

Кол. авторів: Байда Л.Ю., Красюкова – Еннс О.В., Буров С.Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю.М. – К., 2012. - 216 с.

7. **Маслиєва С. Н.** Интеграция и инклюзия: парадигмальная характеристика // Историческая и социально-образовательная мысль. 2014. № 2 (24)

8. **Назарова Н. М.** Интегрированное (инклюзивное) образование: генезис и проблемы внедрения [Текст] / Н.М. Назарова // Социальная педагогика. – 2010. – № 1. – С. 77-86.

9. **Суворов А. В.** Проблема внутренней и внешней инклюзии // Психологическая наука и образование, 2013. №3.

References

1. **Baxtyn M. M.** K fylosofskym osnovam humanystycheskыx nauk // Sobr. soch. V 7 t. T. 5. – M.:, 1996.

2. **Bondar V. I.** Osnovni napryamky ta perspektyvy rozvytku defektolohichnoyi nauky v Ukraini [Tekst] /] / V. Bondar // Defektolohiya. – 1999. – № 3. – S. 2-7.

3. **Danilavichutye E. A.** Zakonomirnosti vynykennya, sutnist" ta misce inklyuziyi u yedynij systemi osvity v Ukraini / E.A.Danilavichutye // Defektolohiya. Osoblyva dytna: navchannya i vuxovannya. – 2013. –№1. – s. 2-8

4. **Dymenshtejn R.** Yntehracyya yly ynklyuzuya? Spor o slovax y nereshennykh problemakh obrazovannya "osobых" detej [Tekst] / R.Dymenshtejn, Y. Larykova // Zashhyty menya! – 2008. – № 1.

5. **Yertanova O. N.** «Yntehracyya» y «ynklyuzuya» v aspekte semantyky // Ynklyuzyvnoe obrazovanye: metodolohyya, praktyka, tehnolohyya: materyaly Mezhdunarodnoj nauchno-praktycheskoj konferencyy. – M.: MHPPU, 2011.

6. **Invalidnist" ta suspil"stvo:navchal"no-metodychnyj posibnyk.** Za zah. redakciyeyu Bajdy L.Yu., Krasnyukovoyi – Enns O.V. / Kol. avtoriv: Bajda L.Yu., Krasnyukova – Enns O.V., Burov S.Yu., Azin V.O., Hrybal"s"kyj Ya.V., Najda Yu.M. – K., 2012. - 216 s.

7. **Maslyyeva S. N.** Yntehracyya y ynklyuzuya: paradyhmal"naya karakterystyka // Ystorycheskaya y socyal"no-obrazovatel"naya mysl". 2014. № 2 (24)

8. **Nazarova N. M.** Yntehyrovanoe (ynklyuzyvnoe) obrazovanye: henezys y problemy vnedrenyya [Tekst] / N.M. Nazarova // Socyal"naya pedahohyka. – 2010. – № 1. – S. 77-86.

9. **Suvorov A. V.** Problema vnutrennej y vneshnej ynklyuzuzy //Psyhologhycheskaya nauka y obrazovanye, 2013. №3.

Снисаренко Е. И. Понятие инклюзии и интеграции через призму социологии

В статье рассматриваются сущностные парадигмальные характеристики «инклюзии» и «интеграции» лиц с особенностями психофизического развития со стороны социологии, как науки о социальном. Обосновано мнение о том, что интеграция сходна социализации и есть следствием, но не частью инклюзии. Проанализированы закономерности инклюзии и интеграции через призму научно-практической методологии социологии. Это дает возможность наблюдать противоречия в осмыслении этих социально-психологических процессов. Обозначено то, что современные педагогические наука и практика не разделяют эти понятия, характеризуя их в терминах: совместное обучение, включающее образование, интегрированное (инклюзивное) образование и т.д. Интеграция имеет большую степень без барьерного самоопределения индивида в кардинально новой среде его будущего пребывания, нежели инклюзия. Это в дальнейшем дает возможность конкретизировать то, что социальная инклюзия через образование лиц с особенностями психофизического развития является основополагающе более узким понятием, которое находится в подчинении у социальной интеграции.

Ключевые слова: инклюзия, интеграция, социализация, эксклюзия, социальная изоляция, инклюзивное общество, социальная интеграция.

