

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.

Нарушения мышления

реферат

выполнил: ординатор 1 года

специальность Психиатрия

Ковалев Максим Андреевич

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

Красноярск, 2019

Оглавление

Введение	3
Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса).....	6
Нарушения темпа мышления.....	6
Нарушения стройности мышления	7
Нарушение целенаправленности мышления.....	8
Расстройства мышления по содержанию	9
Сверхценные идеи	14
Навязчивые идеи.....	15

Введение

Мышление является основным и специфическим для человека познавательным процессом, в ходе которого диалектически устанавливаются внутренние (семантические) связи, характеризующие структуру объектов реальной действительности, их отношения между собой и к субъекту познавательной деятельности. Мышление тесно связано с другим базисным познавательным процессом – процессом восприятия и необходимо возникло в результате его поступательного эволюционного развития. Борьба за существование, являющаяся основным механизмом видовой динамики, вынуждала в каждый момент конфликтного взаимодействия конкурирующих особей сначала к максимальному напряжению физических сил (стрессовой мобилизации) в интересах удовлетворения своих безусловных потребностей (пищевой, половой, самосохранения), обеспечивая тем самым выживание индивидуума и сохранение вида. На определенном этапе развития, когда чисто физические ресурсы были исчерпаны, более эффективным приспособительным механизмом стала возможность сначала обобщения на основе индивидуального опыта своеобразия проблемных ситуаций и их алгоритмического разрешения, а затем необходимость поиска новых нестандартных (творческих) решений.

Эти обстоятельства стали побудительным стимулом, обеспечивающим качественный скачок – переход от конкретно воспринимаемой сиюминутности бытия к аналитико-синтетической оценке прошлого опыта и прогнозированию своего поведения в будущем. Таким образом были расширены его временные границы и созданы предпосылки для интенсивного развития других психических функций (долговременная и кратковременная память, воображение, перспективное мышление и др. - то есть сознания и самосознания в широком смысле этого понятия). Параллельно и взаимозависимо с этими процессами возникли и развивались новые сугубо человеческие свойства – символика языка и речи,

изобразительного искусства, зачатки религиозного чувства, научного сознания мира и своего места в нем.

Таким образом был осуществлен переход от системы *представлений* об окружающем мире, которая постепенно складывалась на основе его индивидуального и коллективного восприятия к системе *понятий*. Последняя отражала самые существенные, позволяющие сделать обобщения признаки явлений и предметов и складывалась в картину *понимания* окружающего мира. Символика языка как функция коммуникации из средства обозначения реальностей все больше превращалась в средство общения, обмена информацией, формирующее коллективное сознание популяции. Наряду с *конкретными понятиями*, описывающими отдельные предметы, явления (кошка, стол, пожар) возникли *абстрактные*, обобщающие конкретные реалии (животные, мебель, стихийные бедствия).

Способность формировать и усваивать смысловые, родообразующие понятия возникает на определенном этапе исторического и онтогенетического развития психической деятельности и называется *абстрактным мышлением*. Неспособность оперировать абстрактными понятиями, субъективное, опирающееся на несущественные признаки мышление не раскрывает смысла явлений или приводит к противоречивому (алогичному) толкованию их сути. Это в свою очередь указывает либо на атавистическую задержку его развития, либо на наличие психического расстройства.

Мышление нормальных людей организует картины окружающего и внутреннего мира на основе анализа причинно-следственных отношений, подвергая его результаты проверке опытом, и рано или поздно оказывается в состоянии выявить внутренние связи объектов и явлений.

Творческое, или так называемое диалектическое, мышление, являющееся основой профессионально-клинического, как наиболее продуктивная форма

опирается на анализ и синтез. Анализ предполагает выяснение того, чем данный объект, предмет, явление в силу своих индивидуальных особенностей отличается от других, внешне похожих. Для того, чтобы это установить, необходимо изучить его структурно-динамическое своеобразие. Применительно к больному это означает необходимость исследования исключительности личностной феноменологии, включая изучение биологического, психического и социального статусов.

