

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

На тему: Патология мышления и речи

Выполнил: ординатор специальности Психиатрия
Газенкамф Виталий Викторович

Проверил: д.м.н. доцент Березовская Марина Альбертовна

Красноярск 2023

Содержание

1. Введение.....	3
2. Актуальность.....	4
3. Виды нарушения мышления	5
3.1. Изменения темпа мышления.....	6
3.2. Нарушение процесса обобщения.....	8
3.3. Нарушение последовательности мышления.....	12
3.4. Нарушения гибкости мышления.....	13
3.5. Нарушение критичности мышления.....	14
4. Расстройства речи	16
5. Бредовая идея.....	17
5.1 Классификации бреда.....	21
6. Сверхценные идеи.....	29
7. Выводы.....	31
8. Список литературы.....	32

Введение.

Мышление — процесс опосредованного и обобщенного познания реальности.

Опосредованного, т.е. позволяющего опосредованно (умозаключением) раскрыть то, что непосредственно (в восприятии) не дано.

Обобщенного, т.е. оперирующего разными видами обобщений: образами, понятиями, категориями.

Мышление — это отыскание нового; оно необходимо в тех случаях, когда субъект оказывается в ситуации, для решения которой у него нет готового решения — привычного (приобретенного в процессе обучения) или врожденного (инстинктивного).

Мышление раскрывает отношения и связи между предметами, а также, двигаясь ко все более глубокому познанию бытия, их свойства и сущность.

Мышление в зависимости от того, чем оно оперирует, делит на 3 вида:

Предметно-действенное (ручное) мышление — процесс мышления, заключающийся в практической преобразовательной деятельности, осуществляемой с реальными предметами.

Наглядно-образное мышление — оперирование не реальными предметами, а их образами (для этого конкретный предмет необходимо видеть или представлять).

Абстрактно-логическое (понятийное) мышление — оперирование понятиями, выраженными различными символами, в первую очередь словами.

Данные виды мышления последовательно формируются по мере развития ребенка, взрослый здоровый человек может использовать каждый из этих видов в зависимости от ситуации, с которой он сталкивается, но понятийное мышление является у него ведущим видом мышления.

Актуальность.

Расстройства мышления являются одной из наиболее распространенных форм патологии мышления и речи. Они могут проявляться в различных формах и степенях тяжести, включая шизофрению, органическое поражение мозга и деменцию. Расстройства мышления могут существенно повлиять на качество жизни пациентов и их близких, поэтому важно своевременно обращаться за медицинской помощью и получать квалифицированное лечение.

Нарушения мышления подразделяют на две основные группы расстройств:

- **формальные расстройства мышления** (расстройства ассоциативного процесса) — нарушение хода, формы рассуждений. Условно можно выделить нарушения темпа, глубины, последовательности, гибкости, критичности и самостоятельности мышления;
- **патологические суждения** — нарушение содержания мышления, ошибочные (несоответствующие реальности или неправильно оцениваемые) суждения и умозаключения. Сюда относят: бредовые и сверхценные идеи, навязчивые явления.

Разделять форму и содержание мышления при его анализе предложил Аристотель. Основная задача созданной им науки — логики (формальной или классической логики) — отделение правильных способов рассуждения от неправильных. При этом формальная логика исходит из принципа, что правильность рассуждения зависит только от его логической формы, а не от содержания. Так же и в психопатологии при анализе особенностей мышления обращают внимание на протекание ассоциативного процесса, непосредственное содержание рассуждений в этих случаях не имеет существенного значения. Формальные расстройства мышления имеют важное диагностическое значение, так как в значительной степени могут отражать изменения в деятельности головного мозга.

Расстройства, которые относят к патологии суждений, также имеют в своей основе те или иные нарушения протекания мыслительного процесса, но основой диагностики этих симптомов является несоответствие между суждениями пациента и реальностью и то, как оно отражается на функционировании.

Оценивая характеристики процесса (формы) мышления, выделяют следующие качества:

- **Быстрота** (темп) мышления.
- **Глубина** — степень проникновения в сущность явления, т.е. характеристика *процесса обобщения*.
- **Последовательность** — взаимосвязанность, доказательность, обоснованность хода рассуждений.
- **Гибкость** — способность изменять намеченный план действий, когда это необходимо.
- **Критичность** — способность правильно оценивать свое понимание ситуации, сопоставлять объективную реальность и свои субъективные представления о ней.

Изменения темпа мышления

Болезненно ускоренное мышление — ускорение темпа и облегчение мышления, наблюдается увеличение числа ассоциаций, облегчение их возникновения, облегчение перехода от одной мысли к другой, легче возникают новые, порой весьма неожиданные, идеи, усиливается образность мышления, но, с другой стороны, суждения больных часто становятся чрезмерно поверхностными (например, сравнения по созвучию), односторонними, поспешными. Пациенты многоречивы (логорея), инициативны в разговоре, стараются быстрее высказаться, в беседе их трудно прервать или переключить внимание в необходимом собеседнику (например, врачу, собирающему анамнез) направлении. Из-за повышенной отвлекаемости на новые мысли, мышление может становиться непоследовательным — пациенты не успевают озвучить мысль до конца, уже переходят к другой («скачка идей»), быстро меняют объект рассуждения, в результате чего утрачивается продуктивность мышления. Наблюдается при:

- маниакальном синдроме. Наиболее характерная картина ускоренного мышления. Больные в большинстве случаев субъективно положительно оценивают такое состояние, говорят, что получили возможность лучше понимать происходящее, что мышление стало чрезвычайно легким. В речи отражается повышенное настроение — легко начинают складывать стихи, поют песни и т.д.
- тревоге. Перебирают возможные угрозы, ожидающие в будущем, и варианты их избежать и пр.;
- употреблении психостимуляторов, легком алкогольном опьянении.

Болезненно замедленное мышление (заторможенное мышление, идеаторная заторможенность) — замедление темпа и затруднение протекания мыслительных процессов, наблюдается уменьшение количества и обеднение ассоциаций, трудности перехода с одной мысли на другую, трудности с решением мыслительных задач и с тем, чтобы довести рассуждения до логического завершения.

Пациенты в таком состоянии обычно сами в разговор не вступают, на вопросы окружающих отвечают односложно, после длительных пауз, долго обдумывая ответ, подбирая слова, по возможности стараются давать односложные ответы (да — нет), на сложные вопросы ответить не могут, затрудняются с ответом в случае, если задано сразу несколько вопросов (поэтому, беседуя с пациентами в подобном состоянии, врачу не следует торопиться).

Наблюдается при:

депрессии. При депрессии у пациентов часто присутствует субъективное переживание затруднения мышления, возникают мысли о своей интеллектуальной несостоятельности. Подобные жалобы на «поглупение» могут присутствовать уже при легких депрессиях, когда объективные признаки замедления мышления еще трудно выявить. При тяжелых депрессиях выраженность идеаторного торможения может быть такова, что эти состояния ошибочно принимают за состояния слабоумия;

оглушении (легкий вариант выключения сознания);

психоорганическом синдроме (в этом случае замедление мышления необратимо — является уже свойством психических процессов, а не состоянием; отражает наличие органического поражения головного мозга).

Близкое понятие: брадифрения — общее замедление протекания психических процессов, в том числе и в моторной сфере.

Замедленное мышление следует дифференцировать с общим обеднением речевой продукции (алогией) вследствие апатии (в этом случае изначально не замедление, а обеднение процессов).

Нарушение процесса обобщения

Для того чтобы решать достаточно сложные задачи, глубоко проникать в сущность явлений, необходимо развитие абстрактного (от лат. *abstractus* — отвлеченный) мышления, т.е. способности выделять наиболее важные, существенные, общие, закономерные свойства, отвлекаясь от несущественных, случайных свойств, связанных с конкретной ситуацией.

В норме взрослый человек может использовать как конкретное мышление, так и абстрактное, в зависимости от ситуации, с которой он имеет дело.

Патология абстрактного мышления может быть связана с недостаточностью процесса обобщения (отвлечения) и искажением этого процесса (упрощенно говоря — с его неправильностью или чрезмерностью).

Недостаточность процесса обобщения

Патологическая обстоятельность (детализированность) — склонность к детализации, застревание на частных обстоятельствах, неспособность отделить главное от второстепенного.

Пациенты с патологической обстоятельностью отвечают на вопросы врача очень пространно, начинают «от царя Гороха», добавляют много не относящихся к основной теме беседы деталей, ненужных уточнений. Им трудно разобраться, что именно в данной теме наиболее важно для собеседника, поэтому они стараются наиболее полно изложить все мысли, которые у них возникли. Цель рассказа в их сознании обычно не теряется, они постепенно продвигаются к ней, но делают это сложным, запутанным путем («лабиринтное мышление»).

На вопрос врача о пище, ставшей причиной пищевого отравления, пожилая пациентка, длительно страдающая сердечно-сосудистыми заболеваниями, начинает рассказ: «Вы знаете доктор, вчера я пошла в магазин. У меня рядом с домом на углу магазин открылся. Там раньше обувной был. Обувной так себе был, а теперь продуктовый хороший. Мне нравится туда ходить, у них продавцы в мясном отделе обходительные такие, всегда подскажут. Сейчас же не знаешь, что купить, одни жулики кругом, все обмануть норовят. Так вот, говорю я ему — какая у тебя колбаса лучше, чтобы разжевать можно было. Зубы у меня не те, надо к доктору идти. А доктора сейчас какие дорогие, в том году была у одного...».

Необходимо учесть, что, если у пациента нарушен процесс обобщения, то, чтобы получить необходимые анамнестические сведения, врачу следует:

а) Набраться терпения. Патологическая обстоятельность разной степени выраженности — весьма распространенный симптом среди пациентов (особенно пожилых) врачей всех врачебных специальностей. К сожалению, часто врачи работают в условиях недостатка времени, поэтому на подобные пространные рассказы они сразу начинают реагировать с раздражением. Подобное раздражение, однако, несправедливо, так как его нет в тех случаях, когда пациент, например, медленно двигается из-за болезни ног, почему же оно возникает, когда пациент долго говорит, из-за болезни мозга?

б) Помочь с процессом обобщения. Так же, как человеку с болезнью ног помогут костыли, человеку с нарушением процесса обобщения может помочь внешняя помощь, т.е. если врач сам выделит наиболее важный для себя аспект из уже сказанного пациентом и направит его дальнейшие рассуждения в нужное русло, он сможет получить всю необходимую информацию.

Патологическая обстоятельность — свидетельство органического поражения головного мозга (психоорганический синдром), наиболее ярко обычно она выражена при сосудистом заболевании головного мозга и эпилепсии.

Следует различать патологическую обстоятельность (т.е. формальное расстройство мышления) и обстоятельность, обусловленную эмоциональным значением той или иной темы для человека. Так, волнуясь за свое здоровье или здоровье своих близких, человек в беседе закономерно будет возвращаться к теме здоровья снова и снова, будь эти волнения действительно обоснованы объективными причинами или вызваны какими-либо другими психическими расстройствами (например, бредом или тревогой).

Конкретное мышление — вся мыслительная деятельность ограничивается конкретными суждениями, абстрактное мышление недоступно.

Свидетельствует о слабоумии (врожденном или приобретенном).

Примеры конкретного мышления

- Тест «классификация предметов»: больной не может объединить стол и стул в одну группу (мебель), «так как на столе едят, а на стуле сидят».

- Интерпретация пословиц: Не в свои сани не садись — «Не садилась я в чужие сани, я вообще в сани не садилась».

Искажение процесса обобщения

Для этих расстройств характерны «отлёт от действительности», преобладание абстрактных, чрезмерно общих понятий, часто отражающих лишь случайную сторону явлений, несоответствие реальной (конкретной) ситуации.

Например, в тесте на классификацию предметов больной объединяет в одну группу шкаф и кастрюлю, так как «у обоих предметов есть отверстие»; автомобиль и ложку — «общее — движение»; вилку, стол, лопату — «общее — твердость»; самолет и дерево — «это небо и земля» и т.д.

Резонёрство (резонёрское мышление, рассуждательство, от фр. *raisonner* — рассуждать) — мышление с преобладанием пространных, чрезмерно отвлеченных (абстрактных) рассуждений, имеющих мало содержательной связи с непосредственным предметом (целью) рассуждения. Цель мыслительной деятельности уходит на задний план, а на передний выдвигается тенденция к рассуждательству, философствованию с использованием различных сложных абстрактных понятий, рассуждениями о неразрешимых проблемах науки и философии, при том что на поверку многие суждения оказываются банальными, основанными на поверхностных или случайных аналогиях. Рассуждения не несут в себе никакого значимого смысла («бесплодное мудрствование», «словесная опухоль»), а ответы на конкретные вопросы зачастую не дают необходимой фактической информации.

В ответ на вопрос хирурга о сегодняшнем самочувствии пациент, накануне прооперированный по поводу перфорации язвы желудка, пускается в длительные рассуждения: «А что такое самочувствие? Чувствовать можно разные вещи — можно чувствовать любовь к Родине, а можно — боль от занозы. Тело человека — это только временное пристанище, оболочка. Тело смертно, если бы ученые придумали, как достичь бессмертия, Земля была бы перенаселена, была бы экологическая катастрофа. Поэтому телесные чувства не имеют решающего значения, важны душевные чувства. Все религии утверждают, что душа бессмертна...».

Резонёрство может встречаться при шизофрении, психоорганическом синдроме, в более мягкой форме — при некоторых личностных особенностях.

- Интерпретация пословиц: Не в свои сани не садись — «Не садилась я в чужие сани, я вообще в сани не садилась».

Искажение процесса обобщения

Для этих расстройств характерны «отлёт от действительности», преобладание абстрактных, чрезмерно общих понятий, часто отражающих лишь случайную сторону явлений, несоответствие реальной (конкретной) ситуации.

Например, в тесте на классификацию предметов больной объединяет в одну группу шкаф и кастрюлю, так как «у обоих предметов есть отверстие»; автомобиль и ложку — «общее — движение»; вилку, стол, лопату — «общее — твердость»; самолет и дерево — «это небо и земля» и т.д.

Резонёрство (резонёрское мышление, рассуждательство, от фр. *raisonner* — рассуждать) — мышление с преобладанием пространных, чрезмерно отвлеченных (абстрактных) рассуждений, имеющих мало содержательной связи с непосредственным предметом (целью) рассуждения. Цель мыслительной деятельности уходит на задний план, а на передний выдвигается тенденция к рассуждательству, философствованию с использованием различных сложных абстрактных понятий, рассуждениями о неразрешимых проблемах науки и философии, при том что на поверку многие суждения оказываются банальными, основанными на поверхностных или случайных аналогиях. Рассуждения не несут в себе никакого значимого смысла («бесплодное мудрствование», «словесная опухоль»), а ответы на конкретные вопросы зачастую не дают необходимой фактической информации.

В ответ на вопрос хирурга о сегодняшнем самочувствии пациент, накануне прооперированный по поводу перфорации язвы желудка, пускается в длительные рассуждения: «А что такое самочувствие? Чувствовать можно разные вещи — можно чувствовать любовь к Родине, а можно — боль от занозы. Тело человека — это только временное пристанище, оболочка. Тело смертно, если бы ученые придумали, как достичь бессмертия, Земля была бы перенаселена, была бы экологическая катастрофа. Поэтому телесные чувства не имеют решающего значения, важны душевные чувства. Все религии утверждают, что душа бессмертна...».

Резонёрство может встречаться при шизофрении, психоорганическом синдроме, в более мягкой форме — при некоторых личностных особенностях.

Нарушение последовательности мышления

Важное качество правильного мышления — его последовательность, т.е. взаимосвязанность, стройность, доказательность, обоснованность хода рассуждений.

Паралогическое мышление (от греч. *paralogos* — противный разуму, неразумный; «кривая логика»; в логике «паралогизм» — ошибка в рассуждении, обусловленная нарушением законов и правил логики) — в мышлении присутствуют логические ошибки, обусловленные односторонностью и тенденциозностью мышления больного, которые приводят его к выводам, противоречащим действительности.

Логические ошибки заключаются в неправильно используемых предпосылках и доказательствах, неверно построенных причинно-следственных отношениях, смешении понятий и т.д. Лежит в основе интерпретативного бреда (примеры см. в соответствующем разделе). Интеллектуально-мнестические способности в этих случаях сохранены, и больные способны правильно рассуждать за пределами своей бредовой фабулы.

Смысловое соскальзывание — необоснованная смена основной темы рассуждений побочной, второстепенной. Обусловлены не нарушением внимания, от которого их следует отличать, а нарушением последовательности мышления и искажением процесса обобщения.

Шперрунг («закупорка мысли», обрыв мысли) — внезапный обрыв мысли, осознается как кратковременное отсутствие мысли в голове.

Следует дифференцировать с абсансами, нарушением внимания.

Разорванное мышление — отсутствие какой-либо логической связи между высказываниями, соединение разнородных, не связанных общим смыслом мыслей («в огороде бузина, а в Киеве — дядька»), грамматический строй речи (синтаксис) при этом сохраняется.

Грубое расстройство мышления. Больные способны произносить достаточно обширные монологи из грамматически и интонационно верно построенных фраз, но даже внутри одного предложения нет какого-либо единого смысла.

Бессвязное (инкогерентное) мышление — полное отсутствие логических и грамматических связей между словами. Речь больных бессвязная, беспорядочный набор отдельных слов, а также слогов и звуков. Также, вероятно, нарушено понимание обращенной речи. Свидетельствует о грубом нарушении деятельности мозга, встречается при аменции (тяжелой форме делириозного помрачения сознания, сопровождающейся нарастанием симптомов выключения сознания).

Нарушение последовательности мышления

Важное качество правильного мышления — его последовательность, т.е. взаимосвязанность, стройность, доказательность, обоснованность хода рассуждений.

Паралогическое мышление (от греч. *paralogos* — противный разуму, неразумный; «кривая логика»; в логике «паралогизм» — ошибка в рассуждении, обусловленная нарушением законов и правил логики) — в мышлении присутствуют логические ошибки, обусловленные односторонностью и тенденциозностью мышления больного, которые приводят его к выводам, противоречащим действительности.

Логические ошибки заключаются в неправильно используемых предпосылках и доказательствах, неверно построенных причинно-следственных отношениях, смешении понятий и т.д. Лежит в основе интерпретативного бреда (примеры см. в соответствующем разделе). Интеллектуально-мнестические способности в этих случаях сохранены, и больные способны правильно рассуждать за пределами своей бредовой фабулы.

Смысловое соскальзывание — необоснованная смена основной темы рассуждений побочной, второстепенной. Обусловлены не нарушением внимания, от которого их следует отличать, а нарушением последовательности мышления и искажением процесса обобщения.

Шперрунг («закупорка мысли», обрыв мысли) — внезапный обрыв мысли, осознается как кратковременное отсутствие мысли в голове.

Следует дифференцировать с абсансами, нарушением внимания.

Разорванное мышление — отсутствие какой-либо логической связи между высказываниями, соединение разнородных, не связанных общим смыслом мыслей («в огороде бузина, а в Киеве — дядька»), грамматический строй речи (синтаксис) при этом сохраняется.

Грубое расстройство мышления. Больные способны произносить достаточно обширные монологи из грамматически и интонационно верно построенных фраз, но даже внутри одного предложения нет какого-либо единого смысла.

Бессвязное (инкогерентное) мышление — полное отсутствие логических и грамматических связей между словами. Речь больных бессвязная, беспорядочный набор отдельных слов, а также слогов и звуков. Также, вероятно, нарушено понимание обращенной речи. Свидетельствует о грубом нарушении деятельности мозга, встречается при аменции (тяжелой форме делириозного помрачения сознания, сопровождающейся нарастанием симптомов выключения сознания).

Нарушение критичности мышления

Критичность мышления — способность правильно оценивать свое понимание ситуации, сопоставлять объективную реальность и свои субъективные представления о ней.

Критичность мышления нарушена при всех психических расстройствах психотического уровня (бред, нарушения сознания, выраженное интеллектуально-мнестическое снижение — слабоумие — и пр.), однако менее выраженные нарушения критичности могут наблюдаться и у лиц без психоза.

Инфантильное мышление (недостаточная критичность) — мышление с чертами незрелости у взрослых людей; характерно недостаточное использование логического (рационального) мышления, опора на интуитивные суждения и подверженность мышления искажающему влиянию со стороны эмоций.

Вместо логического анализа действительности преобладает формирование быстрых, основанных на интуиции, но не продуманных, подверженных искажающему влиянию эмоций, примитивных суждений. Собственные желания и опасения определяют тенденциозность оценок, избирательность используемых в суждениях фактов, искажение реальности в пользу сиюминутных субъективных представлений. Критической оценки расхождения действительности со своими субъективными представлениями о ней не возникает.

Для людей с инфантильным мышлением характерны неразвитость самоанализа, категоричность в суждениях с убежденностью в собственной правоте, нежелание признавать ошибки, несмотря на быструю смену убеждений под влиянием случайных обстоятельств и эмоций. Недостаточность критических способностей обуславливает высокую внушаемость, доверчивость (в том числе в отношении опоры на собственную интуицию), формирование примитивных верований и суеверий, склонность к фантазированию. Характерны реакции «бегства» при столкновении с жизненными трудностями (в том числе «бегства в болезнь» — см., например, конверсионные и диссоциативные расстройства, устар. — истерия).

Инфантильное мышление может быть характерно для лиц с истерическим личностным радикалом, низким интеллектуальным уровнем, психоорганическим синдромом.

Близкие по своей сути к инфантильному мышлению варианты:

Нарушение критичности мышления

Критичность мышления — способность правильно оценивать свое понимание ситуации, сопоставлять объективную реальность и свои субъективные представления о ней.

Критичность мышления нарушена при всех психических расстройствах психотического уровня (бред, нарушения сознания, выраженное интеллектуально-мнестическое снижение — слабоумие — и пр.), однако менее выраженные нарушения критичности могут наблюдаться и у лиц без психоза.

Инфантильное мышление (недостаточная критичность) — мышление с чертами незрелости у взрослых людей; характерно недостаточное использование логического (рационального) мышления, опора на интуитивные суждения и подверженность мышления искажающему влиянию со стороны эмоций.

Вместо логического анализа действительности преобладает формирование быстрых, основанных на интуиции, но не продуманных, подверженных искажающему влиянию эмоций, примитивных суждений. Собственные желания и опасения определяют тенденциозность оценок, избирательность используемых в суждениях фактов, искажение реальности в пользу сиюминутных субъективных представлений. Критической оценки расхождения действительности со своими субъективными представлениями о ней не возникает.

Для людей с инфантильным мышлением характерны неразвитость самоанализа, категоричность в суждениях с убежденностью в собственной правоте, нежелание признавать ошибки, несмотря на быструю смену убеждений под влиянием случайных обстоятельств и эмоций. Недостаточность критических способностей обуславливает высокую внушаемость, доверчивость (в том числе в отношении опоры на собственную интуицию), формирование примитивных верований и суеверий, склонность к фантазированию. Характерны реакции «бегства» при столкновении с жизненными трудностями (в том числе «бегства в болезнь» — см., например, конверсионные и диссоциативные расстройства, устар. — истерия).

Инфантильное мышление может быть характерно для лиц с истерическим личностным радикалом, низким интеллектуальным уровнем, психоорганическим синдромом.

Близкие по своей сути к инфантильному мышлению варианты:

• Афазия — нарушения прежде сформированной речи при поражении центров речи в коре головного мозга (в доминантном полушарии): Моторная (Брока) афазия — нарушения синтаксиса и грамматической структуры слов, т.е. больные допускают ошибки в произношении слов (литеральные парафазии) и в их выборе (вербальные парафазии), их спонтанная речь бедная, могут ограничиваться лишь малым набором слов («слова-эмболы»). При этом сами попытки высказаться осмысленны, т.е. больной понимает, что он хочет воспроизвести, он сердится на себя, что не может правильно сказать, ему можно помогать произносить фразы. Поражение в области задних отделов нижней лобной извилины.

Сенсорная (Вернике) афазия — нарушение понимания речи, при этом собственная речь может быть грамматически правильной, но неправильной по смыслу, так как нарушено понимание того, что человек произносит. Могут быть многоречивы (логорея), сердятся на окружающих за то, что те их не понимают. В выраженных случаях речь больных напоминает разорванное или даже бессвязное мышление («речевой салат»), поэтому такие случаи афазии иногда принимают за нарушение сознания или другое психическое расстройство. Поражение в области средних и верхних отделов верхней височной извилины.

Амнестическая афазия — затруднения с названиями предметов и явлений; семантическая афазия — нарушение определения смысла грамматических и семантических связей (разница между «отцом брата» и «братом отца» и пр.).

- Алалия — отсутствие или недоразвитие речи у детей с сохранным слухом
- Алексия — утрата способности читать; аграфия — утрата способности правильно писать при сохранности двигательных функций. Обычно аграфия возникает вместе с афазией (если пациент может писать, но не разговаривает — это мутизм)
- Дислексия, дисграфия — неспособность овладеть навыками (недоразвитие навыков) чтения и письма
- Мутизм — отказ от речи при сохранности речевого аппарата и корковых центров речи (например, при кататоническом ступоре и пр.).
- Эхолалия — бессмысленное повторение слов собеседника (например, при кататоническом возбуждении, слабоумии).
- Копролалия — болезненное влечение к произнесению бранных слов без повода (см. импульсивные влечения).

Бредовая идея

Для диагностики бреда (бредовой идеи) необходимо выявить одновременное сочетание трех критериев:

Ложное, ошибочное суждение => чтобы убедиться в этом, следует выслушать обоснования своих суждений пациентом, а также собрать объективный анамнез. Не обо всех суждениях можно легко сказать, ложные они или нет (см. далее), но в отношении бредовых идей обычно никто из окружающих больного людей не думает также, как он (не разделяет его убеждений)

Не поддается разубеждению, несмотря на явное противоречие действительности => чтобы убедиться в этом, следует провести попытку переубедить, привести свои логические доводы против данного ошибочного суждения. Бредовая идея непроницаема для контраргументов, ей следуют с исключительной субъективной убежденностью.

Овладевает всем сознанием больного, имеет для него чрезвычайно большую значимость, негативно влияет на его действия => чтобы убедиться в этом, следует оценить, как данное ошибочное суждение влияет на поступки и взаимоотношения с окружающими.

Дополнительно необходимо оценить наличие риска опасного поведения (для самого пациента и окружающих его людей).

Невозможность понять ложную основу своей патологической идеи, недоступность критики приводят к тому, что больные с бредом принципиально не могут согласиться с мнением окружающих людей, расценивающих их состояние как болезненное и настаивающих на необходимости лечения. Зачастую это рождает необоснованные обвинения со стороны пациентов в адрес своих родных и медицинского персонала в предвзятом отношении, желании навредить или даже ограничить свободу и т.д.

Лечение больных с бредом в значительной части случаев назначается вопреки их желанию (см. недобровольная госпитализация), поэтому это налагает дополнительную ответственность на врача, который должен очень тщательно разобраться в том, есть ли в данном случае у его пациента бред или нет. К сожалению, в силу объективных причин сделать однозначный вывод на этот счет не всегда просто.

Сложности при диагностике бреда

1. «Ложное, ошибочное суждение» — всегда ли можно легко убедиться в том, что то или иное суждение ложное?

В некоторых случаях ложность суждений вполне очевидна («мне сорок тысяч лет, я — королева Франции...»), «я получил три Нобелевских

премии за изобретение „Беломора“...»). Однако есть ряд ситуаций, которые представляют диагностические сложности:

1) если суждение касается вещей, принципиально недоступных проверке, относящихся к верованиям и жизненным убеждениям. Человечество не знает и не может окончательно доказать: существует ли Бог, дьявол, НЛО, сбываются ли астрологические прогнозы, обусловлено ли глобальное потепление выбросом парниковых газов, существует ли жизнь после смерти и пр. Эти вещи можно принимать на веру или не принимать. То же касается и убеждений, в основе которых лежат оценочные суждения (что лучше: блондинки или брюнетки, «ЦСКА» или «Зенит», коммунизм или капитализм, кока- или пепси-кола?).

Соответственно, никакие убеждения, связанные с верованиями или оценочными суждениями, не могут сами по себе рассматриваться в качестве ложных или истинных (врач-атеист может для самого себя считать, что Бога не существует, но не может на этом основании признать верующего человека больным).

Критерий, который может с осторожностью использоваться при диагностике бреда при анализе подобных переживаний — несоответствие убеждений пациента убеждениям его социального и образовательного круга; или — есть ли люди, которые разделяют убеждения пациента?

2) Если суждения пациента изначально могут выглядеть правдивыми и обыденными, но на самом деле являются ложными. Сюда относятся случаи, затрагивающие бытовые темы, к примеру, идеи ущерба (например, обвинения в адрес соседей по коммунальной квартире в намеренной порче имущества) или ревности (обвинения супруги в неверности). Для того чтобы убедиться в ложности или истинности таких утверждений, врачу нужен «объективный» анамнез. Естественно, шанс получить от стороны, которую пациент обвиняет (в данном случае от соседей по коммунальной квартире, с которыми у пациента конфликт, или супруги), правдивую объективную информацию не очень велик (ни соседи, ни супруга, скорее всего, не будут признавать то, что они поступали плохо, а исключить это, доверяя только их словам, нельзя). Поэтому, для того чтобы убедиться в истинности или ложности таких суждений, требуются объективные сведения от незаинтересованной (!) стороны (например, от родственников больного, проживающих отдельно, полиции и пр.). К сожалению, это не всегда возможно;

премии за изобретение „Беломора“...»). Однако есть ряд ситуаций, которые представляют диагностические сложности:

1) если суждение касается вещей, принципиально недоступных проверке, относящихся к верованиям и жизненным убеждениям. Человечество не знает и не может окончательно доказать: существует ли Бог, дьявол, НЛО, сбываются ли астрологические прогнозы, обусловлено ли глобальное потепление выбросом парниковых газов, существует ли жизнь после смерти и пр. Эти вещи можно принимать на веру или не принимать. То же касается и убеждений, в основе которых лежат оценочные суждения (что лучше: блондинки или брюнетки, «ЦСКА» или «Зенит», коммунизм или капитализм, кока- или пепси-кола?).

Соответственно, никакие убеждения, связанные с верованиями или оценочными суждениями, не могут сами по себе рассматриваться в качестве ложных или истинных (врач-атеист может для самого себя считать, что Бога не существует, но не может на этом основании признать верующего человека больным).

Критерий, который может с осторожностью использоваться при диагностике бреда при анализе подобных переживаний — несоответствие убеждений пациента убеждениям его социального и образовательного круга; или — есть ли люди, которые разделяют убеждения пациента?

2) Если суждения пациента изначально могут выглядеть правдивыми и обыденными, но на самом деле являются ложными. Сюда относятся случаи, затрагивающие бытовые темы, к примеру, идеи ущерба (например, обвинения в адрес соседей по коммунальной квартире в намеренной порче имущества) или ревности (обвинения супруги в неверности). Для того чтобы убедиться в ложности или истинности таких утверждений, врачу нужен «объективный» анамнез. Естественно, шанс получить от стороны, которую пациент обвиняет (в данном случае от соседей по коммунальной квартире, с которыми у пациента конфликт, или супруги), правдивую объективную информацию не очень велик (ни соседи, ни супруга, скорее всего, не будут признавать то, что они поступали плохо, а исключить это, доверяя только их словам, нельзя). Поэтому, для того чтобы убедиться в истинности или ложности таких суждений, требуются объективные сведения от незаинтересованной (!) стороны (например, от родственников больного, проживающих отдельно, полиции и пр.). К сожалению, это не всегда возможно;

Эти особая значимость, вовлеченность, ущерб, который наносится жизни, должны играть важную роль при разграничении бреда и ложных, но обыденных, суждений. Высказывалось даже предложение заменить термин «бред» на термин «неразделяемые дисфункциональные идеи», т.е. уже в самом термине сделать акцент на нарушении функционирования. Конечно, такой термин неудобен в использовании из-за своей громоздкости, но он более подходит современной модели взаимоотношения «врач—больной», в которой врач не может быть неким судьей, субъективно, на свой вкус, оценивающим, ошибается пациент или нет, но может предлагать лечение как возможность преодолеть его проблему, его нарушение функционирования.

4. Возникает на основе болезни («патологической почве»)

Этот дополнительный критерий приводится во многих учебниках и руководствах, однако, его не всегда правильно трактуют, смешивая причины и последствия (все психопатологические симптомы возникают на основе тех или иных «болезней», но сами психические расстройства диагностируют на основе выявления психопатологических симптомов, а не наоборот). Данное свойство бреда выделил К.Ясперс, который считал, что в основе первичного (истинного) бреда лежит первичное патологическое переживание, которое трудно описать и объяснить, но можно отметить по непонятности, невыводимости бреда из прочей психической жизни индивида, его чрезмерной убежденности в истинности своей идеи, построении бредовой фабулы вокруг своего «Я».

Эти особая значимость, вовлеченность, ущерб, который наносится жизни, должны играть важную роль при разграничении бреда и ложных, но обыденных, суждений. Высказывалось даже предложение заменить термин «бред» на термин «неразделяемые дисфункциональные идеи», т.е. уже в самом термине сделать акцент на нарушении функционирования. Конечно, такой термин неудобен в использовании из-за своей громоздкости, но он более подходит современной модели взаимоотношения «врач—больной», в которой врач не может быть неким судьей, субъективно, на свой вкус, оценивающим, ошибается пациент или нет, но может предлагать лечение как возможность преодолеть его проблему, его нарушение функционирования.

4. Возникает на основе болезни («патологической почве»)

Этот дополнительный критерий приводится во многих учебниках и руководствах, однако, его не всегда правильно трактуют, смешивая причины и последствия (все психопатологические симптомы возникают на основе тех или иных «болезней», но сами психические расстройства диагностируют на основе выявления психопатологических симптомов, а не наоборот). Данное свойство бреда выделил К.Ясперс, который считал, что в основе первичного (истинного) бреда лежит первичное патологическое переживание, которое трудно описать и объяснить, но можно отметить по непонятности, невыводимости бреда из прочей психической жизни индивида, его чрезмерной убежденности в истинности своей идеи, построении бредовой фабулы вокруг своего «Я».

- Попытки своими активными действиями сделать преследование невозможным («преследуемые преследователи»): раскладывают по квартире метки, по которым можно было бы вычислить и доказать присутствие посторонних, ищут их или сами начинают следить за теми людьми, кто, по их мнению, их преследует, угрожают, а в некоторых случаях проявляют физическую агрессию.

Частными вариантами идей преследования являются идеи:

Преследования (в узком смысле) — преследователи повсюду, следят на улице, в транспорте, наблюдают из окон напротив, проникают в квартиру в отсутствие хозяина, устанавливают подслушивающие устройства, специальные программы в компьютер и т.д.

Воздействия — преследователи оказывают намеренное воздействие на тело, психику или волю с помощью физического (некие лучи или поля, которые возникают от действия приборов, лазеров, микрочипов, космических тел) или психического воздействия (гипноз, сглаз, колдовство, божественный промысел или дьявольский соблазн).

Отравления — преследователи травят с помощью добавления неких ядов в пищу, запускания ядовитых газов в вентиляцию, под дверь и пр. Ущерба (материального ущерба) — преследователи воруют или портят вещи, продукты, мебель, якобы незаконно завладели недвижимостью и пр.

Отношения — убежденность в том, что нейтральные или относящиеся к другим лицам замечания окружающих на самом деле относятся к больному, намекают на него.

Инсценировки — убежденность в том, что все происходящее вокруг является специально подстроенной инсценировкой, преследующей особые цели, все вокруг находится в сговоре.

Ревности — убежденность в неверности партнера, сбор улик.

Сутяжничества (или бред кверулянтов, от лат. *querulus* — постоянно жалующийся) — упорная борьба по отстаиванию своих якобы попранных прав; больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества представляющихся им важными документов.

Б. БРЕД ВЕЛИЧИЯ

Бред величия характеризуется значительной переоценкой больным своего статуса в обществе, своих психических и физических возможностей. В большинстве случаев больные с бредом величия спокойны и доброжелательны, терпимы к внешним неудобствам и не склонны к агрессии, хотя в некоторых случаях могут быть нетерпеливы

- Попытки своими активными действиями сделать преследование невозможным («преследуемые преследователи»): раскладывают по квартире метки, по которым можно было бы вычислить и доказать присутствие посторонних, ищут их или сами начинают следить за теми людьми, кто, по их мнению, их преследует, угрожают, а в некоторых случаях проявляют физическую агрессию.

Частными вариантами идей преследования являются идеи:

Преследования (в узком смысле) — преследователи повсюду, следят на улице, в транспорте, наблюдают из окон напротив, проникают в квартиру в отсутствие хозяина, устанавливают подслушивающие устройства, специальные программы в компьютер и т.д.

Воздействия — преследователи оказывают намеренное воздействие на тело, психику или волю с помощью физического (некие лучи или поля, которые возникают от действия приборов, лазеров, микрочипов, космических тел) или психического воздействия (гипноз, сглаз, колдовство, божественный промысел или дьявольский соблазн).

Отравления — преследователи травят с помощью добавления неких ядов в пищу, запускания ядовитых газов в вентиляцию, под дверь и пр. Ущерб (материального ущерба) — преследователи воруют или портят вещи, продукты, мебель, якобы незаконно завладели недвижимостью и пр.

Отношения — убежденность в том, что нейтральные или относящиеся к другим лицам замечания окружающих на самом деле относятся к больному, намекают на него.

Инсценировки — убежденность в том, что все происходящее вокруг является специально подстроенной инсценировкой, преследующей особые цели, все вокруг находится в сговоре.

Ревности — убежденность в неверности партнера, сбор улик.

