

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
Меркуриевский Университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
министрства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии
с курсом ПО

Реферат

Тема: «Гебелсовское мышление»

Выполнил:

Ординарел специальност
психиатрии Лыбнев О.С.

Проверила:

Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2013

Ангулоноз

Нарушение подобного рода является не только распространенной болезнью, но одной из самых злокачественных, даже среди других видов мизантропии. Умение своевременно диагностировать геберрентную мизантропию позволяет врачу - психиатру начать лечение раньше и, возможно, серьезно снизить количество осложнений и избежать рисков, с ними связанных.

История возникновения термина

Впервые была описана в 1871 г. Эвальдом Геккером, и имеет следующий вид: "возникновение в период наступления половой зрелости... быстрого исхода в состояние психической слабости и особой формы конечной тупости, признаки которой можно было бы узнать на первых стадиях заболевания."

В 1893 г. Эмиль Крепелин соотнес "геберрентную паранфию" Геккера и "депенсе рессе" Бюшета Мерена. В 1898 г. на Гейдельбергском конгрессе д. ргаекох была определена Крепелином как группа из трех этических групп - в катаронической, иррациональной и геберрентической формах.

Это личностное р-во было
названо в честь английской
бегущей женщины Беба.

Общие черты. Диагностика

Для больных характерна зациклен-
ность, как правило, такие люди
один раз в жизни сходят.

Начало заболевания приходится
на 15 - 25 лет. Заболевание
характеризуется дурацкими
идеями, неадекватностью поведения,
завоевательными намерениями.
Первоначально введении
преступают через матерность
или брутальности, кокетство
похоти. Как и при
других формах шизофрении
печет вневременное бредовое или
галлюцинации.

Больной из доброжелательного состояния
способен мгновенно озлобиться,
совершить импульсивное агрессивное
действие. Больной может ради
малого осканить врача или констатир-
овать законы.

От обычного инфантилизма
отличается первичным и персистирующим
ведением и обоснованностью
поступков.

Аффект неустойчив, характерно
хитрование, самоубольство, гримасы,
плач и шлохоты. Бред и галлюци-
нация не доминируют.
Шизофренический дефенс неустойчив
достаточно быстро. Ирациональное
поведение, усиливает аффект.

Для постановки диагноза
важна наблюдательность врача или
несколько специфичных признаков:

1. Эхо мыслей, воспроизведение или отнесение мыслей другим людям, или же открытость собственных мыслей окружающим.
2. Бред сновидений - "моя рука кто-то управляет..." и не имея этого, кто-то вмешивается в мое дело.
3. Сухие галлюцинации, "голоса" компенсирующего, оурающего или же императивного характера.
4. Чуждое или бредовое содержание, неясное, неясное или неясное, грустное по своему содержанию.

При отсутствии "беспокойных" симптомов возможна диагностика, основанная на флух "малых" симптомов.

1. Стойкие галлюцинации любого вида, имеющие место ежедневно на протяжении жизни и сопровождающиеся бредом без адекватного содержания.
2. Неполноценные и интермиттентные.
3. Катастрофическая симптоматика - возбуждение, застой, всеобщая паника, немотивизм, мотизм, суицид.
4. Негативная симптоматика, не обусловленная депрессией или фармакологией.
5. Апатия или абulia.

Каждый из этих симптомов должен наблюдаться у пациента не менее 10 дней.

Диагноз мизантропии не выставляется при наличии других заболеваний, способных изменить поведение человека: маниакального или депрессивного эпизода, при алкогольной или наркотической интоксикации или при синдроме отмены; при эпилепсии, других болезнях мозга или других психических расстройствах. При наличии вышеупомянутых заболеваний, нужно проводить дифференциальную диагностику. Эти общие критерии должны быть выполнены во всех случаях расстройства настроения. Видно упомянуто, что первый критерий вне депрессивного эпизода относится лишь к простой мизантропии, при этом

данный критерий должен наблюдаться не менее года.

Согласно МКБ-10, гебешенное мизантропие ставится при наличии обычно критериев мизантропии, а как минимум одного из следующих признаков

1. Отчетливое и продолжительное поверхностное или уплощенное аффекто.
2. Отчетливое и стойкое эгоцентрическое неадекватность.
3. Нецензурное поведение, грубость, несобранность.
4. Отчетливое расстройство личности, проявляющееся в разорванной или бессвязной речи.

Дифференциальная диагностика

исключаются фенилуксия и органические поражения головного мозга. Важно обратить внимание, что при болезни Пика и Гендин-тона манифестация в редких случаях может достигать 20 лет, изменение отчетливо видно на МРТ-ГМ.

Лечение

Лечение сходно с лечением прочих видов миэофрении.

Применяются нейролептические средства (аминазин, галоперидол, оланзапин, рисперидон), транквилизаторы (гидробазин).

В случае резистентности к препарату проводят инсулин-коматозную терапию.

Часто встречается герпес герпетический в сочетании с хореоатрофическим при нервно-мышечном заболевании.

В качестве поддерживающей терапии применяются инъекции или таблетированные формы пропранолола, нейролептиков вместе с препаратами пищи.

Даже с таким риском тухления в обучении по специальной программе.

Гидроцефалический синдром

Чаще всего наблюдается у больных геб. миэофр., но встречается и у му, страдающих эпилепсией; при реактивных психозах, интоксикационного или органического характера.

применяю геод. синдромы

- Гипотезы;
- Непродуктивные эйфория;
- немотивированное действие,
- не являющиеся интуитивными,
- не обусловленными психол. мотивами.

Заключение

Геодермические синдромы представляют собой серьезное психическое расстройство, которое сильно влияет на качество жизни пациентов. Несмотря на множество схожих признаков, каждый пациент нуждается в персональном подходе. Знание о этом заболевании важно для понимания процессов и влияния его на пациентов и его близких, а также для оказания помощи.

Список литературы:

1. Синдромы. Практическое руководство для врачей - А. Косов, 2019 г.
2. Клин. психиатрия. Современное руководство к диагностике и лечению. - Глузман. И.; С.А. Баранова, 2018 г.
3. Нейробиология синдрома, - С.В. Мерлозев; И.Г. Суров, 2019 г.
4. Психопатология и клиническая психиатрия. Е.В. Смирнова, И.А. Козлов, 2020 г.
5. Синдромы: современное состояние диагностики и лечения. И.А. Иванова, А.В. Петров, 2021 г.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом по
(наименование кафедры)

Рецензия зав. каф. д.м.н. Березовский Марина Альбертовна.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности психиатрия
Митволь Игорь Сергеевич
(ФИО ординатора)

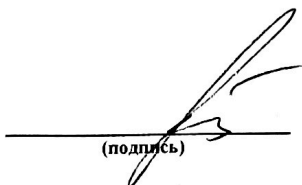
Тема реферата Геберленовские изобретения

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)	5/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	3 / уровень удовлетворения

Дата: «25» 10 2023 год

Подпись рецензента


(подпись)

Березовский М. А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)

Митволь И.С.
(ФИО ординатора)