

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)  
Факультет психологии



Оценочные материалы по дисциплине

**Нейропсихология: теория и практика**

по специальности

**37.05.01 Клиническая психология**

Специализация

**«Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»**

Форма обучения

**Очная**

Квалификация

**Клинический психолог**

Год приема

**2024**

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель ОП

\_\_\_\_\_ Т.Е. Левицкая

Председатель УМК

\_\_\_\_\_ М.А. Подойницина

Томск – 2024

## 1. Паспорт оценочных средств

Специальность: 37.05.01 «Клиническая психология»

Направленность (профиль): «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»

Семестр изучения: 7

Формы текущего контроля: тестирование, реферат, доклад, практическая работа.

Форма промежуточной аттестации: экзамен.

Оценивание результатов учебной деятельности обучающихся при изучении дисциплины осуществляется по бально-рейтинговой системе.

## 2. Компетенции, закрепленные за дисциплиной

Наименование категории (групп) компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
Исследование и оценка	ОПК-2. – Способен применять научно-обоснованные методы оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения	ИОПК-2.1. – Осуществляет отбор научно-обоснованных методов для проведения оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения
Психологическая оценка, диагностика и экспертиза	ОПК-3. – Способен применять научно-обоснованные методы оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения	ИОПК-3.3. – Владеет навыками организации и проведения психологической диагностики и (или) психологической экспертизы для решения научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины
Психодиагностический тип задач	ПК-1. – Способен осуществлять психодиагностическое исследование психических функций, состояний человека, свойств и структуры личности, а также других психологических феноменов, характеризующих поведение и жизнедеятельность различных групп и категорий населения в нормативных, экстремальных и чрезвычайных ситуациях в соответствии с актуальными гражданско-правовыми и этическими нормами	ИПК-1.1. - Выявляет потребности клиента (пациента, медицинского персонала или иного заказчика услуг), определяющие направленность, модальность и объём психодиагностического исследования с помощью интервью, наблюдения, анамнестического метода и других клинико-психологических и аналитических методов

## 3. Критерии оценивания индикаторов достижения компетенций

В качестве уровней сформированности компетенций обучающихся в результате освоения дисциплины выделяются следующие:

1. Допороговый уровень
2. Пороговый уровень

3. Базовый уровень

4. Продвинутый уровень

Уровень освоения компетенции/индикатора компетенции	Критерии оценивания сформированности компетенции/индикатора компетенции
<b>ИОПК-2.1.</b> Осуществляет отбор научно-обоснованных методов для проведения оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения	
Допороговый уровень	Обучающийся не ориентируется и не способен самостоятельно осуществлять отбор научно-обоснованных нейропсихологических методов для проведения оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения, имеющих нейропсихологические нарушения
Пороговый уровень	Обучающийся слабо ориентируется и демонстрирует низкие способности в осуществлении отбора научно-обоснованных нейропсихологических методов для проведения оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения, имеющих нейропсихологические нарушения
Базовый уровень	Обучающийся достаточно хорошо ориентируется в многообразии научной теоретической информации в контексте нейропсихологии, но при этом испытывает некоторые трудности, допускает незначительные ошибки при отборе научно-обоснованных нейропсихологических методов для проведения оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения, имеющих нейропсихологические нарушения
Продвинутый уровень	Обучающийся хорошо ориентируется в многообразии научной теоретической и эмпирической информации, демонстрирует высокие способности при отборе научно-обоснованных нейропсихологических методов для проведения оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения, имеющих нейропсихологические нарушения
<b>ИОПК-3.3.</b> Владеет навыками организации и проведения психологической диагностики и (или) психологической экспертизы для решения научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины	
Допороговый уровень	Обучающийся не владеет навыками организации и проведения нейропсихологической диагностики и (или) нейропсихологической экспертизы в контексте решения научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, имеющих нейропсихологические нарушения
Пороговый уровень	Обучающийся слабо владеет навыками организации и

	проведения нейропсихологической диагностики и (или) нейропсихологической экспертизы в контексте решения научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, имеющим нейропсихологические нарушения
Базовый уровень	Обучающийся достаточно хорошо ориентируется, но самостоятельно допускает незначительные неточности при организации и проведении нейропсихологической диагностики и (или) нейропсихологической экспертизы в контексте решения научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, имеющим нейропсихологические нарушения
Продвинутый уровень	Обучающийся хорошо ориентируется и самостоятельно владеет навыками организации и проведения нейропсихологической диагностики и (или) нейропсихологической экспертизы в контексте решения научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, имеющим нейропсихологические нарушения
<b>ИПК-1.1.</b> Выявляет потребности клиента (пациента, медицинского персонала или иного заказчика услуг), определяющие направленность, модальность и объём психодиагностического исследования с помощью интервью, наблюдения, анамнестического метода и других клинико-психологических и аналитических методов	
Допороговый уровень	Обучающийся не способен выявлять потребности клиента (пациента, медицинского персонала или иного заказчика услуг), имеющего нейропсихологические нарушения, определяющие направленность, модальность и объём нейропсихологического исследования, не владеет анамнестическим методом, интервью, методом наблюдения, а также другими клинико-психологическими и аналитическими методами
Пороговый уровень	Обучающийся слабо способен выявлять потребности клиента (пациента, медицинского персонала или иного заказчика услуг), имеющего нейропсихологические нарушения, определяющие направленность, модальность и объём нейропсихологического исследования, поверхностно владеет анамнестическим методом, интервью, методом наблюдения, а также другими клинико-психологическими и аналитическими методами
Базовый уровень	Обучающийся достаточно хорошо выявляет потребности клиента (пациента, медицинского персонала или иного заказчика услуг), имеющего нейропсихологические нарушения, определяющие направленность, модальность и объём нейропсихологического исследования, но допускает некоторые неточности при использовании анамнестического метода, интервью, метода наблюдения, а также других клинико-психологических и аналитических методов
Продвинутый уровень	Обучающийся хорошо выявляет потребности клиента (пациента, медицинского персонала или иного заказчика услуг), определяющие направленность, модальность и объём нейропсиходиагностического исследования с помощью интервью, наблюдения, анамнестического метода и других клинико-психологических и аналитических методов

#### 4. Оценочные средства для проведения текущего контроля

Текущий контроль проводится регулярно на практических занятиях с целью получения оперативной информации об усвоении учебного материала и диагностики

сформированности компетенций.

№ п/п	Контролируемые разделы	Индикаторы компетенции	Наименование оценочного средства
	<p>Тема 1. Нейропсихология наука о мозговых механизмах высших психических функций. Возникновение нейропсихологии на стыке психологии, медицины и физиологии. Развитие нейропсихологии. Исследование Л.С. Выгодского. А.Р. Лурия – основоположник Отечественной нейропсихологии и его вклад в формирование нейропсихологии как самостоятельной научной дисциплины. Связь нейропсихологии с патофизиологией, нейрофизиологией, нейроанатомией и др.</p>	ИОПК-2.1.	Круглый стол, реферат, доклад (соответственно)
	<p>Тема 2. Вклад нейропсихологии в разработку фундаментальных положений психологии и психофизиологии: о мозге как субстрате психических процессов и в изучение проблемы мозг - психика. Мозг как орган, реализующий психические процессы и состояния. Нейропсихологический подход к изучению проблемы биологической и социальной детерминации психики человека. Вклад нейропсихологии в изучение проблем эмоций, личности, функциональных состояний и функциональных систем. Изучение типологии нормы с позиций нейропсихологии. Центральная теоретическая проблема нейропсихологии. Структурно-функциональная модель мозга как субстрата психической деятельности (А.Р. Лурия). Теория системной динамической локализации высших психических функций. 2 класса понятий, применяемых в нейропсихологии (общие и специальные понятия). Общепсихологическая основа теории динамической локализации высших психических функций. Специфические признаки высших психических функций (социальный генез, опосредованный характер, связь с речевой системой, прижизненное формирование и т.д.). Высшие психические функции как сложные системные образования. Закономерность формирования высших психических функций. Высшие психические функции как функциональные системы (приспособительный характер, иерархическое строение, пластичность, саморегуляция, принцип прямых и обратных связей и др.). Межполушарная асимметрия мозга и межполушарное взаимодействие. Физиологические и клинические данные о функциональной асимметрии мозга. Специфика нейропсихологических синдромов у левшей. Методы исследования межполушарной асимметрии.</p>	ИОПК-2.1.	Круглый стол, реферат, доклад (соответственно)
	<p>Тема 3. Сенсорные и гностические зрительные расстройства. Нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций при локальных поражениях мозга. Сенсорные и гностические зрительные расстройства. Зрительные агнозии. Уровни организации зрительного анализатора</p>	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Пректическая работа, реферат, доклад (соответственно)

	и расстройства, возникающие при их поражениях. Гностические расстройства. Предметная агнозия, оптико-пространственная агнозия, буквенная агнозия, цветовая агнозия, симультанная агнозия, лицевая агнозия. Псевдоагнозия. Методы исследования нарушений зрительной гнозиса.		
	Тема 4. Сенсорные и гностические расстройства кожно-кинестетической системы. Основные принципы строения кожно-кинестетического анализатора. Соматотопическая организация первичная теменная кора. Виды кожной чувствительности. Сенсорные нарушения при повреждении различных уровней кожно-кинестетического анализатора. Гностические тактильные нарушения, вызванные поражением вторичных полей коры верхней и нижней теменной области. Виды тактильных агнозий: предметная (астериогноз) буквенная, цифровая (тактильная алексия), агнозия пальцев, агнозия текстуры объекта. Соматоагнозия (нарушение схемы тела). Агнозия позы. Особенности нижнетеменного и верхнетеменного синдрома (у правшей).	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Тестирование
	Тема 5. Нарушения речи при локальных повреждениях мозга. Структура речи. Экспрессивная и импрессивная речь. Механизмы речевой деятельности. Аfferентные и эfferентные звенья речевой системы. Афазии и их классификация (по А.Р. Лурия). Нарушения аfferентных и эfferентных звеньев речевой системы. Центры речи в коре левого полушария (у правшей). Нарушения разных видов речевой деятельности при различных формах афазий. Роль правого полушария мозга в организации речевой деятельности. Методы исследования нарушения речевых функций.	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Практическая работа с кейсами
	Тема 6. Нарушения памяти при локальных повреждениях мозга. Виды и формы памяти. Непроизвольная и произвольная память. Произвольное запоминание как мнестическая деятельность. Модально-неспецифическая и модально-специфическая память. Нарушения памяти: амнезии, гипермнезии, гипомнезии, парамнезии. Механизмы забывания. Модально-неспецифические нарушения памяти при поражении разных уровней неспецифической системы.	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Тестирование, реферат, доклад (соответственно)
	Тема 7. Сенсорные и гностические слуховые расстройства. Особенности строения слухового анализатора. Неречевой и речевой слух. Сенсорные расстройства, возникающие при поражениях различных звеньев слухового анализатора. Гностические слуховые нарушения при поражении вторичных корковых полей височных отделов левого и правого полушарий мозга (у правшей). Слуховые агнозии, амузия, аритмия, нарушения слуховой памяти. Нарушения фонематического слуха. Методы исследования	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Практическая работа с кейсами

	нарушений неречевого и фонематического слуха.		
	Тема 8. Нарушения произвольных движений и действий. Произвольные двигательные акты, их афферентные и эфферентные механизмы. Нарушения двигательных актов при поражениях, имеющих на разных уровнях пирамидной и экстрапирамидной систем (парезы, параличи и др.). Апраксии и их классификации по А.Р. Лурия. Два уровня двигательных perseverаций (элементарные, системные), локализация поражения. Методы исследования произвольных двигательных функций руки (праксиса позы, динамического праксиса, предметных движений, символических действий и др.).	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Тестирование, реферат (соответственно)
	Тема 9. Нарушение внимания при локальных поражениях мозга. Нарушения внимания при локальных поражениях мозга. Психофизиологическая структура внимания. Формы внимания. Непроизвольное и произвольное внимание. Модально-неспецифические нарушения внимания при поражениях различных уровней неспецифической системы. Гиперреактивность. Модально-специфические нарушения внимания при поражении анализаторных систем.	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Практическая работа с кейсами
	Тема 10. Нарушения эмоционально-личностной сферы при локальных повреждениях мозга. Нарушения эмоционально-личностной сферы при локальных повреждениях мозга. Теории возникновения эмоций. Элементарные и высшие эмоции. Базальные эмоции. Нейропсихологический подход к изучению эмоций. Роль правого полушария и левого полушария в возникновении эмоций, нарушения положительных и отрицательных эмоций при их поражениях. Нарушения эмоционально-личностной сферы при поражении лобных долей мозга и других мозговых структур. Методы исследования нарушений эмоционально-личностной сферы.	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Практическая работа с кейсами
	Тема 11. Нарушения мышления при локальных поражениях мозга. Структура мышления. Виды мышления. Нарушения наглядно-образного и вербально-логического мышления. Структурные и динамические нарушения интеллектуальной деятельности. Нарушения мышления при поражении лобных долей мозга. Интеллектуальные perseverации, стереотипы, неучет собственных ошибок. Нарушение динамического аспекта интеллектуальной деятельности. Нарушение мышления при поражении задних отделов мозга. Нарушения конструктивной деятельности. Нарушения мышления при поражении височных отделов коры. Методы исследования нарушений мышления.	ИОПК-3.3. ИПК-1.1.	Практическая работа с кейсами

## 4.1 Содержание оценочных средств

Используемые оценочные средства: тестирование, рефераты, доклады

### 4.1.1. Типовые задания для проведения тестирования

#### 1 ВАРИАНТ

1. С какими долями больших полушарий мозга могут быть связаны следующие нарушения: человек не может налить в стакан чай, положить и размешать сахар и поднести ко рту.

Выберите один вариант ответа

1. височные доли
2. затылочные доли
3. лобные доли
4. теменные доли

Правильный ответ: 3

2. Основной нейропсихологический дефект пациента: невозможность одновременного восприятия нескольких объектов или ситуации в комплексе. Пациент воспринимает только один объект из всех, находящихся в поле зрения. К какому типу агнозии относятся данные симптомы?

Запишите ответ одним словом в именительном падеже.

Ответ: \_\_\_\_\_

Ответ: симультанная агнозия

3. Проекция какого анализатора находится в теменной зоне больших полушарий мозга?

Выберите один вариант ответа

1. зрительного анализатора
2. слухового анализатора
3. тактильного анализатора
4. вкусового анализатора

Правильный ответ: 3

4. Установите соответствие между локализацией инсульта и характерными нейропсихологическими синдромами:

1. Нарушение управляющих функций (планирования и контроля).
2. Моторная афазия, кинетическая (моторная) апраксия.
3. Проводниковая афазия, пальцевая агнозия, аграфия.

- а. левая теменная доля
- б. передние отделы лобных долей
- в. задние отделы левой лобной доли

Правильный ответ: 1 – б, 2 – в, 3 – а,

#### 2 ВАРИАНТ

1. С какими долями больших полушарий мозга могут быть связаны следующие нарушения: человек не может определить где он находится, на каком этаже, в какую сторону ему нужно двигаться, чтобы найти выход.

Выберите один вариант ответа

1. затылочные доли
2. височные доли



3. лобные доли
  4. теменные доли
- Правильный ответ: 4

2. Основной нейропсихологический дефект пациента: распад восприятия произвольной деятельности с нарушением программирования, регуляции и контроля деятельности восприятия. Пациент не может сделать целостный вывод о том, что видит или улавливает фрагменты, но не может сопоставить их друг с другом. К какому типу агнозии относятся данные симптомы?

Запишите ответ одним словом в именительном падеже.

Ответ: \_\_\_\_\_

Ответ: псевдоагнозия

3. Проекция какого анализатора находится в височной зоне больших полушарий мозга?

Выберите один вариант ответа

1. зрительного анализатора
2. слухового анализатора
3. двигательного анализатора
4. вкусового анализатора

Правильный ответ: 2

### 3 ВАРИАНТ

1. С какими долями больших полушарий мозга могут быть связаны следующие нарушения: у человека прекрасный слух, но он не может ответить на поставленный вопрос, так как слышит отдельные звуки, а не слова.

Выберите один вариант ответа

1. лобные доли
2. височные доли
3. затылочные доли
4. теменные доли

Правильный ответ: 2

2. Основной нейропсихологический дефект пациента: игнорирование того или иного конкретного дефекта, который присутствует у пациента. У пациента отсутствует тревога по поводу этого дефекта, он его не до оценивает или полностью отрицает. К какому типу агнозии относятся данные симптомы?

Запишите ответ одним словом в именительном падеже.

Ответ: \_\_\_\_\_

Ответ: анозогнозия

3. Проекция какого анализатора находится в затылочной зоне больших полушарий мозга?

Выберите один вариант ответа

1. зрительного анализатора
2. слухового анализатора
3. двигательного анализатора
4. вкусового анализатора

Правильный ответ: 1

### 4 ВАРИАНТ

1. С какими долями больших полушарий мозга могут быть связаны следующие нарушения: человек не может назвать показанную ему вазу для цветов, но при этом, может описать, как она выглядит и для чего предназначается.

Выберите один вариант ответа

1. височные доли
2. затылочные доли
3. лобные доли
4. теменные доли

Правильный ответ: 2

2. Основной нейропсихологический дефект пациента: игнорирование или неузнавание отдельных частей своего тела. Пациент, например, моет только правую руку, надевает тапок только на правую ногу. К какому типу агнозии относятся данные симптомы?

Запишите ответ одним словом в именительном падеже.

Ответ: \_\_\_\_\_

Ответ: аутоагнозия

3. Проекция какого анализатора находится в теменной зоне больших полушарий мозга?

Выберите один вариант ответа

1. зрительного анализатора
2. слухового анализатора
3. двигательного анализатора
4. вкусового анализатора

Правильный ответ: 3

## 5 ВАРИАНТ

1. С какими долями больших полушарий мозга могут быть связаны следующие нарушения: человек не может произнести слово «окно», застревая и повторяя первую букву.

Выберите один вариант ответа

1. лобные доли
2. височные доли
3. теменные доли
4. затылочные доли

Правильный ответ: 1

2. Основной нейропсихологический дефект пациента: невозможность синтезировать признаки лица в целостное восприятие лица. Пациент не узнает себя, не узнает знакомых людей, не распознает знакомых людей на фотографиях. К какому типу агнозии относятся данные симптомы?

Запишите ответ одним словом в именительном падеже.

Ответ: \_\_\_\_\_

1. Ответ: прозопагнозия\лицевая агнозия

### 4.1.2. Типовые темы практических занятий в форме «круглого стола», диспута, дискурса

1. Предмет, задачи и методы нейропсихологии
2. Значение нейропсихологии для решения методологических и теоретических проблем

психологической науки.

3. Проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций.
4. Основные принципы строения мозга.
5. Проблема межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия.
6. Сенсорные и гностические нарушения работы зрительной системы. Зрительные агнозии.
7. Сенсорные и гностические нарушения работы кожно-кинестетической системы. Тактильные агнозии.
8. Сенсорные и гностические нарушения работы слуховой системы. Слуховые агнозии.
9. Нарушения произвольных движений и действий. Проблема апраксий.
10. Нарушения произвольной регуляции высших психических функций и поведения в целом.
11. Нарушения речи при локальных поражениях мозга. Проблема афазий.
12. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Проблема амнезий.
13. Нарушения внимания при локальных поражениях мозга.
14. Нарушения мышления при локальных поражениях мозга.
15. Нарушения эмоционально-личностной сферы при локальных поражениях мозга.
16. Синдромный анализ нарушений высших психических функций. Проблема факторов в нейропсихологии.

#### **4.1.3. Типовые темы докладов:**

1. Взаимодействие сенсорных систем.
2. Зрительная сенсорная система. Периферические и центральные звенья зрительной сенсорной системы.
3. Теория цветового зрения (Гельмгольца, Геринга). Восприятие пространства. Зрительные галлюцинации.
4. Слуховая сенсорная система – организация и функциональные возможности.
5. Вестибулярная сенсорная система, ее строение, функция и значение.
6. Строение и функция вкусовой и обонятельной сенсорных систем.
7. Соматосенсорная система: состав и значение.
8. Ноцицептивная (болевая) сенсорная система. Виды боли и рецепторы боли.
9. Двигательный анализатор. Строение и функционирование.
10. Координация движений. Типы движений. Выработка двигательных навыков.
11. Схема тела и система внутреннего представления.
12. Взаимосвязь сенсорной и мыслительной деятельности индивида.
13. Восприятие и двигательный компонент, зрительно-моторная координация.
14. Ориентировочная реакция. Значение прошлого опыта. Восприятие и ожидания.
15. Сенсорный и психический пороги восприятия, адаптация и привыкание.
16. Особенности процесса восприятия в различные возрастные периоды.
17. Рефлекторная теория, теория отражения и теория системной работы мозга. Принцип детерминизма.

#### **4.1.4. Типовые темы реферативных докладов студентов:**

1. Нейропсихологические синдромы поражения корковых отделов больших полушарий.
2. Синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры, теменной области мозга (нижнетеменной и верхнетеменной синдромы), конвекситальной и медиобазальной коры височной области мозга, премоторных отделов коры.
3. Префронтальные конвекситальные и медиобазальные синдромы.
4. Нейропсихологические синдромы поражения глубоких подкорковых структур мозга.
5. Синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга (уровень нижних отделов ствола мозга, уровень диэнцефальных отделов мозга).
6. Синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга.
7. Уровень медиобазальных отделов коры лобных и височных долей мозга.

8. Синдромы поражения глубинных полушарных подкорковых структур.
9. Нейропсихологические особенности детей с минимальными мозговыми дисфункциями.
10. Минимальные мозговые дисфункции.
11. Детский церебральный паралич.
12. Нейропсихологические особенности детей с ДЦП.
13. Адаптация и социализация детей и подростков с ДЦП, ММД (минимальные мозговые дисфункции), СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности).
14. Синдром дефицита внимания и гиперактивность.
15. Нейропсихологические механизмы развития памяти, внимания, мышления.
16. Нейропсихологическая локализация высших психических функций.
17. Различные нарушения высших психических функций
18. Реабилитация участников военных действий.

#### **4.1.5: Типовые вопросы для самостоятельной подготовки:**

1. Предмет из задачи нейропсихологии. «Статическая» и «динамическая» нейропсихология. Культурно-исторический подход в нейропсихологии (Луриевский подход).
2. Модель развития нейропсихологии.
3. Различия отечественной и западной нейропсихологии.
4. Концепции локализации ВПФ. Что такое ВПФ. Как формируются ВПФ.
5. Отличия ВПФ от низших психических функций.
6. Что такое функция. Особенности соматической и психической функциональной системы.
7. Отличия соматической и психической функциональной системы.
8. Теория системной динамической локализации ВПФ.
9. Симптом. Синдром. Фактор. Синдромный анализ (Примеры).
10. Филогенез головного мозга.
11. Строение полушарий головного мозга.
12. Функции лобных, височных, теменных и затылочных отделов полушарий мозга.
13. Основные принципы строения мозга (три основных структурно-функциональных блока).
14. Принцип организации анализаторных систем (первичные, вторичные, третичные корковые поля).
15. Структура психической деятельности.
16. Что подразумевает под собой ФАМ? Виды ФАМ. Профиль асимметрии.
17. Проблема роли каждого полушария в осуществлении высших психических функций. Характер взаимодействия между полушариями.
18. Проблема развития и формирования асимметрий.
19. Проблема левшества.
20. Ощущение. Восприятие. Психологическая структура процесса восприятия.
21. Нарушения периферических отделов зрительного анализатора.
22. Центральные отделы. Первичные ядерные зоны зрительного анализатора. Функция первичной ядерной зоны.
23. Нарушения первичной ядерной зоны зрительного анализатора.
24. Вторичные гностические зоны зрительного анализатора. Агнозии (определение). Характерные признаки всех зрительных агнозий.
25. Последовательность процесса речепонимания.
26. Последовательность процесса речепроизношения.
27. Нарушения зрительного анализатора.
28. Нарушения движений и действий.
29. Нарушения слухового анализатора.
30. Нарушения памяти.

31. Нарушения речи.
32. Нарушения тактильного анализатора.
33. Расстройства эмоций.

#### 4.1.6. Типовое практическое задание (кейс)

АЛГОРИТМ ОТВЕТА НА ВОПРОС по нейропсихологическому заключению:

Прочитайте [заключение нейропсихологического обследования](#). Опираясь на доступные Вам представления нейропсихологии ответьте на следующие вопросы.

А. Выделите функциональные звенья психической деятельности ребёнка, представляющиеся Вам наиболее уязвимыми.

Б. Как Вы думаете, с дисфункцией (или несформированностью) каких именно церебральных структур связана уязвимость указанных Вам функциональных звеньев высшей психической деятельности?

В. Укажите факторы, определяющие эффективность процессов становления ВПФ у данного ребёнка на том возрастном этапе и в тех условиях развития, в которых он находится. В каких феноменах поведения ребёнка раскрывается активность указанного Вами фактора.

Г. Какие функциональные звенья высшей психической деятельности представляются Вам ресурсными (или более надёжными)?

Д. С какими трудностями обучения закономерно может столкнуться этот мальчик (девочка) на этапе начальной школы?

Е. Какие рекомендации Вы могли бы предложить родителям этого мальчика (девочки) по оптимизации условий его развития?

#### **Эмпирическое основание кейса (пример)**

П. Виктор, 5 лет.

Мальчик в контакт вступает охотно, с удовольствием рассказывает о своих родителях, интересах, рассказывает о любимых книжках. Однако, мотивация вступления в контакт не совсем адекватна, обследование рассматривает как игру, пытается установить свои правила.

Интерес вызывают только те задания, где можно что-то делать руками. Инструкции слушает, но не внимательно, постоянно переключается на отвлеченные предметы, достаточно возбужден, неусидчив. Обращает на себя внимание слабость установки на целенаправленную деятельность. Бурно реагирует на успех, если совершает ошибки, то при указании на них пытается исправить.

Анализ **двигательной сферы** ребенка выявил некоторые трудности переключения, трудности запоминания программы деятельности, некоторые ошибки пространственной ориентации, в частности: устойчивая замена правой руки на левую, и наоборот.

Исследование **акустического гнозиса** показало отсутствие каких-либо нарушений, за исключением ошибок моторики за счет расторможенности и невозможности удерживать внимание.

**Зрительный гнозис.** Ребенок узнает и воспринимает все предложенные предметы, очень быстро вычленяет существенные признаки предмета, легко дифференцирует их, воспроизводит в пространстве (рисунок). Но при пространственном восприятии предметов совершает некоторые ошибки, за счет рассеянного внимания не видит недостающие элементы картинки. Исправляет ошибки после подсказки.

**Тактильный гнозис.** Узнавание предметов по кожно-кинестетическому ощущению в норме.

Анализ зрительно-пространственного, сомато-пространственного и цветового гнозиса не выявил каких-либо отклонений от нормального развития.

У ребенка очень хорошо развита **зрительно-предметная память**. При воспроизведении речевых комбинаций объем запоминания достаточно большой, но прочность запоминания не велика. Также отмечаются некоторые нарушения отсроченного запоминания. Все эти ошибки говорят о слабости следовой деятельности, о влиянии на них последующей информации, приводящей к невозможности актуализации предыдущих предложений.

Исследование **внимания** показало низкую работоспособность (сужен объем внимания, выражены трудности переключения внимания, страдает самоконтроль). Наглядно-образное и вербально-логическое **мышление** развито в соответствии с возрастом.

Отмечается некоторое усиление эмоциональных реакций, ребенок всеми путями пытается привлечь к себе внимание.

### **Кейс 1. Нарушение двигательного праксиса. Апраксия.**

Пациент Г. парень 28 лет поступил в нейропсихологический центр с повреждениями головного мозга, которые получил во время падения с 5 этажа.

Мама заметила, что когда они клеили обои, сын клеил неровно обои, но считал, что все равно.

Мама не обратила на это внимание, однако когда сын начал мастерить стол, он сделал и его неровным, но утверждал, что все ровно.

Когда мама попросила по инструкции собрать шкаф, он свёл процесс сборки до соединения деталей, не связанных друг с другом.

Сравнивая результат с картинкой, он не увидел ничего противоречивого.

На работе статистические обработки не удавалось завершить результативно, ведь он не справлялся с планом действий.

Нарушения памяти (ретроградная амнезия)

Пациент, девушка Р. 23 лет, обратилась в нейропсихологический центр после совершения домашнего насилия – девушку избил муж. Девушка стала забывать совершенно обыденные вещи – в какую сторону открывается дверь, сколько у нее домашних животных и какие, имена родителей.

Муж стал еще более злым на девушку – она забывала забирать детей из садика, укладывать детей в постель, приготовить мужу ужин после тяжелого рабочего дня, пин-код от рабочего ноутбука, ставить будильники, чтобы проснуться на работу, вследствие чего ее уволили с работы.

Пациентка списывала это состояние на стресс в связи с ссорами с мужем, но увольнение с работы стало последней каплей для пациентки, после чего она решила обратиться за помощью.

### **Кейс 2 . Симультанная агнозия (Синдром Балинта)**

Студент Х одного из университетов после пар возвращался домой. Была зима, гололёд и метель. Дорога от учебного корпуса простилалась через крутую лестницу. Студент Х поскользнулся на одной из ступеней и упал, сильно ударившись затылочно-теменной частью головы.

Больной Х обратился в нейропсихологический центр не сразу. Первое время он списывал данные симптомы на свойственную ему невнимательность. Позже его сосед по общежитию заметил, как у него словно изменился взгляд, стал каким-то «безумным». Тем же вечером, играя с соседом в видеоигру, студент Х замечает, что он видит либо джойстик (пульта управления игрой), либо саму игру. Особое внимание на этом заострил его преподаватель по начертательной геометрии, поскольку студент Х не смог на занятии даже вписать одну геометрическую фигуру в другую. Позже студент Х становится больным Х, поскольку попадает в нейропсихологический центр после полученной травмы головы.

Его лечащий врач в истории болезни написал следующее: «Больной различал объекты и их изображения, но он не мог одновременно воспринимать несколько объектов. Больной мог одновременно воспринимать только один объект, вне зависимости от его размеров. Это нарушение сопровождалось симптомом атаксии взора (невозможность плавного перевода взора с одного предмета на другой)».

**Кейс:** Истинный (первичный) астериогноз с сопутствующей легкой формой аутометаморфопсии

Студент X попал в нейропсихологический центр в возрасте 20 лет по направлению врача после пребывания в инфекционной больнице, в связи с лечением клещевого энцефалита, полученного вследствие укуса животного. Никаких особых жалоб у студента не имеется, чувствует он себя хорошо. Госпитализация вызывает у него лишь недоумение.

Если следовать анамнезу, то совсем недавно во время летней полевой практики его укусил клещ. Сразу по возвращению в город он обратился к врачу, в последствии который и поставил ему заболевание, именуемое «Клещевой вирусный энцефалит дальневосточный». Отмечается, что после анализа укусившего животного на наличие вирусов, студент X предварительно поставив в травмпункте укол иммуноглобулина. Пациент осознает факт перенесенного заболевания и соблюдает рекомендации врача, необходимые для восстановления. Вместе с тем, его лечащий врач обнаружил странности в его поведении. Пациент стал путать лево и право. При просьбе поднять левую руку, тот поднимал правую и наоборот. Даже писать начал левой рукой, при том, что он правша. Сам пациент не замечал особых изменений, но по направлению врача отправился в нейропсихологический центр.

**Кейс 3. Слуховая агнозия (невербальная и вербальная), амузия, недостаточность слухового внимания.**

В нейропсихологический центр попадает пациент X с жалобами на постоянный шум в ушах, невозможность различения шумов, трудности понимания речи окружающих. Да несколько месяцев до этого, пациент X ввязался в потасовку со своими знакомыми, где получил множество травм, в том числе тяжелые травмы головы. Попад в больницу, врач назвал ему очаг поражения – правая и левая лобные области в сочетании с множественными контузионными очагами в обоих полушариях.

Главной причиной, по которой пациент X обратился в нейропсихологический центр, стал тот факт, что он, будучи профессиональным гитаристом, не может настроить гитару на слух, не различает и не читает ноты, не может петь. Когда его друг-музыкант услышал его игру на инструменте, то был в недоумении, он совершенно не попадал в такт, не слышал сам себя. А на замечания друга собраться и настроить гитару пациент X лишь много раз переспрашивал, что хочет его друг. При этом он прекрасно слышит, что тот ему говорит, но с трудом понимает смысл его фраз.

**Кейс 4. Пространственная агнозия**

Жена пациента X обратилась в нейропсихологический центр с жалобами на мужа. Ее 60 летний супруг, по ее словам, совсем безрукий. Последнее время постоянно просит ее открыть зубную пасту, завязать ему шнурки, не может самостоятельно одеться и раздеться. «Даже на перекрестке теряется, идет не в ту сторону!» - заявляет супруга. «Собрался на рыбалку и не смог собрать свой рюкзак со снастями, разбросал все по дому и распсиховался!» Ранее за пациентом X подобного не наблюдалось. Известно, что ранее пациент перенес обширный инсульт. Предположив, что данный факт и симптомы могут быть связаны, жена пациента X отправила его в нейропсихологический центр.

**Кейс 5. Семантическая афазия.**

Пациент X попадает в нейропсихологический центр в возрасте 54 лет после перенесенного ишемического инсульта левой средней мозговой артерии. Пациента X направили к специалистам после планового медосмотра на работе. Больной X пришел на медосмотр на 2 часа раньше, поскольку искренне думал, что пришел вовремя, а врачи с трудом могли его в этом переубедить. Когда его попросили поднять правую руку, он поднял левую и наоборот. Больной с трудом справлялся с элементарными счетными операциями: он точно помнит год, когда его приняли на работу, но не смог сказать врачу, сколько он работает на предприятии, поскольку не мог посчитать. Когда он выходил из кабинета, то ударился лбом о стену, поскольку не рассчитал пространственную траекторию между его телом и дверным проемом. Врач уточнил у него, давно ли у него это продолжается и замечал ли больной какие-либо изменения в поведении. Пациент X списывал это на «возрастные особенности»

При МРТ головного мозга выявлено массивное поражение зоны стыка затылочной, теменной и височной долей левого полушария.

## 5. Критерии оценивания

Виды текущего контроля	Допороговый уровень	Пороговый уровень	Базовый уровень	Продвинутый уровень
<b>Контактная работа:</b> Тестирование Доклад Практическая работа Кейс	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
<b>Задание для самостоятельной работы:</b> Рефераты	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично

### Оценочное средство - тестирование

	Показатели
Отлично (8-10 баллов)	86-100% правильных ответов
Хорошо (6-7 баллов)	71-85% правильных ответов
Удовлетворительно (3-5 баллов)	50-70 % правильных ответов
Неудовлетворительно (0-2 балла)	менее 50% правильных ответов

### Оценочное средство - доклад

Оценка	Показатели
Отлично (8-10 баллов)	текст доклада подготовлен с соблюдением информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий, использованы разнообразные источники информации; тема доклада раскрыта полностью; полнота, логичность, научность изложения, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему, полно и логично изложена собственная позиция, сформулированы обоснованные выводы, даны полные ответы на дополнительные, уточняющие вопросы



Хорошо (6-7 баллов)	текст доклада подготовлен с соблюдением информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий, использованы разнообразные источники информации; основные требования к докладу выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях, присутствуют неточности, затруднения в ответах на дополнительные, уточняющие вопросы.
Удовлетворительно (3-5 баллов)	имеются существенные отступления от требований к докладам. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании или при ответе на дополнительные, уточняющие вопросы, представлены необоснованные выводы.
Неудовлетворительно (0-2 балла)	доклад не подготовлен или полностью не соответствует предъявляемым требованиям

#### Оценочное средство - реферат

Оценка	Показатели
Отлично (8-10 баллов)	текст реферата полностью соответствует всем требованиям к содержанию и оформлению, представленным в методических указаниях (см. выше), тема раскрыта полностью, сделан анализ различных точек зрения на рассматриваемые проблемы, логично изложена собственная позиция, сформулированы обоснованные выводы.
Хорошо (6-7 баллов)	текст реферата в целом соответствует всем требованиям к содержанию и оформлению, представленным в методических указаниях, допущены несущественные ошибки, упущения, недочёты (незначительные отступления от требований к объёму работы, к оформлению, опечатки); имеются неточности в изложении материала, нарушена логическая последовательность, недостаточно полно обоснована актуальность темы и т.п.
Удовлетворительно (3-5 баллов)	имеются существенные отступления от указанных требований к содержанию и оформлению: неполное раскрытие темы, фактические ошибки, неверное библиографическое описание, нет логики изложения, множественные опечатки, небрежность в оформлении текста, необоснованность выводов и т.п.
Неудовлетворительно (0-2 балла)	реферат не подготовлен или полностью не соответствует предъявляемым требованиям

#### Оценочное средство – практическое задание (контрольная работа)

Оценка	Показатели
Отлично (8-10 баллов)	Задание выполнено полностью правильно, обучающийся демонстрирует свободное владение терминологией, учебным материалом, уверенно применяет полученные знания и умения в ходе выполнения заданий разного уровня сложности.
Хорошо (6-7 баллов)	В выполнении задания присутствуют неточности (в употреблении терминологии), обучающийся испытывает небольшие затруднения при выполнении заданий повышенного уровня сложности
Удовлетворительно (3-5 баллов)	В выполнении задания присутствуют ошибки (в употреблении терминологии), обучающийся испытывает значительные затруднения при выполнении заданий среднего и повышенного уровня сложности.
Неудовлетворительно (0-2 балла)	В выполнении задания присутствуют грубые ошибки, что не позволяет оценить задание как выполненное, или задание не выполнено.

#### *Критерии оценивания анализа проблемных ситуаций (решение кейсов)*

- «отлично» (8-10 баллов) выставляется студенту, если демонстрируется умение представить аргументированное рассуждение по проблеме, студент может определить

причины возникновения ситуации и проблемы, а также предложить эффективное решение, используя профессиональные знания;

- «хорошо» (6-7 баллов) выставляется студенту, если он демонстрирует умение представить аргументированное рассуждение по проблеме, но определяет причины возникновения ситуации и проблемы с небольшими трудностями, предлагает эффективное решение проблемы;

- «удовлетворительно» (3-5 баллов) выставляется студенту, если он не демонстрирует умение представить аргументированное рассуждение по проблеме (ответ не логичен, тезисы не связаны между собой), определяет причины возникновения ситуации и проблемы с небольшими трудностями, предлагает эффективное решение проблемы;

- «неудовлетворительно» (0-2 балла) выставляется студенту, если не демонстрируется умение представить аргументированное рассуждение по проблеме (ответ не логичен, тезисы не связаны между собой), студент не может определить причины возникновения ситуации и проблемы, а также не предлагает эффективное решение.

## **6. Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в форме решения проблемных ситуаций (кейсов). Экзамен проводится в письменном формате. Задание кейса состоит из двух частей. Продолжительность экзамена 1,5 часа.

Первая часть представляет собой задание, где студент должен определить, то или иное нарушение высшей психической функции, в соответствии с ИПК 1.1. Ответ на вопрос первой части дается в развернутой форме.

Вторая часть содержит задание, в ходе которого студент должен описать структуру диагностики того или иного нейропсихологического нарушения, в соответствии с ИОПК 2.1; ИОПК 3.3. Ответ на вопрос второй части дается в развернутой форме.

### *Содержание оценочных средств*

1. Пациент В. - парень 19 лет, занимающийся боксом более 5 лет. В очередном спарринге произошла травма – прямой удар в голову, в результате чего был диагностирован перелом черепа в теменной области. Находясь дома, пациент понял, что возникли проблемы - неоднократно он столкнулся с неузнаванием предмета (поиске вещей в темноте, не смог в темноте на кухне взять чашку со стола, чтоб налить воду, не мог на ощупь найти ключи в барсетке и т. д). Также пациент не мог застегнуть молнию на брюках когда одевался, он не мог понять что это такое пока не разглядел ее. Хотя само движение застегивания начал делать по инерции правильно. От данных проблем любые бытовые действия давались сложнее и отнимали больше времени чем обычно.
2. Родственники пациентки Л. обратились в нейропсихологический центр. Пациентка перенесла инсульт в возрасте 48 лет, после чего ее речь стала деформироваться в речевые обороты, непонятные окружающим ее людям. На вопросы она давала ответы, не подходящие по смыслу разговора, например, вместе прощания она говорила «привет», заменяла в предложениях слова не подходящие по смыслу, коверкала слова. Просила, что бы с ней говорили медленнее, т.к. она не успевает понять фразы, которые ей говорят. Часто произносила в предложениях слова «небылицы» и обижалась на то, что окружающие ее не понимают. Родственники не говорили пациентке о ее проблеме, но ее стало сложно понимать, сама пациентка была раздражена тем, что ее не понимали близкие люди, и сама она не понимала, почему это происходил
3. В., упала в душе и ударилась головой об кафельный пол. С учетом того, что после удара сильно болела голова, она решила пойти в больницу. Выходя из подъезда, увидела женщину, которая ей шла на встречу, приветливо улыбалась и у подъезда начала выспрашивать, куда это она собралась на ночь глядя. В. очень испугалась, что незнакомая женщина останавливает ее на улице и начинает вести расспросы. Она ускорила шаг и услышала окрик: «Мама, ты куда, скоро вернешься?». Она обернулась и увидела мальчика, который смотрел именно на нее. Это ее испугало еще больше.....

4. В пятницу вечером, во время встречи с друзьями в баре между 30-летним Н. и группой пьяных людей завязалась драка, в ходе которой Н. сильно избит и попал в больницу. В ходе лечения Н. стал замечать, что ему стало трудно выполнять мелкие моторные действия: застёгивать пуговицы, набирать сообщение на телефоне (часто приходится подключать к процессу вторую руку, но выполнение задачи всё равно не ускоряется). Он не может взять пульт или телефон со стола, если не смотрит на него и приходится помогать второй рукой. Ребенок стал его дразнить за неуклюжесть, когда они по вечерам садились собирать мозаику. При этом не наблюдается никаких переломов или вывихов конечностей, а синяки и ссадины уже зажили.
5. Пациентка С., 26 лет, попала в нейропсихологический центр после появления жалоб на слух. С. с детства любила музыку, закончила с отличием музыкальную школу и играла в оркестре. Но после неудачного падения с велосипеда и диагностированной черепно-мозговой травмы С. стала замечать, что перестала узнавать знакомые мелодии. Не может понять, какие инструменты играют, перестала различать тональности, аккорды. Некоторые мелодии стали казаться ей похожими, хотя она знает, что они абсолютно разные и для их исполнения используются разные инструменты. С. после травмы стало сложнее воспринимать знакомые голоса по телефону – она может спутать тембр голоса отца и старшего брата. Стала хуже запоминать на слух.
6. М., 31 год, увлекается конным спортом. На одной из тренировок М. неудачно упала с лошади и потеряла сознание, была доставлена в больницу. Во время лечения стали появляться проблемы с памятью. Пациентка могла забыть, когда заходил врач, или после часов приема спросить, не приходили ли к ней родственники (которые были здесь всего 10 минут назад). Может начать пересказывать свой сон, выдавая его за недавно прочитанную книгу, автора которой она вспомнить не может. Также больная может потеряться в больнице в поисках туалета или имеет трудности с нахождением своей койки.
7. За помощью к специалисту обратился пациент Я., в возрасте 55 лет. Пациент жалуется на проблемы с памятью, а именно – неспособность запоминать новую информацию. Стал забывать даты рождения своих близких, номера телефонов, которые раньше знал наизусть. Пациент утверждает, что больше не может держать в памяти большое количество информации, например, истории из жизни своих близких. Так же мелкие бытовые поручения «вылетают» из памяти, так список продуктов, которые нужно купить, теперь необходимо обязательно записывать иначе что-то будет забыто. На фоне таких затруднений у пациента возникают конфликтные ситуации со своей семьей (например, недавно, пациент Я. забыл о дне рождения своей дочери, чего раньше никогда не случалось).
8. В нейропсихологический центр попадает пациентка П. в возрасте 40 лет после недавно перенесенного инсульта. У пациентки П. присутствует нарушение различения звуков. Пациентка со сложностью воспринимает простые вопросы, например, просьбу представиться или сказать кто она, однако способна выполнять простые команды, например, повернуть голову или представиться. Важно отметить также, что пациентка П. не понимает собственной проблемы и сильно раздражается, когда собеседник плохо воспринимает его речь.
9. Женщина легко произносит знакомые ей слова, но не в состоянии устно воспроизвести сложные и незнакомые. Речь пациентки многословная, но малоинформативная, пациентка пропускает глаголы, однако компенсирует это большим количеством существительных, предлогов и союзов. Обиделась на дочь, когда рассказывала ей, что на обед в столовой давали жареную окрошку. Дочь сказала, что жареной окрошки не бывает.
10. В нейропсихологический центр попадает пациент А. в возрасте 37 лет. Известно, что не продолжительное время назад мужчина перенес энцефалит.
11. Пациент А. жалуется на то, что он утратил так называемый «автоматизм» при выполнении каких-либо действий. Его движения стали более медленными и неловкими. Пациент вынужден сознательно контролировать свою двигательную активность даже при совершении привычных хорошо заученных действий, движения стали угловатыми, наблюдается неспособность к выполнению тонких движений пальцами (застегивание/расстегивание пуговиц, вязать узлы). Наблюдается изменение

почерка.

12. На консультацию к специалисту обратился пациент В. – мужчина 33 лет. Поводом для обращения к специалисту послужило предложение о новой работе в автосервисе и инцидент, который с ним там произошёл. Пациент В. вышел первый день на испытательный срок, необходимо было исследовать днище машины. Он лег под машину потянулся за гаечным ключом, чтоб подтянуть гайку, пошарил рукой и взял молоток, вторично взял отвертку. Решил, что он попутал наборы инструментов. Ему пришлось выбраться из под машины, чтоб проверить набор. Гаечный ключ лежал именно там где и должен был лежать в этом наборе.
13. В нейропсихологический центр попала пациента К. в возрасте 60 лет, недавно перенесшая инсульт. Пациентка К. жалуется на нарушение чтения. Женщина утверждает, что забыла, как называются все буквы. И хотя для нее написать их не составляет никакого труда, прочитать ни одной буквы пациентка не может. Пациентка К. объясняет это так: «Я знаю, что это буква, но я не знаю, какая она — русская или другая». Женщина обеспокоена тем, что не может читать как раньше. Теперь процесс чтения стал замедленным, угадывающим, с многократными возвращениями к прочитанному для уточнения понимания смысла. Пациентка К. уточнила, что процесс собственного письма или под диктовку оставался абсолютно сохранным, однако она не могла прочесть написанное. Речь также не была изменена.
14. Молодая женщина, М. 35 лет, по профессии инструктор парашютного спорта, во время одного из прыжков, была снесена ветром и получила сильный удар низнезатылочной области о сосну и перелом голеностопа. Первоначальная помощь была оказана в экстренной травматологии, сотрясение мозга не диагностировалось. По прошествии двух недель, больная М., по словам ее близких перестала здороваться с соседями и сослуживцами. По словам мамы однажды, когда она пришла в гости к дочери произошла ошеломляющая история. Они с дочерью сидели на кухне, пили чай, в это время пришел с работы ее муж, открыл дверь своими ключами и крикнул им приветствие. Дочь, как ни в чем не бывало, ему также ответила приветствием, но когда он зашел на кухню и хотел ее поцеловать в щеку, начала его отталкивать, кричать, спрашивать на каком основании он ворвался в дом и грозить полицией.
15. Пациент В, мужчина 52 года, по профессии музыкальный критик. В мае прошлого года находился с семьей на пикнике в лесопарковой зоне, где был укушен клещом. После обращения в медицинское учреждение и проведения анализа клеща было обнаружено заражение энцефалитом. Однако, больной вовремя не явился за результатами анализа и не получил своевременного профилактического лечения по причине срочной командировки. В результате, по возвращении, у больного В. был диагностирован уже энцефалит в хронической стадии и было начато экстренное лечение. В тоже время, больной В. обратился к лечащему врачу с жалобой на то, что он стал очень раздражительный и нервный. Раньше он раздражение и усталость снимал тем, что прослушивал любимые мелодии на своем телефоне. Теперь же и это его не успокаивает. Мелодии стали какие-то не такие, он даже подумал, что его жена брала телефон, стерла ему на зло его любимые мелодии, так как он их постоянно слушал и закачала новые. Они даже поругались, но она так и не созналась в содеянном. На работе также все раздражает, начальник стал неадекватным, попусту придирается. А именно, дал задание написать отзыв на новый лирический концерт струнных инструментов. И когда В. принес готовый отзыв с критикой в адрес того, что лирическая музыка не может звучать как откровенный рок, начальник страшно ругался и обвинял В. в непрофессионализме.
16. Пациент И., мальчик, 7 лет, получил черепно-мозговую травму вследствие падения на камень во время езды на велосипеде. Лечение получил своевременно и в полном объеме. Находится под постоянным наблюдением невропатолога по месту проживания. В день рождения ребенка, родители пригласили его друзей к ним в гости. Во время празднования, дети затеяли игру в жмурки. Пациент И. был «ведущим», ему завязали глаза, после чего, он начал ловить детей. Поскольку действие происходило в квартире, по словам его родителей ребенок наткнулся на различные предметы на своем пути, ощупывал их чтобы сориентироваться и определить свое местонахождение (диван, стул, большая мягкая игрушка, большая коробка с подарком). Но не мог понять, где он

находится и что за предмет перед ним. Родители, которые внимательно наблюдали за сыном, обратили на этот факт внимание и повели его на обследование.

17. Пациентка Ф., женщина 68 лет, проживает совместно с семьей старшей дочери. Обратилась с жалобами на плохую память. По словам пациентки, она постоянно забывает, где что оставила, часто забывает, зачем она пошла в ту или иную сторону, а последнее время стала забывать названия предметов, что вызывает трудности в общении с близкими и порождает различные комические и неприятные ситуации. По словам дочери пациентки Ф., ее мать забывает даже названия постоянно употребляемых в быту предметов и продуктов, например, таких как хлеб, кружка, соль, стул, пульт от телевизора, холодильник и т.п. Даже если эти предметы находятся в ее поле зрения. При том, что если подсказать ей первый слог названия – женщина его вспоминает. Очень трудно пациентке даются упоминания в речи географических названий и каких-либо мест, связанных с ее прошлым. Речь стала бедная, пациентка старается говорить короткими предложениями.

#### 6.4 Критерии оценивания решения теста

*Критерии оценивания анализа проблемных ситуаций (решение кейсов)*

- «отлично» (8-10 баллов) выставляется студенту, если демонстрируется умение представить аргументированное рассуждение по проблеме, студент может определить причины возникновения ситуации и проблемы, а также предложить эффективное решение, используя профессиональные знания;

- «хорошо» (6-7 баллов) выставляется студенту, если он демонстрирует умение представить аргументированное рассуждение по проблеме, но определяет причины возникновения ситуации и проблемы с небольшими трудностями, предлагает эффективное решение проблемы;

- «удовлетворительно» (3-5 баллов) выставляется студенту, если он не демонстрирует умение представить аргументированное рассуждение по проблеме (ответ не логичен, тезисы не связаны между собой), определяет причины возникновения ситуации и проблемы с небольшими трудностями, предлагает эффективное решение проблемы;

- «неудовлетворительно» (0-2 балла) выставляется студенту, если не демонстрируется умение представить аргументированное рассуждение по проблеме (ответ не логичен, тезисы не связаны между собой), студент не может определить причины возникновения ситуации и проблемы, а также не предлагает эффективное решение.

Вид промежуточной аттестации	Допороговый уровень	Пороговый уровень	Базовый уровень	Продвинутый уровень
Решение теста	0-2 баллов	3-5 баллов	6-7 баллов	8-10 баллов

Итоговая оценка по дисциплине формируется из среднего арифметического баллов за выполненные в семестре задания (тестирование, доклад, реферат, практическая работа) и контрольное тестовое задание.

#### ФОС составил(и)

Левицкая Татьяна Евгеньевна, канд.психол.наук, доцент, зав.каф. генетической и клинической психологии ФП ТГУ

ФОС одобрен на заседании УМС ФП

Протокол от 15.05.2024 № 3.