Сутяжничества (или бред кверулянтов, от лат. *querulus* — постоянно жалующийся) — упорная борьба по отстаиванию своих якобы попранных прав; больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества представляющихся им важными документов.

Б. БРЕД ВЕЛИЧИЯ

Бред величия характеризуется значительной переоценкой больным своего статуса в обществе, своих психических и физических возможностей. В большинстве случаев больные с бредом величия спокойны и доброжелательны, терпимы к внешним неудобствам и не склонны к агрессии, хотя в некоторых случаях могут быть нетерпеливы

человечества или всей Вселенной). Близок по смыслу бред греховности — приписывание себе разнообразных грехов; самоуничтожения — убежденность больного в собственной ничтожности (физической, психической или моральной); обнищания (разорения) — убежденность в грозящей или уже состоявшейся утрате больным и его семьей принадлежавших им материальных ценностей с убежденностью в том, что они «останутся на улице» или «умрут с голоду»; дисморфомания — бред наличия физического несовершенства, уродства. См. дисморфомания и дисморфофобия; ипохондрический — бред болезни. См. ипохондрия.

По степени необычности бреда

Степень необычности бреда (близко по смыслу «размах» или «масштаб» бреда) может быть различна. Крайние формы:

- Бред обыденных отношений (бред «малого размаха», кухонный бред) — охватывает бытовые ситуации с участием одного или нескольких лиц из ближайшего окружения больного (соседей или родственников).

Обычно представлен идеями ущерба, имеющими относительно реалистическое конкретное бытовое содержание («соседи по коммунальной квартире включают мою лампочку в коридоре, чтобы на моем счетчике набежал счет», «свекровь меняет в холодильнике мою хорошую петрушку на свою завядшую»).

- Мегаломанический (грандиозный) бред — нелепый, фантастический бред с переживаниями грандиозного масштаба. Может быть представлен как идеями величия («мне 40 тысяч лет, я — королева Франции, мой отец с планеты Ореон, я спасаю все человечество от голода, управляя всеми деньгами мира», «я — тринадцатое зодиакальное созвездие — созвездие Сковороды», «у меня десять тысяч голов»), так и идеями самообвинения («из-за меня началась Вторая мировая война», «я сдвинул Землю со своей орбиты, теперь она упадет на Солнце»). Мегаломанический ипохондрический бред («все внутренности сгнили, внутри меня совсем ничего нет — мозга нет, сердца нет, кишечника нет...», «я болен самой страшной болезнью, она вызовет эпидемию по всему миру, от которой на Земле вымрет все живое») в сочетании с депрессией называют синдромом Котара, обычно развивается в инволюционном возрасте.

По степени систематизации

Систематизированный бред — хорошо структурированный, больной в этих случаях приводит целую систему подробно продуманных и

человечества или всей Вселенной). Близок по смыслу бред греховности — приписывание себе разнообразных грехов; самоуничтожения — убежденность больного в собственной ничтожности (физической, психической или моральной); обнищания (разорения) — убежденность в грозящей или уже состоявшейся утрате больным и его семьей принадлежавших им материальных ценностей с убежденностью в том, что они «останутся на улице» или «умрут с голоду»; дисморфомания — бред наличия физического несовершенства, уродства. См. дисморфомания и дисморфофобия; ипохондрический — бред болезни. См. ипохондрия.

По степени необычности бреда

Степень необычности бреда (близко по смыслу «размах» или «масштаб» бреда) может быть различна. Крайние формы:

- Бред обыденных отношений (бред «малого размаха», кухонный бред) — охватывает бытовые ситуации с участием одного или нескольких лиц из ближайшего окружения больного (соседей или родственников).

Обычно представлен идеями ущерба, имеющими относительно реалистическое конкретное бытовое содержание («соседи по коммунальной квартире включают мою лампочку в коридоре, чтобы на моем счетчике набежал счет», «свекровь меняет в холодильнике мою хорошую петрушку на свою завядшую»).

- Мегаломанический (грандиозный) бред — нелепый, фантастический бред с переживаниями грандиозного масштаба. Может быть представлен как идеями величия («мне 40 тысяч лет, я — королева Франции, мой отец с планеты Ореон, я спасаю все человечество от голода, управляя всеми деньгами мира», «я — тринадцатое зодиакальное созвездие — созвездие Сковороды», «у меня десять тысяч голов»), так и идеями самообвинения («из-за меня началась Вторая мировая война», «я сдвинул Землю со своей орбиты, теперь она упадет на Солнце»). Мегаломанический ипохондрический бред («все внутренности сгнили, внутри меня совсем ничего нет — мозга нет, сердца нет, кишечника нет...», «я болен самой страшной болезнью, она вызовет эпидемию по всему миру, от которой на Земле вымрет все живое») в сочетании с депрессией называют синдромом Котара, обычно развивается в инволюционном возрасте.

По степени систематизации

Систематизированный бред — хорошо структурированный, больной в этих случаях приводит целую систему подробно продуманных и

свой статус — то летчик-космонавт, то эстрадный певец — в зависимости от аудитории, перед которой говорит, или даже по ходу одной и той же беседы; при этом он не смущается возникающих противоречий, тут же находя им свое объяснение).

Примеры развития вторичного бреда:

Расстройства настроения. Вторичный бред может наблюдаться в рамках типичных депрессивных и маниакальных синдромов психотического уровня, его содержание определяется доминирующим настроением.

Делириозное помрачение сознания. Особенно ярко бред и истинные галлюцинации выражены при алкогольном делирии и делирии, вызванном употреблением других психоактивных веществ.

Нарушение памяти. Достаточно характерно формирование бредовых идей ущерба в тех случаях, когда больные из-за расстройств памяти (гипомнезии) забывают, куда положили те или иные вещи, обвиняют окружающих в краже, в дальнейшем специально прячут и перепрятывают ценности, документы и снова не могут их найти, что еще больше укрепляет их подозрения.

Различие между первичным и вторичным бредом: например, сосуществование галлюцинаций и бреда на фоне ясного сознания.

Существуют случаи, когда содержание галлюцинаций оказывает непосредственное влияние на содержание мышления. Пациент начинает верить в реальность своих обманов восприятия, при этом эти новые убеждения психологически можно полностью объяснить содержанием обманов восприятия (например, слышит, что в коридоре больницы его ругают, планируют расправу, выходит в коридор и видит беседующих врачей, понимает, что голоса принадлежат им, убегает из учреждения). То есть речь идет о вторичном бреде, представляющем собой психологически понятную реакцию на возникновение галлюцинаций и их содержание. Содержание бреда в этом случае можно предугадать, зная содержание галлюцинаций. Такие случаи обычно называют «галлюцинозами» (например, острый и хронический алкогольные галлюцинозы), т.е., несмотря на то что в клинической картине бред играет свою роль, он не настолько важен, даже чтобы выносить его в название синдрома.