Snisarenko E. I. The concept of inclusion and integration from the perspective of sociology

This article presents the essential paradigm character specifications of such terms as "inclusion" and "integration" of persons with special needs from the perspective of sociology as the study of social behavior. The scientific explanatory opinion of integration is presented, describing it as a similar to social adjustment being the corollary but not the component of an inclusion. The academic and research analysis methodology of sociology was employed to consistent patterns of inclusion and integration. Such analysis enables us to witness a contradiction in understanding of these social-psychological processes. It is emphasized, that modern pedagogical sciences and teaching practice are not dividing these concepts, while describing them in such terms as co-education, inclusive education, integrated inclusive education etc. Integration has greater amount, excluding barrier self-determination of an individual in a future game-changing environment, then inclusion. This leads us to possibility of specification the social inclusion (in means of persons with special needs education) as a narrow fundamental notion, being subordinate to social integration.

Keywords: inclusion, integration, socialization, exclusion, social exclusion, inclusive society, social integration

Стаття надійшла до редакції 14.05.2016 р.

Статтю прийнято до друку 30.05.2016 р.

Рецензент: д. п. н., проф. Супрун М. О.

УДК 376.3+616

Станецька Г.М.

ЭКСТРАПИРАМИДНИ РОЗЛАДИ МОВЛЕННЯ У ДОРОСЛИХ

В статті розглянуто проблеми порушення усного мовлення у дорослих. Актуальними постають питання пов'язані з вивченням особливостей розладів експресивного мовлення при різних екстрапірамідних захворюваннях (хвороба Паркінсона та паркінсонізм) для надання своєчасної допомоги, спрямованої на підтримку, відновлення і збереження життєво необхідної

функції спілкування.

Ключові слова: екстрапірамідна дизартрія, розлади мовлення у дорослих, хвороба Паркінсона, паркінсонізм.

Патологія екстрапірамідної нервової системи є одним з найскладніших розділів клінічної неврології. Екстрапірамідні розлади завжди привертати до себе особливу увагу дослідників, і в останні роки їх вивчення є окремих напрямком неврології, який інтенсивно розвивається. Екстрапірамідні рухові розлади є основою клінічного діагнозу різних нейродегенеративних захворювань з переважним ураженням підкіркових базальних гангліїв. Однак клінічні картини хвороби Паркінсона, прогресуючого над'ядерного параліча, марганцевої енцефалопатії, хвороби Вільсона і інших екстрапірамідних захворювань не обмежуються руховими розладами. Нерухові розлади цих захворювань, розлади мовлення, когнітивні та емоційні впливають на якість життя хворих не менше, ніж рухові порушення і часто потребують спеціального клінічного аналізу і лікування. Поряд з неврологами вагомий внесок у вивчення екстрапірамідних розладів вносять науковці інших галузей: логопедії, спеціальної психології, фізіології, нейробіології Пахомова Н.Г., Коломієць Ю.В., Шток В.Н., Левін О.С. та інші [1].

В Україні вивчення різних аспектів екстрапірамідної патології проводиться науковцями багатьох провідних наукових центрів: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», ДУ «Інститут геронтології НАМН України імені Д.Ф.Чеботарьова», Харківський НДУ неврології, психіатрії та наркології НАМН України та у створених обласних центрах екстрапірамідних порушень (Карабань І.М., Московко С.П., Слободін Т.М., Саноцький Я.Є., Федоришин Л.В.).

Проведені дослідження показали, що у дорослих людей частіше спостерігаються порушення вищих психічних функцій, таких як поведінка, пам'ять, мисленнєво-мовленнєві процеси. Останнє потребує реального вивчення та опрацювання з метою вироблення ефективних стратегій соціальної адаптації та створення реабілітаційних програм. Поява цих відхилень свідчить про наявність перших ознак захворювання, пов'язаного з ураженням екстрапірамідної системи.

Метою даної публікації є необхідність привернути увагу фахівців до проблем порушення мовлення у дорослих при різних екстрапірамідних розладах.

Екстрапірамідними розладами традиційно називають рухові розлади, які зумовлені ураженням базальних гангліїв або зв'язаних з ними структур, які входять до складу екстрапірамідної системи. До базальних гангліїв відносять: шкаралупу (putamen), хвостате ядро (n. caudatus), білу кулю (globus pallidus), чорну субстанцію (substantia nigra), субталамічне ядро (n. subthalamicus).