Синтез, напротив, означает стремление установить внутренние связи внешне непохожих объектов, что невозможно ни на уровне восприятия, ни на уровне конкретного формального мышления. Иногда эта связь представлена лишь одной характеристикой, которая, тем не менее, является фундаментальной. Если верить преданию, то закон всемирного тяготения открылся Ньютону в тот момент, когда ему на голову упало яблоко. Восприятие внешних признаков указывает лишь на сходство форм. Понимание внутренних связей позволяет рассмотреть в одном ряду совершенно разные объекты, обладающие лишь одним общим качеством – массой. Человеческий разум благодаря этому свойству способен также к экстраполяции известной внутренней связи за пределы опытного восприятия пространства и времени, что делает его возможности практически безграничными. Так происходит осознание человеком законов, управляющих миром, и постоянный пересмотр уже имеющихся представлений.

Так называемое формальное мышление, являющееся атавистическим или имеющее болезненные причины, идет по пути аналогий, которые устанавливаются по признакам внешнего сходства, и уже поэтому не может быть творчески продуктивным. В медицине оно называется фельдшерским, но отнюдь не является прерогативой фельдшеров. Мыслящий подобным образом врач, завершая специальное образование, имеет канонизированные представления о реестре существующих, по его мнению, форм болезней в их описательных характеристиках с соответствующим алгоритмом

последующих действий. Диагностическая задача решается чаще всего на основе формальной калькуляции симптомов с отнесением их массива к известной нозологической матрице. Происходит это по принципу ответа на вопрос: на кого больше похожа летучая мышь – на птицу или на бабочку? На самом деле на лошадь (и то, и другое – млекопитающие). Познавательная деятельность, организованная подобным образом, способна лишь клишировать стандартные ситуации в рамках решения самых простых задач. Она нуждается в руководстве, контроле и может быть приемлемой только у претендующих на роль исполнителя.

Расстройства мышления выявляются либо при помощи тестовых процедур (патопсихологически), либо на основе клинического метода при анализе речевой и письменной продукции обследуемого.

Выделяют формальные расстройства мышления (расстройства ассоциативного процесса) и так называемые патологические идеи.

Расстройства мышления по форме (расстройства ассоциативного процесса)

Эта рубрика включает ряд нарушений способа мышления по форме: изменение его темпа, подвижности, стройности, целенаправленности.

Нарушения темпа мышления

Болезненно ускоренное мышление. Характеризуется увеличением речевой продукции в единицу времени. В основе лежит ускорение течения ассоциативного процесса. Течение мысли обуславливается внешними ассоциациями, каждая из которых является толчком для новой тематики рассуждений. Ускоренный характер мышления приводит к поверхностным, поспешным суждениям и умозаключениям. Больные говорят торопливо, без пауз, отдельные части фразы связаны между собой поверхностными



ассоциациями. Речь приобретает характер «телеграфного стиля» (больные пропускают союзы, междометия, «проглатывают» предлоги, приставки, окончания). «Скачка идей» - крайняя степень ускоренного мышления.

Болезненно ускоренное мышление наблюдается при маниакальном синдроме, эйфорических состояниях.

Болезненно замедленное мышление. В отношении темпа представляет собой противоположность предыдущего расстройства. Часто сочетается с гиподинамией, гипотимией, гипомнезией. Выражается в речевой заторможенности, застреваемости. Ассоциации бедны, переключаемость затруднена. Больные в своем мышлении не в состоянии охватить широкий круг вопросов. Немногочисленные умозаключения образуются с трудом. Больные редко проявляют речевую активность спонтанно, их ответы обычно немногословны, односложны. Иногда контакт вообще не удается установить. Это расстройство наблюдается при депрессиях любого происхождения, при травматическом поражении головного мозга, органических, инфекционных заболеваниях, эпилепсии.

Нарушения стройности мышления

Разорванное мышление характеризуется отсутствием в речи больных логических согласований между словами, грамматические связи при этом могут быть сохранены. Тем не менее речь больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, например: «Кто может выделить временное расхождение относительности понятий, включенных в структуру миробытия» и т.п.

При **бессвязном мышлении** отсутствуют не только логические, но и грамматические связи между словами. Речь больных превращается в набор отдельных слов или даже звуков: «возьму... сама попаду... день-пень... ах-ха-ха... лень» и т.п. Это расстройство мышления встречается при

шизофрении, экзогенно-органических психозах, сопровождающихся аментивным помрачением сознания.

Нарушение целенаправленности мышления

Резонерство (бесплодное мудрствование, рассуждательство). Мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, туманных, часто малосодержательных рассуждений на общие темы, по поводу общеизвестных истин, например, на вопрос врача «как вы себя чувствуете?» долго рассуждают о пользе питания, отдыха, витаминов. Этот вид мышления чаще всего встречается при шизофрении.

Аутистическое мышление (от слова аутоc – сам) – мышление, оторванное от реальности, противоречащее реальности, не соответствующее реальности и не корригирующееся реальностью. Больные теряют связи с действительностью, погружаются в мир собственных причудливых переживаний, представлений, фантазий, непонятных окружающим. Аутистическое мышление относится к основным симптомам шизофрении, но может встречаться и при других заболеваниях и патологических состояниях: шизоидная психопатия, шизотипические расстройства.

Символическое мышление. Мышление, при котором обычным, общеупотребимым словам придается особый, отвлеченный, понятный лишь самому больному смысл. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (неологизмами), больные разрабатывают собственные языковые системы. Примеры неологизмов: «зеркаластр, пенснэхо, электрическая эксквюзочка». Этот вид мышления встречается при шизофрении.

Патологическая обстоятельность (детализированность, вязкость, инертность, тугоподвижность, торпидность мышления). Характеризуется склонностью к детализации, застреванию на частностях, «топтанием на

месте», неспособностью отделить главное от второстепенного, существенное от несущественного. Переход от одного круга представлений к другому (переключение) затруднен. Прервать речь больных и направить в нужное русло очень трудно. Это разновидность мышления чаще всего встречается у больных эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга.

Персеверация мышления. Характеризуется повторением одних и тех же слов, фраз, в связи с выраженным затруднением переключаемости ассоциативного процесса и доминированием какой-либо одной мысли, представления. Это расстройство встречается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, у депрессивных больных.

Расстройства мышления по содержанию

Включают в себя бредовые, сверхценные и навязчивые идеи.

Бредовые идеи.

Представляют собой ложные, ошибочные суждения (умозаключения), возникшие на болезненной основе и недоступные критике и коррекции. Заблуждающегося, но здорового человека рано или поздно можно либо разубедить, либо он сам поймет ошибочность своих взглядов. Бред же, являясь одним из проявлений расстройства психической деятельности в целом, может быть устранен только посредством специального лечения. По психопатологическим механизмам бредовые идеи делятся на первичные и вторичные.

Первичный бред, или бред толкования, интерпретации вытекает непосредственно из расстройств мышления и сводится к установлению неправильных связей, неправильному пониманию взаимоотношений между реальными объектами. Восприятие здесь обычно не страдает. Изолированно первичные бредовые идеи наблюдаются при сравнительно легких

психических заболеваниях. Болезненной основой здесь чаще всего является патологический характер или личностные изменения.

Вторичный, или чувственный бред представляет собой производное от других первичных психопатологических расстройств (восприятия, памяти, эмоций, сознания). Выделяют галлюцинаторный, маниакальный, депрессивный, конфабуляторный, образный бред. Из сказанного следует, что вторичный бред возникает на более глубоком уровне расстройства психической деятельности. Этот уровень или «регистр», как и генетически связанный с ним бред, называют параноидным (в отличие от первичного – паранойяльного).

По содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи можно разделить на три основные группы: преследования, величия и самоуничижения.

К группе *идей преследования* относятся бред отравления, отношения, воздействия, собственно преследования, «любовного очарования».

Бредовые идеи величия также разнообразны по содержанию: бред изобретательства, реформаторства, богатства, высокого происхождения, бред величия.

К *бредовым идеям самоуничижения* (депрессивный бред) относят бред самообвинения, самоуничижения, греховности, виновности.

Депрессивные фабулы обычно сопровождаются подавленностью и предъявляются астенично. Параноидный бред может быть как астеничным, так и стеничным («преследуемый преследователь»).

Бредовые синдромы

Паранойяльный синдром характеризуется систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства. Суждения и умозаключения

больных внешне производят впечатление вполне логичных, однако они исходят из неверных посылок и ведут к неверным выводам. Этот бред тесно связан с жизненной ситуацией, личностью больного, либо измененной психическим заболеванием, либо являющейся патологической от самого рождения. Галлюцинации обычно отсутствуют. Поведение больных с паранойальным бредом характеризуется сутяжничеством, кверулянтскими тенденциями, иногда агрессивностью. Наиболее часто этот синдром наблюдается при алкогольных, пресенильных психозах, а также при шизофрении и психопатиях.

Параноидный синдром. Характеризуется вторичным бредом. К группе параноидных синдромов относятся галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, кататонно-бредовой и некоторые другие синдромы. Параноидные синдромы встречаются как при экзогенных, так и при эндогенных психозах.

При шизофрении часто наблюдается один из наиболее типичных вариантов галлюцинаторно-параноидного синдрома – *синдром Кандинского-Клерамбо*, который складывается из следующих симптомов: псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, бредовые идеи воздействия. Автоматизмами называют явление утраты чувства принадлежности самому себе мыслей, эмоциональных переживаний, действий. По этой причине психические акции больных субъективно воспринимаются как автоматические. Г. Клерамбо (1920) описал три вида автоматизмов:

1. *Идеаторный* (ассоциативный) автоматизм проявляется в чувстве постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладывание или отнятие, обрывы (шперрунги) или наплывы (ментизм), ощущение, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости), «эхо мыслей», насильственная внутренняя речь,

вербальные псевдогаллюцинации, воспринимаемые как ощущение передачи мыслей на расстояние.

2. *Сенсорный* (сенестопатический, чувственный) автоматизм. Для него характерно восприятие различных неприятных ощущений в теле (сенестопатии), чувство жжения, скручивания, боли, полового возбуждения в качестве сделанных, специально вызванных. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации могут рассматриваться в качестве вариантов этого автоматизма.

3. *Моторный* (кинестетический, двигательный) автоматизм проявляется ощущением вынужденности некоторых действий, поступков больного, которые совершаются помимо его воли или вызваны воздействием извне. При этом больные часто испытывают мучительное чувство физической несвободы, называя себя «роботами, фантомами, марионетками, автоматами» и т.д. (чувство овладения).

Объяснение подобных внутренних переживаний при помощи воздействия гипнозом, космическими лучами или различных технических средств называется *бредом воздействия* и иногда носит достаточно нелепый (аутистический) характер. Аффективные расстройства при этом чаще всего представлены чувством тревоги, напряженности, в острых случаях – страха смерти.

Парафренный синдром. Характеризуется сочетанием фантастических, нелепых идей величия с экспансивным аффектом, явлениями психического автоматизма, бредом воздействия и псевдогаллюцинациями. Иногда бредовые высказывания больных имеют в качестве основы фантастические, вымышленные воспоминания (конфабуляторный бред). При параноидной шизофрении парафренный синдром является заключительным этапом течения психоза.

Помимо описанных выше хронических бредовых синдромов в клинической практике встречаются остро развивающиеся бредовые состояния, имеющие лучший прогноз (острая паранойя, острый параноид, острая парафрения). Они характеризуются выраженностью эмоциональных расстройств, низкой степенью систематизации бредовых идей, динамизмом клинической картины и соответствуют понятию острого чувственного бреда. На высоте этих состояний могут наблюдаться признаки грубой дезорганизации психической деятельности в целом, в том числе признаки нарушения сознания (онейроидный синдром).

Острый чувственный бред также может быть представлен *синдромом Капгра* (Капгра Ж., 1923), включающим помимо тревоги и идей инсценировки симптом двойников. При симптоме *отрицательного двойника* больной утверждает, что близкий человек, например, мать или отец, не является таковым, а представляет собой подставную фигуру, загримированную под его родителей. Симптом *положительного двойника* заключается в убеждении, что незнакомые лица, специально изменившие свой облик, представляются больному в качестве близких людей.

