**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

Тема: **Мышление и его расстройства.**

Цель занятия: Закрепить теоретические знания студентов по расстройству ассоциативного процесса.

**Студент должен знать**: Расстройства ассоциативного процесса: ускорение и замедление мышления, патологическая обстоятельность (вязкость), олигофазия, речевые стереотипии (персеверации, вербигерации), резонерство и метафизическая (философическая) интоксикация, разорванность и бессвязанность (инкогеррентность). Аутистическое, символическое и паралогическое мышление, феномен соскальзывания, неологизмы. Расстройства суждений и умозаключений: бред, навязчивости, сверхценные идеи. Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Ипохондрический синдром. Синдром дисморфомании (дисморфофобии). Социально опасное поведение лиц с нарушениями мышления.

**Студент должен уметь:** диагностировать эти патологические состояния у больных.

**Содержание занятия**

**Мышление** — обобщенное отражение человеком предметов и явлений в их закономерных связях и отношениях. Основным эле­ментом мышления является понятие — отражение в сознании че­ловека наиболее общих и существенных свойств и качеств пред­метов и явлений в отличие от ощущений, восприятий и представ­лений, которые отражают либо отдельные конкретные свойства предметов и явлений (ощущения), либо эти конкретные явления и предметы в целом (восприятия), либо воспроизведение образов, воспринятых в прошлом (представления). Например, понятие «дом» отражает общие свойства самых различных построек раз­ной архитектуры, величины, стиля, месторасположения, содер­жит смысл «собственного жилища» и т.д.

Одной из самых главных особенностей понятий является то, что они базируются не только на собственном опыте человека, но и включают в себя опыт предыдущих поколении, закрепленный с помощью языка. Именно поэтому овладение языком способству­ет усвоению всего багажа знаний, накопленных человечеством. Мыслительные операции включают в себя анализ, синтез, срав­нения и обобщения, абстракцию и конкретизацию с последую­щим переходом к образованию понятий. Процесс ассоциации может нарушаться самым различным об­разом в зависимости от характера болезни, ее стадии, типа тече­ния и исхода.

**Расстройства ассоциативного процесса**

***Ускорение мышления*** выражается в ускоренном течении ассоци­ативных процессов; мысли очень быстро сменяют друг друга, их так много, что больные, несмотря на очень быструю («пулемет­ную») речь, все-таки не успевают их высказывать. Внешне такая речь больных может напоминать шизофазию (разорванную речь), однако если ее записать, например, на магнитофон, то потом мож­но найти в ней определенный смысл, чего нет при шизофазии.

Для патологически ускоренного течения ассоциативных про­цессов характерна также ***отвлекаемость***: мышление больного ста­новится поверхностным, склонным к моментальному переключе­нию; все, что попадает в поле зрения такого больного, тут же при­влекает его внимание, занимает его мысли, дает новое направле­ние его идеям. Крайняя степень отвлекаемости выражается в «скачке идей» (fuga idearum), когда мысли больных, молниеносно сменяя друг друга, переключаются с одного предмета на другой так быстро, что уже трудно бывает уловить в них какой-нибудь общий смысл.

Может быть прерывистость ассоциаций (так называемые шперрунги; от нем. sperrung — загораживание, баррикадирование).

***Замедление мышления*** характеризуется бедностью ассоциаций, медленным течением ассоциативного процесса, заторможенно­стью его. Больные с такими явлениями жалуются, что у них «ча­сами не бывает в голове никаких мыслей», «ничего не приходит в голову». На вопросы они обычно отвечают очень лаконично, од­носложно, иногда только словами «да» или «нет», часто после очень долгой паузы, когда у спрашивающего уже может создаться впечатление, что больной не расслышал или не понял вопроса. Сами больные в таком состоянии говорить не начинают, ни к ко­му ни за чем не обращаются.

***Патологическая обстоятельность мышления*** заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных про­цессов; больным очень трудно переключиться с одной темы на другую, они застревают на самых незначительных деталях, им все кажется важным, нужным — каждая мелочь, каждый штрих; они не могут выделить главного, основного, существенного. Патологическая обстоятельность мышления характеризуется очень малой продуктивностью, подчас же вообще непонятно, что больной хотел сказать, какой смысл имела его длинная витиеватая речь (лабиринтное мышление).

***Персеверация мышления*** (лат. perseveratio — настойчивость, упорство) — патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что клинически выражается в повторении (иногда очень длительном) одних и тех же фраз или слов. Чаще всего такие больные могут правильно ответить только на первый вопрос врача, а затем уже однообразно повторяют тот же ответ или части его.

*Например: Больного, страдающего тяжелой формой церебрального атеросклероза, спрашивают, где он лечится Больной отвечает «В больнице имени Соловьева» — «Сколько времени вы здесь7» — «Больница Соловьева». — «Ва­ша специальность до болезни?» — «Больница Соловьева». - «Чем вы сегодня занимались?» — «Больница Соловьева»*

***Вербигерация*** (от лат. verbum — слово + gero — веду, совершаю) — речевая стереотипия — бессмысленное, нередко ритмическое повторение одних и тех же слов, реже — фраз или их обрывков.

***Паралогичное мышление*** характеризуется отсутствием в мышле­нии логической связи; выводы, которые делает больной в таких слу­чаях, не только не закономерны, но часто совершенно нелепы: «Я болел шизофренией, потому что в детстве мало ел манной каши» или «Я хочу спать, а потому научите меня, пожалуйста, музыке».

