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**

**по дисциплине «Патология»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 « ПСИХОТЕРАПИЯ**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 «Психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

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 учебной 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:**

**УК-1-** готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

**ПК-1-** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**ПК-5 -** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 Нейрофизиология**

**Тема 1** *Нейрофизиология*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Физиологические механизмы сна.
2. Структура и функция мозга. Прорывы в исследованиях.
3. Нейрофизиология «удовольствия».

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Из всех типов наиболее совершенный (И.П.Павлов, 1935) |
| А | сильный уравновешенный тип |
| Б | сильный неуравновешенный тип |
| В | слабый неуравновешенный тип |
| Г | слабый уравновешенный тип |
|  |  |
| 2 | К основным свойствам нервной системы относятся все перечисленные, кроме (И.П.Павлов, 1935) |
| А | инертности основных видов психической деятельности и устойчивости основных нервных процессов |
| Б | силы основных нервных процессов - раздражительного и тормозного, постоянно составляющих целостную нервную деятельность |
| В | подвижности основных нервных процессов |
| Г | равновесия основных нервных процессов |
|  |  |
| 3 | Условный рефлекс - это (И.П.Павлов, 1932) |
| А | рефлекс, основным условием образования которого есть совпадение во времени один или несколько раз индифферентного раздражителя с безусловным; то, что мы называем ассоциацией (рефлексом) по одновременности |
| Б | постоянная связь внешнего агента с ответной на него деятельностью организма |
| В | рефлекс, возбуждающийся внешними агентами, что и обусловливает совершенство уравновешивания |
| Г | то же самое, что "угасательное напряжение" |
|  |  |
| 4 | Иррадиация тормозного процесса при слабом его напряжении называется (И.П.Павлов, 1932) |
| А | гипнозом |
| Б | пассивной индукцией |
| В | парадоксальной фазой |
| Г | "инвалидной концентрацией" |
|  |  |
| 5 | Неврастения - это (И.П.Павлов, 1935) |
| А | болезненная форма слабого-общего и среднего человеческого типа |
| Б | продукт слабого-общего типа в соединении с художественным |
| В | продукт слабого-общего типа в соединении с мыслительным |
| Г | переживание отсутствия чувства реального, ощущение неполности жизни |
|  |  |
| 6 | Патологическая инертность может вызываться (И.П.Павлов, 1935) |
| А | умеренным, но постоянно нарастающим напряжением раздражительного процесса; ошибками раздражительного процесса с тормозным |
| Б | явлениями стереотипий |
| В | паранояльными переживаниями |
| Г | навязчивостями |
|  |  |
| 7 | Под доминантой (состоянием доминанты) по А.А.Ухтомскому (1927) понимают все перечисленное, кроме |
| А | "оттока" возбуждений, как некоей энергии, от центров, впадающих в торможение, к центрам, наиболее возбуждающимся; заключается в том, что чрезвычайный "заряд" возбуждения в центрах разрешается от малейшего добавочного стимула |
| Б | растревоженного, разрыхленного места нервной системы, своего рода "съемки", к которой пристает все нужное и ненужное, из чего потом делается подбор того, чем обогащается опыт |
| В | повсюду господствующего возбуждения посреди прочих, и повсюду она есть продукт суммирования возбуждений |
| Г | характеризуется тем, что самые различные по месту приложения раздражения вызывают в первую голову реакции в одном определенном направлении |
|  |  |
| 8 | Состояние возбуждения в доминанте характеризуется всеми следующими признаками, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| А | высокой силы возбуждения в доминантном центре |
| Б | стойкости возбуждения |
| В | повышенной возбудимости |
| Г | способности суммировать возбуждение |
|  |  |
| 9 | Доминанта (состояние доминанты) проявляется всем перечисленным, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| А | человек в бессоннице наполнен слабо бродящими, неопределенными впечатлениями (как в пушкинских "Стихах, сочиненных ночью во время бессонницы") |
| Б | ум, беременный идеей, вдруг находит механизм для ее разрешения посреди "не идущих к делу" впечатлений от восхождения на горы или от созерцания обезьян в зоологическом саду |
| В | ученый схоластического склада не может вырваться из круга однажды усвоенных теорий |
| Г | гебефреник повторяет все одни и те же бредовые заявления |
|  |  |
| 10 | По П.К.Анохину (1968), возможно выделить следующие формы афферентных воздействий, отправляясь не от качества воздействующей энергии, а от места и значения в формировании целостных поведенческих актов организма, кроме |
| А | дистантной и тактильной афферентации |
| Б | обратной афферентации |
| В | обстановочной афферентации |
| Г | пусковой афферентации |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная М., пенсионерка. Однажды, 5 лет назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и ее детей. Появился страх не могла находиться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение пяти лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стенки, из-за окна и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Она охотно соглашается, что голоса имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. У больной в течение последних двух лет отмечается снижение памяти, слезливость, головные боли, быстрая утомляемость, поверхностный сон.

Вопрос: укажите наиболее вероятное заболевание у больной М.: 1. Шизофрения 2. Церебральный атеросклероз 3. Умственная отсталость 4. Эпилепсия 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 2

**Задача № 2**

Больной К., 32 года, учитель географии. В анамнезе тяжелая черепно-мозговая травма. Обратился к врачу после конфликтной ситуации на работе с жалобой на периодические головные боли, которые усиливаются при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенной утомляемости. В последние годы стал плохо переносить жару, духоту, транспорт. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине дня наступает кратковременное улучшение состояния. Голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал очень раздражительным, несдержанным. Дома и на работе всё выводит из себя. Раздражает даже прикосновение к телу одежды. Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Шизофрения 2. Невроз 3. Эпилепсия 4. Органическое заболевание головного мозга 5. Ни одно из перечисленных.

Ответ: 4

**Задача № 3**

Больная П., 55 лет, вдова, не работает, проживает одна в коммунальной квартире. Постоянно жалуется на соседей, что они проникают в ее комнату и похищают разные вещи. Неоднократно обращалась в связи с этим в милицию, но факты кражи не подтвердились. В последние несколько лет подозрительна, тревожна, субдепрессивна. Плохо спит, обнаруживает обманы восприятия: слышит шаги за дверью комнаты, звук дверного звонка, при этом, будучи уверенной, что к ней пришли воры. Убеждения в обратном абсолютно не воспринимает, раздражается, злится, что ей никто не может помочь. Обнаруживаются признаки атеросклероза сосудов головного мозга, интеллектуально-мнестические функции снижены. Несколько лет назад закончился тяжело протекавший климакс, в период которого ставился диагноз «неврозоподобный синдром», проходила курс лечения.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Шизофрения, параноидная форма, дебют 2. Пресенильный психоз, параноидный синдром 3. Психопатия шизоидная 4. Ипохондрический невроз 5. Невроз навязчивых состояний.

Ответ: 2

**Вопросы для подготовки:**

1. Высшая нервная деятельность и её регуляторные функции
2. Электроэнцефалография
3. Компьютерная томография
4. Нейрофизиологические основы психических функций
5. Биохимические исследования при психической патологии

**Модуль 2 Функциональная анатомия головного мозга**

**Тема 1** *Функциональная анатомия головного мозга*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Основные принципы строения мозга. Проблема межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия.
2. Морфофункциональная характеристика отделов головного мозга (продолговатый, мост, средний, промежуточный и конечный). Доминантность полушарий.
3. Функциональные методы исследования нервной системы. "Луриевские" методы исследования.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Адекватный условный рефлекс может иметь место только при определенном синтезе следующих двух афферентаций (П.К.Анохин, 1968) |
| А | обстановочной и пусковой |
| Б | контактной и пусковой |
| В | контактной и интероцептивной |
| Г | пусковой и экстероцептивной |
|  |  |
| 2 | Проприоцептивной афферентацией является афферентация (П.К.Анохин, 1968) |
| А | направляющая движение |
| Б | результативная |
| В | информирующая о результатах совершенного действия, дающая возможностьорганизму в целом оценить степень успеха выполняемого им действия |
| Г | дающая информацию о том, что результат действия соответствует исходному намерению |
|  |  |
| 3 | Афферентный синтез сказывается в том, что (П.К.Анохин, 1968) |
| А | возбуждения от условного стимула вступают во взаимодействие, единство с теми возбуждениями, которые были подготовлены совокупностью предшествующих раздражений, в виде системы предпусковых возбуждений. Экспериментальное животное, как и человек, строго координирует свои поведенческие возможности в соответствии с данной ситуацией |
| Б | поведенческий акт всегда удовлетворяет какую-то потребность организма, или нутритивную или идеальную |
| В | условный раздражитель представляет собой абсолютное и единственное в получении условной реакции |
| Г | внешний раздражитель, поступая в форме возбуждения в центральную нервную систему, линейно распространяется в ней в соответствии с классической рефлекторной теорией |
|  |  |
| 4 | К основным функциональным блокам (аппаратам) мозга, участие которых необходимо для осуществления любого вида психической деятельности, относятся (А.Р.Лурия, 1973) |
| А | блок, обеспечивающий витальные функции организма и блок интегрирования и абстрактного мышления |
| Б | блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования |
| В | блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешнего мира |
| Г | блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности |
|  |  |
| 5 | Лобные доли человека непосредственно не участвуют (А.Р.Лурия, 1973) |
| А | в приеме и хранении экстероцептивной информации |
| Б | в сложнейших формах программирования |
| В | в регуляции сознательной деятельности человека |
| Г | в экстренном повышении состояния активности, сопровождающем всякую сознательную деятельность |
|  |  |
| 6 | Стресс (по Г.Селье) - это |
| А | неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование; общий адаптационный синдром |
| Б | нервное вредоносное напряжение |
| В | вид дистресса |
| Г | защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором |
|  |  |
| 7 | Фазами общего адаптационного синдрома не являются (Г.Селье) |
| А | фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения |
| Б | реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией |
| В | фаза сопротивления без лишних волнений |
| Г | фаза истощения |
|  |  |
| 8 | Конечная цель жизни человека состоит в том, чтобы (Г.Селье) |
| А | раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою "искру божию" |
| Б | обрести власть, славу, безопасность |
| В | дарить радость в порядке бескорыстной филантропии |
| Г | получать радость, наслаждаться |
|  |  |
| 9 | Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г.Селье) |
| А | в минуты равнодушия |
| Б | в минуты тихого духовного просветления |
| В | во время творческого вдохновения |
| Г | когда человек мертв |
|  |  |
| 10 | Вероятностное прогнозирование (И.М.Фейгенберг, 1986) включает все перечисленное, кроме |
| А | абсолютно достоверного убеждения - ожидания наступления того или иного события |
| Б | моделирования вероятностно организованного мира живущим в этом мире существом |
| В | способности сопоставлять поступающую через анализаторы информацию о наличной ситуации с хранящейся в памяти информацией о соответствующем прошлом опыте и на основании этого сопоставления строить предположения о предстоящих событиях, приписывая каждому их этих предположений ту или иную степень достоверности |
| Г | способности, необходимой для хорошего осуществления ориентировочной реакции |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной Ш., 6 лет. Первый ребенок в семье. Вскоре после рождения ребенка у него стали отмечаться отклонения от нормального развития. Он был вялым, сонливым, плохо сосал грудь. Поздно стал фиксировать взор, не тянулся к игрушкам. Головку стал держать с 8 месяцев, ходить ─ с 2 лет. Первые слова начал произносить с 2,5 лет, фразовая речь так и не развилась. Не проявлял интереса к книжкам, к игрушкам, ломал их и бросал. С того времени, как ребенок стал ходить, обнаружилась его чрезмерная подвижность. Не мог ничем заниматься более 2-3 минут, все время был в движении, хватал все попадающиеся под руку вещи. При обследовании ребенка была поставлена проба Феллинга с помощью 10% раствора FeCl3, которая оказалась резко положительной. Мальчик по физическому развитию не отстает от своих сверстников. Отмечается плоскостопие. Волосы очень светлые, глаза светло-голубые. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. В неврологическом статусе отмечается повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук. В остальном ─ без особенностей. Клинический анализ крови в норме, реакция Вассермана отрицательная. Психическое состояние. Мальчик, войдя в кабинет врача, не поздоровался, и не обратил никакого внимания на присутствующих. Немедленно схватил первую попавшуюся вещь и бросил ее. Все время находится в движении, но при этом поведение хаотичное: встает, садится, подбегает к столу, но при этом, ни к чему не проявляет устойчивого интереса. На замечания и окрики отца не обращает никакого внимания. Вступить в разговор с мальчиком очень трудно, так как с большим трудом удается привлечь его внимание.

