

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

На тему: Расстройства мышления

Выполнил: ординатор 1 года специальности "Психиатрия"
Тубашев Александр Витальевич
Проверил: ДМН, доцент
Березовская Марина Альбертовна

Красноярск, 2023

Содержание

Актуальность.....	3
Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса).....	5
Нарушения динамики мышления (темпа речи).....	5
Нарушения связности процессов мышления.....	7
Расстройство целенаправленности мышления.....	9
Расстройства мышления по содержанию.....	10
Навязчивые идеи.....	10
Сверхценные идеи.....	12
Бредовые идеи.....	14
Бредовые синдромы.....	21
Выводы.....	22

Актуальность

Одной из важнейших сфер человеческой психики является мыслительная, идеаторная сфера, сфера мышления. Мышление является основным и специфическим для человека познавательным процессом, в ходе которого диалектически устанавливаются внутренние связи, характеризующие структуру объектов реальной действительности, их отношения между собой и к субъекту познавательной деятельности. Мышление тесно связано с другим базисным познавательным процессом – процессом восприятия и необходимо возникло в результате его поступательного эволюционного развития. Мышление нормальных людей организует картины окружающего и внутреннего мира на основе анализа причинно-следственных отношений, подвергая его результаты проверке опытом, и рано или поздно оказывается в состоянии выявить внутренние связи объектов и явлений. Способность формировать и усваивать смысловые, родообразующие понятия возникает на определенном этапе исторического и онтогенетического развития психической деятельности и называется абстрактным мышлением. Неспособность оперировать абстрактными понятиями, субъективное, опирающееся на несущественные признаки мышление не раскрывает смысла явлений или приводит к алогичному толкованию их сути. Это в свою очередь указывает либо на атактистическую задержку его развития, либо на наличие психического расстройства. Творческое мышление, как наиболее продуктивная форма опирается на анализ и синтез. Анализ предполагает выяснение того, чем данный объект, предмет, явление в силу своих индивидуальных особенностей отличается от других, внешне похожих. Для того, чтобы это установить, необходимо изучить его структурно-динамическое своеобразие. Применительно к больному это означает необходимость исследования исключительности личностной феноменологии, включая изучение биологического, психического и социального статусов.

Синтез, напротив, означает стремление установить внутренние связи внешне непохожих объектов, что невозможно ни на уровне восприятия, ни на уровне конкретного формального мышления. Иногда эта связь представлена лишь одной характеристикой, которая, тем не менее, является фундаментальной. Восприятие внешних признаков указывает лишь на сходство форм. Понимание внутренних связей позволяет рассмотреть в одном ряду совершенно разные объекты, обладающие лишь одним общим качеством – массой. Человеческий разум благодаря этому свойству способен также к экстраполяции известной внутренней связи за пределы опытного восприятия пространства и времени, что делает его возможности практически безграничными. Так происходит осознание человеком законов, управляющих миром, и постоянный пересмотр уже имеющихся представлений.

Так называемое формальное мышление, являющееся атавистическим или имеющее болезненные причины, идет по пути аналогий, которые устанавливаются по признакам внешнего сходства. Познавательная деятельность, организованная подобным образом, способна лишь клишировать стандартные ситуации в рамках решения самых простых задач.

Расстройства мышления, так же как и расстройства восприятия, являются ярким показателем психических расстройств и сигнализируют об остроте психического расстройства, что является важным критерием при постановке диагноза для врача психиатра.

Расстройства мышления выявляются либо при помощи тестовых процедур, либо на основе клинического метода при анализе речевой и письменной продукции обследуемого.

Выделяют расстройства ассоциативного процесса и так называемые патологические идеи.

Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса)

Выделяют ряд нарушений способа мышления по форме: изменение его темпа, подвижности, стройности, целенаправленности.

Нарушения динамики мышления (темпа речи)

Различают ускорение, заторможение, закупорки и обрывы мысли, ментизм.

Ускорение мышления (тахифрения) - характеризуется облегченным возникновением и быстрой сменой мыслей, воспоминаний, представлений, увеличением их общего числа в единицу времени. Субъективно переживается как интеллектуальный подъем, обострение воображения, особая ясность мыслей. Одновременно с этим часто наблюдается ускоренная, громкая речь, повышенная говорливость. Речь все более приближается к монологу. При легком ускорении течения ассоциаций может возрасть творческая активность и интеллектуальная продуктивность в целом. По мере дальнейшего нарастания темпа мышления качество умственной деятельности ухудшается. Внимание становится поверхностным, отвлекаемым. Вначале преобладает «внутренняя» отвлекаемость в виде увеличения числа побочных ассоциаций и воспоминаний, затем все более заметной становится «внешняя» отвлекаемость, при которой внимание легко отклоняется случайно оказавшимися в поле зрения объектами. Преобладают образные представления над абстрактными идеями. Логические отношения подменяются ситуативными, а также механическими ассоциациями по сходству, смежности, контрасту. В выраженных случаях ускорения мышление приобретает характер «скачки идей» — галопирующий поток мыслей становится совершенно неуправляемым. Собственно, пациенты уже «не думают», мысли возникают спонтанно, сами по себе. Речь отстает от хода мыслей, высказывания неполны, отрывочны, успевают произноситься далеко не все, о чем были мысли. На высоте болезненного состояния мышление и речь становятся бессвязными, отвлекаемость внимания достигает степени гиперметаморфоза. Ускорение мышления наблюдается при маниакальных состояниях, во время эпизодов психического возбуждения, в начальных стадиях алкогольного и наркотического опьянения. Ускоренное течение ассоциаций может маскировать другие более тонкие нарушения мышления.

Заторможенность мышления (брадифрения) - проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудостью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают много вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство отупения, торможения, неясности в голове, ощущение преграды, пустоты, обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Заторможение мышления наблюдается при депрессии.

Закупорка мышления (шперрунг) — эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Могут появляться отдельные мысли, которые тут же «тают», не складываясь во что-либо определенное. При чтении в это время не узнаются слова, плохо понимается значение длинных фраз — «слышу, что говорят, но не понимаю, не доходит смысл». Приостанавливается не только мышление, нарушается также способность представлять, реагировать и действовать. Забывается, что и как надо было делать, зачем понадобился перед тем тот или иной предмет, каково его назначение. Узнавание предметов как будто сохраняется. Больные беспомощно топчутся на одном месте, бесцельно перебирают или перекладывают предметы, могут произносить одни и те же слова, фразы. Сознание обычно не нарушается, воспоминания об этих состояниях сохраняются. Однако нет оснований утверждать, что блокада психической деятельности не может быть тотальной и захватывать также активность сознания. Вот как описывает состояние пациент: «Не понимаю, где нахожусь, с кем, что это я, нет мыслей, чувств». Подобные эпизоды длятся несколько секунд, не сопровождаются утратой сознания, но в них выявляется расстройство самосознания в виде блокады чувства «Я». Эпизоды закупорки мысли исчезают внезапно, как и появились. Наблюдаются при шизофрении, могут быть выявлены уже в начале болезни. Относятся к «базисным» нарушениям психической деятельности, свойственным данной болезни

Ментизм - Непроизвольное, насильственное течение
нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний,

представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания — «Ералаш в голове, тысяча мыслей, летит, не запоминается». Содержание мыслей может расцениваться больным как странное, нелепое, им обычно не свойственное. Пациент сообщает: «Мысли приходят самопроизвольно. Читаю, и — раз, ударит—погиб отец, кто-то расстрелял моих детей». Таким же образом возникают необычные желания: «Вдруг появляется импульс прыгнуть с лестницы, под машину — в этот момент ни о чем не думаешь, лишь бы прыгнуть». Ментизм проявляется вторжениями отдельных странных мыслей, непродолжительными эпизодами насильственного мышления, может длиться неопределенно долго. Непроизвольный характер мышления, свойственный ментизму, нередко связывается больными с внешним воздействием на их психику: «Голова все время под напряжением, мозг не отключается, не отдыхает, думается все время, и днем, и ночью. Кажется, кто-то думает за меня. Было ощущение, будто мысли наводили гипнозом. Мыслей много, они разные, не запоминаются». Ментизм может быть образным, в виде калейдоскопически быстро сменяющихся бессвязных представлений или воспоминаний разного содержания. У депрессивных больных могут возникать беспрерывно наплывающие мысли, яркие образы, созвучные подавленному фону настроения: мысли о смерти, гибели близких, несчастиях, сценах самоубийства, собственных похорон. Явления ментизма свойственны также астеническим, невротическим состояниям, наблюдаются у пациентов с последствиями травматического поражения головного мозга. Особенно часто встречаются перед засыпанием, в дремотном состоянии: невольно вспоминаются впечатления дня, неприятности, собственные промахи, сами собой являются какие-то мысли, мелькают лица, проносятся картины, все больше напоминая сновидения. Депрессивный, астенический, травматический варианты ментизма отличаются от ментизма в более узком и традиционном его понимании, то есть параноидного ментизма (наблюдающегося в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома).

Нарушения связности процессов мышления

Разорванность мышления характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения. Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. При этом не обращается внимания на реакцию собеседника, на то, понимает ли он сказанное, слушает ли вообще. В отличие от сенсорной афазии понимание речи окружающих не нарушено. Не страдает также понимание назначения

предметов, до известной степени сохраняется способность к целенаправленной предметной деятельности — процессы наглядно-действенного мышления протекают на удовлетворительном уровне. Это выражается диссоциацией между внешне упорядоченным поведением и возможностью выполнять пусть несложные трудовые операции, с одной стороны, и глубокой разорванностью речи, — с другой. Наряду с монологами разорванной речи — шизофазией, разорванность мышления может проявляться симптомом мимом-ответов. Встречаются различные виды мимом-ответов. Это могут быть мимом-ответы, в которых игнорируется содержание вопроса и отсутствуют логические связи в самом высказывании. Например, на вопрос о самочувствии больной отвечает: «Тюрьма — школа науки, работы и жизни трактора». В другом варианте мимом-ответов произносятся фразы, которые сами по себе не лишены смысла, однако не находятся в логической связи с задаваемым вопросом. Так, на вопрос о том, как он спит, больной сообщает: «Вчера весь день шел дождь, но лично мне больше нравится гроза». К проявлениям разорванности можно отнести и такие ответы, которые даются в ином логическом аспекте, хотя и находятся в плане заданного вопроса. На вопрос, изменилась ли его память, больной отвечает: «Зрительная память у меня хорошая, она всегда была лучше, чем слуховая». Основное содержание вопроса оставляется без внимания, затрагивается лишь тот его аспект, который прямо не формулируется и в лучшем случае только подразумевается. Психологическую основу разорванности мышления усматривают в явлениях соскальзывания мысли — разрыхлении логических структур и переходах суждений из одного логического плана в другой. Это происходит вследствие того, что актуализируются латентные или слабые связи между понятиями, а существенные, магистральные остаются на периферии сознания. Симптом мимом-ответов наблюдается также при истерических реакциях, но здесь он выглядит иначе. Ответ, неправильный по существу, дается тем не менее в плане поставленного ответа и к тому же звучит нарочито нелепо. Так, на просьбу сообщить, сколько получится, если два умножить на два, больной может ответить по-разному: три, пять, семь — неправильно, но всегда по теме задания и с демонстрацией незнания. Больной с разорванностью мышления ответит по-другому, например так: «Надо доказать запятой». Разорванность мышления является характерным признаком шизофрении.

Инкогеренция (бессвязность мышления) проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном, имен существительных, которые могут рифмоваться. Например: «Доля, глаза, коза, пошел, чудо-юдо, пескарик, очкарик, будьте здоровы...». Бессвязность мышления наблюдается при аментивном помрачении сознания, а также спутанности сознания в острых психотических

состояниях различного генеза. Астеническая спутанность мышления, как более легкая, начальная степень бессвязности, характеризуется непоследовательностью суждений, появляющейся и нарастающей по мере истощения нервно-психической активности.

Расстройство целенаправленности мышления

Резонерство (тангенциальное мышление) - мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, туманных, часто малосодержательных рассуждений на общие темы, по поводу общеизвестных истин. Основными его признаками являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они — инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений. Высказывания нередко многословны, высокопарны, витиеваты, многозначительны. К резонерству относится подчеркнутое стремление ряда больных к псевдонаучным построениям, склонность к пустому, выхолощенному теоретизированию, расплывчатым рассуждениям на отвлеченные темы, бесплодным размышлениям о сложных, неразрешимых проблемах. Наблюдается у людей, которым хочется сказать нечто особенно значительное, но сообщить, в сущности, нечего. Этот вид мышления чаще всего встречается при шизофрении.

Аутистическое мышление — мышление, оторванное от реальности, противоречащее реальности, не соответствующее реальности и не корригирующееся реальностью. Больные теряют связи с действительностью, погружаются в мир собственных причудливых переживаний, представлений, фантазий, непонятных окружающим. Аутистическое мышление относится к основным симптомам шизофрении, но может встречаться и при других заболеваниях и патологических состояниях: шизоидная психопатия, шизотипические расстройства.

Символическое мышление - мышление, при котором обычным, общеупотребимым словам придается особый, отвлеченный, понятный лишь самому больному смысл. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (неологизмами), больные разрабатывают собственные языковые системы. Примеры неологизмов: «зеркаластр, пенснэхо, электрическая эксковозочка». Этот вид мышления встречается при шизофрении.

Патологическая обстоятельность (детализированность, вязкость, инертность, тугоподвижность, торпидность мышления) характеризуется склонностью к детализации, застреванию на частностях, «топтанием на месте», неспособностью отделить главное от второстепенного, существенное от несущественного. В наиболее типичном ее варианте заключается в чрезмерной детализации описания каких-либо явлений и в неспособности разграничить главное и второстепенное. Переход от одного круга представлений к другому (переключение) затруднен. Сообщения перегружены мелкими, ненужными подробностями, в которых главное содержание утопает, оно не выделяется, логического акцента на нем не делается. Перевести разговор на другую тему или остановить его удастся не сразу — больные стремятся договорить начатое до конца. Это разновидность мышления чаще всего встречается у больных эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга.

Расстройства мышления по содержанию

Включают в себя навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

Навязчивые идеи

Навязчивые идеи, или obsessions - это возникающие спонтанно патологические идеи, носящие навязчивый характер, к которым всегда имеется критическое отношение. Субъективно они воспринимаются как болезненные и в этом смысле являются «инородными телами» психической жизни. Чаще всего навязчивые мысли наблюдаются при заболеваниях невротического круга, однако могут встречаться и у практически здоровых людей с тревожно-мнительным характером, ригидностью психических процессов. В этих случаях они, как правило, нестойкие и не причиняют значительного беспокойства. При психическом заболевании, напротив, концентрируя на себе и на борьбу с ними всю активность больного, переживаются как крайне тягостные и мучительные. В зависимости от степени эмоциональной насыщенности, во-первых, выделяют отвлеченные (абстрактные) навязчивости. Они могут быть представлены навязчивым мудрствованием («мыслительная жвачка»), навязчивым счетом (арифмомания).

К эмоционально насыщенным навязчивостям относятся навязчивые сомнения и контрастные навязчивости. При них больные могут многократно возвращаться домой, испытывая тревожные сомнения, закрыли ли они дверь, выключили ли газ, утюг и т.п. При этом они

прекрасно понимают нелепость своих переживаний, но не в силах перебороть возникающие вновь и вновь сомнения. При контрастных навязчивостях больные охвачены страхом совершить что-то недопустимое, аморальное, противозаконное. Несмотря на всю тягостность этих переживаний, больные никогда не пытаются реализовать возникшие побуждения.

Навязчивые идеи, как правило, представляют собой идеаторный компонент навязчивых состояний и редко встречаются в чистом виде. В структуре их также имеют место эмоциональная составляющая (навязчивые страхи — фобии), навязчивые влечения — компульсии, моторные расстройства — навязчивые действия, ритуалы. В наиболее полном виде эти нарушения представлены в рамках обсессивно-фобического синдрома. Навязчивые страхи (фобии) могут иметь различное содержание. При неврозах они чаще всего носят понятный характер, тесно связанный с ситуацией реальной жизни больного: страхи загрязнения и заражения (мизофобия), закрытых помещений (клаустрофобия), толпы и открытых пространств (агорафобия), смерти (танатофобия). Чаще всего встречаются навязчивые страхи возникновения тяжелого заболевания (нозофобия), особенно в случаях, спровоцированных психогенно: кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, спидофобия.

При шизофрении навязчивые переживания чаще имеют нелепое, непонятное, оторванное от жизни содержание — например, мысли о том, что в употребляемой пище могут присутствовать трупный яд, иголки, булавки; домашние насекомые могут заползти в ухо, нос, проникнуть в мозг и т.п.

Тревожно-напряженный аффект в этих случаях довольно часто послабляется ритуалами — своеобразными символическими защитными действиями, нелепость которых больные также могут понимать, однако их выполнение приносит больным облегчение. Например, чтобы отвлечь себя от навязчивых мыслей о заражении, больные моют руки определенное количество раз, используя при этом мыло определенного цвета. Для подавления клаустрофобических мыслей перед тем, как войти в лифт, трижды оборачиваются вокруг своей оси. Подобные действия больные вынуждены повторять по многу раз при всем понимании их бессмысленности.

Чаще всего обсессивно-фобический синдром наблюдается при неврозе навязчивых состояний. Он также может встречаться в рамках эндогенных психозов, например, при неврозоподобных дебютах шизофрении, а также при конституциональных аномалиях (психастении).

Одним из вариантов обсессивно-фобического синдрома является дисморфофобический (дисморфоманический) синдром. При этом переживания больного сосредоточены на наличии либо мнимого, либо

реально существующего физического недостатка или уродства. Они могут носить как характер навязчивых страхов, так и сверхценных мыслей со снижением или отсутствием критического отношения, напряженным аффектом, вторичными идеями отношения, неправильным поведением. В этих случаях больные пытаются самостоятельно устранить имеющиеся недостатки, например, избавиться от веснушек при помощи кислоты, бороться с излишней полнотой, прибегая к изнурительному голоданию, или обращаются к специалистам с целью хирургического устранения имеющегося, по их мнению, уродства.

Синдром дисморфомании может наблюдаться у аномальных личностей в подростковом и юношеском возрасте, чаще у девушек. Также у них часто встречаются близкие к этому синдромы – синдром нервной анорексии и ипохондрический. Бредовой вариант синдрома дисморфомании наиболее типичен для дебютных проявлений параноидной шизофрении.

Сверхценные идеи

Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. В основе лежат правильные по своей сути идеи (во всяком случае, разделяемые другими людьми, представителями определенных субкультур, традиций, убеждений и пр.). Однако они получают в сознании индивида не соответствующее их реальному значению преобладающее (доминирующее) положение, чрезмерную ценность, подчиняют себе всю жизнь человека и приводят к неблагоприятным последствиям для жизни индивида (дисфункциональны). Понятие охватывает большой спектр ситуаций, сверхценные идеи могут формироваться как у людей, обладающих личностной предрасположенностью (например, паранойяльный склад личности) в определенных жизненных ситуациях, так и при различных психических болезнях (депрессиях, реактивных состояниях и пр.).

Про патологическое состояние говорят в тех случаях, когда из-за охваченности человека какой-либо идеей, реальная ценность которой невелика, значимо страдают другие стороны его жизни и жизни окружающих. Наиболее яркие примеры, когда шахид, религиозный фанатик, охваченный идеей мнимого спасения, убивает с его точки зрения «неверных» (ни в чем не повинных людей), но вместе с ними и себя самого.

Содержание сверхценных идей не бывает странным, нелепым, оно верно отражает реальные факты. Например, больной что-то изобрел, написал, создал, в этом, несомненно, есть нечто полезное, ценное. Но затем он

начинает считать себя талантливым писателем, ученым, изобретателем, высказывает убеждение в своем высоком призвании, в то время как объективно его вклад является не более чем скромным. Сверхценные идеи отличаются стойкостью, обнаруживают тенденцию застревать в сознании, им свойственна эмоциональная насыщенность, аффективная охваченность. Они плохо поддаются разубеждению, оказывают значительное влияние на поведение и оценку происходящего, так или иначе связанного с содержанием сверхценных идей. Сталкиваясь с неопровержимыми фактами, дискредитирующими сверхценные идеи, больные используют неосознаваемые механизмы психологической защиты (репрессию) и внешне некоторое время ведут себя правильно. Однако в новой ситуации, подкрепляющей уверенность в обоснованности своих амбиций, сверхценные идеи вспыхивают в сознании и обнаруживаются в поведении.

По содержанию сверхценные идеи могут быть различными:

Изобретательства — поглощенность развитием и распространением изобретений, которые трудно реализовать на практике, и от этого ценность сомнительна, созданием и продвижением новых научных концепций, универсальных (а от того слишком общих и бесполезных) теорий, через которые пытаются объяснить все мировые процессы и пр.

Реформаторства — фанатичная поглощенность распространением своих религиозных или политических убеждений, имеющих цель коренным образом изменить жизнь большого числа людей.

Ущерба — поглощенность поиском и фиксацией реального, но малозначительного ущерба в действиях окружающих лиц, требование его возместить (например, попытка в суде призвать к ответу соседа по приусадебному участку, который, копая канаву между двумя участками, бросал больше плодородной земли на свою участок, чем на соседний; попытка получить компенсацию за то, что врач якобы преднамеренно назначил более дорогой препарат, чем другие).

Сутяжничества — поглощенность отстаивания своих собственных и общественных прав в судебных инстанциях.

Ревности — склонность в любой мелочи в поведении партнера видеть признак измены, постоянные придирки и проверки, которые в большинстве случаев не подтверждаются, но сохраняются даже несмотря на их очевидный вред для сохранения здоровых отношений в паре.

Ипохондрические — увлечение различными нетрадиционными методами оздоровления, изнуряющими диетами, гимнастике и т.д. Представляет определенную проблему для врачей разных специальностей, когда пациенты предпочитают нетрадиционные методы (к примеру, уринотерапию и пр.) лечению обоснованному научно.

Бредовые идеи

Для диагностики бреда необходимо выявить одновременное сочетание трех критериев:

1. Ложное, ошибочное суждение;
2. Не поддается разубеждению, несмотря на явное противоречие действительности;
3. Овладевает всем сознанием больного, имеет для него чрезвычайно большую значимость, негативно влияет на его действия.

Невозможность понять ложную основу своей патологической идеи, недоступность критики приводят к тому, что больные с бредом принципиально не могут согласиться с мнением окружающих людей, расценивающих их состояние как болезненное и настаивающих на необходимости лечения. Зачастую это рождает необоснованные обвинения со стороны пациентов в адрес своих родных и медицинского персонала в предвзятом отношении, желании навредить или даже ограничить свободу и т.д.

Какие сложности могут возникнуть при диагностике бреда

1. «Ложное, ошибочное суждение» — всегда ли можно легко убедиться в том, что то или иное суждение ложное?

В некоторых случаях ложность суждений вполне очевидна, однако есть ряд ситуаций, которые представляют диагностические сложности:

- 1) если суждение касается вещей, принципиально недоступных проверке, относящихся к верованиям и жизненным убеждениям. Человечество не знает и не может окончательно доказать. Эти вещи можно принимать на веру или не принимать. То же касается и убеждений, в основе которых лежат оценочные суждения (что лучше: блондинки или брюнетки, «ЦСКА» или «Зенит», коммунизм или капитализм, кока- или пепси-кола?).

Соответственно, никакие убеждения, связанные с верованиями или оценочными суждениями, не могут сами по себе рассматриваться в качестве ложных или истинных.

Критерий, который может с осторожностью использоваться при диагностике бреда при анализе подобных переживаний — несоответствие убеждений пациента убеждениям его социального и образовательного круга; или — есть ли люди, которые разделяют убеждения пациента?

