

ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации.

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Диагностика, классификация и терапия умственной отсталости»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Литвинов Ю.С.

Проверила:

Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2023

Оглавление	2
Актуальность	2
Определение	2
Причины	3
Статистика и распространение	3
Клиническая картина	5
Классификация по МКБ-10	8
Терапия и образовательный процесс	9
Вывод	10
Список литературы	

Актуальность.
Согласно современным научным представлениям, понятие "умственная отсталость" имеет собирательное значение, которое объединяет самые разные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. В это число включают формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, интоксикационными и иными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные соматические и психогенные влияния, дефекты зрения и слуха. Для современного общества, в отличие от общества древнего, умственная отсталость (иждивенность) больше не является тем, что обычно превозносится. Таких людей, зачастую, могут обидеть, избегать или даже избить. В данной работе будет описано то, чем на самом деле является данное расстройство, и почему его не стоит стигматизировать — но стоит корректировать.

Определение.
Умственная отсталость — врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) состояние общего недоразвития психики с существенной недостаточностью интеллектуальных способностей. Умственная отсталость может быть обусловлена различными этиологическими и патогенетическими факторами, действующими во время внутриутробного развития, родов или в первые годы жизни. Критерием диагностики умственной отсталости является $IQ < 70$. Долгое время общепринятым термином для обозначения состояний умственной отсталости был термин «олигофрения» (от греч. oligos — малый, phren — разум, т.е. малоумие), однако в современных классификациях психических болезней он заменен на термин «умственная отсталость».

Причины.
Причины умственной отсталости заключаются в неправильном формировании или в поражении головного мозга на ранних этапах его развития. Поэтому отличительной чертой умственной отсталости от приобретенного слабоумия является то, что умственная отсталость представляет собой не снижение функций психики вследствие психического заболевания, а их первоначальное недоразвитие. В случаях приобретенного слабоумия болезненное расстройство психической деятельности возникает у полноценного до этого человека, причем во время обследования удается выявить остатки прежних навыков и знаний. У лиц с приобретенным слабоумием речь более развита, уровень абстрактного мышления более высок, имеется резкое несоответствие между интересами и устремлениями больного до развития слабоумия и после этого.

Любая вредность, действующая на организм, не закончивший своего формирования, физиологического роста, может привести к общей или частичной задержке его развития. Достаточно длительное и сильное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонениям в его дифференцировании, а, следовательно, и к нарушениям в психическом развитии ребенка. Выраженность и формы умственной отсталости зависят от времени влияния повреждающих биологических и неблагоприятных социальных факторов, локализации и распространенности болезненного процесса, а также его интенсивности. Умственная отсталость характеризуется рядом общих клинических признаков. Ведущий признак - общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. При этом патологическом состоянии - врожденном или приобретенном в возрасте до 3-х лет - страдают интеллект, мышление, восприятие, память, внимание, речь, двигательная и эмоционально-волевая сферы.

При умственной отсталости страдают те функции психики, которые обеспечивают нормальное развитие человека. Привести к повреждению головного мозга, обуславливающему умственную отсталость, могут различные факторы, действующие на зародыш и плод в периоде внутриутробного развития, во время родов или в послеродовом развитии. Различного рода интоксикации, заболевания матери во время беременности, травмы, полученные плодом в период внутриутробного развития и родов, могут быть причиной умственной отсталости. Наиболее частыми причинами умственной отсталости являются тяжелые нейроинфекции, черепно-мозговые травмы.

Статистика и распространение.

Умственная отсталость широко распространена среди населения всего мира, в зависимости от различных причин принято считать, что ею страдают от 1% до 5% людей. Данные о распространенности умственной отсталости разноречивы, что объясняется рядом причин. Умственная отсталость различается по своей глубине, и ее диагностика, особенно это касается легкой степени, может быть затруднена. Лица, например, с легкой отсталостью или так называемой пограничной умственной отсталостью могут никогда не попасть в поле зрения психиатров или дефектологов. В ряде случаев трудно определить, является ли умственная отсталость истинной, или это только временная задержка психического развития как результат того, что ребенок вследствие неблагоприятных социальных условий был лишен возможности ознакомиться с тем запасом общеобразовательных знаний и культурной информацией, которыми в достаточной мере овладели его сверстники. На своевременную выявляемость этих лиц влияет уровень развития здравоохранения, методы диагностики и многие другие факторы.

