельности субъекта, в перестройке его реальных взаимоотношений — в данном случае под влиянием развивающейся в ходе самовосприятия бредовой интерпретации своего состояния, затрагивающей место человека среди других людей.

Так, И.И. Чеснокова пишет, что материал клинических наблюдений расстройств самосознания, выражающийся в основном в синдроме деперсонализации, является фактическим обоснованием теоретических положений о самосознании как центральном "образующем" личности, связывающим воедино отдельные ее проявления и особенности.