федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ**

по направлению подготовки (специальности)

**37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПО СПЕЦИАЛИЗАЦИИ**

**«ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 Клиническая психология по специализации «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 2 от «28» октября 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно–оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-1: способностью решать задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности

ПК-4: способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля 1: «Нейропсихология: локальные системы головного мозга и их функциональный характер»**

**Форма текущего контроля:** тестирование.

**Оценочные материалы:** банк тестовых заданий.

# Нейропсихология изучает:

+мозговые основы психической деятельности.

методы лечения психических нарушений

неврологические структуры головного мозга

неврологические синдромы

# Основоположник теории эквипотенциолизма

А.Р.Лурия

+Ч.Шеррингтон

Л.С.Выготский

А.Н.Леонтьев

# Основой для исследования в нейропсихологии являются

+локальные поражения головного мозга

типы поведения

стиль жизни

интеллектуальные способности

# Направление нейропсихологии, используемое в медицинской практике

экспериментальная нейропсихология

+клиническая нейропсихология

психофизиологическая нейропсихология

возрастная нейропсихология

# Комплекс первичных и вторичных симптомов поражения мозга

болезнь

патология

+нейропсихологический синдром

нейропсихологическая ситуация

# Важное направление в нейропсихологии, связанное с восстановлением ВПФ

коррекционное

+реабилитационное

консультативное

психофизиологическое

# Понятие «фактора» (А.Р.Лурия) обозначает:

условия внешней среды

внутренние возможности

+физиологический процесс

реакция головного мозга

# Один из условно подразделенных уровней головного мозга, осуществляющий управление непроизвольными движениями и регуляцию мышечного тонуса:

кора головного мозга

гиппокамп, гипофиз, гипоталамус

ретикулярная формация и стволовые структуры мозга

+базальные ядра полушарий большого мозга

# Уровень головного мозга, осуществляющий высшее управление чувствительными и двигательными функциями, когнитивными процессами называется:

+кора головного мозга

гиппокамп, гипофиз, гипоталамус

ретикулярная формация и стволовые структуры мозга

базальные ядра полушарий большого мозга

# Уровень головного мозга, осуществляющий управление эмоциональными реакциями и состояниями, эндокринную регуляцию

кора головного мозга

+гиппокамп, гипофиз, гипоталамус

ретикулярная формация и стволовые структуры мозга

базальные ядра полушарий большого мозга

# Уровень головного мозга, осуществляющий управление вегетативными процессами, называется:

кора головного мозга

+гиппокамп, гипофиз, гипоталамус

ретикулярная формация и стволовые структуры мозга

базальные ядра полушарий большого мозга

# Блок регуляции уровня активности мозга (модель А.Р.Лурия) называется:

+энергетический блок

блок приема, переработки и хранения информации

блок программирования

блок управления

# Невозможность называния предметов, «воспринимаемых» правым полушарием у правшей, называется

аномией

+агнозией

апраксией

афазией

# Способность человека видеть обоими глазами, называется:

параллельное зрение

+бинокулярное зрение

амблиопия

аккомодация

# Нарушение восприятия при локальном поражении мозга называется:

амнезией

+агнозией

апраксией

афазией

# Нарушения памяти при локальных поражениях головного мозга:

+амнезия

агнозия

апраксия

афазия

# Нарушение произвольности движения при локальных поражениях головного мозга называется

амнезия

агнозия

+апраксия

афазия

# Нарушение речи при локальных поражениях головного мозга называется:

амнезия

агнозия

апраксия

+афазия

# Пространственная апраксия называется:

+апрактоагнозия

регуляторная апраксия

кинестетическая апраксия

кинетическая апраксия

# Первым уровнем зрительной системы является:

радужка глаза

склера глаза

+сетчатка глаза

хрусталик глаза

# Тактильными агнозиями называются нарушения:

мышечной силы

слухового анализатора

+кожной чувствительности

зрительного анализатора

# Сенсорные расстройства, связанные с нарушением цветоощущения, называются

тактильные агнозии

слуховые агнозии

+зрительные агнозии

вибрационные агнозии

# Подражательное повторение услышанных слов или фраз называется

персеверация

акалькулия

эхопраксия

+эхолалия

# Повторение увиденных движений называется

персеверация

акалькулия

эхопраксия

эхолалия

# Потеря арифметических навыков называется:

персеверация

акалькулия

+эхопраксия

эхолапия

# Нейропсихология - это наука, изучающая:

высшие психические функции

мозговые структуры

локальные поражения мозга

+мозговые механизмы ВПФ

# Создатель нейропсихологии:

Л.С.Выготский

+А.Р.Лурия

И.П.Павлов

А.Н.Леонтьев

# Структурно-морфологическая модель головного мозга А.Р.Лурия включает в себя:

5 блоков

2 блока

+3 блока

4 блока

# Лимбическая система головного мозга включает в себя:

таламус, гипофиз, гипоталамус

мозолистое тело, четверохолмие, мозжечок

ретикулярная формация, миндалина

+миндалина, обонятельная луковица, обонятельные нервы

# Базальные ганглии состоят из:

таламуса, гипофиза, гипоталамуса

моста и глубинных ядер мозжечка

+полосатого тела и бледного шара

черной субстанции

# Функция 2-го блока мозга:

регуляция мышечного тонуса

+обработка информации

активация больших полушарий

нейрогуморальная регуляция

# Зрительные агнозии возникают при поражении:

лобной области коры головного мозга

теменной области коры головного мозга

+затылочной и теменной области коры головного мозга

височной области коры головного мозга

# Предметная агнозия выражается в невозможности

нарисовать предмет

+узнать предмет

назвать цвет предмета

увидеть предмет

# Третий структурно-функциональный блок головного мозга (модель А.Р.Лурия) называется:

энергетический

блок приема, переработки и хранения информации

+блок программирования и контроля

эндокринной регуляции

# Проблема современной нейропсихологии, связанная с дифференциацией ВПФ у правшей и левшей:

+межполушарная асимметрия и межполушарное взаимодействие

проблема ВПФ

проблема амнезий

проблема агнозий

# Афазией называется:

нарушение координации движений

+нарушение речи

нарушение зрения

нарушение слуха

# При возникновении «лобного синдрома» нарушается:

+целеполагание, программирование и контроль

тактильная чувствительность

зрительная функция

координация движений

# Симультантной агнозией называется:

неуправляемость взора

+невозможность воспринимать одновременно несколько объектов

невосприятие музыки

нарушение кожной чувствительности

# Дерматолексией называется:

кожночтение

+тактильная асимболия

восприятие музыки, как шума восприятие ритма

# Тактильной асимболией называется

невозможность восприятия наощупь нескольких объектов

невозможность определить материал объекта

неуправляемость взора

+невозможность кожночтения

# Симптом нарушения «схемы тела» называется

соматоскопия

соматография

+соматоагнозия

соматоапраксия

# Периферическая часть слуховой системы, находящаяся в улитке, называется:

барабанная полость

+кортиев орган

слуховой проход

полукружные каналы

# Нормальные сочетанные движения называются:

+физиологические синергии

соматодинамика

двигательный акт

координация движений

# Нарушения произвольных движений называются

афазии

агнозии

+апраксии

алексии

# Процесс высказывания с помощью языка называется

общение

+речь

экспрессивная речь

импрессивная речь

# Процесс понимания речевого высказывания называется:

экспрессивная речь

+импрессивная речь

импульсивная речь

аффективная речь

# Нарушение произношения без расстройства речи, чтения, письма называется

+дизартрия

аномия

алалия

мутизм

# Трудности называния предметов

дизартрия

аномия

+агнозия

мутизм

# Нарушение речи в детском возрасте в виде недоразвития всех форм речевой деятельности:

дизартрия

аномия

+алалия

афазия

мутизм

# Нарушение речи, связанное с психическими расстройствами:

дизартрия

аномия

алалия

+мутизм

# Различительные единицы звукового строя языка называется:

+фонемы

антонимы

синонимы

амонимы

# Синдром сенсорной афазии может сочетаться с таким синдромом как…

+Зрительно-пространственная агнозия

Аритмия

Амузия

Феномен тактильной алексии

# Ослабление речевой регуляции ВПФ и поведения наблюдается…

При поражении затылочной коры левого полушария

При поражении моторной коры лобной доли

+При поражении премотрной коры лобной доли

При поражении префронтальоной коры лобной доли мозга и ее медиобазальных отделов

# В основе синдрома афферентной моторной афазии лежит следующий нейропсихологический фактор

+Кинестетический

Кинетический

Регуляторный

Профронтальный

# Кто из авторов разделил праксические действия на кинестетические (чувствительные) и кинетические (двигательные):

К. Липманн

+А.Р.Лурия

А.Н. Леонтьеа

Л.С.Выготский

# Как А.Р.Лурия обозначил кинестетический праксис:

+афферентный

эфферентный

центростремительный

центробежный

# Какое поле Бродмана относят к лобной доле:

37

+44

39

18

# Какое поле Бродмана относят к височной доле:

+22

8

44

7

# В какой зоне коры находится 4 поле;

зрительной

слуховой

+двигательной

тактильной

# Речедвигательный центр находится в:

затылочной доле 7 поля

височной доле 21 поля

лобной доле 8 поля

+лобной доле 44 поле

# 71-летний мужчина предъявляет неврологу жалобы на онемение в области лица. Осмотр выявил анестезию на одной стороне лица и языка. МРТ обнаружила поражение в коре головного мозга. В какой из следующих корковых зон наиболее вероятен патологический очаг:

парацентральной дольке;

+нижней трети постцентральной извилины;

нижней трети прецентральной извилины;

средней трети постцентральной извилины?

