Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко

Кафедра психиатрии с наркологией

Расстройства мышления

Гречко Т. Ю.

Воронеж 2004г.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших сфер человеческой психики является мыслительная, идеаторная сфера, сфера мышления. Мышление - это процесс познавательной деятельности индивида, который заключается в опосредованном и обобщенном отражении действительности. Мышление считается вершиной познавательной деятельности человека. Это активная форма творческого отражения и преображения человеком окружающей действительности, получение новых знаний, творческое преобразование имеющихся представлений. Мышление - это движение идей, раскрывающее суть вещей. Основным элементом мышления является понятие. Мыслительные операции включают в себя анализ, синтез, сравнения и обобщения, абстракцию и конкретизацию с последующим переходом к образованию понятий. Процесс образования ассоциаций может нарушаться самым различным образом. Знание различных особенностей патологии сферы мышления актуально для врача общего профиля в силу их относительно широкой распространенности на практике и в силу той. социальной опасности, которую представляет ряд больных с расстройствами мышления. Умение диагностировать и оказывать необходимую медицинскую помощь подобным больным обязан каждый врач.

Это можно проиллюстрировать следующим клиническим примером:

В кабинет хирурга обратился пациент с жалобами на деформацию носа. В беседе больной настойчиво подчеркивает, что все окружающие замечают его «аномальный» нос, шепчутся за его спиной, «насмехаются над ним». Говорит о том, что стал реже выходить из дома, так как стесняется своей внешности, не может больше «слышать насмешки за своей спиной». Больной настойчиво требует оперативного вмешательства, коррекции носа. В противном случае он угрожает покончить с собой. При объективном осмотре и обследовании никаких признаков аномального строения носа не диагностировано.

Перед хирургом встают следующие вопросы:

1. Здоров или психически болен пациент?
2. Если он болен психически, то, что с ним делать?

Анализ состояния больного: убежденность его в наличии несуществующего уродства, которая не поддается коррекции, контраст между характером жалоб больного и объективными данными, исключающими патологию, все это позволяет оценивать такого больного, как страдающего психическим заболеванием в форме дисморфофобического бреда. Больной должен быть направлен на консультацию к психиатру.

Относительно широкая распространенность патологии суждения, нередко сочетание ее с суицидальными и социально-опасными действиями ставит перед врачом общего профиля следующие цели при овладении темой данного занятия: умение заподозрить и выявить нарушения в сфере мышления;

* умение дать правильную оценку нарушения мышления;
* правильно оказать, помощь больному.

Для достижения цели необходимо решить следующие задачи:

1. Знать особенности клиники расстройств мышления.
2. Уметь в ходе психиатрического интервью заподозрить патологию в сфере мышления.
3. Уметь целенаправленно выявлять патологию мышления и правильно отражать ее в меддокументации, правильно трактовать ее.
4. Знать особенности проявлений патологии мышления при различных психических расстройствах.
5. Знать особенности проявлений патологии мышления в различных возрастных группах.
6. Уметь правильно оценить состояние больных с расстройствами сферы мышления.

7. Уметь правильно выбрать тактику ведения больных нарушением мышления (амбулаторно, стационарно, добровольно или недобровольно).

Классификация расстройств процесса мышления

Стандартная клиническая классификация расстройств мышления отсутствует. Выделение психиатрами отдельных форма нарушения мышления основывается в первую очередь на изменениях темпа и последовательности процесса мышления, а также на логических особенностях его построения. Немецкие и некоторые отечественные психиатры говорят в этом случае о формальных нарушениях мышления. Им противопоставляют расстройства мышления по содержанию. К последним относят явления навязчивости, сверхценные идеи и бред.

Ниже приводятся наиболее часто встречающиеся формы расстройств ассоциативного процесса.

1. Формальные нарушения мышления

1.1 Мышление заторможенное - проявляется в затрудненности, замедленности или в отсутствии способности к речевым высказываниям при явном желании больного говорить; замедление процесса возникновения ассоциаций, уменьшение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени. Мысли и представления образуются с трудом, их мало, содержание однообразно и бедно. Больные субъективно жалуются на утрату способности к мышлению, интеллектуальное отупение. Такого рода жалобы особенно часто встречаются в эндогенных депрессиях. Уменьшение числа ассоциаций - их бедность - сопровождается нередко моноидеизмом - доминированием в сознании больного какого-либо одного представления или идеи. -Заторможенность процессов мышления при органической патологии (эпидемический энцефалит, состояние после отравления СО, синдром Паркинсона в начале и в конце экзогенных типов реакций и т.д.) обозначается термином брадипсихизм (брадифрения).

1. Ускорение процесса мышления – увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения. Непрерывно возникающие мысли, суждения, умозаключения становятся более поверхностными, обусловленными случайными связями. Мышление приобретает крайнюю отвлекаемость с преобладанием образных представлений, над абстрактными идеями. В выраженных случаях ускорение мышления достигает степени скачка идей, вихря мыслей и представлений. Тема мышления, постоянно меняется, часто .в .зависимости от созвучия произносимых слов, предмета, случайно попавшего в поле зрения.
2. Ментизм - непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, наплыв образов, представлений, «вихрь идей», ни на одной из которых больной не может задержать своего внимания. Содержание мыслей и представлений, а также реакция на них самого больного носит тягостный характер. Эта черта отличает ментизм от ускоренного мышления вообще, вариантом которого является данное расстройство. Очень часто ментизм встречается в клинике шизофрении, нередко входя в структуру синдрома Кандинского-Клерамбо.
3. Мышление амбивалентное – характеризуется одновременным возникновением и сосуществованием противоположных, противоречащих по содержанию друг другу мыслей.
4. Мышление аутистическое - мышление, опирающееся не на факты реальной жизни, а на переживания, обусловленные внутренним миром больного - его субъективными установками, желаниями, фантазиями. Аутистически мыслящий больной не обращает внимания на противоречия с действительностью.
5. Мышление аффективное - использует суждения и умозаключения, основывающиеся не на логических посылках и реальных обстоятельствах, а на преобладающих в данный момент эмоциях и желаниях.
6. Мышления вязкое (тугоподвижное) - определяется замедленностью мыслительных процессов, обеднением ассоциаций, трудностью переключения содного круга представлений на другой. Всегда «застревают» на второстепенных деталях, повторяю туже сказанное.
7. Закупорка мышления (отключение, обрыв, блокирование мыслей; шперрунг) - внезапный перерыв хода мыслей или задержка мыслительного процесса, сопровождаемая выпадением мыслей из сознания, остающегося непомраченным; расстройство осознается и запоминается больным (этим отличается от абсанса). Больной внезапно умолкает, утратив ход мысли. Пытаясь заменить тему своей речи, он вновь ее утрачивает вследствие закупорки. Данное расстройство мышления возникает вне связи с галлюцинациями, бредом или психическим автоматизмом, чаще всего данный психопатологический феномен встречается при шизофрении.
8. Мышление инкогерентное (мышление бессвязное - характеризуется утратой последовательности ассоциативного процесса, сопровождается исчезновением логических связей между отдельными мыслями и внутри представлений, в связи с чем наблюдается «распад переживаний» (К. Conzal, 1958).Речь больных представляет бессмысленный набор слов. Утрачивается способность к образованию ассоциативных связей, к соединению восприятий, представлений, понятий, к отражению действительности в ее связях и отношениях; потеря способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу. Мышление исчерпывается хаотически образующимися бессмысленными связями, в связи с этим речь больного произносится без смыслового и грамматического отношения, нередко в рифму.
9. Мышление инфантильное - мышление, объединяющее несовместимые мысли и понятия, не проводящее различий между субъективными представлениями и объективными явлениями о действительности.
10. Мышление обстоятельное - форма нарушения мышления, при которой, несмотря на сохранность конечной цели мышления, преобладают не главные, а вторичные, сопутствующие представления; замедление образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих. При этом утрачивается способность отделения главного от второстепенного, существенного от несущественного, что приводит к снижению продуктивности мышления. Обстоятельное мышление всегда сопровождается той или иной степенью монотонности и замедленности. В ряде случаев обстоятельность мышления захватывает лишь определенную группу представлений, например, при бредовой обстоятельности, в других - все представления больного. Часто обстоятельность мышления невозможно дифференцировать от вязкого или тугоподвижного мышления, и поэтому оба термина используются психиатрами как;синонимы. Из них предпочтительнее термин «мышление обстоятельное».
11. Мышление паралогическое - основывается на объединении случайных, в том числе несопоставимых явлений и фактов. Сопровождается нарушением логических связей, игнорированием фактических предпосылок и доказательств, нагромождением и смешением понятий.
12. Мышление персеверативное - на фоне общего резко выраженного затруднения ассоциативного процесса длительное преобладание одной какой-нибудь мысли, одного представления. Больной постоянно возвращается к уже сказанному. Правильный ответ на первый вопрос больной упорно повторяет и на ряд последующих вопросов иного содержания.
13. Мышление разорванное - характеризуется нарушением логических связей между отдельными ассоциациями, их скачкообразностью, соединением разнородных, не связанных общим смыслом мыслей, разрывом мыслей, употреблением неологизмов (новых, придуманных самим больным слов).
14. Резонерство - расстроенное мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, нередко малосодержательных или расплывчатых суждений на тему заданного вопроса или какую-либо общую тему, выбранную самим рассказчиком.
15. Мышление символическое – оперирующее образами и понятиями, имеющими иносказательное значение, часто совершенно непонятное для другого человека, но имеющее для самого больного определенный смысл.
16. Мышление скачкообразное – определяется постоянной сменой мыслительного процесса в связи с неустойчивостью внимания и изменчивостью установок.

1.13. Мышление соскальзывающее - отклонение начавшегося ассоциативного процесса с мыслями определенного содержания на побочные мысли, которые заменяют главные. Утрата логической связи может быть полной или частичной. Б последнем случае остается некоторая смысловая связь начального содержания мыслей с конечной ситуацией.

1. Неясное мышление (расплывчатое) - нецеленаправленное, неточное, но не сопровождающееся ускорением мышления.
2. Сужение объема мышления - крайне ограниченное содержание мышления, обеднение темы, сужение круга представлений, уменьшение подвижности мышления.

Примеры проявлений нарушений мышления в клинике.

1. Больного, страдающий тяжелой формой церебрального атеросклероза, спрашивают, где он находится. Больной отвечает:

* В больнице имени Соловьева.
* Сколько времени Вы здесь?
* Больница Соловьева.
* Ваша специальность до болезни?
* Больница Соловьева.
* Чем Вы сегодня занимались?
* Больница Соловьева.

В данном случае речь идет о наличии нарушений мышления в форме персеверации, больной упорно повторяет ответ на вопрос, заданный в начале беседы.

2. 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 сидищий, вдруг вскочил и кинулся к окну. На вопрос, почему он так поступил, ответил: «Вы же сами сказали: «Куй железо...» - значит, «беги, пока не поздно». Это один из вариантов символического мышления, при котором и речь других людей может восприниматься символически.

2. Навязчивые состояния (обсессия, навязчивость, ананказм) - непроизвольное, неудержимое и непреодолимое возникновение в сознании больного обычно неприятных и тягостных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, влечений, движений и действий, по отношению к которым сохраняется критическое отношение, понимание их болезненного характера и стремление им противостоять.

Термин «навязчивые идеи» предложен И.М. Бaлинским, во французской литературе ему соответствует термин «obsession», а в немецкой «zwangsvorstellungen». К. Ясперс (1913) предложил разделять навязчивые состояния на отвлеченные, не сопровождаемые измененным аффектом, и образные, при которых навязчивостям всегда сопутствует тягостный аффект тревоги и страха. Подобное разделение навязчивых состояний в значительной степени относительно. Определенная часть отвлеченных навязчивостей сопровождается явным аффективным компонентом.

2.1. Отвлеченные навязчивости - включают в себя болезненное (бесплодное) мудрствование (умственная жвачка), навязчивый счет, некоторые случаи навязчивых воспоминаний, разложение слов на слоги, в ряде случаев навязчивые действия.

А. Болезненное мудрствование – навязчивое состояние, при котором больным овладевает потребность решать вопросы о причиной зависимости явлений друг от друга. Это явление под названием «Yrubeljucht» (нем. транскрипция) впервые было описано Гризингером в 1868 году. Идеаторный компонент при болезненном мудрствовании имеет самое различное содержание: метафизическое («почему Земля круглая?», «где верх, а где низ Земли?» и т.д.), нравственное, правильности или неправильности своих поступков, религиозное. Подобными вопросами больные нередко доводят себя до изнурения. Часто при этом у них возникает тревожно-подавленное Настроение. Болезненное мудрствование нередко появляется и исчезает внезапно. Его содержание может быть однообразным, повторяясь как бы в форме «клише». У других больных в разные периоды расстройство может затрагивать самые необычные темы.

Б. Навязчивый счет (арифмомания) - навязчивой состояние, проявляющееся либо одним счетом, либо счетом со стремлением запомнить число каких-либо попадающихся на глаза больному предметов. Например, больной едет в автобусе и стремится успеть подсчитать число этажей в домах, встречающихся ему по пути. Счет может касаться самых различных предметов и явлений. Считают число пройденных шагов, встречающихся лиц, определенным образом одетых, проезжающие мимо автомобили, их номера и т.д. Нередко в уме производят самые различные счетные операции.

В. Навязчивые воспоминания - больные помимо желания стремятся припомнить какие-либо бывшие ранее незначительные жизненные события. Частой разновидностью навязчивых воспоминаний является ономатомания - навязчивое припоминание имен собственных, дат, названий предметов, редких или странных слов и т.д.

К отвлеченным навязчивостям относят разложение слов на слоги, составление фраз из слов, каждое из которых должно состоять из определенного числа слогов или букв. Отвлеченные навязчивости необходимо дифференцировать с ритуалами. В тех случаях, когда отвлеченные навязчивости сопровождаются определенным значением, ограждающим больного от неприятностей - речь идет о ритуале.

2.2 Образные навязчивости - крайне разнообразные расстройства на фоне тягостных аффективных переживаний.

А. По частоте первое место занимают навязчивые страхи - фобии. Фобия - страх, боязнь, опасение или тоскливое отвращение, возникающее по отношению к одушевленным или неодушевленным предметам, а также к ситуациям, собственному физическому или психическому состоянию, явлениям природы.

Описано большое количество фобий, некоторые из них приведены ниже.

Агорафобия - страх открытых пространств (улиц, площадей, поля, покрытой льдом водной поверхности). Таких больных часто приходится сопровождать близким при их нахождении вне помещения. В противном случае они часто самостоятельно не могут из них выйти.

Айхмофобия (оксифобия) - страх острых, режущих или рубящих предметов. В одних случаях боятся этих предметов вообще, но чаще имеется страх, что больные могут применить их против окружающих, самих себя.

Акрофобия (гипсофобия) - страх высоты, возникающий при нахождении больного на балконе, мосту, самолете.

Антропофобия (гомилофобия) - страх толпы - боязнь потерять сознание и быть задавленным массой людей.

Бациллофобия - страх загрязнения микробами.

Гаптефобия - страх прикосновения к больному окружающих людей. Обычно сопровождается страхом заражения или загрязнения.

Дисморфофобия - страх мнимого уродства, в частности, в связи с неправильным развитием частей тела (нос, подбородок, руки, фигура в целом и т.д.); нередко сопровождается предположениями, что окружающие могут заметить или замечают «существующие» физические недостатки, отклонения.

Канцерофобия - навязчивый страх заболевания злокачественными новообразованиями.

Кардиофобия - навязчивый страх умереть от сердечною заболевания.

Клаустрофобия - страх замкнутых помещении в связи с возможностью почувствовать себя здесь плохо или просто умереть.

Лиссофобия (маниофобия) - страх психического заболевания.

Мизофобия - страх загрязнения при прикосновении самого больного к окружающим и неодушевленным предметам.

Монофобия - страх оставаться одному.

Нозофобия - страх заболевания тяжелой болезнью, обычно ведущей к смертельному исходу.

Ономатофобия - страх услышать или произнести самому определенные слова.

Пантофобия - безотчетный страх всего окружающего. Больной боится всего - любой ситуации, любого предмета.

Петтофобия - страх упустить кишечные газы.

Сидеродромофобия - страх быстрой езды на транспорте в связи с ожиданием его крушения.

Сифилофобия - страх заболеть сифилисом.

Спидофобия - страх заразиться СПИДом.

Скоптофобия - страх показаться смешным окружающим людям.

Танатофобия - страх смерти вообще.

Тафеофобия - страх быть заживо погребенным.

Туберкулофобия - страх заразиться туберкулезом.

Трискайдекафобия - боязнь 13-го числа.

Фагофобия - страх поглотить пищу, из-за возможности ею подавиться.

Фобофобия - страх возникновения навязчивого страха - «страх страха».

Фонофобия - страх звуков и, в том числе, собственного голоса.

Эритрофобия (эрейтофобия) - страх покраснеть в присутствии посторонних лиц.

Всего описано около 350 видов фобий. Б. Навязчивые сомнения - отсутствие уверенности в правильности и законченности выполненных действий. Больной постоянно неуверен в том, что он сделал все так, как это необходимо. Если он совершил действие, которое нельзя проверить - опустил письмо в почтовый ящик, он будет долго думать о том, заклеил ли он конверт, наклеил ли марку, правильно ли написал адрес. Если действие можно проверить, больной будет делать это неоднократно — до изнурения. При навязчивых сомнениях практически всегда присутствует аффект тревоги и опасения, в ряде случаев возникает отчетливый страх.

В. Близки к навязчивым сомнениям и навязчивым страхам навязчивые опасения - невозможность совершить привычное, профессиональное, в том числе автоматическое действие: лектор боится забыть содержание хорошо знакомого материала; больной во время еды боится, что не сумеет проглотить пищу; водитель боится, что не сможет справиться с управлением автомобилем. В этих случаях иногда может действительно произойти нарушение произвольного или автоматизированного действия.

Г. Навязчивые влечения - желание совершить бессмысленное, опасное, непристойное действие, сопровождаемое тревогой или страхом. У человека, находящегося в общественном месте, возникает желание громко закричать; у матери - выколоть глаза своему ребенку; желание нанести самопорезы. Несмотря на всю свою интенсивность, навязчивые влечения почти никогда .не реализуются.

Д Навязчивые воспоминания - возникновение в сознании больного неотвязных, нередко образных мыслей, относящихся к какому-либо бывшему в действительности, нередко преувеличенному больным неприятному, порочащему или мучительному для него событию. Больной мучительно вспоминает, как он в молодости во время ссоры с матерью обругал ее, несмотря на то, что случившееся уже давно всеми забыто и не актуально, мысли об этом преследуют его. Е. Контрастные представления и хульные мысли - имеют своим содержанием темы, несовместимые с мировоззрением и этическими установками больного. Это обычно мысли, противоречащие убеждениям или вере (в том числе религиозной), ругательства преимущественно в адрес близких или чтимых людей, пожелания им всякого рода неприятностей и несчастий, скабрезных представлений о них.

Ж. Овладевающие представления - возникновение в сознании больного неправдоподобной или просто невероятной мысли, связанной с событием, происходившим в действительности. Например: У больного от пневмонии умерла жена. Через некоторое время у него возникла мысль, что его жену похоронили заживо. Больной ярко представил себе, как его жена задыхалась в гробу, кричала и взывала о помощи, а затем задохнулась. Эти мысли настолько мучили больного и преследовали его, что он неоднократно уходил на кладбище и пытался что-то услышать на могиле жены.

3. Навязчивые действия - непреодолимое стремление совершать определенные действия или движения. Существуют отвлеченные действия, близкие к отвлеченным навязчивостям, то есть они не сопровождаются отчетливым аффективным компонентом; например, совершение ненужных мимических движений (надувание щек, скашивание подбородка), навязчивое напевание мелодий, потирание рук, передергивание плечами. Усилием воли эти движения на короткий срок перебарывают, но затем они возникают снова. В других случаях навязчивые действия связаны с навязчивыми сомнениями: бесконечная проверка того, выключил ли больной газ, правильно ли закрыл замок.

К навязчивым действиям относят и ритуалы простые или сложные движения или действия, выполняемые против воли и вопреки разуму для предотвращения воображаемого несчастья или с целью его преодоления. Невыполненные ритуалы вызывают у больного тревожное состояние и усиление имеющейся навязчивости. Формы ритуалов очень разнообразны: не наступать на трещины на асфальте, читать номера машин, повороты туловища в ту или иную сторону и так далее. Ритуалами являются и различные защитные словесные выражения. В некоторых случаях ритуалы принимают такую сложность, что становятся своего рода церемониями, из-за которых больной зачастую почти ничем не может заниматься.

Клинический пример: Больная К., 32 года, преподаватель, по характеру впечатлительная, мнительная, капризная. Любит быть в центре внимания окружающих, в кругу друзей бывает веселой, считается «заводилой», но в семье раздражительна, неуживчива, ревнива. Заболевание началось вскоре после вторых родов, протекавших тяжело, с осложнениями. Уход за ребенком отнимал много сил. Поело ссоры с родственниками мужа расстроилась, плакала, с аффектацией говорила о своем нежелании жить. Одновременно возникла в голове мысль о том, что она больна раком. Ярко и образно представила у себя в животе опухоль, которая распространяется на внутренние органы, распадается, образуя язвы. Сама"испугалась этих мыслей, попыталась отогнать их, но они продолжали навязчиво преследовать больную, вызывая тревогу и страх. Обратилась к врачу-терапевту, который не нашел каких-либо заболеваний внутренних органов. На некоторое время успокоилась, но вскоре мысль о возможности гибели в тяжелых мучениях возникла вновь. На приеме у врача-психиатра волнуется, плачет, просит помочь ей, жалуется на навязчивые мысли о тяжелом заболевании, о смерти. Понимает безосновательность своих опасений, но не может избавиться от них. Боится «сойти с ума», на всю жизнь остаться в психиатрической больнице.

В данном клиническом примере отражена клиника навязчивых мыслей и представлений ипохондрического характера, имеется страх больной сойти с ума (лиссофобия). При этом у больной сохранена критика, она осознает болезненный характер своих переживаний.

3. Сверхценные идеи (доминирующие, превалирующие, фиксированные идеи) - мысли, суждения, возникающие на основе и под влиянием действительных обстоятельств, фактов, значение которых в сознании больного резко преувеличивается, вследствие чрезмерного эмоционального реагирования. Контраст между истинной ценностью факта и суждения о нем больного, им самим реалистически не осознается. Больные нередко развивают активную деятельность в связи с различными, имеющимися у них сверхценными идеями (сверхценные идеи ревности, изобретательства).

Термин предложен в 1892 году Вернике. Содержание сверхценных идей разнообразно. Наиболее часто встречаются идеи изобретательства, сутяжничества, реформаторства, супружеской неверности, ипохондрические сверхценные идеи, идеи, связанные с семейными и материальными потерями, с совершением неблаговидных поступков. Длительно существующие систематизированные сверхценные идеи способны повлечь за собой появление совершенно новых ценностных ориентации и установок личности сверхценное мировоззрение. Сверхценные идеи обычно сопровождаются стойкими изменениями настроения.

В случаях с выраженными сверхценными идеями дифференциальный диагноз с навязчивостями несложен. При сверхценных идеях «Я» больного всегда защищает их; при навязчивых явлениях «Я» больного всегда противоборствует расстройству. Дифференциапьный диагноз затрудняется или даже становится невозможным в тех случаях, когда сверхценные идеи редуцируются и лишаются своей аффективной насыщенности. При усложнении сверхценные идеи сменяются бредом.

Сверхценные идеи встречаются чаще всего в рамках реакций и патологического развития личности у лиц с психопатологическими чертами характера или психопатическим личностным складом. В ряде случаев сверхценные идеи возникают при мягко развивающихся эндогенных заболеваниях или на фоне ремиссий м остаточными психопатоподобными расстройствами.

Кличнический пример: Больной П , инженер. Жалуется ни неприятные ощущения (но не боли') в затылке, иногда чувстует. будто в голове у неге что-то «переливается». Из рассказа больного выяснилось, что первые признаки заболевания он заметил у себя два года назад. За этот период времени он обследовался у многих врачей, которые не находили у него заболевания или обнаруживали незначительные болезненные расстройства (легкие явления шейного остеохондроза). Неоднократно был на консультации у профессоров, ездил в Москву. Убежден, что у него какое-то тяжелое заболевание, нераспознанное врачами, возможно - опухоль мозга. Все возражения врача, ссылки на многочисленные отрицательные данные анализов, консультации высококвалифицированных специалистов тут же парирует, приводя выдержки из медицинских учебников и монографий с описанием картин заболеваний, «подобных» его болезни. Вспоминает также, что некоторые врачи, у которых больной консультировался, хотя и не ставили диагноз опухоли, но высказывались по этому поводу осторожно, будто бы что-то скрывая. Вспоминает многочисленные случаи, когда врачи не распознали своевременно тяжелое заболевание, а поставили диагноз болезни тогда, когда помочь больному было уже невозможно. Говорит обо всем этом возбужденно, перебивает врача, приводит все новые и новые подробности, касающиеся его «болезни». Разговор с больным занял более часа, несмотря на неоднократные деликатные замечания врача о том, что его ждут другие больные.

В данном примере прослеживаются признаки наличия сверхценных идей. Об этом говорит выраженная аффектация больного, крайне гипертрофированные опасения, которые первоначально вроде бы обоснованы наличием головных болей и другими незначительными проявлениями. Мысли о болезни овладевают всем существом больного. Внутренняя убежденность в справедливости своих опасений не позволяет больному правильно оценить действительные факты, противоречащие его идее.

4. Бредовые идеи (бред) - ложное, ошибочное суждение (умозаключение), возникающее на болезненной основе, не соответствующее действительности, полностью овладевающее сознанием больного, не поддающиеся коррекции, меняющее личность больного, имеющее тенденцию к прогрессированию. Основными признаками бреда по К. Ясперсу (1913 г.) являются:

1. Субъективная убежденность больного в правильности своих умозаключений;
2. Невозможность коррекции бреда с помощью опыта и вытекающих из него выводов;
3. Несоответствие субъективных убеждений и объективной реальности.

Бред наряду с галлюцинациями считается несомненным признаком психического расстройства, его выраженной степени - психоза. Бред может занимать доминирующее положение в клинической картине, в других случаях он представляет лишь компонент психопатологических состояний, наряду с другими симптомами.

Первоначально, на протяжении второй половины XIX века, бред классифицировался исключительно по содержанию. Первыми выделенными формами бреда стали - бред преследования, бред величия и депрессивный бред. Одновременно шло выделение многочисленных разновидностей этих трех основных форм. Известно большое количество форм бреда по содержанию: преследования, отношения, физического воздействия, ущерба, ревности, величия, изобретательства, реформаторства, открытий, сутяжный (кверулянтский), любовный (эротический), высокого происхождения, ипохондрический, одержимости, дисморфоманический, религиозный, самообвинения, самоуничтожения, громадности, отрицания, нигилистический, метаморфозы, интерметаморфозы, брод чужих родителей, отравления. Содержание бреда играет определенную диагностическую роль, так, например, бред ущерба или «малого размаха» при старческих психозах, дисморфофобический бред или бред чужих родителей при дебюте эндогенного заболевания в раннем возрасте. Но классификация бреда по содержанию не является исчерпывающей, не полностью раскрывает все особенности бредовой симптоматики.

С начала текущего столетия, наряду с подразделением бреда по его содержанию, возникает тенденция выделения отдельных форм бреда, основанная на предполагаемых психологических механизмах его развития. Немецкие психиатры вслед за К. Ясперсом выделяют две основные формы бреда - бред первичный и бред вторичный.

Основу первичного бреда по К. Ясперсу составляют:

1. Бредовое восприятие - переосмысление значения воспринимаемого; оно приобретает новый смысл и представляется непонятным, загадочным, внушающим чувство тревоги и страха; его всегда сопровождает сознание особого значения воспринимаемого.
2. Бредовое представление - внезапное появление необычной мысли, своего рода наитие, озарение, придающее жизненным воспоминаниям новое значение, которое влечет за собой переосмысление смысла прежней жизни.
3. Бредовое сознание - интуитивное убеждение в постижении смысла и истинности фактов, которым нет обоснования.

К первичному бреду относят также бредовое настроение - жуткое, беспредметное предчувствие надвигающейся катастрофы, сопровождаемое тревогой или страхом, тоской, ощущением своей измененности.

Вторичный бред по Ясперсу отличается от первичного «понятностью» своего возникновения — «производностью» от других психопатологических феноменов — галлюцинаций, аффекта, психического автоматизма, помрачения сознания. Основу первичного бреда составляет нарушение абстрактного познания - «расстраивание отражения каузальных, причинных связей» (по А. В. Снежневскому), основу вторичного - нарушения чувственного познания, возникающего в результате галлюцинаций, расстройства, аффекта, помрачения сознания.

4.1 Первичный бред (толкования, интерпретативный, «интеллектуальная мономания») - бред, отправной точкой которого служат факты и события внешнего мира или внутренние ощущения. Он нередко в начале заболевания возникает спонтанно и является единственным признаком психического расстройства. При первичном бреде нарушается преимущественно рациональное, логическое познание - отражение внутренних связей действительности, а чувственное познание относительно не страдает. Непосредственное отражение явлений, предметов реального мира и их внешних связей при этой форме бреда не нарушается. Искаженное суждение последовательно подкреплено цепью доказательств, имеющих субъективную логику, свою систему. Посылки, суждения, обоснования, выводы разработаны с мельчайшими подробностями. Для подкрепления бреда приводится множество фактов, которые толкуются исключительно предвзято и односторонне. Извращенно освещаются и многие прошлые события (бредовая интерпретация прошлого). Все, что противоречит бредовой концепции, отбрасывается как не имеющее никакого значения или как ошибочный аргумент противника.

Эта форма бреда отличается стойкостью и прогрессированием. Происходит непрерывная внутренняя работа над содержанием бреда. Бредовые идеи развиваются и систематизируются, становятся постоянным воззрением. При этом бреде больные долго сохраняют трудоспособность и в ситуации, не относящейся к содержанию бреда, их поведение правильно. Возникновение первичного бреда всегда сопровождается патологическим изменением всего психического склада больного. При этом виде бреда «наступает глубокое потрясение всей психической индивидуальности» (Гризингер, 1872). Содержание первичного бреда разнообразно.

Во многих случаях первичный бред представляет собой хроническое расстройство. В этом случае его развитие происходит исподволь малозаметно, носит «ползучий» характер. Дополнительные вредности, например, психическая травма, могут создать впечатление, что такой бред появляется достаточно остро и развивается в сжатые сроки. Как правило, речь идет об экзацербации подспудно существовавшего расстройства. Раз начавшись, хронический первичный бред способен затем сохраняться на протяжении всей жизни больного. Условно в развитии такого первичного бреда выделяют следующие периоды:

1. инкубации;
2. кристаллизации;
3. стереотипизации;
4. терминальный период.

4.2 Вторичный бред (чувственный, образный) - возникает при наличии других психических расстройств (галлюцинаций, психического автоматизма, помрачения сознания, измененного аффекта), существующих то изолированно, то в различном сочетании друг с другом. Интенсивность вторичного бреда во многом коррелирует со степенью выраженности психических нарушений, на фоне которых он возникает. Чувственный бред носит наглядно-образный характер. Здесь не обнаруживается последовательной системы доказательств, обоснований, логики. В содержании бреда преобладают образные представления, чувственность. Он преимущественно наглядный, с преобладанием воображения, фантазии, грез. Бредовые представления возникают лишь с некоторой, довольно относительной последовательностью, чаще они крайне фрагментарны, в них много неясного, непоследовательного. В отличие от первичного бреда здесь нет активной работы над содержанием бреда, преобладает интеллектуальная пассивность, свойственная грезам. Чувственный бред часто сопровождается растерянностью, напряженной тревогой, и в поступках больного нередко преобладают внезапность и непроизвольность. Содержание образного бреда может быть то приближено к реальным событиям, то совершенно фантастическое. Условно можно разделить вторичный бред на три формы:

1. Чувственный бред.
2. Галлюцинаторный бред.
3. Аффективный (голотимный) бред.

4.2.1 Чувственный бред - форма вторичного бреда, развивающегося в рамках большого синдрома в связи с тем, что ему сопутствуют аффективные, сенсорные, двигательные расстройства, а также нередко и помрачение сознания. При чувственном бреде существует иллюзорное восприятие окружающего. Бред бессистемен, содержание его крайне не последовательно, часто определяется противоположными по содержанию бредовыми идеями. Чувственный бред существует как данность. При нем отсутствуют основания, доводы, логические построения. Сознание больного заполнено непроизвольно возникающими образными представлениями. В поступках больных обычно наблюдается импульсивность, часто резко выраженная. Сознание больных обычно остается непомраченным (если бред изначально не возник на фоне его помрачения), но из-за постоянного видоизменения бредовых представлений и наличия других психопатических расстройств оно калейдоскопически меняется, на отдельные моменты больные как бы переносятся в иную, созданную патологическими переживаниями обстановку. Из разнообразных аффективных расстройств, постоянно сопутствующих чувственному бреду, наиболее частой и выраженной является напряженная тревога или страх, реже - восторженность, доходящая до степени экстаза.

Разновидностями чувственного бреда являются: бред инсценировки, бред значения, бред интерметаморфозы. При бреде инсценировки больные говорят, что все вокруг подстроено, их разыгрывают с какой-то целью, происходит игра, представление, киносъемка; окружающие люди не те, за кого себя выдают, все поступки окружающих имеют какое-то отношение к больному. Бред значения, который часто усложняет бред инсценировки, заключается в том, что окружающее частично или целиком принимает символическое значение (черный цвет означает скорую смерть больного и т.д.). За бредом значения может развиться бред интерметаморфозы, при котором окружающая обстановка, люди, отдельные предметы, подвергаются изменениям, перевоплощениям, принимая новый, несвойственный им ранее облик. Одной из разновидностей чувственного бреда является антагонистический (манихейский) бред -больной становится центром борьбы двух противоположных начал в масштабах, достигающих государства или даже всего мира. При этом больной может остаться обыкновенным человеком, но нередко у него возникают идеи своей исключительности в духовной и физической сферах - бред величия.

4.2.2 Галлюцинаторный бред - развивается на фоне стойких и интенсивных- галлюцинаций, т.е. при возникновении галлюцинозов. Наиболее развернутые картины галлюцинаторного бреда возникают при вербальном галлюцинозе, в меньшей степени - при зрительном и тактильном галлюцинозах. Моделью галлюцинаторного бреда является бред, возникающий на фоне сценоподобного вербального галлюциноза экзогенно-органического генеза (алкоголизм, сосудистые, травматические заболевания головного мозга). Бред в этих случаях развивается параллельно галлюцинозу и достигает своей наибольшей выраженности на высоте последнего. Источником бреда является содержание галлюцинаторных расстройств. Особенность бредовых высказываний - образность и наглядность. Содержание бреда может быть параноидным, депрессивным, изредка фантастически-мегаломаническим. Во всех случаях острого развития галлюцинаторного бреда ему сопутствуют аффективные нарушения, преимущественно в форме депрессии, тревоги и страха, а также двигательные расстройства различной степени (возбуждение, заторможенность).4.2.3. Аффективный бред - вторичный бред, возникающий на фоне патологически измененного настроения и своим содержанием отражающий доминирующий аффект. В зависимости от особенностей эмоциональных расстройств выделяют депрессивный и экспансивный бред.

А. Депрессивный бред - возникает на фоне тоскливого или тоскливо-тревожного аффекта. Депрессивный бред - это бред несчастья. Его содержание - разорение, обреченность на страдания, смерть, различные формы наказания, вплоть до самых тяжелых и позорных. Несчастья больного существуют не только в настоящем, но почти всегда распространяются на будущее. Наиболее частыми формами депрессивного бреда являются бред самоуничижения, самообвинения, недостойности, разорения. Одна из форм депрессивного бреда - бред Котара - несчастье не имеет предела ни во времени, ни в пространстве, оно безгранично.

Еще одна форма - бред осуждения - в этом случае больной одновременно и источник несчастий, и жертва несправедливости других людей. Депрессивный бред обычно беден содержанием, монотонен и однообразен; это мало систематизированный, хотя иногда и последовательно излагаемый бред.

Б. Экспансивный бред - возникает на фоне повышенного, обычно маниакального аффекта. Бред проявляется идеями величия (мегаломания), которые распространяются на личность больного его социальное положение и материальное благосостояние. Почти всегда экспансивный бред является альтруистическим бредом; больной не только выдающееся лицо, обладает богатством, имеет неограниченные возможности и т.д., но и лицо, желающее сделать счастливыми окружающих - близких, знакомых, сограждан и др. Систематизация экспансивного бреда или отсутствует, или выражена слабо, в общих чертах. Часто бред образен, чувственно нагляден, порою сказочен и напоминает грезы наяву. Во многих случаях высказывания больных отличаются противоречивостью. Отмечается бредовое поведение.

Клинический пример: Больной К., 35 лет, переводчик, долгие годы специализировался в области технических переводов, с течением времени пришел к убеждению, «что все это ерунда», что «техника не будет совершенной до тех пор, пока не будет совершенной человеческая порода», стал разрабатывать научную основу этого усовершенствования. Занимался этим несколько лет, настойчиво посещал ученых - медиков и биологов, предлагая им «претворить его открытия в жизнь». Всюду ходил с толстой папкой, полной справок, вырезок из газет и журналов, главным образом популярных. Предлагал создать такой научно-исследовательский институт, «где бы все сотрудники вели эксперименты на себе», и «путем перекрестного скрещивания добивались получения наилучшего потомства». Признаков слабоумия не обнаруживал, с собеседниками был вежлив и корректен, но никаким разубеждениям не поддавался и был непоколебимо убежден в своей правоте. Несогласие с ним ученых объяснял тем, что «все это слишком ново», и «не всем дано смотреть далеко вперед», затем заявил, что «завистники ему мешают».

В данном случае у больного имеются признаки систематизированного первичного бреда, о чем говорит болезненная убежденность больного, отсутствие критики, невозможность коррекции, наличие определенной, «кривой» логики, систематизация бредовых идей, наличие идей изобретательства.

Клинический пример: Больному 48 лет. Много лет наблюдается психиатром. По своей инициативе обратился о поликлинику к врачу-терапевту. Охотно вступает в беседу, подробно делится своими переживаниями. Подавлен, тосклив. Жалуется на упадок сил, «обессиливание», подчеркивает, что болен раком, тщательно аргументирует свою точку зрения на болезнь, пессимистически оценивает перспективу. Заявляет, что легкие «уже атрофированы», «желудок разрушился», печень и почки не функционируют. Высказывает суицидальные мысли. Раздражается, если в беседе у врача проявляется намек на необоснованность его жалоб. Объективно - данные соматического и неврологического обследования в пределах возрастной нормы, данных за какую-либо серьезную патологию нет.

В клинической картине есть признаки патологической убежденности больного в том, что он серьезно болен, стеничность, проявления агрессии к врачу в ответ на его коррекцию; учитывая, что это отмечается на фоне снижения настроения вплоть до суицидальных мыслей и есть элементы синдрома Котара (нигилистического характера) можно сказать, что мы имеем дело с примером вторичного депрессивно-ипохондрического бреда.

Клинический пример: Больному 50 лет. Много лот наблюдается психиатром по месту жительства по поводу шизофрении. Легко вступает в беседу. Словоохотлив, многоречив. Фон настроения повышен. Заявляет, что ему 800 лет, что он бессмертен, что обладает способностью «дарить людям молодость, бессмертие». Подчеркивает, что он академик «всей академии», что им «написаны все медицинские учебники», «все книги и оперы». В беседе обращает внимание врача на свое знатное, «королевское» происхождение, особенно охотно рассказывает о своих несметных богатствах, о дворцах, построенных из чистого золота, многочисленных орденах за заслуги перед человечеством. Себя больным не считает. На попытки врача корригировать его с улыбкой говорит, что врач ошибается и ничего не понимает в людях, «наделенных особой одаренностью». Слышит «голоса» с других миров, подтверждающих его исключительную одаренность.

В данном примере мы видим присутствие бредовых идей величия во всей полноте проявления, отсутствие четкой систематизации, наличие псевдогаллюцинаций, благодушно-эйфорического фона настроения. Все это указывает на наличие вторичного экспансивного бреда в рамках парафренного синдрома.

4.3 Психогенный бред (бред реактивный) - возникает как реакция на некоторые виды острых или длительно существующих психических 'травм. Наряду с психической травмой в генезе этого бреда принимают участие соматический и конституциональный факторы. По особенностям психопатологической структуры психогенный бред обычно проявляется расстройствами, свойственными вторичному бреду. Существует несколько форм психогенного бреда.

А. Параноид внешней обстановки (С. Г. Жислин, 1940) был первоначально описан у лиц, в условиях переезда по железной дороге. Поэтому сам параноид еще носит название «железнодорожною» параноида. В клинике отмечается острый чувственный бред преследования, острым аффект страха, нелепое поведение, импульсисное возбуждение, на высоте развития затемнение сознания. Это, как правило, кратковременное состояние, проходящее через 1-2 дня.

Разновидностью параноида внешней обстановки являются бред в иноязычном окружении и бред тугоухих. Психотравмирующая ситуация проявляется здесь прежде всего в форме психической изолированности. Возникает неразвернутый чувственный бред, сопровождаемый отдельными вербальными галлюцинациями.

Б. «Тюремные» параноиды - возникают в ситуации следственных действий, пребывания в тюрьме, выражаются остро возникающими бредовыми идеями отношения и преследования, в ряде случаев сопровождаемые вербальными иллюзиями игаллюцинациями, содержание которых отражает пережитое больным (арест, пребывание в тюрьме).

В. Индуцированный бред - разновидность псигенного бреда, при котором бред психически больного человека «передается» лицам, являющимся до того психически здоровыми. Чаще всего больной индуктор страдает первичным бредом (интерпретативным бредом, бредом притязания, бредом воображения), изредка - психогенным бредом и очень редко аффективным (депрессивным) бредом. По содержанию индуцированный бред чаще всего бывает бредом ущерба, отравления, супружеской неверности, преследования, реформаторства, сутяжничества, изобретательства. Бред индуцированных менее систематизирован, беднее.

4.4 Резидуальный бред - эта форма бреда не имеет в психиатрии однозначного толкования. В повседневной практике термином «резидуальный бред» обозначают бредовые идеи, еще оставшиеся у больного после того, как основная часть бредовых расстройств подверглась редукции, т.е. подразумевается неполностью исчезнувший бред. Обычно такой бред колеблется в своей интенсивности и сочетается с легкими аффективными нарушениями; реже такой бред остается в форме моносимптома, не меняющегося в своей интенсивности и содержании. В других случаях термин «резидуальный бред» используется для обозначения тех бредовых расстройств, которые остаются у больного после того, как у него проходит психоз, основой которого является состояние помраченного сознания, не сопровождаемое полной амнезией: делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания.

Пример: Больной, перенесший делирий, в котором содержанием зрительных галлюцинаций были сцены измены жены, по выходу из психоза остался в твердом убеждении, что жена ему изменяла (резидуальный бред супружеской измены).

Виды бреда в зависимости от его структуры

Паранойяльный бред - для которого характерны первичность появления, интерпретация в бреда фактов окружающей действительности, наличие системы доказательств, привлекаемых для обоснования бредовых идей Например: бред изобретательства.

Параноидный бред - отмечается зависимость от нарушения восприятия и от аффекта (тревога, страх), отсутствие логики, системы; острый чувственный бред. Например: бред интерметаморфозы, двойника.

Парафрениый брод - преобладают идеи величия, они характеризуются гротескностью, нелепостью, бредовые утверждения высказываются без доказательства, наблюдаются либо повышенное, либо благодушное настроение.

ВЫЯВЛЕНИЕ РАССТРОЙСТВ МЫШЛЕНИЯ В ХОДЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Общие вопросы

1. Не бывает ли у Вас состояния, при котором трудно справиться с потоком мыслей?
2. Не ощущаете ли Вы внезапно возникшей пустоты в голове, провала, закупорки мыслей?
3. Не ощущаете ли Вы затруднение в ходе мышления, трудности с концентрацией, снижение продуктивности мышления?

Расстройства мышления по продуктивности:

а) навязчивые явления

1. Беспокоят ли Вас неприятные (навязчивые) мысли или побуждения?
2. Бывают ли у Вас мысли о том, что Вы можете сказать или сделать что-то против своей воли, ударить кого-нибудь, выкрикнуть какую-нибудь непристойность?
3. Есть ли у Вас воспоминания или сны, от которых Вы хотите, но не можете отделаться?
4. Есть ли подобные мысли или черты поведения?
5. Чего или кого вы боитесь (избегаете)?
6. Боитесь ли Вы темноты, высоты, полетов на самолете, толпы, открытых пространств, небольших ограниченных пространств, острых предметов, смерти, тяжелого заболевания, одиночества или чего-либо другого?
7. Не возникает ли у Вас сомнений в правильности и законченности совершенных действий?

6) элементы бредовых идей

1. Не кажется ли Вам, что за Вами следят? Что Вас преследуют?
2. Не чувствуете ли Вы, что Ваша жизнь в опасности, что имеется заговор против Вас?
3. Есть ли у Вас чувство, что на Вас как-то воздействуют? Кто? С какой целью?
4. Не думаете ли Вы, что Вас хотят отравить, ограбить, завладеть Вашей квартирой?
5. Не подозреваете ли Вы вашего мужа (жену) в измене?
6. Вы считаете себя необычным человеком?
7. Не обладаете ли Вы необычными способностями (огромной властью, могуществом, бессмертием, большим богатством, большими научными открытиями)?
8. Вы обвиняете себя или окружающих в чем-либо?
9. Есть ли у Вас физические недостатки (телесные уродства), бросающиеся в глаза окружающим?
10. Не думаете ли Вы, что больны неизлечимой болезнью?
11. Нет ли у Вас ощущения, что все происходящее вокруг Вас кем-то подстроено? Что Вы постоянно находитесь в центре внимания окружающих? Что окружающие знают о Ваших недостатках? Что Ваши родственники - чужие люди, подделывающиеся под Ваших родных? Нет ли у Вас ощущения, что Вы превращаетесь в другое существо, в других людей?

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие виды нарушений мышления Вы знаете?
2. Назовите нарушения мышления по темпу.
3. Что такое шперрунг?
4. Дайте определение ментизму.
5. Дайте определение инкогеррентному мышлению, паралогичному мышлению
6. Кем был предложен термин «навязчивая идея»?
7. Перечислите отвлеченные навязчивости.
8. Дайте определение фобии, перечислите известные Вам фобии.
9. Что называют сверхценными идеями?
10. Дайте определение бреда.
11. Перечислите признаки бреда по К. Ясперса.
12. В чем заключается различие между первичным и вторичным бредом?
13. Какие формы вторичного бреда Вы знаете?
14. Что понимают под бредом инсценировки?
15. Какие разновидности бреда по содержанию Вы знаете?