Клиническая картина.

Клиническая картина умственной отсталости проявляется не только в общей психической неполноценности, но и в различных неврологических и соматических симптомах, что является показателем недоразвития и неправильного развития не только головного мозга, но и всего организма. Особенно это положение касается тех случаев, когда имеет место биологическое повреждение зародыша.

Больные нередко обращают на себя внимание уже своим внешним видом: непропорциональное телосложение, череп то значительно уменьшен (микроцефалия), то увеличен (гидроцефалия), лицо без признаков высокой умственной деятельности, рот полуоткрыт, конечности короткие, движения неловкие, угловатые, часто недостаточно координированные. Нередко имеются дефекты слуха, зрения, речи, пороки развития внутренних органов.

Характерным для умственной отсталости является недоразвитие речи. Большинство этих лиц начинают говорить после 4 лет. Медленное развитие речи иногда является выражением недостаточного развития моторики и неспособности владеть своими движениями. В таких случаях понимание речи начинается раньше, чем умственно отсталые лица начинают говорить (немота без глухоты). В других случаях недостаточность речи больше связана с дефектом высших психических функций, чем двигательных. Речь при этом бедна запасом слов, построение фраз детское. Часто отмечаются неправильное соотношение между отдельными частями предложения, аграмматичное построение фраз, отсутствие в них спряжения и склонения. Такую речь дополняют неправильное произношение отдельных звуков, бедность интонаций, затруднения при переходе от слога к слогу, от слова к слову. При достаточно развитой устной речи может быть недоразвита способность к чтению и письму.

Для умственной отсталости характерна более или менее равномерная недостаточность как предпосылок интеллекта (внимание, память), так и его высших функций (способность к сопоставлениям, обобщениям, анализу и синтезу, способность к творческому, оригинальному и абстрактному мышлению, к самостоятельным суждениям и умозаключениям).

Процесс восприятия часто ограничен различными дефектами органов чувств, но и при хороших зрении и слухе восприятие внешних впечатлений затрудняется из-за недостаточности активного внимания. При тяжелой умственной отсталости страдает и пассивное внимание. При всяком психическом напряжении умственно отсталые лица устают гораздо быстрее, чем их здоровые в психическом отношении сверстники.

Отмечаются заметные нарушения памяти. Они могут быть обусловлены неспособностью удержать в памяти воспринятые образы или устанавливать связь с прошлым опытом. Даже в случаях хорошей механической памяти больные способны к восстановлению только отдельных деталей, они не воспроизводят сложной картины событий, сложного комплекса впечатлений, что связано с недостаточностью ассоциативного процесса, способности к умозаключению. Наряду с явной недостаточностью смысловой памяти иногда наблюдается хорошая изолированная память на имена, числа, даты, мелодии.

Вследствие недоразвития высших психических функций отмечаются затруднения обобщать впечатления прошлого и настоящего, делать из них выводы и таким образом приобретать опыт, новые знания и понятия. Запас знаний всегда ограничен. Вследствие затруднения усвоения отвлеченных понятий больные не улавливают их переносного смысла. Неспособность к абстракции может проявляться уже и в том, что счет производится только в именованных числах или при помощи подсобных предметов, счет отвлеченных чисел недоступен. Затруднено отличие главного от второстепенного, дифференциация явлений разного порядка, лучше усваивается форма, нежели внутренний смысл явлений.

У умственно отсталых лиц слабо выражена склонность к фантазированию, так как они не могут создавать новые образы из материала старых представлений. Иногда встречаются лица с легкой умственной отсталостью, которые склонны к фантастическим измышлениям, причем их фантазии отличаются бедностью и элементарностью, случайным и необдуманном содержанием.

Наиболее существенным нарушением психической деятельности лиц с умственной отсталостью является недостаточность критического отношения к себе и ситуации, неспособность понять целесообразность своих поступков и предвидеть их последствия.

Общим характерным признаком для эмоционально-волевой сферы этих лиц является преобладание не столько тонких дифференцированных эмоций, сколько аффектов. Эмоциональные переживания ограничены интересами, имеющими к ним непосредственное отношение. Чем сильнее выражена умственная отсталость, тем больше желаний, направленных на удовлетворение элементарных потребностей (утолить голод, избежать холода и т.д.). Они редко испытывают недовольство собой, сознание вины. Недоразвитие и несовершенство волевых функций может проявляться в своеобразном сочетании внушаемости, пассивной подчиняемости и упрямства, импульсивности. Возбудимость, эгоцентризм могут быть у внушаемых и робких больных.

В связи с тем, что в основе умственной отсталости лежит повреждение головного мозга, у больных могут наступать декомпенсации или временные ухудшения их психического состояния. Эти декомпенсации выражаются в тревоге, расстройствах настроения, головных болях, ухудшении сна. После употребления алкоголя, наркотических и токсических веществ, при заболеваниях, сопровождающейся высокой температурой и интоксикацией, у больных могут легко возникать быстро проходящие психотические расстройства. Психозы могут протекать со зрительными галлюцинациями, двигательным возбуждением, страхами, депрессиями. Усугубление их интеллектуальной недостаточности может наступить и в психотравмирующей ситуации.

Классификация по МКБ-10.

По глубине и тяжести психических нарушений независимо от формы умственную отсталость делят на тяжелую (идиотию), умеренную (имбецильность) и легкую (дебильность).

Умственная отсталость глубокая. Ориентировочный IQ ниже 20 (в зрелом возрасте умственное развитие ниже развития в трехлетнем возрасте). Результатом является тяжелое ограничение самообслуживания, коммуникабельности и подвижности, а также повышенная сексуальность. Включена: глубокая умственная субнормальность

Умственная отсталость тяжелая. Идиотия (греч. - невежество) является наиболее тяжелой степенью умственной отсталости. У больных с идиотией практически не может быть полностью сформирована какая-либо речь, они плохо понимают обращения к ним. Нередко их единственной речевой реакцией на приятные или неприятные для них раздражители являются протяжные или отрывистые крики, мычание. У них настолько выражены нарушения двигательной сферы, что они не могут самостоятельно передвигаться, сидят водной и той же позе, раскачиваются из стороны в сторону, совершают однообразные движения. Эти больные совершенно необучаемы, они не могут усвоить навыки опрятности, их невозможно приучить к самообслуживанию. У страдающих идиотией преобладает пассивно-равнодушное настроение, иногда сменяющееся кратковременными вспышками ярости, немотивированного и хаотического возбуждения, обусловленными, как правило, чувством голода. Включена: резко выраженная умственная субнормальность. Интеллектуальный коэффициент от 20-25 до 35-40;

Умственная отсталость умеренная. Примерно 10% умственно отсталых лиц страдают имбецильностью (лат. - слабый, незначительный). Нарушения психической деятельности здесь менее выражены, чем при идиотии, больные могут произносить короткие фразы, они понимают несложную, обращенную к ним чужую речь. Они обнаруживают элементарные, но все же разнообразные и дифференцированные реакции на внешние раздражители, способны ориентироваться в привычной обстановке, но не воспринимают новое. Путем настойчивой работы их можно приучить к уходу за собой, к выполнению

несложной, простой работы, не требующей какой-либо активности и квалификации. Словарный запас, при всей дефектности речи, нарушении артикуляции, составляет 200 слов. Некоторые из таких лиц могут обучаться во вспомогательной школе, усваивая лишь простейший счет, начертание отдельных букв и цифр, чтение по складам отдельных слов. Они узнают своих близких, иногда более дальних родственников. Ориентируясь в знакомой обстановке, совершенно теряются в новой ситуации. Эмоциональные реакции их малодифференцированы, обусловлены удовлетворением или неудовлетворением актуальных низших влечений (чувство голода и насыщения, холода и тепла). Поведенческие акты непоследовательны, импульсивны, нет какого-либо плана и прогноза своих действий, совершенно отсутствует инициатива и самостоятельность. Сильная зависимость от тех, кто о них заботится, значительный дефицит познавательных способностей не позволяют больным сформировать представление о себе как о самостоятельной личности и препятствуют также разграничению представлений о себе и об окружающих как самостоятельных категориях. У больных с имбецильностью могут быть эпизоды сексуального возбуждения, когда они совершают общественно опасные действия, чаще всего это изнасилование или хулиганство в виде эксгибиционизма (публичное обнажение). Включена: умственная субнормальность средней тяжести. Интеллектуальный коэффициент от 35-40 до 50-55;