Базальні ганглії розташовані в глибині великих півкуль головного мозку і складають основу екстрапірамідної системи. За допомогою численних внутрішніх зв'язків базальні ганглії утворюють складну систему, яка взаємодіє з лобними частками і іншими відділами кори великих півкуль, таламусом, лімбічними структурами і стовбуровими ядрами [2]. У разі порушення їх внутрішніх зв'язків з іншими структурами виникають різноманітні хвороби, які різняться за рівнями ураження. Класифікація екстрапірамідних розладів включає як екстрапірамідні синдроми так і екстрапірамідні захворювання, які вибірково уражують базальні ганглії і переважно проявляються екстрапірамідними синдромами, наприклад хвороба Паркінсона.

Відомо, що хвороба Паркінсона це хронічне прогресуюче захворювання головного мозку з дегенерацією нігростріарних нейронів і порушенням функції базальних гангліїв, яке проявляється екстрапірамідними руховими і іншими неруховими порушеннями. Когнітивні порушення при хворобі Паркінсона мають повільно прогресуючий характер. Зміни в когнітивній сфері призводять до порушень мовлення, мислення, пам'яті і ін. Зменшення всієї активності психічної діяльності (брадифренія), проявляється в зниженні психічної діяльності, сповільненні мовлення (брадилалія), сповільненні мнестичних процесів (брадимнезія) та швидкості мислення [3].

Екстрапірамідна гіпокінетична дизартрія, яка характеризує розлади мовлення при хворобі Паркінсона пов'язана з моторними ознаками захворювання (ригідність, брадикінезія, гіпокінезія, тремор) та уособлює характерні порушення тону м'язів за типом дистонії (мінливого тону) або за типом ригідності (тонічних спазмів) на всіх рівнях мовної системи. Це розлади голосової, дихальної та артикуляційної функцій. В результаті цих порушень екстрапірамідна гіпокінетична дизартрія має чіткі характеристики, більшість яких асоціюється з фонаційною та артикуляційною активністю. Ефект цих порушень проявляється в просодії. Тонус м'язів ригідний, стійкий до рухів у всіх напрямках. Зменшення

амплітуди рухів (гіпокінезія) і уповільнення руху (брадикінезія), які спостерігаються по всій руховій (моторній) системі у осіб з хворобою Паркінсона пов'язані зі зниженим збудженням кіркових моторних нейронів від базальних гангліїв і подальшим зниженням передачі сигналу до скупчень моторних нейронів.

Розповсюдження гіпокінезії на м'язи обличчя призводять до гіпомімії, обличчя стає маскоподібним. При генералізації тремору залучаються м'язи шиї, обличчя, що призводить до тремтіння голови, нижньої щелепи, губ, язика. Коливання голосових складок, у зв'язку з тремором призводять до ундулюючого (тремтячого) голосу. Ригідність поширюється на м'язи шиї, артикуляційні органи, в зв'язку з чим ускладнюються рухи. Особливими проявами патології мовлення є порушення фонації - гучності (сили) голосу (гіпофонія), зниження висоти звуку, слабка дихальна (фонаційна) опора [4].

Мовлення також характеризується розладами просодії, є мало модульоване, приглушене, без емоційного забарвлення, поступово затухаюче. В поєднанні з порушенням фонації (гіпофонія, дисфонія) – це призводить до того, що мовлення хворого стає незрозумілим. Інколи дисфонічні розлади є настільки сильними, що хворий, в якого достатньо збережена рухова активність може спілкуватися тільки шепітним мовленням.

Знижена здатність спілкуватися вважається одним із найскладніших аспектів хвороби Паркінсона для багатьох пацієнтів і їх сімей. Тихий, монотонний, з придихом, хрипкий голос та нечітка артикуляція в поєднанні з гіпомімією (маскоподібним обличчям) призводять до обмеження у спілкуванні в переважній більшості осіб з хворобою Паркінсона [5].

Вторинним традиційно називають *паркінсонізм*, який виникає як одне з можливих ускладнень, які викликані структурним або метаболічним ураженням базальних гангліїв або зв'язаних з ними структур. До вторинних синдромів відносяться випадки паркінсонізму, які виникають в результаті судинних, інфекційних уражень головного мозку, черепно-мозкової травми, пухлин головного мозку, інтоксикації, дії медикаментів, та інших факторів [6].

До інших факторів можна віднести і виникнення *марганцевої енцефалопатії* - хронічне отруєння марганцем (Mn). Вона часто розвивається у шахтарів, які добувають марганцеву руду і працівників гірничозбагачувальних підприємств, робітників підприємств, де виробляють акумулятори, лаки, лінолеум і т.д. або працівників сільського господарства (марганець присутній в складі деяких фунгіцидів), а також у зварювальників. Отруєння відбувається в результаті вдихання пилу, який містить марганцеві сполуки. Хронічна марганцева інтоксикація розвивається і у хворих, які використовують перманганат калію для приготування в кустарних (домашніх) умовах наркотиків («ефедрон», «мулька»), які вводяться парентерально [7].

В результаті накопичення марганцю в мозкових структурах (бліда куля і чорна субстанція) порушується функціонування кірково - підкіркових шляхів і палідарно - стовбурових зв'язків, що призводять до розвитку складної комбінації рухових і нейропсихологічних порушень [8]. Провідним синдромом хронічної марганцевої інтоксикації є паркінсонізм. Нерідко першим проявом марганцевої енцефалопатії є швидко наростаючий псевдобульбарний синдром з розвитком тяжкої гіпокінетично-дистонічної дизартрії. Часто спостерігаються когнітивні порушення: брадифренія, зниження уваги, тенденція до персеверації.

Мовлення хворих характеризується втратою гучності до шепоту, навіть в деяких випадках мутизмом, затримкою ініціації мовлення з паліалією, порушенням дихання, просодії, роботоподібним мовленням, подовженою фонацією або розтягненими голосними та мимовільним сміхом. Артикуляція обмежена через заціпенілу («застиглу», «приммерзлу») верхню губу, яка є майже нерухомою. Темп мовлення у хворих є сповільнений та уривчастий, обличчя з «Маскою Марганцю» з зафіксованою постійною посмішкою, з різними варіантами дистонічного напруження.

Порушення мовлення у дорослих спостерігається не тільки при хворобі Паркінсона та марганцевій енцефалопатії, а також при інших екстрапірамідних захворюваннях, таких як прогресуючий над'ядерний параліч та хвороба Вільсона.

Прогресуючий над'ядерний параліч (ПНП) - прогресуюче мультисистемне дегенеративне захворювання нервової системи з переважним залученням підкіркових і стовбурових структур. При цій

хворобі спостерігається над'ядерний параліч вертикального погляду, та псевдобульбарний синдром (дизартрія, дисфонія, дисфагія). Клінічна картина захворювання характеризується порушенням рівноваги, зміною характеру ходьби, зниженням мовленнєвої активності, затрудненням у підборі слів, збідненням експресивного мовлення та монотонним голосом, а також порушенням когнітивних функцій. У деяких хворих можуть бути ознаки оральної апраксії (труднощі виконання цілеспрямованих рухів язиком і періоральними м'язами). Розвивається виражена гіпомімія, яка надає обличчю маскоподібність. Дизартрія часто є первинною ознакою захворювання і є чітко виражена. Через 2 роки після початку захворювання тяжкий ступінь дизартрії діагностується у 40%, через 5 років – у 68% хворих [9].

В основі дизартрії при ПНП є комбінація спастичності, гіпокінезії і атаксії орофарингеальних м'язів. Гіпокінетичний компонент проявляється монотонним, притисеним (приглушеним) мовленням, труднощами в ініціації мовлення. В зв'язку з присутністю спастичного компоненту мовлення різко сповільнюється, стає хриплим (хрипким), переривчастим, вимагає від хворих великих зусиль, вони вимушені часто зупинятися і відкашлюватися «прочищаючи» горло. Атактичний компонент присутній тільки у частини хворих і проявляється тенденцією до нерегулярного і скандованого мовлення. Присутність спастичного компоненту дизартрії при ПНП різко відрізняється від інших екстрапірамідних захворювань, включаючи хворобу Паркінсона, а наявність мозочкового і гіпокінетичного компонента - від дизартрії при боковому аміотрофічному склерозі.

Хвороба Вільсона - рідкісне генетичне метаболічне захворювання, яке асоціюється з неадекватними процесами засвоєння міді в організмі. Характеризується ураженням печінки і підкіркових вузлів. Також відоме під назвою гепатолентикулярна дегенерація. Одним з кардинальних неврологічних проявів є дизартрія, яка може бути найпершим проявом хвороби. Класична неврологічна маніфестація включає тремор, сповільнення рухів, диско ординацію, дистонію, дизартрію, слинотечу (сіалорею). При хворобі Вільсона найбільше уражені базальні ганглії. Дизартрія є одним з неврологічних проявів цього захворювання, який найважче піддається лікуванню і вважається одним з основних проявів цього захворювання [10]. Хвороба Вільсона часто уражає бульбарні м'язи і дизартрія є часом єдиною ознакою цього захворювання на початковій стадії. Найчастіше дизартрія, яка асоціюється з хворобою Вільсона є змішана, включаючи різні комбінації гіпокінетичної, спастичної, атактичної дизартрій але в кожному окремому випадку тип дизартрії є різним.

З проведеного аналізу розглянутого матеріалу можна зазначити, що, як правило, порушення мовлення є наслідком ураження екстрапірамідної системи. При хворобі Паркінсона усне мовлення порушується у зв'язку з гіпокінезією, ригідністю та тремором; при синдромі паркінсонізму, викликаного марганцевою інтоксикацією (марганцева енцефалопатія) усне мовлення змінюється у зв'язку з наростанням гіпокінетично-дистонічної дизартрії, а мовлення при прогресуючому над'ядерному паралічі та хворобі Вільсона залежить від комбінації та співвідношення гіпокінетичного, спастичного та атактичного компонентів дизартрії. Тяжкі порушення мовлення у дорослих при цих захворюваннях викликають підвищену зацікавленість науковців і фахівців-логопедів. При вчасному виявленні та систематичному лікуванні розладів мовлення покращується здатність дорослих до повноцінного соціального життя.

Використана література:

1. Шток В.Н., Левин О.С., Федорова Н.В. Экстрапирамидные расстройства. – М.: 1998.
2. Alexander G.E. Anatomy of the basal ganglia and related motor structures / In: R.L. Watts, W.C. Koller (Eds). Movement Disorders. N. Y.: McGraw-Hill, 1997. –P.73-86.
3. Яхно Н.Н. и др. Деменции. –М.: 2011.
4. Sapir S. at al. Voice and speech abnormalities in Parkinson disease. // J. Medical Speech Language Pathology., - 2001. – 9(4). – P. 213-226.
5. Trail M., Fox C. at all. Speech treatment for Parkinson's disease.// Neuro Rehabilitation , - 2005. – 20. - P. 205-221.
6. Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн Ф.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма. – М.: МЕДпресс, - 1999. – 415с.
7. Левин О.С. и др. Эфедроновый паркинсонизм. //Невролог. Журн. – 2000. -№2. – С.8 – 15.
8. Sanotsky Y., Lesuk R., Fedoryshyn L. at al. Manganese encephalopathy due to efedrone abuse. // Movement Disorders. -2007. – 22. – P.1337 – 1343.
9. Golbe L.I., Davis P.H., Schoenberg B.S. at al. Prevalence and natural history of progressive supranuclear palsy. // Neurology. – 1988. – V.38. – P. 1031 – 1034.

10. **Иванова-Смоленская И.А.**, Маркова Е.Д., Полещук В.В. Подбор и изучение репрезентативных семей, отягощенных болезнью Вильсона-Коновалова (БВК) и создание коллекции образцов ДНК. // Материаллы конф. «Геном человека». – М.: 1994. –С.41.

References:

1. **Shtok V.N.**, Levin O.S., Fedorova N.V. Ekstrapiramidnye rasstrojstva. – М.: 1998.
2. **Alexander G.E.** Anatomy of the basal ganglia and related motor structures / In: R.L. Watts, W.C. Koller (Eds). Movement Disorders. N. Y.: McGraw-Hill, 1997. –P.73-86.
3. **Jahno N.N.** i dr. Demencii. –М.: 2011.
4. **Sapir S.** at al. Voice and speech abnormalities in Parkinson disease. // J. Medical Speech Language Pathology., - 2001. – 9(4). – P. 213-226.
5. **Trail M.**, Fox C.at all. Speech treatment for Parkinson's disease.// Neuro Rehabilitation , - 2005. – 20. - P. 205-221.
6. **Golubev V.L.**, Levin Ja.Y., Vejn F.M. Bolezn' Parkinsona i syndrom parkinsonizma. – М.: MEDpress, - 1999. – 415s.
7. **Levin O.S.** i dr. Efedronovij parkinsonizm. //Nevrolog. Zhurn. – 2000. -№2. – S.8 – 15.
8. **Sanotsky Y.**, Lesuk R., Fedoryshyn L. at al. Manganese encephalopathy due to efedrone abuse. // Movement Disorders. - 2007. – 22. – P.1337 – 1343.
9. **Golbe L.I.**, Davis P.H., Schoenberg B.S. at al. Prevalence and natural history of progressive supranuclear palsy. // Neurology. – 1988. – V.38. – P. 1031 – 1034.
10. **Ivanova-Smolenskaja I.A.**, Markova E.D., Poleshhuk V.V. Podbor i izuchenie reprezentativnyh semej, otjagoshchennyh bolezni'ju Vyl'sona-Konovalova (BVK) i sozdanie kollekcii obrazcov DNK. // Materyally konf. «Genom cheloveka». – М.: 1994. –С.41.

Станецкая Г.Н. Экстрапирамидные нарушения речи у взрослых

Данная статья нацелена на привлечение внимания специалистов к проблеме нарушения речи у взрослых. Вопросы, связанные с изучением особенностей нарушения устной речи при разных экстрапирамидных заболеваниях (болезнь Паркинсона, паркинсонизм) надо признать актуальными. В статье подчёркивается важность оказания своевременной помощи, которая должна быть направлена на поддержку и сохранение жизненно-важной функции общения.

Ключевые слова: экстрапирамидная дизартрия, расстройства речи у взрослых

Stanetska H. N. Extrapyramidal speech abnormalities in adults

The article is aimed at attracting and concentrating the specialists' attention at the problems connected with speech abnormalities among mature people. Peculiarities of abnormalities and failures in reaching articulatory targets are described and analyzed in the article. They turn out to be helpful in distinguishing different extrapyramidal diseases (e.g. Parkinson's disease, parkinsonism). As soon as a disease is identified a patient can be provided with necessary help just on time in order to maintain and preserve the function of communication that is of vital importance.

Keywords: extrapyramidal dysarthria, speech abnormalities in grown-ups

Стаття надійшла до редакції 23.05.2016 р.

Статтю прийнято до друку 30.05.2016 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Шеремет М.К.

УДК: 376:616.896-053.2/1.5:303.62-055.52

Тарасун В.В.

**СПЕЦИФІКА ДІАГНОСТИЧНОГО ІНТЕРВ'ЮВАННЯ БАТЬКІВ ДИТИНИ
З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА**

У статті коротко розкрито особливості процесу інтерв'ювання батьків дитини з РАС, здійснюваного аутологом. Схарактеризовані типи, види, форми, стадії і загальні навички діагностичного інтерв'ювання.

Ключові слова: діти з РАС, діагностичне інтерв'ювання, форми, типові стадії, теми інтерв'ю.

Процес психолого-педагогічного оцінювання стану психофізичного і соціально-емоційного розвитку дитини аутологом може приймати різні форми: *інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом, її психологічне тестування, спостереження за її поведінкою, аналіз архівних матеріалів*. Ці форми оцінювання є основними методами збору інформації, необхідної для дослідження намічених аутологом цілей.

Аналіз архівних матеріалів передбачає ознайомлення з медичною документацією та продуктами діяльності самої дитини – малюнками, різними виробами, а учня – шкільними роботами, табелями успішності та іншими матеріалами, що дозволяють скласти загальне уявлення про особливості його особистості і досягнень. При використанні методів оцінки важливу роль відіграє тестування, яке включає обстеження в значно ширший процес. Після збору інформації аутолог має звести дані, отримані з багатьох джерел, в *узгоджений звіт*. При цьому він спирається на свої індивідуальні навички оцінювання, якими зобов'язаний володіти досконало.