

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

РЕФЕРАТ

на тему: Патологические суждения и умозаключения

Выполнил: ординатор 1 года обучения
специальности Психиатрия

Карпов Виктор Борисович

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Введение	3
2. Бред	4
3. Сверхценные идеи	11
4. Навязчивые идеи	12
5. Список литературы	13

Введение

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, бредаподобные 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 *брета 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 застают 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 *брёда 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 брёда материального ущерба.

Важно для понимания **динамики брёда** 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 — 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 нестойк, 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 происходившее 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 неспособны 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, описанного в следующем разделе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Блейхер В.М.* Расстройства мышления. — Киев: Здоровье, 1983. — 192 с.
- Зейгарник Б.В.* Патопсихология. — 2-е изд. — М.: Изд-во МГУ, 1986. - 240 с.
- Озерецковский Д.С.* Навязчивые состояния. — М.: Медгиз, 1950. — 168 с.
- Рыбальский М.И.* Бред. — М.: Медицина, 1993. — 368 с.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

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

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

на реферат ординатора _____ 1 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Карпов В.Б.
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Психометрические измерения и
управление _____

основные оценочные критерии

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

Дата: «10» декабря 20 19 год

Подпись рецензента _____

Березовская М.А.

Подпись ординатора _____

Карпов В.Б.