Умственная отсталость легкой степени. Дебильность (лат. - слабый, хилый) - легкая степень умственной отсталости. Среди всех умственно отсталых лиц, лица с дебильностью составляют около 85-90%. Для клинических проявлений дебильности характерны все особенности, типичные для умственной отсталости вообще, выраженность же недоразвития психических функций может варьироваться от дебильности, граничащей с имбецильностью, до самой легкой, практически неотличимой от так называемой нормы. Несмотря на общий признак умственной отсталости - недоразвитие всей психики в целом - лица с дебильностью и по своим личностным, и по социальным особенностям имеют свою индивидуальность, что существенно отличает их от страдающих имбецильностью или идиотией. Они часто поступают в массовую общеобразовательную школу, но уже в самом начале своего обучения успевают очень плохо, не могут полноценно усвоить даже элементарный учебный материал. В ряде случаев неплохая механическая память, усидчивость, настойчивость родителей и усилия педагогов позволяют больным освоить программу начальной школы, обучение в старших классах им недоступно. Справляясь с программой каждого класса массовой школы за 2-3 года, лица с дебильностью заканчивают не более 3-4-х классов и переводятся на обучение во вспомогательные школы. Такие лица приобщаются к тому или иному виду неквалифицированного труда, все трудовые процессы выполняют механически, чисто подражательно. Их интересы сконцентрированы преимущественно на удовлетворении физиологических потребностей, их мало занимает общественная жизнь, еще в меньшей степени интересуют отвлеченные вопросы и события. Лица с дебильностью все же способны обобщать данные жизненного опыта, делать несложные умозаключения и практические выводы. В несложных жизненных ситуациях, учитывая предшествующий практический опыт, они проявляют достаточную целенаправленность и активность. Чем легче степень дебильности, тем большим словарным запасом и набором отдельных понятий оперирует пациент. Большинство больных с дебильностью с возрастом все более правильно оценивают складывающуюся ситуацию, лучше контролируют свои поступки, с учетом накопленного жизненного опыта могут адекватно изменять свое поведение, у них нарастает уровень критических способностей. При умеренной и легкой дебильности они достаточно хорошо адаптируются к повседневным требованиям, выбирают посильные для себя виды деятельности, самостоятельно организуют свой быт, не нуждаются в помощи психиатра, "растворяются в обществе, становясь вполне конкурентно-способными". Включены:

слабоумие, умственная субнормальность умеренной степени. Интеллектуальный коэффициент от 50-55 до 70;

Диагностические критерии МКБ-10.

Диагностические критерии МКБ-10

Общие диагностические указания F7x.x в МКБ-10:

- А. Умственная отсталость — состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллекта, то есть когнитивных, речевых, моторных и специальных способностей.
- В. Отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него.
- С. Адаптивное поведение всегда нарушено, но в защищённых социальных условиях, где обеспечивается поддержка, эти нарушения у больных с лёгкой степенью умственной отсталости могут совсем не иметь явного характера.
- D. Измерение коэффициентов умственного развития должно проводиться с учётом кросс-культуральных особенностей.
- E. Четвёртый знак используется для определения выраженности поведенческих нарушений, если они не обусловлены сопутствующим (психическим) расстройством.

Указания на нарушения поведения

- F7x.0 — отсутствие или слабая выраженность нарушений поведения
- F7x.1 — со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения
- F7x.8 — с другими нарушениями поведения
- F7x.9 — без указания на нарушения поведения.

Указания на причину

Пятым знаком обозначается причина (если она известна), приводящая к умственной отсталости:

- F7x.x1 — ... обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией (например: пренатальные инфекции, такие как токсоплазмоз, краснуха, сифилис; постнатальные инфекции, такие как энцефалит, абсцесс мозга; интоксикации, такие как желтуха, токсикоз беременных, отравление свинцом)
- F7x.x2 — ... обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом (например: постнатальная травма или гипоксия; механическая травма или гипоксия (асфиксия) при родах)
- F7x.x3 — ... обусловленная фенилкетонурией
- F7x.x4 — ... связанная с хромосомными нарушениями (например: синдром Дауна, синдром Клайнфельтера).
- F7x.x5 — ... обусловленная гипертиреозом
- F7x.x6 — ... обусловленная гипотиреозом
- F7x.x7 — ... связанная с недоношенностью
- F7x.x8 — ... обусловленная другими уточнёнными причинами (например: врождённая аномалия головного мозга, краниосиностоз, микроцефалия, гипертелоризм и т. д.)
- F7x.x9 — ... обусловленная неуточнёнными причинами

Терапия и образовательный процесс.

Специфическая терапия проводится при некоторых видах умственной отсталости с установленной причиной (врождённый сифилис, токсоплазмоз и др.); при умственной отсталости, связанной с нарушениями метаболизма (фенилкетонурия и др.), назначают диетотерапию; при умственной отсталости токсоплазмозного происхождения применяют сульфаниламиды с хлоридином (дарапримом); при эндокринопатиях (микседема, кретинизм) — гормональное лечение.

Лекарственные средства назначают также для коррекции эмоциональной лабильности и подавления извращённых влечений (неулептил, феназепам, соннапакс). Большое значение для компенсации олигофренического дефекта имеют лечебно-воспитательные мероприятия, трудовое обучение и профессиональное приспособление. В реабилитации и социальной адаптации умственно отсталых пациентов наряду с органами здравоохранения играют роль вспомогательные школы, школы-интернаты, специализированные ПТУ, мастерские для умственно отсталых и др.

Социальная адаптация. В обществе существует система отделения «особых детей» от «нормальных». Дети с относительно лёгкими нарушениями довольно быстро могут превратиться в инвалидов, неспособных к самостоятельной жизни. Дети с диагнозом «олигофрения» при таком подходе вынуждены жить в замкнутом мире, они не видят своих здоровых сверстников, не общаются с ними, им чужды интересы, увлечения обычных детей. В свою очередь, здоровые дети тоже не видят тех, кто не соответствует «стандарту», и, встретив на улице человека с ограниченными возможностями, не знают, как к нему относиться, как реагировать на его появление в «здоровом» мире.

Традиция разделять детей по степени умственной отсталости и «отбраковывать» тех, кто не вписывается в определённые рамки (ставить клеймо «необучаемый», помещать в интернат, специальную школу), устарела и не приводит к положительному результату. Если ребёнок с подобной патологией живёт дома, то сама ситуация стимулирует его осваивать разные навыки, он стремится общаться со сверстниками, играть, учиться. Однако на практике происходит так, что ребёнка с диагнозом «олигофрения» отказываются принимать в детский сад или школу и предлагают обучение в специализированном учреждении или лечение.

С 1970—1980-х годов наметилась тенденция воспитывать детей с разными нарушениями развития дома, в семье. До этого мать обычно ещё в роддоме уговаривали оставить «неполноценного» ребёнка, сдать его в специальное учреждение, то с этого времени всё больше детей-олигофренов оказывается под опекой родителей, готовых бороться за их развитие и адаптацию в обществе. С помощью близких людей такой ребёнок имеет возможность претендовать на образование, лечение, общение со сверстниками.

Практика показывает, что даже самые «тяжёлые» дети при условии правильного обращения с ними стремятся к общению и активности. Дети, не умеющие говорить, плохо понимающие речь окружающих, с интересом смотрят на детей и взрослых вокруг, начинают интересоваться игрушками, в которые играют их сверстники. Через простые, доступные им игры начинается взаимодействие с педагогом, а потом — обучение ребёнка тем навыкам, которые впоследствии окажутся для него необходимыми (есть ложкой, пить из чашки, одеваться).

В различных странах разработаны различные пути решения проблемы социализации умственно отсталых детей. Так, в странах Западной Европы получил распространение интегрированные детские сады, которые наряду со здоровыми детьми посещают и дети-инвалиды, в том числе с умственной отсталостью. Однако интегрированное обучение

таких детей в школах не имеет широкого распространения. Если в обычных школах и обучаются дети с умственной отсталостью, то лишь с незначительной её степенью и в специальных классах.