В других случаях бред имеет собственную логику развития, представляя собой некую творческую разработку того, что было воспринято в галлюцинациях, т.е. некое дополнение, свой собственный вклад (например, больной стал слышать голоса незнакомых людей,

свой статус — то летчик-космонавт, то эстрадный певец — в зависимости от аудитории, перед которой говорит, или даже по ходу одной и той же беседы; при этом он не смущается возникающих противоречий, тут же находя им свое объяснение).

Примеры развития вторичного бреда:

Расстройства настроения. Вторичный бред может наблюдаться в рамках типичных депрессивных и маниакальных синдромов психотического уровня, его содержание определяется доминирующим настроением.

Делириозное помрачение сознания. Особенно ярко бред и истинные галлюцинации выражены при алкогольном делирии и делирии, вызванном употреблением других психоактивных веществ.

Нарушение памяти. Достаточно характерно формирование бредовых идей ущерба в тех случаях, когда больные из-за расстройств памяти (гипомнезии) забывают, куда положили те или иные вещи, обвиняют окружающих в краже, в дальнейшем специально прячут и перепрятывают ценности, документы и снова не могут их найти, что еще больше укрепляет их подозрения.

Различие между первичным и вторичным бредом: например, сосуществование галлюцинаций и бреда на фоне ясного сознания.

Существуют случаи, когда содержание галлюцинаций оказывает непосредственное влияние на содержание мышления. Пациент начинает верить в реальность своих обманов восприятия, при этом эти новые убеждения психологически можно полностью объяснить содержанием обманов восприятия (например, слышит, что в коридоре больницы его ругают, планируют расправу, выходит в коридор и видит беседующих врачей, понимает, что голоса принадлежат им, убегает из учреждения). То есть речь идет о вторичном бреде, представляющем собой психологически понятную реакцию на возникновение галлюцинаций и их содержание. Содержание бреда в этом случае можно предугадать, зная содержание галлюцинаций. Такие случаи обычно называют «галлюцинозами» (например, острый и хронический алкогольные галлюцинозы), т.е., несмотря на то что в клинической картине бред играет свою роль, он не настолько важен, даже чтобы выносить его в название синдрома.

В других случаях бред имеет собственную логику развития, представляя собой некую творческую разработку того, что было воспринято в галлюцинациях, т.е. некое дополнение, свой собственный вклад (например, больной стал слышать голоса незнакомых людей,

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 индукцируемого (индукцируемых), 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 индукцируемого, 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.

Сверхценные идеи

Сверхценные идеи:

1. В основе лежат правильные по своей сути идеи (во всяком случае, разделяемые другими людьми, представителями определенных субкультур, традиций, убеждений и пр.).
2. Однако они получают в сознании индивида не соответствующее их реальному значению преобладающее (доминирующее) положение, чрезмерную ценность, подчиняют себе всю жизнь человека и приводят к неблагоприятным последствиям для жизни индивида (дисфункциональны).

Понятие охватывает большой спектр ситуаций, сверхценные идеи могут формироваться как у людей, обладающих личностной предрасположенностью (например, паранойяльный склад личности) в определенных жизненных ситуациях, так и при различных психических болезнях (депрессиях, реактивных состояниях и пр.). Про патологическое состояние говорят в тех случаях, когда из-за охваченности человека какой-либо идеей, реальная ценность которой невелика, значимо страдают другие стороны его жизни и жизни окружающих. Наиболее яркие примеры, когда шахид, религиозный фанатик, охваченный идеей мнимого спасения, убивает с его точки зрения «неверных» (ни в чем не повинных людей), но вместе с ними и себя самого.

В отличие от бредовых идей, в основе сверхценных лежат некие истинные послы или разделяемые определенным кругом людей верования или жизненные убеждения. Однако критическому пониманию переоценка значимости этих идей не доступна. Как и при паранойяльном синдроме развитию сверхценных идей способствуют определенные черты мышления (склонность к одностороннему, тенденциозному рассмотрению проблем) и личности (стеничность). По содержанию сверхценные идеи могут быть различными: Изобретательства — поглощенность развитием и распространением изобретений, которые трудно реализовать на практике, и от этого ценность сомнительна, созданием и продвижением новых научных концепций, универсальных (а от того слишком общих и бесполезных) теорий, через которые пытаются объяснить все мировые процессы и пр.

Реформаторства — фанатичная поглощенность распространением своих религиозных или политических убеждений, имеющих цель коренным образом изменить жизнь большого числа людей.

Выводы

В заключение, можно отметить, что патология мышления и речи является серьезной проблемой в психиатрии и неврологии. Расстройства мышления могут быть связаны с различными психическими и неврологическими заболеваниями, а также с детским развитием. Для диагностики и лечения расстройств мышления и речи необходимо обращаться к специалистам-психиатрам и неврологам, которые проведут комплексное обследование и подберут оптимальную терапию. Важно также помнить, что раннее выявление и лечение патологии мышления и речи способствует более успешной адаптации пациента в обществе.

Список литературы

1. Гольдфарб А.И. Психиатрия: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Карпенко О.А., Лебедева Т.В. Расстройства мышления у пациентов с шизофренией: диагностика и лечение // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 6. – С. 63-68.
3. Кузнецова О.В., Хомякова А.В., Кондратьева И.Н. Расстройства мышления у больных с органическими психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 116, № 10. – С. 79-84.
4. Мосолов С.Н., Шмидт М.Г., Кoryтин А.Ф. Расстройства мышления: этиология, патогенез, клиника и лечение // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 10. – С. 44-49.
5. Федотова И.В., Сухорукова О.В., Карпова Е.Б. Расстройства мышления у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 10. – С. 72-76.

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 д.м.н. Берцовой Н.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрия
Гайдаров В.В.
(ФИО ординатора)

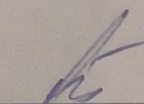
Тема реферата Психомоторные изменения и ритм

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)	отлично

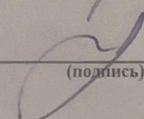
Дата: «__» ____ 20__ год

Подпись рецензента


(подпись)

Берцовой Н.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)

Гайдаров В.В.
(ФИО ординатора)