Синдром Котара (нигилистический бред, бред отрицания), (Котар Ж., 1880) выражается в ошибочных умозаключениях мегаломанического, ипохондрического характера по поводу своего здоровья. Больные убеждены в наличии у них тяжелого, смертельного заболевания (сифилиса, рака), «воспаления всех внутренностей», говорят о поражении отдельных органов или частей тела («сердце перестало работать, сгустилась кровь, кишечник сгнил, пища не перерабатывается и из желудка поступает через легкие в мозг» и т.п.). Иногда они утверждают, что умерли, превратились в гниющий труп, погибли.

Сверхценные идеи

Сверхценные идеи – суждения, возникающие на основе реальных фактов, которые эмоционально переоцениваются, гиперболизируются и занимают в сознании больных неоправданно большое место, вытесняя конкурирующие представления. Таким образом, на высоте этого процесса при сверхценных идеях, также как и при бреде, исчезает критика, что позволяет отнести их к разряду патологических.

Умозаключения возникают как на основе логической переработки понятий, представлений (рационально), так и с участием эмоций, организующих и направляющих не только сам процесс мышления, но оценивающих его результат. Для личностей художественного типа последнее может иметь решающее значение по принципу: «если нельзя, но очень хочется, то можно». Сбалансированное взаимодействие рациональной и эмоциональной составляющих называется аффективной координацией мышления. Наблюдающиеся при различных заболеваниях и аномалиях эмоциональные расстройства вызывают ее нарушения. Сверхценные идеи являются частным случаем неадекватно избыточного насыщения аффектом какой-либо отдельной группы представлений, лишаящего конкурентоспособности все прочие. Этот психопатологический механизм называется механизмом *кататимии*. Вполне понятно, что возникающие подобным образом патологические идеи могут иметь не только личностную, болезненную, ситуационную обусловленность, но и содержательно связаны с жизненными темами, вызывающими наибольший эмоциональный резонанс.

Этими темами чаще всего являются любовь и ревность, значимость собственной деятельности и отношение окружающих, собственное благополучие, здоровье и угроза потери того и другого.

Чаще всего сверхценные идеи возникают в ситуации конфликта у психопатических личностей, в дебютных проявлениях экзогенно-

органических и эндогенных заболеваниях, а также в случаях их легкого течения.

При отсутствии стойкой дезорганизации эмоционального фона они могут иметь транзиторный характер и при его упорядочивании сопровождаться критическим отношением. Стабилизация аффективных расстройств в процессе развития психического заболевания или хронизации конфликта у аномальных личностей приводит к стойкому снижению критического отношения, что некоторые авторы (А.Б. Смулевич) предлагают называть «сверхценным бредом».

Навязчивые идеи

Навязчивые идеи, или обсессии, - это возникающие спонтанно патологические идеи, носящие навязчивый характер, к которым всегда имеется критическое отношение. Субъективно они воспринимаются как болезненные и в этом смысле являются «инородными телами» психической жизни. Чаще всего навязчивые мысли наблюдаются при заболеваниях невротического круга, однако могут встречаться и у практически здоровых людей с тревожно-мнительным характером, ригидностью психических процессов. В этих случаях они, как правило, нестойкие и не причиняют значительного беспокойства. При психическом заболевании, напротив, концентрируя на себе и на борьбу с ними всю активность больного, переживаются как крайне тягостные и мучительные. В зависимости от степени эмоциональной насыщенности, во-первых, выделяют отвлеченные (абстрактные) навязчивости. Они могут быть представлены навязчивым мудрствованием («мыслительная жвачка»), навязчивым счетом (*арифмомания*).

К эмоционально насыщенным навязчивостям относятся навязчивые сомнения и контрастные навязчивости. При них больные могут многократно возвращаться домой, испытывая тревожные сомнения, закрыли ли они дверь,

выключили ли газ, уют и т.п. При этом они прекрасно понимают нелепость своих переживаний, но не в силах перебороть возникающие вновь и вновь сомнения. При контрастных навязчивостях больные охвачены страхом совершить что-то недопустимое, аморальное, противозаконное. Несмотря на всю тягостность этих переживаний, больные никогда не пытаются реализовать возникшие побуждения.

Навязчивые идеи, как правило, представляют собой идеаторный компонент навязчивых состояний и редко встречаются в чистом виде. В структуре их также имеют место эмоциональная составляющая (навязчивые страхи – фобии), навязчивые влечения – *компульсии*, моторные расстройства – навязчивые действия, ритуалы. В наиболее полном виде эти нарушения представлены в рамках *обсессивно-фобического синдрома*. Навязчивые страхи (фобии) могут иметь различное содержание. При неврозах они чаще всего носят понятный характер, тесно связанный с ситуацией реальной жизни больного: страхи загрязнения и заражения (*мизофобия*), закрытых помещений (*клаустрофобия*), толпы и открытых пространств (*агорафобия*), смерти (*танатофобия*). Чаще всего встречаются навязчивые страхи возникновения тяжелого заболевания (*нозофобия*), особенно в случаях, спровоцированных психогенно: *кардиофобия*, *канцерофобия*, *сифилофобия*, *спидофобия*.

При психозе навязчивые переживания чаще имеют нелепое, непонятное, оторванное от жизни содержание – например, мысли о том, что в употребляемой пище могут присутствовать трупный яд, иголки, булавки; домашние насекомые могут заползти в ухо, нос, проникнуть в мозг и т.п.

Тревожно-напряженный аффект в этих случаях довольно часто ослабляется *ритуалами* – своеобразными символическими защитными действиями, нелепость которых больные также могут понимать, однако их выполнение приносит больным облегчение. Например, чтобы отвлечь себя от

навязчивых мыслей о заражении, больные моют руки определенное количество раз, используя при этом мыло определенного цвета. Для подавления клаустрофобических мыслей перед тем, как войти в лифт, трижды оборачиваются вокруг своей оси. Подобные действия больные вынуждены повторять по многу раз при всем понимании их бессмысленности.

Чаще всего обсессивно-фобический синдром наблюдается при неврозе навязчивых состояний. Он также может встречаться в рамках эндогенных психозов, например, при неврозоподобных дебютах шизофрении, а также при конституциональных аномалиях (психастении).

Одним из вариантов обсессивно-фобического синдрома является *дисморфофобический (дисморфоманический) синдром*. При этом переживания больного сосредоточены на наличии либо мнимого, либо реально существующего физического недостатка или уродства. Они могут носить как характер навязчивых страхов, так и сверхценных мыслей со снижением или отсутствием критического отношения, напряженным аффектом, вторичными идеями отношения, неправильным поведением. В этих случаях больные пытаются самостоятельно устранить имеющиеся недостатки, например, избавиться от веснушек при помощи кислоты, бороться с излишней полнотой, прибегая к изнурительному голоданию, или обращаются к специалистам с целью хирургического устранения имеющегося, по их мнению, уродства.

Синдром дисморфомании может наблюдаться у аномальных личностей в подростковом и юношеском возрасте, чаще у девушек. Также у них часто встречаются близкие к этому синдромы – синдром нервной анорексии и ипохондрический. Бредовой вариант синдрома дисморфомании наиболее типичен для дебютных проявлений параноидной шизофрении.

Список литературы

1. Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В. Общая психопатология.
2. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия.
3. Самохвалов В. П., Коробов А. А., Мельников В. А. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов.
4. Тиганов А.С. Общая психиатрия.
5. www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiatrii/tema-no4-narusenia-myslenia-/narusenia-myslenia-v-v-dunaevskij-.
6. www.psychiatr.ru/education/slide/127.

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 _____
Ковалева М.А.
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Нарушения мышления _____

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)	—
9.	Наличие общего вывода по теме	—
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>хорошо</u>

Дата: «22» января 2022 год

Подпись рецензента

[Подпись]

Березовская М.А.

Подпись ординатора

[Подпись]

Ковалев М.А.