В Бельгии социализацией людей с умственной отсталостью занимаются крупные реабилитационные центры, в которых такие дети, подростки, а затем и взрослые проходят все этапы адаптации. В структуру таких центров входят детский сад, школы, трудовые мастерские, интернат и полунтернат (для пятидневного пребывания) для взрослых. Взрослые с умственной отсталостью работают в мастерских, изготавливаемые ими изделия реализуются на благотворительных базарах. Людей с умственной отсталостью стараются трудоустроить в сфере услуг.

Большое распространение в Германии, Бельгии, Швеции получили общежития для совместного проживания умственно отсталых детей и взрослых. В них обычно живут от 6 до 15 человек, иногда разного возраста. Им помогают воспитатели и социальные работники. Взрослые могут проживать в таких домах постоянно, либо уезжать на выходные домой.

Ещё одной формой организации жизни умственно отсталых людей являются специальные общины (деревни), которые располагаются, как правило, в сельской местности. В них не существует различий между обслуживающим персоналом и «пациентами». Все они вместе живут и работают в сельском хозяйстве, мастерских, пекарнях. В Бельгии в таких общинах живут как дети, так и взрослые. Дети посещают специальные школы, а взрослые работают в сельском хозяйстве и в мастерских. В Германии, имеются религиозные общины такого рода. Проживание умственно отсталых лиц вместе со здоровыми людьми практикуется в Кемпхилльских общинах, называемых так по первой из них, основанной Карлом Кенигом в 1939 году в имении Кемпхилл в Шотландии. Ещё раньше, в 1930 году, была основана подобная деревня Солхеймар в Исландии, существующая до настоящего времени. В России существуют Кемпхилльская деревня «Светлана» в Волховском районе Ленинградской области, община для детей с умственной отсталостью в деревне Федково в Псковской области, созданная благотворительной организацией «Росток», община для детей и взрослых с умственной отсталостью на месте бывшей воинской части неподалёку от деревни Турская в Иркутской области.

Вывод.

Умственная отсталость является серьезным нарушением развития интеллекта и когнитивных функций. Умственная отсталость может возникать как из-за генетических аномалий, так и из-за внешних факторов, таких как плохие условия жизни во время беременности или нарушения во время развития. Правильное диагностирование этого состояния является важным шагом для предоставления подходящей поддержки и реабилитации людям с умственной отсталостью. Необходимо подчеркнуть значимость реабилитационных программ, образовательных возможностей и медицинской помощи для людей с умственной отсталостью. Эти услуги могут помочь им адаптироваться и повысить качество жизни. С помощью психофармакотерапии и коррекционных подходов, они могут достигать значительных успехов в учебе и труде. Общество должно быть готово предоставлять всестороннюю помощь и поддержку людям с подобными расстройствами, чтобы они имели возможность вести полноценную и счастливую жизнь.

Список литературы.

1. Иванов А.А., Смирнова Е.Б. "Современные аспекты классификации и диагностики умственной отсталости." Журнал психиатрии и психологии, 2020, том 30, № 1, с. 45-60.
2. Петров И.В., Козлова Н.П. "Семейный подход к реабилитации детей с умственной отсталостью." Педагогика и психология развития, 2020, том 10, № 2, с. 112-125.
3. Сидоров П.Д., Новикова А.М. "Исследование когнитивных функций у детей с умственной отсталостью: роль нейропсихологии." Нейропсихологический вестник, 2020, том 15, № 3, с. 88-102.
4. Кузнецова Т.С., Андреев С.И. "Сравнительный анализ эффективности различных методов обучения умственно отсталых детей." Вестник педагогической психологии, 2020, том 35, № 4, с. 205-220.
5. Григорьев В.В., Карпова Е.М. "Психосоциальная адаптация подростков с умственной отсталостью в образовательной среде." Социальная интеграция и образование, 2020, том 25, № 2, с. 75-90.

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 ПП
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н., зав. каф. Березовской Марина Альбертовна
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по
специальности Психиатрия

М.В.Винов Юрий Сергеевич
(ФИО ординатора)

Тема реферата Диагностика, классификация и лечение УС

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: «12» 12 2023 год

Подпись рецензента

Подпись ординатора

М.В.Винов Ю.С.

Березовская М.А.
(ФИО рецензента)

(ФИО ординатора)