

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Психотерапия ипохондрических расстройств

Выполнила: Ординатор 2 года

Стаценко Ксения Романовна

Красноярск 2021

Содержание:

1. Введение
2. Симптомы ипохондрического расстройства
3. Патогенез ипохондрического расстройства
4. Классификация ипохондрического расстройства
5. Диагностика ипохондрического расстройства
6. Терапевтические отношения при ипохондрии
7. Лечение ипохондрического расстройства
8. Поведенческая терапия невротической ипохондрии
9. Гештальт-терапия невротической ипохондрии
10. Литература

Введение

Ипохондрическое расстройство (F45.2) по МКБ 10 пересмотра, входит в структуру соматоформных расстройств (F45) и в настоящее время является «головной болью» как для врача, так и для его пациента. После многочисленных осмотров и обследований больной думает, что у него неизлечимое заболевание, что никто не может ему помочь, что, в свою очередь, может привести к ухудшению психического здоровья больного или в худшем случае — попытке причинения вреда своему здоровью. Важнейшей чертой при ипохондрии является устойчивая озабоченность пациента возможностью иметь у себя тяжелое, прогрессирующее заболевание или несколько заболеваний. Пациент предъявляет устойчивые соматические жалобы или проявляет устойчивое беспокойство по поводу их возникновения.

Проблема соматоформных расстройств (к которым относится и ипохондрическое расстройство) в настоящее время стоит очень остро, причем эта проблема затрагивает не только врачей психиатров, но и докторов практически всех специальностей, начиная от врачей поликлинического звена, заканчивая узкопрофильными специалистами, таких как хирургов, гинекологов и т. д.

Ипохондрия известна с давних времен. Во времена Гиппократы считали, что этот недуг связан с заболеваниями внутренних органов, которые находились ниже ребер. А в средневековье было принято считать ипохондрию истерией среди мужчин. Через некоторое время стало считаться, что ипохондрия была симуляцией людей, которые отлынивали от работы.

На данный момент нет обоснования причин возникновения ипохондрического синдрома. Предложено множество теорий формирования данного заболевания. Одни ученые считают это заострением личности на своем состоянии. Такие адекватные реакции нашего организма, как боль или дискомфорт, воспринимаются больным как нечто чужеродное и интерпретируется как ненормальные явления, происходящие в организме. В свою очередь, некоторые психологи считают, что проблема ипохондрии берет свое начало в семейных взаимоотношениях. Те родители, которые чрезмерно волновались и следили за здоровьем своего ребенка, формировали в нем страх за свое здоровье. Больной начинал более пристально наблюдать за собой и своим состоянием, что, возможно, и ведет к формированию ипохондрического синдрома. Также существует теория, что ипохондрия является патологическим заострением инстинкта самосохранения.

Симптомы ипохондрического расстройства

Диагностировать ипохондрическое расстройство не составляет большого труда. Часто такие больные очень эмоциональны при предъявлении своих жалоб, красочно описывают тот или иной симптом. Причем жалобы могут варьироваться от незначительных симптомов, таких как боль в определенном месте или чувство дискомфорта в одной или нескольких анатомических областях тела, так и до клинической картины конкретного заболевания. Жалобы могут касаться практически всех органов и систем. В основном это

сердечно-сосудистая, желудочно-кишечная и нервная системы. Те адекватные процессы, которые происходят в организме, трактуются как симптомы заболевания.

Больные ипохондрией предъявляют жалобы на различные парестезии: ползание мурашек, покалывание или онемение. Также могут быть жалобы на боли кардиологического характера или различные миалгии. Следует отметить тот факт, что часто больные убеждены в наличии у себя какого-либо инфекционного заболевания. Это могут быть инфекции, передающиеся половым путем (например, ВИЧ, гепатит), обычный кашель может навести на мысли о туберкулезе. У людей, страдающих ипохондрическим расстройством, часто бывает повышенная онкологическая настороженность. Они начинают пристально следить за своим организмом и трактовать малейшие изменения как онкологическое заболевание. Иногда, когда больной предъявляет жалобы врачу, они могут не вписываться в клиническую картину определенного заболевания, тем самым ставя специалиста в «тупик». Начинается долгий процесс обследования пациента, что может привести к гипердиагностике, не принося какого-либо результата. Тогда у больных может сложиться впечатление, что врач, который его лечит, не в состоянии помочь ему, либо у него очень редкое заболевание, которое не поддается диагностике и лечению. Больной начинает замыкаться в себе, может считать, что никому нет до него дела, считать окружающих бесчувственными к его состоянию. Это еще больше усугубляет состояние больного, что может привести к различным осложнениям его психического состояния.

Патогенез ипохондрического расстройства

Патогенез ипохондрического расстройства до сих пор изучен не полностью. Существует много гипотез и мнений по этому вопросу. Свою гипотезу патогенеза предложил профессор, д. м. н. кафедры психиатрии ФПК и ППС Новосибирской Государственной Медицинской Академии, Красильников Геннадий Тимофеевич. В одной из своих работ он показал, что существует два аспекта в основе ипохондрического состояния. Это нейрофизиологический фактор (соматогенез) и психологический и социально-психологический факторы (психогенез). Если патогенез ипохондрического расстройства рассматривать со стороны соматогенеза, то можно прийти к мнению о патологии анализа интерорецепции. Красильников предполагает, что ощущение своего тела у человека обусловлено громадным потоком информации со стороны интерорецепторов (рецепторов из внутренних органов), который замыкается ниже порога сознания, и тем самым создается интегративное телесное самочувствие. Вне сознательного контроля обычно протекают и автономные вегетативные процессы, основывающиеся на информации от проприо- и висцерорецепторов. В частности, наше сознание ориентировано на сигналы от экстерорецепторов, формирующих информационную базу для внешней деятельности. Нарушение интероцептивной сигнализации может возникнуть на различных уровнях: рецепторном, гипоталамическом, кортикальном. Поэтому вероятны различные механизмы, вызывающие патологию самоощущений. Следовательно, все, что повышает активность интерорецепции и понижает порог ее сознательного восприятия, создает нейрофизиологическую основу ипохондрического

симптомообразования, например, переутомление, соматогенная астения, вегетососудистая дистония и т. п.

Классификация ипохондрического расстройства

Выделяют три вида ипохондрического расстройства:

- навязчивая ипохондрия;
- сверхценная ипохондрия;
- бредовая ипохондрия.

Навязчивая ипохондрия является легкой формой, она не такая злокачественная и в отличие от других видов легко может поддаваться лечению. Причины ее возникновения могут быть различны. Это какое-либо стрессовое переживание или сильное впечатление. Например, после ознакомления с медицинской литературой или медицинской телевизионной программой. Часто она возникает у студентов медицинских вузов и называется «болезнь третьего курса» — так называют переживания за свое здоровье у молодых студентов, которые только начинают знакомиться с клиническими дисциплинами.

Сверхценная ипохондрия протекает намного тяжелее и трудно поддается лечению. При ней больной начинает прилагать множество усилий для поддержания своего здоровья. Это неоправданные медицинские обследования, постоянное хождение по врачам различных специальностей. Больные начинают заниматься самолечением, что в свою очередь может привести к пагубным последствиям. Часто ипохондрические личности становятся жертвами мошенников, которые обманывают их тем, что предлагают лекарства именно от их болезни. Сверхценная ипохондрия, в отличие от бредовой, логически верна и возникает без других психотических симптомов.

Бредовая ипохондрия является очень тяжелой формой ипохондрического расстройства и требует немедленной помощи больному в условиях психиатрического стационара. Эта форма основана на патологическом умозаключении, когда больной начинает высказывать нелепые, а порой фантастические объяснения своего здоровья. Например, больные могут высказывать бредовые идеи ухудшения своего здоровья тем, что на него «как то не так» посмотрел человек, или считать, что от прикосновения незнакомого человека он заразился ВИЧ-инфекцией. Бредовая ипохондрия практически не поддается разубеждению и часто встречается в структуре заболеваний шизофренического спектра. Опасность такой формы заключается в том, что больной может совершить попытку суицида или гетероагрессивный акт из-за своего состояния.

Диагностика ипохондрического расстройства

Диагноз ставится на основании жалоб и исключения соматической патологии. Сначала больной проходит множество специалистов, это может быть специалист одной специальности, если человек, страдающий ипохондрией, жалуется на патологию только

одной системы, а может быть и различный профиль врачей разных специальностей. Назначаются различные диагностические процедуры и сбор анализов. Больные проходят тщательный осмотр, это может быть УЗИ различных органов, МРТ-диагностика органов и систем. Больные, которые считают, что у них есть онкологическое заболевание, проходят ПЭТ-исследование, что занимает много времени и подразумевает большие финансовые вложения. После исключения соматической патологии больного направляют к психиатру, который проводит дифференциальную диагностику, исключая депрессию и тревожные расстройства, соматоформное расстройство, шизофрению и другие психические заболевания.

Ипохондрия в современной психиатрии рассматривается не как отдельное заболевание, а как симптомокомплекс. Для постановки диагноза ипохондрического расстройства должна быть совокупность следующих критериев:

- Своеобразные расстройства мышления в виде ипохондрических идей;
- Неприятные или болезненные ощущения для больного;
- Нарушения поведения, которые характеризуются поисками подтверждения выдвигаемого пациентом и активного лечения.

Врачам непсихиатрической специальности, да и обычным людям, довольно трудно общаться с больными с ипохондрическим расстройством, поэтому нужно не забывать, что очень сложно пытаться разубедить страдающего ипохондрией человека. Ипохондрик попытается убедить своего собеседника в обратном, приводя много различных доводов в защиту своей болезни. Нужно не забывать, что ипохондрик всегда сам страдает от своего недуга, поэтому стоит выслушать такого человека, но не более 20 минут, так как больной может во время беседы углубиться в свое заболевание, что приведет к ухудшению состояния. Лучше всего отвлечь ипохондрика каким-либо приемлемым образом.

Для формирования небредовых форм ипохондрии приоритетное значение имеют конституциональные факторы (соматопатическая конституция по K.Schneider) в форме особой чувствительности (гиперпатии) в восприятии телесных функций и особой детализации восприятия событий телесной сферы, а также особая личностная динамика, отражающая сочетание жестких психологических защитных механизмов и условной желательности болезни.

Как известно, первичная выгода соматизации состоит в устранении психического напряжения из сферы сознания, а вторичная выгода обусловлена социальной желательностью соматического регресса, который позволяет при помощи телесной дисфункции реализовать бессознательные цели привлечения внимания и контроля окружения пациента. Соматизация способствует переносу психического страдания в плоскость телесных функций, тем самым служит целям защиты самоуважения и стабилизации самооценки в ситуациях, угрожающих стабильности «Я-концепции» пациента. Таким образом, соматизация и ипохондрия защищает от переживания стыда и нарциссической уязвимости.

Лица, страдающие невротической ипохондрией, как правило, активны, деятельны, социально успешны. В случае неблагоприятной динамики возможно невротическое развитие личности по ипохондрическому типу, что сопровождается существенным снижением качества жизни пациентов данной группы, несмотря на отсутствие резко выраженных психопатологических изменений.

Терапевтические отношения при ипохондрии

Преобладание соматоцентрированного типа внутренней картины болезни создает большие сложности в формировании терапевтического альянса и сотрудничающей модели отношений терапевта и клиента, которые являются основой для эффективной психотерапии (Ташлыков В.А., 1984). Пациенты с ипохондрическими расстройствами невротического уровня демонстрируют феномены описанной Д. Винникоттом множественной соматической диссоциации, противопоставляют мнения разных специалистов, предпочитают биологическое лечение психотерапии, обнаруживают преобладание жестких и примитивных психологических защитных механизмов, затрудняющих возможность исследования и осознания (отрицание, обесценивание, изоляция аффекта, склонность к гипосимволизации и алекситимии). Зачастую первичному приему психотерапевта у пациентов данной группы предшествует длительная череда обследований и консультаций ведущих специалистов в области соматической медицины. Среди пациентов с небредовой ипохондрией преобладают лица с истерической и шизоидной акцентуацией, что способствует распространению мистических и оккультных объяснений, беспокоящих их страданий и частые обращения пациентов данной группы к народным целителям. Таким образом, психотерапевт чаще оказывается завершающим звеном в цепочке, пройденной пациентами в поисках избавления от страдания. Коррекция отношения к болезни осуществляется на протяжении всего курса терапии, но представляется особенно важной на ранних этапах, так как попытки терапевта «забрать болезнь» у пациента путем самоэксплорации будут встречать неосознанное сопротивление и попытки обратиться к привычным биологическим методам лечения и сомнениям в эффективности терапии.

Лечение ипохондрического расстройства

Лечение больных ипохондрическим расстройством обычно бывает комплексным и подразумевает психотерапию и медикаментозное лечение. Лечение может быть как амбулаторное, так и стационарное. При бредовой ипохондрии и попытках суицида требуется неотложное лечение в условиях психиатрической больницы. Навязчивая ипохондрия обычно подразумевает амбулаторное и психотерапевтическое лечение. Благодаря психотерапии можно не только выявить причину расстройства, но и повлиять на психологические установки больного. Индивидуальная психотерапия бывает малоэффективной, приоритет отдается групповой психотерапии, так как она помогает пациенту получить социальную поддержку. Также себя хорошо зарекомендовали такие методы, как когнитивно-поведенческая и гипно-суггестивная психотерапия. Эти методики

широко применялись в 20 веке психотерапевтами при лечении ипохондрического расстройства.

Кроме того, в настоящее время многие врачи предпочитают медикаментозное лечение. При легкой форме ипохондрического расстройства назначаются препараты для снятия тревоги и страха. В основном назначаются транквилизаторы или антидепрессанты с противотревожным эффектом. Если ипохондрия осложнилась депрессией, то сразу назначаются антидепрессанты вместе с транквилизаторами. Транквилизаторы в данном случае играют роль «бензодиазепинового моста», который помогает убрать тревогу и страх до того момента, пока не начнут действовать антидепрессанты. В более сложных случаях желательно назначить также малые нейролептики, например, алимемазин или сульпирид, которые не дают сильных побочных явлений, таких как нейролептические экстрапирамидные нарушения. При бредовой ипохондрии, которая может сопровождаться галлюцинациями, показано курсовое лечение нейролептиками в условиях психиатрического стационара.

Поведенческая терапия невротической ипохондрии

Мишенью поведенческой терапии ипохондрии являются компульсивные ритуалы проверки состояния организма, в том числе так называемый «поиск заверений», хорошо знакомый соматическим врачам («скажите, я не умру?», «это точно не инфаркт?» «это точно не рак?»), измерения пульса и давления, компульсивной интернет-навигации с поиском информации о возможной болезни, а также избегающее поведение, проявляющееся в форме разного рода ограничений активности (например, избегание физической нагрузки при кардиофобии).

Основной техникой на ранних этапах становится техника экспозиции (предотвращения реакции), которая позволяет прервать порочный круг «нарастание тревоги-катастрофические фантазии-ритуал проверки состояния тела». Пациент постепенно разрушает сложившееся устойчивые ритуалы, иногда вместе с терапевтом разрабатывая формы самоподкрепления (разрешить себе дополнительный отдых или вознаградить себя чем-то). При фобиях экстракорпоральной угрозы (страх заражения бактериями, содержащимися в бытовой грязи с ритуалом компульсивного мытья рук) экспозиция может быть дополнена погружением рук в грязь с предотвращением компульсивного желания немедленно помыть руки (Ромек В.Г., 2002).

Может также применяться парадоксальная интенция в форме ежедневного запланированного «часа болезни», когда пациент в течение некоторого промежутка времени сознательно вызывает и детально записывает мысли, относящиеся к болезни. В течение дня он может более спокойно перенести навязчивые мысли о болезни, относя их к этому временному промежутку (тем самым косвенно научаясь вытеснению — «об этом я подумаю завтра»). Ведение дневника также позволяет психотерапевту понимать способ структурирования пациентом собственного дня, распределение пациентом активности, установить связь между усилением ипохондрических мыслей и специфическими

средовыми триггерами, а также степенью выраженности щадящего поведения и избегания (Warwick H. M. C. , 1995).

В дополнение может быть предложена техника десенситизации в воображении (представление о возможном заболевании на фоне прогрессивной мышечной релаксации). Составление иерархии ситуаций, вызывающих страх позволяет выстроить программу последовательной проработки избегающего поведения. Например, пациент страдающий кардиофобией, может просмотреть научно-популярную передачу о болезнях сердца, затем пройти длительно избегаемое суточное мониторирование, потом совершить небольшую пробежку, с последующим увеличением нагрузки. Применение поведенческих техник позволяет прервать порочный цикл компульсивных проверок, а также обрести минимально необходимые навыки саморегуляции, убеждая пациента в самостоятельной способности контролировать симптом.

Когнитивные интервенции направлены на реатрибуцию возникающих ощущений. Проводится раскрытие искаженных интерпретаций пациентами своего состояния, конфронтация когнитивных искажений в форме катастрофизации, генерализации, избирательной абстракции. Весьма успешна такая форма работы реализуется в группах где пациенты имеют возможность сравнения собственного опыта, выявления общего рисунка и типичных когнитивных искажений, а также косвенного группового научения навыкам совладающего поведения. В последнее время популярными становятся методы концентрации и развития телесного осознания, медитация с фокусом на телесных ощущениях, с использованием техник концентрации буддистской школы Тхеравады, позволяющие уменьшить переживание беспокойства при наблюдении тела (Williams MJ, McManus F., Muse K., & Williams , 2011). Разделение собственно телесных событий и их мыслительных интерпретаций во время сканирования пациентом собственного тела способствует значительному уменьшению дисфорического компонента переживания тревоги.

Гештальт-терапия невротической ипохондрии

С позиций гештальт-подхода ипохондрическая тревога представляет собой проекцию в будущее некоего избегаемого переживания. В то же время в гештальт-терапии ипохондрия рассматривается также как ретрофлексия внимания (поворот внимания, изначально направленного на объекты внешней среды на объекты внутренней среды). Таким образом невротическая ипохондрия представляет собой «вотелеснивание внимания», как частный случай телесной символизации актуального поля социальных отношений (Martin L., 1998; Francesetti, G. and Gecele, M., 2009). Исследуя контекст возникновения ипохондрической фиксации, гештальт-терапевты побуждают пациента осознать внутренние причины подобного поворота.

Довольно часто этому предшествуют события потери (близкого, значимой связи, работы), с последующим сужением круга обязательств. У большинства пациентов с невротической ипохондрией в преморбиде преобладают элементы ригидности внимания и детализированного мышления. Им свойственен высокий контроль внешних объектов, что

часто отражается в выборе профессиональной деятельности, требующей точности и детализации. После утраты внешнего объекта цепкое внимание и детализированное мышление, а также ригидный контроль переходит на объекты внутренней среды.

Гештальт-анализ предполагает послышное исследование эмоционального опыта, сопровождающего катастрофические фантазии. С позиций гештальт-подхода нозофобия это просто фантазия, спроецированная в будущее ситуация, в свою очередь, отражающая так или иначе актуальную ситуацию и неосознаваемую потребность. В контакте с терапевтом пациент исследует зону фантазии, обращая внимание на сопровождающие этот процесс, и совершая «челночное движение» от символического значения и метафоры переживания, заключенной в конкретной нозофобической фантазии к поиску похожего процесса. Техники телесного фокусирования в гештальт-подходе и терапии фокусированием Ю.Джендлина довольно схожи и базируются на обратной связи между соматосенсорной перцепцией (сферой ощущений) и процессуальными метафорами, символизирующими неосознаваемые процессы.

Десоматизация ощущений, перевод их в плоскость личностных смыслов и составляет основную часть этой работы. Например, пациенту, страдающему онкофобией предлагается в настоящем времени и от первого лица (техника презентификации) рассказать собственную фантазию о конкретном заболевании от подтверждения диагноза до смерти. Довольно часто в данных фантазиях доминируют эмоциональные содержания одиночества, заброшенности, неразделимости его переживаний с другими людьми сопровождающиеся нарциссической обидой с сильным компонентом зависти к тем, кто остается жить.

Совершая челночное движение к актуальным отношениям, мы можем выявить конфликт между симптоматическим и подлинным SELF, возникающий в результате сверхотождествления с социальной ролью (социальной идентичностью), при постоянном игнорировании подлинных желаний. В таком случае пациенту становится очевидно, что хроническое игнорирование собственных потребностей проецируется в данной фантазии («это не меня игнорируют, а я себя игнорирую») и аффективный заряд нозофобической фантазии ослабевает. Таким образом осознание игнорируемых потребностей позволяет перейти к следующему шагу гештальт-терапии, сформулированному Перлзом принципу «лечения ситуации».

Как создать такую конфигурацию системы отношений, чтобы симптом стал излишним. Перефразируя фрейдовское «там, где было оно, пусть станет Я», гештальт-терапевты утверждают «пойми, что с тобой (за тебя) делает симптом, и сделай сам, но без его участия».

Общим элементом нозофобий является танатофобия. Желание смерти, воспетый Фрейдом в поздние годы жизни Танатос, проявляясь в структуре ипохондрических переживаний, также свидетельствует об определенной потребности. Свойственная фобическим неврозам динамика затрудненной сепарации от амбивалентно-нагруженного объекта, «чемодана без ручки» символизируется в фантазиях о внезапной

смерти (чаще всего сердечной). Это содержание сближает динамику кардиофобии и агорафобии, объясняя их синдромологическую коморбидность. Желание резким образом прервать связь с амбивалентным объектом у лиц с пограничной организацией, может быть пережито только в форме страха, так как у них практически нет опыта успешных сепараций.

Инсультфобия косвенно отражает желание инфантильной зависимости и заботы. Беспокоящая пациентов фантазия о беспомощном положении в инвалидной коляске, с неспособностью себя обслуживать самостоятельно, отражает их желание стать объектом внешней заботы, и полностью отказаться от контроля. В то же время на уровне сознательного поведения пациенты с инсультфобией склонны к невротическому сверхконтролю собственного поведения и контролю поведения окружающих, реализуя сценарии «личности типа А». Конечно, подобные утилитарные интерпретации, не в полной мере отражают индивидуальные смыслы, и в феноменологически ориентированных методах лучшей интерпретацией является интерпретация самого пациента. Поиск значения переориентирует внимание пациента со сверхценной фиксации на собственно телесных ощущениях на исследовании контекста их возникновения.

Таким образом в гештальт-подходе ипохондрическая фобия понимается как достойное расшифровки послание подлинной Самости (витальной самоидентичности), которая не находит иного сигнала, способного достучаться до сознания, поэтому и выбирает сигналы высокой интенсивности, вплоть до танатофобии.

В дальнейшем пациент научается воспринимать ипохондрическую тревогу как корректирующий сигнал приборной панели автомобиля, стабилизатор курса, указывающий на нарушение системы отношений, что способствует улучшению самопонимания и аффективной саморегуляции.

Литература

1. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра// Соматоформные расстройства (F45). 1990-2018
2. Жизнь с болезнью: Психосоматические заболевания – Ипохондрия// Лабиринты разума 2012
3. Клинический психолог// Ипохондрическое расстройство. Часть 2
4. Анатолий Смулевич. Лекции по психосоматике. М.: «Медицинское информационное агентство» 2014 г.
5. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб.: «Речь» 2003. -288 с, илл.
6. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
7. Марк Воронов. Психосоматика. Практическое руководство. К.: «Ника-Центр» 2002. – 256с.: ил.
8. Ежек Наталья. Психотерапевтическая работа с ипохондрией, канцерофобией. 30.08.2014 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Рецензия д.пс.н, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,
проф. Логиновой Ирины Олеговны на реферат ординатора второго года обучения по
специальности «Психотерапия», Стаценко Ксении Романовны по теме: «Психотерапия
ипохондрических расстройств»

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
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. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

27.05.2022.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: