

Содержание:

1. Мышление	3
2. Расстройства ассоциативного процесса.....	4
3. Патология суждений и умозаключений	6
4. Бред.....	6
5. Синдромы нарушения мышления.....	11
6. Список литературы.....	15

Мышление - специфичная для человека способность отражать в собственном сознании окружающий мир в полноте существующих связей, внутренних закономерностей; не только наблюдать, но и понимать суть происходящего.

Процесс мышления выражается через язык и речь. Употребляемый человеком язык определяет набор понятий, являющихся основными элементами мышления. *Понятия* - это выработанные человечеством категории, отражающие самые существенные признаки предметов и явлений. Если *представления* непосредственно связаны с жизненным опытом конкретного человека, субъективны, то понятия характеризуют явления и качества, недоступные нашему непосредственному чувственному опыту. Так, наука оперирует понятиями «электрон» и «скорость света», хотя человек не может наблюдать эти явления или представлять их. Больные олигофренией, напротив, накапливают жизненный опыт только в виде представлений. Они не способны выделить существенные свойства предметов, а значит, не имеют понятия о сути происходящего. Понятия разделяются на *конкретные* (названия предметов, действий, явлений) и *абстрактные*, содержащие характеристики и качества, общие для множества различных конкретных предметов и явлений. Они могут быть определены через ряд признаков, как наиболее существенных (смыслообразующие, определяющие родовую принадлежность), так и второстепенных. Например, определение «человек - это двуногое живое существо без перьев» игнорирует наиболее существенные качества человека (принадлежность к роду приматов, особое развитие мозга, способность к мышлению и речи, наличие свободной воли). Неспособность формировать абстрактные понятия, мышление, опирающееся на несущественные свойства понятий, субъективное, противоречивое толкование смысла понятий указывают на наличие психических расстройств.

Важнейшими элементами процесса мышления также являются *ассоциации*, т.е. установление связей между понятиями. Группа понятий может ассоциироваться между собой по множеству признаков. Некоторые из них случайны, поверхностны, ситуационны (ассоциации по созвучию, противоположности, смежности), другие отражают существенные закономерности. Расстройства ассоциативного процесса приводят к нарушению способа мышления, что делает его в целом непродуктивным, хаотичным, нецеленаправленным.

Полноценность речи человека определяется наличием *суждений*, представляющих собой отдельные высказывания о предметах и явлениях, и *умозаключений*, являющихся логическим выводом из сопоставления нескольких суждений. Суждения и умозаключения составляют содержание мышления.

Традиционно в психиатрии расстройства мышления разделяют на *расстройства ассоциативного процесса* и *патологию суждений и умозаключений*. Эти расстройства могут наблюдаться у больного одновременно. Задача врача - определить, что первично: являются ли ошибки в суждениях непосредственным результатом нарушения способа мышления или возникают самостоятельно, без грубого расстройства ассоциативного процесса.

Речь - главный способ выражения мышления, поэтому, чтобы обнаружить расстройства мышления, врач должен анализировать именно речь больного (возможно, написанный им текст). Если по каким-либо причинам (расстройство сознания, двигательные расстройства, мутизм) больной не говорит и не может изложить свои мысли на бумаге, врач не может сделать заключения о способе и содержании мышления. Попытки «догадаться», что имеет в виду пациент, каковы его действительные мотивы и мысли, обязательно приведут к ошибкам, заключающимся в том, что врач приписывает больному свои собственные мысли.

Расстройства ассоциативного процесса.

Расстройства ассоциативного процесса включают ряд нарушений способа мышления, выражающихся в изменении темпа, подвижности, стройности, целенаправленности. Выделяют следующие клинические феномены.

Ускорение мышления характеризуется не только обилием и быстротой возникновения ассоциаций, но и их поверхностностью. Это приводит к тому, что больные легко отвлекаются от основной темы разговора, речь приобретает непоследовательный, «скачущий» характер. Любое замечание собеседника рождает новый поток поверхностных ассоциаций. Отмечается речевой напор, больной стремится поскорее высказаться, не слушает ответов на задаваемые им вопросы.

Чрезвычайно выраженное ускорение обозначается как «скачка идей» (*fuga idearum*). При этом речь распадается на отдельные выкрики, понять связь между которыми очень трудно («словесная крошка»). Однако позже, когда болезненное состояние проходит, больные иногда могут восстановить логическую цепь мыслей, которые они не успевали высказать во время психоза.

Ускорение мышления - характерное проявление маниакального синдрома, может также наблюдаться при приеме психостимуляторов.

Замедление мышления выражается не только в замедленном темпе речи, но и в бедности возникающих ассоциаций. Из-за этого речь становится односложной, в ней отсутствуют развернутые определения и объяснения. Затруднен процесс формирования умозаключений, поэтому больные не в состоянии осмыслить сложные вопросы, не справляются со счетом, производят впечатление интеллектуально сниженных. Однако замедление мышления в подавляющем большинстве случаев выступает как временный обратимый симптом, и с разрешением психоза мыслительные функции полностью восстанавливаются. Замедление мышления наблюдается у больных в состоянии депрессии, а также при легком расстройстве сознания (оглушении).

Патологическая обстоятельность (вязкость) - проявление тугоподвижности мышления. Больной с обстоятельностью говорит не только медленно, растягивая слова, но и многословно. Он склонен к излишней детализации. Обилие в его речи несущественных уточнений, повторов, случайных фактов, вводных слов мешает слушающим понять основную мысль. Хотя он постоянно возвращается к теме беседы, но застревает на подробных описаниях, добирается до конечной мысли сложным, запутанным путем («лабиринтное мышление»). Чаще всего патологическая обстоятельность наблюдается при органических заболеваниях мозга, особенно при эпилепсии, и указывает на длительное течение заболевания, а также наличие необратимого дефекта личности. Во многом этот симптом связан с интеллектуальными расстройствами: так, причина детализации кроется в утраченной способности отличать главное от второстепенного.

От патологической обстоятельности ассоциативного процесса следует отличать обстоятельность больных с бредом. В этом случае детализация служит не проявлением необратимых изменений в способе мышления больного, а лишь отражает степень актуальности бредовой идеи для пациента. Больной с бредом так увлечен рассказом, что не может переключиться на какую-либо другую тему, постоянно возвращается к волнующим его мыслям, однако при обсуждении бытовых, малозначимых для него событий способен отвечать кратко, четко и конкретно. Назначение лекарственных средств может снизить актуальность болезненных бредовых идей и соответственно приводит к исчезновению бредовой обстоятельности.

Резонерство тоже проявляется многословием, но мышление теряет целенаправленность. Речь изобилует сложными логическими построениями, вычурными абстрактными понятиями, терминами, нередко употребляемыми без понимания их истинного значения. Если больной с обстоятельностью стремится максимально полно ответить на вопрос врача, то для пациентов с резонерством не важно, понял ли их собеседник. Им интересен сам процесс мышления, а не конечная мысль. Мышление же становится аморфным, лишенным четкого содержания. Обсуждая простейшие бытовые вопросы, больные затрудняются точно сформулировать предмет разговора,

выражаются витиевато, рассматривают проблемы с точки зрения наиболее абстрактных наук (философии, этики, космологии, биофизики). Подобная склонность к пространным бесплодным философским рассуждениям часто сочетается с нелепыми абстрактными увлечениями (метафизической или философической интоксикацией). Резонерство формируется у больных шизофренией с длительно текущим процессом и отражает необратимые изменения в способе мышления больных.

На заключительных этапах заболевания нарушение целенаправленности мышления больных шизофренией может достигать степени разорванности, отражаясь в распаде речи (*шизофазия*), когда она совершенно теряет какой-либо смысл. Употребляемые больным ассоциации хаотичны и случайны. Интересно, что при этом нередко сохраняется правильная грамматическая структура, выражающаяся в речи точным согласованием слов в роде и падеже. Больной говорит размеренно, выделяя ударением наиболее значимые слова. Сознание пациента не расстроено: он слышит вопрос врача, правильно выполняет его инструкции, строит ответы с учетом ассоциаций, прозвучавших в речи собеседников, но не может сформулировать до конца ни одной мысли.

Бессвязность (инкогерентность) - проявление грубого распада всего процесса мышления. При бессвязности грамматическая структура речи разрушена, отсутствуют законченные фразы, можно услышать только отдельные обрывки фраз, словосочетания и бессмысленные звуки. Бессвязность речи обычно возникает на фоне тяжелого расстройства сознания - *амениции*. Больной при этом недоступен контакту, не слышит и не понимает обращенной к нему речи.

Проявлением расстройства мышления могут быть *речевые стереотипии*, характеризующиеся повтором мыслей, фраз или отдельных слов. К речевым стереотипиям относятся персеверации, вербигерации и стоячие обороты.

Персеверации наиболее часто встречаются при слабоумии, вызванном сосудистым поражением мозга, при возрастных атрофических процессах в мозге. При этом вследствие нарушения интеллекта больные не могут осмыслить очередной вопрос и вместо ответа повторяют сказанное ранее.

Вербигерации лишь условно можно отнести к расстройствам мышления, поскольку они во многом напоминают насильственные двигательные акты. Больные стереотипно, ритмически, иногда в рифму повторяют отдельные слова, порой бессмысленные сочетания звуков. Часто этот симптом сопровождается ритмическими движениями: пациенты раскачиваются, качают головой, размахивают пальцем и одновременно повторяют: «Лежу-лежу... между-между... гужу-гужу... тужу-тужу... гляжу-гляжу...». Вербигерации чаще всего являются компонентом кататонического или гебефренического синдромов, характерных для шизофрении.

Стоячие обороты - это стереотипные выражения, однотипные мысли, к которым больной многократно возвращается в процессе беседы. Появление стоячих оборотов - признак снижения интеллекта, опустошения мышления. Стоячие обороты довольно часты при эпилептическом слабоумии. Они могут наблюдаться и при атрофических заболеваниях мозга, например при болезни Пика.

В ряде случаев у больных возникает ощущение, что некоторые процессы в мышлении происходят помимо их воли и они не в силах управлять своим мышлением. Примерами подобной симптоматики являются наплыв мыслей и перерывы в мышлении. *Наплыв мыслей (ментизм)* выражается тягостным для пациента состоянием хаотичного потока проносящихся в голове мыслей, обычно возникающим в виде приступа. В этот момент больной не способен продолжать обычную работу, отвлекается от беседы. Болезненные мысли не представляют собой какого-либо логического ряда, поэтому человек не может связно их изложить, жалуется, что «мысли идут параллельными рядами», «скачут», «пересекаются», «цепляются одна за другую», «путаются».

Перерывы в мышлении (шперрунг, остановка, или закупорка мыслей) вызывают ощущение, что «мысли улетели из головы», «голова пустая», «думал-думал и вдруг как будто в стену уткнулся». Насильственный характер этих симптомов может заронить в больном подозрение, что кто-то специально управляет его мышлением, мешает ему думать. Ментизм и шперрунг - это проявление идеаторного автоматизма, наблюдающегося чаще всего при шизофрении. От приступов ментизма следует отличать трудности в мышлении, возникающие при утомлении (например, при астеническом синдроме), при котором пациенты не могут сосредоточиться,

сконцентрировать внимание на работе, невольно начинают мыслить о чем-либо несущественном. Это состояние никогда не сопровождается ощущением чуждости, насильственности.

Наиболее разнообразные расстройства ассоциативного процесса типичны для шизофрении, при которой весь образный склад мышления может коренным образом видоизменяться, приобретая аутистический, символический и паралогический характер.

Аутистическое мышление выражается в чрезвычайной замкнутости, погруженности в мир собственных фантазий, отрыве от реальности. Больные не интересуются практической значимостью своих идей, могут обдумывать мысль, очевидно противоречащую действительности, делать из нее выводы, такие же бессмысленные, как и исходная посылка. Пациентов не волнует мнение окружающих, они малоразговорчивы, скрытны, зато с удовольствием излагают мысли на бумаге, подчас исписывая толстые тетради. Наблюдая таких больных, читая их записи, можно удивляться тому, что пациенты, которые ведут себя пассивно, говорят бесцветно, равнодушно, в действительности охвачены столь фантастичными, абстрактными, философскими переживаниями.

Символическое мышление характеризуется тем, что больные употребляют для выражения мыслей собственные, непонятные окружающим символы. Это могут быть хорошо известные слова, которые используются в необычном значении, из-за чего смысл сказанного становится непонятным. Нередко пациенты выдумывают собственные слова (неологизмы).

Паралогическое мышление проявляется в том, что больные путем сложных логических рассуждений приходят к выводам, явно противоречащим действительности. Это становится возможным, поскольку в речи больных, с первого взгляда как будто связной и логичной, наблюдаются смещение понятий (соскальзывание), подмена прямого и переносного смысла слов, нарушения причинно-следственных взаимоотношений. Нередко паралогическое мышление является основой бредовой системы. При этом паралогические построения как бы доказывают справедливость мыслей больного.

Аутистическое, символическое и паралогическое мышление не представляет собой специфического проявления шизофрении. Замечено, что среди родственников больных шизофренией чаще, чем в популяции, встречаются люди без текущего психического заболевания, но наделенные необычным характером (иногда достигающим степени психопатии) и субъективным складом мышления, с неожиданными логическими построениями, склонностью к отгороженности от внешнего мира и символизму.

Патология суждений и умозаключений.

Патологические суждения и умозаключения представляют собой нарушенное содержание мышления. Это либо ложные ошибочные суждения, либо мысли, не ошибочные сами по себе, но занимающие в психике больного столь значимое, доминирующее положение, что это приводит к неадекватному поведению. К расстройствам содержания мышления относят бред, сверхценные идеи, навязчивости, бредоподобные фантазии и примитивные идеи у лиц с расстройствами интеллекта.

Бред.

Бредом называют ложные суждения и умозаключения, возникающие в результате болезненного процесса, овладевающие сознанием больного и не поддающиеся разубеждению (коррекции). От бреда следует отличать заблуждения и убеждения здоровых людей, настойчиво отстаивающих свою точку зрения, не соглашающихся с оппонентом. Заблуждения и убеждения - результат всей предшествующей жизни больного, его воспитания и накопленного опыта, они тесно связаны с личностью человека. Бредовые идеи, напротив, являются продуктом возникшей болезни и, значительно контрастируя с предшествующей жизнью пациента, никак не соотносятся с прежними его личностными особенностями.

Больные с бредом абсолютно убеждены в справедливости своих суждений, и это закономерно ведет к неправильной оценке ситуации, расстройствам поведения и дезадаптации. Таким образом, бред представляет собой яркий пример продуктивной симптоматики психотического уровня, он служит надежным признаком психического заболевания. Вместе с тем бред не является нозологически специфичным симптомом и встречается практически при любом

из известных психозов. Для проведения дифференциальной диагностики важна более тонкая дифференцированная характеристика бреда.

Фабула бреда, т.е. основное содержание бредовой концепции, может принимать самые разнообразные формы. Бредовые суждения больных субъективны и практически неповторимы, но они отражают преобладающие в обществе идеи. Так, в XIX в. были весьма распространены бредовые идеи религиозного содержания, а развитие наук в XX в., вызвавшее появление огромного количества новых технических идей, привело к возникновению бреда, в котором фигурируют преследование со стороны инопланетян, вмешательство в работу мозга с помощью компьютерных технологий, влияние лазеров, экстрасенсов и т.п. Все же в разнообразии бредовых идей можно выделить некоторые основные концепции, повторяющиеся у разных больных. Наиболее удачная классификация фабул бреда, основанная на идеях В.Грезингера, включает бред преследования (персекуторный), депрессивный и величия. Нередко у одного больного можно видеть сочетание нескольких фабул.

Различные варианты *персекуторного бреда* связаны с преобладанием у больных тревоги и страха, нередко определяют агрессивное поведение больных и в этом случае являются показанием к недобровольной госпитализации. Особую опасность представляет ситуация «преследуемый преследователь», когда больной выбирает среди окружающих человека, который, по его мнению, является его обидчиком, и начинает активно его преследовать.

Собственно *бред преследования* заключается в убеждении пациента в том, что воображаемые преследователи ходят за ним по пятам, наблюдают за его жизнью из окон соседних домов, проникают в квартиру в его отсутствие, проверяют его деловые бумаги и письма, следуют за ним всюду, куда бы он ни направился. *Бред воздействия* отличается тем, что, по мнению больных, преследование осуществляется посредством сложных технических средств (лучей, аппаратов, магнитофонов, микропроцессоров, электромагнитных полей) или путем дистантного психологического воздействия (гипноза, телепатии, колдовства, экстрасенсорных влияний). Бред воздействия является важной составной частью синдрома психического автоматизма и особо значим в диагностике шизофрении. Больные с *бредом отравления* уверены в том, что им в пищу подсыпают яд или в квартиру к ним подводят ядовитые газы. Нередко этому сопутствуют вкусовые или обонятельные галлюцинации. Бред отравления встречается не только при шизофрении, но иногда возникает у больных с инволюционными психозами.

С пожилым возрастом связывают появление *бреда материального ущерба*, выражающегося в мыслях о том, что преследователи якобы воруют продукты, портят вещи, бьют посуду, подтачивают мебель. Некоторые больные при этом обращаются в различные инстанции с жалобами и требованиями (судяжный бред). У молодых больных подобных идей практически не встречается.

Особый интерес представляют фабулы бреда, указывающие на острый, быстро развившийся характер заболевания. При *бредe отношения* (особого значения) случайные факты действительности воспринимаются как важные символы, несущие в себе большую смысловую нагрузку и имеющие непосредственное отношение к жизни больного. В этом случае улыбка на лице случайного прохожего, лай собаки, появление новой автомашины во дворе - все убеждает больного в наличии опасности, недоброжелательства, иногда непосредственной угрозы для его жизни. *Бред инсценировки* также чаще сопутствует острым психозам. Он выражается в уверенности, что окружающие больного люди пытаются его обмануть, разыгрывая из себя врачей, больных, сослуживцев, хотя в действительности являются переодетыми работниками спецслужб или родственниками, которых он давно не видел.

Бред ревности нередко чересчур труден для выявления, так как его носители настойчиво скрывают подозрения, считая, что в глазах окружающих ревность - недостойное чувство. Пациенты вполне уверены в неверности супруга и постоянно заняты сбором доказательств измены. В качестве фактов больные предъявляют подозрительные пятна на белье и обивке мебели, чувство замешательства супруга в определенных ситуациях, пометки в записной книжке, настаивают на его признании, предлагая взамен полное прощение. Но, если измученный домогательствами супруг в угоду больному признает свою «вину», это рождает новый приступ негодования и может привести к физической расправе.

Депрессивный бред непосредственно связан с доминирующим у пациентов чувством тоски и подавленности, нередко является причиной суицидального поведения. Больные могут наказывать себя физическими истязаниями, лишать себя пищи. Изредка встречаются случаи расширенного суицида, когда больной убивает не только себя, но и своих детей, престарелых родителей, чтобы «избавить их от грядущих мук».

Наиболее частым вариантом депрессивного бреда является *бред самообвинения и самоуничтожения*. Больные утверждают, что они повинны в смерти родителей, болезни супруга, приписывают себе преступную халатность и недопустимое, оскорбляющее окружающих поведение. Они также характеризуют себя как ничтожных, недостойных, лишенных каких-либо способностей: уверены, что приносят близким несчастье. У религиозных пациентов данная симптоматика принимает форму *бреда греховности*. Наиболее ярко эти фабулы бреда представлены в структуре депрессивного синдрома.

При *ипохондрическом бреде* больные уверены в наличии постыдного или тяжелого, опасного для жизни заболевания - рака, СПИДа, сифилиса, поэтому постоянно обращаются к врачам, требуя обследования и лечения. Отрицательные результаты обследования еще больше убеждают пациентов в том, что врачи скрывают от них истинный диагноз или недостаточно компетентны. Отказ от проведения операции воспринимают как свидетельство того, что заболевание зашло слишком далеко и надежды на выздоровление больше нет, следствием чего может стать самоубийство.

Дисморфоманический (дисморфофобический) бред проявляется в том, что больные убеждены в существовании у них физического недостатка (уродства). Частный случай дисморфоманического бреда - уверенность пациента в наличии исходящего от него неприятного запаха. При этом больные считают постыдным обсуждать свои мысли с окружающими, скрывают их от родных, друзей и знакомых, крайне неохотно признаются в таких мыслях врачу. Они тратят довольно много времени, рассматривая и анализируя свою внешность («симптом зеркала»), однако бывают раздосадованы, если их застанут за этим занятием. Обращает на себя внимание явно неверная оценка собственной внешности: женщина с резким дефицитом массы тела называет себя толстой; юноша с правильными чертами лица убежден, что имеет уродливый нос; мужчина нащупывает у себя на голове якобы уродующий его шрам. Больные изводят себя голодом, обращаются к врачам с требованием косметических операций, результаты которых их настолько разочаровывают, что они теряют надежду на нормальное существование, приходят к решению, что «появляться на улице с такой уродливой внешностью недопустимо», могут покончить с собой.

Различные варианты *бреда величия* обычно сопровождаются приподнятым, радостным или спокойным, благодушным настроением. Больные в этом случае обычно терпимы к стесняющим их обстоятельствам, доброжелательны, не склонны к агрессии. Они не сомневаются, что наделены прекрасной внешностью, что вызывают любовь к себе, обладают редкими способностями. У пациента может возникнуть уверенность, что он сын великого человека; что люди, которые его воспитали, не настоящие его родители; что его ожидает богатое наследство или блестящая карьера. Некоторые больные приписывают себе произведения известных авторов или утверждают, что сами создали новое устройство, которое радикально преобразует будущее человечества. Наиболее ярко идеи величия проявляются в составе парафренного и маниакального синдромов.

По механизмам происхождения бред разделяют на первичный и вторичный. *Первичный бред* - самостоятельное расстройство сферы мышления, не связанное с какими-либо другими симптомами психических расстройств, не сопровождающееся галлюцинациями. Первичный бред - важнейшее проявление паранойяльного синдрома. *Вторичный бред* возникает как следствие нарушения каких-либо других сфер психики. Так, появление обонятельных галлюцинаций может вызвать у больного уверенность в том, что его пытаются отравить. Расстройства памяти нередко служат причиной появления у пожилых больных бреда материального ущерба.

Важно для понимания динамики бреда разделение на *систематизированный* и *несистематизированный* (отрывочный) бред. О наличии стройной системы свидетельствуют многочисленные взаимосвязанные доказательства, приводимые больным для подтверждения собственных мыслей. Он точно указывает, кто, когда, какими средствами и с какой целью осуществляет преследование, а также подробно отвечает на любой вопрос, касающийся его

болезненной идеи. Для формирования сложной, детально разработанной системы требуется достаточно много времени, поэтому систематизированный бред указывает на длительный, хронический характер течения психоза. Остро возникший бред всегда лишен стройной системы, однако наличие у больного несистематизированного бреда наблюдается не только при острых психозах: при прогрессирующих заболеваниях, приводящих к грубому изменению личности (шизофрения, органические психозы), с течением времени больной может терять интерес к прежде актуальной для него бредовой идее, и тогда ранее стройная бредовая система может распасться. Такие пациенты, рассказывая о совершенно фантастических событиях, ничем не подтверждают своих мыслей.

Для диагностики острых и хронических бредовых психозов исключительно важно разделение бреда на *чувственный* и *интерпретативный*. Больные с *интерпретативным бредом* (*бред толкования*) вполне четко понимают суть событий, связанных с бредом. У них, как правило, отсутствуют расстройства восприятия (галлюцинации), поэтому их бредовая убежденность вытекает не из фантазий и предчувствий, а из предвзятой, паралогичной трактовки реальных фактов. Случайные события их мышлением соединяются, толкуются особым образом, а затем выдвигаются как логичные, с их точки зрения, доказательства их концепции. Таким образом, интерпретативный бред всегда представляет собой бред систематизированный и служит признаком хронических психозов. При *чувственном (образном) бреде* отсутствует четкое понимание происходящих событий. Основой ошибочных суждений больного являются яркие эмоциональные чувства (тревога, растерянность, недоумение, восторг) и нарушения восприятия (иллюзии, галлюцинации, дереализация и деперсонализация). Больные высказывают бредовые идеи в форме вопроса или предположения: «Что такое?.. Неужели началась война?..» «Доктор, вы уверены, что меня не приговорили к расстрелу?..» «Я ведь под колпаком?.. Кто эти люди в халатах?..». Отсутствие стройной бредовой системы в этом случае иногда создает у неспециалистов ложное впечатление отсутствия грубой психотической симптоматики. В действительности же чувственный бред - признак наиболее острых психозов, с быстрой динамикой и высокой вероятностью социально опасных действий. В состоянии растерянности больные нередко убегают из дому, спрыгивают с движущегося поезда, нападают на случайных людей.

По степени размаха можно выделить *бред малого размаха* (бред бытовых отношений), характерный для психозов пожилого возраста. С другой стороны, нередко встречается *мегаломанический бред* (бред громадности), проявляющийся максимально фантастичными высказываниями. Бред величия выражается в том, что больной настаивает на уникальности своих способностей, подчеркивает, что является «величайшим гипнотизером в мире», «изобретателем всех наук во вселенной», «богом, создателем мироздания». Бред преследования выражается в таком случае в уверенности, что за больным следят «весь город», «все разведки мира». Больной с бредом самообвинения убежден, что повинен в мировой катастрофе. Ипохондрический мегаломанический бред проявляется ощущением, что «все нервы атрофировались», «внутренности сгнили», «я умер - осталась лишь оболочка», «весь мир превратился в гниющее месиво» (нигилистический бред). Мегаломанический бред величия характерен для парафренного синдрома, мегаломанический ипохондрический бред наблюдается при синдроме Котара.

От собственно бреда следует отличать бредоподобные фантазии у лиц с впечатлительным, демонстративным характером (например, при истерической психопатии). Больные с фантазиями прекрасно понимают, что излагаемых ими фактов не существовало в действительности, однако не могут признать их вымыслом, чувствуя, что производят яркое впечатление на собеседника. В отличие от бреда фантазии весьма нестойки по содержанию. Пациенты, пытаясь привлечь внимание, выдумывают все новые факты, забывают о том, что рассказывали в прошлый раз. Необходимости в проведении специального лечения при бредоподобных фантазиях нет.

Нелепые, трудно корригируемые идеи могут возникать у больных с задержкой интеллекта. В таком случае обычно говорят не о бредовых, а о примитивных идеях. Мнения, услышанные от окружающих, мысли, вычитанные в газетах и книгах, применяются без учета ситуации; под сложными наукообразными терминами кроется полное непонимание их смысла. Примитивные идеи отличаются стереотипностью.

В качестве особых форм рассматривают индуцированный и резидуальный бред.

Индуцированный бред (folie a deux) - бред, возникший как результат общения человека с близким родственником, страдающим психическим заболеванием (индуктором). Бредовые идеи, присущие индуктору (обычно довольно правдоподобные, обыденные), принимаются индуцируемым на веру без какой-либо критической обработки, чему способствуют высокий авторитет и активность индуктора, ситуация изоляции, определяющая тесный контакт индуктора и индуцируемого, врожденные психические аномалии индуцируемого (дебильность, инфантильность, внушаемость, истерические черты характера и др.). Подобный бред всегда нестойкий, быстро проходит с изменением ситуации (например, после госпитализации индуктора). Индуцированный бред следует отличать от *конформного бреда*, когда у обоих родственников наблюдается психическое заболевание, при этом фабула бреда совпадает, поскольку больные постоянно общаются между собой.

О *резидуальном бреде* говорят, когда после перенесенного острого психоза (чаще всего с помрачением сознания) у человека остается непоколебимая уверенность в том, что все происшедшее с ним в болезненном состоянии было реальностью, хотя в момент осмотра никаких необычных явлений пациент не наблюдает. Возникновению такой симптоматики способствует обилие ярких истинных галлюцинаций в структуре перенесенного психоза. Примером резидуального бреда бывают яркие воспоминания больных после кетаминowego наркоза.

Сверхценные идеи.

Сверхценные идеи в отличие бреда исходно не являются нелепыми, ошибочными. Расстройство заключается в том, что данные мысли занимают в психике больного не соответствующее их реальному значению доминирующее положение. Так, естественные для любого человека забота о сохранении семьи, радость по поводу удачного решения технической проблемы, недовольство оплошностью сотрудника превращаются в удивительно сильные и стойкие чувства (ревность, негодование, подозрительность). Все последующее поведение подчиняется этому основному чувству. Пациенты, несмотря на кипучую энергию, становятся непродуктивными. Они не способны уделять достаточно внимания чему-либо, кроме заботящего их в первую очередь. Сверхценные идеи практически не поддаются коррекции, поскольку крайне трудно оспаривать исходно верные положения пациента («супруги должны быть верны друг другу», «здоровье легче сохранять, чем восстанавливать», «наивность и доверчивость - удел глупцов»). В качестве тематики сверхценных идей могут выступать идеи ревности, изобретательства, преследования, фанатичные политические и религиозные убеждения, приверженность к особым мерам оздоровления (замысловатая диета, особый способ тренировки и закаливания). Сверхценные идеи относятся к пограничным нарушениям психики и не являются безусловным признаком болезни. Наиболее часто они встречаются у лиц с чертами стеничности и эпилептоидности. Постоянная склонность к возникновению сверхценных идей - основное проявление паранойяльной психопатии. Сверхценные идеи могут выступать и в качестве этапа в формировании бредовых идей при шизофрении.

Навязчивые идеи.

Навязчивые идеи (обсессии) - это возникающие против воли больного чуждые болезненные мысли, появление которых он эмоционально переживает, поскольку относится к ним критически, пытается избавиться, освободиться от них, однако не может этого сделать самостоятельно. Главное отличие навязчивых мыслей от бреда - это уверенность человека в их болезненном происхождении, поэтому больные с навязчивостями, чтобы не дискредитировать себя, не склонны рассказывать о своих переживаниях случайным лицам, зато вполне откровенны с врачом, ищут помощи. Навязчивые мысли не являются нозологически специфичным феноменом - они характерны для широкого круга заболеваний, протекающих на невротическом уровне. Возникновение навязчивых идей не служит безусловным признаком психической болезни. Эпизодически навязчивости встречаются у совершенно здоровых людей (чаще с педантичным, тревожно-мнительным характером). В этом случае они нестойки, не причиняют человеку

существенного беспокойства.

При психическом заболевании навязчивые идеи становятся столь настойчивыми, упорными, что занимают все время больного, отвлекают его от работы, не позволяют сосредоточиться, вызывают чувство беспомощности и подавленности. Различают *эмоционально-насыщенные* и *отвлеченные (абстрактные)* навязчивости. Примером последних служат навязчивое мудрствование («мыслительная жвачка»), навязчивый счет (арифмомания). Больные часами обдумывают последствия событий, которые в принципе не могут произойти, перемножают и возводят в квадрат числа, анализируют грамматическую структуру фраз и смысл каждого из слов. К эмоционально-насыщенным навязчивостям относят навязчивые сомнения и контрастные навязчивости. Больные с *болезненными сомнениями* могут многократно возвращаться домой, страшась, что забыли закрыть дверь, выключить утюг и газ, прекрасно понимая при этом необоснованность своих сомнений, но не в силах побороть неуверенность. *Контрастные навязчивости* заключаются в том, что внезапно в голову больному приходит мысль о возможности совершения чего-то совершенно недопустимого, аморального, противозаконного. Это рождает крайне сильное чувство страха, пациент никогда не пытается совершить это нелепое действие.

Навязчивые идеи редко возникают как самостоятельный симптом - они, как правило, сопровождаются другими навязчивыми явлениями: навязчивыми страхами (фобиями), навязчивыми влечениями (компульсиями) и действиями (ритуалами), составляя в совокупности основное содержание обсессивно-фобического синдрома.

Синдромы нарушения мышления.

Основное содержание *обсессивно-фобического синдрома* - широкий круг навязчивых явлений. Кроме навязчивых мыслей, очень распространены навязчивые страхи (фобии), содержание которых бывает весьма различным. При неврозах чаще встречаются страхи, логически понятные, тесно связанные с событиями, представляющими реальную опасность: страхи загрязнения и заражения (мизофобия), закрытых пространств (клаустрофобия), толпы и открытых площадей (агорафобия), смерти (танатофобия). Не редкость - страх возникновения опасного заболевания (нозофобия), например кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, спидофобия. При шизофрении, помимо указанных вариантов, могут наблюдаться очень необычные, оторванные от реальности страхи: заразиться от предметов домашней обстановки «трупным ядом», опасения, что в пище окажутся иголки и булавки, что домашние насекомые могут заползти во влагалище.

С появлением страхов тесно связаны символические защитные действия, предпринимаемые для смягчения чувства тревоги, хотя бы временного избавления от страха - ритуалы. Больные сами устанавливают сложную последовательность действий, как правило, довольно абсурдных («помыть руки 8 раз мылом зеленого цвета и 2 раза синего», «прежде чем войти в лифт, 2 раза глубоко вдохнуть и выдохнуть, а затем потереть виски»). Прекрасно понимая бессмысленность подобных поступков, они все же вынуждены в точности повторять их для преодоления страха. Отвлеченные окружающими от сложного ритуала, больные считают необходимым начинать все с самого начала.

Обсессивно-фобический синдром - основное проявление невроза навязчивых состояний. Он возникает также при неврозоподобных (напоминающих невроз) вариантах течения эндогенных заболеваний (шизофрении). При шизофрении обсессии нередко бывают этапом в формировании более грубой симптоматики (брёда). Особенно обильные навязчивости наблюдаются при психастении - одном из вариантов психопатий, сопровождающемся выраженной тревожностью, мнительностью и педантичностью.

О *дисморфоманическом (дисморфофобическом) синдроме* говорят в том случае если основные переживания больного сосредоточены на возможном физическом недостатке или уродстве, мысли о котором могут представлять собой мягкое расстройство (страхи, навязчивые и сверхценные мысли), отражающее болезненное отношение к реальному, но несущественному дефекту (легкая полнота, едва заметная асимметрия лица).

Нередко встречаются варианты бредовой дисморфомании, лишенные какого-либо реального основания. Помимо собственно идей физического недостатка, у страдающих дисморфоманией, как правило, наблюдаются идеи отношения (ощущение, что все окружающие замечают их дефект,

потихоньку посмеиваются над ними), тоскливый фон настроения. Описывают постоянное стремление больных по секрету от окружающих рассматривать себя в зеркале («симптом зеркала»), настойчивый отказ от участия в фотосъемках. Больные могут настаивать на проведении косметических операций.

Синдром дисморфомании не является нозологически специфичным. Обычно он возникает в подростковом и юношеском возрасте, чаще у девушек. Бредовые варианты синдрома могут наблюдаться в дебюте шизофрении. Близкими к дисморфомании являются синдромы нервной анорексии и ипохондрический.

Для дифференциальной диагностики при психозах большое значение имеет точная синдромальная характеристика бреда, который бывает проявлением многих синдромов психотических расстройств: помрачения сознания (делириозного, онейроидного, сумеречного), аффективных (депрессивного и маниакального), психоорганического. Следует иметь в виду, что механизмы формирования и течения острого бредового психоза и хронического бреда существенно различаются.

Наиболее ярким примером острого бредового психоза является *синдром острого чувственного бреда*, или *острый параноид*, при котором бред формируется быстро на фоне ярких эмоциональных расстройств (тревоги, растерянности, страха, восторга, недоумения). Внезапная перемена в самочувствии больного расценивается им как проявление катастрофы, все восприятие окружающей действительности подчинено этому мощному чувству. Нередко возникают иллюзии или галлюцинации, больной слышит в разговоре прохожих свое имя. Как правило, наблюдаются бред отношения и инсценировки. Больному кажется, что окружающие скрывают от него какое-то важное известие. Предметы обстановки выглядят изменившимися (дереализация), пациент чувствует значительные перемены в себе самом (деперсонализация) - это рождает ощущение, что он сходит с ума. Тревога и беспокойство не позволяют больному спать спокойно. Он возбужден, мечется по дому, не может найти себе места, спасается бегством.

Острый чувственный бред бывает проявлением любого остро возникшего психоза - интоксикационного и соматогенного, острого приступа шизофрении, реактивного (психогенного) параноида. Течение такого психоза, как правило, относительно благоприятное: в большинстве случаев удается полностью купировать психотический приступ.

Среди всех бредовых синдромов наибольшей нозологической специфичностью отличается *синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо*. Его компонентами являются псевдогаллюцинации, психический автоматизм и бред воздействия. Автоматизмом называют отчуждение больным его собственных психических актов, чувство, что некоторые процессы в его психике происходят автоматически, помимо воли. Г.Клерамбо описал 3 вида автоматизма:

- *идеаторный* (ассоциативный, мыслительный) автоматизм, примерами которого являются чувство вкладывания и отнятия мыслей, постороннего вмешательства в их течение, обрывы (шперрунг) и наплывы мыслей (ментизм); впечатление, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости); беззвучное повторение мыслей больного («эхомысли»), насильственная внутренняя речь. Вербальные псевдогаллюцинации как ощущение передачи мыслей на расстояние - тоже проявление идеаторного автоматизма;

- *сенсорный* (сенестопатический, чувственный) автоматизм - состояние, при котором многие неприятные ощущения в теле, иногда вычурные, трудноописуемые (сенестопатии), а иногда вполне естественные (тепло, холод, боль, жжение, половое возбуждение, позывы на мочеиспускание), кажутся «сделанными», специально вызванными. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации, таким образом, являются вариантами сенсорного автоматизма;

- *моторный* (кинестетический, двигательный) автоматизм - иллюзия, будто некоторые движения больного совершаются помимо его воли, вызваны воздействием со стороны. Интересно, что некоторые неврологические симптомы в следствии приема психотропных средств (лекарственный паркинсонизм) людьми с данным видом автоматизма рассматриваются иногда не как побочный эффект терапии, а как признак воздействия. Больные могут утверждать, что возникающая на их лице мимика (улыбка или слезы) неестественна, насильственно вызвана. Насильственная речь (речедвигательные псевдогаллюцинации) тоже относится к двигательным автоматизмам.

Явления психического автоматизма обычно укрепляют человека в мысли, что он больше не принадлежит себе, служит лишь «игрушкой в руках преследователей» (чувство овладения), что вся его психическая и физическая жизнь контролируется и управляется с помощью сложных технических устройств или гипноза (бред воздействия). Иногда возникает подозрение, что воздействие преследователей может поразить внутренние органы, вызвать тяжелое заболевание (рак) или даже внезапную смерть.

В научной литературе неоднократно обсуждалась нозологическая специфичность синдрома Кандинского-Клерамбо. Описывались случаи появления отдельных автоматизмов при интоксикационных и соматогенных заболеваниях, что не позволяет рассматривать данный синдром как патогномоничный для шизофрении. В клинической же практике появление этого синдрома в большинстве случаев связано именно с шизофренией, для которой особенно характерны идеаторные автоматизмы, рассматриваемые в Международной классификации заболеваний МКБ-10 как один из важнейших признаков данного заболевания (синдромы первого ранга К.Шнайдера).

Динамика развития хронического бреда была подробно исследована французским психиатром В.Маньяком. В дальнейшем описанные им состояния рассматривались как проявления паранойяльного, параноидного и парафренного синдромов.

