



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Детская нейропсихология
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология
Квалификация	Клинический психолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра клинической психологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.Г. Фаустова	Кандидат психологических наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.К. Афонина	Кандидат медицинских наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент
И.В. Моторина	Кандидат педагогических наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент

Одобрено учебно-методической комиссией специальности Клиническая психология
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) по
итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

1. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:
 - 1) **первого блока мозга**
 - 2) второго блока мозга
 - 3) третьего блока мозга
 - 4) всех трех блоков
2. Что составляет главную задачу клинической нейропсихологии? Изучение....
 - 1) нейропсихологических первичных симптомов
 - 2) **нейропсихологических синдромов**
 - 3) нейропсихологических факторов
 - 4) нейропсихологических вторичных симптомов

Критерии оценивания тестовых заданий:

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Нейропсихология как наука.
2. Нейропсихология детского возраста и ее отличие от нейропсихологии взрослого возраста.
3. Прикладные аспекты нейропсихологической работы с детьми.
4. Высшие психические функции. Этапы развития ВПФ в онтогенезе (по Л.С.Выготскому).
5. Теория функциональных систем и системогенез П.К.Анохина.

Критерии оценки при собеседовании:

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в

изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача 1. Ребенок 6 лет с выраженной асимметрией глазных щелей и косоглазием, неправильным ростом зубов. Речь лепетная. Часто наблюдается слюнотечение. При осмотре выявлено нарушение крупной и мелкой моторики, полевое поведение. 1. Какой нейропсихологический синдром мы можем здесь наблюдать? 2. Какие нейропсихологические пробы следует применить, чтобы уточнить диагноз?

Задача 2. У ребенка выявлена недостаточность пространственных представлений и нарушение порядка воспроизведения слухоречевых и зрительных эталонов на следах памяти, дефекты соматогнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций, оптико-гностическая ошибка при письме и чтении. Левостороннее игнорирование, резонерство, вычурность. 1. Какие симптомы в данном случае являются первичными, а какие вторичными? 2. На что будет направлена программа психокоррекции в данном случае?

Задача 3. Мальчик 12 лет имеет нарушения чтения: вместо т – п, м; вместо и - н, к. Нарушения письма в виде неполного, частичного, вычурного написания букв с нарушением правильной пространственной ориентации в отдельных частях. Акалькулия в виде расстройства счетных операций: $25 - 8 = 16$, нарушение разрядного строения числа: вместо $1056 = 15\ 060$. 1. Какой нейропсихологический синдром мы можем здесь наблюдать? 2. Какие нейропсихологические пробы следует применить, чтобы уточнить диагноз?

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он свободно справляется с задачами, правильно обосновывает принятое решение. глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой,

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он правильно применяет теоретические положения при решении ситуационных задач, знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопросы задачи,

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он испытывает затруднения при решении ситуационных задач. имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала,

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает ситуационные задачи, не знает значительной части программного материала.

Примеры тем рефератов

1. Работы Э.Г.Симерницкой «Мозг и психические процессы» и «Доминантность полушарий». Исследование речевых и перцептивных функций у детей.

2. Проблема левшества в детском возрасте.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 10 семестре - зачет

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 4 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)

для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

«Детская нейропсихология»

ПК-2

Способен планировать и проводить клинико-психологическую оценку и экспертизу при нарушениях нейрокогнитивного развития и различных формах отклоняющегося поведения, составлять экспертное заключение и рекомендации по организации психологической коррекции, реабилитации и сопровождения.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Нейропсихология детского возраста. Отличия нейропсихологии взрослого и нейропсихологии детского возраста. Предмет. Объект. Задачи. Методы.
2. Положение о системной организации ВПФ и динамическом характере изменений этих систем в онтогенезе по Л.С.Выготскому.
3. Основные правила развития ВПФ по Л. С. Выготскому. Положение об «экстракортикальном» принципе организации мозга человека.
4. Положение о специфике последствий повреждения мозга у ребенка и у взрослого.
5. Обоснование физиологической (мозговой) основы психических функций (теория функциональных систем и системогенеза П.К.Анохина).
6. Гетерохронность и асинхрония развития.
7. Определение высшей психической функции по А.Р.Лурии. Основные признаки психических систем. Понятие «функциональной системы».
8. Специфика синдромного анализа в онтогенезе.
9. Аксиоматика нейропсихологии детского возраста (структурно-функциональное формирование мозга и формирование психических функций ребенка в онтогенезе).
10. Функциональная неравнозначность различных мозговых структур в обеспечении психических функций у детей.
11. Исследование речевых функций по Э.Г.Симерницкой.
12. Исследование перцептивных функций по Э.Г.Симерницкой.
13. Вклад правого и левого полушария в осуществление психической деятельности в детском возрасте.
14. Причины и специфика заболеваний нервной системы в детском возрасте.
15. Группы речевых расстройств у детей в зависимости от причин их возникновения (по Л.О.Бадалян).
16. Методологические вопросы, связанные с возможностью топической диагностики в детском возрасте.
17. Пролонгированные нарушения высших психических функций органического генеза (ММД, классификация аномалий психического развития по В.В.Лебединскому).
18. Биологические и средовые факторы в психическом развитии.
19. Общая характеристика неспособности (снижения способности) к обучению. Дислексия.
20. Общая характеристика неспособности (снижения способности) к обучению. Дисграфия и дискалькулия.
21. Общая характеристика неспособности (снижения способности) к обучению. СДВГ, детский аутизм.
22. Индивидуальные различия психического развития ребенка (субклинические формы отклонений в психическом развитии).
23. Три основных нейропсихологических профиля, характерных для трудностей обучения.
24. Позитивный нейропсихологический синдром развития, негативный нейропсихологический синдром развития.
25. Особенности проведения нейропсихологического исследования с ребенком.
26. Классификация нейропсихологических синдромов отклоняющегося развития по А.В. Семенович и их краткая характеристика.
27. Функциональная несформированность лобных отделов мозга (по А.В.Семенович).

28. Функциональная несформированность левой височной области (по А.В.Семенович).
29. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (по А.В.Семенович).
30. Функциональная несформированность правого полушария (по А.В.Семенович).
31. Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга (по А.В.Семенович).
32. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром (по А.В.Семенович).
33. Атипия психического развития (по А.В.Семенович).
34. Общие проблемы левшества в детском возрасте.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Для детей с таким синдромом характерно накопление дизэмбриогенетических стигм: лицевые асимметрии, неправильный рост зубов, косоглазие, мышечные дистонии, снижение иммунитета, нарушение работы эндокринной системы и др. На занятиях в школе у детей могут нарастать признаки церебростении, головные боли, головокружения. В двигательной сфере отмечается накопление амбидекстральных черт и псевдолеворукости. Наблюдаются грубые дефекты динамического праксиса, реципрокных координаций с обилием синкинезий, вычурных поз и патологических ригидных установок. В зрительно-пространственной сфере наблюдается инверсия вектора оптико-пространственной деятельности и фрагментарность зрительного восприятия при сканировании большого перцептивного поля с тенденцией к левостороннему игнорированию. Выявляется грубая патология всех уровней и аспектов пространственных представлений с обилием реверсий и отчетливыми латеральными отличиями в правой и левой руке. Могут наблюдаться 90-градусные реверсии при копировании. В мнестической сфере обнаруживаются выступающие на первый план дефекты избирательности памяти вне зависимости от ее модальности при относительно сохранном объеме и прочности. В речевой деятельности на первый план выступают дефекты фонетико-фонематического анализа.

Явно обнаруживает несформированность и обеднение самостоятельной речевой продукции с обилием вербальных «штампов» и аграмматизмов. Имеет место задержка становления обобщающей и регулирующей функции слова. Динамические особенности деятельности ребенка характеризуются большим периодом вработываемости, инертностью, трудностями переключения внимания, эхолалиями, эхопраксиями. Как правило, темп деятельности ребенка снижен, низкая работоспособность обусловлена истинными признаками утомляемости, зевотой, ухудшением деятельности, колебаниями внимания.

О каком синдроме дефицитарности идёт речь?

2. Такие дети легко отвлекаются, не могут сосредоточиться, быстро устают от занятий, их трудно надолго заинтересовать чем-либо. В обследовании они медлительны, не всегда удерживают программу эксперимента, не обнаруживают заинтересованности в получении лучших результатов. Однако в течение эксперимента обнаруживается, что в конце обследования ребенок способен выполнить достаточно сложные задания, т.е. истинного истощения не происходит. Наблюдение за ребенком в игровой ситуации показывает, что его активность остается достаточно высокой на протяжении длительного времени. Наблюдается рассогласование между нейродинамическим компонентом учебной и игровой деятельности. Основным феноменом выступает склонность ребенка к упрощению программы, тенденция к персеверациям, стремление к привлечению внешних опор при выполнении заданий. При этом внешний контроль и разделение экспериментальной

программы на последовательные подпрограммы, как правило, повышают эффективность работы. В письме характерны пропуски букв, упражнения не дописываются до конца, в арифметической задаче ребенок вместо трех действий пишет одно, а подлежащее, сказуемое и дополнение подчеркивает одинаково, и совершает другие ошибки «по невнимательности». Особое внимание привлекает бедная речевая продукция ребенка. Снижена обобщающая функция речи, что наиболее ярко проявляется в интеллектуальных тестах. Речь носит преимущественно реактивную форму, она примитивна по синтаксису и разнообразию изобразительных средств, включение в активную, развернутую речевую деятельность несколько затруднено, при этом все базисные характеристики речи (сенсорная, моторная, номинация, повторение, понимание) сохранены. Первично недостаточными являются праксис, гнозис, память. Основным радикалом в данном случае является недостаточность саморегуляции, программирования, целенаправленности и контроля за протеканием собственной деятельности, связанная со слабостью регулирующей функции речи. Речь такого ребенка еще не достигла того уровня развития, когда она становится организатором и конструирующим фактором его деятельности. Из-за этого нормальное развитие других познавательных процессов при отсутствии саморегуляции и самоконтроля собственной речью не приводит к адекватной адаптации к новым социальным условиям.

3. Данный синдром отличается характерным набором типичных признаков «функциональной автономности» мозговых полушарий: несформированность реципрокной координации рук и накопление амбилатеральных черт в пробах на исследование латеральных предпочтений; обилие реверсий (зеркальности) как элементарных, так и системных, то есть восприятие и анализ значительного по объему перцептивного поля справа-налево. Это может обнаружить себя при рассматривании фигур предметного гнозиса, интерпретации сюжетных картин (особенно серийных), в чтении, при воспроизведении эталонов зрительной памяти и т.д.; отчетливая тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля и латеральные отличия при выполнении одного и того же задания правой и левой рукой; несформированность фонематического слуха (в качестве вторичного нарушения), что особенно ярко выражается на следах памяти и в письме; нестабильность номинативной функции речи; «краевые» эффекты при исследовании памяти; использование различных стратегий решения интеллектуальных задач, при этом в одном и том же эксперименте ребенок может использовать то одну из них, то другую.

4. Почти у всех больных обнаруживается неглубокая степень психического недоразвития. Дети отличаются несоответствием уровня одних психических процессов по отношению к другим, что приводит, как правило, к «западению» одних школьных навыков по отношению к другим. У этих больных отмечаются неустойчивое и легко истощающееся внимание, эмоциональная лабильность, выражающаяся в повышенной раздражительности, плаксивости и склонности к быстрой смене настроения. Дети часто неусидчивы и суетливы (вплоть до расторможенности). У большинства пациентов моторика неуклюжая, неловкая, тонкая координация движений затруднена. При астенической форме умственной отсталости недостаточен и запас пространственных представлений – дети не могут правильно обозначить такие понятия, как «сбоку», «снизу», «сверху», «справа», «слева» и т.п. При относительно неглубоком интеллектуальном дефекте у большинства больных отмечается значительное затруднение в овладении самыми простыми учебными школьными навыками.

5. Больные с этой формой умственной отсталости отличаются относительной равномерностью психического недоразвития. Эти дети эмоциональны, общительны, привязаны к родителям и товарищам. Характерным для них является плохое непосредственное запечатление наглядного и словесного материала, при этом, несмотря на меньший словарный запас, чем, например, при астенической форме умственной отсталости, такие дети и подростки гораздо лучше приспосабливаются в бытовой жизни.