Вопрос: выберите правильный диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость (УО) умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с недоношенностью 2. УО умеренная с незначительными нарушениями поведения, обусловленная гипертиреозом 3. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная гипертиреозом 4. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная фенилкетонурией 5. УО тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с хромосомными нарушениями

Ответ: 4

**Задача № 2**

Больной П. С рождения - умственное недоразвитие. Сидит где-либо в углу комнаты и маятникообразно раскачивается. Неопрятен. Жует все, что попадает ему в руки, не отличая съедобное от несъедобного. Запаса слов нет. Речь не развита, иногда только издает нечленораздельные звуки.

Вопрос: назовите диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 2. Умственная отсталость тяжелая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 3. Умственная отсталость глубокая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 4. Умственная отсталость глубокая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 5. Умственная отсталость умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами

Ответ: 1

**Задача № 3**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: что Вам, прежде всего, потребуется для уточнения диагноза? 1. Данные электроэнцефалографии 2. Данные компьютерной томографии мозга 3. Тщательное психологическое обследование, данные тестов на развитие интеллекта 4. Данные неврологического обследования 5. Данные терапевтического обследования.

Ответ: 3

**Задача № 4**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Легкая умственная отсталость 2. Деменция лакунарная 3. Психопатия мозаичного типа 4. Акцентуация характера неустойчивого типа 5. Шизофрения, простая форма.

Ответ: 1

**Вопросы для подготовки:**

1. Состояние головного мозга и его основных структур при различных видах поражения центральной нервной системы: продолговатый мозг, мост, мозжечок, средний мозг, промежуточный мозг, плащ, кора полушарий мозга, обонятельный мозг, лимбическая система, базальные ядра
2. Нейроанатомия психической патологии
3. Биохимия психической патологии

**Модуль 3 Психофизиология**

**Тема 1** *Психофизиология*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Лимбическая система и поведение человека.
2. Системная организация психических процессов.
3. Лобные доли и организация психической деятельности.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Психофизиология - наука (Д.Хэссет, 1978) |
| А | изучающая физиологические процессы у человека при различных психологических состояниях |
| Б | близкая к психоанализу |
| В | рассматривающая человека как социальное существо |
| Г | изучающая прежде всего сложное поведение человека в экстремальных условиях |
|  |  |
| 2 | Функциями таламуса являются (Д.Хэссет, 1978) |
| А | сенсорные пункты переключения на пути к коре мозга |
| Б | регуляция висцеральных и соматических функций: температуры тела, обмена веществ, гормонального баланса и др. |
| В | мышечный тонус |
| Г | активация обширных областей коры |
|  |  |
| 3 | Симпатическая система в отличие от парасимпатической (Д.Хэссет, 1978) |
| А | осуществляет катаболизм |
| Б | своими симпатическими волокнами выходит из черепного и крестцового отделов спинного мозга |
| В | осуществляет анаболизм |
| Г | дает более кратковременную и более локальную активацию |
|  |  |
| 4 | Симпатическую систему называют также (Д.Хэссет, 1978) |
| А | тораколюмбальной и адренэргической |
| Б | краниосакральной |
| В | анаболической |
| Г | ацетилхолиновой |
|  |  |
| 5 | "Альфа-волны" (по Бергеру) - это |
| А | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| Б | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| В | волны, обнаруживающие дремоту (4-8 Гц) |
| Г | волны, обнаруживающие сон (менее 4 Гц) |
|  |  |
| 6 | Височная кора более связана (Д.Хэссет, 1978) |
| А | со слуховой системой |
| Б | с обонянием |
| В | с чувствительностью тела |
| Г | с движением тела |
|  |  |
| 7 | Обратная связь обнаруживает себя во всех перечисленных способах лечения, кроме |
| А | лечения болезненного переживания своей неполноценности по принципу "biofeedback" и интеграционного лечения неврастенической бессонницы |
| Б | эффекта "плацебо" |
| В | лечении эпилепсии с помощью обратной связи от ЭЭГ |
| Г | "тренировки по электромиограмме" |
|  |  |
| 8 | Основными разновидностями эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| А | психосоматических и эндогенно-процессуальных воздействий |
| Б | стрессогенных воздействий |
| В | психогенных воздействий |
| Г | тимогенных воздействий |
|  |  |
| 9 | К основным эмоционально-стрессовым относятся все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| А | одухотворенного возбуждения и воздействия элементами этики Спинозы |
| Б | сократического диалога |
| В | фанатизма цели |
| Г | стрессового гипноза |
| 10 | Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г.Селье) |
| А | в минуты равнодушия |
| Б | в минуты тихого духовного просветления |
| В | во время творческого вдохновения |
| Г | когда человек мертв |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная Р ., 29 лет. Доставлена машиной скорой помощи Без сознания. Кожные покровы бледные с цианотическим оттен­ком. Язык прикушен. Температура тела 37,8°С. Каждые 2—3 мин повторяют­ся судорожные припадки: напряжение мышц лица, опистотонус, разгибание плеч, предплечий и кистей рук, бедер, голеней и стоп. Во время припадка зрачки максимально расширены, глазные яблоки в состоянии дивергенции, зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют. Апноэ, углубляющийся цианоз, тахикардия до 150 в минуту. Длительность припадка около 30 с, он заканчивается рвотой. В легких везикулярное дыхание, границы сердца не изменены. После приступа без сознания Пульс 120 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Зрачки сужены, их ре­акция на свет сохранена, корнеальные рефлексы живые. Кожные и глубо­кие рефлексы снижены Двусторонний симптом Бабинского.

Вопрос: дайте определение данному состоянию. 1. Статус генерализованных тонико-клонических приступов 2. Статус абсансов 3. Серийные припадки 4. Статус псевдоэпилептических приступов 5. Статус тонических приступов

Ответ: 5

**Задача № 2**

Больной А., 29 лет . разнорабочий. Анамнез без особенностей. ЯМРТ. -норма Ранее не лечился. Дебют в 17 лет. Больной 2-3 раза в год при пробуждении или засыпании внезапно, без ауры, теряет сознание, иногда с резким пронзительным криком, появляются последовательно сменяющиеся тонические и клонические судороги, заканчивающиеся амнезией.

 Вопрос: назовите предположительный диагноз?1. Псевдоэпилептические пристуры 2. Эпилепсия с простыми фокальными приступами 3. Эпилептическая афазия 4 Эпилепсия с типичными абсансами. 5. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими припадками.

Ответ: 5

**Задача № 3**

Больной Т., 23 года, работает инженером. Впервые обратился с жалобами на пароксизмы. Больной внезапно бледнеет, лицо делается"пустым", невыразительным, взгляд неподвижно устремлен в пространство. Больной или замолкает, или прекращает работу. Однако вскоре (через3-10 сек) больной продолжает прерванные занятия, не замечая того, что с ним произошло. На ЭЭГ наличие специфических паттернов в виде генерализованных комплексов "спайк-волна" частотой 3-3,5 гц.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Псевдоэпилептический приступ 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами 3. Транзиторная ишемическая атака 4. Эпилепсия с типичными абсансами. 5. Синкопальное состояние.

Ответ: 4

**Задача № 4**

Больной И., 20 лет. Последний год у больного внезапно помрачается сознание: он дезориентирован в окружающем, но сохраняется взаимосвязанность действий и поступков. В это время он высказывает бредовые идеи, испытывает галлюцинации на фоне бурного аффекта страха, тоски, злобы. Больной резок, агрессивен, его охватывает ярость с бессмысленным стремлением к разрушению или убийству. Такие состояния возникают и прекращаются внезапно. Повторяется 1 -2 раза в месяц.

Вопрос: какое расстройство описано в примере? 1. Алкогольный делирий 2. Кататоническое возбуждение 3. Эпилептический онейроид 4. Острый параноид.

5. Сумеречное помрачение сознания (галлюцинаторно-бредовой вариант)

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больная А. 17-ти лет утром отправилась на работу, однако бессмысленно бродила по городу, разъезжала на городском транспорте. На встречающихся знакомых производила впечатление угрюмой, утомленной и какой-то растерянной, отвечала на несложные вопросы, но не вызывала у окружающих каких-либо подозрений в ее психическом неблагополучии. Как сообщила потом больная, она оказалась на незнакомой улице, время приближалось к обеденному перерыву, но она никак не могла вспомнить, где она была и что делала в это время. Ранее не лечилась.

Вопрос: какое расстройство описано в примере? 1. Псевдоэпилептический приступ 2. Эпилепсия с приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями 4. Эпилепсия с типичными абсансами 5. Синкопальное состояние.

Ответ: 2

**Задача № 6**

Больной Т., 18 лет впервые обратился к врачу. Как выяснилось из беседы, он вышел из института вместе с товарищами, "разговаривали на общие темы". Внезапно он как-то резко повернулся и бросился на проезжую часть дороги. Там остановился и стал снимать пальто резкими движениями. Вскоре прекратил свои действия и растерянный подошел к своим товарищам. Объяснить свое поведение не смог, растерянно оглядывался на остановившихся прохожих.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с тоническими приступами 4. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с сенсорными нарушениями 5. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги.

Ответ: 5

**Задача № 7**

Больная Д., 44 года, страдает эпилепсией с 9-и лет в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Обычно она утрированно вежлива и слащава в обращении с персоналом. Внезапно состояние меняется, она становится злобной, тоскливой, тревожной. Высказывает недовольство тем, что происходит вокруг, конфликтует с больными, громко, цинично бранится, сетует на плохое отношение, с ожесточением набрасывается на больных. Спустя сутки-двое ее поведение становится обычным.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими и со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями 4. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими приступами и сложными аффективными (по типу дисфории) психическими эквивалентами 5. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги

Ответ: 4

**Задача № 8**

Больной 20-и лет, с 6-и лет страдает эпилепсией. Мышление его тугоподвижно, с трудом переключается с одной темы на другую, обстоятелен, часто пользуется уменьшительно-ласкательными словами. Он слащав, льстив, утрированно вежлив, но легко переходит к агрессии и злобе. Память резко снижена, сообразительность плохая, ассоциации скудные.

Вопрос: при эпилепсии выявляются следующие расстройства мышления, кроме: 1. Брадифрении 2. Обстоятельности 3. Паралогичности 4. Персеверации 5. Склонности к детализации

Ответ: 3

**Задача № 9**

Больной О.,42 года болен 12 лет. Припадки проявляются чувством отчужденности, иллюзиями, иногда галлюцинациями (чаще зрительными, моторной остановкой, застывшим взглядом и ороалиментарными автоматизмами с вегетативным компонентом, продолжительностью свыше 2 минут. Лечится фенобарбиталом. ЭЭГ в начале припадка – одностороннее уплощение ЭЭГ. МРТ – гиппокампальный склероз. В психическом статусе – нарушение памяти, эгоцентризм , обстоятельность, эмоциональная лабильность.

Вопрос: при какой при локализации эпилептического очага развивается описанное состояние? 1. Теменной 2. Височной 3. Затылочной 4. Неверно все вышеперечисленное 5. Все вышеперечисленное верно.

Ответ: 2

**Задача № 10**

Больной А., 9 лет, страдает эпилепсией с 5 лет, приступы бессудорожные генерализованные, длительностью 3-10 сек., по типу «замирания», частые. При пробуждении у больного развилось следующее состояние: приступы резко участились, следуя один за другим; амимия, слюнотечение. Ребенок выглядит мечтательным, дезориентирован в месте и времени, двигательно заторможен. Нарушение сознания на уровне легкой сомноленции, реагирует на оклик. Речь замедлена, растянута, больше похожа на бормотание. Ответы на вопросы неадекватны или односложны. Продолжительность состояния несколько часов. После окончания больной описывает ощущение нереальности происходящего. Память на произошедшее сохранена.

Вопрос: дайте определение данному состоянию. 1. Статус генерализованных тонико-клонических приступов 2. Статус типичных абсансов 3. Серийные парциальные припадки. 4. Статус псевдоэпилептических приступов 5. Статус тонических приступов.

Ответ: 2

**Задача № 11**

Пациент С.Л.., 35 лет, слесарь. Жалобы: судорожные приступы с выключением со­знания.

Болен с 19 лет. Наследственность отягощена эпилепсией по материнской линии. Пароксизмы характеризуются внезапной потерей сознания, напряжением произвольной мускулатуры, внезапным и быстрым падением, сопровождаемым громким криком, остановкой дыхания, нарастающей бледностью кожи и слизистых, сменяющейся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Через 30—60 секунд верхняя челюсть совершает движения, при которых про­исходит ритмическое смыкание ротовой щели, изо рта выделяет­ся пена, окрашенная кровью, так как обычно больной прикусыва­ет язык. Голова совершает ритмические движения сгибания и раз­гибания, реже ротации. В плечах отмечаются сгибание и разгибание, в предплечьях — разгибательно-пронаторные движения; в ногах судо­роги по типу тройного укорочения и последующего удлинения, дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Возможно непроизвольное мочеиспускание. Сознание глубоко помрачено. По прошествии двух-трех минут, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлексы, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Затем следовал глубокий продолжительный сон. Воспоминаний о припадках у больного не сохранялось.

ЭЭГ: (межприступный период) Ко­роткие вспышки генерализованной полипик-волновой активности с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около 3 Гц.

КТ, ЯМРТ : норма.

Вопрос: каким видом приступов страдает больной? 1. Серийные приступы 2. Атонические приступы 3. Типичные абсансы 4. Тонико-клонические генерализованные судорожные приступы 5. Миоклонические приступы

Ответ: 4

**Задача № 12**

Больной М.,13 лет. Ученик 6-го класса. Время от времени поднимается в ночное время и бродит по квартире. В это время он может даже открыть запертую дверь, выйти на улицу. При попытке уложить в постель оказывает бессмысленное сопротивление, становится агрессивным, не откликается на имя. Спустя некоторое время становится послушным, позволяет уложить себя в постель. Утром жалуется на головную боль, эпизод амнезирует. В раннем возрасте у мальчика были редкие эпилептические судорожные припадки. Последние 2-3 года ухудшилась успеваемость в школе.

ЭЭГ: (межприступный период) Ко­роткие вспышки генерализованной полипик-волновой активности с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около 3 Гц.

КТ, ЯМРТ : норма.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги 3. Эпилепсия с миоклоническими приступами и психическими эквивалентами по типу дисфории. 4. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с атоническими приступами 5. Ничего из вышеперечисленного.

Ответ:1

**Вопросы для подготовки:**

1. Нормальные психофизиологические проявления, связанные с функцией отдельных систем и подсистем головного мозга в норме и патологии
2. Патологические психофизиологические проявленияи психофизиологические проявления, связанные с функцией отдельных систем и подсистем головного мозга в норме и патологии
3. Учение о высших психических функциях и проявлениях их патологии

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" 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 "ХОРОШО" 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 "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" 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. |
| **Проверка** **практических навыков**  | Проверка практических навыков может применяться для контроля сформированности у студентов практических действий (медицинских манипуляций) с «пациентом». Позволяет оценить умения и навыки студентов применять полученные теоретические знания (о тех или иных действия и манипуляциях) в стандартных и нестандартных ситуациях. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта

 (зачета, экзамена)

Проводится по зачётным билетам в устной форме.

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

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.*

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Общие принципы регуляции живой системы.
2. Рефлекторная регуляция. Вегетативная регуляция. Нейрогуморальная регуляция.
3. Высшая нервная деятельность и её регуляторные функции. Нейрохимические системы мозга.
4. Электроэнцефалография. Магнитоэнцефалография. Реоэнцефалография. Эхоэнцефалография.
5. Компьютерная томография.
6. Магнитно-резонансная томография. Позитронно-эмиссионная томография.
7. Внимание, ориентация, габитуация.
8. Восприятие, образование ассоциаций, память, кортикальная пластичность.
9. Эмоциональные процессы.
10. Интеллект и когнитивная активность.
11. Этапы развития нервной системы в филогенезе.
12. Этапы развития ЦНС у человека на разных стадиях онтогенеза.
13. Строение нервных клеток и волокон.
14. Классификация нервной системы по морфологическому и функциональному признаку.
15. Центральная нервная система, головной мозг и его строение.
16. Кора полушарий мозга.
17. Лимбическая система.
18. Принцип системной организации интегративной деятельности мозга.
19. Интегративные процессы и обработка информации в сенсорных системах.
20. Интегративные процессы в центральной нервной системе как основа психических.
21. Определение психофизиологии. Психофизиологическая проблема.
22. Проблемы соотношения мозга и психики.
23. История, предмет и задачи психофизиологии профессиональной деятельности.
24. Методы исследования в психофизиологии профессиональной деятельности.
25. Современные представления о соотношении психического и физиологического.
26. История, задачи и методы дифференциальной психофизиологии.
27. Цель, предмет, объект клинической психофизиологии.
28. Методологические и методические принципы психофизиологии.
29. Дифференциальная психофизиология.
30. Психофизиология профессиональной деятельности.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*(приводятся типовые практические задания, упражнения, ситуационные задачи, манипуляционные упражнения и т.п., направленные на проверку каждого из указанных в рабочей программе дисциплины умения и навыка* ***с эталонами решения типовых практических заданий*.)**

**Упражнения для проверки сформированных умений и навыков**

**Упражнения № 1. Основные принципы психовосстановительного обучения**

*Психовосстановительное обучение* проводится со взрослыми боль­ными, имеющими нарушения ВПФ, и прежде всего речи, и яв­ляется важным разделом нейропсихологии и нейролингвистики. К настоящему времени определены методология, принципы восстановительного обучения, создано достаточно большой арсенал научно обоснованных методов работы. Основополагающий вклад в эти разработки внес А.Р Лурия, заложивший фундамент новой науки в виде теории высших психических функций, их мозговой организации, описания этиологии, клиники, патоге­неза и диагностики нарушений ВПФ. На этой базе осуществ­лены многочисленные исследования, обобщающие научно-ис­следовательский и практический опыт работы с больными (В.М. Коган, В.В. Оппель, Э С Бейн, Л С. Цветкова, М.К. Бурлакова, В М Шкловский, Т.Г. Визель и др.).

**Упражнения № 2. *Восстановление речи при моторной афазии (афферентного и эфферентного типа)***

При данных формах афазии используются как методы, на­правленные на преодоление *первичного* речевого дефекта, так и те, которые рассчитаны на устранение *вторичной* (системной) симптоматики. Среди них выделяют *специфические* и *неспецифи­ческие* приемы работы.

Для этой цели в инициальной стадии заболевания и, следова­тельно, при наиболее грубой степени выраженности речевого де­фекта, актуальным при обеих формах моторной афазии является использование прямых (растормаживающих и стимулирующих) методов работы. К ним относятся:

1.*Стимуляция понимания ситуативной и бытовой речи.* Ис­пользуются упражнения *по показу предметов* и *ответам на воп­росы в ситуативном диалоге.*

*Растормаживание произносительной стороны речи.* Оно до­стигается путем сопряженного, отраженного и самостоятельного произнесения автоматизированных речевых рядов порядкового счета, перечисления дней недели, месяцев по порядку, пения песен со словами, оканчивания пословиц и фраз с «жестким контекстом»; моделирования ситуаций, стимулирующих продуцирование непроизвольных возгласов: *«Ой! Ох! Ах! Боже мой!* и пр. » Стимулируются также простые коммуникативные виды речи, например, ответы на вопросы одним-двумя словами в простом ситуативном диалоге. Для этого моделируются ситу­ации, способствующие вызову коммуникативно значимых слов *«да», «нет», «хочу», «буду» и т.д.*

*2. Стимулирование глобального чтения и письма.* Данный вид работы тоже относится к числу прямых методов обучения. Он состоит из таких заданий, как: раскладывание подписей под картинками (предметными и простыми сюжетными); письмо наиболее привычных слов — идеограмм («Россия», «мама» и пр.); списывание простых слов и фраз; сопряженное чтение
простых диалогов.

На последующих этапах восстановления методы обучения рассчитаны на *произвольную* деятельность. Онатребует подклю дония максимального объема межанализаторных резервов компенсации (запасных афферентаций).

При *афферентной* моторной афазии *в рамках устной речи* основным специфическим приемом работы является *реконструкция обобщенной артикуляционной схемы* звуков речи — артикулем т.е. оптико-тактильный метод, широко известный как постановка звуков. Важный раздел составляет здесь и работа по автомати­зации артикулем в словах, где они занимают различные позиции и разных по слогоритмической структуре. Это необходимо для преодоления литеральных парафазии. *В рамках письменной речи* преследуется цель восстановления ассоциативной связи «артикулема-фонема-графема». Это достигается путем списывания и письма букв, соответствующих произнесенным звукам речи прочтение этих букв непосредственно после написания.

При *эфферентной* моторной афазии специфической является работа, направленная на выработку *артикуляционных переключе­ний.* Помимо известных приемов, используемых при коррекции звукопроизношения у детей, здесь полезна экстериоризация звуко-ритмической стороны речи: деление слов на слоги с отстуки­ванием, отхлопыванием каждого слога, выделение голосом ударного слога, воспроизведение голосом абриса слова, подбор слов с идентичной звуко-ритимической структурой, ритмизиро­ванное произнесение слов во фразе с привлечением внешних опор — отстукивание, охлопывание и т.д., улавливание и восп­роизведение различных созвучий, в том числе и подбор рифмирующихся слов.

Остальные виды работы не являются специфичными, они ис­пользуются при обеих формах афазии при условии, что речевой дефект перестал быть грубо выраженным.

*Фразовая речь, семантика слова, чтение и письмо* при мотор­ных афазиях страдают вторично, структура их дефекта носит стандартный характер. В связи с этим для преодоления этих расстройств пригодны универсальные методы, используемые в практике преодоления нарушений речи у детей, а также в препо­давании иностранных языков. Специальную задачу составляет, однако, подбор лексико-фразеологического материала, отве­чающего возрастным параметрам больных, а также их индивиду­альному «языковому портрету».

*Психовосстановительное обучение* проводится со взрослыми боль­ными, имеющими нарушения ВПФ, и прежде всего речи, и яв­ляется важным разделом нейропсихологии и нейролингвистики. К настоящему времени определены методология, принципы восстановительного обучения, создано достаточно большой арсенал научно обоснованных методов работы. Основополагающий вклад в эти разработки внес А.Р Лурия, заложивший фундамент новой науки в виде теории высших психических функций, их мозговой организации, описания этиологии, клиники, патоге­неза и диагностики нарушений ВПФ. На этой базе осуществ­лены многочисленные исследования, обобщающие научно-ис­следовательский и практический опыт работы с больными (В.М. Коган, В.В. Оппель, Э С Бейн, Л С. Цветкова, М.К. Бурлакова, В М Шкловский, Т.Г. Визель и др.).

**Упражнения № 3. *Восстановление речи при динамической афазии***

При обоих вариантах динамической афазии, различающихся характером экспрессивного аграмматизма, имеется общая симп­томатика, проявляющаяся в изменениях нейродинамики — Речевой аспонтанности, инактивности, персевераторности, инертсти и вязкости речевых следов. Они создают крайне неблагоп-пиятный фон для восстановительного обучения. В связи с этим, независимо от конкретного варианта динамической афазии, на начальном этапе работы центральное место занимают методы преодоления расстройств нейродинамики:

1.*Повышение активности больного, организация произвольного внимания.*

Для достижения этой задачи используются такие виды рабо­ты, как:

- целенаправленное выполнение различных видов нерече­вой деятельности (рисование, лепка и т.д.);

- оценка специально искаженных изображений, слов, фраз и т.д.;

- ситуативный, эмоционально значимый для больного ди­алог;

- прослушивание сюжетных текстов и ответы на вопросы по ним в форме утвердительно-отрицательных жестов или словами *«да», «нет»;*

- тренинг нейромоторных переключений («борьба с персеве­рациями») в различных видах невербальной деятельности: гра­фическом, кинетическом праксисе, предметно-практической
деятельности и прочее.

1. *Стимулирование простых видов коммуникативной речи.* Вызов и автоматизацию коммуникативно значимых слов: «дa», *«нет», «могу», «хочу», «буду», «надо»* и т.д. позволяют осуществить прямые методы. Они оживляют в памяти отдельные штампы коммуникативной, побудительной и вопросительной речи: *«дай», «иди сюда», «кто там?», «тише!»* и т.д.

3.*Восстановление фразовой речи.* Методы, используемые в рамках этого вида работы, *специ­фичны* в зависимости от варианта динамической афазии. При той из них, когда имеются нарушения операций глубинного синтаксирования, восстановление фразовой речи проводится за счет составления «ядерных» фраз, имеющих синтаксическую модель типа субъект + предикат или субъект + предикат + объект. Такие фразы строятся по простым сюжетным картинкам с привлечени­ем внешних опор — фишек (Л.С. Цветкова). Предикат как по­рождающий центр фразы маркируется особенно ярко. Затем, с помощью вопросов, стрелок или других способов маркировки, проводится экстериоризация его грамматико-смысловых связей. Постепенно число фишек должно сворачиваться, а способ порождения глубинной синтаксической структуры фразы перехо­дить в умозрительный план.

При том варианте динамической афазии, когда глубинна структура фразы остается сохранной, а экспрессивный аграмматизм проявляется в неспособности совершать поверхностны грамматические трансформации, используются такие методы восстановительного обучения, как:

-улавливание грамматических искажений — флективных предложных и т.п. в специально деформированных текстах (с целью оживления чувства языка);

-выполнение простых грамматических трансформаций по изменению слов, составляющих фразу, но предъявляемых в но­минативных формах;

-дифференциация значений единственного и множествен­ного числа, родовых значений, значений настоящего, прошед­шего и будущего времени глагола;

-восполнение в словах пропущенных грамматических эле­ментов;

-составление фраз по сюжетным картинкам, ответы на воп­росы простой фразой, оформленной грамматически;

-пересказ простого текста;

-стимулирование к использованию побудительных и вопро­сительных предложений, различных предложных конструкций;

-стимулирование ответов на вопросы с постепенным умень­шением в ответе числа слов, заимствованных из вопроса;

-раскладывание серии последовательных картинок, соот­ветственно заключенному в них сюжету.

4.*Восстановление коммуникативной фразовой речи.* Наиболее адекватной формой проведения занятий в рам­ках данного раздела восстановительного обучения являются групповые занятия, причем с «клубной» окраской, позволяющей создавать ситуации непосредственного и, что особенно важно, эмоционально окрашенного общения.

5.*Стимулирование письменной речи.* Используются универсальные для психолого-педагогическй практики методы.

**Упражнения № 4. *Восстановление речи при сенсорной афазии***

Исходя из того, что первичным речевым дефектом при сен­сорной афазии является нарушение понимания речи, основной задачей восстановительного обучения является *восстановление представлений о смысловой роли звуков речи (фонем).* Учитывая так­же, что в зрелой речевой функции обиходные слова и выражения понимаются не на основе фонематического знания, а как слухо-речевые штампы, на начальном этапе работы ставится Задача № оживления в памяти слов как вербально-невербальных единств.

Это предполагает преодоление одного из самых тяжелых рас­стройств импрессивной речи при сенсорной афазии — отчужде­ния смысла слова. В рамках этого вида работы используются следующие направления, рассчитанные на *прямые* методы обучения:

1.*Стимуляция понимания обиходного пассивного словаря.* Для того чтобы оживить в памяти больного предметную отне­сенность звуковых комплексов, представленных теми или ины­ми словами, проводится показ реальных предметов и картинок с изображением предметов и действий по их названиям, функцио­нальным, классификационным и другим признакам, а также по­каз частей тела на картинке и на себе;

*2.Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи.*

*3.Подготовка к восстановлению письменной речи.*

Основными из используемых здесь методов являются:

-раскладывание подписей к предметным и простым сюжет­ным картинкам;

-оживление единства «фонема-графема» путем выбора из предъявленного ряда заданной буквы или слога по их названию;

-письмо букв и слогов под диктовку.

На последующих этапах доминирующая роль переходит к ме­тодам обучения, рассчитанным на произвольную деятельность. Среди них наиболее важными являются следующие:

*4.Восстановление фонематического слуха* (по стандартным методикам).

*5.Восстановление понимания значения слова.* В связи с тем, что при данной форме афазии конкретные зна­чения слов страдают больше, чем абстрактные, в первую очередь закрепляются слова, представляющие собой предметные номинации. Эта работа требует опоры на реальные предметы и кар­тинки. Выделяются дифференциальные признаки предметов, играющие существенную роль для соответствующего пред­метного образа. Затем уже проводятся: выработка обобщенных понятий путем классификации предметов по категориям; под­бор обобщающего слова к группам слов, относящихся к той или иной категории; заполнение пропусков во фразах; подбор сино­нимов в качестве однородных членов предложения и вне кон­текста; работа над омонимами, антонимами и фразеологизмами.

6.*Коррекция экспрессивной устной речи.* Основной задачей этого раздела работы является преодоле­ние характерной для больных с сенсорной афазией логореи и Уменьшение явления «словесного салата». Это достигается с помощью «наложения рамок», ограничивающих объем высказыва­ния, путем составления предложений из заданного количества слов. Важной задачей является и уточнение лексически о и фонетического состава фразы с помощью анализа и исправления вербальных и литеральных парафазии, допущенных больным а также устранение элементов аграмматизма с использованием уп­ражнений по «оживлению» чувства языка, а также анализа и исп­равления допущенных грамматических искажений.

7. *Восстановление письменной речи.* При сенсорной афазии причиной нарушения ассоциативной связи «фонема-графема» является неполноценность самой фонемы. В этом случае графема, как правило, служит опорой для стабилизации фонемы. В связи с этим проводится выработка ассоциативной связи «фонема-графема» с опорой на их смысло­вую роль (Э.С. Бейн).

8. *Выработка навыка самоконтроля за собственной речью.*

Как известно, звуковая лабильность, неконстантность пред­ставлений о звуковом составе слова, «погоня за ускользающим звучанием» (Э.С. Бейн) требуют выработки у больного способ­ности к самоконтролю за собственной речью. С этой целью це­лесообразно:

предъявление больному деформированных предложений, в том числе сложносочиненных и сложноподчиненных, для улав­ливания имеющихся в них искажений;

ответы на вопросы в развернутом диалоге и оценка их пра­вильности. Для этого внимание больного фиксируется на допу­щенных им ошибках, предъявляемых графически и в магнитофонной записи.

**Упражнения № 5. *Восстановление речи*** ***при акустико-мнестической афазии***

Главной задачей восстановительного обучения у больных с данной формой афазии является укрепление слухо-речевой па­мяти, что включает *расширение рамок слухового восприятия.*

Это достигается благодаря таким методам работы, как:

-показ предметов (реальных и на картинках) по названиям, предъявляемым парами, тройками и т.д.;

-показ частей тела по тому же принципу;

-выполнение 2—3-х звеньевых устных инструкций;

-ответы на развернутые вопросы, постепенно усложняемые по синтаксической структуре;

-прослушивание текстов, состоящих из нескольких предло­жений, и ответы на вопросы по содержанию текстов;

-письмо под диктовку постепенно наращиваемых фраз;

-чтение постепенно наращиваемых фраз с последующим воспроизведением больным (по памяти) каждого из предложе­ний и всего набора в целом.

*Повышение стойкости слухо-речевых следов* проводится с ис­пользованием таких видов тренинга, как:

-повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз с постепенным увеличением промежутка времени между прочте­нием и воспроизведением, а также с заполнением паузы ка­ким-либо другим видом деятельности;

-заучивание наизусть коротких стихотворений и прозаических текстов;

- повторный показ предметов и картинных изображений че­рез 5—10 с, а затем и через 1 минуту после первого предъявления;

- чтение текстов с «отставленным» по времени пересказом (через 10 мин, 30 мин, и т.д.);

-устное составление предложений по опорным словам, воспринимаемым зрительно;

-перечисление по буквам слов с постепенно усложняющей­ся звуковой структурой и постепенный уход от письменного образца этих слов.

Помимо этих специфических для акустико-мнестической афазии задач ставятся и другие, такие, как *преодоление труднос­тей называния.* Для этого проводятся:

-анализ зрительных изображений и самостоятельное рисо­вание предметов, обозначаемых словами-названиями;

-смысловое обыгрывание в контекстах различного типа слов, обозначающих предметы, действия и разнообразные при­знаки предметов;

-классификация слов с самостоятельным подбором обоб­щающего слова;

-упражнения по объяснению слов с конкретным, абстракт­ным и переносным значением.

К числу системно обусловленных патологических симптомов у больных с данной формы афазии относятся и трудности орга­низации развернутого высказывания. В связи с этим необходима работа по их устранению.

*Отдельную задачу составляет организация развернутого вы­сказывания.* Для ее решения применяются:

-составление рассказа по серии сюжетных картинок;

-пересказ текстов: вначале по подробному плану, затем — посвернутому, далее — без плана;

- развернутые диалоги на внеситуативные темы (профессио­нальные, общественные и т.д.);

-отработка образцов коммуникативной и повествователь­ной письменной речи (поздравительные открытки, письма, из­ложения, сочинения на заданную тему и т.п.).

**Упражнения № 6. *Восстановление речи при семантической афазии***

При семантической афазии первичным дефектом является нарушение симультанного оптико-пространственного гнозиса и праксиса. В связи с этим первостепенной задачей восстанови­тельного обучения является *преодоление пространственной апрактоагнозии.*

Этот раздел восстановительного обучения включает:

- схематическое изображение пространственных взаимоот­ношений предметов;

- изображение плана пути, комнаты и т.д.;

- конструирование по образцу, по словесному заданию;

- работа с географической картой, часами;

- восстановление способности понимания слов с простран­ственным значением (предлогов, наречий, глаголов с приставка­ми «движения» и т.д.);

- наглядное изображение простых пространственных си­туаций, обозначаемых предлогами и другими частями речи.

На основе полученных в этом плане навыков проводится вос­становление способности употреблять слова и фразы, отражаю­щие количественно-оптико-пространственные взаимоотношения объектов:

- заполнение пропущенных «пространственных» элементов в слове и фразе;

- составление фраз со словами, имеющими пространствен­ное значение (*«дальше, ближе, вчера, завтра, давно, скоро»* и пр.), а также содержащими соответствующие морфемы (приставки,
предлоги, суффиксы). Такие морфемы предъявляются с опорой на картинку или реальную ситуацию типа *«подойти, отойти; объехать, отъехать, кулак, кулачище...».*

- конструирование сложноподчиненных предложений.

При условии, что элементарные пространственные, количе­ственные и временные категории вербального уровня больному доступны, переходят к восстановлению способности понима­ния логико-грамматических конструкций. Для этого использу­ются:

- картинное изображение сюжета конструкции;

- введение дополнительных слов, обеспечивающих смысло­вую избыточность *(«отец моего брата», «письмо от любимой по­други»* и т.д.);

- введение логико-грамматических конструкций в разверну­тый смысловой контекст;

- предъявление конструкций письменно, а затем устно.

**Упражнения № 7. *Восстановление семантических функций***

Работа по восстановлению нарушенных семантических функций требует соблюдения общих принципов восстановительного обу­чения — поэтапности, системности, дифференцированности, опоры на сохранные анализаторы, следовательно, на непостра­давшие звенья деятельности с целью осуществления семантических функции на новых компенсаторных началах.

В соответствии с широко известными представлениями отече­ственной и зарубежной нейропсихологии, в частности, с теорети­ческими концепциями А.Р. Лурии, А.Н.Леонтьева, Е.П. Кок, В.М. Шкловского, Т.Г. Визель, Ф. Сильвермана (F. Silverman) и других эти виды обучения учитывают тесную связь вербально-невербальных взаимоотношений в структуре высшей психической деятельности человека, а также демонстрируют стимулирующее влияние невербальной деятельности на речевую функ­цию.

Основным методическим принципом восстановления семантических функций является опора на речь. Для этого используются различные сюжетные обыгрывания невербальных ситуаций, которые сопровождаются вербальными пояснениями той или иной степени сложности. Затем опора на сюжет постепенно «сворачивается», и ставится Задача № оперирования невербальны­ми понятиями на абстрактном уровне (идея [смысловое значение] формы, цвета, раз­мера и т.д.).

**Упражнения № *8. Психокоррекция нарушений неспецифических*** ***компонентов нейропсихологического синдрома***

Основные приемы работы по устранению этих расстройств направлены на аспонтанность, инертность и инактивность. Это достигается с помощью упражнений по концентрации внима­ния, общей активизации личности, выработке навыков само­контроля и контроля способности к целенаправленной смысловой деятель­ности, по улучшению памяти и прочее. Для этой цели рекомен­дуется проводить работу на эмоционально значимом речевом материале, который предъявляется в форме свободной беседы, в виде рассказа о каком-либо событии, в форме сказки, художест­венного рассказа, фельетона, газетной заметки, журнальной статьи и т.д. Полезно обсуждение прослушанного текста, ответы на вопросы, пересказ и прочее. Может быть использован прием самостоятельного «сочинения» рассказа на заданную тему, окан­чивание начатого текста и прочее, нахождение различного рода искажений — смысловых, грамматических, фонетических.

Для концентрации внимания используется такой речевой ма­териал, как:

- Речевые конструкции, искаженные по смыслу, например, *«уголь белый, а снег черный», «днем всегда темно, а ночью светло».*

- Различные каламбуры по типу «чепухи», например, *«шел высокий гражданин низенького роста, весь кудрявый без волос, ху­денький, как бочка»* и т.д.

- Конструкции, искаженные грамматически, например, *«кошка сидит на стула», «я хочет пить», «хорошая мальчик», «две мужчины идут по улице», «мы завтра ели суп», «двор, который въе­хал на машину, находится рядом»* и т.д.

- Фонетические искажения, например, *«стош»* (стол), *«руда»* (рука), *«чошка»* (чашка); искаженные слова сопровождаются со­ответствующей картинкой.

- Целесообразны упражнения по подбору слов на заданную букву, по заданному признаку (например, назвать только острые предметы, например, предметы, которые бывают только белыми, только черными и пр.); подобрать слова-антонимы, слова-сино­нимы и т.д.

- Конкретным материалом для этих упражнений служат сбор­ники игр для детей, содержащихся в различных детских журналах, книгах, а также в выпусках для взрослых типа «В часы досу-га», «5 минут на размышление» и т.п., содержащие кроссворды, ребусы, шарады и другой занимательный материал.

**Упражнения № 9*. Психокоррекция нарушений гнозиса и праксиса***

Основной задачей этого раздела обучения является восста­новление обобщенного образа предмета. Для этой цели проводятся следующие виды работы:

*1-й вид упражнений.*

Анализ зрительного образа (реальных предметов и их рисо­ванных изображений). Это требует выделения существенных признаков предмета, обусловливающих его категориальную принадлежность и функциональное назначение. Анализируя зрительный образ, например, такого предмета как стул, необхо­димо выделение следующих деталей: четыре ножки, спинка, го­ризонтальная поверхность для сидения. Отсутствие какой-либо из этих существенных деталей служит признаком того, что изо­бражение дефектно. Так, отсутствие у стула спинки позволяет принять решение, что изображен не стул, а табуретка, тогда как отсутствие одной из ножек свидетельствует о ненормативности изображения. Отработка функционального признака предмета проводится параллельно. Основной прием — сравнение сходных по зрительному образу предметов, один из которых обладает от­рабатываемым признаком, а другой нет. Например, больному предъявляются изображения стола и стула и задается вопрос. «Покажите, на чем сидят». На основании проведенного анализа делается вывод о категориальной отнесенности данного предме­та к классу однородных предметов, в частности, мебели, а также о его функциональном назначении.

Необходимо соблюдение принципа постепенного усложне­ния предъявляемых изображений с точки зрения степени упроченности воспринимаемого предмета в зависимости от способа его изображения (от знакомого, часто употребляемого, к менее знакомому, от сугубо реалистического изображения — к стили­зованному).

*2-й вид упражнений.*

Сравнительный анализ зрительных образов предметов одно­го класса с выделением дифференциальных признаков, напри­мер, изображений чашки и стакана, куста и дерева, собаки и кошки и т.д.

*3-й вид упражнений.*

Идентификация зрительных изображений, разностильных п способу изображения. Например, дается задание выбрать из на бора картинок изображения кошек, домов, людей и т.д. Этот прием работы также основан на выделении существенных дета­лей предмета, уточнении функциональной роли предмета и его деталей, подробном анализе формы предмета и деталей, места их расположения и т.д. Например, больному предъявляются два различных по способу изображения рисунка чайника и предла­гается решить, один и тот же нарисован предмет или разные. В том случае, когда идентифицикация предъявленных изображе­ний не вызывает затруднений, дается задание указать идентичные детали обоих изображений (носик, крышку, ручку), описать сло­вами, для чего каждая из них предназначена. Затем производится разбор классификационных ошибок. Фиксируется внимание на форме той или иной детали, на расположении снизу, сверху, сбо­ку и т.д.

*4-й вид упражнений.*

Срисовывание предметных изображений, а также рисование их по памяти, с предварительным анализом характерных при­знаков. Этот вид работы направлен на закрепление образа пред­мета.

*5-й вид упражнений.*

Автоматизация слов — названий предмета путем их «смысло­вого обыгрывания» в разных контекстах.

*6-й вид упражнений.*

Конструирование заданных предметов со сходными и диск­ретными признаками из отдельных деталей. Предъявляются де­тали различных предметов и предлагается самостоятельно вы­брать «комплект» деталей, необходимый для конструирования того или иного предмета. Задание может быть дано в двух вари­антах: 1) конструирование по образцу: 2) конструирование по названию. Вначале используются дискретные изображения — например, детали фигуры человека или животного и детали транспорта, затем вводятся более близкие изображения, напри­мер, стол и стул. Для этого даются изолированные изображения. 4 больших ножки, 4 ножки меньшего размера, большая квадрат­ная пластинка, такая же пластинка меньшего размера, одна спинка. Нужно определить, к какому предмету относится та или иная деталь. С течением времени задания усложняются. На поздних этапах восстановительная работа может вестись на таких трудно дифференцируемых предметах, как троллейбус и трамвай, ножницы и плоскогубцы, мышь и белка, береза и дуб и т.д.

Выделение дифференцируемых признаков этих предметов требует достаточно тонкого анализа, способствующего выработ­ке сложного обобщенного образа предмета.

*7-й вид упражнений.*

Выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на яруга предметов. Этот вид работы проводится на конечных стади­ях восстановительного обучения, когда у больных уже сформиро­ваны обобщенные образы тех предметов, которые используются в фигурах Поппельрейтера. В случаях неудачных попыток выпол­нить задание предъявляется каждый из наложенных и перечерк­нутых предметов, изображенных раздельно, без «помех». Прово­дится анализ их дифференциальных признаков, а затем они снова демонстрируются в сенсибилизированном виде (наложенными друг на друга). Соблюдается принцип постепенного усложнения задания: от простого способа зашумления — к сложному, от мень­шего количества наложенных друг на друга изображений — к большему.

*8-й вид упражнений.*

Узнавание предмета по его словесному описанию (без предъ­явления изображения) — прием «загадки». Дается задание опоз­нать предмет в начале по его функциональному признаку (для чего спрашивается, например *«Какой предмет нужен, чтобы уз­нать время?»),* а затем — по признакам конфигурации (напри­мер, *«Какой предмет имеет циферблат, стрелки?»* и т.д.), а затем уже по категориальным признакам в сочетании с функциональ­ными. Так, предъявляется серия изображений и задается вопрос: *«Какой из этих предметов неодушевленный?»* Примерный ответ: «Вещь, изготовлена людьми, обычно небольшого размера, тика­ет» и т.п.

Для преодоления предметной агнозии по субдоминантному типу используются те же упражнения, однако акцент делается на восстановление способности к симультанному схватыванию зрительного образа. Для решения этой задачи вводится симуль­танное опознание больным предметных изображений. Время экспозиции изображения в таких заданиях должно быть корот­ким, чтобы возникла необходимость одномоментного его охва­та. В начале курса занятий предъявляются простые обиходные предметы, сугубо реалистические по способу изображения. Каждое последующее изображение должно быть дискретно по отношению к предъявленному до него (например: собака, стул, яблоко).

На последующих этапах обучения предъявляются менее Дискретные изображения, а время экспозиции — все более укорачивается. Кроме того, рекомендуется постепенный переход от меньших размеров изображения к большим, т.к. более мелкий рисунок доступнее симультанному охвату взором.

*Преодоление нарушения буквенного гнозиса* является, по существу, главным видом работы по восстановлению чтения при пер­вичной оптической дислексии

**Упражнения № 10. *Психокоррекция нарушений лицевого гнозиса***

Этот вид работы требует специальной работы, которая начи­нается с выяснения степени знакомости лиц близких или извест­ных людей, изображенных на портретах. Затем, привлекая наиболее знакомые портреты, проводится «оживление» зрительного образа того или иного лица на основе связанных с ним вербаль­ных, культурных, научных и других ассоциаций (прослушивание стихов, обсуждение содержания произведений известных поэтов или писателей, изображенных на предъявляемых больному портретах, прослушивание песен, отрывков из музыкальных произведений, пьес, рассматривание картин и т.д.).

В качестве приема, стимулирующего оживление лиц хорошо знакомых людей, рекомендуется рассматривание семейного аль­бома фотографий в присутствии на занятии кого-либо из членов семьи больного или его близких друзей.

Наконец, полезна работа по психологическому анализу портретов (обсуждение лиц с привлечением понятий, «молодой, старый, добрый, злой, открытый, угрюмый, веселый» итд, сравнение лиц различных людей, выявление схожести и несхо­жести лиц, с анализом причин констатируемого сходства или несходства).

**Упражнения № 11*. Психокоррекция нарушений цветового гнозиса***

Для этого используются упражнения, направленные на выра­ботку обобщенного категориального отношения к цвету

*1-й вид упражнений*

«Смысловое обыгрывание» понятия того или иного цвета на основе оживления наиболее стереотипных образов, связанных с ним. Например, обыгрывая красный цвет, больному предъявля­ются картинки с изображением красного знамени, пионерского галстука, красного помидора, красной рябины и т.д Каждая кар­тинка имеет подпись, на которой слово «красный» выделено крупным шрифтом Внимание обращается на то, что все эти предметы одного и того же цвета. Таким же образом проводится «обыгрывание» других цветов, а также их оттенков. Голубой от­тенок, например, ассоциативно связывается с ясным небом, ко­локольчиками, голубыми глазами и т.д.

*2-й вид упражнений.*

Раскраска контурных изображений тех же предметов по соот­ветствующим образцам, т.е переведение цвета с одного рисунка на другой. Затем дается задание раскрасить контурные изображения тех же предметов самостоятельно, а не по образцу.

*3-й вид упражнений*

«Выстраивание» цветовой гаммы проводится с опорой на на­глядно-вербальные ассоциации. Так, больному демонстрируется какой-нибудь плод, например, помидор, в разных стадиях созре­вания от бледно-розового до ярко-красного. В названиях цветов подчеркиваются слова, «светлый, светлее, бледный, темный, темнее, жидкий, густой, сочный и т.д.».

*4-й вид упражнений*

Нахождение больным заданного цвета в серии разноцветных предметных изображений и абстрактных, например, геометри­ческих фигур.

*5-й вид упражнений.*

Классификация цветов и их оттенков:

- самостоятельный подбор больным цветовой гаммы, впле­тенной в определенный сюжет, например, предъявляется версия рисунков с изображением какого-либо пейзажа и предлагается
разложить их в порядке, демонстрирующем стадии постепенно­го потемнения неба,

- выстраивание абстрактной цветовой гаммы из предъявлен­ных ему оттенков одного и того же цвета;

- выстраивание нескольких цветовых гамм из оттенков раз­личных цветов.

**Упражнения № 12*. Психокоррекция расстройств оптико-пространственной апрактоагнозии по доминантному типу***

Этот вид работы подчинен главной задаче восстановления высших обобщенных уровней пространственно-ориентировоч­ной деятельности. Он включает восстановление схематических представлении о пространственном соотношении объектов дей­ствительности. С этой целью используются следующие упраж­нения

*1-й вид упражнений*

Поворот фигуры в пространстве.

Вначале эта работа прово­дится на материале, оформленном ситуативно, «сюжетно»: например, предъявляется макет комнаты с фигуркой стоящего посередине человека и дается задание повернуть ее лицом к две­ри. Затем дается инструкция повернуть фигуру к себе и от себя.

С течением времени опора на ситуацию устраняется и ocуществляется переход к оперированию геометрическими фигурами — реальными, затем — нарисованными.

*2-й вид упражнений.*

Работа с географической картой, которая включает:

- нахождение сторон и частей света;

- нахождение тех или иных объектов — стран, городов, рек и т.д.;

- перенос географических объектов с обычной карты на немую;

- самостоятельное заполнение немой карты с предваритель­ным ознакомлением с данной местностью по обычной карте.

*3-й вид упражнений.*

Работа с часами:

- «оживление» роли цифр, стрелок, делений на минуты и т.д. Оно может проводиться с помощью обыгрывания наиболее сте­реотипных значений понятия времени и его компонентов. Так, обсуждаются понятия «полночь», «полдень», «5 минут», «мину­та», «час» и прочее — в прямом и переносном смысле. Приводят­ся примеры из хорошо знакомых больному произведений художественной литературы, текстов песен, сказок, кинофильмов и т.д.;

- расстановка стрелок на часах соответственно заданномувремени;

- анализ различий при симметричном расположении стре­лок в правой и левой части циферблата;

- списывание с циферблата цифр по расставленным стрел­кам;

- самостоятельное обозначение заданного времени на немыхчасах и т.д.

*4-й вид упражнений.*

Схематичное изображение пространственных ситуаций на чертеже — плане комнаты, пути и т.д.

В дальнейшем пространственные ситуации предъявляются вне вербального контекста.

*5-й вид упражнений.*

Идентификация аналогичных пространственных ситуаций, в которых участвуют различные объекты. Например, больному предъявляется ряд рисунков: кошка на стуле, книга на столе, книга в ящике, собака под кроватью, птица над домом, книги в портфеле, ваза на шкафу и т.д. Больной должен показать те рисунки, на которых изображены аналогичные пространственные ситуации.

Соотнесение реальных пространственных ситуаций с их схе­матическим изображением. Для облегчения решения этой зада­чи в начале обучения реальные рисунки и схемы сопровождают­ся подписями в виде предлогов. Затем эти подписи убираются, и возникает необходимость оперировать «голыми» рисунками и схемами.

*6-й вид упражнений.*

Уточнение значений слов с пространственным значением *(вверху, внизу, далеко, близко, сбоку, рядом, в отдалении, направо, налево* и т.д.), а также автоматизация этих слов в собственной речи больных.

**Упражнения № 13. *Психокоррекция расстройств конструктивной деятельности***

Эта работа начинается с «оживления» понятий формы и раз­мера.

*1-й вид упражнений.*

Выработка дифференцированного восприятия круглой и угольной формы, вначале на материале реальных предметов (мяч — телевизор, арбуз — книга и т.д.), а затем — на геометрических фигурах.

*2-й вид упражнений.*

Выработка дифференцированного восприятия размера, неза­висимо от формы (идентификация различных предметов и гео­метрических фигур, неодинаковых по размеру).

*3-й вид упражнений.*

Срисовывание предметов и геометрических фигур, дорисо­вывание предметов; рисование предметов и геометрических фи­гур по памяти, самостоятельное рисование заданных предметов и фигур; конструирование предметов и фигур из элементов («ку­бики Кооса» и т.п.); добавление различных деталей.

**Упражнения № 14. *Психокоррекция нарушений схемы тела***

В этом разделе обучения используются следующие виды уп­ражнений:

*1-й вид упражнений.*

«Смысловое обыгрывание» каждой из частей тела с одновре­менным иллюстративным подкреплением, например, «у женщи­ны болит голова», «мальчик поранил ногу», «мужчине на нос села муха», «женщина вдевает в уши серьги», «девочка моет руки» и т.д.

*2-й вид упражнений.*

Складывание фигуры человека и животных из ее частей, складывание лица человека из частей; показ частей тела на другом человеке, на рисунке, на себе; срисовывание и самостоя­тельное рисование людей и животных.

**Упражнения № 15. *Восстановление праксических и гностических функций нарушенных по субдоминантному типу***

Здесь используются такие упражнения, как.

*1-й вид упражнений.*

Выработка умения непосредственной ориентации в про­странстве.

В качестве главной компенсаторной опоры использу­ется речь. Предлагается запомнить путь из одного места в другое; оживляются в памяти известные приемы ориентации на мест­ности по солнцу, звездам, растительности и т.п.

*2-й вид упражнений.*

Восстановление способности к симультанному восприятию пространственной ситуации.

Так же, как и в предыдущем случае, в качестве компенсаторной опоры используется речь. Предъяв­ляется текст, содержащий определенную пространственную ситуацию, например: *«Мама с сыном пошли гулять. Мальчик убе­жал от мамы и спрятался за деревом. Мама ищет мальчика»* Соответствующая иллюстрация, подготовленная содержанием текста, воспринимается целиком. На последующих этапах рабо­ты фактор предварительной установки с помощью текста играет все меньшую роль. Предъявляется, например, тот же рисунок с лаконичной надписью *«спрятался»* или *«где шалун?»,* а затем — без всякой подписи. По мере восстановления способности к симультанному восприятию реальных пространственных си­туаций, следует перейти к абстрактным ситуациям (*«крест под кругом», «круг над квадратом», «круг между треугольником и квад­ратом»* и пр.).

*3-й вид упражнений.*

Восстановление способности к симультанному восприятию предмета:

- восприятие реальных предметов с привлечением различ­ных компенсаторных опор, например, ощупывания;

- восприятие рисованных изображений предметов, на кото­рых специально выделены их дифференциальные признаки, например, *«у кружки ручка»* (в отличие от изображенного рядом
стакана без ручки);

- преодоление игнорирования правой стороны зрительных образов;

- работа на листах, специально разделенных пополам жирной чертой или с половинами разных цветов (левая — окрашенная, правая — белая);

- рисование или письмо с правой стороны листа с предвари­тельной установкой на это;

- анализ изображений предметов, имеющих симметричный правую и левую стороны, например, человека, циферблата часов, кастрюли и т.д.;

- фиксация внимания больного на том, что обе стороны изо­бражения идентичны;

- верификация специально искаженных изображений, уст­ранение обнаруженных искажений;

 - преодоление апраксии одевания: выполнение больным различных операций одевания с предварительным анализом действия, их вербализацией, рассматриванием соответствующих
схем (сами операции одевания предъявляются по принципу «от высокоавтоматизированных, до выполняемых редко, мало при­вычных).

**Упражнения № 16*. Восстановительное обучение с использованием средств невербальной коммуникации***

Этот раздел обучения включает следующие направления за­нятия с использованием предметно-практической деятельности с применением средств невербальной коммуникации. Каждый из видов работы может быть направлен одновременно на реше­ние нескольких восстановительных задач:

1.Преодоление расстройств кистевого, пальцевого и конст­руктивного праксиса, как на конкретном, предметном уровне (предметно-практическая деятельность), так и на символическом, знаковом (исполнение жестов, рисование пиктограмм).

2.Овладение рядом бытовых и трудовых навыков, что воз­можно лишь при определенной степени восстановления «нере­чевых» функций разных модальностей.

3.Расширение рамок коммуникации с окружающими.

Занятия с применением предметно-практической деятель­ности особенно эффективны в работе с больными с афазией, у которых речевой дефект выражен грубо, вплоть до полного отсутствия собственной речи. В этих случаях на передний план выступают задачи восстановления речевой функции, и предмет­но-практические операции служат в основном средством для стимуляции речи.

Работа по устранению нарушений неречевых функций протекает в тесной связи с работой по восстановлению речевой функции больного. В разных формах работы вербально-невербальные взаимодействия складываются по-разному. Так, обуче­ние предметно-практическим или иным (бытовым и трудовым) операциям строится не только на показе конкретных действий составляющих данный вид деятельности, но и на вербальных инструкциях и описаниях Использование паралингвистических средств (жест, мимика, пиктограмма) способствует стимуляции и растормаживанию экспрессивной речи

Основной формой занятий с использованием предметно-практической деятельности являются *групповые занятия.* Последние не заменяют индивидуальной работы с больным, но являются чрезвычайно важной частью восстановительного обу­чения, имеющего свои несомненные преимущества. Коллек­тивная форма занятий обеспечивает социальную среду, которая способствует активизации личности в целом, расширяет рамки коммуникативных возможностей Групповые занятия позволя­ют в наиболее благоприятных условиях общения применить те навыки, которые он получил на индивидуальных занятиях, это облегчает впоследствии решение более широких задач речевой коммуникации

Используются следующие виды деятельности лепка из плас­тилина и глины, рисование, выжигание по дереву, конструиро­вание, различные виды рукоделия, изготовление изделий из природного материала, бытовые действия и т.д. Выбор видов деятельности обусловлен

художественно-эстетической направленностью, обеспечи­вающей благоприятный фон занятий, широкими возможностями растормаживания и стиму­лирования бытовой лексики, связанной с содержанием того или иного вида деятельности, поскольку у людей с окончательно сформированной речью упрочена связь «предмет — слово», доступностью этих работ для каждого из больных,

возможностью использования максимального числа путей компенсации нарушенных функций за счет включения запасных афферентаций (зрительной, слуховой, тактильной и др.)

Методически обучение строится по принципу постепенного овладения технологией того или иного вида деятельности и па­раллельного стимулирования речи в импрессивном и экспрессивном вариантах в соответствии с заранее подобранным к каж­дому занятию лексико-фразеологическим материалом

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Из всех типов наиболее совершенный (И.П.Павлов, 1935) |
| А | сильный уравновешенный тип |
| Б | сильный неуравновешенный тип |
| В | слабый неуравновешенный тип |
| Г | слабый уравновешенный тип |
|  |  |
| 2 | К основным свойствам нервной системы относятся все перечисленные, кроме (И.П.Павлов, 1935) |
| А | инертности основных видов психической деятельности и устойчивости основных нервных процессов |
| Б | силы основных нервных процессов - раздражительного и тормозного, постоянно составляющих целостную нервную деятельность |
| В | подвижности основных нервных процессов |
| Г | равновесия основных нервных процессов |
|  |  |
| 3 | Условный рефлекс - это (И.П.Павлов, 1932) |
| А | рефлекс, основным условием образования которого есть совпадение во времени один или несколько раз индифферентного раздражителя с безусловным; то, что мы называем ассоциацией (рефлексом) по одновременности |
| Б | постоянная связь внешнего агента с ответной на него деятельностью организма |
| В | рефлекс, возбуждающийся внешними агентами, что и обусловливает совершенство уравновешивания |
| Г | то же самое, что "угасательное напряжение" |
|  |  |
| 4 | Иррадиация тормозного процесса при слабом его напряжении называется (И.П.Павлов, 1932) |
| А | гипнозом |
| Б | пассивной индукцией |
| В | парадоксальной фазой |
| Г | "инвалидной концентрацией" |
|  |  |
| 5 | Неврастения - это (И.П.Павлов, 1935) |
| А | болезненная форма слабого-общего и среднего человеческого типа |
| Б | продукт слабого-общего типа в соединении с художественным |
| В | продукт слабого-общего типа в соединении с мыслительным |
| Г | переживание отсутствия чувства реального, ощущение неполности жизни |
|  |  |
| 6 | Патологическая инертность может вызываться (И.П.Павлов, 1935) |
| А | умеренным, но постоянно нарастающим напряжением раздражительного процесса; ошибками раздражительного процесса с тормозным |
| Б | явлениями стереотипий |
| В | паранояльными переживаниями |
| Г | навязчивостями |
|  |  |
| 7 | Под доминантой (состоянием доминанты) по А.А.Ухтомскому (1927) понимают все перечисленное, кроме |
| А | "оттока" возбуждений, как некоей энергии, от центров, впадающих в торможение, к центрам, наиболее возбуждающимся; заключается в том, что чрезвычайный "заряд" возбуждения в центрах разрешается от малейшего добавочного стимула |
| Б | растревоженного, разрыхленного места нервной системы, своего рода "съемки", к которой пристает все нужное и ненужное, из чего потом делается подбор того, чем обогащается опыт |
| В | повсюду господствующего возбуждения посреди прочих, и повсюду она есть продукт суммирования возбуждений |
| Г | характеризуется тем, что самые различные по месту приложения раздражения вызывают в первую голову реакции в одном определенном направлении |
|  |  |
| 8 | Состояние возбуждения в доминанте характеризуется всеми следующими признаками, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| А | высокой силы возбуждения в доминантном центре |
| Б | стойкости возбуждения |
| В | повышенной возбудимости |
| Г | способности суммировать возбуждение |
|  |  |
| 9 | Доминанта (состояние доминанты) проявляется всем перечисленным, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| А | человек в бессоннице наполнен слабо бродящими, неопределенными впечатлениями (как в пушкинских "Стихах, сочиненных ночью во время бессонницы") |
| Б | ум, беременный идеей, вдруг находит механизм для ее разрешения посреди "не идущих к делу" впечатлений от восхождения на горы или от созерцания обезьян в зоологическом саду |
| В | ученый схоластического склада не может вырваться из круга однажды усвоенных теорий |
| Г | гебефреник повторяет все одни и те же бредовые заявления |
|  |  |
| 10 | По П.К.Анохину (1968), возможно выделить следующие формы афферентных воздействий, отправляясь не от качества воздействующей энергии, а от места и значения в формировании целостных поведенческих актов организма, кроме |
| А | дистантной и тактильной афферентации |
| Б | обратной афферентации |
| В | обстановочной афферентации |
| Г | пусковой афферентации |

**ВАРИАНТ № 2**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Адекватный условный рефлекс может иметь место только при определенном синтезе следующих двух афферентаций (П.К.Анохин, 1968) |
| А | обстановочной и пусковой |
| Б | контактной и пусковой |
| В | контактной и интероцептивной |
| Г | пусковой и экстероцептивной |
|  |  |
| 2 | Проприоцептивной афферентацией является афферентация (П.К.Анохин, 1968) |
| А | направляющая движение |
| Б | результативная |
| В | информирующая о результатах совершенного действия, дающая возможностьорганизму в целом оценить степень успеха выполняемого им действия |
| Г | дающая информацию о том, что результат действия соответствует исходному намерению |
|  |  |
| 3 | Афферентный синтез сказывается в том, что (П.К.Анохин, 1968) |
| А | возбуждения от условного стимула вступают во взаимодействие, единство с теми возбуждениями, которые были подготовлены совокупностью предшествующих раздражений, в виде системы предпусковых возбуждений. Экспериментальное животное, как и человек, строго координирует свои поведенческие возможности в соответствии с данной ситуацией |
| Б | поведенческий акт всегда удовлетворяет какую-то потребность организма, или нутритивную или идеальную |
| В | условный раздражитель представляет собой абсолютное и единственное в получении условной реакции |
| Г | внешний раздражитель, поступая в форме возбуждения в центральную нервную систему, линейно распространяется в ней в соответствии с классической рефлекторной теорией |
|  |  |
| 4 | К основным функциональным блокам (аппаратам) мозга, участие которых необходимо для осуществления любого вида психической деятельности, относятся (А.Р.Лурия, 1973) |
| А | блок, обеспечивающий витальные функции организма и блок интегрирования и абстрактного мышления |
| Б | блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования |
| В | блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешнего мира |
| Г | блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности |
|  |  |
| 5 | Лобные доли человека непосредственно не участвуют (А.Р.Лурия, 1973) |
| А | в приеме и хранении экстероцептивной информации |
| Б | в сложнейших формах программирования |
| В | в регуляции сознательной деятельности человека |
| Г | в экстренном повышении состояния активности, сопровождающем всякую сознательную деятельность |
|  |  |
| 6 | Стресс (по Г.Селье) - это |
| А | неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование; общий адаптационный синдром |
| Б | нервное вредоносное напряжение |
| В | вид дистресса |
| Г | защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором |
|  |  |
| 7 | Фазами общего адаптационного синдрома не являются (Г.Селье) |
| А | фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения |
| Б | реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией |
| В | фаза сопротивления без лишних волнений |
| Г | фаза истощения |
|  |  |
| 8 | Конечная цель жизни человека состоит в том, чтобы (Г.Селье) |
| А | раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою "искру божию" |
| Б | обрести власть, славу, безопасность |
| В | дарить радость в порядке бескорыстной филантропии |
| Г | получать радость, наслаждаться |
|  |  |
| 9 | Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г.Селье) |
| А | в минуты равнодушия |
| Б | в минуты тихого духовного просветления |
| В | во время творческого вдохновения |
| Г | когда человек мертв |
|  |  |
| 10 | Вероятностное прогнозирование (И.М.Фейгенберг, 1986) включает все перечисленное, кроме |
| А | абсолютно достоверного убеждения - ожидания наступления того или иного события |
| Б | моделирования вероятностно организованного мира живущим в этом мире существом |
| В | способности сопоставлять поступающую через анализаторы информацию о наличной ситуации с хранящейся в памяти информацией о соответствующем прошлом опыте и на основании этого сопоставления строить предположения о предстоящих событиях, приписывая каждому их этих предположений ту или иную степень достоверности |
| Г | способности, необходимой для хорошего осуществления ориентировочной реакции |

**ВАРИАНТ № 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Психофизиология - наука (Д.Хэссет, 1978) |
| А | изучающая физиологические процессы у человека при различных психологических состояниях |
| Б | близкая к психоанализу |
| В | рассматривающая человека как социальное существо |
| Г | изучающая прежде всего сложное поведение человека в экстремальных условиях |
|  |  |
| 2 | Функциями таламуса являются (Д.Хэссет, 1978) |
| А | сенсорные пункты переключения на пути к коре мозга |
| Б | регуляция висцеральных и соматических функций: температуры тела, обмена веществ, гормонального баланса и др. |
| В | мышечный тонус |
| Г | активация обширных областей коры |
|  |  |
| 3 | Симпатическая система в отличие от парасимпатической (Д.Хэссет, 1978) |
| А | осуществляет катаболизм |
| Б | своими симпатическими волокнами выходит из черепного и крестцового отделов спинного мозга |
| В | осуществляет анаболизм |
| Г | дает более кратковременную и более локальную активацию |
|  |  |
| 4 | Симпатическую систему называют также (Д.Хэссет, 1978) |
| А | тораколюмбальной и адренэргической |
| Б | краниосакральной |
| В | анаболической |
| Г | ацетилхолиновой |
|  |  |
| 5 | "Альфа-волны" (по Бергеру) - это |
| А | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| Б | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| В | волны, обнаруживающие дремоту (4-8 Гц) |
| Г | волны, обнаруживающие сон (менее 4 Гц) |
|  |  |
| 6 | Височная кора более связана (Д.Хэссет, 1978) |
| А | со слуховой системой |
| Б | с обонянием |
| В | с чувствительностью тела |
| Г | с движением тела |
|  |  |
| 7 | Обратная связь обнаруживает себя во всех перечисленных способах лечения, кроме |
| А | лечения болезненного переживания своей неполноценности по принципу "biofeedback" и интеграционного лечения неврастенической бессонницы |
| Б | эффекта "плацебо" |
| В | лечении эпилепсии с помощью обратной связи от ЭЭГ |
| Г | "тренировки по электромиограмме" |
|  |  |
| 8 | Основными разновидностями эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| А | психосоматических и эндогенно-процессуальных воздействий |
| Б | стрессогенных воздействий |
| В | психогенных воздействий |
| Г | тимогенных воздействий |
|  |  |
| 9 | К основным эмоционально-стрессовым относятся все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| А | одухотворенного возбуждения и воздействия элементами этики Спинозы |
| Б | сократического диалога |
| В | фанатизма цели |
| Г | стрессового гипноза |
| 10 | Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г.Селье) |
| А | в минуты равнодушия |
| Б | в минуты тихого духовного просветления |
| В | во время творческого вдохновения |
| Г | когда человек мертв |

**ФЕДАРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Направление подготовки специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина «Патология»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1 /**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1.Общие принципы регуляции живой системы.

2.Центральная нервная система, головной мозг и его строение.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Упражнения № 3. Восстановление речи при динамической афазии

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

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

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | **УК-1:** готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | **Знать**физиологические и биохимические основы высшей нервной деятельности и её патологии типологии темперамента и характера, эмоциональных реакций, стрессовых состояний, чувственно-образного познания, мышления, памяти и поведения. |  Тесты варианты №1-3Вопросы № 1-10 |
| **Уметь** охарактеризовать физиологические механизмы и проявления активности головного мозга в норме и патологии, современные способы регистрации физиологических процессов в мозге; описать закономерности физиологических переменных при определённых психических состояниях в норме и патологии. |  Практические задания Упражнения №1-16 |
| **Владеть** навыками клинического обоснования назначения нейрофизиологических методов исследования в норме и патологии: электроэнцефалографии, полисомнографии, магнитоэнцефалографии, реоэнцефалографии, эхоэнцефалографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии, реактивности вегетативной нервной системы, порога тактильной и болевой чувствительности. | Практические задания Упражнения №1-16 |
| 2 | **ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий ихвозникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | **Знать** строение нейрона, как структурно-функциональной единицы нервной системы в норме и патологии; функциональную морфологию нервной системы, строение и функции различных отделов и особенности их изменений под влиянием патогенных факторов; биохимические основы функционирования головного мозга в норме и патологии. |  Вопросы № 1-30Тесты варианты №1-3 |
| **Уметь** ориентироваться в норме и патологии в функционировании интегративных механизмов центральной нервной деятельности (систем проекционных, ассоциативных, интеграционно-пусковых, лимбико-ретикулярных, психосоматических) и определять в них характеристики нормы и патологии. | Практические задания №1-16 |
| **Владеть** навыками распознавания и оценки особенностей организации и управления психической деятельностью у конкретных лиц в норме и патологии; навыками определения тесной связи головного мозга с вегетативной, эндокринной, висцеральной и иными соматическими функциональными системами. | Практические задания Упражнения №1-16 |
| 3 | **ПК-5:** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | **Знать** современные представления о связях и взаимодействий психических процессов, свойств, состояний и поведения с физиологическими процессами и подходами к регистрации данных связей; специфические паттерны физиологических реакций, регулярно возникающих при различных напряжениях, перегрузках, стрессах, расстройствах, патологических состояний. |  Вопросы № 1-30Тесты варианты №1-3 |
| **Уметь** диагностировать индивидуально-специфические паттерны физиологических и патологических реакций при различных психических состояниях в норме и патологии и выявлять ведущие переменные для измерения активации систем организма: нервно-мышечной, сердечно-сосудистой, вегетативной, дыхательной, эктодермальной, центральной нервной системы. | Практические заданияУпражнения №1-16 |
| **Владеть** навыками выявления психофизиологических индикаторов нормы и патологии при функциональных исследованиях больных с шизофренией, органическими психическими расстройствами, аффективной патологией, невротическими нарушениями, расстройствами сна, психосоматическимизаболеваниями, соматоформными расстройствами, больных с нарушениями, обусловленными стрессовыми воздействиями. | Практические задания Упражнения №1-16 |