

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Бредовые идеи»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия
Должецкая Д.О

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М.А

Красноярск 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение.....	3
Основные признаки бреда.....	3
Классификация.....	4
Бредовые синдромы.....	12
Стадии формирования бредового синдрома.....	14
Вывод.....	15
Используемая литература.....	16

Введение

Бредовые идеи - это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни другим каким-либо способом. Совокупность бредовых идей называется бредом.

Не имея доказательств своей правоты и, отчасти понимая это, больные тем не менее не отказываются от своих убеждений, так как «интуитивно, нутром, по наитию» чувствуют, что истина находится на их стороне. Заблуждаются не они, а те, кто думает иначе. Накапливая доказательства в пользу бреда, больные стремятся убедить не себя,— они в этом не нуждаются,— а окружающих, которые не разделяют их мнения. Существует в связи с этим точка зрения, согласно которой бред — это патологический вариант интуитивного мышления.

Бред не относят к специфическим признакам определенного заболевания, поскольку он возникает при различных расстройствах психики и часто сочетается с целым комплексом других признаков: депрессией, маниакальным состоянием, галлюцинациями, помрачением сознания.

Основные признаки бреда

Выделяют следующие основные признаки бреда:

- > Бред является следствием болезни и, таким образом, в корне отличается от заблуждений и ошибочных убеждений, наблюдающихся у психически здоровых.
- > Бред всегда ошибочно, неправильно, искаженно отражает реальную действительность, хотя иногда в отдельных посылах больной может быть и прав. Например, то обстоятельство, что действительно имел место факт супружеской неверности жены, еще не исключает правомерности диагноза бреда ревности у мужа. Дело не в единичном факте, а в той системе суждений, которая стала мировоззрением больного, определяет всю его жизнь и является выражением его «новой личности».
- > Бредовые идеи непоколебимы, они совершенно не поддаются коррекции. Попытки разубедить больного, доказать ему неправильность его бредовых построений, как правило, приводят лишь к усилению бреда. Характерна субъективная убежденность, уверенность больного в полной реальности, достоверности бредовых переживаний. В. Иванов (1981) отмечает также невозможность корригирования бреда суггестивным путем.
- > Бредовым идеям присущи ошибочные основания («паралогика», «кривая логика»).

>В большинстве своем (исключение составляют некоторые разновидности вторичного бреда) бред возникает при ясном, непомраченном сознании больного. Н. W. Gruhle (1932), анализируя соотношения между шизофреническим бредом и сознанием, говорил о трех сторонах сознания: ясность сознания в настоящий момент, единство сознания во времени (от прошлого к настоящему) и содержание «я» в сознании (применительно к современной терминологии — самосознание). Первые две стороны сознания не имеют отношения к бреду. При шизофреническом бредообразовании обычно страдает третья сторона его, причем расстройство часто очень тяжело переживается больным, особенно на самых ранних этапах формирования бреда, когда улавливаются тончайшие изменения собственной личности. Это обстоятельство применимо не только к шизофреническому бреду.

> Бредовые идеи тесно спаяны с изменениями личности, они резко меняют присущую больному до болезни систему отношений к окружению и самому себе.

>Бредовые идеи не обусловлены интеллектуальным снижением. Бред, особенно систематизированный, чаще наблюдается при хорошем интеллекте. Примером этого может служить обнаруженная нами в психологических исследованиях, проводимых с помощью теста Векслера, сохранность интеллектуального уровня при инволюционной парафрении. В тех случаях, когда бред возникает при наличии органического психосиндрома, речь идет о незначительном интеллектуальном снижении, а по мере углубления слабоумия бред утрачивает свою актуальность и исчезает.

Классификация

Бредовые идеи очень многообразны, на основе ряда параметров выделяют различные типы бреда.

По степени систематизации.

Систематизированный бред — хорошо структурированный, больной в этих случаях приводит целую систему подробно продуманных и взаимосвязанных доказательств для своих утверждений, множество конкретных фактов, даты, людей, которых он подозревает, и прочие обстоятельства. Обычно это свидетельствует о длительном, постепенном развитии бреда.

Несистематизированный (отрывочный) бред — представляет собой нагромождение бредовых идей, которые могут быть совсем не связаны между собой или иметь случайную связь, которую больной выводит непосредственно во время рассказа о

своих переживаниях. Может свидетельствовать об остром формировании бреда, однако в некоторых случаях наблюдается и при длительно существующем бреде.

По механизму образования.

Первичный (интерпретативный, паранойяльный, комбинаторный, систематизированный бред, бред толкования) характеризуется нарушением преимущественно рационального, логического познания при сохранности чувственного познания. Иногда является единственным достоверным признаком, моносимптомом психического заболевания, прогрессирующего медленными темпами. Отправной точкой бреда являются факты и события внешнего мира (взгляды, улыбки, жесты окружающих) — «экзогенные интерпретации» или внутренние ощущения — «эндогенные интерпретации». В развитии первичного бреда различаются три периода; инкубации, манифеста и систематизации, терминальный.

Вторичным называется бред, с самого начала сочетающийся с другими психическими нарушениями и как бы вырастающий из них. Однако это не означает, что бред не является настоящим, истинным; он лишь возникает одновременно с прочими расстройствами, тематически созвучен им, а порою растворяется в некоторых из них, например, в галлюцинациях. Различают отдельные клинические варианты вторичного бреда в зависимости от того, с какими психопатологическими явлениями он сочетается. Выделяют галлюцинаторный бред, возникающий вместе с галлюцинациями; катестезический бред, связанный с нарушениями интерорецепции, в частности, с сенестопатиями; конфабуляторный бред, формирующийся на основе конфабуляций; бред воображения, обусловленный патологией воображения.

Индукцированный бред — случаи, когда бред психически больного человека «передается» лицам из его окружения, т.е. близкий больному человек начинает разделять его бредовые идеи. Изредка индуцированный бред возникает не у одного, а сразу у нескольких или даже у многих людей, этот механизм был основой широко прежде распространенных «психических эпидемий», в последние годы представляют опасность случаи индуцированного бреда у жертв тоталитарных сект.

По содержанию(фабуле, тематике).

Содержание бредовых идей — это то, что первое обращает на себя внимание при попытке классифицировать бред. Однако, анализ непосредственного содержания бреда имеет ограниченное диагностическое значение, так как содержание бреда в значительной степени зависит от факторов, не имеющих прямого отношения к болезни, его

вызывающей (эпоха, социальное окружение, жизненные интересы и ценности пациента и пр.). Тем не менее три основные (наиболее общие) фабулы бреда — persecуторные, экспансивные и депрессивные бредовые идеи — встречаются неизменно, кроме того, их выделение несет определенную диагностическую информацию.

Содержанием **персекуторных** бредовых идей является уверенность больных с исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения.

По наблюдениям Ю. Каннабиха, на первом этапе развития бреда больными владеет чувство угрозы их общественному положению. На втором преобладают бредовые переживания, связанные с чувством физического самосохранения.

К persecуторным бредовым идеям относятся следующие:

Бред преследования — больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже — благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей («мигрирующие преследуемые») — избегают контактов, меняют место жительства, уезжают в глухие, отдаленные районы, поселяются в безлюдных местах, пытаются изменить внешность, документы. Спустя некоторое время они могут переходить к активным оборонительным действиям, начиная в свою очередь преследовать мнимых врагов («преследуемые преследователи»). С этого момента они становятся опасными для окружающих.

Бред физического воздействия — убеждение в том, что преследователи, используя технические средства или другие способы воздействия, нарушают деятельность внутренних органов, расстраивают жизненно важные функции организма, вызывают разнообразные тягостные физические ощущения.

Бред психического воздействия — убеждение в том, что преследователи с помощью особой аппаратуры, гипноза, телепатии, биополей, посредством некоей ноосферы воздействуют на психику и поведение больных. В архаических бредовых идеях фигурирует воздействие посредством магии, колдовства, ворожбы, порчи и т. п.

Бред отравления — убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным либо гипотетическим ядом.

Бред ограбления — больные считают, что лица, преследующие их, завладели квартирой, материальными ценностями, оставили их без средств к существованию.

Бред ревности (бред супружеской неверности, синдром Отелло, синдром третьего лишнего) — убеждение в том, что жена (любовница) больного или муж (любовник) больной изменяли в прошлом или изменяют в настоящее время. Часто перерастает в бред преследования, отравления.

Бред обиденных отношений (бред малого размаха) — преобладают темы ущерба (чаще морального), притеснения в правах, мелкого преследования, отравления. Бредовые идеи, простые, обиденные и правдоподобные, направлены против конкретных лиц из непосредственного окружения больного (родных, соседей). Наиболее полно описан в трудах отечественных психиатров (Жислин, 1965; Шахматов, 1968; Иле-шова, 1970; Лебедев, 1963). Указанные особенности бреда рядом авторов рассматриваются как проявление возрастной динамики бредовых психозов вообще. В частности, они свойственны бреду, развивающемуся в рамках так называемой поздней шизофрении (Штернберг, Пятницкий и др., 1979).

Бред эротического презрения Керера — больные (женщины) считают, что окружающие принимают их за женщин легкого поведения. В чемто перекликается с бредом эротического преследования Крафт-Эбинга, при котором больные убеждены, что их преследуют с эротическими, иногда, гомосексуальными намерениями.

Бред сутяжничества — больные убеждены, что окружающие нарушают их законные права, оскорбляют их лучшие чувства, несправедливы к ним, умышленно принижают их заслуги и достижения. Добиваясь восстановления мнимых прав, уважения, признания, больные пишут многочисленные жалобы в различные инстанции, печать, судятся, разоблачают своих недоброжелателей. Является частной формой бреда притязания (ревендикации), при котором больные явно преувеличивают свои права и различными способами стремятся осуществить чрезмерные требования к окружающим и обществу.

Содержанием экспансивных бредовых идей является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, здоровья, внешних данных. Наблюдается несколько приподнятый фон настроения. Может быть повышена активность, как общая, так и связанная с реализацией бредовых идей.

Бред величия — убеждение в обладании огромной властью, распространяющейся на всю страну, планету и даже Вселенную.

Бред могущества — убеждение больных в том, что природные и общественные процессы протекают по их воле, их возможности воздействовать на окружающее неограничены, беспредельны.

Бред бессмертия — больные утверждают, что жили или будут жить всегда. Бредовые идеи бессмертия наблюдаются также в состоянии депрессии — больные считают, что в будущем им предстоит нескончаемые страдания.

Бред богатства — больные мнят себя обладателями огромных богатств.

Бред изобретательства — больные считают себя гениальными изобретателями, авторами грандиозных и многочисленных научных открытий.

Бред высокого происхождения — больными владеет уверенность в том, что их родители, — лица, занимающие высокое положение в обществе, однако, скрывающие родственные связи с ними.

Бред реформаторства проявляется широкомасштабными идеями социального и государственного переустройства или более конкретными, но столь же неприемлемыми предложениями по преобразованию структуры медицинской помощи, системы образования, воспитания детей. Не следует, однако, думать, что больные не способны иметь дельных соображений и вздорным является все, о чем бы они не говорили.

Месснианский бред — больные считают себя посланцами бога, пророками, мессиями, освободителями человечества от греха, призванными осуществить на Земле идеи любви, добра и справедливости.

Эротический (любовный) бред — синдром Клерамбо. Впервые описан Ж. Эскиролем в 1838 г. Наблюдается обычно у женщин. Его содержанием является уверенность в том, что некое лицо, как правило, незнакомое и вышестоящее в социальном отношении, любит больную, что вызывает с ее стороны ответное любовное чувство. Бред отличается возвышенным платоническим характером. Нередко сочетается с убеждением в обладании редкой красотой, необычайной привлекательности. Случается и так, что аутистическая мечтательность сменяется обнаженной прямолинейностью, упорной борьбой за обладание мнимым партнером. Он становится объектом неустанного эротического преследования, с ним упорно добиваются встреч, ему пишут бесчисленные письма, делаются настойчивые предложения вступить в брак. Оставляя своих близких, мужа, детей, больные с любовным бредом бесцеремонно вторгаются в чужие семьи, порой создавая в них весьма драматические ситуации.

Бред невинности и помилования Дельбрюка (1857) — больные (осужденные за совершенное правонарушение) убеждены, что не являются преступниками, помилованы судом и будут отпущены на свободу. Бред является итогом вытеснения психотравмирующей ситуации и замещения представлений о ней истерическими фантазиями. Собственно бредом его считать, пожалуй, не следует, речь идет скорее о бредоподобном фантазировании.

Содержанием депрессивных бредовых идей является пониженная оценка своих возможностей, состояния здоровья, общественного положения, внешности. Бред возникает на фоне подавленного настроения.

Бред самоумаления или самоуничужения — убеждение в собственной безнравственности, своей никчемности, бездарности, глупости, полной непригодности к какой-либо полезной деятельности, неспособности заслужить у окружающих ответное чувство благодарности и уважения. Нужно заметить следующее: когда депрессивные пациенты утверждают, что они «никому не нужны», это не всегда самообвинение. За этим утверждением может скрываться обвинение окружающих в бездушии и черствости, обида эгоцентрической личности на отсутствие внимания и тепла со стороны «бессердечных» людей, недоверие к ним.

Бред самообвинения — больные обвиняют себя в совершении различных неблагоприятных поступков, преступлений и выражают готовность понести за это справедливое наказание. Конкретное содержание идей самообвинения (пациенты приводят доказательства своей вины, сообщают о фактах убийства, изнасилования и тому подобных правонарушениях, в действительности ими не совершенных) имеет своим источником бредовые конфабуляции.

Бред обвинения — больные считают, что окружающие обвиняют их в неблагоприятном поведении. Для депрессивного бреда обвинения характерно, что больные оценивают эти обвинения как обоснованные и думают о себе точно так же. Случаи, где идеи обвинения рассматриваются больными как не имеющие основания, относятся, очевидно, к персекуторным бредовым идеям.

Ипохондрический бред — больные убеждены, что страдают тяжелым, неизлечимым или постыдным заболеванием — «бред болезни». Факт психического расстройства при этом не осознается. Некоторые пациенты пытаются даже доказывать, что как раз с психикой у них «все в порядке».

Нигилистический бред — уверенность в отсутствии внутренних органов, выпадении важных физиологических функций, в собственной смерти, гибели окружающих, разрушении природных и социальных структур, в воцарении первородного хаоса во всем мире.

Бред греховности — убеждение больных в том, что они нарушили заповеди Бога, осквернили святыни, не устояли перед соблазнами Сатаны, отступили от данных ранее обетов.

Бред обнищания — лишенная объективного основания уверенность в отсутствии материальных средств.

Бред физического уродства (дисморфомания) — убеждение в наличии телесного уродства, бросающегося в глаза окружающим.

Бред одержимости («внутренняя зоопатия») — убеждение в присутствии в собственном теле посторонних живых существ.

Дерматозойный бред («наружная зоопатия, бред кожных паразитов») — убеждение в присутствии на поверхности тела, под кожей или внутри ее живых существ. Наружная и внутренняя зоопатия рассматриваются чаще всего как самостоятельные, не относящиеся к ипохондрическому бреду разновидности бредовых идей.

Бред метаморфозы — уверенность в превращении своего организма в тело животного, птицы, другого человека, в неодушевленный предмет. Обычно сочетается с бредом физического воздействия.

Помимо этого в каждой из вышеупомянутых групп могут наблюдаться бредовые идеи следующего содержания:

Бред отношения — уверенность в том, что происходящее связано каким-то образом с больным и адресовано непосредственно ему. Больной ощущает, что постоянно находится в центре внимания окружающих: «Такое чувство, будто идешь по улице голый. Прохожие улыбаются, а я думаю, что они смеются надо мной; говорят между собой, а мне кажется, речь идет обо мне. По радио, телевизору, в газетах постоянно нахожу намеки в мой адрес. Читаю книгу и чувствую, что всюду рассыпаны иглы, больно колющие меня». Переживание больными того, что они находятся «в центре мира» — «анастрофия» («поворот назад»), объясняется, по К. Conrad (1979), утратой способности к самонаблюдению — параличом рефлексии. Встречается иное понимание содержания бреда отношения — это состояние, в котором любые события и поступки окружающих приобретают для больного особое значение (Завилянский с соавт., 1989). Более адекватной, на наш взгляд, является оценка идей отношения в плане эгоцентризма: во всем, что окружает его, пациент усматривает напоминание о себе потому, что его внимание сфокусировано главным образом на себе самом. Многим знакомы чувства, когда появляешься на людях в новой одежде. Кажется, будто все ее замечают. На самом же деле речь идет о проекции повышенного внимания к себе на ничего не подозревающих прохожих.

Сенситивный бред отношения — больные считают, что окружающие догадываются об их действительных или мнимых пороках, обращают на них внимание и

выражают по этому поводу то или иное, большей частью отрицательное отношение (Кречмер, 1918). Проекция установки внимания на себе (в случае сенситивных идей отношения это острое чувство неполноценности) во внешний мир, на окружающих вообще являются, как можно предположить, психологической основой переживания открытости. Вначале это внешняя открытость, касающаяся физического «Я», а затем она может стать внутренней, относящейся к психическому «Я» (последнее наблюдается в структуре синдрома психического автоматизма).

Бред особого значения — особый, символический характер восприятия происходящего, при котором утрачивается либо отодвигается на второй план действительный смысл конкретных явлений; последние рассматриваются больными, как некая аллергия иных, скрытых ранее значений. Например, больная считает, что под бревнами и цветами «зашифрованы» взрослые люди и дети. Встречая машины с лесом и прохожих с цветами, она думает, что ведется «массовое истребление людей»; истинное значение происходящего рассматривается ею как «видимость» события, внешняя его сторона. Под бредом особого значения нередко понимают необычные интерпретации паранойяльных пациентов, то есть паралогические умозаключения. Между тем это разные явления. Бред особого значения характеризует острые психотические состояния, предваряющие онейроидное помрачение сознания, в то время как паралогические интерпретации типичны для систематизированного бреда толкования.

Бред двойников (Caprgas, Reboul-Lachaux, 1923), включающий симптом положительного и отрицательного двойника (Vie, 1930) и симптом Фреголи, описанный P. Courbon, G. Fail (1927). При симптоме положительного двойника больные считают, что незнакомые лица с известной, чаще всего враждебной целью принимают облик родственников или знакомых людей. При симптоме отрицательного двойника, напротив, родные и знакомые воспринимаются чужими, но «поддельвающимися под родных». При симптоме Фреголи больные утверждают, что одно и то же конкретное лицо способно полностью или частично изменить свою внешность с тем, чтобы не быть узнанным. Иллюстрацией симптома Фреголи может служить следующий пример: Фауст у Гете видел Мефистофеля то в дьявольском, то в мужском и женском облике, он мог узнать его в собаке и даже в клубах пыли.

С бредом двойников не следует смешивать **бред чужих родителей**, встречающийся чаще в детском, подростковом возрасте. Бреду чужих родителей способствует нарастающая отгороженность детей, переживание ими враждебности близких. Развитию бреда чужих родителей может предшествовать деперсонализация в

виде потери родственных чувств — близкие люди воспринимаются как посторонние, «чужие» без ощущения их интимности к собственной личности.

Бред интерметаморфозы (метаболический бред, бред постоянного изменения), описанный P. Courbois, G. Tusques (1932)—больные считают, что окружающее постоянно преобразуется, люди перевоплощаются, полностью меняя внешность, свои внутренние, моральные качества, трансформируются предметы обстановки. Чувство превращения может связываться больными с тем, что на них оказывается воздействие извне, их «заставляют» узнавать в одном человеке несколько лиц, «прорисовывают» в реальном облике «образы других людей».

Бред инсценировки — окружающее воспринимается как нечто искусственное, специально подстроенное, поддельное, происходящее по заранее составленному сценарию, как в театре или при съемке кинофильма, запрограммированное, спланированное, с определенной целью.

Бредовые синдромы.

1. Паранойяльный синдром.

— представлен систематизированным интерпретативным бредом. Бред в рамках паранойяльного синдрома не сопровождается другими продуктивными психопатологическими расстройствами (галлюцинациями, расстройствами настроения и пр.).

- Бредовые идеи хорошо систематизированы, наиболее часто встречаются идеи ущерба, ревности, изобретательства, сутяжничества, ипохондрические.
- Развитие паранойяльного бреда обычно длительное, постепенное, часто формированию бреда предшествует этап длительного существования сверхценных идей, само содержание бреда на первых порах производит впечатление относительного правдоподобия.
- Бред при паранойяльном синдроме тесно связан с особенностями личности больного в виде склонности к одностороннему, тенденциозному мышлению и возникновению на этой почве сверхценных идей, а также стеничности (от греч. *sthenos* — сила, склад личности, характеризующийся высоким жизненным тонусом, значительной психической активностью, устойчивостью побуждений, высокой личностной самооценкой).
- Больные с этим видом бреда весьма активны, при этом большую часть времени они занимаются борьбой за свои мнимые права и достижения.

- Паранойяльный синдром имеет хроническое течение и плохо поддается терапии.
- Может наблюдаться в рамках хронических бредовых психозов (например, инволюционных), шизофрении, декомпенсации паранойяльной психопатии. Прежде такие состояния обозначали термином «паранойя», однако в настоящее время самостоятельное существование такого заболевания признается далеко не всеми психиатрами.

2. Параноидальный синдром.

— представлен чувственным бредом преследования; чувственный бред может дополняться и интерпретативным компонентом. Бред при параноидном синдроме в большинстве случаев сочетается с другими продуктивными психопатологическими расстройствами.

Варианты синдрома зависят от этих дополнительных расстройств:

- Параноидный синдром (в узком смысле) — представлен лишь бредом преследования, немногочисленными иллюзиями или галлюцинациями.
- Галлюцинаторно-параноидный (галлюцинаторно-бредовой) синдром — сочетание галлюцинаций и бреда.
- Аффективно-бредовой синдром — сочетание измененного настроения (мании или депрессии) и бреда. В рамках типичных аффективных синдромов (маниакального и депрессивного) может наблюдаться вторичный бред, соответствующий (конгруэнтный) аффекту (например, идеи самообвинения при депрессии). Про аффективно-бредовой синдром говорили при сочетании измененного настроения с несоответствующим аффекту первичным бредом (идеи преследования) и галлюцинациями.
- Синдром психических автоматизмов (синдром Кандинского—Клерамбо) :

Идеаторный (ассоциативный) автоматизм проявляется в чувстве постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладывание или отнятие, обрывы (шперрунги) или наплывы (ментизм), ощущение, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости), «эхо мыслей», насильственная внутренняя речь, вербальные псевдогаллюцинации, воспринимаемые как ощущение передачи мыслей на расстояние.

Сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм. Для него характерно восприятие различных неприятных ощущений в теле (сенестопатии), чувство жжения, скручивания, боли, полового возбуждения в качестве сделанных, специально вызванных. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации могут рассматриваться в качестве вариантов этого автоматизма.

Моторный (кинестетический, двигательный) автоматизм проявляется ощущением вынужденности некоторых действий, поступков больного, которые совершаются помимо его воли или вызваны воздействием извне. При этом больные часто испытывают мучительное чувство физической несвободы, называя себя «роботами, фантомами, марионетками, автоматами» и т.д. (чувство овладения).

3. Парафренный синдром.

Характеризуется сочетанием фантастических, нелепых идей величия с экспансивным аффектом, явлениями психического автоматизма, бредом воздействия и псевдогаллюцинациями. Иногда бредовые высказывания больных имеют в качестве основы фантастические, вымышленные воспоминания (конфабуляторный бред). При параноидной шизофрении парафренный синдром является заключительным этапом течения психоза

Стадии формирования бредового синдрома

В процессе формирования бредового синдрома проходит несколько стадий развития. Ими являются следующие:

1. Аффективная стадия. Проявляется наличием бредового настроения (неясной тревоги). Она выражается в чувстве неопределенного внутреннего беспокойства, подозрительности, настороженности, уверенности, что вокруг происходят опасные изменения. Затем появляется бредовое восприятие (особый смысл). Он представляет собой оценку окружающего, когда наряду с обычным представлением о реально существующем объекте появляется нереальная, логически не связанная с действительностью идея с характером особого отношения к пациенту.

2. Стадия рецепторного сдвига. Бредовое восприятие сменяется бредовым представлением (озарением, толкованием). Оно характеризуется тем, что пациент начинает воспринимать факты, события, слова окружающих в искаженном плане, но свои болезненные умозаключения в единую систему не связывает.

3. Стадия интерпретации. На этом этапе соображения оформляются в систему идей («кристаллизация бреда»). Этот процесс носит название бредового осознания.

4. Стадия распада системы. Заключительный этап существования бредового синдрома. По мере прогрессирования заболевания все более заметными становятся равнодушие и спокойствие пациента, который постепенно теряет интерес к своим «преследователям».

Еще одну схему развития бредовых идей, которую используют в психиатрии, предложил К. Конрад. Для нее характерно течение в три этапа. На первом (трема) проявляется соответствующая аффективная стадия. На втором (апофена) бредовые мысли кристаллизируются и складываются в слаженную систему. На третьем (апокалипсис) система распадается по причине эмоционального истощения или назначенного курса лечения, которое купирует заболевание до стадии ремиссии.

Вывод

С точки зрения больного, он мыслит правильно, поэтому не сомневается. Это является потенциальной проблемой для самого человека, поскольку самостоятельно за медицинской помощью он не обратится. Бред невозможно исправить ни убеждением, ни с помощью наглядных доказательств. Недоступностью коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым лицам. Данное обстоятельство указывает на грубое нарушение интегративных психических функций, патологию самосознания, личности в целом, и как следствие этого, утрату критического отношения к заболеванию. Бредовые идеи могут со временем потерять свою яркость, актуальность, но попытка что-то доказать только укрепляет веру больного в его правоту и дает толчок к дальнейшему развитию болезни. Здесь целесообразно вспомнить афоризм: "Сто мудрецов не в состоянии убедить одного сумасшедшего".

Используемая литература

- «Психопатология. Часть 1» Жмуров В.А , Изд-во НГМА 2012 г.;
- «Психиатрия» В.Д. Менделевич, Е.Г Менделевич, Ростов-на-Дону «Феникс» 2018.
- «Психопатология. Учебник и практикум для вузов» В.А. Дереча, Москва, Юрайт, 2019
- «Психиатрия : национальное руководство. Краткое издание» под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова ; отв. ред. Г. Э. Мазо. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021
- «Психиатрия и медицинская психология» учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
- «Лекции по психиатрии и наркологии» Хритинин Д.Ф. 2019 г
- «Патопсихология : учебник для вузов» / Б. В. Зейгарник. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021
- «Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии» Беккер И.М., Бином, 2019 г.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Долженко Дарья Олеговна
(ФИО ординатора)

Тема реферата „Бредовые идеи“

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	2/7
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>Долженко</u>

Дата: «__» _____ 20__ год

Подпись рецензента

[Подпись]

Березовская М.А.

Подпись ординатора

[Подпись]

Долженко Д.О.