***Резонерство*** — склонность к пустым рассуждениям, когда, как творят, «очень много слов и мало мыслей». Такое мышление ха­рактеризуется бесплодностью, отсутствием конкретности, целевой направленности: «Вы видите, как это важно, мне бы хотелось ска­зать и отметить, что это очень важно, важность значительная, это надо отметить, вы же не будете думать, что это не важно».

***Разорванность мышления*** выражается в отсутствии связи меж­ду отдельными мыслями или даже отдельными словами. Речь та­кого больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, и поэтому ее нередко называют словесной ок­рошкой, словесным салатом.

Паралогичное мышление, резонерство и разорванность мыш­ления наиболее характерны для шизофрении.

***Бессвязность мышления*** (инкогерентность, инкогерентное мы­шление; лат. in — частица отрицания + coheerentia — сцепление, связь) характеризуется полной хаотичностью, бессмысленностью мышления, речь состоит из набора отдельных слов, никак: между собой не связанных: «Чудо-чудо... жили-были ... ах, как холодно ... день, пень, лень ... до свидания ...». Инкогерентность внешне может напоминать то, что носит название разорванного мышле­ния, но главное отличие состоит в том, что разорванное мышле­ние возникает на фоне ясного сознания; инкогеренция же всегда является следствием помрачения сознания (обычно по типу аментивного синдрома, аменции).

***Символическое мышление.*** Символика свойственна и нормаль­ному мышлению тогда, когда она отражает общепринятые идеи, взгляды, связана с той или иной реальностью (например, симво­лика гербов, математических знаков, наконец, рисунков в виде сердца, пронзенного стрелой). При патологическом символизме (свойственном главным обра­зом больным шизофренией) эта патология мышления сугубо инди­видуальна и непонятна окружающим. Эта символика может касаться как отдельных слов, понятий, так и всего строя мышления в целом. Больной может воспринимать символически и речь окружающих. Больной при беседе с врачом, пишущим его историю болезни, отвечал довольно адекватно до тех пор, пока врач не попросил его объяснить смысл поговорки «Куй железо, пока горячо». Больной, спокойно до того сидящий, вдруг вскочил и кинулся к окну. На вопрос, почему он так по­ступил, ответил: «Вы же сами сказали: «Куй железо ... значит, «беги, пока не поздно». Больные с символическим мышлением могут придавать осо­бый смысл самым обыденным вещам («желтый цвет обоев — зна­чит, здесь живут ненадежные, склонные к изменам люди»; слова «хороший аппетит» говорят о том, что этот человек «сживет со света всех ему неугодных». При выраженных изменениях мышления речь больных может состоять из одних им понятных символов, в том числе и неологиз­мов (употребление новых, ни на что не похожих словообразований; больной при выражении удовольствия говорит «блюм-Олям», а при недовольстве чем-то — «пури-прури»). Наглядным примером символического мышления могут быть рисунки, стихи и вообще любое творчество больных. Метерлинк — очень талантливый человек, к сожалению, страдавший шизофре­нией, вывел в своей широко известной пьесе-сказке образ Синей птицы, ставшей затем для всех людей символом недосягаемого, призрачного счастья.

**Сверхценные идеи**

Патология мышления может выражаться в таком феномене, как сверхценные идеи — гиперквантивалентные идеи (от лат. hyper — над, сверх + лат. quantum — сколько + valenti — сила) — мысли, возникающие в связи с какими-то действительными фактами или событиями, но приобретающие для человека особую значимость, определяющие все его поведение. Характеризуются большой эмоциональной насыщенностью, выраженным эмоциональным подкреплением. Например, человек, действительно пишущий стихи и, может быть, удостоившийся за это когда-то похвалы, на­чинает думать, что он необыкновенный, чрезвычайно талантливый, гениальный поэт, и вести себя соответствующим образом. Непризнание же его окружающими он расценивает как происки недоброжелателей, зависть, непонимание и в этом своем убежде­нии уже не считается ни с какими реальными фактами.

Человек, имеющий небольшой косметический недостаток, например, слегка оттопыренные уши, считает, что это — трагедия всей его жизни, что окружающие к нему из-за этого плохо относятся, что все его неудачи связаны только с этим «уродством». Или человека кого-то действительно обидел, и он после этого ни о чем другом уже не может думать, все его помыслы, все его внимание направлены только на это, он уже и в самых безобидных действиях видит только одно — желание ущемить его интересы, вновь задеть его. То же мо­жет касаться и сутяжничества (кверулянства — от лат. querulus — жа­лующийся) — склонности к бесконечным жалобам, рассылаемым во всевозможные инстанции, причем число этих инстанций все возрастает, так как в конечном итоге каждая инстанция (например, газета, суд и т.д.), куда вначале жаловался такой сутяга, не признав­шая его «правоты», сама становится объектом очередной жалобы. Сверхценные идеи особенно характерны для психопатичес­ких личностей.

**Навязчивые состояния**

***Навязчивые состояния (обсессии)*** — это такого рода пережива­ния, когда у человека помимо его воли возникают («навязываются») какие-то мысли, страхи, влечения, сомнения, действия Несмотря на критическое отношение к подобным явлениям, избавиться от них человек не может Навязчивые состояния (навязчивости) не обяза-тельно симптом болезни, они могут встречаться и у здоровых людей

Выделяют отвлеченные навязчивости и образные, сопровожда­ющиеся эмоциональными переживаниями тревогой, страхом, эмоциональным напряжением

***Отвлеченные навязчивости***: навязчивые мысли (умственная жвачка), навязчивый счет, навязчивые воспоминания ненужных событий, деталей, навязчивые действия. Они заключаются в появлении совершенно ненужных мыслей, например о том, почему у человека две ноги, а у лошади четыре, почему у людей носы разной формы, что было бы, если бы солнце взошло на западе, а не на востоке Понимая всю нелепость таких мыслей, относясь к ним с полной критикой, человек тем не менее избавиться от них не в силах

Навязчивый счет заключается в непреодолимом стремлении считать все, что попадается на пути окна в домах, перекладины в заборе, пуговицы на пальто соседа, шаги на том или ином рассто­янии. Подобные навязчивости могут также выражаться и в стремлении к более сложным действиям, например в сложении цифр, составляющих номер того или иного телефона, в умножении от­дельных цифр номеров машин, в подсчитывании общего числа всех букв на странице книги

Навязчивые действия характеризуются непроизвольным вы­полнением движений, чаще всего совершаемых автоматически человек во время разговора крутит в руках кусок бумаги, ломает спички, чертит карандашом фигуры, накручивает на палец прядь волос, без всякого смысла переставляет предметы на столе, во время чтения грызет ногти, дергает себя за ухо. Сюда же относят­ся и такие действия и движения, как шмыгание носом, прищел­кивание пальцами, покусывание губ, постоянное одергивание пиджака, непроизвольное потирание рук и др. В отличие от массы других навязчивостей эти движения и действия совершаются автоматически, выполнение их не сопровождается никакими не­приятными чувствами, их просто не замечают. Более того, чело­век усилием воли может их задержать, помня о них, может их не совершать, но стоит ему чем-то отвлечься, как он снова начинает непроизвольно крутить в руках карандаш, перебирать лежащие перед ним на столе предметы.

***Образные навязчивости***: различные фобии, овладевающие представления, навязчивые сомнения, контрастные мысли.

*Навязчивые сомнения*, сопровождаемые обычно неприятным, тягостным чувством, выражаются в постоянных сомнениях по по­воду того, правильно ли человек сделал то или иное дело, закончил ли его. Так, врач, выписавший больному рецепт, потом бесконеч­но сомневается, не сделал ли он ошибки в дозе; машинистка мно­го раз перечитывает напечатанный текст и, не находя ошибки, тем не менее вновь испытывает сомнения. Наиболее частый вид данного рода навязчивости — мучительные сомнения: выключил ли человек перед уходом газ, погасил ли свет, запер ли дверь. Нередко страдающий такими на­вязчивыми сомнениями по несколько раз возвращается домой, чтобы проверить, допустим, закрыл ли он дверь, но стоит ему отойти, как он вновь начинает беспокоиться, завершил ли он это действие, не забыл ли повернуть ключ, вынуть его из замка.

*Навязчивые воспоминания* характеризуются непроизвольным появлением ярких воспоминаний обычно чего-то очень для чело­века неприятного, того, что он хотел бы забыть: например, навяз­чиво вспоминается какой-то тягостный для больного разговор, все детали смешного положения, в которое он когда-то попал, об­становка экзамена, на котором он с позором провалился, где ему было так стыдно.

*Навязчивые страхи* — фобии (от греч. phobos — страх). Очень му­чительны переживания страха, вызываемого самыми различными предметами и явлениями: боязнь высоты, широких площадей или, наоборот, узких улиц, страх совершить что-то неприличное, пре­ступное или недозволенное (например, страх убить своего единст­венного, горячо любимого ребенка, страх не удержать в обществен­ном месте кишечные газы, страх громко кричать в обстановке тор­жественной тишины, во время концерта, страх перед острыми, колющими и режущими предметами).

Особую группу составляют нозофобии — на­вязчивые страхи заболеть тем или иным заболеванием (кардиофо­бия, сифилофобия, канцерофобия) или даже умереть от этой бо­лезни либо от каких-то других причин (страх смерти — танатофобия; от греч. thanatos —смерть) Нередко встречаются фобофобии: человек, тяжело переживавший приступ навязчивого страха, потом испытывает уже страх самою cтpаха (нового приступа).

Возникновение навязчивых страхов обычно сопровождается появлением выраженной вегетативной реакции в виде резкого побледнения или покраснения, потливости, сердцебиения, уча­щенного дыхания. Характерно, что обычно вполне критическое отношение к своему состоянию, понимание несостоятельности, необоснованности навязчивых страхов в момент приступа по­следних исчезает, и тогда человек действительно уверен, что «не­медленно умрет от инфаркта», «скончается от кровоизлияния в мозг», «погибнет от заражения крови».

Агорафобия (страх открытых пространств). Последние годы этот термин употребляется широко и включает не только страх открытых пространств, но и близких к нему ситуации, таких, как пребывание в транспорте, в толпе, в закрытых помещениях, т.е. в ситуациях, когда невозможно сразу вернуться в безопасное место (обычно до­мой). Этот страх, кроме того, включает, различные ситуации выхо­дить из дома, оказаться в толпе, ездить в городском транспорте, по­езде.

Часто возникновению агорафобии предшествуют панические ата­ки. Это возникающий внезапно приступ страха, сопровождающийся выраженными вегетативными расстройствами" сердцебиением, за­трудненным дыханием, головокружением, неприятными ощущения­ми в области сердца, слабостью в ногах и др. Как правило, панические атаки возникают или в связи с непосредственной травмирующей си­туацией, или на фоне длительной неразрешимой ситуации.

Навязчивые влечения (навязчивые желания) выражаются в появ­лении неприятных для человека желании (плюнуть в затылок впе­реди сидящего человека, дернуть за нос встречного, выскочить из машины на самой большой скорости), всю нелепость и болезнен­ность которых человек понимает. Особенность подобных влече­ний в том, что они обычно не переходят в действие, но для чело­века очень неприятны и мучительны. Очень мучительны для больных и контрастные навязчивости, выражающиеся в хульных, кощунственных навязчивых мыслях, чувствах и страхах, оскорбляющих морально-этическую, нравст­венную сущность человека.

Социальные фобии — страх испытывать внимание со стороны окружающих. Они могут быть избирательными: страх еды на лю­дях, публичных выступлении, общений с противоположным по­лом — и диффузными, включающими все социальные ситуации вне семейного круга. Социальные фобии проявляются жалобами на страх покраснения лица, тремора рук, тошноты, позыва на мочеиспускание. Характерно избегание ситуаций, которые могут вызвать социальные фобии.

У больных фобиями часто формируются защитные действия по механизму «прямой защиты»: избегание «опасной» ситуации, отвле­чение внимания, поездки или выходы из дома с сопровождающи­ми, профилактический прием лекарств, сердечных или успокаива­ющих. Методы «символической защиты» выражаются в совершении действий, имеющих символическое значение, например: больной раскладывает определенным образом вещи, чтобы не случилось бе­ды, перешагивает через трещины на асфальте, пропускает номера страниц, не произносит определенные слова, цифры и т.д.

***Обсессивно-компульсивные расстройства***. Основной особенно­стью этих расстройств являются обсессивные мысли и компуль­сивные действия.

Компульсивные действия или ритуалы представляют собой та­кие поступки и действия, выполнение которых направлено на пре­дотвращение событий, опасных для больных или их близких. Боль­ной, как правило, понимает бессмысленность действий, но повто­ряет их вновь и вновь. Так, больной для того, чтобы с ним и с его близкими не случилось несчастье, в определенном порядке одева­ется, перед выходом из квартиры несколько раз стучит по стене, за­тем по двери, много раз вставляет и вынимает ключ. При сопротив­лении компульсивным действиям у больных возникает чувство тревоги, вегетативные расстройства, психическое напряжение.

В отличие от бреда навязчивости могут быть и у здоровых людей (многим хорошо известна навязчивость какого-то мотива, ка­кой-то мелодии). Способствуют возникновению навязчивостси у здоровых лю­дей недосыпание, переутомление, астенизация.

**Бредовые идеи**

Наиболее качественно выраженным расстройством мышле­ния является бред.

**Бредовые идеи (бред)** — неправильные умозаключения, ошибоч­ные суждения, ложная убежденность, не соответствующие дейст­вительности. От обычных человеческих заблуждений бред отлича­ется следующим: 1) он всегда возникает на болезненной основе, это всегда симптом болезни; 2) человек полностью убежден в до­стоверности своих ошибочных идей; 3) бред не поддается никакой коррекции, никакому разубеждению со стороны; 4) бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе они влияют на его поведение, определяют его поступки. Просто заблуждающийся человек при настойчивом разубеждении может отказаться от своих заблуждений. Никакими фактическими доказательствами бредового больного разубедить не удастся.

По клиническому содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи с известной долей схематизма можно разделить на три боль­шие группы: 1) бредовые идеи преследования; 2) бредовые идеи величия; 3) бредовые идеи самоуничижения (депрессивный бред).

***1.Бредовые идеи преследования***

*Бред* *отношения* заключается в патологическом убеждении че­ловека, что все имеет к нему отношение: окружающие смеются над ним, перемигиваются по его адресу, он вызывает их насмеш­ливое или даже брезгливое к себе отношение. Такие больные пере­стают посещать общественные места, пользоваться обществен­ным транспортом, ходить в театр или на лекции, так как убежде­ны, что стоит им только появиться, как все тут же замечают их, на­смешливо улыбаются, как-то подозрительно смотрят, плохо гово­рят о них. Разновидностью бреда отношения является бред особого смысла (особого значения). При этом самым обычным вещам боль­ные придают особое значение, видят в них особый для себя смысл. *Сенситивный* (от лат. sensibilis — чувствительный) бред отноше­ния формируется на основе таких особенностей личности, как за­стенчивость, впечатлительность, ранимость, мнительность.

*Бред отравления* заключается в болезненной убежденности чело­века в том, что его хотят отравить, поэтому он отказывается от еды («постоянно яд в пищу подсыпают»), не принимает лекарств («под видом лечения отравить хотят»), не покупает расфасованных продук­тов («я же знаю, что мне дадут бутылку с отравленным молоком»).

*Бред воздействия* может иметь много различных вариантов: больной убежден, что на него на расстоянии воздействуют гипнозом, электричеством, атомной энергией, влияя таким образом на его мышление, поступки, вызывая у него сексуальное возбуждение.

Бред преследования в собственном смысле означает патологиче­скую убежденность в том, что «преследователи» находятся в непо­средственном окружении больного, ходят за ним по улице, под­стерегают его под окнами дома, под видом больных проникают вслед за ним в клинику: «Я постоянно чувствую за собой слежку, за мной по пятам идут какие-то подозрительные личности в кепках, куда ни пойду, всюду они меня подстерегают, убить хотят».

*Бред материального ущерба* характеризуется ложной убежден­ностью в том, что окружающие постоянно обворовывают больного, крадут его вещи и деньги, носят его одежду, получают за него зарплату или пенсию, портят его имущество, морят его голодом: «Вот так и сплю в шапке и валенках, только сними — тут же украдут, уже очки украли, все книги растащили, даже кофейник унесли». Бред материального ущерба наиболее типичен для пси­хозов старческого возраста.

*Бред порчи, бред околдования*. У больного человека появляется убежденность в том, что он стал жертвой колдовства, «его испортили заговором», «дали выпить какого-то зелья и он теперь стал совсем немощным», «от него осталась одна только тень», его «сглазили дурные глаза». Такой бред не следует смешивать с суевериями, когда подобные идеи носят характер простого заблужде­ния и не являются следствием болезни.

*Бред обвинения*, состоит в болезненном убеждении, что окру­жающие обвиняют человека в каких-то неблаговидных поступ­ках, считают вором, насильником, клеветником, а он «никак не может доказать свою невиновность», ему «все равно не верят», а иногда даже и специально «подстраивают факты». Так, больная по целым дням не встает с постели, поскольку убеждена, что даже при отлучках в туалет ей «подсунут в постель чужую вещь и всем уже будет доказано, что она — воровка». Этот бред наиболее типичен для пресенильных психозов.

*Бред ревности* — больной или больная немотивированно рев­нуют жену или мужа, без всякого повода убеждены в супружеской неверности, они в самых невинных вещах видят «неоспоримые доказательства» своей правоты. Бред ревности может встречаться при различных заболевани­ях, в частности при алкоголизме.

***2. Бредовые идеи величия***

*Бред изобретательства* выражается в том, что больной убеж­ден, что он сделал выдающееся открытие, изобрел вечный двига­тель, открыл причину рака, нашел средство для максимального продления человеческой жизни, изобрел «эликсир вечной моло­дости», «средство для усовершенствования человеческой поро­ды». Близок к этому бреду и бред реформаторства, когда больной убежден, что «открыл идею преобразования мира» и совершит «гениальную реформу».

*Бред высокого происхождения* заключается в убежденности больного, что он сын всемирно известного писателя, кинозвезды, «последний отпрыск дома Романовых» и т.д., а «те, кто считается сейчас родителями, всего лишь воспитатели», «подставные лица», «родители в условном смысле».

*Бред богатства* заключается в убежденности больного, что он «владелец несметных сокровищ», «обладает всеми золотыми за­пасами на земле», «ему ничего не стоит подарить каждому студен­ту по золотой шубе», у него «дом в миллион комнат».

*Любовный, эротический (сексуальный) бред* заключается в том, что больной или больная твердо убеждены в необыкновенно сильной любви к ним какого-то человека, возможно, даже и не­знакомого, который «безумно любит на расстоянии». Такие боль­ные настойчиво добиваются встречи с «возлюбленным» или «лю­бимой», буквально преследуют их, все поведение окружающих и особенно «предмета любви», по их мнению, подтверждает пра­вильность их мысли: «Он делает вид, что мы незнакомы, потому что оберегает меня от нападок своей нелюбимой жены».

Нелепый бред величия (грандиозных размеров) — так называе­мый *мегаломанический* (от греч. megas — большой) («все дети на земле родились от него», «все книги, какие в мире есть, написал я, но только под разными именами», «я один могу сразу съесть де­сять быков») характерен для прогрессивного паралича.

***3. Бредовые идеи самоуничижения (депрессивный бред)***

Бред самоуничижения, самообвинения, виновности, греховности — весьма близкие по клиническому содержанию патологические идеи

О своих мнимых ошибках, несуществующих грехах, несовершенных преступлениях («в жизни не сделано ничего хорошего», «я никуда не годный человек», «вся моя жизнь — сплошная цепь ошибок и преступлений»). Такие больные очень часто убеждены, что своими ошибками и поступками они погубили не только свою жизнь, но и жизнь своих близких, что они «всем в тягость», «объедают окружа­ющих», «не имеют никакого права даже на кусок черствою хлеба». Для них характерно также ожидание наказания, убежденность в его необходимости или неизбежности («я — чудовище, не понимаю как меня земля держит», «нет такой кары, которая бы соответствовала моим проступкам»). Подобные бредовые идеи особенно характер­ны для больных с пресенильными психозами.

*Ипохондрический бред* выражается в ошибочных умозаключе­ниях по поводу состояния собственного организма, болезненной убежденности в наличии заболевания (рак, сифилис, СПИД, «вос­паление всех внутренностей», нарушение обмена веществ), пора­жения всего организма или отдельных частей тела («кровь сгусти­лась, в сердце какие-то тяжи и пробки, скоро уже придет полный конец», «весь мочевой пузырь поражен, моча даже не идет»). Иногда больные утверждают, что они уже не существуют, у них нет же­лудка, нет кишечника («доктор, как я могу есть, когда у меня уже пет желудка, да и кишечник весь сгнил», «сердце перестало работать, печень исчезла», «почки насквозь прогнили»). Такая разно­видность ипохондрического бреда носит название *бреда отрица­ния или нигилистического* бреда (от лат. nihily — ничего).

У одного и того же больного может быть либо одна бредовая идея, либо сразу несколько (например, одновременно существо­вание бреда величия и преследования). Кроме того, один вид бредовых идеи может переходить в другой (так называемая транс­формация бреда).

