

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

Нарушения мышления

Зав. Кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнил: Ермолаев Иван Петрович

Красноярск 2021

План

1) Актуальность.....	3
2) Стадии развития мышления.....	3
3) Нарушение мышления по форме.....	4
4) Нарушение мышления по содержанию.....	6
5) Заключение.....	10
6) список используемой литературы.....	10

Актуальность

Мышление – это основной и специфический для человека процесс, в ходе которого устанавливаются общие свойства предмета, внутренние связи, характеризующие структуру реальных объектов, их отношения между собой и к объекту познавательной деятельности. Это специфичная для человека способность отражать в собственном сознании окружающий мир в полноте существующих связей, внутренних закономерностей, способность не только наблюдать, но и понимать суть происходящего. Мышление способствует познанию действительности в обобщенном виде, в движении и изменчивости. Оценить свойства и характеристики мышления возможно благодаря речи – форме общения людей посредством языковых конструкций, создаваемых на основе определенных правил. Процесс речи определяет возможность не только формулировать мысли с помощью языковых средств, но и воспринимать языковые конструкции и понимать их.

Основными элементами мышления являются *понятия* – выработанные опытом и знаниями человечества категории, отражающие сущность предметов и явлений. Важнейшим инструментом мышления являются *ассоциации* – связи, установленные между понятиями. Содержание мышления составляют суждения и умозаключения. *Суждения* в речевом представляют собой отдельные высказывания о предметах и явлениях. *Умозаключения* – это логические выводы из сопоставления нескольких суждений.

Швейцарский психолог и философ Ж. Пиаже, изучавший психологию детей, выделял несколько стадий развития мышления:

- 1) **Стадия сенсомоторного интеллекта** (наглядно-действенное): формируется в возрасте 1-2 лет, возникает способность понимать и распознавать предметы реального мира, к концу 2 года представление образа мира переходит из униполярного в биполярное. На этой стадии ребенок становится субъектом – выделяет себя из окружающего мира.
- 2) **Стадия операционного мышления** (наглядно-образное): 2-7 лет формируется речь, активизируется процесс перевода действий из внешнего плана во внутренний, возникновение образов предметов. Происходит вхождение ребенка в социокультурную среду. Развитие эгоцентризма мышления (трудность понимания позиции других людей).
- 3) **Стадия конкретных операций** (словесно-логическое): от 7 до 12 лет развивается возможность давать логические объяснения своим действиям, объединять объекты в классы. Ближе к 7-8 годам такие свойства мышления как ригидность, статичность, необратимость начинают «таять», мышление детей становится более гибким, сложным и обратимым. Возникает способность мысленно выходить за пределы ситуации или состояния, происходящей в настоящий момент. Также, усовершенствуется способность воспринимать не только межпредметные отношения, но и внутрипредметные, возможность мысленно «вырезать» объект из окружающей его среды, при этом сохраняя его аутентичность и использовать его в другом контексте.
- 4) **Стадия формальных операций** (абстрактно-логическое) с 12 лет совершенствуется способность выполнять операции с использованием логических рассуждений и абстрактных понятий. Ребенок может вообразить несуществующие объекты, мыслить по аналогии, понимать метафоры, становиться на точку зрения другого человека, может

решать задачи «в общем виде», без необходимости использовать реальные физические предметы или явления. Мыслительные процессы полностью переходят во внутренний план.

В психопатологии выделяют расстройства мышления по форме и содержанию. Нарушения мышления по форме подразделяются, в свою очередь, на патологию по темпу ассоциативного процесса, его стройности и целенаправленности.

Нарушения по темпу мышления

Болезненно ускоренное мышление – выражается в ускоренном течение ассоциативных процессов, в легком возникновении и увеличении количества ассоциаций, образующихся в определенный отрезок времени. Течение мысли обуславливается внешними ассоциациями, каждая из которых является толчком для новой темы 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. *Наплыв мыслей (мантизм или ментизм)* представляет собой, возникающий помимо воли больного тягостное состояние хаотичного потока проносащихся в голове мыслей, возникающих в виде приступа. В этот момент больной не способен продолжать обычную работу, отвлекается от беседы. После разрешения болезненного состояния, больные иногда могут восстановить логическую цепь мыслей, которые они не успевали высказать во время психоза. Ускорение мышления - характерное проявление маниакального синдрома, но может также наблюдаться при приеме ПАВ (в основном психостимуляторов).

Болезненно замедленное мышление – в отношении темпа представляет собой противоположность предыдущего расстройства. характеризуется замедленным течением ассоциативного процесса, бедностью ассоциаций, затруднением образования мыслей и формирования понятий. На вопросы пациенты, как правило, отвечают очень коротко, односложно, иногда только словами «да» или «нет». Часто это происходит после долгой паузы, когда у спрашивающего уже может создаться впечатление, что пациент не расслышал или не понял вопроса. Замедление мышления наблюдается у больных в состоянии депрессии, а также при легком расстройстве сознания (оглушении).

Шперрунг (нем. sperrung — баррикадирование, загороживание) — эпизодически возникающие состояния полной «закупорки» мыслительной деятельности. Субъективно ощущается «провал, перерыв, блокада». Больные сообщают, что «мысли улетели из головы», «голова пустая», «думал и вдруг как будто в стену уткнулся». Насильственный характер этих симптомов может породить у пациента подозрение, что кто-то специально управляет его мышлением, мешает ему думать. Однако не только приостанавливается мышление, но также нарушается способность представлять, реагировать и действовать, хотя воспоминания о таких состояниях обычно сохраняются.

Нарушения стройности мышления

Бессвязность мышления (инкогеренция) - выражается в одновременном распаде логической структуры мышления и грамматического строя речи. Речь состоит из хаотического набора отдельных слов, бессмысленна, носит неконтролируемый характер. Инкогеренция всегда наблюдается на фоне тяжелого расстройства сознания.

Разорванность мышления - характеризуется распадом логического строя речи, отсутствием смысловой связи между отдельными фразами, предложениями или словами при сохранной способности составлять грамматически правильные завершенные вербальные конструкции. Речь больного сложно либо невозможно понять, нередко подобную речь называют «словесным салатом, словесной крошкой». Такого рода сочетание несочетаемого называется атактическими замыканиями, протяженность которых варьирует от целых фраз до отдельных слов. В отличие от инкогеренции, разорванное мышление возникает на фоне ясного сознания, понимание больным речи окружающих не нарушено. Начальной формой разорванности являются соскальзывания — внешне немотивированные, неожиданные эпизодические переходы от одной мысли к другой по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку. После соскальзывания больной способен продолжить последовательность основного рассуждения.

Нарушение целенаправленности мышления

Резонерство — бесплодное мудрствование, склонность к пустым, общим рассуждениям при отсутствии конкретности и целенаправленности. Это многословное рассуждательство со стремлением к философским построениям, излишнему теоретизированию и отрыву от действительности. Если больной с обстоятельностью мышления стремится максимально полно ответить на вопрос собеседника, то для пациента с резонерством неважно, понят ли он. Ему важен сам процесс мышления, а не конечная мысль. Для резонерства характерна тенденция к «сверхообщениям», к «концептуальности» по незначительным поводам, многозначительность, высокопарность и витиеватость высказываний

Разноплановость - мышление, в процессе которого рассуждения больного о каком-либо событии, явлении протекают в разных плоскостях, как бы в различных руслах. Рассуждения больного основываются на разных признаках обобщения, обобщение происходит в совершенно различных, порой несовместимых направлениях: «в огороде бузина, в Киеве — дядька».

Аутистическое мышление — мышление противоречащее, не соответствующее реальности. Больные теряют связи с действительностью, погружаются в мир личностных переживаний, представлений, фантазий, непонятных окружающим, высказывания или описания предметов/явлений носят не объективный характер, а чувственный, основанный на личном причудливом восприятии.

Символическое мышление — расстройство мышления, при котором обычным словам придается особый, понятный лишь самому больному смысл. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (*неологизмами*), больные разрабатывают собственные языковые системы.

Патологическая обстоятельность - мышление заключается в застревании на деталях, невозможности отделить главное от второстепенного, пациенты пытаются как можно

подробнее рассказать о чем-либо. Речь изобилует множественными несущественными уточнениями, повторами, вводных слов, что мешает понять основную мысль. Хотя пациент и возвращается к основной теме беседы, он постоянно спотыкается на подробных описаниях, добираясь до конечной мысли сложным, запутанным путем (лабиринтное мышление).

