Оригинальная статья

Парциальные расстройства сознания при патологии невротического спектра: феноменология и квантификация

А. А. Марченко, А. В. Лобачев, А. И. Колчев

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: разработка формализованной шкалы для количественной оценки парциальных расстройств сознания (ПРС) у больных с патологией невротического спектра с позиций наименее противоречивого аспекта, относящегося к области сознания, — особенностей ориентировки, а также определение связи этих нарушений с клиническими и функциональными характеристиками состояния пациентов.

Дизайн: открытое сравнительное невыборочное исследование.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два этапа: на первом этапе осуществлялась разработка шкалы для оценки выраженности ПРС, а на втором — изучение связи последних с клиническими и психометрическими показателями.

Обследованы 113 больных с расстройствами невротического спектра, возраст — от 22 до 53 лет (в среднем — 35,3 ± 7,2 года), средняя длительность заболевания — 31,7 ± 39,8 месяца.

При создании методики для оценки ПРС из перечня, содержащего 172 пункта, экспертами (в качестве последних выступали 6 квалифицированных врачей-психиатров) были отобраны 54 утверждения, отвечающие, по их мнению, семантическому полю понятия «нарушение сознания».

Больные обследованы с помощью Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA), Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), теста «Индекс жизненного стиля», CNS Vital Signs.

Результаты. После статистической обработки в шкалу были включены 30 утверждений (α Кронбаха — 0,96, коэффициент корреляции между пунктами — 0,42). Выделены три главных компонента: нарушения временно́й (ПРВО), пространственной (ПРПО) и телесной ориентировки (ПРТО). Установлены корреляционные связи: фобической, тревожной и депрессивной симптоматики по шкале SCL-90-R с ПРВО; психотизма с ПРПО, обсессивно-компульсивных, паранойяльных и соматизационных симптомов с нарушениями ПРТО; факторов тревоги, Майера HAMD, психической тревоги по HAMA с ПРВО, ПРПО, ПРТО; показателей вербальной памяти и устойчивости внимания с ПРВО, социальной компетентности с ПРПО.

Заключение. Выявленные корреляционные связи ПРС при рассмотрении в свете концепций объемлющего строя и межмодальной трансляции могут играть роль первичных или основных симптомов в структуре психопатологических синдромов. Невозможность адекватной ориентации в экологическом строе и обусловленное им нарушение прогностических функций могут лежать в основе возникновения протопатической тревоги, хотя причинно-следственные связи в подобном случае требуют дальнейшего исследования. В практическом аспекте представляется уместным учитывать роль данных нарушений в качестве предикторов неблагоприятных исходов лечения, что является дополнительным основанием для продолжения исследований в этой области.

Ключевые слова: шкала парциальных расстройств сознания, невротические расстройства.

Original Paper

Partial Disorders of Consciousness Associated with Neurotic Disorders: Phenomenology and Quantification

A. A. Marchenko, A. V. Lobachev, A. I. Kolchev

S. M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg

Study Objective: Development of formal scale for quantitative evaluation of partial disorders of consciousness with neurotic disorders in terms of less contradictory aspect related to consciousness, i.e. orientation, and determination of the relation of these disorders with clinical and functional characteristics of patients.

Study Design: Open comparative randomised study.

Materials and Methods. The study was conducted in two stages: at the first stage, a scale for evaluation of partial disorders of consciousness was developed, and at the second stage, the relation of the latter with clinical and psychometric parameters was studied. 113 patients with neurotic disorders at the age of 22-53 years old (mean value: 35.3 ± 7.2 years) were examined; average duration of disease made 31.7 ± 39.8 months.

When creating the method for evaluation of partial disorders of consciousness from the list containing 172 items, the experts (6 qualified psychiatrists) selected 54 statements related to semantic part of the term “alteration of consciousness”, at their discretion.

The patients were examined using Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA), Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), Lifesttyle Index Test, CNS Vital Signs.

Study Results. After statistical processing, 30 statements (α Cronbach's alpha — 0.96, items correlation ratio — 0.42) were included to the scale. Three main components were marked, namely, time, spatial, and skin disorientation. The correlation relations were established: phobic symptoms, psychic tension, and depression under SCL-90-R scale for time disorientation; psychoticism for spatial disorientation; obsessive-compulsive, paranoic, and somatic symptoms with skin disorientation; tension factors, Mayer HAMD, mental anxiety under HAMA for time, spatial, and skin disorientation; verbal memory factors and attention span for time disorientation, social competence for spatial disorientation.

Conclusion. Identified correlation relations of partial disorders of consciousness in view of visual perception and intermodal translation can be considered as primary or main symptoms in the structure of psychopathologic syndromes. Inability to adequately orient in environment

Колчев Александр Иванович — д. м. н., профессор, доцент кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: a.kolchev@mail.ru

Лобачев Александр Васильевич — к. м. н., старший преподаватель кафедры организации и тактики медицинской службы ФГБВОУ ВО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: lobachev_alexand@mail.ru

Марченко Андрей Александрович — д. м. н., доцент, профессор кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: andrew.marchenko@mail.ru

and prognostic functions disorder can lead to occurrence of protopathic anxiety, although cause-effect relations in such case requires further studies. On the practical side, it is appropriate to consider the role of these disorders as predictors for therapeutic failures, which is an additional basis for continuation of studies in the field.
Key words: partial disorders of consciousness, neurotic disorders.

Не секрет, что проблема парциальных расстройств сознания (ПРС) — одна из наиболее запутанных в психиатрии. Еще в 1934 г. М. А. Джагаров и М. И. Коршунова [1] высказывали мысль о том, что нет душевного заболевания без измененного сознания, а также говорили о качественном нарушении сознания при психозах и количественном при неврозах. Прошли десятилетия, а эта мысль, имеющая как сторонников, так и противников, осталась не подтвержденной и не опровергнутой.

Клинические наблюдения и накопление фактов не только не внесли ясность в решение поставленных вопросов, но лишь усугубили эмпирический хаос, более явственно обозначив методологическую неполноценность укоренившегося в психиатрии утилитарного подхода к сознанию: «если в области исследования расстройств восприятия, эмоций, мышления в психиатрической литературе сложились традиционные подходы к вопросам их систематики и клиники, то в области исследования расстройств сознания... до настоящего времени имеются существенные противоречия... Даже такие общие аспекты, как определение и границы понятия, до сих пор не являются общепризнанными» [2]. Вероятно, поэтому С. В. Дрёмов и И. Р. Семин [3] с грустью констатируют, что «проблема сознания долгое время была маргинальной в психиатрии, и все ценное, что можно было получить психиатрами при изучении состояний сознания, оставалось либо в рамках психологии, либо вообще за пределами науки». Отдельные аспекты проблемы ПРС мозаично пересекаются в рамках концепций деперсонализации [4], диссоциации [5], измененных состояний сознания [3] и их англоязычных эквивалентов (altered states of mind) [6, 7], а также ряда других понятий, например искажения сознания [8], минимальных расстройств самосознания (minimal self disorders) [9], что свидетельствует об отсутствии устоявшихся методологических и классификационных подходов к ее рассмотрению.

Большинство работ по этой проблеме ориентированы на изучение феноменологии данных нарушений и базируются на субъективном опыте больных, трудности квалификации которого в значительной степени обусловлены явным несовершенством психиатрического лексикона в указанной области [10]. Поэтому предлагается выделять такие конструкты, как погруженность (absorption), рассеянность (distraction) и деперсонализация [11], отчуждение, нарушение идентичности, эмоциональное оцепенение [12] и т. п., удобные для субъективного описания наблюдаемых явлений, но малопригодные как для понимания их места в структуре психических нарушений с функциональных позиций, так и для разработки диагностических критериев. При этом подчеркивается, что их общность в рамках единого конструкта носит скорее теоретический характер, не подтверждается практически, что требует качественно иной понятийной трактовки и систематизации данных феноменов [12].

Ю. И. Полищук [13] к числу критериев ПРС предлагал относить недостаточно адекватное и одностороннее отражение окружающей действительности с искажением объективных смыслов и значений; нарушение целостности мировосприятия и мировоззрения, их фрагментарность; неупорядоченность потока сознания, затрудняющую осмысление, оценку и приспособление к окружающей среде; снижение уровня критичности и самокритичности вплоть до их утраты; сужение поля сознания и инертность его содержания.

Вместе с тем, исходя из предпосылок о диалогической структурированности сознания, была показана возможность его оценки с помощью опросников, контент-анализа и даже формально шкалируемыми методами. Однако уже разработанные методики предназначены преимущественно для психологических исследований, например в области изучения изменения сознания при трансовых состояниях [14, 15], либо ограничены упоминавшимися феноменологическими конструктами диссоциации [16] и деперсонализации [17], что затрудняет функциональную оценку данных феноменов с патогенетических позиций.

Целью нашего исследования стала разработка формализованной шкалы для количественной оценки ПРС у больных с патологией невротического спектра с позиций наименее противоречивого аспекта, относящегося к области сознания, — особенностей ориентировки, а также определение связи этих нарушений с клиническими и функциональными характеристиками состояния пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в два этапа: на первом этапе осуществлялась разработка шкалы для оценки выраженности ПРС, а на втором — изучение связи последних с клиническими и психометрическими показателями.

Материалом работы послужили данные обследования 113 больных с расстройствами невротического спектра. Их возраст варьировал от 22 до 53 лет (в среднем — 35,3 ± 7,2 года), средняя длительность заболевания — 31,7 ± 39,8 месяца. Распределение пациентов по диагностическим рубрикам осуществлялось на основании окончательного диагноза при первой госпитализации и было следующим: тревожно-фобические расстройства — 19 (16,8%), расстройства адаптации — 27 (23,9%), посттравматическое стрессовое расстройство — 6 (5,3%), конверсионные и соматоформные расстройства — 14 (12,4%), неврастения — 19 (16,8%), неуточненные невротические расстройства — 28 (24,8%).

При создании методики для оценки ПРС из перечня, содержащего 172 пункта, экспертами (в качестве последних выступали 6 квалифицированных врачей-психиатров) были отобраны 54 утверждения, отвечающие, по их мнению, семантическому полю понятия «нарушение сознания». Для оценки частоты и длительности признаков использовалась пятиуровневая шкала Ликерта. Общая оценка по пунктам рассчитывалась на основании умножения частоты симптома на его длительность. Валидизация шкалы проводилась с помощью модуля «Анализ надежности» статистического пакета SPSS 16.0. Из методики исключались пункты, удаление которых повышало коэффициент α Кронбаха.

Обследование включало, наряду с клинико-психопатологическим, в рамках которого отдельно учитывались длительность и количество перенесенных стрессовых ситуаций, использование стандартизированных методик — шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HAMD): применяли 17-пунктную версию, при этом дополнительно рассчитывали ряд клиниметрических индексов: фактор тревоги (пункты 10–13, 15 и 17), ядерный фактор депрессии (пункты 1, 2, 3, 7 и 8),

фактор Майера (подшкала ключевых симптомов депрессии — пункты 1, 2, 7–9 и 10), а также подшкалы заторможенности (пункты 1, 7, 8 и 14), нарушений сна (пункты 4, 5 и 6) и фактор меланхолии Бека (пункты 1, 2, 7, 8, 10, 13) [18].

Результаты экспертной квалификации состояния дополнялись данными субъективной его оценки по опроснику выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) [16], а также результатами исследования механизмов адаптивного (тест «Индекс жизненного стиля» [19]) и когнитивного функционирования (компьютерная психодиагностическая методика CNS Vital Signs [20]). При этом все дополнительные методы использовались для разведочного корреляционного анализа с целью определения места ПРС в структуре психических нарушений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка внутренней согласованности шкалы на основании расчета показателя α Кронбаха показала, что методика характеризуется высокой надежностью: средняя корреляция между пунктами составила 0,25, коэффициент α — 0,95. На основании анализа отдельных пунктов из шкалы были удалены 24 утверждения, после чего показатель α составил 0,96, а коэффициент корреляции между пунктами увеличился до 0,42. Таким образом, в итоговый вариант шкалы ПРС вошли 30 пунктов (*табл. 1*).

Последующий факторный анализ позволил выделить три главных компонента (*табл. 2*), суммарно объясняющих 74,3% дисперсии признаков. На основании контент-анализа вошедших признаков выделенные компоненты были обозначены: нарушения временно́й ориентировки (фактор 1,

Таблица 1

Шкала парциальных расстройств сознания

Этот опросник описывает необычные и «странные» переживания, которые обычные люди могут испытывать в повседневной жизни. Нас интересует, как часто в течение последнего месяца у Вас были подобные переживания и их приблизительная длительность, при этом Вы не находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Для каждого вопроса укажите, пожалуйста, соответствующий ответ. Если Вы не уверены, выберете кажущийся наиболее подходящим ответ

№	Вопросы	Частота					Длительность					
		0 = никогда	1 = редко	2 = часто	3 = очень часто	4= постоянно	1 = несколько секунд	2 = несколько минут	3 = несколько часов	4 = почти весь день	5 = более одного дня	6 = более одной недели
1.	Знакомые голоса воспринимались как искаженные и чужие	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
2.	Не будучи в угнетенном состоянии, я испытывал чувство, будто я «отрезан от мира»	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
3.	Мой собственный голос казался неестественным и чужим	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
4.	Даже когда я плакал или смеялся, мне казалось, что я совершено не испытывал никаких эмоций	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
5.	Я переставал чувствовать целенаправленность течения времени, его продвижение вперед	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
6.	Мне казалось, что я неспособен представить в сознании разные предметы, например лицо близкого друга или знакомое место	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
7.	Окружающие звуки воспринимались какими-то удаленными и нереальными	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
8.	Я не ощущал будущего, как будто оно перестало существовать	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
9.	Я испытывал такое ощущение, будто находился вне своего тела	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
10.	Мои движения казались не моими, как будто они «механические» или «автоматические», как у робота	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
11.	Мне казалось, что я утратил телесные ощущения (например, голод или жажду), так что когда я ел или пил, это воспринималось как автоматические действия	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
12.	Мне казалось, что отдельные события происходили раньше или позже, чем на самом деле	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
13.	Я переставал ощущать течение времени	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
14.	Кратковременные события казались растянувшимися на очень долгий период	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
15.	Вкус пищи не приносил удовольствия или вызывал отвращение	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
16.	У меня исчезало внутреннее чувство времени	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
17.	Мое прошлое казалось не принадлежащим мне	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
18.	Запахи не вызывали удовольствия или отвращения	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
19.	Я не мог точно определить, сколько длилось то или иное событие	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6

20.	Когда я что-нибудь делал, то испытывал чувство, будто наблюдаю за собой со стороны	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
21.	Чувство, что я не имел ни единой мысли, так что когда я говорил, то казалось, будто слова произносятся сами собой, автоматически	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
22.	Привычные и рутинные события внезапно воспринимались как происходящие впервые, как никогда не виденные	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
23.	Окружающий мир воспринимался каким-то отдаленным или нереальным, как будто существовала «вуаль», отделяющая меня от внешнего мира	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
24.	Если я поранился, то я чувствовал себя отчужденно от боли, как будто болит у кого-то другого	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
25.	Мне казалось, что время будто изменило направление движения, зациклилось или течет назад	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
26.	Я переставал ощущать, сколько сейчас времени	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
27.	Время текло необычайно быстро	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
28.	Не будучи в подавленном настроении, я испытывал странные ощущения собственной нереальности	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
29.	Временами мне казалось, будто то, что я делал недавно, происходило очень давно. Например, казалось, что все, что я делал утром, было несколько недель назад	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
30.	Время словно остановилось	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6

Таблица 2

Факторная структура шкалы парциальных расстройств сознания

№ пункта	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
1.	0,46	0,589	–0,185
2.	0,428	0,726	0,205
3.	0,056	0,896	0,091
4.	0,079	0,665	0,103
5.	0,683	0,478	0,242
6.	0,078	0,452	0,451
7.	0,044	0,727	0,568
8.	0,547	0,395	0,389
9.	0,18	0,585	0,588
10.	–0,032	0,598	0,642
11.	0,395	0,5	0,655
12.	0,402	0,102	0,02
13.	0,697	0,434	0,465
14.	0,723	–0,113	0,129
15.	0,491	0,091	0,717
16.	0,877	–0,013	0,157
17.	0,687	0,642	0,015
18.	0,184	0,02	0,9
19.	0,857	0,307	–0,02
20.	0,188	0,862	0,295
21.	0,082	0,44	0,742
22.	0,084	0,934	0,038
23.	0,492	0,753	0,064
24.	0,354	0,51	0,584
25.	0,891	0,181	0,099
26.	0,942	0,072	–0,045
27.	0,083	0,605	0,321
28.	0,088	0,019	0,948
29.	0,859	–0,121	0,262
30.	0,826	0,36	0,316

включивший пункты 5, 8, 12–14, 16, 17, 19, 25–27, 29, 30), нарушения пространственной ориентировки (фактор 2, пункты 1–4, 6, 7, 20, 22, 23) и нарушение телесной ориентировки (фактор 3, пункты 9–11, 15, 18, 21, 24, 28).

При сравнении выраженности нарушений по шкале ПРС у здоровых испытуемых (n = 49) с аналогичными у больных с невротическими расстройствами (при расчетах средних величин сумма произведений частоты и длительности признаков делилась на количество пунктов в шкале или соответствующих подшкалах) были выявлены статистически значимые различия как по отдельным субшкалам, так и по общему показателю (*табл. 3*). При этом наибольший уровень нарушений был характерен для временно́й ориентировки, тогда как пространственная была представлена в наименьшей степени.

В ходе разведочного корреляционного анализа была установлена высокая взаимозависимость ПРС и отдельных симптоматических групп. Так, фобическая, тревожная и депрессивная симптоматика по шкале SCL-90-R обнаруживала отчетливую прямую корреляционную связь с парциальными нарушениями временно́й ориентировки (коэффициент корреляции (КК) был равен 0,6, 0,7 и 0,7 соответственно). Психотизм имел аналогичной силы взаимосвязь с пространственной ориентировкой (КК = 0,7),

Таблица 3

Показатели по шкале парциальных расстройств сознания (ПРС) у здоровых испытуемых и больных с невротическими расстройствами

Показатели	Больные	Здоровые	P
Нарушения временно́й ориентировки	1,65 ± 2,92	0,60 ± 0,60	0,000
Нарушения пространственной ориентировки	0,95 ± 2,05	0,27 ± 0,39	0,000
Нарушение телесной ориентировки	1,33 ± 2,59	0,41 ± 0,87	0,000
Средний показатель по шкале ПРС	1,35 ± 2,43	0,45 ± 0,53	0,000

в то время как обсессивно-компульсивные, паранойяльные и ипохондрически-соматизационные симптомы были связаны с нарушениями в сфере телесной ориентировки (КК составил 0,7, 0,5 и 0,5 соответственно).

Показатели ПРС по отдельным шкалам и по сумме оценок тоже были значимо связаны с такими клиниметрическими индексами, как фактор тревоги HAMD (КК для субшкалы нарушений временно́й ориентировки равен 0,35, пространственной — 0,33, телесной — 0,36, для суммарного показателя ПРС — 0,37), фактор Майера (соответствующие КК — 0,40, 0,48, 0,43 и 0,45), а также с показателем психической тревоги по HAMA (КК для субшкалы нарушений временно́й ориентировки составил 0,25, пространственной — 0,34, телесной — 0,33, для суммарного показателя ПРС — 0,31).

С другой стороны, уровни ПРС были связаны и с рядом характеристик когнитивного функционирования. Так, показатели вербальной памяти и устойчивости внимания обратно коррелировали с нарушением временно́й ориентировки (КК = –0,34 и –0,32), а показатели социальной компетентности — пространственной (КК = –0,39). Наряду с этим представляют интерес и результаты корреляционного анализа показателей ПРС и характеристик негативных психогенных воздействий. Так, длительность последних была прямо связана с выраженностью нарушений временно́й (КК = 0,36) и проприоцептивной (КК = 0,38) ориентировок, а их количество — только с временно́й (КК = 0,31).

Кроме того, были выявлены корреляционные связи между напряженностью защитного функционирования и нарушениями временно́й (КК = 0,35) и проприоцептивной (КК = 0,35) ориентировок по шкале ПРС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный подход в значительной степени согласуется с данными последних исследований, например P. Frewen и соавт. [7], в котором также предлагается для оценки непсихотических нарушений сознания выделение как минимум пространственного и временно́го измерений. Выявленные нами корреляционные связи парциальных расстройств сознания с познавательными функциями согласуются со сведениями о сходных взаимоотношениях минимальных нарушений сознания с такими когнитивными нарушениями, как трудности в организации зрительной информации в пространстве вследствие ограничения скорости обработки пространственной частоты (spatial frequency), а также событийно-временной кодировке [21].

При рассмотрении этих данных в свете концепции объемлющего строя Дж. Гибсона (утверждавшего принципиальное единство процессов восприятия и проприоцепции при пространственном позиционировании, то есть невозможность отделить субъект от объекта [22]) и теории межмодальной трансляции (констатирующей, что основной функцией сознания является перевод, или трансляция, афферентации разных модальностей — зрения, слуха и проприоцепции — на «язык» других модальностей, что проявляется в явлениях синестезии, а также их приведение к единому «обезмодаленному» языку, лежащему в основе символизма и понятийного мышления [23]) представляется, что нарушение адекватной ориентировки и обусловленное им искажение прогностических функций сознания может играть роль первичных или основных [24] симптомов в структуре психопатологических синдромов.

Так, зрение, отвечающее преимущественно за пространственную ориентировку, слух и вокализация, лежащие в основе восприятия времени, осязание и движение, дающие возможность соотносительной локализации частей тела и окружающих предметов, представляют собой разнородно структурированные источники информации, каждый из которых характеризуется собственной скоростью процессов и соотношением одновременности и последовательности [23]. При этом нарушения в рамках одной модальности в силу механизмов межмодальной трансляции [25] с неизбежностью влекут за собой расстройства и в остальных сферах, чем, вероятно, можно объяснить такие феномены, как антиципационная несостоятельность [26], моторная неловкость и т. п. С этих позиций уместным воспринимается и то соображение, что невозможность адекватной ориентации в экологическом строе и обусловленное им нарушение прогностических функций могут лежать в основе возникновения протопатической тревоги, хотя причинно-следственные связи в подобном случае требуют дальнейшего исследования.

В практическом аспекте представляется уместным учитывать роль данных нарушений в качестве предикторов неблагоприятных исходов лечения [27], что является дополнительным основанием для продолжения исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Джагаров М. А., Коршунова М. И. К учению о сознании. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. 1934; 3(4): 53–9. [Dzhagarov M. A., Korshunova M. I. K ucheniyu o soznanii. Sovetskaya nevropatologiya, psikhiatriya i psikhogigiyena. 1934; 3(4): 53–9. (in Russian)]*
2. *Воробьев В. Ю., сост.; Качаев А. К., ред. Деперсонализация (клиника, диагностика, лечение): методические рекомендации. М.; 1997. 23 с. [Vorob'ev V. Yu., sost.; Kachaev A. K., red. Depersonalizatsiya (klinika, diagnostika, lechenie): metodicheskie rekomendatsii. M.; 1997. 23 s. (in Russian)]*
3. *Дрёмов С. В., Семин И. Р. Измененные состояния сознания: психологическая и философская проблема в психиатрии. Новосибирск; 2001. 204 с. [Dryomov S. V., Semin I. R. Izmenennyye sostoyaniya soznaniya: psikhologicheskaya ifilosofskaya problema v psikhiatrii. Novosibirsk; 2001. 204 s. (in Russian)]*
4. *Меграбян А. Деперсонализация. Ереван; 1962. 356 с. [Megrabyan A. Depersonalizatsiya. Yerevan; 1962. 356 s. (in Russian)]*
5. *Коган Б. М., Семина Т. Е. Проблема диссоциации в психологии и психиатрии. Системная психология и социология. 2010; 1(2): 43–52. [Kogan B. M., Semina T. Ye. Problema dissotsiatsii v psikhologii i psikhiatrii. Sistemnaya psikhologiya i sotsiologiya. 2010; 1(2): 43–52. (in Russian)]*
6. *Tinnin L. Mental unity, altered states of consciousness and dissociation. Dissociation. 1990; 111(3): 154–9.*
7. *Frewen P., Kleindienst N., Lanius R., Schmahl C. Trauma-related altered states of consciousness in women with BPD with or without co-occurring PTSD. Europ. J. Psychotraumatol. 2014; 5: 10.3402/ejpt.v5.24863.*
8. *Ткаченко А. А., ред. Аномальное сексуальное поведение. М.; 1997. 426 с. [Tkachenko A. A., red. Anomal'noe seksual'noe povedenie. M.; 1997. 426 s. (in Russian)]*
9. *Mishara A. L., Lysaker P. H., Schwartz M. A. Self-disturbances in schizophrenia: history, phenomenology, and relevant findings from research on metacognition. Schizophr. Bull. 2014; 40(1): 5–12.*
10. *Чудновский В. С. Энергетический и архитектурный принцип понимания механизмов психических заболеваний. Неврол. вестн. 1994; 26(3–4): 49–52. [Chudnovskiy V. S. Energeticheskiy i arkhitekturny printsip ponimaniya mekhanizmov psikhicheskikh zabolevaniy. Nevrol. vestn. 1994; 26(3–4): 49–52. (in Russian)]*
11. *Amdur R. L., Liberzon I., Dimensionality of dissociation in subjects with PTSD. Dissociations. 1996; A(2): 118–24.*

12. Briere J., Weathers F. W., Runtz M. Is dissociation a multidimensional construct? data from the multiscale dissociation inventory. J. Traumat. Stress. 2005; 18(3): 221–31.
13. Полищук Ю. И. О недостаточности клинического метода в психиатрии. Обозр. психиатр. и мед. психолог. 1991; 4: 90–2. [Polishchuk Yu. I. O nedostatochnosti klinicheskogo metoda v psikhiatrii. Obozr. psikhiatr. i med. psikholog. 1991; 4: 90–2. (in Russian)]
14. Pekala R. J. The phenomenology of consciousness inventory (PCI). West Chester, PA; 1991. 186 p.
15. Dittrich A. The standardized psychometric assessment of altered states of consciousness (ASCs) in humans. Pharmacopsychiat. 1998; 31(suppl.2): S80–4.
16. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.; 2001. 272 с. [Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb.; 2001. 272 s. (in Russian)]
17. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина; 1981. 207 с. [Nuller Yu. L. Depressiya i depersonalizatsiya. L.: Meditsina; 1981. 207 s. (in Russian)]
18. Дмитриева Т. Б., Краснов В. Н., Незнанов Н. Г., Семке В. Я., Тиганов А. С., ред. Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 1000 с. [Dmitrieva T. B., Krasnov V. N., Neznanov N. G., Semke V. Ya., Tiganov A. S., red. Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media; 2009. 1000 s. (in Russian)]
19. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. СПб.; 1999. 49 с. [Vasserman L. I., Yeryshev O. F., Klubova Ye. B. Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya: Posobiye dlya vrachey i psikhologov. SPb.; 1999. 49 s. (in Russian)]
20. Gualtieri C. T., Johnson L. G. Reliability and validity of a computerized neurocognitive test battery, CNS Vital Signs. Arch. Clin. Neuropsychol. 2006; 21(7): 623–43.
21. Giersch A., Mishara A. L. Is schizophrenia a disorder of consciousness? Experimental and phenomenological support for anomalous unconscious processing. Front. Psychol. 2017; 8: 1659.
22. Гибсон Дж. Экологический подход к зрительному восприятию. М.; 1988. 232 с. [Gibson Dzh. Ekologicheskiy podkhod k zritel'nomu vospriyatiyu. M.; 1988. 232 s. (in Russian)]
23. Хант Г. Т. О природе сознания: с когнитивной, феноменологической и трансперсональной точек зрения. М.; 2004. 555 с. [Khant G. T. O prirodesoznaniya: c kognitivnoy, fenomenologicheskoy i transpersonal'noy tochek zreniya. M.; 2004. 555 s. (in Russian)]
24. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика; 1997. 1056 с. [Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya. M.: Praktika; 1997. 1056 s. (in Russian)]
25. Geschwind N. Disorders of attention: a frontier in neuropsychology. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences. 298(1089): 173–85ю
26. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М.; 2002. 608 с. [Mendelevich V. D., Solov'yeva S. L. Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina. M.; 2002. 608 s. (in Russian)]
27. Kleindienst N., Limberger M. F., Ebner-Priemer U. W., Mauchnik J., Dyer A., Berger M. et al. Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. J. Pers. Disor. 2011; 25(4): 432–47.

Библиографическая ссылка:
Марченко А. А., Лобачев А. В., Колчев А. И. Парциальные расстройства сознания при патологии невротического спектра: феноменология и квантификация // Доктор.Ру. 2018. № 1 (145). С. 34–39.

Citation format for this article:
Marchenko A. A., Lobachev A. V., Kolchev A. I. Partial Disorders of Consciousness Associated with Neurotic Disorders: Phenomenology and Quantification. Doctor.Ru. 2018; 1(145): 34–39.