# В отделение скорой помощи была доставлена 69-летняя женщина. По словам ее дочери, женщина внезапно утратила способность членораздельно говорить. Обследование выявило у женщины афазию. В какой из следующих извилин МРТ обнаружит повреждения:

угловой извилине;

+нижней лобной извилине;

нижней трети прецентральной извилины;

средней лобной извилине;

надкраевой извилине?

# В каких из следующих полей Бродмана находится главная соматосенсорная кора:

+3, 2, 1;

4;

17;

22;

40

# 64-летний мужчина проснулся со слабостью в правой руке. Его транспортировали в центр сосудистой патологии. Через 2 часа после госпитализации МРТ выявило повреждение коры головного мозга. В какой из следующих извилин наиболее вероятно расположено повреждение:

передней центральной извилине;

+средней трети прецентральной извилины;

средней трети постцентральной извилины;

нижней трети прецентральной извилины?

# 71-летний мужчина доставлен в клинику с признаками афазии. МРТ выявило повреждение 44-го поля Бродмана. Это повреждение постепенно увеличивается в результате гидроцефалии и оказывает воздействие на соседние области коры. Какое из следующих повреждений наиболее вероятно будет наблюдаться у данного мужчины:

потеря слуха на одном ухе;

онемение и колющие ощущения в руке;

потеря зрения на оба глаза;

+слабость лицевых мышц;

слабость верхних конечностей?

# Больной К., 28 лет, попал в автомобильную аварию. Основной удар пришелся на область затылка. В течение часа он не приходил в сознание, а, очнувшись, обнаружил, что ничего не видит. В стационаре окулист и невропатолог патологии не выявили. При нейропсихологическом исследования не удалось провести комплекс проб на зрительное узнавание из-за полной слепоты больного. Со стороны других высших психических функций патологии не выявлено. Какая симптоматика наблюдается у больного?

Миопия

Зрительная агнозия

Оптико-пространственная агнозия

+Корковая слепота

# Больная Р., З5 лет, поступила в неврологическое отделение после семейного конфликта, во время которого упала и ударилась затылком о журнальный столик. Предъявляла жалобы на головную боль в затылочной области ноющего характера. При нейропсихологическом исследовании выявлены нарушения при выполнении следующих проб: поставить точку в центр круга и креста, обвести круг и крест, трудности при выделении фигуры из фона, при узнавании лиц, невозможность выполнения самостоятельного рисунка и письма. Имеет ли место очаговое поражение мозга и, если да, то где?

Нет

Имеет

+Да, задняя ассоциативная области, зона ТРО

Да, передняя ассоциативная область, дорсолатеральная префронтальная кора

Да, подкорковые отделы

# Больной Л., 55 лет, придя домой с работы, вдруг почувствовал резкую головную боль в затылочной области и потерял сознание. Пришел в себя он в больнице. Ему был выставлен диагноз: нарушение мозгового кровообращения. После проведения реанимационных мероприятий Л. был доставлен в неврологическое отделение, где и проводилось нейропсихологическое обследование больного. При нейропсихологическом исследовании выявлены нарушения в выполнении комплекса проб на зрительное узнавание, а именно: неузнавание букв и цифр, невозможность прочитать текст и написать предложенные слова; имели место трудности при выполнении заданий «поставить точку в центр креста и круга», «обвести крест и круг». Самостоятельный рисунок больной выполнял с трудом и его отдельные части не всегда соотносились друг с другом. Какая имеет место нейропсихологическая симптоматика?

Афазия, акалькулия

Афазия, аграфия, апраксия

+Символическая агнозия, аграфия

Оптико-пространственная агнозия, сенсорная афазия

# Больная Д., 42–х лет, поступила с жалобами на ухудшение зрения и головную боль, ноющего характера, преимущественно в затылочной области справа в течение 3-х дней. При обследовании окулистом наблюдалось игнорирование букв, написанных слева. Диагноз невропатолога: преходящее нарушение мозгового кровообращения. Нейропсихологическое исследование показало специфические нарушения зрительного восприятия, заключающиеся в том, что больная не воспринимала объекты, предъявляемые в левую половину зрительного поля. Она «не видела» предметы в альбоме, находящиеся в левой части листа, игнорировала при чтении левую половину текста, писала и рисовала только на правой стороне листа. О чем свидетельствует данная нейропсихологическая симптоматика?

Снижение критичности

Пространственная апраксия

+Гемианопсия

Односторонняя корковая слепота.

# Больной Ф., 58 лет, поступил в неврологическое отделение с жалобами на головные боли и некоторое ухудшение зрения. При нейропсихологическом исследовании выявлено: а) игнорирование левой половины зрительного поля, которое в некоторых видах деятельности может компенсировать. б) сужение объема зрительного восприятия вплоть до мягко выраженной симультанной агнозии, лицевая агнозия. в). дефекты функций, опирающихся на пространственные синтезы, пространственную организацию движений, пространственное восприятие, зрительно – конструктивную деятельность, г) грубые расстройства рисунка. Какой нейропсихологический синдром имеет место у данного больного?

Лобный

Верхне-теменной

Нижне-теменной

Височный

+Синдром поражения зоны ТРО

# У больного А., 37 лет, после автомобильной аварии нарушилась речь: он говорил малопонятно, путал буквы в словах, иногда отвечал на вопросы невпопад. При этом интонационный компонент речи был полностью сохранен. При нейропсихологическом исследовании выявлено: нарушение фонематического слуха, заключающееся в том, что больной не дифференцирует преимущественно сходные фонемы, иногда путает другие согласные и гласные звуки. Это проявляется в трудностях называния предметов и понимания обращенной речи. Подсказка не помогала больному правильно назвать предъявленное изображение. Была нарушена номинативная функция речи. Те же нарушения наблюдаются у него при чтении и письме. Другие высшие психические функции грубо не нарушены. В какой зоне имела место черепно-мозговая травма?

Верхняя височная извилина

Нижняя височная извилина

Средняя лобная извилина

+Верхняя и нижняя височные извилины

Зона ТРО

# Больная П., 62 лет, поступила в неврологическое отделение с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения. Больная была с трудом доступна целевому контакту, так как путала все звуки и ее речь имела характер «словесного салата». При этом содержание сказанного медицинский персонал понимал, потому что интонационный компонент речи был полностью сохранен. Нейропсихологическое исследование выявило нарушение у больной преимущественно экспрессивной и частично – импрессивной речи. Это проявлялось в нарушениях фонематического слуха, нарушениях чтения и письма, в ходе которых больная путала все звуки речи. В свободном ассоциативном эксперименте с называнием существительных больная не смогла внятно назвать ни одного слова. Исследование было проведено не полностью, так как большинство инструкций П. не могла понять из-за трудностей звуковой дифференцировки. В какой зоне мозга произошло нарушение мозгового кровообращения?

Верхняя лобная извилина

+Верхняя височная извилина

Медиальные отделы лобных долей

Теменно-затылочные отделы

# У больного Е., 48 лет, в течение 2-3 месяцев существенно снизилась слухоречевая память. Работая преподавателем в высшем учебном заведении, он почувствовал свою профессиональную несостоятельность, так как не мог запоминать вновь изученный материал, тут же забывая то, что прочитал несколько минут назад. При этом ранее приобретенные профессиональные знания оставались у него относительно сохранными. При нейропсихологическом исследовании на фоне сохранности фонематического слуха имела место выраженная тормозимость следов памяти в условиях как гомо- , так и гетерогенной интерференции: больной не мог воспроизвести серию из 6-ти слов и 2 серии по 3 слова. После гетерогенной интерференции в обеих пробах воспроизвел по 1 слову. При назывании предметов подсказка помогала припоминанию. При поступлении в стационар был выставлен предварительный диагноз объемного образования мозга. Где располагается объемный процесс?

Лобные доли

Теменные доли

Затылочные доли

+Височные доли

# Больная Г., 32 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на постоянную, ноющего характера головную боль и периодические трудности в припоминании названий предметов. Предварительный диагноз: очаговое поражение мозга. При нейропсихологическом исследовании наибольшие трудности вызывал у больной самостоятельный рисунок: она никак не могла понять, что требует от нее экспериментатор. Когда ей были предъявлены образцы рисования стола, дома и куба, она без труда их срисовала. При назывании существительных в ходе свободного ассоциативного эксперимента их продукция оказалась резко сниженной, имели место также проявления истощаемости. Другие высшие психические функции грубо нарушены не были. В какой мозговой зоне располагается очаг поражения?

Зона ТРО

Височные отделы

Лимбическая система

+Лобные доли

# У больного О. при поступлении наблюдались головные боли и быстрая астенизация. В последнее время появились трудности при изложении своих мыслей, так как не мог вспомнить нужное слово. Предметы описывал, исходя из их функции. При нейропсихологическом исследовании были выявлены нарушения речи следующего характера: а) извращение звукового состава слова, замена одного слова другим, неблизким по звучанию, б) нарушение повторной речи с трудностями при воспроизведении сходных фонем, в) снижение продукции при назывании существительных, г) наблюдались некоторые трудности в понимании речи и при звуковом анализе слова, д) при чтении и письме путал сходные фонемы. Какие симптомы имели место у больного и с поражением какой мозговой зоны они связаны?

+Сенсорная афазия, центр Вернике

Афферентная моторная афазия, нижняя теменная долька

Динамическая афазия, премоторная кора

Оптико-мнестическая афазия, височно-затылочные отделы

# Больная Ф., 29 лет, учитель музыки, поступила с жалобами на головные боли, возникшие после автомобильной аварии, происшедшей 3 дня назад. Кроме того, она перестала различать звуковые мелодии, хотя обладает хорошим профессиональным слухом. В неврологическом отделении был выставлен диагноз: сотрясение головного мозга. В результате нейропсихологического исследования выявлено: трудности воспроизведения простых ритмов по образцу обеими руками, невозможность дифференцировки бытовых шумов, голоса знакомых людей, записанные на пленку, больная узнавала избирательно. Выраженных нарушений других высших психических функций не наблюдалось. В какой мозговой зоне имела место черепно–мозговая травма?

Височные отделы, доминантное полушарие

Лобные отделы

Теменные отделы

+Височные отделы, субдоминантное полушарие

Лимбическая система

Центр восприятия устной речи

# Больной Е., 49 лет, обнаружил, что перестал узнавать по телефону голоса своих близких и неправильно трактовал бытовые шумы, доносящиеся из внешней среды. Играя на рояле, он путал звуки, это замечали окружающие, а он не улавливал ошибок, несмотря на то, что обладал хорошим музыкальным слухом. При нейропсихологическом исследовании обнаружено: невозможность дифференцировки бытовых шумов, трудности при различении половой и индивидуальной принадлежности голоса, при воспроизведении по образцу ритмических структур. По инструкции ритмы воспроизводились правильно. Его речь при правильном граматичесом и фонетическом строе отличалась отсутствием модуляций и интонационного разнообразия. Какие симптомы имеют место у больного?

Сенсорная афазия

Акустико-мнестическая афазия

+Амузия, акустическая аритмия

Анозогнозия

Деменция, снижение критичности

# У больного Д., 25 лет, после полученной во время спортивной тренировки черепно–мозговой травмы утратилась способность различать людей по голосу, узнавать музыкальные мелодии и снизилась чувствительность на левой стороне тела. В отделении неврологии, куда он был доставлен, при проведении нейропсихологического исследования обнаружены следующие нарушения: а) снижение тактильной чувствительности преимущественно на левой руке, проявившееся в пробах на локализацию точки прикосновения, Ферстера и при переносе поз слева направо, б) трудности при воспроизведении простых ритмов обеими руками, в) невозможность дифференциации индивидуальной принадлежности голоса, в) избирательное узнавание бытовых шумов. Какой нейропсихологический синдром можно выделить у данного больного?

Поражение теменно-височных отделов доминантного полушария

+Поражение теменно-височных отделов субдоминантного полушария

Лобный синдром

Синдром поражения зоны ТРО

# Больная З, 52 лет, заметила, что ей стало трудно распознавать голоса звонивших по телефону людей. Одновременно она перестала различать доносившиеся до нее шумы и звуки, хотя слышала их достаточно отчетливо. Кроме того, появились трудности пространственной ориентировки: она не всегда находила дорогу домой, так как шла в противоположную от него сторону. Ранее подобного рода нарушений у З. не отмечалось. Она обратилась за помощью к невропатологу, была госпитализирована в неврологическое отделение, где ей проведено нейропсихологическое исследование. В ходе исследования выявились: а) трудности при воспроизведении простых ритмов обеими руками, б) невозможность дифференцировки половой и индивидуальной принадлежности голоса, в) избирательное узнавание бытовых шумов, г) трудности ориентировки в реальном и формализованном пространстве. Какие нейропсихологические синдромы можно выделить у данной больной?

Затылочный, височный

Лобный, теменной

+Височный синдром и синдром поражения зоны ТРО

Височный и подкорковый синдромы

# Больной Ж.., 22 лет, боксер, во время поединка получил удар по голове справа и на короткое время потерял сознание. Он был доставлен в неврологическое отделение с жалобами на головные боли и нарушение слуха. При обследовании острота слуха оказалась в пределах нормативных показателей. Вместе с тем, Ж. перестал различать мужские и женские голоса, дифференцировать бытовые шумы, не узнавал звуковые мелодии, которые были ему хорошо знакомы. Нейропсихологическое исследование выявило явления аритмии, проявившееся в невозможности воспроизвести простые ритмы по образцу, и амузии, заключающееся в невозможности дифференцировки принадлежности голоса. Кроме того, он не различал речевых интонаций и его собственная речь стала маловыразительной. Какая зона мозга пострадала во время травмы?

Височные отделы, доминантное полушарие

Лобные отделы

Теменные отделы

+Височные отделы, субдоминантное полушарие

Центр восприятия устной речи

# Какому ученому принадлежат первые нейропсихологические исследования у нас в стране?

Цветковой Л.С.

Выготскому Л.С

+Лурия А.Р

Хомской Е.Д.

# Какие из перечисленных образований относятся к неспецифическим структурам мозга и входят в состав энергетического блока?

+Ретикулярная формация ствола мозга

Подкорковые узлы

Кора больших полушарий

Внутренняя капсула

# Какой блок мозга является блоком программирования и контроля?

Первый блок

Второй

+Третий

Второй и третий блоки мозга

# Какой синдром не относится к элементарным расстройствам зрения?

+Зрительная агнозия

Гемианопсия

Скотома

Зрительные галлюцинации

# При поражении верхней теменной дольки может возникнуть следующий синдром…

+Астереогноз

Феномен тактильной алексии

Акалькулия

Соматоагнозия

# При поражении премоторной коры лобной доли следует ожидать…

Гемианопсию

+Кинетическую апраксию

Кинестетическую апраксию

Слуховую агнозию

# Системные персеверации возникают при поражении

+Префронтальной коры лобной доли мозга

Премоторной коры

Теменной коры

Височной коры

# Теменной синдром акалькулии характеризуется

+Распадом разрядного строения числа

Не пониманием многозначных чисел

Не возможность распознать цифры по графической структуре

Не узнаванием числа

# Синдром сенсорной афазии может сочетаться с таким синдромом как…

+Зрительно-пространственная агнозия

Аритмия

Амузия

Феномен тактильной алексии

# Ослабление речевой регуляции ВПФ и поведения наблюдается…

При поражении затылочной коры левого полушария

При поражении моторной коры лобной доли

+При поражении премотрной коры лобной доли

При поражении префронтальоной коры лобной доли мозга и ее медиобазальных отделов

# В основе синдрома афферентной моторной афазии лежит следующий нейропсихологический фактор

+Кинестетический

Кинетический

Регуляторный

Профронтальный

# Кто из авторов разделил праксические действия на кинестетические (чувствительные) и кинетические (двигательные):

К. Липманн

+А.Р.Лурия

А.Н. Леонтьеа

Л.С.Выготский

# Как А.Р.Лурия обозначил кинестетический праксис:

+афферентный

эфферентный

центростремительный

центробежный

# Какое поле Бродмана относят к лобной доле:

37

+44

39

18

# Какое поле Бродмана относят к височной доле:

+22

8

44

7

# В какой зоне коры находится 4 поле;

зрительной

слуховой

+двигательной

тактильной

# Речедвигательный центр находится в:

затылочной доле 7 поля

височной доле 21 поля

лобной доле 8 поля

+лобной доле 44 поля

# Поражение теменной доли сопровождается:

+агнозия

+апраксия

амузия

афазия

# Полное или частичное нарушение речи, обусловленное локальным поражением коры доминантного полушария головного мозга – называется:

анозогнозия

апраксия

+афазия

дислалия

# На границе каких полей происходит развитие амнестической афазии:

+37 и 22

37 и 21

37 и 39

39 и 22

# Нарушение речи, связанное с нарушением звукопроизношением, называется:

алексия

+дислалия

акалькулия

алалия

# Первому блоку мозга (по А.Р. Лурии) соответствует название…

Блок приема, переработки и хранения информации

Блок программирования, регуляции и контроля

+Блок регуляции тонуса и бодрствования

Блог обменных процессов

#Второму блоку мозга (по А.Р. Лурии) соответствует название…

+Блок приема, переработки и хранения информации

Блок программирования, регуляции и контроля

Блок регуляции тонуса и бодрствования

Блог обменных процессов

#Третьему блоку мозга (по А.Р. Лурии) соответствует название…

Блок приема, переработки и хранения информации

+Блок программирования, регуляции и контроля

Блок регуляции тонуса и бодрствования

Блог обменных процессов

# Кора больших полушарий имеет…

+Три поверхности

Две поверхности

Четыре поверхности

Разделения на поверхности нет

#Невозможность идентификации предмета в целом при сохранности восприятия его тактильных отдельных признаков, — это

Синестезия

+Астериогноз

Эхолалия

Конфабуляции

#Нарушение памяти о событиях после начала заболевания, — это

Конградная амнезия

+Антероградная амнезия

Ретроградная амнезия

Перфорационная амнезия

# Состояние, при котором утрачивается память на часть произошедших событий, возникающее после алкогольного опьянения, — это

Конградная амнезия

Антероградная амнезия

Ретроградная амнезия

+Перфорационная амнезия

# Состояние отсутствия воспоминаний о событиях, происходивших вокруг больного, и о нем самом в тот промежуток времени, когда больной был в состоянии комы, сопора или оглушения, — это

+Конградная амнезия

Антероградная амнезия

Ретроградная амнезия

Перфорационная амнезия

# Поля 1,2,3 (по Бродману) локализуются в …

Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

+Постцентральной извилине, участок теменной доли

Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Поле 8 (по Бродману) локализуется в …

Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

Постцентральной извилине, участок теменной доли

+Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Поле 4 (по Бродману) локализуется в …

+Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

Постцентральной извилине, участок теменной доли

Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Функциональная система — это?

+совокупность афферентных и эфферентных звеньев, объединенных в систему для достижения конечного результата;

особый механизм объединения левого и правого полушарий в интегративно функциональную систему;

неравноценность, качественное различие того вклада, который делает левое и правое полушария мозга в осуществление каждой психической функции;

механизм, обеспечивающий пластичность мозга за счет существования «жестких» и «гибких» звеньев функциональной системы.

# Механизм, обеспечивающий пластичность мозга за счет существования «жестких» и «гибких» звеньев функциональной системы — это?

функциональная система;

+полифункциональность мозговых структур;

локализация ВПФ

межполушарное взаимодействие.

# Блок регуляции активации мозга, его тонуса и уровня бодрствования включает следующие структуры:

+ретикулярная формация, лимбическая система;

затылочная область, височная область, теменная область;

моторная, премоторная, префронтальные отделы;

лимбическая система, премоторная область.

# К особенностям ретикулярной формации относятся:

горизонтальный принцип строения;

осуществление только неспецифических функций;

осуществление только специфических функций;

+градуальное распространение возбуждения.

# К функциям Ⅱ блока мозга относятся:

+обеспечение модально-специфических процессов;

регуляция цикла «сон-бодрствование»;

обеспечение регуляции действий и деятельности;

обеспечение контроля за деятельностью.

# К функциям Ⅲ блока мозга относятся:

регуляция цикла «сон-бодрствование»;

обеспечение модально-специфических процессов;

обеспечение перехода от наглядного синтеза к уровню символических процессов;

+обеспечение контроля за деятельностью, сличение и коррекция ошибок.

# 4 поле по Бродману относится к …?

+моторной области;

премоторной области;

префронтальной области;

затылочной области.

# Хирургическое рассечение какой структуры мозга используется для предотвращения распространения судорожной активности при эпилепсии?

средний мозг;

мозжечок;

+мозолистое тело;

ромбовидная ямка.

# Поле 8 (по Бродману) локализуется в …

Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

Постцентральной извилине, участок теменной доли

+Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Поле 4 (по Бродману) локализуется в …

+ Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

Постцентральной извилине, участок теменной доли

Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Характерным признаком какой апраксии являются элементарные персеверации

регуляторной

конструктивной

+кинетической

кинестетической

# Системные персеверации наблюдаются, как правило, при

+Регуляторной апраксии

Конструктивной апраксии

Кинетической апраксии

Кинестетической апраксии

# Нарушение произвольной регуляции различных форм сознательной деятельности имеет место при поражении одной из областей коры мозга

Теменной

Височной

+Лобной

затылочной

# Нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных форм речевой деятельности, в нейропсихологии называются

Дизартрией

Аграфией

Логоневрозом

+Афазией

# Расстройство, которое проявляется в «наслоении» ощущений разных анализаторов, – это

+синестезии

хореоатетоз

эхолалия

конфабуляция

# Поражение специфических структур мозга относится к синдромам поражения

+ коры

подкорки

оболочек

сенсоров

# Древние области мозговой коры, включающие образования мозга, еще не отделенные от подкорковых образований, – это

+палеокортекс

межуточная кора головного мозга

архикортекс

неокортекс

# Ведущий тип расстройств памяти, который не включает модально-специфические и модально-неспецифические расстройства памяти, но характеризуется значительным снижением или полным выпадением памяти, – это

+амнезия

агнозия

амимия

амузия

# Упорно повторяющееся непроизвольное, назойливое возобновление у человека какого-либо образа, мысли, действия или психического состояния, часто вопреки его воле – это

+персеверация

коммоция

конфобуляция

реципрокность

# Поражения лобных долей головного мозга, височной области, а также гипофизарно-гипоталамической области мозга приводит к эмоциональной

+тупости

чувствительности

расслабленности

заразительности

# Неконтролируемое автоматическое повторение слов, услышанных в чужой речи, – это

+эхолалия

эхопраксия

эпилепсия

хореоатетоз

# Какой синдром не относится к элементарным расстройствам зрения?

+Зрительная агнозия

Гемианопсия

Скотома

Зрительные галлюцинации

# Теменной синдром акалькулии характеризуется …

+Распадом разрядного строения числа

Не пониманием многозначных чисел

Не возможность распознать цифры по графической структуре

Не узнаванием числа

# Какая структура мозга обнаруживает важные эмоциогенные свойства?

+Миндалина

Ретикулярная формация

Голубое пятно

Кора лобной доли мозга

# При поражении каких мозговых образований могут возникнуть негативизм и агрессия?

Медиальных отделов височной коры справа

+Медиальных отделов височной коры с двух сторон

Гипоталамической области

Левой лобно-базальной области

# Какой синдром выделен специалистами детства, характеризующийся преимущественно гиперактивностью и дефицитом внимания?

«Лобный» синдром

Синдром Паркинсонизма

Задержка психического и речевого развития

+Синдром минимальной мозговой дисфункции

# При выпадении или ослаблении оптико-пространственного фактора возникает…

+Нарушение наглядно-действенного мышления

Нарушение выполнения автоматизированных интеллектуальных операций

Обнаруживаются трудности в задачах на «конструктивный интеллект»

Наблюдается патологическая инертность и соскальзывание на побочные ассоциации

# При поражении левой височной области возникает…

+сенсорная и акустико-мнестическая афазия

трудности пространственного анализа и синтеза

синдром динамической афазии

распад структуры психической деятельности

# 64-летний мужчина проснулся со слабостью в правой руке. Его транспортировали в центр сосудистой патологии. Через 2 часа после госпитализации МРТ выявило повреждение коры головного мозга. В какой из следующих извилин наиболее вероятно расположено повреждение:

передней центральной извилине;

+средней трети прецентральной извилины;

средней трети постцентральной извилины;

нижней трети прецентральной извилины?

# 71-летний мужчина доставлен в клинику с признаками афазии. МРТ выявило повреждение 44-го поля Бродмана. Это повреждение постепенно увеличивается в результате гидроцефалии и оказывает воздействие на соседние области коры. Какое из следующих повреждений наиболее вероятно будет наблюдаться у данного мужчины:

потеря слуха на одном ухе;

онемение и колющие ощущения в руке;

потеря зрения на оба глаза;

+слабость лицевых мышц;

слабость верхних конечностей?

# 42-летний мужчина был доставлен в отделение скорой помощи с травмой головы после ДТП. Обследование выявило паралич нижних конечностей. В каком поле Бродмана вероятнее всего будет находиться патологический очаг:

44;

22;

+4;

18?

# 52-летний мужчина был доставлен женой к врачу. У него были постоянные жалобы на сильную головную боль. Его жена утверждает, что он не понимает, что она ему говорит. Обследование показало, что мужчина может правильно говорить, читать, слышать окружающие звуки, но у него есть трудности с пониманием и интерпретацией речевых стимулов. MРT выявило опухоль в височной области коры головного мозга. Чем страдает этот мужчина:

аграфией;

афферентной моторной афазией;

+сенсорной афазией;

акустико-мнестической афазией?

# 26-летний мужчина со множественными травмами головы доставлен в клинику. Нейропсихолог выявил нарушение орального праксиса и экспрессивной речи, отсутствие целенаправленности речевой деятельности, неспособность понимать обращенную речь, трудности понимания логико-грамматических структур и пространственных представлений.

Каким термином обозначается расстройство, обнаруженное у данного мужчины:

моторная афазия;

+тотальная афазия;

проводниковая афазия;

сенсорная афазия;

семантическая афазия?

# Больной К., 32 лет, после автомобильной аварии поступил в нейрохирургическое отделение с диагнозом: ушиб головного мозга. При нейропсихологическом исследовании выявлено: а) нарушения при выполнении пробы на праксис поз в виде поиска нужного пальца правой рукой, б) ошибки в пробе на перенос поз справа налево, в) ошибки на правой руке при выполнении пробы Ферстера, г) трудности при узнавании предмета наощупь правой рукой, д) существенное увеличение времени при собирании доски Сегена левой рукой (6мин.) и двумя руками (4 мин.). Какая зона мозга попала под действие травмирующего фактора?

Премоторная область

Префронтальная кора

+Зона ТРО

Передняя ассоциативная зона

Лобно-теменная зона

# Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптом противодержания. Где находится топический очаг?

Премоторные отделы коры

Теменно-затылочные отделы

+Медиобазальные отделы лобных долей

Медиобазальные отделы височных долей

Миндалевидное тело

Второй функциональный блок мозга

# Больной не узнает предметы при ощупывании правой рукой с закрытыми глазами, в то же время описывает их отдельные свойства, так как чувствительность в правой руке не нарушена. Назовите симптом?

Аритмия

Амузия

Акалькулия

+Астереогноз

Апраксия

Афазия

# Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти. В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности. Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы. Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в травматологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатрической больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители. Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»: «все приходится записывать». Квалифицируйте нарушения памяти.

Амнезия, афазия, анозогнозия

Анозогнозия, акалькулия

Фиксационная амнезия

+Фиксационная амнезия, ретроантероградная амнезия, конфабулиция

Конфабулиция. криптомнезия

# Больной 42 лет после перенесенного алкогольного делирия находится в больнице более 6 месяцев. При беседе правильно называет имя и отчество, возраст знает. Не помнит, когда поступил в больницу, всегда говорит: «Вчера, наверное». Уверяет, что вчера был дома, «перевозил мебель на другую квартиру», иногда говорит, что ходил на работу, «закрыл наряды», а затем вернулся. Как называется это расстройство?

+Парамнезия

Амнезия

Галлюцинаторный синдром

Бредовое расстройство

# Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Где находится топический очаг?

Премоторные отделы коры

Теменно-затылочные отделы

+Медиобазальные отделы лобных долей

Медиобазальные отделы височных долей

# В клинику поступил больной Б. с жалобами на остро возникшую головную боль, невозможность говорить. При выписке отмечается сохранение речевых нарушений в виде моторной афазии. Очаг поражения находится:

+Зона Брока

Зона Вернике

Теменные отделы

Зона ТРО

# Больной не узнает части своего тела, путает правую половину с левой, ощущает наличие третьей руки, не осознает проявления своего заболевания в виде гемиплегии и утверждает, что двигает парализованными конечностями. Как называется клинический синдром?

Некритичность

Деменция

+Соматоагнозия, анозогнозия

Анозогнозия

# У больного практически полностью отсутствует речь, на все вопросы отвечает одним словосочетанием: «да-да-да», но задаваемые инструкции понимает и правильно их выполняет. Где локализуется патологический очаг?

Префронтальные отделы лобных долей

+Зона Брока

Центр Вернике

Теменные отделы

Зона ТРО

Лимбическая система

# Женщина 64–х лет поступила в клинику с жалобами на сильные головные боли преимущественно в теменной области головы. Также пациентка отмечала значительные трудности фокусировки внимания при визуальном восприятии объектов окружающей действительности. Нейропсихологическое исследование выявило нарушение зрительного гнозиса. Главным проявлением этого нарушения было то, что при предъявлении сюжетных картин женщина была способна узнавать и верно называть отдельные элементы картины, но в целом описать то, что было изображено (ситуацию) затруднялась.

Как называется диагностированное расстройство?

Акалькулия

Оптическая агнозия

+Симультанная агнозия

Кинестетическая апраксия

# 34-летний мужчина в ходе драки на улице получил удар по голове. При поступлении в больницу был поставлен диагноз «Контузия головного мозга». Нейропсихологическое исследование позволило выявить наличие двигательных расстройств у этого мужчины. Выполнение отдельных двигательных поз или отдельных положений руки в пространстве оставалось доступным для данного пациента, поскольку праксис позы и конструктивный праксис не были нарушены. Однако сложные «серийно организованные» движения пациент выполнить не мог. При этом у него после ушиба поменялся почерк, изменилась скорость и плавность движений. Они стали прерывистыми и неловкими.

Как называется диагностированное расстройство?

Кинестетическая апраксия

+Кинетическая апраксия

Регуляторная апраксия

Эфферентная моторная афазия

# Мужчина после автомобильной аварии был доставлен в больницу. Он получил серьезные повреждения головы. Результаты нейропсихологического исследования показали, что у пациента имеются неспецифические нарушения памяти, а также изменения эмоциональной и мотивационной сфер личности. При заучивании ряда слов, мнемограмма приобретает характер плато. Пациент стереотипно повторял удержанные элементы, без каких-либо намерений увеличить количество запоминаемых слов. Наблюдения показывают, что у больного нельзя вызвать ни прочного и активного намерения запомнить предлагаемую информацию, ни тем более активного поиска средств и способов ее запоминания.

Как называется диагностированное расстройство?

+Лобный синдром

Тотальная афазия

Синдром поражения подкорковых структур мозга

Фиксационная амнезия

# Из анамнеза известно, что пациент перенес геморрагический инсульт. При исследовании было обнаружено: фразы больного однообразны по синтаксической структуре, отмечается большое количество речевых штампов. Выявляются дефекты в области словообразования и словоизменения; присутствует повторная речь. Пациент с трудом передает интонацию вопроса, восклицания. Диалогическая речь доступна, в основном ситуативного характера, при этом отмечаются частые эхолалии. По сюжетной картинке составляет лишь отдельные фразы. При пересказе текста имеются отдельные трудности конструирования фразы.

Как называется диагностированное расстройство?

Апраксия

Оральная апраксия

+Динамическая афазия

Аграфия

# Пациент 45 лет, с ЧМТ. При исследовании обнаружено, что пациент неспособен осуществить поворот фигуры в пространстве, ориентироваться в географической карте, «слепых» часах. Также нарушено рисование. Наблюдается пальцевая агнозия, аутотопагнозия. Нарушено называние и понимание слов, обозначающих пространственные взаимоотношения. Помимо этого, у пациента нарушено чтение и письмо.

Какой нейропсихологический синдром включает перечисленные расстройства?

Лобный

Височный

+Теменной

Затылочный

Подкорковый

# У мужчины (36 лет) после ДТП нарушилась речь: он говорил малопонятно, путал буквы в словах, иногда отвечал на вопросы невпопад. При этом интонационный компонент речи был полностью сохранен. При нейропсихологическом исследовании выявлено: нарушение фонематического слуха, заключающееся в том, что больной не дифференцировал сходные фонемы. Это проявляется в трудностях называния предметов и понимания обращенной речи. Подсказки не помогали пациенту правильно назвать предъявленные предметы на изображениях. Была нарушена номинативная функция речи.

Как называется диагностированное расстройство?

Лобный синдром

Теменной синдром

Акалькулия

Дислексия

+Височный синдром

Синдром поражения зоны ТРО

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Нейропсихология: локальные системы головного мозга и их функциональный характер**

**Тема 1. Нейропсихология: теория и практика.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. История нейронауки: ранние представления о мозговой организации психической деятельности и поведения (исследования анатомов Древней Греции, френология Ф. Галля и др.).

2. Локализационистский подход (П. Брока, К. Вернике, К. Клейст, К. Бродман и др.)

3. Антилокализационизм (Ф. Гольц, К. Гольдштейн и др.).

4. История отечественной нейропсихологии и теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ).

5. Три функциональных блока мозга, по А.Р. Лурии: структуры мозга, составляющие основу каждого блока, их функциональная специализация и взаимодействие.

6. Факторный анализ нарушений психической деятельности и поведения, обусловленных поражениями головного мозга (аббревиатура СВОДИВАТЭ).

7. Современная отечественная и зарубежная нейропсихология.

**Тема 2. Исследование двигательных функций.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Нейрофизиология двигательного акта.

2. Нейроморфология (строение лобных долей коры ГМ, цитоархитектонические поля Бродмана и их функциональная специализация).

3. Нарушение целенаправленных движений и действий (виды нарушений, клиническая картина и топическая диагностика).

4. Нейропсихологические методики (пробы) диагностики нарушений двигательных функций.

**Тема 3. Исследование слухо-моторных координаций.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Нейрофизиология слухового анализатора.

2. Нейроморфология (строение височных долей коры ГМ, цитоархитектонические поля Бродмана и их функциональная специализация).

3. Нарушение слуха и слухо-моторных координаций (виды нарушений, клиническая картина и топическая диагностика).

4. Нейропсихологические методики (пробы) диагностики нарушений слуха и слухо-моторных координаций.

**Тема 4. Исследование высших кожно-кинестетических функций.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Нейрофизиология кожно-кинестетического анализатора.

2. Нейроморфология (строение теменных долей коры ГМ, цитоархитектонические поля Бродмана и их функциональная специализация).

3. Нарушение кожно-кинестетических функций (виды нарушений, клиническая картина и топическая диагностика).

4. Нейропсихологические методики (пробы) диагностики нарушений кожно-кинестетических функций.

**Тема 5. Исследование высших зрительных функций.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Нейрофизиология зрительного анализатора.

2. Нейроморфология (строение затылочных долей коры ГМ и зрительного тракта, цитоархитектонические поля Бродмана и их функциональная специализация).

3. Нарушение зрительных функций (виды нарушений в зависимости от локализации очага поражения, клиническая картина и топическая диагностика).

4. Нейропсихологические методики (пробы) диагностики нарушений зрительных функций.

**Модуль 2. Психические процессы и их мозговая организация**

**Тема 1. Исследование мнестических процессов**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Психология памяти (определение понятия, история изучения, классификация видов).

2. Нейрофизиология и нейроморфология мнестической деятельности.

3. Нарушения памяти в патопсихологии и психиатрии.

4. Нарушения памяти при поражениях ГМ (виды нарушений в зависимости от локализации очага поражения, клиническая картина и топическая диагностика).

5. Диагностика нарушений памяти.

**Тема 2. Исследование импрессивной и экспрессивной речи**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Психология речи (определение понятия, история изучения, классификация видов).

2. Психологическое строение речи.

3. Нейрофизиология и нейроморфология речи.

4. Нарушения речи в патопсихологии и психиатрии.

5. Афазиология. Нарушения речи при поражениях ГМ (виды нарушений в зависимости от локализации очага поражения, клиническая картина и топическая диагностика).

6. Диагностика нарушений памяти.

**Тема 3. Исследование письма, чтения и счета**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Психологическое строение письма.

2. Психологическое строение чтения.

3. Психологическое строение счета.

4. Аграфия (виды, клиническая картина, локализация очага).

5. Алексия (виды, клиническая картина, локализация очага).

6. Акалькулия (виды, клиническая картина, локализация очага).

7. Диагностика нарушений письма.

8. Диагностика нарушений чтения.

9. Диагностика нарушений счета.

**Тема 4. Исследование процессов мышления.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Психология мыслительной деятельности (определение понятия, история изучения, классификация видов).

2. Модель психического состояния человека (Theory of Mind). Зеркальные нейроны. Прогнозирование и антиципация.

3. Нейрофизиология и нейроморфология мышления. Межполушарная асимметрия и мышление.

4. Нарушения мыслительной деятельности в патопсихологии и психиатрии.

5. Нарушения мышления при поражениях ГМ (виды нарушений в зависимости от локализации очага поражения, клиническая картина и топическая диагностика).

6. Диагностика нарушений мышления.

**Тема 5. Нейрореабилитация**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Понятие реабилитации и абилитации.

2. История нейрореабилитации в России и в мировой практике.

3. Принципы реабилитации.

4. Механизмы реабилитационного процесса (спонтанное восстановление, викариат, перестройка функциональной системы и т.д.).

5. Восстановление двигательных функций.

6. Восстановление речи, письма, счета.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости,**

**в том числе, при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "5 БАЛЛОВ" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "4 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "3 БАЛЛА" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "2 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий не полное знание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; знанием некоторых основных вопросов теории, не полностью сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "1 БАЛЛ" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся не раскрытием темы; не знанием основных вопросов теории, не сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, не владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. В ответе содержится единичные (случайные) верные высказывания и суждения. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения семинарских (практических) занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
| **собеседование** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, затруднен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающийся не понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения семинарских (практических) занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
| **тестирование** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется при условии 61-70% правильных ответов. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется при условии 51-60% правильных ответов. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется при условии 50% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения отсутствует. Демонстрация практических умений с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные для решения ситуационной задачи. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Строение и функции головного мозга: 1-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана медиобазальных отделов коры больших полушарий.
2. Строение и функции головного мозга: 1-й функциональный блок мозга. Подкорковые структуры, ответственные за эмоции.
3. Строение и функции головного мозга: 1-й функциональный блок мозга. Подкорковые структуры, ответственные за влечения, потребности, мотивы.
4. Строение и функции головного мозга: 1-й функциональный блок мозга. Подкорковые структуры, ответственные за внимание и нейродинамику психических процессов.
5. Строение и функции головного мозга: 1-й функциональный блок мозга. Подкорковые структуры, ответственные за память.
6. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана теменных отделов коры больших полушарий.
7. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана затылочных отделов коры больших полушарий.
8. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана височных отделов коры больших полушарий.
9. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Корковые отделы, ответственные за модально-специфические виды памяти.
10. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Корковые отделы, ответственные за обработку зрительной и зрительно-пространственной информации.
11. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Корковые отделы, ответственные за обработку акустической информации.
12. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Корковые отделы, ответственные за обработку тактильной информации.
13. Строение и функции головного мозга: 2-й функциональный блок мозга. Задняя ассоциативная область.
14. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана лобных отделов коры больших полушарий.
15. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана премоторных отделов коры больших полушарий.
16. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана префронтальных отделов коры больших полушарий.
17. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Передняя ассоциативная область.
18. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Области лобных долей, ответственные за речевые функции.
19. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Области лобных долей, ответственные за двигательные функции.
20. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Области лобных долей, ответственные за планирование, программирование и контроль.
21. Строение и функции головного мозга: 3-й функциональный блок мозга. Области лобных долей, ответственные за счетные операции и письменную речь.
22. Строение и функции головного мозга: Вторичные поля двигательного анализатора.
23. Строение и функции головного мозга: Первичные проекционные поля двигательного анализатора.
24. Строение и функции головного мозга: Первичные проекционные поля зрительного, кожно-кинестетического и слухового анализаторов.
25. Строение и функции головного мозга: Третичные (ассоциативные) области коры больших полушарий.
26. Детская нейропсихология. Цель и задачи.
27. История нейропсихологии: «узкий локализационизм».
28. История нейропсихологии: концепция эквипотенциальности.
29. История нейропсихологии: ранние представления о локализации.
30. Методы нейропсихологии. Роль нейровизуализационных методов исследования головного мозга в фундаментальном и прикладном аспектах.
31. Методы нейропсихологии. Три источника знаний о функциональной организации мозга. Сравнительно-анатомические данные. Метод раздражения. Метод разрушения.
32. Мировая нейропсихология: история и современное состояние.
33. Нейропсихология в трудах отечественных ученых.
34. Нейропсихология как наука. Ее связь с другими научными дисциплинами и практическими направлениями.
35. Нейрофизиологические теории памяти.
36. Онтогенез нервной системы и важнейших интегративных систем головного мозга.
37. Основные понятия нейропсихологии: локализация.
38. Основные понятия нейропсихологии: симптом и синдром.
39. Основные понятия нейропсихологии: фактор.
40. Понятие зеркальных нейронов. История открытия. Функции. Нарушения при психических заболеваниях (шизофрения, аутизм).
41. Понятие и критерии высших психических функций.
42. Понятие функциональной связанности.
43. Психологическое строение мышления
44. Психологическое строение памяти
45. Психологическое строение речи
46. Психология реабилитации и восстановления высших психических функций. Задачи. История развития в России и за рубежом.
47. Психология реабилитации и восстановления высших психических функций. Основные принципы, пути и способы восстановления ВПФ.
48. Разделы нейропсихологии.
49. Теория системной динамической локализации высших психических функций.
50. Филогенез нервной системы как отражение процесса эволюции мозга как органа психики.
51. Цель и задачи нейропсихологии.
52. Агнозии (виды, локализация)
53. Аграфии (виды, локализация)
54. Акалькулии (виды, локализация)
55. Алексии (виды, локализация)
56. Апраксии (виды, локализация)
57. Аттентивные расстройства и нарушения нейродинамического компонента психической деятельности (виды, локализация)
58. Афазии (виды, локализация)
59. Височный синдром (варианты синдрома, локализация, основные проявления).
60. Затылочный синдром (варианты синдрома, локализация, основные проявления).
61. Зрительные гностические расстройства (виды, локализация)
62. Лобный синдром (варианты синдрома, локализация, основные проявления).
63. Мнестические расстройства (виды, локализация)
64. Нарушения мыслительной деятельности (виды, локализация)
65. Нарушения праксиса (виды, локализация)
66. Синдром поражения подкорковых структур мозга (варианты синдрома, локализация, основные проявления).
67. Слуховые гностические расстройства (виды, локализация)
68. Тактильные гностические расстройства (виды, локализация)
69. Теменной синдром (варианты синдрома, локализация, основные проявления).
70. Элементарные сенсорные расстройства (виды, локализация)
71. Нейропсихологические методики исследования внимания.
72. Нейропсихологические методики исследования высших исполнительных (регуляторных) функций.
73. Нейропсихологические методики исследования гнозиса.
74. Нейропсихологические методики исследования зрительного гнозиса.
75. Нейропсихологические методики исследования кожно-кинестетического гнозиса.
76. Нейропсихологические методики исследования латерализации психических функций.
77. Нейропсихологические методики исследования межполушарного взаимодействия.
78. Нейропсихологические методики исследования модально-неспецифической памяти.
79. Нейропсихологические методики исследования модально-специфической памяти.
80. Нейропсихологические методики исследования мышления.
81. Нейропсихологические методики исследования памяти.
82. Нейропсихологические методики исследования письменной речи.
83. Нейропсихологические методики исследования праксиса.
84. Нейропсихологические методики исследования слухового гнозиса.
85. Нейропсихологические методики исследования счетных операций.
86. Нейропсихологические методики исследования устной речи.
87. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится

по экзаменационным билетам, в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах от 0 до 30.

Критерии формирования экзаменационного рейтинга, обучающегося при проведении промежуточной аттестации по дисциплине «Нейропсихология»:

Неуспешное выполнение одного из заданий промежуточной аттестации не является основанием для не допуска обучающегося к выполнению других заданий промежуточной аттестации.

**Задание №1 промежуточной аттестации экзамена – тестирование (максимальный балл – 5 баллов).**

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации - экзамене по заданию №1 – тестирование.

3 балла: количество правильных ответов = 91-100%;

2 балла: количество правильных ответов = 81-90%;

1 балл: количество правильных ответов = 71-80%;

0 баллов: количество правильных ответов = 0-70%.

**Задание №2 промежуточной аттестации экзамена – ответ на теоретические вопросы в устной форме (максимальный балл – 20 баллов)** состоит минимум из двух теоретических вопросов, направленных на проверку знаний, умений и навыков по программе дисциплины.

Каждый из вопросов «задания №2 промежуточной аттестации экзамена» оценивается согласно критериям оценки.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации экзамене по заданию №2 – ответ на теоретические вопросы в устной форме.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| Ответ на теоретические вопросы в устной форме. | Оценкой "9-10 БАЛЛОВ" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "7-8 БАЛЛОВ" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "5-6 БАЛЛОВ" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "3-4 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий не полное знание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; знанием некоторых основных вопросов теории, не полностью сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "1-2 БАЛЛ" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся не раскрытием темы; не знанием основных вопросов теории, не сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, не владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. В ответе содержится единичные (случайные) верные высказывания и суждения. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные экзаменационным билетом |

После ответа обучающимся на все вопросы, предусмотренные заданием №2,высчитывается сумма баллов по **Заданию №2 промежуточной аттестации экзамена – ответ на теоретические вопросы в устной форме.**

**Задание №3 промежуточной аттестации экзамена – решение ситуационных задач (максимальный балл – 7 баллов).**

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации экзамене по заданию №3 – **решение ситуационных задач.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели ответа студента** | **Баллы** |
| студент самостоятельно и правильно решил учебнопрофессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы | 7 |
| студент самостоятельно и в основном правильно решил учебнопрофессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы. | 6 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свое решение, используя в основном обыденные понятия, а не понятия профессиональной сферы. | 4-5 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, не смог аргументировать | 3-2 |
| Студент решил с грубыми ошибками, помощью преподавателя. | 1 |
| студент не решил учебно-профессиональную задачу или. | 0 |

После прохождения обучающимся всех трех задач, предусмотренных промежуточной аттестацией - экзамен, высчитывается экзаменационный рейтинг обучающегося=сумме значение результатов (баллов) по каждому из заданий.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им экзаменационного рейтинга не менее 15 баллов и (или)текущего стандартизированного рейтинга не менее 30 баллов.

В случае получения обучающимся экзаменационного/зачетного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 30 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии).

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рэ/Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рэ/Рз**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ/Рз – экзаменационный (зачетный) рейтинг.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Образец варианта экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической психологии и психотерапии

направление подготовки (специальность): 37.05.01 Клиническая психология

дисциплина: Нейропсихология

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

**1.НАБОР ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ № 1**

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета (или письменном виде).

**Пример набора тестовых заданий №1.**

# Какому ученому принадлежат первые нейропсихологические исследования у нас в стране?

Цветковой Л.С.

Выготскому Л.С

+Лурия А.Р

Хомской Е.Д.

# Какие из перечисленных образований относятся к неспецифическим структурам мозга и входят в состав энергетического блока?

+Ретикулярная формация ствола мозга

Подкорковые узлы

Кора больших полушарий

Внутренняя капсула

# Какой блок мозга является блоком программирования и контроля?

Первый блок

Второй

+Третий

Второй и третий блоки мозга

# Какой синдром не относится к элементарным расстройствам зрения?

+Зрительная агнозия

Гемианопсия

Скотома

Зрительные галлюцинации

# При поражении верхней теменной дольки может возникнуть следующий синдром…

+Астереогноз

Феномен тактильной алексии

Акалькулия

Соматоагнозия

# При поражении премоторной коры лобной доли следует ожидать…

Гемианопсию

+Кинетическую апраксию

Кинестетическую апраксию

Слуховую агнозию

# Системные персеверации возникают при поражении

+Префронтальной коры лобной доли мозга

Премоторной коры

Теменной коры

Височной коры

# Теменной синдром акалькулии характеризуется

+Распадом разрядного строения числа

Не пониманием многозначных чисел

Не возможность распознать цифры по графической структуре

Не узнаванием числа

# Синдром сенсорной афазии может сочетаться с таким синдромом как…

+Зрительно-пространственная агнозия

Аритмия

Амузия

Феномен тактильной алексии

# Ослабление речевой регуляции ВПФ и поведения наблюдается…

При поражении затылочной коры левого полушария

При поражении моторной коры лобной доли

+При поражении премотрной коры лобной доли

При поражении префронтальоной коры лобной доли мозга и ее медиобазальных отделов

# В основе синдрома афферентной моторной афазии лежит следующий нейропсихологический фактор

+Кинестетический

Кинетический

Регуляторный

Профронтальный

# Кто из авторов разделил праксические действия на кинестетические (чувствительные) и кинетические (двигательные):

К. Липманн

+А.Р.Лурия

А.Н. Леонтьеа

Л.С.Выготский

# Как А.Р.Лурия обозначил кинестетический праксис:

+афферентный

эфферентный

центростремительный

центробежный

# Какое поле Бродмана относят к лобной доле:

37

+44

39

18

# Какое поле Бродмана относят к височной доле:

+22

8

44

7

# В какой зоне коры находится 4 поле;

зрительной

слуховой

+двигательной

тактильной

# Речедвигательный центр находится в:

затылочной доле 7 поля

височной доле 21 поля

лобной доле 8 поля

+лобной доле 44 поля

# Поражение теменной доли сопровождается:

+агнозия

+апраксия

амузия

афазия

# Полное или частичное нарушение речи, обусловленное локальным поражением коры доминантного полушария головного мозга – называется:

анозогнозия

апраксия

+афазия

дислалия

# На границе каких полей происходит развитие амнестической афазии:

+37 и 22

37 и 21

37 и 39

39 и 22

# 71-летний мужчина предъявляет неврологу жалобы на онемение в области лица. Осмотр выявил анестезию на одной стороне лица и языка. МРТ обнаружила поражение в коре головного мозга. В какой из следующих корковых зон наиболее вероятен патологический очаг:

парацентральной дольке;

+нижней трети постцентральной извилины;

нижней трети прецентральной извилины;

средней трети постцентральной извилины?

# В отделение скорой помощи была доставлена 69-летняя женщина. По словам ее дочери, женщина внезапно утратила способность членораздельно говорить. Обследование выявило у женщины афазию. В какой из следующих извилин МРТ обнаружит повреждения:

угловой извилине;

+нижней лобной извилине;

нижней трети прецентральной извилины;

средней лобной извилине;

надкраевой извилине?

# В каких из следующих полей Бродмана находится главная соматосенсорная кора:

+3, 2, 1;

4;

17;

22;

40

# 64-летний мужчина проснулся со слабостью в правой руке. Его транспортировали в центр сосудистой патологии. Через 2 часа после госпитализации МРТ выявило повреждение коры головного мозга. В какой из следующих извилин наиболее вероятно расположено повреждение:

передней центральной извилине;

+средней трети прецентральной извилины;

средней трети постцентральной извилины;

нижней трети прецентральной извилины?

# 71-летний мужчина доставлен в клинику с признаками афазии. МРТ выявило повреждение 44-го поля Бродмана. Это повреждение постепенно увеличивается в результате гидроцефалии и оказывает воздействие на соседние области коры. Какое из следующих повреждений наиболее вероятно будет наблюдаться у данного мужчины:

потеря слуха на одном ухе;

онемение и колющие ощущения в руке;

потеря зрения на оба глаза;

+слабость лицевых мышц;

слабость верхних конечностей?

# Нарушение речи, связанное с нарушением звукопроизношением, называется:

алексия

+дислалия

акалькулия

алалия

# Первому блоку мозга (по А.Р. Лурии) соответствует название…

Блок приема, переработки и хранения информации

Блок программирования, регуляции и контроля

+Блок регуляции тонуса и бодрствования

Блог обменных процессов

#Второму блоку мозга (по А.Р. Лурии) соответствует название…

+Блок приема, переработки и хранения информации

Блок программирования, регуляции и контроля

Блок регуляции тонуса и бодрствования

Блог обменных процессов

#Третьему блоку мозга (по А.Р. Лурии) соответствует название…

Блок приема, переработки и хранения информации

+Блок программирования, регуляции и контроля

Блок регуляции тонуса и бодрствования

Блог обменных процессов

# Кора больших полушарий имеет…

+Три поверхности

Две поверхности

Четыре поверхности

Разделения на поверхности нет

#Невозможность идентификации предмета в целом при сохранности восприятия его тактильных отдельных признаков, — это

Синестезия

+Астериогноз

Эхолалия

Конфабуляции

#Нарушение памяти о событиях после начала заболевания, — это

Конградная амнезия

+Антероградная амнезия

Ретроградная амнезия

Перфорационная амнезия

# Состояние, при котором утрачивается память на часть произошедших событий, возникающее после алкогольного опьянения, — это

Конградная амнезия

Антероградная амнезия

Ретроградная амнезия

+Перфорационная амнезия

# Состояние отсутствия воспоминаний о событиях, происходивших вокруг больного, и о нем самом в тот промежуток времени, когда больной был в состоянии комы, сопора или оглушения, — это

+Конградная амнезия

Антероградная амнезия

Ретроградная амнезия

Перфорационная амнезия

# Поля 1,2,3 (по Бродману) локализуются в …

Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

+Постцентральной извилине, участок теменной доли

Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Поле 8 (по Бродману) локализуется в …

Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

Постцентральной извилине, участок теменной доли

+Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Поле 4 (по Бродману) локализуется в …

+Моторной области

Верхних отделах теменной доли между постцентральной извилиной и затылочной долей

Постцентральной извилине, участок теменной доли

Задних отделах верхней и средней лобной извилин

# Функциональная система — это?

+совокупность афферентных и эфферентных звеньев, объединенных в систему для достижения конечного результата;

особый механизм объединения левого и правого полушарий в интегративно функциональную систему;

неравноценность, качественное различие того вклада, который делает левое и правое полушария мозга в осуществление каждой психической функции;

механизм, обеспечивающий пластичность мозга за счет существования «жестких» и «гибких» звеньев функциональной системы.

# Механизм, обеспечивающий пластичность мозга за счет существования «жестких» и «гибких» звеньев функциональной системы — это?

функциональная система;

+полифункциональность мозговых структур;

локализация ВПФ

межполушарное взаимодействие.

# Блок регуляции активации мозга, его тонуса и уровня бодрствования включает следующие структуры:

+ретикулярная формация, лимбическая система;

затылочная область, височная область, теменная область;

моторная, премоторная, префронтальные отделы;

лимбическая система, премоторная область.

# К особенностям ретикулярной формации относятся:

горизонтальный принцип строения;

осуществление только неспецифических функций;

осуществление только специфических функций;

+градуальное распространение возбуждения.

# К функциям Ⅱ блока мозга относятся:

+обеспечение модально-специфических процессов;

регуляция цикла «сон-бодрствование»;

обеспечение регуляции действий и деятельности;

обеспечение контроля за деятельностью.

# К функциям Ⅲ блока мозга относятся:

регуляция цикла «сон-бодрствование»;

обеспечение модально-специфических процессов;

обеспечение перехода от наглядного синтеза к уровню символических процессов;

+обеспечение контроля за деятельностью, сличение и коррекция ошибок.

# 4 поле по Бродману относится к …?

+моторной области;

премоторной области;

префронтальной области;

затылочной области.

# Хирургическое рассечение какой структуры мозга используется для предотвращения распространения судорожной активности при эпилепсии?

средний мозг;

мозжечок;

+мозолистое тело;

ромбовидная ямка.

# 64-летний мужчина проснулся со слабостью в правой руке. Его транспортировали в центр сосудистой патологии. Через 2 часа после госпитализации МРТ выявило повреждение коры головного мозга. В какой из следующих извилин наиболее вероятно расположено повреждение:

передней центральной извилине;

+средней трети прецентральной извилины;

средней трети постцентральной извилины;

нижней трети прецентральной извилины?

# 71-летний мужчина доставлен в клинику с признаками афазии. МРТ выявило повреждение 44-го поля Бродмана. Это повреждение постепенно увеличивается в результате гидроцефалии и оказывает воздействие на соседние области коры. Какое из следующих повреждений наиболее вероятно будет наблюдаться у данного мужчины:

потеря слуха на одном ухе;

онемение и колющие ощущения в руке;

потеря зрения на оба глаза;

+слабость лицевых мышц;

слабость верхних конечностей?

# 42-летний мужчина был доставлен в отделение скорой помощи с травмой головы после ДТП. Обследование выявило паралич нижних конечностей. В каком поле Бродмана вероятнее всего будет находиться патологический очаг:

44;

22;

+4;

18?

# 52-летний мужчина был доставлен женой к врачу. У него были постоянные жалобы на сильную головную боль. Его жена утверждает, что он не понимает, что она ему говорит. Обследование показало, что мужчина может правильно говорить, читать, слышать окружающие звуки, но у него есть трудности с пониманием и интерпретацией речевых стимулов. MРT выявило опухоль в височной области коры головного мозга. Чем страдает этот мужчина:

аграфией;

афферентной моторной афазией;

+сенсорной афазией;

акустико-мнестической афазией?

# 26-летний мужчина со множественными травмами головы доставлен в клинику. Нейропсихолог выявил нарушение орального праксиса и экспрессивной речи, отсутствие целенаправленности речевой деятельности, неспособность понимать обращенную речь, трудности понимания логико-грамматических структур и пространственных представлений.

Каким термином обозначается расстройство, обнаруженное у данного мужчины:

моторная афазия;

+тотальная афазия;

проводниковая афазия;

сенсорная афазия;

семантическая афазия?

**2.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Строение и функции головного мозга: 1-й функциональный блок мозга. Цитоархитектонические поля К. Бродмана медиобазальных отделов коры больших полушарий.
2. Психологическое строение памяти

**3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**Заключение экспериментально-психологического исследования**

**С. В. В., 1992 г.р.**

При проведении нейропсихологического исследования обследуемая легко идет на контакт. Контакт носит неформальный характер и сохраняется таковым до конца обследования. Соглашается выполнить все методики. Демонстрирует заинтересованность в предлагаемых заданиях и их результатах (почти после каждой пробы спрашивает: «Правильно я сделала?», в конце обследования поинтересовалась «какую оценку вы мне ставите?»). Вербальные инструкции усваивает с первого раза. Сознание ясное; ориентирована в месте, времени и собственной личности. Критика к своему состоянию сохранна. Фон настроения ровный, спокойный. Эмоциональные реакции адекватны ситуации. Двигательная активность невысокая, связана с требованиями предъявляемых проб (пробы на кинестетический и кинетический праксис), а также со сменой позы для более удобного восприятия зрительных материалов. Речь обследуемой грамматически правильная, эмоционально окрашенная. Продуктивность в эксперименте высокая. Темп работы также достаточно высокий.

В неврологическом отделении находится с 8 февраля. Год назад у обследуемой случился вестибулярный криз, сейчас по направлению врача проходит профилактическое обследование и лечение. Предъявляет жалобы на головокружение, шаткость походки, ухудшение памяти, которое связывает с возрастными особенностями, а также иногда возникающее чувство страха. Образование – среднее специальное, обучалась в агрономическом техникуме. 15 лет проработала агрономом-учетчиком, сейчас нигде не работает, в связи с болезнью. Цель исследования: изучение особенностей двигательных, зрительных, зрительно-гностических и слуховых функций.

Для достижения указанной цели были использованы следующие методики: праксис поз по зрительному образцу, праксис поз по кинестетическому образцу, перенос поз по кинестетическому образцу, проба «Кулак-ребро-ладонь», графическая проба «Заборчик», проба на узнавание реалистичных изображений, перечеркнутых изображений, фигуры Поппельрейтера, пробы на буквенный, цифровой гнозис, сюжетные картинки, проба на определение времени по часам, восприятие ритмов.

Выраженных нарушений двигательных функций в ходе эксперимента выявлено не было. Однако при выполнении графической пробы «Заборчик» обращает на себя внимание изменение графических характеристик (дрожащие несостыкующиеся линии). Остальные пробы на исследование кинестетического и кинетического праксиса выполняет верно, с первого раза.

При исследовании зрительно-пространственного гнозиса на первый план выходит нарушение ориентировки во времени по часам (не смогла верно назвать изображенное время ни на одном из предложенных циферблатов, включая образец; не справилась с заданием даже с помощью психолога), а также затруднения при определении пространственных отношений (справилась с заданием только с помощью исследователя). Также испытывала затруднения при узнавании перечеркнутых фигур, например, на одном из изображений назвала предмет «пила», когда там была изображена расческа, «гриб» вместо настольной лампы. Буквенный гнозис не нарушен. Затруднений при смысловом восприятии сюжетных картинок не испытывает.

При исследовании слухового гнозиса с помощью пробы на восприятие ритмов, не всегда верно называла количество ударов, однако верно дифференцировала сильные и слабые удары.

Заключение. Таким образом, на первый план выходит нарушение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ гнозиса, связанное с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ представлениями. Также отмечаются легкие нарушения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ деятельности, связанные с изменением графических характеристик; легкие нарушения восприятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Исходя из этого, можно предположить, что локализация поражения находится в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Задание:**

Заполните пропущенные части ЭПИ.

Назовите ведущий нейропсихологический синдром.

Опишите основные нарушения, которые могут при нем встречаться.

Назовите цитоархитектонические поля Бродмана, отвечающие за выполнение нарушенных у данного пациента ВПФ.

Сформулируйте алгоритм (общее направление) психокоррекционной / реабилитационной работы с данным пациентом.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине оценочным материалам, используемым на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Проверяемая**  **компетенция** | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное**  **средство** |
| 1 | **ОПК-1:** способностью решать задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности | Знать: основные этапы развития учения о ВПФ,их расстройствах; цели предмет и задачи нейропсиходиагностики, нейропсихокоррекции, нейропсихологической реабилитации при локальных поражениях головного мозга при неврологических и соматических расстройствах; современные направления исследований в этой области; отечественные классификации в сопоставлении с МКБ | Вопросы №: 1-15. |
| Уметь: оценивать роль нейропсихологических факторов в происхождении и развитии расстройств ВПФ с учетом состояния конкретного пациента; планировать нейропсихологическое обследование пациента с целью дифференциальной диагностики и реализации нейропсихокоррекционных,, реабилитационных и нейропсихопрофилактических мероприятий | Вопросы №: 16-25. |
| Владеть: практическими навыками нейропсихологического обследования больного с патологией ВПФ; навыками её нейропсихокоррекции и нейропсихопрофилактики | Вопросы №: 26-40. |
| 2 | **ПК-4:** способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях. | Знать: особенности протекания и клинической картины различных психических состояний; специфику поведения и эмоционального реагирования пациентов при различных видах эмоциональных состояний и контексту беседы | Вопросы №: 41-55. |
| Уметь: формулировать вопросы клинической беседы с пациентом при различных психических состояниях с учетом специфики клинической картины и особенностей протекания определенного психического заболевания с целью получения возможно более полной информации об актуальных потребностях; определять последовательность вопросов клинической беседы таким образом, чтобы оперативно выявить актуальные потребности пациента. | Вопросы №: 56-75. |
| Владеть: навыками ведения клинической беседы с пациентами с учетом специфики протекания и клинической картины определенного психического состояния психического заболевания с целью оперативного и корректного выявления актуальных потребностей пациента. | Вопросы №: 76-86. |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся в рамках изучения дисциплины «Нейропсихология»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося и бонусных баллов.

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (**максимально 5 баллов**) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- контроля внеаудиторной самостоятельной работы студентов по дисциплине (КСР) и практическим занятиям (тема 8 и 9).

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1-й до 2-х контрольных точек (устный опрос и письменный опрос; устный опрос и решение проблемно-ситуационных задач; устный опрос и письменная контрольная работа). За данные контрольные точки обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Устный ответ не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии, тогда как письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач и выполнение письменной контрольной работы являются обязательными контрольными точками для каждого студента.

Внеаудиторная самостоятельная работа по дисциплине предусматривает 1 контрольную точку (предоставление презентации). Внеаудиторная самостоятельная работа по 8 и 9 темам практических занятий также предусматривает по 1 контрольной точке (тестирование по каждой теме).

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине. Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек) к количеству этих оценок.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

**Бонусные баллы** определяются в диапазоне **от 0 до 5 баллов**. Критериями получения бонусных являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.