**Кроме того различают индуцированный и конформный бред.** *Индуцированный* бред заключается в том, что близкий больному человек начинает разделять его бредовые идеи Такое «прививание» болезненных взглядов бывает обычно при следующих условиях 1) тесное совместное проживание, постоянный контакт с душевноболь­ным, 2) заболевший всегда пользовался большим авторитетом, без­граничным доверием и сильной привязанностью, был умнее и обра­зованнее того, кто стал в конце концов разделять его бредовые идеи, наличие у индуцируемого таких особенностей, как внушаемость, ог­раниченность, а в ряде случаев даже дебильность, 3) медленное раз­витие и некоторое правдоподобие бредовых идей у «индуктора».По своему содержанию индуцированный бред может быть лю­бого содержания (любовный, величия и т.д.), но чаще всего это бред преследования. Индуцированный бред встречается нечасто и обычно непро­чен, он быстро и бесследно исчезает при разъединении с больным человеком. Изредка индуцированный бред возникает не у одного, а у не­скольких человек Этот факт был одной из причин широко рас­пространенных (особенно в средние века) так называемых психи­ческих эпидемий**.** Индуцированный бред называют также подражательным поме­шательством, или помешательством из подражания (Яковенко В.И.).*Конформный* бред — одинаковые по содержанию бредовые идеи, возникающие у двух близких между собой психически боль­ных (например, матери и дочери).

**Особенности формирования бредовых идей**

Независимо от клинического содержания все бредовые идеи делятся на две основные разновидности первичный бред и бред чувственный (образный).

*Первичный бред* – этот бред возникает вследствие нарушения логического познания, патологической интерпретации действительно­сти, при этом чувственное познание практически не нарушается. При построении первичного бреда, основанного на субъек-тивнои логике, больной опирается на реальные факты и события, но трактует их очень избирательно, берется только то, что под­крепляет и способствует дальнейшему развитию бреда, в то время как все контрфакты игнорируются и отбрасываются. Первичный бред (называемый также интерпретативным, или систематизированным) очень стоек и является системой последо­вательных построений, все более расширяющейся, усложняю­щейся и детализирующейся.

*Чувственный (образный) бред*. Этот бред возникает при нару­шении преимущественно чувственного познания. В его структуре превалируют яркие образные представления в виде воображения, различных фантазии, вымыслов, грез. В отличие от первичного бреда, который какое-то время мо­жет быть единственным психопатологическим образованием, чувственный бред сразу же возникает в сопровождении ряда иных расстройств в виде галлюцинаций, страха, тревоги, психомотор­ного возбуждения и т.д. Чувственный образный бред чаще всего (также в отличие от длительно, хронически существующего первичного бреда) возни­кает остро, как какой-то этап развития болезни. Чувственный бред обычно нестоек, фабула его из­менчива, но в то же время яркая, образная. Нередки такие симп­томы (помимо очень типичных эмоциональных нарушений, глав­ным образом в виде тревожного напряжения, страхов или, наобо­рот, экстаза, восторга), как бредовое восприятие, бредовая ориенти­ровка, симптом инсценировки, симптом ложного узнавания, симп­том положительного и отрицательного двойника. Эти расстройства, часто сопутствующие друг другу или пере­межающиеся, заключаются в том, что все окружающее имеет для больного какой-то особый, чаще угрожающий или даже злове­щий смысл (хотя иногда это может быть и что-то приятное), боль­ной не в больнице, а в тюрьме, театре, в какой-то другой стране; люди вокруг специально для больного что-то разыгрывают, пред­ставляют, «инсценируют»; больной «узнает» во враче подругу сво­ей матери, в одной из студенток — когда-то отвергнувшую его де­вушку и т.д. Чужие люди «подстраиваются» под родных и близких, например незнакомый больному человек воспринимается как «принявший облик» его деда (симптом положительного двойника), а родные и близкие кажутся чужими, но подстраивающимися под родных и знакомых, например пришедшую на свидание мать больной воспринимает как чужую женщину, лишь загримирован­ную под мать {симптом отрицательного двойника). Чувственный бред имеет различное по своей клинической фабуле содержание (бред преследования, бред особого смысла, особого значения, бред величия). Одним из проявлений чувственного бреда может быть фантастический бред.

Близок к фантастическому бреду и экспансивный бред — еще одна разновидность чувственного бреда, это «как бы бесконечное фантазирование вслух» (Снежневскии А.В.).

**Основные бредовые синдромы**

**Паранойяльный синдром.** Этот синдром характеризуется посте­пенным формированием систематизированного бреда, особенно на первых порах эмоционально насыщенного и до какой-то сте­пени правдоподобного, лишенного явных нелепостей. При этом бреде не бывает галлюцинаций (ни истинных, ни псевдогаллюци­наций). В ряде случаев рассматриваемый вид бреда может форми­роваться на основе сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред изобретательства, ревности, физического недостатка, любовный, сутяжный. Как правило, он очень стоек.

**Галлюцинаторно-параноидный синдром.** Этот синдром включа­ет в себя бредовые идеи и галлюцинации. Одной из разновиднос­тей этого синдрома является синдром Кандинского—Клерамбо (син­дром психического автоматизма). Это галлюцинаторно-параноидный синдром, состоящий из псевдогаллюцинаций, бредовых идей воздействия (психического, физического, гипнотического — разновидность бреда преследования) и явлений психического ав­томатизма. Последние выражаются в чувстве неестественности, отчужденности, «сделанности» собственных движении, поступ­ков, собственною мышления «Я сам себе не принадлежу», «Я как автомат, управляемый со стороны», «Эта группа бандитов отни­мает лучами мои собственные мысли, а вместо них вкладывает в голову какую-то белиберду», «Вы думаете, это моя улыбка? Нет, мне ее сделали, а мне совсем и не весело», «Моими ногами управ­ляют, я совсем не собирался идти в ту сторону».

