

Педагогические 2015

№ 4

измерения

Зарегистрирован
Министерством
Российской Федерации
по делам печати,
телерадиовещания
и средств массовых
коммуникаций.
Свидетельство
о регистрации средства
массовой информации
№ 77-15870
от 7 июля 2003 г.

Директор проекта
Елена
ШИШМАКОВА

Главный редактор
Вадим АВАНЕСОВ

Ответственный секретарь
Светлана ЛЯЧИНА

Дизайн
Ольга ДЕНИСОВА

Вёрстка
Александр
ВОЛХОНСКИЙ

Корректор
Людмила
АСАНОВА

Технолог
Артём ЦЫПАНКОВ

Адрес: 109341,
Москва,
ул. Люблинская,
д. 157, корп. 2
Тел./факс:
(495) 345-52-00,
345-59-00
E-mail:
nagob@yandex.ru

Учредитель
НИИ школьных
технологий

Содержание номера:

Методология

Вадим Аванесов
Применение педагогических измерений
для становления компьютерной системы
коррекции знаний **3**

**Андрей Печников,
Денис Печников**
Метод анализа результатов критериально-
ориентированного тестирования в целях
текущего контроля учебного процесса **17**

Теория

Елена Артищева
Отставание, неуспеваемость
и коррекция знаний как общая проблема
педагогики и педагогических измерений.
Часть вторая **40**

И.В. Савельева
Улучшение диагностических свойств теста
за счёт специальной обработки данных
тестирования и визуализации результатов **58**

Методика

Нина Куракина
Методика применения заданий
в тестовой форме в процессе обучения
студентов **60**

Гульзира Ермекбаева

Диалог. Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой форме для студентов первого курса медицинского университета

67

Кайратбек Сарсембаев

Нарушения мышления по форме.

Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой форме для студентов первого курса медицинского университета

73

Ирина Котлярова

Организация языкового сознания.

Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой форме

82

Оксана Березина

Лев и собачка.

Квантованный учебный текст по рассказу Л.Н. Толстого в тестовой форме для учащихся средней школы

87

Елена Бачурина

Четырёхугольники. Квантованный текст с заданиями в тестовой форме для учащихся средней школы

89

Рекомендации авторам

96

**Полнотекстовые номера журнала «Педагогические измерения»
публикует Научная электронная библиотека: elibrary.ru**

Подписано в печать 15.03.2016

Формат 70×90/16. Бумага типографская. Печать офсетная.

Печ. л. 10. Усл.-печ. л. 10. Заказ № 6325

Издатель: НИИ школьных технологий
109341, Москва, ул. Люблинская, д. 157, корп. 2.
Тел.: (495) 345-52-00.

Отпечатано в типографии НИИ школьных технологий
Тел.: (495) 972-59-62

Нарушения мышления по форме

Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой форме
для студентов медицинских вузов

Кайратбек Сарсембаев,
*доктор медицинских наук, профессор,
Казахский национальный медицинский
университет имени С.Д. Асфендиярова
kairatbek60@gmail.com*

Введение

Процесс мышления у здоровых людей протекает в форме образования логических и грамматических связей между отдельными мыслями (ассоциациями). В норме одна ассоциация вызывает оживление другой, связанной с ней по сходству, смежности, контрасту. Течение связанных между собой представлений является важной составляющей психической деятельности. В норме ассоциативный процесс характеризуется последовательностью возникновения ассоциаций, целенаправленностью и определённым темпом.

При патологических процессах данная последовательность мыслительного (ассоциативного) процесса может нарушаться, что характеризует нарушение мышления по форме.

Ускорение мышления

Характеризуется ускоренным течением ассоциаций, повышением темпа мышления. В силу высокой отвлекаемости и расстройства внимания мысли часто не закончены, суждения и умозаключения поверхностны и поспешны. Эти особенности мышления проявляются в речевом возбуждении. Больные без умолку говорят, перескакивая с одной темы на другую. Толчком для новой тематики их рассуждений являются внешние ассоциации. Крайняя степень ускорения ассоциативной деятельности называется «скачка идей».

Ускорение мышления наблюдается при маниакальном состоянии, в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, экзогенных психозов.

Замедление мышления

Это расстройство мышления характеризуется заторможенностью, падением темпа мышления, затрудненностью его протекания, однообразием ассоциаций. Речь тихая, замедленная, бедна словами, ответы односложные, после долгой паузы. Жалобы на затруднения при умственной работе, отсутствие мыслей, их остановку.

Данное расстройство типично для депрессивного состояния. Наблюдается при маниакально-депрессивном психозе, инволюционной меланхолии,

шизофрении, реактивных, органических психозах.

Патологическая обстоятельность

Характеризуется затруднением перехода от одной мысли к другой, тугоподвижностью мышления. При этом больной в своей речи не в состоянии отделить главное от второстепенного. Мышление таких больных отличается выраженной вязкостью, «топтание на месте», тугоподвижность, излишняя детализация. Больной многословен, говорит медленно, растягивая слова, часто повторяется, вязнет в деталях, уходит в сторону от основной темы. Представляет большую трудность прервать речь больного, направить его в русло основной темы.

Патологическая обстоятельность характерна для эпилептического слабоумия, органических и сосудистых поражений головного мозга.

Резонёрство

Это пустое, бесплодное рассуждательство, лишённое познавательного смысла. Мышление больного характеризуется многословием, но при этом теряет целенаправленность. Больные рассуждают на отвлеченные темы, не понимая их истинного смысла. При этом для них не важно, понял ли их собеседник. Для них интересен сам процесс мышления, а не его содержание. При этом их суждения становятся аморфными, витиеватыми, лишёнными конкретного содержания. Довольно часто, в качестве темы для своих рассуждений, больные выбирают область философии, этики, религии. Отсюда, данный вид нарушения ассоциативной деятельности называют «философической, метафизической интоксикацией».

Резонёрство наблюдается у больных шизофренией. Оно отражает необратимые изменения в их мышлении.

Разорванность мышления

Это расстройство мышления характеризуется отсутствием логической, смысловой связи между понятиями, при сохранности грамматического строя речи больного. Больной правильно воспринимает вопросы, строит предложения с учётом грамматики, но при этом ассоциации случайны и хаотичны. Больной не в состоянии сформулировать ни одной мысли. Например, больной говорит врачу: «Все мы люди, а лекарства от химии, потому что мы не больные». При длительно протекающей шизофрении, на её заключительном этапе, данное расстройство целенаправленности речи может достигнуть своей крайней степени (шизофазии), когда речь теряет всякий смысл.

Разорванность мышления обнаруживается у больных шизофренией, на заключительном этапе заболевания.

Бессвязность мышления

Данный вид расстройства характеризует дезинтеграцию психической деятельности, сопровождающийся распадом всего процесса мышления. При этом отсутствуют какие-либо ассоциации. Больные не могут связать, синтезировать отдельные восприятия, восприятия с представлениями, образовать понятия. Отсутствует способность элементарного обобщения. Речь больного состоит из обрывков фраз, отдельных слов и бессмысленных звуков которые не связаны между собой как по смыслу, так и по грамматике. Больной недоступен для продуктивного контакта, так как не понимает обращенную речь.

Бессвязность мышления наблюдается при аментивном расстройстве сознания.

Речевые стереотипии

Данное расстройство мышления характеризуется бессмысленным повтором одних и тех же слов, фраз или предложений. При этом ответы больного теряют всякий смысл.

К речевым стереотипиям относятся **персеверации, вербигерации, стоячие обороты**. При *персеверации* больной адекватно отвечает на заданный вопрос, а затем стереотипно повторяет этот же ответ на задаваемые следующие вопросы, так как вследствие нарушения интеллекта он не может адекватно осмыслить очередной вопрос. При *вербигерации* наблюдается бессмысленное, ритмическое, стереотипное повторение отдельных слов, сходных по звучанию. Довольно часто эти повторения сопровождаются ритмическими движениями, напоминающими насильственные двигательные акты. Признаком выраженного снижения интеллекта являются «*стоячие обороты*». При этом в процессе беседы больной к месту и к не месту употребляет одни и те же стереотипные мысли, выражения.

Речевые стереотипии наблюдаются при слабоумии, вызванном сосудистым поражением головного мозга, атрофическим процессом в мозге и другими органическими поражениями центральной нервной системы, а также при эпилептическом слабоумии, шизофрении.

Наплывы мыслей (ментизм)

Данное расстройство характеризуется произвольным течением ассоциаций, не зависящим от воли больного. Оно сопровождается тя-

гостным ощущением наплыва потока мыслей с ощущением их сделанности, чуждости для больного, невозможностью управлять ими. Больной не может их выразить, так как они не представляют собой что-то связанное по смыслу. Это нарушает обычный ритм деятельности больного, отвлекает его, мешает ему сосредоточиться. Обычно это расстройство возникает в виде приступа.

Данное расстройство характеризует явление мыслительного (идеаторного) автоматизма у больных шизофренией.

Перерывы в мышлении

Перерывы в мышлении иначе называют также шперрунг, задержка или закупорка мыслей. У больного на фоне ясного сознания внезапно «пропадают, исчезают» мысли, как будто «кто-то их убрал». Это состояние сопровождается чувством насильственности и вызывает у больного подозрение, что его мыслями «управляют».

Данное расстройство характеризует явление мыслительного (идеаторного) автоматизма у больных шизофренией.

Аутистическое мышление

Больной погружен в мир собственных, субъективных болезненных переживаний, не имеющих никакой реальной связи с объективной действительностью. Внешне больные замкнуты, уединены, скрытны, ни с кем не общаются, ничем не интересуются. Свои мысли они излагают на бумаге, в рисунках, которые отражают все богатство их внутренней фантазии, абстракции, философских переживаний.

Данное расстройство характеризует нарушение мышления у больных шизофренией.

Символическое мышление

Больной для выражения своих мыслей употребляет непонятные для окружающих, но понятные ему символы. Это могут быть обычные слова, которые используются больным совершенно в другом значении, из-за чего их смысл становится непонятным.

Это происходит вследствие нарушения внутренней смысловой и причинной связи между абстрактными понятиями и имеющими место конкретными образными представлениями вследствие замены одних другими. При этом абстрактные понятия и суждения больного заменяются то конкретными представлениями, то другими абстрактными категориями, не имеющими внутренней связи с ними. Например, больной не досадит еду, считая, что «пока остаётся пища, остаётся и жизнь».

Данное расстройство характеризует нарушение мышления у больных шизофренией.

Паралогическое мышление

Данный вид расстройства характеризуется нарушением логической основы мышления. Речь больного грамматически правильная, однако, суждения, выводы противоречат здравому смыслу, жизненному опыту. Во внешне правильной речи больного одного содержания наблюдаются неожиданные переходы к другой мысли по ложной неадекватной ассоциации с подменной причинно-следственных взаимоотношений (соскальзывание). Например, больной говорит врачу: «Я выздоровел, потому что хорошее питание в детстве и правильное поведение делают человека здоровым». Далее, после подобного соскальзывания, суждения больного могут вновь приобретать последовательный логический характер.

Данное расстройство характеризует нарушение мышления у больных шизофренией.

Задания

Вашему вниманию предлагаются задания, в которых могут быть один, два и большее количество правильных ответов. Обведите кружком правильные варианты ответов.

1. В ПРОЦЕССЕ МЫШЛЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ МЕЖДУ АССОЦИАЦИЯМИ ПРОИСХОДИТ ОБРАЗОВАНИЕ СВЯЗЕЙ

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1) грамматических | 5) ассоциативных |
| 2) паралогических | 6) по смежности |
| 3) логических | 7) по сходству |
| 4) промежуточных | 8) по контрасту |

2. В НОРМЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1) нецеленаправленностью | 4) системностью |
| 2) целенаправленностью | 5) ритмичностью |
| 3) последовательностью | 6) определённым темпом |

3. ПРИ УСКОРЕНИИ МЫШЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1) повышение темпа мышления | 5) односложность ответов |
| 2) тугоподвижность мышления | 6) незавершенность мыслей |
| 3) поверхность суждений | 7) расстройство внимания |
| 4) снижение темпа мышления | 8) замедление речи |

4. УСКОРЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1) маниакально-депрессивном психозе | 5) органических психозах |
| 2) инволюционной меланхолии | 6) реактивном параноиде |

МЕТОДИКА

- 3) эпилептическом слабоумии
4) реактивном возбуждении
- 7) шизофрении
8) неврастении
- 5. ПРИ ЗАМЕДЛЕНИИ МЫШЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ**
- 1) затруднение перехода от одной мысли к другой
2) тугоподвижность мышления
3) поверхность суждений
4) падение темпа мышления
- 5) односложность ответов
6) незавершенность мыслей
7) замедление речи
8) ясность суждения
- 6. ЗАМЕДЛЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
- 1) маниакально-депрессивном психозе
2) инволюционной меланхолии
3) эпилептическом слабоумии
4) реактивном возбуждении
5) истерическом неврозе
- 6) органических психозах
7) реактивной депрессии
8) неврастении
9) шизофрении
10) ступоре
- 7. ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТОЯТЕЛЬНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ**
- 1) затруднение в выделении главной мысли от второстепенной
2) затруднение перехода от одной мысли к другой
3) уход в сторону от основной темы
4) тугоподвижность мышления
5) падение темпа мышления
- 6) суждения поверхностны
7) односложность ответов
8) незавершенность мыслей
9) увязание в деталях
10) вязкость мыслей
- 8. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
- 1) органических поражениях головного мозга
2) сосудистых поражениях головного мозга
3) маниакально-депрессивном психозе
4) инволюционной меланхолии
5) эпилептическом слабоумии
- 6) реактивном возбуждении
7) реактивном параноиде
8) истерическом неврозе
9) шизофрении
10) неврастении
- 9. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПА МЫШЛЕНИЯ, ПАДЕНИЕ ТЕМПА МЫШЛЕНИЯ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**
- 1) патологическая обстоятельность
2) персеверация мышления
3) аутистическое мышление
4) паралогическое мышление
5) символическое мышление
- 6) разорванность мышления
7) замедление мышления
8) перерывы в мышлении
9) ускорение мышления
10) наплывы мыслей
- 10. РЕЗОНАНСНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**
- 1) суждением, лишённым познавательного смысла
2) отсутствием конкретного содержания
3) бесплодным рассуждательством
4) витиеватостью суждений
5) разорванностью суждений
- 6) отвлеченностью тематики
7) аморфностью суждений
8) конкретностью суждений
9) стереотипией суждений
10) зрелостью суждений
- 11. РЕЗОНАНСНОСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ**
- 1) атрофическими процессами мозга
2) экзогенными психозами

- 3) шизофренией
- 4) олигофренией
- 5) эпилепсией
- 6) невротами

12. РАЗОРВАННОСТЬ МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отсутствием смысловой связи между понятиями
- 2) сохранением логической связи между понятиями
- 3) нарушением грамматического строя предложения
- 4) сохранением грамматического строя речи
- 5) отсутствием способности элементарного обобщения
- 6) утратой способности чётко формулировать мысли
- 7) распадом процесса мышления
- 8) бесплодным рассуждением
- 9) хаотичностью ассоциаций
- 10) наплывом мыслей

13. РАЗОРВАННОСТЬ МЫШЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) травматической церебрастенией
- 2) невротом навязчивых состояний
- 3) истерическим невротом
- 4) реактивной депрессией
- 5) шизофренией
- 6) эпилепсией

14. БЕССВЯЗНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) сохранением логической связи между понятиями
- 2) отсутствием способности образовывать понятия
- 3) отсутствием способности элементарного обобщения
- 4) нарушением грамматического строя предложения
- 5) дезинтеграцией психической деятельности
- 6) недоступностью для продуктивного контакта
- 7) хаотичностью ассоциаций
- 8) отсутствием ассоциаций
- 9) стереотипиями речи
- 10) перерывами в мышлении

15. БЕССВЯЗНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) синдроме Кандинского-Клерамбо
- 2) сумеречном расстройстве сознания
- 3) психоорганическом синдроме
- 4) синдроме Корсакова
- 5) делириозном синдроме
- 6) онейроидном синдроме
- 7) аментивном синдроме
- 8) оглушении

16. РЕЧЕВЫЕ СТЕРЕОТИПИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) бессмысленным повтором одних и тех же предложений
- 2) бессмысленным повтором одних и тех же слов
- 3) произвольным течением ассоциаций
- 4) утратой смысла предложения
- 5) бесплодным рассуждением
- 6) сходностью слов по звучанию
- 7) наличием «стоячих оборотов»
- 8) отсутствием ассоциаций
- 9) употреблением символов
- 10) распадом мышления

17. ПЕРСЕВЕРАЦИИ, ВЕРБИГАЦИИ, СТОЯЧИЕ ОБОРОТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) стереотипностью повторения отдельных слов различных по звучанию
- 2) стереотипностью повторения отдельных слов сходных по звучанию
- 3) бессмысленностью повторения отдельных слов
- 4) стереотипностью повторения ответа на задаваемые следующие вопросы
- 5) употреблением к месту и к не месту стереотипных мыслей
- 6) неадекватностью ответа на заданный вопрос
- 7) адекватностью ответа на заданный вопрос
- 8) насильственностью двигательных актов

18. РЕЧЕВЫЕ СТЕРЕОТИПИИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛАБОУМИИ, ВЫЗВАННОМ

- 1) органическими поражениями центральной нервной системы
- 2) сосудистым поражением головного мозга
- 3) атрофическим процессом в мозге
- 4) эпилептическом слабоумии
- 5) психопатии
- 6) неврастении
- 7) дебильности
- 8) пизофрении

19. НАПЛЫВЫ МЫСЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) произвольным течением ассоциаций не зависящим от воли больного
- 2) произвольным течением ассоциаций управляемых больным
- 3) тягостным ощущением наплыва потока мыслей
- 4) невозможностью управлять потоком мыслей
- 5) ощущением их чуждости для больного
- 6) смысловой связанностью понятий
- 7) сохранностью обычного ритма деятельности
- 8) произвольным течением ассоциаций
- 9) приступообразностью возникновения
- 10) ощущением их сделанности

20. НАПЛЫВЫ МЫСЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 1) психоорганического синдрома | 4) психического автоматизма |
| 2) идеаторного автоматизма | 5) моторного автоматизма |
| 3) сенсорного автоматизма | 6) сенестопатии |

21. ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕРЫВА В МЫШЛЕНИИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В ТОМ, ЧТО

- 1) это вызывает у больного подозрения, что его мыслями «управляют»
- 2) сопровождается насильственными двигательными актами
- 3) это сопровождается чувством насильственности
- 4) на фоне помрачения сознания постепенно исчезают мысли
- 5) на фоне ясного сознания внезапно пропадают мысли
- 6) это происходит по воле больного
- 7) появляются речевые стереотипии
- 8) замедляется мышление

22. ПЕРЕРЫВЫ В МЫШЛЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ СИНДРОМ

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1) психического автоматизма | 4) Кандинского-Клерамбо |
| 2) амбулаторного автоматизма | 5) сенестопатический |
| 3) психоорганический | 6) ипохондрический |

23. ПРИ АУТИСТИЧЕСКОМ МЫШЛЕНИИ

- 1) больной погружен в мир субъективных болезненных переживаний
- 2) переживания больного связаны с окружающей реальностью
- 3) отсутствует связь переживаний больного с реальным миром
- 4) проявляет интерес к окружающей действительности
- 5) свои переживания больной активно высказывает окружающим
- 6) больной излагает свои переживания в рисунках
- 7) больной на бумаге отражает свой внутренний мир
- 8) внешне больной активен, общителен
- 9) больной ничем не интересуется
- 10) больной скрытен, уединён

24. АУТИСТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ НАРУШЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) органическими нарушениями центральной нервной системы
- 2) атрофическими поражениями головного мозга
- 3) маниакально-депрессивным психозом
- 4) эпилептическим слабоумием
- 5) неврозом навязчивых состояний
- 6) реактивными состояниями
- 7) истерическим неврозом
- 8) шизофренией

25. СИМВОЛИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- 1) отсутствует внутренняя связь между абстрактными понятиями и конкретными представлениями в суждениях больного
- 2) нарушается внутренняя смысловая связь между абстрактными понятиями и конкретными образными представлениями
- 3) нарушается причинная связь между абстрактными понятиями и конкретными образными представлениями
- 4) происходит замена абстрактных понятий конкретными образными представлениями при отсутствии внутренней связи между ними
- 5) сохраняется внутренняя связь между абстрактными понятиями и конкретными представлениями в суждениях больного
- 6) больной свои мысли выражает понятными только ему символами
- 7) суждения больного противоречат жизненному опыту
- 8) наблюдается бессмысленное повторение отдельных слов

26. СИМВОЛИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) маниакально-депрессивным психозом
- 2) экзогенно-органическими психозами
- 3) неврозом навязчивых состояний
- 4) психогенной депрессией
- 5) соматогенными психозами
- 6) шизофренией

27. ПАРАЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) сохранением логической основы мышления
- 2) нарушением логической основы мышления
- 3) сохранением грамматического строя речи
- 4) нарушением грамматического строя речи
- 5) подменой причинно-следственных взаимоотношений
- 6) противоречием суждений здравому смыслу

МЕТОДИКА

- 7) адекватностью суждений жизненному опыту
- 8) склонностью к бесплодному рассуждательству

28. ПАРАЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ НАРУШЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) неврозом навязчивых состояний
- 2) травматической церебрастенией
- 3) реактивной депрессией
- 4) истерическим неврозом
- 5) шизофренией
- 6) циклотимией

РЕКОМЕНДАЦИИ
авторам по подготовке текстов для публикации
в журнале «Педагогические измерения»

Статьи для публикации просьба присылать в редакторе Word, шрифт 12, с указанием имени и фамилии, названия образовательного учреждения и адреса электронной почты.

НАЗВАНИЕ СТАТЬИ (пишется строчными буквами, жирный шрифт).

Под названием статьи: имя и фамилия автора — пишется полностью, справа. Название вуза — пишется полностью, справа.

Адрес электронной почты автора — пишется справа.

Статье предшествует небольшая (до 10 строк) аннотация. Расстояние между строчками в аннотации — один интервал, отступ слева и справа — по 2,5 см. Аннотация заканчивается перечислением примерно пяти-девяти ключевых слов.

Рекомендуемый примерный объём статьи — до 30 страниц. Текст статьи рекомендуется разделить несколькими подзаголовками, из примерного расчёта по одному заголовку на одну страницу текста. Лучше написать по два, три или четыре подзаголовка на каждой странице.

Сноски делать постраничные, шрифт в сносках Times New Roman, 11 размер.

Жирный шрифт в тексте желательно не использовать. Расстояние между строчками в тексте статьи — полтора интервала.

Отступы в статье справа и слева — по 2,5 см.

Абзацный отступ — обычный, 1,27 или 1,25 см.

Статью высылать по адресу: testolog@mail.ru

Издательство «Народное образование» предполагает, что авторы статей являются — или должны стать — подписчиками журнала, а потому прекращает рассылку бесплатного авторского экземпляра.

Высылается только оттиск статьи (.pdf).

Публикация статей в журнале бесплатная.