6. Эволютивно-конституциональный ... является врожденным заболеванием, но проявляется у больных обычно в ситуациях интеграции в социум. Пациенты имеют отклонения в двусторонних социальных коммуникациях, в невербальном поведении, не способны к эмоциональному сопереживанию. Стремятся, но не умеют устанавливать контакты. У них наблюдается раннее речевое развитие, богатый словарный запас, хорошее абстрактно-логическое мышление. Коммуникативная сторона речи страдает – они говорят тогда, когда хотят, не слушают собеседника, часто говорят сами с собой, для них типичны своеобразные отклонения интонационного оформления речи, необычные речевые обороты. Не соблюдают дистанцию, не понимают юмора, реагируют агрессией на насмешки. Демонстрируют выраженные нарушения внимания, моторную неуклюжесть. Прогноз благоприятный, к 16-17 годам аутизм смягчается. В 60% случаев сохраняются сензитивность, социальная неуклюжесть. Пациенты успешны в выбранной сфере деятельности (из-за мономанического интереса).

7. Распространенность в популяции: 2 случая на 10 000 детей (орфанное заболевание). Эволютивно-процессуальный СК – врожденная тяжелая форма аутизма, которая проявляется асинхронным дезинтегративным аутистическим дизонтогенезом с неполным и неравномерным созреванием ВПФ, неспособностью к формированию общения и характеризуется наличием «триады» основных областей нарушений: недостатком социального взаимодействия, недостатком взаимной коммуникации, наличием стереотипных регрессивных форм поведения. Рецептивная и экспрессивная речь развивается с задержкой: отсутствует жестикуляция, гуление и лепет – обедненные. В экспрессивной речи первые слова (в форме эхололий) появляются к 2-4 годам, сохраняются в последующие годы. Больные произносят их напевно, то четко, то смазанно. Словарный запас пополняется медленно, после 3-5 лет отмечаются короткие фразы-штампы, преобладает эгоцентрическая речь. Больные не способны к диалогу, пересказу, не используют личные местоимения. Коммуникативная сторона речи практически отсутствует.

Крупная моторика – угловатая, с двигательными стереотипиями, присутствуют атетозоподобные движения. Ходьба с опорой на пальцы. Мышечная дистрофия. Эмоциональная сфера не развивается или развивается с большой задержкой, отсутствует комплекс оживления на попытки родителей взять их на руки (при выраженном симбиозе с матерью), не формируется различение своих и чужих. Комплекс оживления возникает спонтанно, в рамках аутистических интересов, проявляется общим двигательным возбуждением. Нарушена инстинктивная деятельность в форме пищевого поведения, инверсия цикла «сон-бодрствование». Психическая деятельность обеднена, стереотипна, отсутствует подражание. Не формируется абстрактное мышление. Послабление аутистической симптоматики отмечается в 6-8 лет, тогда становится возможной небольшая положительная динамика в развитии речи и мелкой моторики. Отсутствует воображение, способность мыслить по аналогии создают главные трудности в процессе обучения.

К пубертатному возрасту интеллект обычно снижен – в 75% случаев.

8. ... представляет собой утрату или прогрессирующее ухудшение речи, интеллектуальных, социальных или коммуникативных способностей у детей. Проявляется в возрасте 2-4 лет на фоне нормального онтогенеза. Для заболевания характерны повышенная раздражительность, уход в себя. Речь больных становится непонятной, отмечаются нарушения памяти и восприятия, тревожное настроение или агрессивность. Дети с ... не ориентируются в социальных ситуациях, часто утрачивают приобретенные ранее навыки опрятности, у них наблюдаются стереотипные движения. В результате регресса в поведении и нарушения коммуникативной функции возникает предположение об аутизме. Постепенно развивается полная клиническая картина деменции. Динамика заболевания может отличаться волнообразностью, хотя в целом расстройство носит прогрессивный характер.

9. Приступы с ведущей кататонической симптоматикой возникают в первые три года жизни ребенка, на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития. Кататонические расстройства, коморбидные с РАС, занимают ведущее положение в приступе, носят у большей части больных генерализованный гиперкинетический характер (бег по кругу, вдоль стены, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания). Возможен шаг с опорой не на всю стопу. Больные припадают то на одну, то на другую ногу, «прихрамывают». Имеет место эхопраксия. Пациенты совершают стереотипные движения. Моторное возбуждение сопровождается негативизмом разной степени выраженности. Речь – смазанная, с персеверациями и эхолоалиями. Периодами она становится бессвязной, представляет собой набор слов, слогов. Дети не нуждаются в общении с окружающими, родными и близкими, часто «сохраняют собственную территорию», при вмешательстве – проявляются тревога, агрессия, плач, отторжение коммуникации.

10. Иногда такие дети попадают в классы коррекции или отправляются на домашнее обучение. Они характеризуются дисгармоничным развитием высших психических функций: так, высокий уровень развития математических способностей может сочетаться с грубой дисграфией. У одаренных детей также часто наблюдаются нарушения в эмоционально-волевой сфере, проявляющиеся в неадекватной реакции на внешние раздражители и затруднениях в адаптации к окружающей среде. Степень дефектов и возможности их компенсации в значительной степени зависят от условий и направленности воспитания ребенка.

11. Период, во время которого может произойти передача речевых функций из одного полушария в другое, весьма ограничен. По данным разных авторов, такое перемещение ограничивается возрастом В более позднем возрасте восстановление является неполным, а в конце периода полового созревания – резко ограниченным.

Задача 1.

Ребенок 6 лет с выраженной асимметрией глазных щелей и косоглазием, неправильным ростом зубов. Речь лепетная. Часто наблюдается слюнотечение. При осмотре выявлено нарушение крупной и мелкой моторики, полевое поведение.

Вопрос 1. *Какой нейропсихологический синдром мы можем здесь наблюдать?*

Вопрос 2. *Какие нейропсихологические пробы следует применить, чтобы уточнить диагноз?*

Задача 2.

У ребенка выявлена недостаточность пространственных представлений и нарушение порядка воспроизведения слухоречевых и зрительных эталонов на следах памяти, дефекты соматогнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций, оптико-гностические ошибки при письме и чтении. Левостороннее игнорирование, резонерство, вычурность.

Вопрос 1. *Какие симптомы в данном случае являются первичными, а какие вторичными?*

Вопрос 2. *На что будет направлена программа психокоррекции в данном случае?*

Задача 3.

Мальчик 12 лет имеет нарушения чтения: вместо т – п, м; вместо и - н, к. Нарушения письма в виде неполного, частичного, вычурного написания букв с нарушением правильной пространственной ориентации в отдельных частях. Акалькулия в виде расстройства счетных операций: $25 - 8 = 16$, нарушение разрядного строения числа: вместо 1056 $\quad \quad \quad = 15 \quad \quad \quad$ 060.

Вопрос 1. *Какой нейропсихологический синдром мы можем здесь наблюдать?*

Вопрос 2. *Какие нейропсихологические пробы следует применить, чтобы уточнить диагноз?*

Задача 4.

Во время игры на спортивной площадке ребенок 6 лет не удержался и упал, сильно ударившись головой. После осмотра ребенка специалистом, было выявлено, что у него закрытая ЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени. После перенесенной травмы родители пациента жалуются на трудности и ошибки узнавания ребенком простых предметов обихода (например, приступая к чистке зубов, он не помнит и не узнает, как выглядит зубная щётка, не выделяет ее из всех принадлежностей для гигиены, не узнает на внешний вид и другие предметы быта). При этом ребенок узнает знакомые лица.

Вопрос 1. *Учитывая описанные симптомы определите нарушение высшей психической функции ребенка.*

Вопрос 2. *Какие методы диагностики в данном случае можно использовать для локализации очага поражения? Предложите диагностический инструментарий.*

Вопрос 3. *Учитывая описанные симптомы, определите какие зоны головного мозга могли пострадать в результате травмы.*

Задача 5.

В ДТП ребенок 7 лет ударился головой. В результате медицинского осмотра у больного была выявлена травма головного мозга. Последствия травмы проявлялись в том, что ребёнок не различает право-лево и плохо понимает смысл предлогов «над», «под», «за», не может самостоятельно одеться (путает переднюю и заднюю часть одежды, не может правильно обуться, застегнуться), нарисовать лицо человека, собрать домик из геометрических фигур, дорисовать рисунок.

Вопрос 1. *Определите нарушение высших психических функций по описанным симптомам.*

Вопрос 2. *Определите в какой части головного мозга может быть локализовано поражение, исходя из описанных симптомов.*

Вопрос 3. *Какие методы диагностики можно использовать в данном случае, чтобы установить возможный очаг поражения? Опишите данные методики.*

Задача 6.

Ребенок 9 лет допускает грубые ошибки в чтении и письме: не видит границу слов и предложений, слитно пишет предлоги, не обозначает мягкость согласных на письме и т.д. Читает медленно, пропуская слоги и переставляя их.

Вопрос 1. *Определите возможный(-ые) синдром(-ы), связанный(-ые) с описанным нарушением функции письма и чтения?*

Вопрос 2. *Опишите какие причины могут вызывать данное нарушение?*

Вопрос 3. *Предложите методы диагностики письма и чтения, которые можно использовать в данном случае*

Задача 7

В ходе беседы с родителями Л., 7 лет, было выяснено, что ребенок легко отвлекается, не может сосредоточиться, быстро устает от занятий. Его трудно надолго заинтересовать, он вял и равнодушен практически ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Он и в повседневной жизни не проявляет выраженного к чему-либо интереса. Мама жалуется на то, что мальчик может часами "плевать в потолок", играть в

одну и ту же компьютерную игру без особого азарта и желания попробовать другую. Его не волнуют ни поощрения, ни наказания, заставить его что-либо сделать можно лишь «из-под палки» или посулив награду. Впрочем, любыми подарками он пресыщается через несколько минут, особенно если это игры, требующие от него хоть минимальных усилий. При нейропсихологическом исследовании у Л. выявлены следующие нарушения высших психических функций: недостаточность произвольного внимания, речевой саморегуляции, программирования, целеполагания и контроля за протеканием собственной деятельности.

Вопрос 1: *Какой нейропсихологический синдром имеет место в данном случае?*

Вопрос 2: *С поражением какого полушария головного мозга связан данный синдром?*

Задача 8.

В процессе проведения групповых занятий, направленных на повышение уровня самоактуализации и самоосознания учеников 9-х классов имела место следующая ситуация. Психолог никак не мог понять, почему многократно апробированная психокоррекционная программа непонятным образом тормозится и не только не дает положительного результата, но и выявляет совершенно алогичные и непрогнозируемые групповые феномены, весьма далекие от начальной цели. Обращение к нейропсихологическому обследованию выявило, что у половины участников группы имеют место в той или иной степени выраженности дефекты фонематического анализа и синтеза. Иными словами, обсуждая столь высокие материи, участники данного группового процесса понимали друг друга едва ли наполовину.

Вопрос 1: *Демонстрацией каких нарушений является этот случай?*

Вопрос 2: *Определите локализацию поражения головного мозга при данных нарушениях.*

Задача 9.

При полной или неполной сохранности движений в руке и ноге, больной 16 лет не пользуется ими для осуществления разнообразных действий. Он «забывает» о них, игнорирует их существование, не включает в работу. Это игнорирование относится только к левой половине тела. Например, больной моет только одну правую руку, надевает ботинок только на правую ногу. В тяжёлых случаях у больного возникает чувство отсутствия левой половины тела.

Вопрос 1: *О каком нарушении идет речь?*

Вопрос 2: *С поражением какого участка мозга связано нарушение?*

Задача 10.

Больной 17 лет испытывает ощущение, что рядом с ним лежит другой человек, которому принадлежит одна из его ног, находящихся в кровати (левая нога больного), либо это не его нога, а палка или другой предмет. В некоторых случаях возникает ощущение, что тело распилено на две половины, что голова, рука или нога отделены от туловища.

Вопрос 1: *О каком нарушении идет речь?*

Вопрос 2: *С поражением какого участка мозга связано нарушение?*

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача 1. Эта форма афазии обуславливается, по-видимому, двумя принципиальными обстоятельствами: во-первых, распадом артикуляторного кода, то есть потерями специальной слухоречевой памяти, в которой хранятся комплексы движений, необходимых для произнесения фонем (отсюда - затруднения дифференцированного

выбора способов артикуляции); во-вторых, выпадением или ослаблением кинестетического афферентного звена речевой системы. Грубые нарушения чувствительности губ, языка и неба обычно отсутствуют, но возникают трудности синтеза отдельных ощущений в целостные комплексы артикуляторных движений. Это проявляется грубыми искажениями и деформациями артикулем во всех видах экспрессивной речи.

Вопрос 1: *О какой форме афазии идет речь?*

Вопрос 2: *С поражением какого участка мозга связано нарушение?*

Задача 2. В первую очередь в речи таких больных нарушается понимание и употребление предлогов, наречий, служебных слов и местоимений. Появляется дефектность и замедленность пересказа коротких текстов, часто превращающихся в неупорядоченные обрывки. Детали предложенных, услышанных или прочитанных текстов не улавливаются и не передаются, но в спонтанных высказываниях и в диалоге речь оказывается связной и свободной от грамматических ошибок.

Вопрос 1: *О какой форме афазии идет речь?*

Вопрос 2: *С поражением какого участка мозга связано нарушение?*

Задача 3. При предъявлении испытуемым перечеркнутых и наложенных изображений, были получены следующие результаты: молоток узнавался как палочка, ландыш — веточки и листочки, бабочка — летучая мышь.

Вопрос 1: *Какое нарушение наблюдается в данной ситуации?*

Вопрос 2: *С поражением каких отделов мозга связано нарушение?*

Задача 4. При предъявлении изображения испытуемый оранжевый апельсин узнается как арбуз, капуста; зеленый арбуз — как апельсин, помидор.

Вопрос 1: *Какой феномен описан в данном случае?*

Вопрос 2: *Дайте более полное описание данного феномена.*

Задача 5. При выполнении задания «запоминание двух смысловых рядов» Миша не воспроизводит 1-е предложение, иногда предыдущие слова, а последующее предложение и слова воспроизводит хорошо.

Вопрос 1: *О каком симптоме у Миши можно говорить?*

Вопрос 2: *Поражение в каком отделе мозга можно предположить у Миши?*

Задача 6. При обследовании детей в детском саду, психолог обратил внимание на девочку К. - 5,5 лет, речь которой характеризовалась хаотичностью трудностями в подборе слов, наличием морфологических ошибок (в склонениях и соединительных словах), синтаксических ошибках, неправильным порядком слов в предложении, парафазиями, заменами слов или частей слова эквивалентами той же категории. Речь сопровождалась избыточной артикуляцией, не отличалась беглостью.

Вопрос 1: *Что за нарушение речи у ребенка?*

Вопрос 2: *Каковы вероятные причины для возникновения такого нарушения?*

Задача 7. Мама на приеме у психолога жалуется на не соответствующие нормальным возрастным характеристикам и свидетельствующие о недостаточных адаптационных возможностях: нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность у 7 летнего Пети в течении четырех с половиной месяцев.

Вопрос 1: *Может ли психолог поставить диагноз гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ)?*

Вопрос 2: *Укажите диагностические критерии СДВГ.*

Задача 8. Больной К., 17 лет, попал в автомобильную аварию. Основной удар пришелся на область затылка. В течение часа он не приходил в сознание, а очнувшись, обнаружил, что ничего не видит. В стационаре окулист и невропатолог патологии не выявили. При нейропсихологическом исследовании не удалось провести комплекс проб на зрительное узнавание из-за полной слепоты больного. Со стороны других высших психических функций патологии не выявлено.

Вопрос: *Какая симптоматика наблюдается у больного и с чем она связана?*

Задача 9. У испытуемого К., 15 лет, при исследовании характера функциональной асимметрии мозга выявлено: а) руки: предпочитает держать ложку, писать, рисовать, резать, бросать камень, бить молотком правой рукой, б) ноги: предпочитает прыгать на правой ноге, бить по мячу правой ногой, при закидывании ноги на ногу левая нога сверху, в) тело: вращение вокруг своей оси осуществляется в сторону правой половины тела, г) слух: Кпу = 40%, д) зрение: первым прищуривается правый глаз, в калейдоскоп смотрит левым глазом.

Вопрос: *Какой представлен профиль асимметрии?*

Задача 10. У больного А., 17 лет, после автомобильной аварии нарушилась речь: он говорил малопонятно, путал буквы в словах, иногда отвечал на вопросы невпопад. При этом интонационный компонент речи был полностью сохранен. При нейропсихологическом исследовании выявлено: нарушение фонематического слуха, заключающееся в том, что больной не дифференцирует преимущественно сходные фонемы, иногда путает другие согласные и гласные звуки. Это проявляется в трудностях названия предметов и понимания обращенной речи. Подсказка не помогала больной правильно назвать предъявленное изображение. Была нарушена номинативная функция речи. Те же нарушения наблюдаются у него при чтении и письме. Другие высшие психические функции грубо не нарушены.

Вопрос: *В какой зоне имела место черепно-мозговая травма?*