Все симптомы, составляющие синдром Кандинского—Клерамбо, тесно между собой связаны, псевдогаллюцинации сопро­вождаются чувством сделанности, те связаны с бредом воздейст­вия, с ним же связаны и явления психического автоматизма, а также такие входящие в состав синдрома нарушения, как «чувст­во овладения» (больным «овладели», он «не принадлежит себе») и так называемый синдром внутренней открытости. Последний, обычно очень тягостный для больных, заключается в убеждении, что все помыслы человека, в том числе и самые интимные, сейчас же становятся известны всем окружающим Нередки и такие симптомы, как «эхо мыслей», «громкое звучание мыслей» (как только человек о чем-либо подумает, тут же слышит звучание этих мыслей и уверен, что все окружающие это обязательно слышат). *Больной сообщает, что вот уже несколько лет он находится под посто­янным воздействием каких-то аппаратов, направляющих на него «лучи атомной энергии». Полагает, что это воздействие исходит от каких-то уче­ных, ставящих эксперимент: «Они выбрали меня, потому что у меня всегда было богатырское здоровье», «Экспериментаторы отнимают его мысли», «показывают ему какие-то образцы», которые он видит внутри головы, в голове же «звучит голос — тоже их работа». Внезапно во время беседы боль­ной начинает гримасничать, кривить рот, подергивать щекой. На вопрос, зачем он это делает, отвечает: «Это вовсе не я, это они лучами жгут, направ­ляют их на разные органы и ткани» «Вот вначале подействовали на musculus orbilans ons, а вот уже и лицевой нерв прожгли». (Больной по специаль­ности врач и до заболевания был хирургом, затем преподавателем анато­мии ). Жаловался также что «эти ученые изуверы» воздействуют и на его внутренние органы — «прижигают гениталии», «мочу задерживают», «на проводящую систему сердца воздействуют», «в голове жар вызывают».*

Выделяют две разновидности синдрома Кандинского—Клерамбо: 1) с преобладанием псевдогаллюцинаторных расстройств (превалирование патологии образных чувственных представле­ний), 2) с преобладанием бреда воздействия (превалирование па­тологии сферы мышления). Синдром Кандинского—Клерамбо наиболее характерен для шизофрении, хотя может иметь психогенную или экзогенно-органическую природу. В таких случаях он чаше всего фрагментарен, менее стоек, синдромально незавершен.

**Парафренный (парафренический) синдром**. Этот синдром состо­ит из систематизированного бреда преследования и величия (обычно фантастического характера), а также явлений психичес­кого автоматизма и псевдогаллюцинации Нередко сочетается с повышенным настроением. *Больная, мною лет высказывающая бредовые идеи физического воз­действия (существует специальная организация, которая какими-го сверхмощными аппаратами воздействует на нее, на ее психику, отдает ей мысленные приказы, жжет ее тело, стала говорить, что у нее с «этой организацией установилась двусторонняя связь». Заявляла, что она теперь тоже может воздействовать на окружающих, «передавать им свои мысли, сплошь такие гениальные». Уверяла, что «этими передачами» способствует мировому прогрессу, влияет на ход истории, помогает творить художни­кам и композиторам, что ее мысли приводят в действие «особые секрет­ные аппараты, трансформирующие солнечную энергию». Настроение приподнятое, благодушна, хотя иногда, главным образом при виде родст­венников, становится злобной.* Его можно рассматривать как заключительный этап развития синдрома психического автоматизма. Высказывания теряют былую стройность и у некоторых наблюдается распад бредовой системы.

**Синдром Котара.** Этот синдром чаще всего состоит из сочета­ния тяжелой депрессии и бреда отрицания (ипохонд­рический бред). Однако в состав этого синдрома могут входить и такие бредовые идеи, как бред гибели мира, бред мучительного бес­смертия и бред отрицательного величия (бред злого могущества). Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности, что больной никогда не умрет, вечно будет жить и вечно мучиться. Бред отрицательного величия, или злого могущества, характери­зуется стойкой убежденностью, что уже само существование больного приносит всем окружающим, а то и всему миру, огром­ный вред, непоправимый ущерб. Например, больной упорно от­казывается от еды, ибо «я и так уже объел весь мир, скоро все лю­ди с голоду погибнут», другая больная уверяет, что ее дыхание «зловонное и мерзкое» и может погубить на земле все живое.

**Синдром дисморфомании — дисморфофобии**. Этот синдром ха­рактеризуется обычно триадой, состоящий 1) из идей физического недостатка («ноги такие уродливые», «нос, как у Буратино», «уши, как лопухи» и тд ), 2) бреда отношения («все смотрят и смеются», «кому приятно смотреть на урода», «люди на улице пальцем показывают»), 3) пониженного настроения, ино­гда вплоть до тяжелой депрессии с мыслями о самоубийстве. Сама идея физического недостатка чаще всего является бре­дом паранойяльного типа (когда мысли об уродстве касаются со­вершенно правильной части лица или тела), реже — сверхценной идеей (в этом случае небольшой дефект, например, несколько ис­кривленные ноги, воспринимается как «потрясающее уродство», «позор»). Больным с идеями физического недостатка чрезвычай­но свойственно стремление к «исправлению», «коррекции» тем или иным путем своего мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка. Особенно активно они посещают хирур­гов, добиваясь непоказанной им косметической операции. Значительно реже мысли о том или ином физическом дефекте носят характер навязчивых образований. Поэтому более право­мерно в большинстве наблюдении говорить не о дисморфофобии (от греч dys — приставка, означающая расстройство + morphe — форма) — навязчивом страхе по поводу неправильной формы той или иной части тела (хотя такие наблюдения тоже имеются), а о дисморфомании (от греч mania — безумие, страсть, влечение).

Бредовые синдромы не являются чем-то постоянным и неиз­менным, одна их форма может переходить в другую Так, в част­ности, паранойяльный синдром может сменяться синдромом Кандинского—Клерамбо, а тот в свою очередь парафренным, что нередко и бывает при параноидной шизофрении.

**Задания для самоконтроля**

1. Характерным признаком ускорения мышления считают:

1. Соскальзывание
2. склонность к детализации
3. неологизмы
4. отвлекаемостъ
5. бесплодное мудрствование

2. Характерным признаком патологической обстоятельности считают:

1. Соскальзывание
2. склонность к детализации
3. неологизмы
4. отвлекаемостъ
5. бесплодное мудрствование

3. Резонерство рассматривают как довольно характерный симптом:

1. Шизофрении
2. Эпилепсии
3. биполярного психоза
4. сифилитического менингоэнцефалита
5. невроза

4. Продуктивным симптомом следует считать:

1. Резонерство
2. патологическую обстоятельность
3. символическое мышление
4. разорванность
5. бред

5. Признаками органических заболеваний считают:

1. ускорение и замедление мышления
2. обстоятельность и персеверации
3. псевдогаллюцинации и психический автоматизм
4. аутистическое и паралогическое мышление

6. К проявлениям психического автоматизма относят:

1. персеверации и стоячие обороты
2. резонерство и разорванность
3. ментизм и шперрунг
4. бред самообвинения и самоуничижения)

7. Ипохондрический бред относят в группу фабул бреда:

1. Персекуторного
2. Депрессивного
3. величия

8. «Симптом зеркала» характерен для синдрома:

1. Ипохондрического
2. Дисморфоманического
3. психического автоматизма
4. Котара
5. Капгра

9. Бред при паранойяльном синдроме является:

1. Систематизированным
2. Вторичным
3. Чувственным
4. Острым
5. мегаломаническим

10. Характерной чертой навязчивых мыслей является:

1. сочетание их с галлюцинациями
2. опасное или агрессивное поведение
3. неадекватное повышение настроения
4. наличие критики
5. чувство постороннего воздействия

11. В пожилом возрасте особенно часто наблюдается бред:

1. Дисморфоманический
2. Материального ущерба
3. Двойников
4. Инсценировки
5. ревности

12. Конечные состояния при шизофрении часто проявляются:

1. Ипохондрическим синдромом
2. Парафренным синдромом
3. Маниакальным синдромом
4. Паранойяльным синдромом
5. обсессивно-фобическим синдромом

13. Ритуалы рассматриваются как типичное проявление:

1. Ипохондрического синдрома
2. Парафренного синдрома
3. Маниакального синдрома
4. Паранойяльного синдрома
5. обсессивно-фобического синдрома

14. Суицидальные действия нередко предпринимают больные с:

1. ипохондрическим
2. Парафренным
3. Маниакальным
4. Паранойяльным
5. обсессивно-фобическимсиндромом

15. Характерным проявлением синдрома психического автоматизма считают:

1. персеверации
2. симптом открытости
3. стоячие обороты
4. неологизмы
5. симптом зеркала

16. Бред при парафренном синдроме обычно бывает:

1. Систематизированным
2. Резидуальным
3. Первичным
4. Мегаломаническим
5. ипохондрическим

17. Острый бред обычно бывает:

1. Систематизированным
2. Чувственным
3. Первичным
4. Интерпретативным

5) Индуцированным

18. Весьма характерным признаком параноидной шизофрении считают синдром:

1. Дисморфоманический
2. Котара
3. психического автоматизма
4. Капгра
5. обсессивно-фобический

19. Страх сойти с ума нередко отмечается у больных с:

1. Парафренией
2. Дисморфоманией
3. острым параноидом
4. обсессиями
5. примитивными идеями

20. Ситуация «преследуемый преследователь» нередко возникает у больных с:

1. персекуторным бредом
2. аутистическим мышлением
3. обессивно-фобическим синдромом
4. бредоподобными фантазиями
5. синдромом Котара

**Ситуационные задачи**

**1.**Больной считает, что «околдован могущественными людьми», которые на расстоянии могут вступать с ним в беседу, говорить его языком, руководить его движениями, изменять настроение. Себя больным не считает. Попытки врача переубедить больного вызвали раздражение вплоть до агрессии по отношению к врачу. Какое нарушение мышления наиболее вероятно у данного больного?

1. сверхценные идеи;
2. навязчивые идеи;
3. бредовые идеи;+
4. доминирующие идеи;
5. бредоподобные фантазии.

**2.**Больная на вопрос врача: «как Вы себя чувствуете?» ответила: «смотря что вы подразумеваете под словом «чувствуете». Если вы имеете в виду ощущения, идущие из моих внутренностей, то Вам необходимо проанализировать результаты моих параклинических исследований. Если вы имеете ввиду мое психическое состояние, то по выражению моего лица Вы можете это понять». Определите нарушение мышления.

1. Разорванность мышления;
2. резонерство;+
3. бессвязное мышление;
4. патологическая обстоятельность;
5. паралогичное мышление.

Литература:

1. Уч. психиатрии MB. Коркина, Н.Д. Лакосина 2002 г.
2. Уч. психиатрии Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин 2000 г.
3. Блейхер В.М. Расстройства мышления. - Киев 1983 г.