Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 26.02.2024 14:18:14
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности и молодежной политике,
д.м.н., доцент Т.В. Бородулина
«26» мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Нейропсихология и нейрокоррекция

Уровень высшего образования: *магистратура*

Направление подготовки: *37.04.01 Психология*

Профиль: *Клиническая психология. Экспертно-диагностическая и реабилитационная деятельность психолога в профессиональной сфере*

Квалификация: *Магистр*

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Нейропсихология и нейрокоррекция» составлена в соответствии с ФГОС ВО высшего образования по программе магистратуры 37.04.01 Психология (уровень магистратуры), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 841 от 29 июля 2020 г.

Составитель: канд.психол.наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России И.С. Алферова

Рецензент: д.п.н., доцент, профессор кафедры управления персоналом и психологии, ФГБОУ ВО Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина Е.А. Казаева

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании кафедры клинической психологии и педагогики (протокол № 7 от 13.03.2023).

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен методической комиссией специальностей магистратуры (протокол № 4 от 05.04.2023).

1. КОДИФИКАТОР

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенций	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Наименование ДЕ		Контролируемые ЗУН, направленные на формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций		
					Знания	**Умения**	**Навыки**
Диагностическая и психокоррекционная репликация	ПК-2. Способен организовывать коррекционно-развивающую работу с детьми и обучающимися, в том числе работу по восстановлению и реабилитации	ИД-1ПК-2. Разрабатывает и реализует планы проведения коррекционно-развивающих занятий для детей и обучающихся, направленных на развитие интеллектуальной, эмоционально- волевой сферы, познавательных процессов, снятие тревожности, решение проблем в сфере общения, преодоление проблем в общении и поведении ИД-2ПК-2. Применяет стандартные методы и приемы наблюдения за нормальным и отклоняющимся психическим и физиологическим развитием детей и обучающихся ИД-3ПК-2. Проводит коррекционно- развивающие занятия с обучающимися и воспитанниками	ДЕ 1.	Введение в нейропсихологическую методологию	- основные понятия нейропсихологии, ее теоретические и прикладные задачи, современные направления исследовательской и практической работы	- ориентироваться в теоретическом аппарате и основных направлениях нейропсихологии	- структурированным знанием о нейропсихологическом подходе

Психологическое консультирование лиц с ОВЗ	ПК-3. Способен проводить психологическое консультирование лиц с ограниченными возможностями здоровья и обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных про-	ИД-1ПК-3. Проводит индивидуальные и групповые консультации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по вопросам обучения, развития, проблемам жизненного самоопределения, самовоспитания, взаимоотношений со взрослыми и сверстниками ИД-2ПК-3. Владеет приемами работы с педагогами, преподавателями с целью организации эффективных учебных взаимодействий обучающихся, их общения в образовательных организациях и в семье ИД-3ПК-3. Разрабатывает совместно с педагогами и преподавателями индивидуальные программы для построения индивидуального образовательного маршрута для лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося	ДЕ 2.	Нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций	- базовые механизмы нарушений высших психических функций при локальных поражениях мозга, нейропсихологические симптомы и синдромы поражения корковых и подкорковых структур мозга	- ориентироваться в теоретическом аппарате синдромного анализа	- представлениями о понятиях нейропсихологических синдромов и симптомов

	грамм, развитии и социальной адаптации						
			ДЕ 3	Введение в синдромальный анализ	- особенности метода нейропсихологического синдромного анализа	- обосновывать взаимосвязь между расстройствами высших психических функций, эмоционально-личностной сферы, сознания и нарушениями в работе мозга, применять эти знания для решения научных и практических задач	структурированным знанием о нейропсихологическом подходе к анализу нарушений психического функционирования при органических поражениях головного мозга
			ДЕ 4	Методы нейропсихологического обследования	- методики нейропсихологического обследования, принципы оценки нарушений высших психических функций	- обосновывать взаимосвязь между расстройствами высших психических функций, эмоционально-личностной сферы, сознания и нарушениями в работе мозга, применять эти знания для решения научных и практических задач	- структурированным знанием о нейропсихологическом подходе к анализу нарушений психического функционирования при органических поражениях головного мозга

			ДЕ 5	Возрастная нейропсихология	- степень сформированности психических функций и специфика поведения в решении адаптационных задач; - общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях	- планировать программу нейропсихологического исследования больных с органическими поражениями головного мозга, анализировать данные о результатах нейропсихологической диагностики, обосновывать возможности восстановительного обучения и реабилитационной работы	- представлениями о специфических закономерностях и индивидуальных особенности психического и психофизиологического развития
			ДЕ 6	Нейропсихологическая коррекция и реабилитация	- особенности метода нейропсихологической диагностики восстановления высших психических функций (ПК-2)	- - составлять программы коррекции иррегулярности и нарушений психического развития в детском возрасте с опорой на сильные звенья ВПФ и построением новой функциональной системы	представлениями о возможностях нейропсихологического обследования, восстановительного и коррекционно-развивающего обучения на основе нейропсихологического подхода в системе лечебно-реабилитационных мероприятий

Технологии оценивания ЗУН	Тестовый контроль, вопросы к зачету с оценкой. Зачет.

2. Тестовые задания

1. Что не является разделом нейропсихологии? (ИД-1ПК-2)
А) нейролингвистика
Б) нейропсихологическая реабилитация
В) нейровизуализация
Г) нейропсихология когнитивных расстройств

2. Что такое синдром? (ИД-1ПК-2)
А) Закономерное сочетание симптомов
Б) Констелляция мозговых зон
В) Этиология болезни
Г) Нейропсихологические методы диагностики

3. Как называется нарушение речи при локальном поражении корковых отделов мозга? (ИД-1ПК-2)
А) Алалия
Б) Дизартрия
В) Дисфония
Г) Афазия

4. Что означает симптом брадифрении? (ИД-1ПК-2)
А) Снижение мозговой активности
Б) Замедленность речи
В) Замедленность мыслительных процессов
Г) Замедленность движений

5. Что не относится к квазипространственным функциям? (ИД-1ПК-2)
А) Понимание логико-грамматических отношений
Б) Понимание времени на часах
В) Понимание условия арифметической задачи
Г) Понимание обращенной речи

6. Какой из этих симптомов отражает несформированность или патологию 3-го блока мозга? (ИД-1ПК-2)
А) Буквенная агнозия
Б) Апраксия позы
В) Импульсивность
Г) Зеркальность на письме

7. Нарушение восприятия при локальном поражении мозга - это: (ИД-2ПК-2)
А) амнезия
Б) агнозия
В) апраксия
Г) афазия

8. Нарушения памяти при локальных поражениях головного мозга - это: (ИД-2ПК-2)
А) амнезия
Б) агнозия
В) апраксия
Г) афазия

9. Нарушение произвольности движения при локальных поражениях головного мозга – это (ИД-2ПК-2)
А) амнезия
Б) агнозия

В) апраксия
Г) афазия

10. Нарушение речи при локальных поражениях головного мозга – это (ИД-2ПК-2)
А) амнезия
Б) агнозия
В) апраксия
Г) афазия

11. Первым уровнем зрительной системы является: (ИД-2ПК-2)
А) радужка глаза
Б) склера глаза
В) сетчатка глаза
Г) хрусталик глаза

12. Тактильными агнозиями называются нарушения: (ИД-2ПК-2)
А) мышечной силы
Б) слухового анализатора
В) кожной чувствительности
Г) зрительного анализатора

13. Наличие слова-эмбола обнаруживается при: (ИД-2ПК-2)
А) эфферентной моторной афазии
Б) афферентной моторной афазии
В) динамической афазии
Г) сенсорной афазии

14. При синдроме расщепленного мозга наблюдаются: (ИД-3ПК-2)
А) Аномия
Б) Дископия
В) Эмоциональная лабильность
Г) Дисграфия

15. Игнорирование объектов, находящихся с одной стороны поля зрения характерно для: (ИД-3ПК-2)
А) Лобного синдрома
Б) Гемианопсии
В) Синдрома неглекта
Г) Оптико-пространственной агнозии

16. Логорея наблюдается при: (ИД-3ПК-2)
А) Динамической афазии
Б) Сенсорной афазии
В) Эфферентной моторной афазии
Г) Конструктивной апраксии

17. Корсаковский синдром наблюдается при поражении: (ИД-3ПК-2)
А) Срединных структур головного мозга
Б) Ствола мозга
В) Премоторной коры
Г) Зоны ТРО

18. Метод замещающего онтогенеза предназначен для: (ИД-3ПК-2)
А) Восстановления нарушенных высших психических функций

Б) Профилактики формирования когнитивных нарушений
В) Формирования высших психических функций у детей
Г) Диагностики состояния высших психических функций

19. Астереогноз это нарушение способности: (ИД-3ПК-2)
А) Узнавать предметы по зрительному образу
Б) Узнавать предметы наощупь
В) Называть предметы
Г) Рисовать предметы

20. Феномен при котором функции пораженного участка коры начинают реализовываться сохранными участками называется: (ИД-3ПК-2)
А) Викариат
Б) Диашиз
В) Растормаживание
Г) Компенсация

3. Вопросы к зачёту

1. Кинестетическая апраксия. (ИД-1ПК-3)

Ответ: Специфическое нарушение моторной деятельности. Возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры больших полушарий (т. е. задних отделов коркового ядра двигательного анализатора: 1, 2, частично 40-го полей преимущественно левого полушария). В этих случаях нет четких двигательных дефектов, сила мышц достаточная, парезов нет, однако страдает кинестетическая основа движений. Они становятся недифференцированными, плохо управляемыми (симптом «рука-лопата»). У больных нарушаются движения при письме, возможность правильного воспроизведения различных поз руки (апраксия позы); они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (например, как наливают чай в стакан, как закуривают сигарету и т. п.). При сохранности внешней пространственной организации движений нарушается внутренняя проприоцептивная кинестетическая афферентация двигательного акта. При усилении зрительного контроля движения можно в определенной степени скомпенсировать. При поражении левого полушария кинестетическая апраксия обычно носит двухсторонний характер, при поражении правого полушария — чаще проявляется только в одной левой руке. Кинетическая апраксия проявляется в нарушении самых различных двигательных актов: предметных действий, рисования, письма, — в трудности выполнения графических проб, особенно при серийной организации движений (динамическая апраксия). При поражении нижнепремоторных отделов коры левого полушария (у правшей) кинетическая апраксия наблюдается, как правило, в обеих руках.

2. Кинетическая апраксия (ИД-1ПК-3)

Ответ: Специфическое нарушение моторных актов. Связана с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий (б-го, 8-го полей — передних отделов «коркового» ядра двигательного анализатора). Кинетическая апраксия входит в премоторный синдром, т. е. протекает на фоне нарушения автоматизации (временной организации) различных психических функций. Проявляется в виде распада «кинетических мелодий», т. е. нарушения последовательности движений, временной организации двигательных актов. Для этой формы апраксии характерны двигательные персеверации (элементарные персеверации — по определению А. Р. Лурия), проявляющиеся в бесконтрольном продолжении раз начавшегося движения.

3. Предмет и задачи нейропсихологии. (ИД-1ПК-3)

Ответ: Предмет нейропсихологии – изучение закономерностей протекания высших психических функций (ВПФ) в связи с работой мозга и исследование нарушений ВПФ при патологии мозга.

Задачи: Установление закономерностей функционирования мозга при взаимодействии организма с внешней и внутренней средой. Нейропсихологический анализ локальных повреждений мозга. Диагностика функционального состояния мозга и отдельных его структур.

4. Принципы синдромного анализа в нейропсихологии. (ИД-1ПК-3)

Ответ:

Синдромный анализ основан на трех основных положениях.

Первое положение: Первое положение: синдромный анализ предполагает тщательную качественную квалификацию характера нарушений психических функций (нейропсихологических симптомов), а не просто их констатацию.

Второе положение: Второе положение: синдромный анализ заключается в сопоставлении первичных расстройств, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, которые возникают по законам системной организации функций

Третье положение: синдромный анализ заключается в необходимости изучения состава не только нарушенных, но и сохранных функций.

5. Конструктивная апраксия. (ИД-1ПК-3)

Ответ:

Конструктивная апраксия — трудности конструирования целого из отдельных элементов. Является формой пространственной апраксии. Основой данной формы апраксий является расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений («верх-низ», «правое-левое» и т. д.). Таким образом, в этих случаях страдает зрительно-пространственная афферентация движений. Пространственная апраксия может протекать и на фоне сохранных зрительных гностических функций, но чаще она наблюдается в сочетании со зрительной оптико-пространственной агнозией. Тогда возникает комплексная картина апрактоагнозии. Во всех случаях у больных наблюдаются апраксия позы, трудности выполнения пространственно-ориентированных движений (например, больные не могут застелить постель, одеться и т. п.). Усиление зрительного контроля за движениями им не помогает. Нет четкой разницы при выполнении движений с открытыми и закрытыми глазами.

6. Сенсорная афазия, этапы построения реабилитационного процесса. (ИД-2ПК-3)

Ответ:

Сенсорная афазия - специфическое расстройство речи имеющее в своей основе нарушение фонематического слуха. В клинической картине этот дефект проявляется в «феномене отчуждения смысла слов», в нарушении понимания слов, инструкций, обращенной речи. Имеет место изобилие литеральных парафазии в устной речи (замена одного звука на другой в произносимых словах: огурец — окулет, помидор — бопитон, дом — том и др.). Эта группа больных резко отличается как по общему, так и по вербальному поведению от описанных выше больных с поражениями передней речевой зоны. Больные с сенсорной афазией общительны, дефицит вербальных средств общения они возмещают паралингвистическими способами: мимикой, жестами, интонацией. 1-ый этап реабилитации решает задача затормаживания обильной и непродуктивной речи больных с сенсорной афазией, для этого пациента переключают на различные задания невербального характера. На второй стадии обучения задачей является обучение больных слушанию речи. С этой целью применяются методы, способствующие сначала пониманию общего смысла и содержания звучащего текста, затем предложений и только потом слов. На третьей стадии обучения ставится задача восстановления осознанного и дифференцированного выделения фраз из текста и слов из фразы. На последней, четвертой, стадии обучения, когда больной уже научился понимать и выполнять инструкции, понимать отдельные слова и целые рассказы, можно переходить к Центральной задаче всего обучения при сенсорной афазии — восстановлению дифференцированного и константного восприятия звуков речи. Вся предыдущая работа является подготовительной к восстановлению этого умения. На этом этапе работа со звуком должна стать предметом специального осознанного действия, анализа

7. Теория системно-динамической локализации высших психических функций. (ИД-2ПК-3)

Ответ:

Высшие психические функции — сложные системные образования, качественно отличные от других психических явлений. Основные характеристики высших психических функций — опосредованность, осознанность, произвольность — представляют собой системные качества, характеризующие эти функции как «психологические системы» (по определению Л. С. Выготского), которые создаются путем надстройки новых образований над старыми с сохранением последних в виде подчиненных структур внутри нового целого

Согласно теории системной динамической локализации ВПФ человека, каждая ВПФ обеспечивается мозгом как целым, однако это целое состоит из высоко дифференцированных структур (систем, зон), каждая из которых вносит свой вклад в реализацию функции. Непосредственно с мозговыми структурами (факторами) следует соотносить не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы, которые осуществляются в этих мозговых структурах и обеспечивают реализацию определенных аспектов (параметров) функции. Нарушение этих физиологических процессов ведет к появлению первичных дефектов, а также взаимосвязанных с ними вторичных дефектов, составляющих в целом закономерное сочетание нарушений ВПФ – определенный нейропсихологический синдром.

8. Модально-специфические нарушения памяти, характеристика и методы диагностики. (ИД-2ПК-3)

Ответ:

Модально-специфические нарушения памяти — это расстройства, которые связаны с повреждением коркового конца одного из анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Такие нарушения могут возникать при поражении второго функционального блока мозга по А.Р. Лурия. Модально-специфические нарушения памяти характеризуются тем, что человек не может вспомнить информацию, которая была получена через определённый анализатор. Например, он может не помнить лица людей, но при этом хорошо запоминать их голоса.

Методы диагностики: 10 слов, 5 слов, 2 группы по 3 слова, запоминание реалистичных изображений, запоминание и воспроизведение абстрактных изображений

9. Нарушения регуляторных функциий при локальных поражениях головного мозга. (ИД-2ПК-3)

Ответ:

Регуляторные функции охватывают множество сфер функционирования человека, к ним могут относиться, например:

1) Когнитивные функции, связанные с контролем и планированием, целенаправленностью деятельности;

2) функции поведенческой саморегуляции, связанные с эмоциональным подкреплением;

3) функции, регулирующие активацию, т.е. обеспечивающие инициативу и активацию поведения;

В рамках отечественной нейропсихологии такие нарушения характерны для “синдрома лобной доли”, возникающего вследствие поражения префронтальной коры головного мозга.

В рамках восстановительно-реабилитационной работы с регуляторными/управляющими функциями важно сделать упор на осознание пациентом имеющихся нарушений, постановку реабилитационных целей, разучивание алгоритмов для выполнения тех или иных задач и отработку данных алгоритмов. Идеальным исходом реабилитации может считаться восстановление способности к самостоятельному планированию деятельности и контролю за её осуществление.

10. Классификация апраксий по А.Р. Лурия (ИД-2ПК-3)

Ответ:

Лурия выделял 4 формы апраксии: кинетическую, кинестетическую, пространственную и регуляторную.

Кинетическая апраксия связана с нарушением кинетического фактора, характеризуется элементарными персеверациями, трудностями переключения с одного двигательного акта на другой, разорванностью выполнения действий. Кинетическая апраксия проявляется в нарушении самых различных двигательных актов: предметных действий, рисования, письма, — в трудности выполнения графических проб, особенно при серийной организации движений (динамическая апраксия). При поражении нижне-премоторных отделов коры левого полушария (у правшей) кинетическая апраксия наблюдается, как правило, в обеих руках.

Кинестетическая апраксия характеризуется нарушением афферентации, при отсутствии парезов. Движения становятся грубыми, неуклюжими, кисть пораженную кинестетической апраксией нередко характеризуют как “руку-лопату”. При усилении зрительного контроля движения можно в определенной степени скомпенсировать.

Пространственная апраксия связана с нарушением зрительно-пространственная афферентация движений. Пространственная апраксия может протекать и на фоне сохранных зрительных гностических функций, но чаще она наблюдается в сочетании со зрительной оптико-пространственной агнозией. Основой данной формы апраксий является расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений («верх-низ», «правое-левое» и т. д.).. Пространственная апраксия (или апрактоагнозия) — возникает при поражении теменно-затылочных отделов коры на границе 19-го и 39-го полей, особенно при поражении левого полушария (у правшей) или при двухсторонних очагах.

11. Классификация афазий по А.Р. Лурия. (ИД-2ПК-3)

Ответ:

Лурия выделял следующие формы афазий:

Афферентная моторная афазия, эфферентная моторная афазия, динамическая афазия, сенсорная афазия, акустико-мнестическая афазия, семантическая афазия. При афферентной моторной афазии Центральным расстройством является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции. Непроизвольно эти движения могут быть легко выполнены ими, поскольку не имеется парезов, ограничивающих объем оральных движений. Это носит название оральной апраксии. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии, имеющей непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Она проявляется в распаде отдельных артикуляционных поз. Вторично системно нарушены другие стороны речевой функции. При эфферентной моторной афазии появляются персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. В результате речь больных становится разорванной, сопровождается застреванием на отдельных фрагментах высказывания. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи. Таким образом, в отличие от афферентной моторной афазии, где артикуляционная апраксия относится к единичным позам, при эфферентной она относится к их сериям. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз. При динамическая афазия речевой дефект проявляется главным образом в речевой аспонтанности и инактивности, нарушается предикативная сторона речи. При сенсорной афазии больные теряют способность дифференцировать фонемы, т.е. выделять признаки звуков речи, несущих в языке смыслоразличительные функции. Расстройства фонематического слуха, в свою очередь, обусловливают грубые нарушения импрессивной речи— понимания. Появляется феномен «отчуждения смысла слова», который характеризуется «расслоением» звуковой оболочки слова и обозначаемого им предмета. Звуки речи теряют для больного свое константное (стабильное) звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой по тем или иным параметрам. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции) как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими, одних звуков другими — вербальные и литеральные парафазии. При акустико-мнестической афазии больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым слабость акустических следов. Наряду с этим у них обнаруживается сужение объема запоминания. Эти дефекты

приводят к определенным трудностям понимания развернутых текстов, требующих участия слухоречевой памяти. В собственной речи больных с этой формой афазии основным симптомом афазии является словарный дефицит, связанный как с вторичным обеднением ассоциативных связей слова с другими словами данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете. При семантической афазии основным проявлением речевой патологии является импрессивный аграмматизм, т.е. неспособность понимать сложные логико-грамматические обороты речи. Этот дефект является, как правило, одним из видов более общего расстройства пространственного гнозиса, а именно способности к симультанному синтезу. Поскольку во фразовой речи основными «деталями», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), служат грамматические элементы слов, основную трудность для больных представляет выделение этих элементов из текста и понимание их смысловой роли, особенно пространственной (пространственные предлоги, наречия и т.д.). При этом способность к улавливанию формально-грамматических искажений (ошибок «согласования») остается у этих больных сохранной.

12. Односторонняя пространственная агнозия. (ИД-2ПК-3)

Ответ:

Односторонняя пространственная агнозия как правило возникает при поражении правых затылочных отделов коры головного мозга и характеризуется игнорированием левой половины пространства. Для данных больных характерно письмо с красной строки, игнорирование первых слов в предложениях при чтении. Больные могут быть развернуты вправо, дефект может проявляться в том числе тактильно, при восприятии больным собственного тела, что можно увидеть в пробе Тойбера.

13. Эфферентная моторная афазия, приципы и этапы построения реабилитационного процесса. (ИД-3ПК-3)

Ответ: Эфферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов премоторной зоны. В норме она обеспечивает плавную смену одного орального или артикуляционного акта другим, что необходимо для слияния артикуляций в сукцессивно последовательно организованные ряды — «кинетические двигательные мелодии». При очаговых поражениях премоторной зоны возникает патологическая инертность артикуляторных актов, появляются персеверации, препятствующие свободному переключению с одной артикуляционной позы на другую. В результате речь больных становится разорванной, сопровождается застреванием на отдельных фрагментах высказывания. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи. Таким образом, в отличие от афферентной моторной афазии, где артикуляционная апраксия относится к единичным позам, при эфферентной она относится к их сериям. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз

14. Модально-неспецифические нарушения памяти, варианты реабилитации. (ИД-3ПК-3)

Ответ:

Модально–неспецифические расстройства памяти — общие нарушения памяти, проявляющиеся в неполноценном сохранении следов воздействий различной модальности. Для подобных расстройств характерно затруднение как непроизвольных, так и произвольных запоминания и воспроизведения. Также могут объединяться с нарушениями сознания. Возникают при поражении глубоких неспецифических образований мозга, за счет чего происходит патологическое повышение взаимного торможения следов. В качестве частного случая можно привести корсаковский синдром, обусловленный алкогольной интоксикацией. В качестве механизма таких нарушений могут выступать: нарушение следообразования, патологическая тормозимость следов интерферирующим воздействием и нарушение избирательности воспроизводимого материала. Различная степень выраженности мнестического дефекта требует выбора соответствующего направления работы в процессе нейропсихологической реабилитации:

1. Формирование нового алгоритма «поиска в памяти»;
2. Организация «подсказывающей и напоминающей» окружающей среды и новых стратегий поведения в этой среде;
3. Общие (неспецифические) принципы восстановительного обучения

15. Нейропсихологические методы, используемые для диагностики нарушений функций затылочных долей коры головного мозга. (ИД-3ПК-3)

Ответ:

Для исследования зрительного восприятия могут использоваться различные методы: узнавание реалистичных изображений, проба Поппельрейтера, узнавание конфликтных изображений (химерных). Эти пробы подойдут для исследования зрительно-предметного гнозиса, однако также важно оценить узнавание пациентом цветов (называние цветов, идентификация цветов), лицевой гнозис (узнавание знакомых лиц, определение эмоционального состояния людей на картинке, зеркало, узнавание знаменитых лиц), символический гнозис (узнавание букв и цифр).

16. Классификация нейропсихологических факторов (ИД-3ПК-3)

Ответ: Е.Д. Хомская выделяет следующие факторы: модально-специфические факторы, модально-неспецифические факторы, факторы, связанные с работой ассоциативных (третичных) областей коры больших полушарий головного мозга, полушарные факторы, связанные с работой всего левого или правого полушария мозга, факторы межполушарного взаимодействия, факторы, связанные с работой глубинных подкорковых полушарных структур головного мозга, общемозговые факторы, связанные с действием различных общемозговых процессов.

17. Нарушения внимания при локальных поражениях головного мозга, варианты расположения очага. (ИД-3ПК-3)

Ответ:

Существуют два самостоятельных типа нарушений внимания. Первый тип нарушений внимания можно обозначить как модально-неспецифические. Эти нарушения внимания распространяются на любые его формы и уровни. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности (зрительных, слуховых, тактильных и др.), нарушения внимания проявляются в любой психической деятельности. Подобного рода нарушения внимания характерны для больных с поражениями неспецифических срединных структур мозга разных уровней. Модально-неспецифические нарушения внимания при общем их сходстве, состоящем в отсутствии модальной специфичности стимулов — объектов внимания, обнаруживают определенные различия при поражении разных уровней неспецифической системы мозга. При поражении нижних отделов неспецифических структур (уровня продолговатого и среднего мозга) у больных наблюдаются быстрая истощаемость, резкое сужение объема внимания и нарушение его концентрации. Эти симптомы нарушений внимания проявляются в любом виде деятельности (сенсомоторной, гностической, интеллектуальной). Следующий уровень поражения неспецифических структур — уровень диэнцефальных отделов мозга и лимбической системы. Он, по-видимому, состоит из нескольких самостоятельных подуровней. Однако в настоящее время специфика поражения каждого из них изучена еще недостаточно подробно. При поражении этих неспецифических структур нарушения внимания, как правило, проявляются в существенно более грубых формах. Такие больные часто вообще не могут сосредоточиться ни на какой деятельности или их внимание крайне неустойчиво. Эти трудности проявляются и при выполнении двигательных актов, и при решении арифметических задач, и при выполнении вербальных заданий. Третий уровень поражения неспецифических срединных структур мозга — это уровень медиобазальных отделов лобных и височных долей. Случаев подобных поражений довольно много, и они сравнительно хорошо изучены. К данной группе относятся и больные с массивными поражениями лобных долей мозга. Нарушения внимания у данной группы больных в известной степени противоположны тем, которые наблюдаются у больных с поражением нижних отделов ствола мозга. У этой группы больных преимущественно страдают произвольные формы внимания в самых различных видах психической деятельности. Одновременно у них патологически усилены непроизвольные формы внимания. Это «лобные» (или «лобно-височные») больные, которые характеризуются

«полевым» поведением. Они чрезвычайно реактивны на все стимулы, как будто бы замечают все, что происходит вокруг них (оборачиваются на любой звук, вступают в разговоры, которые ведут между собой соседи, и т. д.), но это бесконтрольная реактивность, отражающая растормаживание элементарных форм ориентировочной деятельности.

18. Закон иерархического строения (ИД-3ПК-3)

Ответ: Закон иерархического строения корковых зон является одним из наиболее важных принципов, характеризующих строение коры большого мозга. Согласно этому закону каждая из мозговых систем состоит из трех надстроенных друг над другом корковых зон: первичной (или проекционной), вторичной и третичной. В первичных зонах кончаются волокна, идущие от органов чувств (периферических рецепторов). Здесь информация дробится на элементарные компоненты и многократно кодируется с помощью высокоспециализированных нейронов-детекторов, реагирующих только на строго определенные характеристики сигнала, поступающего с рецепторов. Над первичными зонами коры надстроены вторичные, или проекционно-ассоциативные, зоны. Отличительной особенностью их является то, что поступающие сюда волокна идут не от периферических рецепторов, а из подкорковых ядер либо из первичных зон коры. Функция вторичных зон коры, заключается в том, чтобы объединять элементарные признаки сигналов, приходящих из нижележащих подкорковых образований и первичных зон коры, в более сложные психические образования. *Третичные зоны коры* являются важным аппаратом, необходимым для перехода от наглядных образов к отвлеченному мышлению, опосредованному памятью, опытом и внутренними представлениями. Эти зоны имеют непосредственное отношение к важнейшей психической деятельности — речи, без которой не могут существовать ни память, ни мышление, ни человеческая психика вообще. Люди, у которых поражены третичные зоны коры, начинают жить в расколотом, разорванном на части мире: все их знания распадаются на отдельные, изолированные друг от друга куски.

19. Закон убывающей специфичности (ИД-3ПК-3)

Ответ: *Второй закон структурной организации функциональных блоков мозга* формулируется как закон убывающей специфичности иерархически построенных зон коры. В соответствии с этим законом максимальной модальной специфичностью обладают первичные зоны.

20. Закон прогрессивной латерализации (ИД-3ПК-3)

Ответ: Закон прогрессивной латерализации функций указывает на факт существования асимметрии, неравнозначности полушарий мозга. Причем асимметрия нарастает по мере перехода от первичных зон к вторичным и затем к третичным. Первичные зоны обоих полушарий мозга в функциональном отношении равнозначны: оба полушария являются местом корковых проекций контрлатеральных (расположенных на противоположной стороне тела) чувствующих приборов. Закон латерализации функций имеет силу только для вторичных и третичных зон коры. У взрослого человека функции этих зон коры в левом и правом полушариях мозга различны. Исследования последних лет показали, что левое полушарие у большинства людей имеет доминирующее значение для речи и понятийного мышления, а правое, наоборот, для наглядно-образного мышления.

4. Критерии оценки

Критерии оценивания тестовых заданий

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 60% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 60% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 60– 69% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 70– 84% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 85–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

61-69% правильных ответов – удовлетворительно.

70-84% правильных ответов – хорошо.

85% и выше – отлично.

Критерии оценивания устного ответа

Развернутый ответ обучающегося должен представлять собой связное, логически последовательное сообщение на заданную тему, показывать его умение применять определения, правила в конкретных случаях.

5 баллов ставится, если:

1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий;

2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные;

3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.

4 балла – обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

3 балла – обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но:

1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.