Паранойяльный синдром - первичный интерпретативный бред с высокой степенью систематизации, характеризующийся фабулами преследования, ревности, изобретательства, иногда бредом ипохондрическим, сутяжным, материального ущерба. Галлюцинации при паранойяльном синдроме отсутствуют. Бредовые идеи формируются не на основе ошибок восприятия, а вследствие паралогичного толкования фактов действительности. Нередко манифестации паранойяльного бреда предшествует длительное существование сверхценных идей. Поэтому на начальных этапах болезни такой бред может производить впечатление правдоподобия. Увлеченность больного бредовой идеей выражается обстоятельностью, настойчивостью в изложении фабулы («симптом монолога»). Паранойяльный синдром имеет тенденцию к хроническому течению, плохо поддается терапии психотропными средствами. Он может возникать не только при шизофрении, но и при инволюционных психозах, декомпенсациях паранойяльной психопатии. Некоторые психиатры описывают его в качестве самостоятельного заболевания. При шизофрении паранойяльный синдром склонен к дальнейшему развитию и переходу в параноидный бред.

Характерный признак *параноидного синдрома* - присутствие галлюцинаций (чаще псевдогаллюцинаций) наряду с систематизированными идеями преследования. Возникновение галлюцинаций определяет появление новых фабул бреда - идей воздействия (реже отравления). Признаком якобы осуществляемого воздействия, с точки зрения больных, служит чувство овладения (психический автоматизм). Таким образом, в основных проявлениях параноидный синдром совпадает с понятием синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. К последнему не относят лишь варианты параноидного синдрома, сопровождающиеся истинными вкусовыми и обонятельными галлюцинациями и бредом отравления. При параноидном синдроме намечается некоторая тенденция к распаду бредовой системы, бред приобретает черты вычурности, нелепости. Особенно выраженными эти его особенности становятся при переходе к парафренному синдрому.

Парафренный синдром - состояние, характеризующееся сочетанием фантастических, нелепых идей величия, благодушного или приподнятого настроения с психическим автоматизмом, бредом воздействия и вербальными псевдогаллюцинациями. Таким образом, в большинстве случаев парафренный синдром можно рассматривать как заключительный этап развития синдрома психического автоматизма. Больным свойственна не только фантастическая трактовка событий настоящего времени, но и вымышленные воспоминания (конфабуляции). Пациенты проявляют удивительную терпимость к якобы оказываемому на них воздействию, считая это признаком их исключительности, уникальности. Высказывания теряют былую стройность, и у некоторых больных наблюдается распад бредовой системы. При параноидной шизофрении парафренный синдром является заключительным этапом течения психоза. При органических заболеваниях парафренный бред (бред величия) обычно сочетается с грубыми нарушениями интеллекта и

памяти. Примером парафренного бреда при органическом заболевании выступают крайне нелепые идеи материального богатства у больных с прогрессирующим параличом (сифилитическим менингоэнцефалитом).

От описанных выше синдромов хронического бреда следует отличать формально схожие с ними, но развивающиеся остро и протекающие более благоприятно состояния острой паранойи, острого параноида и острой парафрении. Они характеризуются преобладанием ярких эмоциональных переживаний, низкой степенью систематизации, склонностью к регрессу и по основным проявлениям соответствуют понятию острого чувственного бреда. О чрезвычайной остроте состояния говорит также появление признаков помрачения сознания (онейроидного синдрома) на высоте психотического эпизода.

К вариантам острого чувственного бреда также примыкает *синдром Кангра*, главный признак которого, помимо тревоги и бреда инсценировки, - симптом двойников. Различают симптом отрицательного двойника, когда больной утверждает, например, что близкий человек, навещающий его в больнице, не является его отцом или матерью, а представляет собой хорошо загримированного двойника его настоящих родителей; и симптом положительного двойника, когда больной, наоборот, узнает во врачах или пациентах близких родственников, изменивших специально свой облик. *Симптом Фреголи* проявляется убежденностью, что преследователи постоянно меняют внешность, при этом пациент пытается узнать их в любом из появляющихся людей. *Бред интерметаморфозы* предполагает изменения не столько внешности, сколько внутренней сущности людей и предметов.

Синдром Катара, или *бред отрицания*, тесно связан с тяжелым чувством тоски и тревоги, проявляется мегаломаническими нигилистическими ипохондрическими идеями. Больные убеждены в столь разрушительных для их организма последствиях тяжелой болезни, что «внутри ничего не осталось», «весь живот забит зловонной слизью», «внутренности атрофировались». Нередко этому сопутствует сильное чувство вины: больной якобы является «величайшим в мире грешником», «рассадником заразы», он ждет наказания за свои «преступления». Чаще всего синдром Котара развивается в инволюционном возрасте.

Список литературы

1. Тихомиров О.К. Психология мышления. - М.: Академия, 2005. - с.288 с
2. Рубинштейн С. Л. «Основы общей психологии» СПб. 2008. - с.713
3. Леонтьев А.Н. «Лекции по общей психологии» М. 2007. - с.511
4. Акимова М.К., Козлова В.Т., Ференс Н.А. Теоретические подходы к диагностике практического мышления // Вопросы психологии. - 1999. - № 1. - С.21
5. Выготский Л.С. Мышление и речь. - 5-е изд., исп. - М.: Лабиринт, 1999. - с.351
6. Волков Е.Н. Основные модели контроля сознания (реформирования мышления) // Журнал практического психолога. - 1996. - № 5
7. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. - СПб., 1997. - 256 с.
8. Брушлинский А.В. и др. Мышление и общение. - Минск: Изд-во Минского гос. ун-та, 1990.
9. Семенов И. Тенденции психологии развития мышления, рефлексии. - М.; Воронеж: МОДЭК, 2000. - с.64
10. Соколов А.Н. Внутренняя речь и мышление. - М:Издательство ЛКИ- 2007 - с.248
11. Каплунович И.Я. Психологические закономерности развития пространственного мышления // Вопросы психологии. - 1999. - № 1. - с.60