Персеверации - вследствие выраженного снижения интеллекта больные, вероятно, не могут осмыслить очередной вопрос и вместо ответа обычно повторяют сказанное ранее. «как ваше имя? Петр. Какой сегодня день недели? Петр» и т.п.

Вербигерация - речевые стереотипные чаще бессмысленные звуки. Повторяющие слова, фразы, которые как бы «нанизываются» друг на друга, не редко рифмуются.

Считается, что такие нарушения мышления как: разноплановость, аутистичность, символизм, резонерство и разорванность характерны для шизофрении, а патологическая обстоятельность, персеверация, инкогеренция для органической патологии ЦНС.

Нарушения мышления по содержанию принято разделять: навязчивые явления, сверхценные идеи, бредовые идеи.

Навязчивые явления – психические феномены (мысли, представления, страхи, влечения и т. д.), которые произвольно, непреодолимо возникают в сознании, часто оказываются тягостными и неприятными, стойко удерживаются в переживаниях и, несмотря на понимание их болезненности и чуждости сознанию, недоступны избавлению с помощью волевых усилий. Выделяют навязчивости отвлеченные, безразличные по своему содержанию: счет в уме (аритмомания), складывание автомобильных номеров и т.п. и чувственные - мучительные для больного содержанием и тревожным аффективным фоном.

Обсессии - навязчивые мысли, которые появляются в различных ситуациях, способные стойко удерживаться в сознании больного. Имеют характер мучительных, бесплодных раздумий и существенным образом нарушают нормальный ход мыслительного процесса. Навязчивые воспоминания характеризуются возникновением в памяти вопреки воле больного какого-либо факта или ситуации обычно неприятного содержания, причем эти переживания совершенно не связаны с реальностью и не имеют объективных предпосылок для своего появления. Навязчивые представления («овладевающие представления») - произвольно возникающие и не соответствующие реальной действительности яркие, образные представления неприятного, тягостного и мучительного содержания (сцены возможной смерти в катастрофе и т. п.), которые на высоте болезненного состояния могут даже восприниматься как реальность. Навязчивые сомнения - стойкие, неприятные чувства сомнения в степени завершенности, законченности какого-либо конкретного действия, поступка, предпринятого и исполненного больным, или мучительная неуверенность вообще в факте свершения этого действия.

Навязчивые опасения — тревоги по поводу возможной неспособности сделать что-либо привычное, профессиональное и автоматизированное. При психическом заболевании навязчивые идеи становятся столь настойчивыми, упорными, что занимают все время больного, отвлекают его от деятельности, вызывая чувство беспомощности и подавленности. К навязчивым мыслям относят и бесплодное болезненное мудрствование, характеризующееся пустым, бесплодным многословием, рассуждательством с отсутствием конкретных идей и целенаправленности мыслительного процесса с присутствием критического отношения к этому состоянию (именно этим оно принципиально отличается от явления резонерства).

Навязчивые страхи (фобии) наряду с навязчивой мыслью присутствуют выраженные эмоциональные расстройства, занимающие ведущее место в клинической картине и сопровождающиеся отчетливыми вегетативными реакциями. Можно выделить следующие диагностические критерии фобий: навязчивый и иррациональный характер страха, четкость фабулы, интенсивность и упорность течения, сохранение критического отношения больного к своему состоянию.

Компульсии - действия, которые вынуждены выполнять больные, против своего желания, несмотря на сохранность критики. Простые компульсии не сочетаются с фобиями и характеризуются произвольным выполнением движений, совершаемых чаще всего автоматически: произвольное потирание рук, покусывание губ и т. д.

Ритуалы являются более сложными видами навязчивых действий и совершаются больными для защиты от ожидаемых бед или успокоения при навязчивых сомнениях, фобиях. Больной не в силах преодолеть потребность в совершении ритуальных действий, хотя и осознает его бессмысленность. Выполнение определенного ритуала сопровождается чувством некоторого облегчения, ослабления внутреннего тревожного напряжения.

Навязчивые влечения - стремление совершить бессмысленный, непристойный либо опасный поступок и обычно сопровождаются выраженной внутриличностной «борьбой мотивов» (например, плюнуть в затылок впереди сидящего человека, выскочить из машины на самой большой скорости и т. п.). Больные с большим трудом сдерживают себя от навязчивого желания реализовать такого рода побуждения.

