

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

РЕФЕРАТ

«Патология мышления»

Выполнила: ординатор Лукьянова

Валерия Сергеевна

Проверила: д.м.н. Доцент Березовская

Марина Альбертовна

Красноярск, 2024

Оглавление

| | |
|--------------------------|----|
| Актуальность | 3 |
| Определение понятия..... | 4 |
| Нарушения мышления | 5 |
| Бредовые идеи..... | 9 |
| Вывод..... | 17 |
| Список литературы..... | 18 |

Определение понятия

Мышление — надчувственная форма отражения объективной реальности в виде целенаправленного, опосредованного и обобщенного познания связей и отношений вещей. Мышление возникает в процессе общественно-производственной деятельности и протекает преимущественно в форме понятий и категорий, в которых закреплён и обобщён социально-исторический опыт человечества. Опираясь на чувственное познание, мышление преобразует его, позволяя получить знания о таких свойствах и отношениях объектов, которые недоступны ощущению и восприятию. Тем самым оно неизмеримо расширяет познавательные возможности человека, повышает его интеллект, позволяя проникать в закономерности природы, общества и самого мышления.

Конкретные психологические исследования показали, что процесс мышления осуществляется в виде определенных действий или операций. Этими операциями являются анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстрагирование и конкретизация.

- Анализ — мысленное расчленение предмета, явления, ситуации на отдельные составляющие его элементы, части, стороны. Так, целостная клиническая структура заболевания расчленяется на синдромы и еще более мелкие единицы — симптомы.
- Сравнение — сопоставление объектов по выявленным в ходе анализа признакам и свойствам. В процессе сравнения устанавливается тождество или различие объектов. Сравнивая двух пациентов с одинаковым заболеванием, находят общепатологические, нозологические, а также индивидуальные проявления болезни.
- Абстрагирование — выделение одной или нескольких сторон явления, существенных в каком-нибудь отношении и отвлечение от всех остальных. Можно сосредоточить, например, внимание на клинических признаках, характеризующих течение заболевания, отвлекаясь от всех прочих.
- Обобщение — операция, выявляющая признаки, общие для множества объектов или явлений, на основе которых возможно их группирование. Любая классификация строится при помощи обобщающих умственных действий.
- Синтез — операция, результатом которой является полное и целостное знание предмета или явления. Высшей формой синтеза в клинической практике является диагноз больного.
- Конкретизация — рассмотрение данного конкретного явления в контексте общих закономерностей, выявление наиболее существенных свойств и связей с другими

объектами и явлениями. Можно, скажем, неплохо разбираться в теоретических аспектах психопатологии, но при этом испытывать трудности в выявлении и оценке психических отклонений у конкретного пациента, особенно если клинический опыт невелик.

Процесс мыслительной деятельности совершается в понятиях, суждениях и умозаклчениях. Понятие представляет собой отражение в сознании существенных свойств предметов и явлений. Принято различать конкретные, абстрактные, собирательные и общие понятия.

Конкретные понятия определяются малым числом наглядных признаков объекта. В отвлеченных или абстрактных понятиях отражаются сущностные, недоступные непосредственному или чувственному познанию свойства, качества предметов и явлений. При образовании абстрактных понятий происходит как бы распад индивидуальных, конкретных понятий с отщеплением от них однозначных элементов, которые образуют затем новые единства.

Суждением называется высказывание, в котором содержится утверждение относительно какого-нибудь объекта. В суждении констатируется факт отсутствия или наличия у данного объекта определенного признака. Умозаклчение представляет собой логический вывод, вытекающий из имеющегося знания.

Нарушения мышления

Ускорение мышления (тахифрения). Характеризуется облегченным возникновением и быстрой сменой мыслей, воспоминаний, представлений, увеличением их общего числа в единицу времени. Субъективно переживается как интеллектуальный подъем, обострение воображения, особая ясность мыслей. Одновременно с этим часто наблюдается ускоренная, громкая речь, повышенная говорливость. Похоже, больные утрачивают способность думать про себя, преобладают внешние формы речевой активности. Речь все более приближается к монологу.

При легком ускорении течения ассоциаций может возрастать творческая активность и интеллектуальная продуктивность в целом. По мере дальнейшего нарастания темпа мышления качество умственной деятельности ухудшается. Внимание становится поверхностным, отвлекаемым. Вначале преобладает «внутренняя» отвлекаемость в виде увеличения числа побочных ассоциаций и воспоминаний, затем все более заметной становится «внешняя» отвлекаемость, при которой внимание легко отклоняется случайно

оказавшимися в поле зрения объектами. Преобладают образные представления над абстрактными идеями. Логические отношения подменяются ситуативными, а также механическими ассоциациями по сходству, смежности, контрасту. В выраженных случаях ускорения мышление приобретает характер «скачки идей» — галопирующий поток мыслей становится совершенно неуправляемым. Собственно, пациенты уже «не думают», мысли возникают спонтанно, сами по себе. Речь отстает от хода мыслей, высказывания неполны, отрывочны, успевают произноситься далеко не все, о чем были мысли. На высоте болезненного состояния мышление и речь становятся бессвязными, отвлекаемость внимания достигает степени гиперметаморфоза. Ускорение мышления наблюдается при маниакальных состояниях, во время эпизодов психического возбуждения, в начальных стадиях алкогольного и наркотического опьянения. Ускоренное течение ассоциацией может маскировать другие более тонкие нарушения мышления.

Заторможенность мышления (брадифрения). Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудостью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают много вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство отупения, торможения, неясности в голове, ощущение преграды, пустоты, обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразие суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Заторможение мышления наблюдается при депрессии.

Тугоподвижность мышления (торпидность, вязкость). Замедление темпа мыслительных процессов в виде затруднений в переходе от одной мысли к другой или с одной темы на другую, повторяемости, топтании на месте, вследствие длительной фиксации предшествующих ассоциаций, их инертности, прилипчивости. Торпидными становятся также речь, и действия. Обычно сопровождается снижением уровня мышления, обеднением речи (олигофазия, упрощение или громоздкость грамматических структур, обилие неточностей, а также слов, не несущих смысловой нагрузки).

Закупорка мышления (шперрунг) — эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается

«пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Приостанавливается не только мышление, нарушается также способность представлять, реагировать и действовать.

Обрыв мысли. Состояние, напоминающее шперрунг. Переживается как беспричинное внезапное исчезновение нужной мысли, потеря нити рассуждений, забывается, о чем хотелось сказать и что было сказано перед этим. Способность мыслить, реагировать, действовать при этом не утрачивается. Потерянная мысль может вернуться сразу же, но иногда ее не бывает часами, сутками, после чего она столь же неожиданно появляется в сознании.

Ментизм. Непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания. Ментизм проявляется вторжениями отдельных странных мыслей, непродолжительными эпизодами насильственного мышления, может длиться неопределенно долго.

Речевые итерации (стереотипии, словесные тики) выражаются произвольным, часто многократным повторением слов или фраз, произнесенными как самим больным, так и окружающими. Повторение бывает спонтанным или выявляется в ответах на вопросы.

К речевым итерациям относятся палилалия, вербигерация, персеверации, возвращающиеся выражения, эхолалия, а также письменные ее варианты — палиграфия и эхография (Критчли, 1974).

Разорванность мышления. Характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения. Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. Наряду с монологами разорванной речи — шизофазией, разорванность мышления может проявляться симптомом мимо-ответов. Встречаются различные виды мимо-ответов. Это могут быть мимо-ответы, в которых игнорируется содержание вопроса и отсутствуют логические связи в самом высказывании.

Инкогеренция (бессвязность мышления). Проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном, имен существительных, которые могут рифмоваться. Бессвязность мышления наблюдается при аментивном помрачении

сознания, а также спутанности сознания в острых психотических состояниях различного генеза.

Нарушения логического мышления. Выражаются расстройствами операционной стороны мышления и, в первую очередь, операций конкретизирования, обобщения и абстрагирования. При этом возникают следующие нарушения: резонерство, формализм, патологическая обстоятельность мышления, неясное и паралогическое мышление.

Резонерство (тангенциальное мышление). Основными его признаками являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они — инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений. Высказывания нередко многословны, высокопарны, витиеваты, многозначительны.

Формализм мышления (Аккерман, 1936; Сумбаев, 1948). Формализм мышления выражается в предпочтительной направленности внимания, интеллектуальных установок не на социально-содержательные, а на формальные аспекты деятельности (Поляков, Мелешко и др., 1980).

Формализм мышления может проявляться склонностью к арифметически точным ответам и констатациям, выделяющим какой-то один несущественный, нередко внешний, сиюминутный момент ситуации.

Обстоятельность мышления в наиболее типичном ее варианте заключается в чрезмерной детализации описания каких-либо явлений и в неспособности разграничить главное и второстепенное. В этом проявляется снижение уровня процессов обобщения и абстрагирования. Изложение сведений строится не в логической, а пространственно-временной ситуационной последовательности. Она начинается издалека, сопровождается повторением сказанного, остановками, очень медленным продвижением вперед. Сообщения перегружены мелкими, ненужными подробностями, в которых главное содержание утопает, оно не выделяется, логического акцента на нем не делается. Перевести разговор на другую тему или остановить его удается не сразу — больные стремятся договорить начатое до конца.

Наряду со снижением уровня мышления патологическая обстоятельность сопровождается тугоподвижностью, плохой переключаемостью внимания. Указывает на значительное ослабление интеллектуальных функций.

Неясное (расплывчатое) мышление может быть охарактеризовано как нецеленаправленное мышление, мышление без цели, при котором совершаются логически необоснованные переходы от одной мысли к другой, игнорируются временные и пространственные рамки событий. Рассказы больных расплывчаты, нарушена последовательность и ясность изложения, больные теряют из виду предмет разговора, далеко отклоняются от темы.

Паралогическое мышление характеризуется односторонним, предвзятым направлением мыслительной деятельности, в ходе которой принимаются во внимание лишь отдельные факты или случайные стороны явлений, соответствующие доминирующей установке. Все, что ей противоречит, отбрасывается как неверное либо не замечается вовсе. Например, пропажа документа расценивается как следствие хищения; возможность других причин просто не рассматривается. Из сообщения о чем-либо выхватывается отдельная фраза, и именно она будет фигурировать как доказательство правильности какого-нибудь ложного утверждения, все остальное в услышанном игнорируется.

Бредовые идеи

Бредовые идеи - это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни другим каким-либо способом (Гиляровский, 1954). Совокупность бредовых идей называется бредом.

В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции.

С учетом содержания можно выделить три группы бредовых идей: персекуторные, экспансивные и депрессивные бредовые идеи.

Содержанием персекуторных бредовых идей является уверенность больных с исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения. По наблюдениям Ю. Каннабиха, на первом этапе развития бреда больными владеет чувство угрозы их общественному положению. На втором преобладают бредовые переживания, связанные с

чувством физического самосохранения. К персекуторным бредовым идеям относятся следующие.

Бред преследования — больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже — благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей («мигрирующие преследуемые») — избегают контактов, меняют место жительства, уезжают в глухие, отдаленные районы, поселяются в безлюдных местах, пытаются изменить внешность, документы. Спустя некоторое время они могут переходить к активным оборонительным действиям, начиная в свою очередь преследовать мнимых врагов («преследуемые преследователи»). С этого момента они становятся опасными для окружающих.

Бред физического воздействия — убеждение в том, что преследователи, используя технические средства или другие способы воздействия, нарушают деятельность внутренних органов, расстраивают жизненно важные функции организма, вызывают разнообразные тягостные физические ощущения.

Бред психического воздействия — убеждение в том, что преследователи с помощью особой аппаратуры, гипноза, телепатии, биополей, посредством некоей ноосферы воздействуют на психику и поведение больных. В архаических бредовых идеях фигурирует воздействие посредством магии, колдовства, ворожбы, порчи и т. п.

Бред отравления — убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным либо гипотетическим ядом.

Бред ограбления — больные считают, что лица, преследующие их, завладели квартирой, материальными ценностями, оставили их без средств к существованию.

Бред ревности (бред супружеской неверности, синдром Отелло, синдром третьего лишнего) — убеждение в том, что жена (любовница) больного или муж (любовник) больной изменяли в прошлом или изменяют в настоящее время. Часто перерастает в бред преследования, отравления.

Бред обиденных отношений (бред малого размаха) — преобладают темы ущерба (чаще морального), притеснения в правах, мелкого преследования, отравления. Бредовые идеи, простые, обиденные и правдоподобные, направлены против конкретных лиц из непосредственного окружения больного (родных, соседей).

Бред сутяжничества — больные убеждены, что окружающие нарушают их законные права, оскорбляют их лучшие чувства, несправедливы к ним, умышленно принижают их заслуги и достижения. Добиваясь восстановления мнимых прав, уважения, признания, больные пишут многочисленные жалобы в различные инстанции, печать, судятся, разоблачают своих недоброжелателей.

Содержанием экспансивных бредовых идей является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, здоровья, внешних данных. Наблюдается несколько приподнятый фон настроения. Может быть повышена активность, как общая, так и связанная с реализацией бредовых идей.

Бред величия — убеждение в обладании огромной властью, распространяющейся на всю страну, планету и даже Вселенную.

Бред могущества — убеждение больных в том, что природные и общественные процессы протекают по их воле, их возможности воздействовать на окружающее неограничены, беспредельны.

Бред бессмертия — больные утверждают, что жили или будут жить всегда. Бредовые идеи бессмертия наблюдаются также в состоянии депрессии — больные считают, что в будущем им предстоит нескончаемые страдания.

Бред богатства — больные мнят себя обладателями огромных богатств.

Бред изобретательства — больные считают себя гениальными изобретателями, авторами грандиозных и многочисленных научных открытий.

Бред высокого происхождения — больными владеет уверенность в том, что их родители, — лица, занимающие высокое положение в обществе, однако, скрывающие родственные связи с ними.

Бред реформаторства проявляется широкомасштабными идеями социального и государственного переустройства или более конкретными, но столь же неприемлемыми предложениями по преобразованию структуры медицинской помощи, системы образования, воспитания детей.

Мессианский бред — больные считают себя посланцами бога, пророками, мессиями, освободителями человечества от греха, призванными осуществить на Земле идеи любви, добра и справедливости.

Эротический (любовный) бред — синдром Клерамбо. Впервые описан Ж. Эскиролем в 1838 г. Наблюдается обычно у женщин. Его содержанием является уверенность в том, что некое лицо, как правило, незнакомое и вышестоящее в социальном отношении, любит больную, что вызывает с ее стороны ответное любовное чувство. Бред отличается возвышенным платоническим характером. Нередко сочетается с убеждением в обладании редкой красотой, необычайной привлекательности.

Бред невинности и помилования Дельбрюка (1857)—больные (осужденные за совершенное правонарушение) убеждены, что не являются преступниками, помилованы судом и будут отпущены на свободу. Бред является итогом вытеснения психотравмирующей ситуации и замещения представлений о ней истерическими фантазиями.

Содержанием депрессивных бредовых идей является пониженная оценка своих возможностей, состояния здоровья, общественного положения, внешности. Бред возникает на фоне подавленного настроения.

Бред самоумаления или самоуничужения — убеждение в собственной безнравственности, своей никчемности, бездарности, глупости, полной непригодности к какой-либо полезной деятельности, неспособности заслужить у окружающих ответное чувство благодарности и уважения.

Бред самообвинения — больные обвиняют себя в совершении различных неблаговидных поступков, преступлений и выражают готовность понести за это справедливое наказание.

Бред обвинения — больные считают, что окружающие обвиняют их в неблаговидном поведении. Для депрессивного бреда обвинения характерно, что больные оценивают эти обвинения как обоснованные и думают о себе точно так же.

Ипохондрический бред — больные убеждены, что страдают тяжелым, неизлечимым или постыдным заболеванием — «бред болезни». Факт психического расстройства при этом не осознается. Некоторые пациенты пытаются даже доказывать, что как раз с психикой у них «все в порядке».

Нигилистический бред — уверенность в отсутствии внутренних органов, выпадении важных физиологических функций, в собственной смерти, гибели окружающих, руинировании природных и социальных структур, в воцарении первородного хаоса во всем мире.

Бред греховности — убеждение больных в том, что они нарушили заповеди Бога, осквернили святыни, не устояли перед соблазнами Сатаны, отступили от данных ранее обетов.

Бред обнищания — лишенная объективного основания уверенность в отсутствии материальных средств.

Бред физического уродства (дисморфомания) — убеждение в наличии телесного уродства, бросающегося в глаза окружающим.

Бред одержимости («внутренняя зоопатия») — убеждение в присутствии в собственном теле посторонних живых существ.

Дерматозойный бред («наружная зоопатия, бред кожных паразитов») — убеждение в присутствии на поверхности тела, под кожей или внутри ее живых существ. Наружная и внутренняя зоопатия рассматриваются чаще всего как самостоятельные, не относящиеся к ипохондрическому бреду разновидности бредовых идей.

Бред метаморфозы — уверенность в превращении своего организма в тело животного, птицы, другого человека, в неодушевленный предмет. Обычно сочетается с бредом физического воздействия.

Помимо этого в каждой из вышеупомянутых групп могут наблюдаться бредовые идеи следующего содержания:

Бред отношения — уверенность в том, что происходящее связано каким-то образом с больным и адресовано непосредственно ему. Больной ощущает, что постоянно находится в центре внимания окружающих. Встречается иное понимание содержания бреда отношения — это состояние, в котором любые события и поступки окружающих приобретают для больного особое значение (Завилянский с соавт., 1989).

Бред особого значения — особый, символический характер восприятия происходящего, при котором утрачивается либо отодвигается на второй план действительный смысл конкретных явлений; последние рассматриваются больными, как некая аллергия иных, скрытых ранее значений. Од бредом особого значения нередко понимают необычные интерпретации паранойяльных пациентов, то есть паралогические умозаключения. Между тем это разные явления. Бред особого значения характеризует острые психотические состояния, предваряющие онейроидное помрачение сознания, в то

время как паралогические интерпретации типичны для систематизированного бреда толкования.

Бред двойников (Capgras, Reboul-Lachaux, 1923), включающий симптом положительного и отрицательного двойника (Vie, 1930) и **симптом Фреголи**, описанный P. Courbon, G. Fail (1927). При симптоме положительного двойника больные считают, что незнакомые лица с известной, чаще всего враждебной целью принимают облик родственников или знакомых людей. При симптоме отрицательного двойника, напротив, родные и знакомые воспринимаются чужими, но «поддельвающимися под родных». При симптоме Фреголи больные утверждают, что одно и то же конкретное лицо способно полностью или частично изменить свою внешность с тем, чтобы не быть узнаваемым.

Бред интерметаморфозы, описанный P. Courbois, G. Tusques (1932)—больные считают, что окружающее постоянно преобразуется, люди перевоплощаются, полностью меняя внешность, свои внутренние, моральные качества, трансформируются предметы обстановки. Чувство превращения может связываться больными с тем, что на них оказывается воздействие извне, их «заставляют» узнавать в одном человеке несколько лиц, «прорисовывают» в реальном облике «образы других людей».

Бред инсценировки — окружающее воспринимается как нечто искусственное, специально подстроенное, поддельное, происходящее по заранее составленному сценарию, как в театре или при съемке кинофильма, запрограммированное, спланированное, с определенной целью.

Антагонистический или манихейский бред — происходящее рассматривается больными как выражение борьбы враждебных и доброжелательных им сил. В центре этой борьбы, имеющей обычно глобальное значение, находится личность больного.

Также существуют другие подходы к классификации бреда.

По степени систематизации

- Систематизированный бред — хорошо структурированный, больной в этих случаях приводит целую систему подробно продуманных и взаимосвязанных доказательств для своих утверждений, множество конкретных фактов, даты, людей, которых он подозревает, и прочие обстоятельства. Обычно это свидетельствует о длительном, постепенном развитии бреда.
- Несистематизированный (отрывочный) бред — представляет собой нагромождение бредовых идей, которые могут быть совсем не связаны между собой или иметь

случайную связь, которую больной выводит непосредственно во время рассказа о своих переживаниях. Может свидетельствовать об остром формировании бреда, однако в некоторых случаях наблюдается и при длительно существующем бреде.

По механизму бредообразования

- Первичный бред (истинный) — самостоятельное расстройство сферы мышления; иногда существует изолированно, но чаще наблюдается вместе с другими психопатологическими симптомами, при этом истинный бред не может быть объяснен ими, психологически выведен из них, а развивается по собственным закономерностям. Для возникновения первичного (истинного) бреда должна быть своя собственная предпосылка, некая болезненная почва (нарушение мышления), не обусловленная другой психопатологической симптоматикой.
- Вторичный бред (бредоподобные идеи) — возникает как следствие других психических расстройств. Бредовые идеи такого типа как бы вытекают из обуславливающих их симптомов, имеют с ними непосредственную связь и могут быть поняты через них. В некоторых случаях, даже при значительном количестве, они сами по себе не нуждаются в лечении, а теряют свою актуальность по мере купирования расстройств, которые их вызывают.

Другой вариант деления бредовых идей по механизму образования:

Интерпретативный бред (бред толкования) — систематизированный бред, в основе которого лежат ошибочные интерпретации, «кривая логика», т.е. паралогическое мышление.

При построении интерпретативного бреда больной опирается на реальные факты и события, но трактует, интерпретирует их избирательно, тенденциозно — берет только то, что подкрепляет и способствует дальнейшему развитию его идеи, а все контраргументы игнорирует и отбрасывает. Интерпретативный бред является системой последовательных построений, по мере своего развития все более расширяющейся, усложняющейся и детализирующейся. Обычно интерпретативный бред монотематичен, т.е. в нем развивается одна фабула, наиболее часто это либо идеи преследования (ущерба, сутяжничества, ревности), либо величия (изобретательства, реформаторства, высокого происхождения).

Чувственный бред — основан не на логических интерпретациях действительности, а на интуитивном суждении («чувстве»), которое получает в сознании больного неоправданно сильную, болезненную убедительность.

Такие бредовые идеи воспринимаются больным как данность, не требующая какого-либо логического подтверждения и обоснования. При чувственном бреде больные обычно не приводят каких-либо доказательств в пользу своего убеждения, но непоколебимо отстаивают его — «это так, потому что это так». Столкнувшись с попыткой логического разубеждения, они могут признать истинность некоторых общих доводов, свидетельствующих против их идей, но никогда не признают выводов из выявленного противоречия для своего конкретного случая («двойная бухгалтерия»).

Индукцированный бред — случаи, когда бред психически больного человека «передается» лицам из его окружения, т.е. близкий больному человек начинает разделять его бредовые идеи. Изредка индукцированный бред возникает не у одного, а сразу у нескольких или даже у многих людей, этот механизм был основой широко прежде распространенных «психических эпидемий», в последние годы представляют опасность случаи индукцированного бреда у жертв тоталитарных сект.

Для «заражения» болезненными взглядами необходим ряд условий:

- продолжительное общение индуктора и индуцируемого (индуцируемых), например совместное проживание, родственные отношения (наиболее часто индукцированный бред возникает у детей или супругов больных);
- медленное развитие и некоторая степень правдоподобия бреда «индуктора» в сочетании с его эмоциональной «заряженностью»;
- предрасположенность индуцируемого, определяющая его внушаемость: инфантильное мышление, врожденное или приобретенное слабоумие, схожие с больным характерологические аномалии. При острых формах индукцированного бреда (в том числе «помешательстве толпы») дополнительным фактором могут явиться продолжительное тревожное ожидание и переутомление.

Индукцированный бред обычно непрочен, быстро распадается при разъединении с больным человеком.

Вывод

Таким образом, можно сделать вывод о том, что нарушения мышления имеют огромное разнообразие клинических форм. Некоторые виды патологии могут указывать на конкретные заболевания, с их помощью можно установить правильный диагноз и оказать пациенту своевременную и квалифицированную помощь в полном объеме.

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
(наименование кафедры)

Рецензия к. м. н. доцент Берзювская М. А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия
Лукичев В. С.
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Патология интоксикации»

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) | карьер |

Дата: «26» 04 2024 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

Берзювская М. А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Лукичев В. С.
(ФИО ординатора)