- 2) Если суждения пациента изначально могут выглядеть правдивыми и обыденными, но на самом деле являются ложными. Сюда относятся случаи, затрагивающие бытовые темы, например, идеи ущерба (обвинения в адрес соседей по коммунальной квартире в намеренной порче имущества) или ревности (обвинения супруги в неверности). Для того чтобы убедиться в ложности или истинности таких утверждений, врачу

нужен «объективный» анамнез. Естественно, шанс получить от стороны, которую пациент обвиняет (в данном случае от соседей по коммунальной квартире, с которыми у пациента конфликт, или супруги), правдивую объективную информацию не очень велик (ни соседи, ни супруга, скорее всего, не будут признавать то, что они поступали плохо, а исключить это, доверяя только их словам, нельзя). Поэтому, для того чтобы убедиться в истинности или ложности таких суждений, требуются объективные сведения от незаинтересованной стороны, например, от родственников больного, проживающих отдельно, полиции и пр. К сожалению, это не всегда возможно;

3) если суждения пациента изначально выглядят ложными, непривычными, невозможными, но на самом деле являются правдой. К таким идеям могут относиться идеи изобретательства (вспомним, что в XVI в. Джордано Бруно был сожжен заживо за утверждение о том, что Вселенная бесконечна), преследования (например, сексуального насилия со стороны уважаемых в обществе людей или родителей). Для того чтобы правильно оценить подобные суждения, нужна широкая эрудиция психиатра и его непредвзятое и внимательное отношение к своему пациенту.

2. «Не поддается разубеждению, несмотря на явное противоречие действительности» — всегда ли люди поддаются разубеждению?

Верования и жизненные убеждения в большинстве случаев так же не поддаются разубеждению (скорее, даже еще более укрепляются при попытках разубеждения), но в этом случае убежденность основана на том, что и другие люди тоже верят или думают таким же образом. При бреде убежденность болезненная, непоколебимая, она всегда имеет свой собственный путь аргументации; при бреде изменяется смысл индивидуальной ситуации, т.е. неадекватно оценивается ситуация, которая непосредственно затрагивает пациента. Болезненную, необоснованную и непонятную убежденность можно назвать основой бреда, его сутью.

3. «Овладевает всем сознанием больного».

Бредовая идея овладевает сознанием больного — он поглощен размышлениями на данную тему, испытывает волнение и негативные эмоции, совершает определенные поступки и меняет отношение к окружающим, исходя из своей идеи.

Проводились исследования, в которых сравнивались убеждения психически здоровых молодых людей и людей, страдающих параноидной шизофренией. Распространенность тематически схожих с бредом убеждений (о телепатической коммуникации, грядущем конце света, своем особом предназначении в жизни, своей близости к Богу, людям, которые «на самом деле не те, кем они кажутся» и пр.) в группе здоровых была близка к распространенности этих убеждений в группе больных, отличие

было в том, что у больных эти убеждения вызывали гораздо более выраженный дистресс, чем у здоровых (т.е. они были более значимы).

Эти особая значимость, вовлеченность, ущерб, который наносится жизни, должны играть важную роль при разграничении бреда и ложных, но обыденных, суждений. Высказывалось даже предложение заменить термин «бред» на термин «неразделяемые дисфункциональные идеи», т.е. уже в самом термине сделать акцент на нарушении функционирования. Конечно, такой термин неудобен в использовании из-за своей громоздкости, но он более подходит современной модели взаимоотношения «врач—больной», в которой врач не может быть неким судьей, субъективно, на свой вкус, оценивающим, ошибается пациент или нет, но может предлагать лечение как возможность преодолеть его проблему, его нарушение функционирования.

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

По содержанию:

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.).

Так, бредовые идеи во многом отражают специфику времени, в котором живет человек. Тем не менее три основные фабулы бреда — преследования, величия и самообвинения — встречаются неизменно, кроме того, их выделение несет определенную диагностическую информацию. К примеру, идеи самообвинения, скорее всего, свидетельствуют о наличии депрессии и могут означать повышение риска суицидных попыток.

А. БРЕД ПРЕСЛЕДОВАНИЯ

Бред преследования (персекуторный бред, параноидный бред) — убежденность в том, что некие личности так или иначе следуют за больным со стремлением причинить ему вред. Идеи этого круга вызывают у пациентов тревогу, страх и попытки избежать преследование.

Частными вариантами идей преследования являются идеи:

Преследования (в узком смысле) — преследователи повсюду, следят на улице, в транспорте, наблюдают из окон напротив, проникают в квартиру в отсутствие хозяина, устанавливают подслушивающие устройства, специальные программы в компьютер и т.д.

Воздействия — преследователи оказывают намеренное воздействие на тело, психику или волю с помощью физического или психического воздействия.

Отравления — преследователи травят с помощью добавления неких ядов в пищу, запускания ядовитых газов в вентиляцию, под дверь и пр.

Материального ущерба — преследователи воруют или портят вещи, продукты, мебель, якобы незаконно завладели недвижимостью и пр.

Отношения — убежденность в том, что нейтральные или относящиеся к другим лицам замечания окружающих на самом деле относятся к больному, намекают на него.

Инсценировки — убежденность в том, что все происходящее вокруг является специально подстроенной инсценировкой, преследующей особые цели, все вокруг находится в сговоре.

Ревности — убежденность в неверности партнера, сбор улики.

Кверулянства — упорная борьба по отстаиванию своих якобы поправленных прав; больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества представляющихся им важными документов.

Б. БРЕД ВЕЛИЧИЯ

Бред величия характеризуется значительной переоценкой больным своего статуса в обществе, своих психических и физических возможностей. В большинстве случаев больные с бредом величия спокойны и доброжелательны, терпимы к внешним неудобствам и не склонны к агрессии, хотя в некоторых случаях могут быть нетерпеливы или даже злобны при неудачных попытках заставить слушать или следовать за собой окружающих людей.

Частные случаи бреда величия:

Богатства — убежденность в обладании огромным состоянием, сокровищами;

Высокого происхождения — убежденность в происхождении от лиц, занимающих высокое положение в обществе;

Особых способностей — убежденность в обладании выдающимися способностями;

Любовного очарования — убежденность в сильной любви к больному какого-то человека, часто известного, с которым они лично не знакомы. В его поведении видят некие знаки, будто бы подтверждающие правильность этих предположений: в случае известных людей видят намеки в их выступлениях по телевизору, иногда при этом считают, что они обращаются напрямую к больному или говорят о нем. Часто больные настойчиво ищут встречи с любимым, преследуют его;

Изобретательства — убежденность в совершении грандиозного по значению изобретения или открытия;

Реформаторства — убежденность в обладании идеей коренного переустройства жизни страны или всего мира — политического, экономического, религиозного.

В. ДЕПРЕССИВНЫЙ БРЕД

Чаще всего бредовые идеи самообвинения сочетаются с депрессивной симптоматикой и сопровождаются повышенным риском суицидных попыток. Больные с бредом самообвинения считают, что в будущем их ждет наказание, расплата за ошибки или просто значимые жизненные тяготы. В некоторых случаях больные с подобными переживаниями совершают так называемые «расширенные суициды» — стремятся убить не только себя, но и своих близких, для того чтобы уберечь их от будто бы грозящих им страданий.

Частные случаи депрессивного бреда:

Виновности — убеждение больного, что его действия или бездействия послужили причиной каких-либо негативных событий.

Греховности — близок по смыслу бред виновности. Приписывание себе больным разнообразных грехов;

Самоуничтожения — убежденность больного в собственной ничтожности;

Обнищания — убежденность в грозящей или уже состоявшейся утрате больным и его семьей принадлежавших им материальных ценностей с убежденностью в том, что они «останутся на улице» или «умрут с голоду»;

Дисморфомания — бред наличия физического несовершенства, уродства;

Ипохондрический — бред болезни.

По степени необычности бреда:

- Бред «малого размаха», кухонный бред — охватывает бытовые ситуации с участием одного или нескольких лиц из ближайшего окружения больного. Обычно представлен идеями ущерба, имеющими относительно реалистическое конкретное бытовое содержание.
- Мегаломанический бред — нелепый, фантастический бред с переживаниями грандиозного масштаба. Может быть представлен как идеями величия, так и идеями самообвинения. Мегаломанический ипохондрический бред в сочетании с депрессией называют синдромом Котара, обычно развивается в инволюционном возрасте.

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 бредообразования

Первичный бред — самостоятельное расстройство сферы мышления; иногда существует изолированно, но чаще наблюдается вместе с другими психопатологическими симптомами, при этом истинный бред не может быть объяснен ими, психологически выведен из них, а развивается по собственным закономерностям. Для возникновения первичного бреда должна быть своя собственная предпосылка, некая болезненная почва, не обусловленная другой психопатологической симптоматикой.

Вторичный бред (бредоподобные идеи) — возникает как следствие других психических расстройств. Бредовые идеи такого типа как бы вытекают из обуславливающих их симптомов, имеют с ними непосредственную связь и могут быть поняты через них. В некоторых случаях, даже при значительном количестве, они сами по себе не нуждаются в лечении, а теряют свою актуальность по мере купирования расстройств, которые их вызывают. Обычно содержание вторичного бреда изменчиво, отражает сиюминутную реакцию на внешнюю обстановку и ту психопатологическую симптоматику, которая определяет развитие этого типа бреда.

Существуют случаи, когда содержание галлюцинаций оказывает непосредственное влияние на содержание мышления. Пациент начинает верить в реальность своих обманов восприятия, при этом эти новые убеждения психологически можно полностью объяснить содержанием обманов восприятия. То есть речь идет о вторичном бреде, представляющем собой психологически понятную реакцию на возникновение галлюцинаций и их содержание. Содержание бреда в этом случае можно предугадать, зная содержание галлюцинаций. Такие случаи обычно называют «галлюцинозами», т.е., несмотря на то что в клинической картине бред играет свою роль, он не настолько важен, даже чтобы выносить его в название синдрома.

В других случаях бред имеет собственную логику развития, представляя собой некую творческую разработку того, что было воспринято в галлюцинациях, т.е. некое дополнение, свой собственный вклад. В данном случае речь идет о первичном бреде, его содержание трудно психологически объяснить содержанием галлюцинаций и невозможно предугадать. Такие случаи в самом общем виде обозначают как галлюцинаторно-бредовые синдромы, например, в рамках шизофрении.

Другой вариант деления бредовых идей по механизму образования:

Интерпретативный бред (бред толкования) — систематизированный бред, в основе которого лежат ошибочные интерпретации, «кривая логика», т.е. паралогическое мышление.

При построении интерпретативного бреда больной опирается на реальные факты и события, но трактует, интерпретирует их избирательно, тенденциозно — берет только то, что подкрепляет и способствует дальнейшему развитию его идеи, а все контраргументы игнорирует и отбрасывает. Интерпретативный бред является системой последовательных построений, по мере своего развития все более расширяющейся, усложняющейся и детализирующейся. Обычно интерпретативный бред монотематичен, т.е. в нем развивается одна фабула, наиболее часто это либо идеи преследования: ущерба, сутяжничества, ревности, либо величия: изобретательства, реформаторства, высокого происхождения.

Чувственный бред — основан не на логических интерпретациях действительности, а на интуитивном суждении, которое получает в сознании больного неоправданно сильную, болезненную убедительность.

Такие бредовые идеи воспринимаются больным как данность, не требующая какого-либо логического подтверждения и обоснования. При чувственном бреде больные обычно не приводят каких-либо доказательств в пользу своего убеждения, но непоколебимо отстаивают его — «это так, потому что это так». Столкнувшись с попыткой логического разубеждения, они могут признать истинность некоторых общих доводов, свидетельствующих против их идей, но никогда не признают выводов из выявленного противоречия для своего конкретного случая.

Индукцированный бред — случаи, когда бред психически больного человека «передается» лицам из его окружения, т.е. близкий больному человек начинает разделять его бредовые идеи. Изредка индукцированный 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 индукцированного бреда у жертв тоталитарных сект.

Для «заражения» болезненными взглядами необходим ряд условий: продолжительное общение индуктора и индуцируемого, например совместное проживание, родственные отношения; медленное развитие и некоторая степень правдоподобия бреда «индуктора» в сочетании с его эмоциональной «заряженностью»; предрасположенность индуцируемого, определяющая его внушаемость: инфантильное мышление, врожденное или приобретенное слабоумие, сходные с больным характерологические anomalies. При острых формах индукцированного бреда дополнительным фактором могут явиться продолжительное тревожное ожидание и переутомление. Индукцированный бред обычно непрочен, быстро распадается при разъединении с больным человеком.

Бредовые синдромы

Паранойяльный синдром — представлен систематизированным интерпретативным бредом. Бред в рамках паранойяльного синдрома не сопровождается другими продуктивными психопатологическими расстройствами. 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 спаян с особенностями личности больного в виде склонности к одностороннему, тенденциозному мышлению и возникновению на этой почве сверхценных идей, а также стеничности. 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, шизофрении, декомпенсации паранойяльной психопатии. Прежде такие состояния обозначали термином «паранойя», однако в настоящее время самостоятельное существование такого заболевания признается далеко не всеми психиатрами.

Параноидный 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 — представлен лишь бредом преследования, немногочисленными иллюзиями или галлюцинациями.
- Галлюцинаторно-бредовый синдром — сочетание галлюцинаций и бреда.
- Аффективно-бредовой синдром — сочетание измененного настроения и бреда. В рамках типичных аффективных синдромов может наблюдаться вторичный бред, конгруэнтный аффекту. Про аффективно-бредовой синдром говорили при сочетании измененного настроения с несоответствующим аффекту первичным бредом (идеи преследования) и галлюцинациями.
- Синдром психических автоматизмов (синдром Кандинского—Клерамбо) — бред преследования и воздействия с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами. Психические автоматизмы — чувство

утраты контроля над собственными процессами с бредовой интерпретацией существования этих процессов как вызванных внешним воздействием.

- Парафренный синдром — представлен мегаломаническим бредом величия, что отличает его от синдрома психических автоматизмов, бредом преследования и воздействия, псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами.

Выводы

1. Одной из важнейших сфер человеческой психики является мыслительная, идеаторная сфера, сфера мышления. Мышление является основным и специфическим для человека познавательным процессом, в ходе которого диалектически устанавливаются внутренние связи, характеризующие структуру объектов реальной действительности, их отношения между собой и к субъекту познавательной деятельности;
2. В связи с генетической предрасположенностью и внешних факторов процесс мышления может нарушаться, что приводит к различным психическим расстройствам;
3. Расстройства мышления, так же как и расстройства восприятия, являются ярким показателем психических расстройств и сигнализируют об остроте психического расстройства, что является важным критерием при постановке диагноза для врача психиатра.

Список литературы

1. Тиганов А. С. Общая психопатология. / 2021 г.
2. Жмуров В. А. / Психиатрия/ М.: МЕДпресс-информ, 2018 г.
3. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. / Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / 3-е изд. стер. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
4. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. / Психиатрия. Национальное руководство. Вторая редакция. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
5. Киселёва Ю. В. / Общая психопатология: учебно-методическое пособие / 2021 г.