Сверхценные идеи - суждения, которые отражают конкретные, реальные события и обстоятельства, явно их переоценивая и которые затем занимают незаслуженно доминирующее место в сознании больного. Как правило, они сопровождаются выраженным эмоциональным напряжением. Реакция на реальное событие или факт оказывается чрезмерной, неадекватной, хотя по содержанию сверхценные идеи не бывают нелепыми, психологически непонятными. Выделяются сверхценные идеи *изобретательства, реформаторства, ипохондрического содержания*, а также *ревности и сутяжничества*. Во многом будучи связанными с преувеличением больными собственной значимости, с переоценкой собственной личности, эти идеи отличаются стойкостью, аффективной насыщенностью, но, тем не менее, не становятся окончательно мировоззрением больного, возможна их частичная коррекция и временное, ситуационно обусловленное, ослабление.

Бредовые идеи - совокупность патологических суждений, возникающие на болезненной основе и не соответствующие реальной действительности, всецело охватывают, изменяют личность больного и не поддаются коррекции.

По содержанию выделяют три группы:

- 1) **Персекуторный бред** - протекающий с чувством подозрительности, страха и недоверия по отношению к окружающим;
- 2) **Экспансивный бред** - с грандиозной переоценкой себя и своих возможностей, своего общественного положения и места в мире.
- 3) **Бред самоуничтожения** - с отрицательной эмоциональной окраской, с переживанием собственной ничтожности, ненужности и пессимистическими установками

Механизмы бредообразования:

1) **Первичный бред** (интерпретативный) - характеризуется нарушением преимущественно рационального, логического уровня познания при относительной сохранности познания чувственного. Происходит патологическая трактовка, интерпретация реальной действительности, реально происходящих явлений и событий. При этом, как правило, отсутствуют расстройства восприятия.

2) **Вторичный бред** (чувственный) - возникает при нарушениях преимущественно чувственного уровня познания и сопровождается аффективными (страх, тревога), перцептивными (иллюзии, галлюцинации, сенестопатии) и двигательными (психомоторное возбуждение) расстройствами. «Вторичным» этот бред называется потому, что возникает как следствие аффективных расстройств или обманов восприятия и тематически им созвучен. Обычно эта форма бреда возникает остро, содержание бреда — изменчиво, он нестойк, фабула лишена стройности, завершенности, четкая система доказательств и аргументации отсутствует.

3) **Индукцированный бред** — возникающий при близком контакте человека с бредовым больным, где первый начинает разделять болезненные убеждения второго. Происходит своеобразное «заражение» взглядов, особенно когда с душевнобольным имеется постоянный контакт, обычно это происходит в тех семьях, где кто-то из родителей болен психозом, в этом случае кондуктором являются дети, перенимающие болезненные взгляды отца или матери. Должны соблюдаться условия, индуктор должен пользоваться большим авторитетом у индуцируемого, который обладает повышенной внушаемостью и невысоким уровнем интеллекта. Такой бред нестойк и быстро распадается при разъединении индуктора и кондуктора.

4) **Резидуальный бред** - остающийся после острого психотического состояния на фоне внешней нормализации поведения, он содержит фрагменты прежних болезненных переживаний больного. Может наблюдаться после острых галлюцинаторно-параноидных состояний, после делирия (делириозный бред), по выходе из эпилептического сумеречного состояния.

Также, принято выделять бредовые синдромы:

1) **Паранойальный 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.

2) **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. А. В. Снежневский (1970) различает 3 типа психического автоматизма.

1. К ассоциативному автоматизму относятся наплыв мыслей (ментизм), появление «чужих» мыслей, симптом открытости, бред преследования и воздействия, псевдогаллюцинации, звучание мыслей (собственных или внушенных), отчуждение эмоций, когда чувства радости, печали, страха, волнения, тревога, гнев воспринимаются также как следствие воздействия извне.

2. Сенестопатический автоматизм выражается в возникновении чрезвычайно тягостных ощущений, трактуемых как специально вызванные извне, например, устроенные

большому ощущению жжения в теле, полового возбуждения, позывов на мочеиспускание и т. п. К этому же виду автоматизма относятся обонятельные и вкусовые псевдогаллюцинации.

3. При кинестетическом автоматизме больные испытывают отчуждение собственных движений и действий. Они, как это представляется больным, также осуществляются в результате воздействий посторонней силы. Примером кинестетического автоматизма являются рече-двигательные псевдогаллюцинации Сегла, когда больные утверждают, что они говорят под воздействием извне, движения языка им не подчиняются.

3) **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 бредовых синдромов в клинической практике встречаются также:

Синдром Капгра (Капгра Ж., 1923), включающий 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.

Стадии развития бреда:

- 1) **Бредовое настроение** – чувство тревоги, беспокойства, надвигающейся беды. Возникают раздражительность и подозрительность, ухудшается сон.
- 2) **Бредовое восприятие** – чувство тревоги нарастает еще больше и появляется бредовое объяснение отдельных явлений. Больные начинают обращать внимание на вещи или явления, которые не имеют к ним отношения. Хруст ветки рябины под ногами случайного прохожего, может восприниматься как нечто особенное.
- 3) **Бредовое отношение** – больные ощущают, что вокруг них происходит что-то неясное, во взглядах людей, движении транспорта и т.п. больные видят особый смысл, связанный именно с ними, мир словно начинается кружится вокруг них.
- 4) **Бредовое толкование** – возникает бредовое объяснение всех воспринимаемых явлений, но еще не понятна причина их возникновения.
- 5) **Кристаллизация бреда** – озарение, для больных все ставится понятно, выстраивается картина мира, эпицентром которого они и являются. Происходит образование стройных, законченных бредовых идей, выстраивается картина мира.
- 6) **Затухание бреда** – распад бредовой системы или инкапсуляция, дезактуализация бреда.

Стоит отметить, что первые 3 пункта характерны для чувственного бреда, 4 и 5 выражены незначительно или их вовсе нет. Для интерпретативного бреда – бредовое настроение,

восприятие очень сжаты, нет аффективных расстройств, однако развернуты бредовое отношение, толкование и появление системы бреда, которая в течение времени поглощает и заполняет личность целиком.

Заключение:

Уже в течение долгого времени мышление является предметом для споров. Над разгадкой ответа на вопрос: «что есть мышление?» билось множество известных ученых и научных деятелей, живших в разные эпохи и занимавшихся исследованиями в различных сферах, но объединенные общей целью, среди них были такие выдающиеся люди как: Э.Кант, В.Вундт, П.Жане, Ж.Пиаже, И.П. Павлов, В.Лейбниц, М.Хайдегер и др. Не смотря на огромный труд, приложенный к поиску ответа на этот вопрос, к общему знаменателю до сих прийти не удалось. Принято считать, что мышление - это специфическая способность человека, воспринимать, обрабатывать, синтезировать, разобщать информацию, видеть не только поверхностные качества предмета, но и глубокие. Люди способны распознавать в предмете «другой предмет» (например, если обезьяне предложить ножку от стула, она увидит в нем вещь, которую можно использовать для чесания спины или ковыряния земли, однако человек сможет найти для нее и другое применение, например, ножку от стула можно использовать в качестве молотка (увидеть в ножке от стула молоток) или к толстому концу привязать клинышек – получится топор и т.п.). Речь является формой выражения мышления, В.Гегель говорил следующее: «язык - это тело мышления», действительно, речь и мышление нераздельно связаны между собой. В основном именно благодаря языку, возможно оценить количественную и качественную работу головного мозга. В связи с той многозадачностью мышления и связан, столь огромный его спектр нарушений. Не смотря на продолжающиеся дискуссии и по сей день, непоколебимым остается лишь высказывание французского философа:

«Я думаю, следовательно, я существую»
Р.Декарт.

Список используемой литературы:

- 1) В.А.Жмуров «Общая психопатология ч.1» издательство Умный доктор, 2018г
- 2) <http://ncpz.ru/lib/55/book/91/chapter/6>
- 3) Н.Н. Иванец Ю.Г. Тюльпин М.А. Кинкулькина «Медицина и медицинская психология» издательская группа «ГЭОТАР-Медия» 2020г
- 4) <https://psychiatr.ru/education/slide/348>
- 5) Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов «Психиатрия. Национальное руководство 2 издание» издательская группа «ГЭОТАР-Медия» 2020г

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Ермашева Ирина Кемуровича
(ФИО ординатора)

Тема реферата Карусельный мигрень?

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: «17» 12 2021 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора