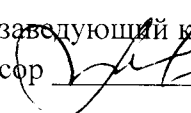



Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анагольевич
Должность: Высший
Дата подписания: 27.03.2023 22:50:16
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334(СН

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры психологии здоровья
и коррекционной психологии
протокол № 15 от «08» июня 2018 г.
заведующий кафедрой,
профессор  В.Б. Никишина

УТВЕРЖДЕНО

на заседании методического совета
факультета клинической психологии
протокол № 5 от «08» июня 2018 г.
председатель методического совета
факультета клинической психологии
декан факультета клинической психологии,
профессор  Василенко Т.Д.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине

Патология памяти

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|---------|
| Факультет | Клинической психологии | | |
| Специальность | 37.05.01 Клиническая психология | | |
| Специализация | Нейropsychологическая реабилитация и коррекционно-развивающее обучение | | |
| Курс | 4 | Семестр | 7-8 |
| Трудоемкость (з.е.) | | | 5 |
| Количество часов всего | | | 180 |
| Форма промежуточной аттестации | | | экзамен |

Разработчики рабочей программы:

зав. кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии,
д. психол. н., профессор В.Б. Никишина, профессор кафедры психологии здоровья и
коррекционной психологии, д. психол. н., доцент И.В. Запесоцкая

Курск – 2018

Рабочая программа дисциплины «Патология памяти» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 37.05.01 Клиническая психология.

1. Цель и задачи дисциплины

Цель: теоретическая и практическая интеграция представлений о патологии памяти как высшей психической функции, психическом процессе-интеграторе.

Задачи:

- формирование теоретических представлений о нейропсихологических аспектах понимания нормы и патологии памяти;
- формирование навыков нейропсихологической диагностики памяти;
- формирование навыков коррекции и восстановления памяти.

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы и требования к планируемым результатам обучения по дисциплине

Дисциплина «Патология памяти» относится к базовой части образовательной программы.

Процесс изучения дисциплины обеспечивает достижение планируемых результатов освоения образовательной программы и направлен на формирование следующих компетенций:

| Компетенция | | Логическая связь с дисциплинами учебного плана |
|-------------|---|---|
| код | формулировка | |
| ПСК-2.3. | Способность и готовность к овладению основами нейропсихологического синдромного анализа нарушений высших психических функций | Клиническая нейропсихология, Проблемы афазии, Детская нейропсихология. Методы нейропсихологической диагностики, Методология и технология нейропсихологического исследования, Супервизия |
| ПСК-2.5. | Способность и готовность к самостоятельной постановке практических и исследовательских задач, составлению программ диагностического обследования с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих структуру нарушения высших психических функций | Проблемы афазии, Методы нейропсихологической диагностики, Личность и нарушение общения, Нейропсихология девиантного поведения, Нейропсихологические основы дизонтогенеза, Методология и технология нейропсихологического исследования, Супервизия |
| ПСК-2.6. | Способность и готовность к применению на практике методов нейропсихологической диагностики с целью определения синдрома и локализации поражения мозга у взрослых и детей | Проблемы афазии, Детская нейропсихология. Методы нейропсихологической диагностики, Супервизия |
| ПСК-2.7. | Способность и готовность к диагностическому обследованию ребенка с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих трудности | Детская нейропсихология, Методы нейропсихологической диагностики, Нейропсихологические основы |

| | | |
|--|---|---------------------------|
| | обучения ребенка в школе в связи с особенностями функционирования мозга | дизонтогенеза. Супервизия |
|--|---|---------------------------|

Содержание компетенций (этапов формирования компетенций)

| Код компетенции | Формулировка компетенции | Этапы формирования и индикаторы достижения компетенции | | | Владеет (имеет практический опыт) |
|-----------------|---|---|---|--|-----------------------------------|
| | | Знает | Умеет | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| ПСК-2.3. | Способность и готовность к овладению основами нейропсихологического синдрома анализа нарушений высших психических функций | <ul style="list-style-type: none"> - методы анализа нейропсихологических синдромов - основы синдрома анализа нарушений высших психических функций | <ul style="list-style-type: none"> - выявлять нейрпсихологические симптомы и синдромы при нарушении высших психических функций при патологии различной этиологии - осуществлять нейропсихологический синдромный анализ нарушений высших психических функций | <ul style="list-style-type: none"> - навыком осуществления нейропсихологического синдрома анализа нарушений высших психических функций | |
| ПСК-2.5. | Способность и готовность к самостоятельной постановке практических и исследовательских задач, составлению программ диагностического обследования с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих структуру нарушений высших психических функций | <ul style="list-style-type: none"> - нейропсихологические факторы и нейропсихологические синдромы - структуру нарушений высших психических функций - методы нейропсихологической диагностики - структуру программ диагностического обследования факторов, определяющих структуру нарушений высших психических функций | <ul style="list-style-type: none"> - самостоятельно формулировать практические и исследовательские задачи в области нейропсихологии - составлять программы диагностического обследования с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих нарушения высших психических функций различной этиологии | <ul style="list-style-type: none"> - навыком составления программ диагностического обследования с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих структуру нарушения высших психических функций | |
| ПСК-2.6. | Способность и готовность к применению на практике методов нейропсихологической диагностики с целью определения синдрома и локализации поражения мозга у взрослых и детей | <ul style="list-style-type: none"> - основные принципы и методы нейропсихологической диагностики с целью определения синдрома и локализации поражения мозга у взрослых и детей - структуру и принципы написания нейропсихологического заключения, в зависимости от этапов лечебного и реабилитационного процесса | <ul style="list-style-type: none"> - составлять программы диагностического обследования, применять нейропсихологические методы диагностики у взрослых и детей - определять по результатам диагностики синдромы и локализацию поражения мозга у взрослых и детей - изучать медицинскую документацию, осуществлять сбор и анализ жалоб и информации о познавательных функциях, эмоционально-личностной сфере, когнитивном и социальном функционировании - проводить нейропсихологическое обследование, применяя нейропсихологические методики | <ul style="list-style-type: none"> - методами нейропсихологической диагностики с целью определения синдрома и локализации поражения мозга у взрослых и детей - опыт проведения нейропсихологического обследования когнитивного функционирования - оформлением нейропсихологического заключения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи | |

| | | | | |
|-----------------|---|---|--|---|
| | | | <p>исследования познавательных функций, эмоционально-личностной сферы, когнитивного функционирования и социального взаимодействия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор преморбидных данных и жалоб - проводить клиническую беседу и осуществлять наблюдения за пациентом с учетом его состояния - определять функциональную асимметрию психических функций - исследовать регуляторный компонент познавательных функций - исследовать нейродинамические и энергетические компоненты психических функций - исследовать внимание, эмоционально-личностную сферу, память, речь (письменную и устную), мышление - составлять нейропсихологическое заключение - оценивать степень ограничений жизнедеятельности и здоровья, реабилитационный потенциал, специфику когнитивного и социального функционирования | <p>обследования нейропсихологической диагностики школьников</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагностика с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих трудности обучения ребенка в школе в связи с особенностями функционирования мозга |
| <p>ПСК-2.7.</p> | <p>Способность и готовность к диагностическому исследованию ребенка с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих трудности обучения ребенка в школе в связи с особенностями функционирования мозга</p> | <ul style="list-style-type: none"> - нейропсихологические факторы, определяющие трудности обучения ребенка в школе - основные принципы и методы диагностического исследования ребенка с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих трудности обучения ребенка в школе в связи с особенностями функционирования мозга | <ul style="list-style-type: none"> - вычленять трудности обучения ребенка в школе, связанные с нейропсихологическим факторами - выбирать и применять методы диагностики нейропсихологических факторов, определяющих трудности обучения ребенка в школе в связи с особенностями функционирования мозга | <ul style="list-style-type: none"> - проведение нейропсихологической диагностики школьников - диагностика с целью выделения нейропсихологических факторов, определяющих трудности обучения ребенка в школе в связи с особенностями функционирования мозга |

3. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении

| Наименование раздела дисциплины | Содержание раздела | Код компетенции |
|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Физиологические, нейробиологические механизмы патологии памяти. | Естественно-научные теории патологии памяти: химические, физиологические и нейробиологические теории памяти. Нейробиологическая модель сенсорной, кратковременной, долговременной памяти Нейрофизиологические основы памяти: структуры ЦНС, участвующие в работе памяти. | ПСК-2.3. ПСК-2.5. ПСК-2.6. ПСК-2.7. |
| Психологические теории патологии памяти. | Фило- и онтогенетические закономерности развития и функционирования памяти. Психологические механизмы патологии памяти. Психологические теории патологии памяти: ассоцианистская, гештальтпсихологическая, бихевиоральная, когнитивная, деятельностная. Психологические механизмы патологии процессов памяти: запоминания информации, сохранения, воспроизведения, забывания информации. | ПСК-2.3. ПСК-2.5. ПСК-2.6. ПСК-2.7. |
| Проблемы памяти. | Доминанта как фактор слебообразования в ЦНС Функциональная асимметрия больших полушарий и система организации памяти. Нейропсихологический анализ нарушений памяти и проблема функционального взаимодействия полушарий мозга Эмоции как системный уровень регуляции памяти Роль сна в системной организации памяти | ПСК-2.3. ПСК-2.5. ПСК-2.6. ПСК-2.7. |
| Клинический подход в патологии памяти. | Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Демнестические синдромы. Корсаковский синдром. Нарушения памяти при «корковых» деменциях альцгеймеровского типа, при «подкорковой деменции». Нарушения памяти при дисциркуляторной энцефалопатии. Нарушения памяти при дисметаболических энцефалопатиях. Психогенные нарушения памяти. Преходящие нарушения памяти Влияние пожилого возраста на физиологические изменения памяти. «Сенильный амнестический синдром». Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Амнестический синдром. Неиродинамическая теория амнезии (А.Р. Лурия, 1974). Модально-неспецифические нарушения памяти и их механизмы. Модально-специфические нарушения памяти и их механизмы. Локализационный подход к нарушениям памяти. Нарушение мнестических процессов при поражении лобных долей, глубоких отделов мозга (верхних отделов ствола, третьего желудочка и лимбической области). Клинический подход к нарушениям памяти. Расстройства памяти: гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии. | ПСК-2.3. ПСК-2.5. ПСК-2.6. ПСК-2.7. |
| Диагностика и коррекция восстановления памяти. | Методы диагностики мнестических процессов в норме и патологии. Перечень диагностических услуг медицинского психолога (согласно приказу Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808)): АО 1.29.008 Сбор психологического анамнеза и жалоб; А13.29.005.001 Специализированное нейропсихологическое обследование; А 13.29.005 Клинико-психологическое | ПСК-2.3. ПСК-2.5. ПСК-2.6. ПСК-2.7. |

| | |
|--|---|
| | нейропсихологическое обследование; В03.070.004 Комплекс клинико-психологических исследований для определения характера нарушения высших психических функций; А13.23.011 Нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций; В04.070.008 Школа психологической реабилитации для пациентов и родственников; В05.069.004 Разработка индивидуальной программы психологической реабилитации. Технологии развития и коррекции памяти у детей в норме и патологии. Технологии коррекции и восстановления памяти в пожилом возрасте в норме и патологии. Технологии развития, коррекции и восстановления памяти у взрослых в норме и патологии. |
|--|---|

4. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах)

| Наименование раздела дисциплины | Контактная работа | | | Итого часов | Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения | Формы текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации | | |
|---|-------------------|-----------|----------------------|-------------|--|---|----------------------|-----------------------------|
| | всего | из них | | | | | | |
| | | лекции | практические занятия | | | | | |
| I | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 ЛТ ЛВ УФ СИК | 8 ЛП ПС КПЗ ПЗ ЗС КС НПК УИРС | 9 КР ДЗ КЗ ЛР Т С | |
| Физиологические механизмы патологии памяти | 24 | 12 | 12 | 4 | 5 | 4 | 28 | КР ДЗ КЗ ЛР Т С |
| Психологические теории патологии памяти | 24 | 12 | 12 | 10 | 10 | 10 | 34 | КР ДЗ КЗ ЛР АК С Т Пр. С |
| Проблемы памяти | 12 | 6 | 6 | 10 | 10 | 10 | 22 | КР ДЗ КЗ ЛР АК С Т Пр. С |
| Клинический подход в патологии памяти | 32 | 16 | 16 | 10 | 10 | 10 | 42 | КР ДЗ КЗ ЛР АК С Т Пр. С |
| Диагностика, коррекция и восстановление памяти. | 8 | 4 | 4 | 10 | 10 | 10 | 18 | КР ДЗ КЗ ЛР АК С Т Пр. С |
| Экзамен | - | - | - | - | - | - | 36 | Т, Пр., С, ЗС |
| ИТОГО: | 100 | 50 | 50 | 44 | 44 | 44 | 180 | - |

4.1. Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

| ЛТ | УФ | ЗС | КС | УИРС | К | НПК |
|---|--------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------|--|
| традиционная лекция | учебный видеофильм | решение ситуационных задач | анализ клинических случаев | учебно-исследовательская работа студента | написание конспектов | участие в научно-практических конференциях |
| лекция-визуализация | | | | | | |
| проблемная лекция | | | | | | |
| проблемные семинары | | | | | | |
| клиническое практическое занятие | | | | | | |
| практическое занятие | | | | | | |
| самостоятельно изучение тем, отраженных в программе, но рассмотренных в аудиторных занятиях | | | | | | |

4.2. Формы текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| КР | проведение контрольных работ | Т | тестирование |
| ДЗ | проверка выполнения письменных домашних заданий | Пр. | оценка освоения практических навыков (умений, владений) |
| КЗ | комплексная оценка знаний | С | оценка по результатам собеседования (устный опрос) |
| ЛР | защита лабораторных работ | ЗС | решение ситуационных задач |
| АКС | анализ клинических случаев (клинический разбор) | | |

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература:

1. Черемошкина Л.В. Психология памяти [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л.В. Черемошкина. — Электрон. текстовые данные. — М. : Аспект Пресс, 2009. — 319 с. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/8886.html>

Дополнительная литература:

1. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Б. В. Зейгарник. - 2-е изд., стер. - М. : Академия, 2003. - 207 с. : ил. - (Высшее образование). (29 экз)
2. Воропаева С.В. Основы общей психопатологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / С.В. Воропаева. — Электрон. текстовые данные. — М. : Прометей, 2012. — 160 с.— URL: <http://www.iprbookshop.ru/18595.html>
3. Сенсорные факторы физиологической активности мозга человека [Электронный ресурс] : мультимедийное учебное пособие / В. Б. Никишина [и др.]. ; Курск. гос. мед. ун-т, каф. психологии здоровья и коррекц. психологии. - Электрон. дан. - Курск : КГМУ, 2017. — URL : http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=1=&S21STR=CD%2D1895%2F%D0%A1%2031%2D462636729

Периодические издания (журналы):

1. Вопросы психологии
2. Психологический журнал
3. «Социальная и клиническая психиатрия»
4. «Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова»
5. Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье"
6. «Журнал высшей нервной деятельности имени И.П. Павлова»

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Электронная библиотека КГМУ «Medicus»
http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&C21COM=F&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED
2. Электронно-библиотечная система «IPRbooks» <http://www.iprbookshop.ru/>
3. Электронная медицинская библиотека «Консультант врача»
<http://www.rosmedlib.ru/>
4. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU»
<https://elibrary.ru/>
5. Консультант плюс
https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus
6. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» <https://cyberleninka.ru/>
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации
<https://www.rosminzdrav.ru/>
8. Всемирная организация здравоохранения
<http://www.who.int/ru/>

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

| № п/п | Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы | Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы | Перечень лицензионного программного обеспечения. |
|-------|---|--|---|
| 1. | <p>Российская Федерация, 305041, г. Курск, ул. К. Маркса. д. 3, 3 этаж, каб. №320</p> | <p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного и семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: специализированная мебель (учебная мебель, доска, шкафы офисные); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (телевизор, ноутбук); учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации.</p> | <p>Реквизиты подтверждающего документа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018 6. Программное обеспечение «Нейрокурс» (ПО «Нейрокурс») – свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2013610332. |
| 2. | <p>Российская Федерация, 305041, г. Курск, ул. К. Маркса. д. 3, 3 этаж, каб. №323</p> | <p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного и семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: специализированная мебель (учебная мебель, маркерная доска, шкаф); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (ноутбук, проектор); учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации. специализированные методики (окулограф, методики для практических занятий («Нейромоторика 3», «комплекс для психофизиологической реабилитации с биологической обратной связью и нейробиоуправления «Реакор», методика автоматизированного исследования индивидуального латерального профиля, развивающе-коррекционная методика с видеобиоуправлением «Гимокко»; модель мозга, прибор для оценки движения глаз (окулографии, айтрекинга)).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018 6. Программное обеспечение «Нейрокурс» (ПО «Нейрокурс») – свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2013610332. |

7. Оценочные средства

Вопросы для устной части экзамена

1. Психологические теории памяти. Ассоционистская теория памяти.
2. Психологические теории памяти. Гештапtpsихологическая теория памяти.
3. Психологические теории памяти. Бихевиористическая теория памяти.
4. Психологические теории памяти. Когнитивный подход.
5. Психологические теории памяти. Деятельностная теория памяти.
6. Естественно-научные теории памяти. Физиологические теории памяти
7. Естественно-научные теории памяти. Химические теории памяти
8. Исследование памяти в отечественной психологии
9. Закономерности памяти (Г. Эббингауз, Т. Рибо)
10. Нейробиологическая модель долговременной памяти
11. Нейробиологическая модель кратковременной памяти
12. Нейробиологическая модель сенсорной памяти
13. Нейрофизиологические основы памяти: структуры ЦНС, участвующие в работе памяти.
14. Доминанта как фактор слеодообразования в ЦНС.
15. Межполушарная асимметрия и процессы памяти.
16. Нейропсихологический анализ памяти и проблема функционального взаимодействия полушарий мозга.
17. Эмоции как системный уровень регуляции памяти.
18. Технологии диагностики и коррекции памяти.
19. Фило- и онтогенетические закономерности развития и функционирования памяти.
20. Культурно-исторический подход в теории памяти. Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев.
21. Психологические механизмы патологии памяти.
22. Виды памяти. Формы памяти.
23. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Дисмнестические синдромы. Корсаковский синдром.
24. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Нарушения памяти при деменциях
25. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Нарушения памяти при «корковых» деменциях альцгеймеровского типа.
26. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Нарушения памяти при «подкорковой деменции».
27. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. «Сенильный амнестический синдром».
28. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Нарушения памяти при дисметаболических энцефалопатиях.
29. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Психогенные нарушения памяти.
30. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Преходящие нарушения памяти.
31. Влияние пожилого возраста на физиологические изменения памяти
32. Нарушение памяти в клинике органических и функциональных заболеваний головного мозга. Нарушения памяти при дисциркуляторной энцефалопатии
33. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Амнестический синдром. Нейродинамическая теория амнезии (А.Р. Лурия, 1974).
34. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Модально-неспецифические нарушения памяти и их механизмы.
35. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Модально-специфические нарушения памяти и их механизмы.
36. Физиологические механизмы модально-неспецифических нарушений памяти
37. Нарушение мнестических процессов при поражении лобных долей мозга
38. Нарушение мнестических процессов при поражении глубинных отделов мозга: верхних отделов ствола, третьего желудочка и лимбической области.

39. Нарушение мнестических процессов при массивных поражениях глубинных отделов мозга.
40. Клинический подход к нарушениям памяти. Расстройства памяти: гипермнезии, гипомнезии.
41. Клинический подход к нарушениям памяти. Расстройства памяти: амнезии.
42. Клинический подход к нарушениям памяти. Расстройства памяти: парамнезии.
43. Нарушение памяти в онтогенезе.
44. Патология процессов запоминания информации.
45. Патология процессов сохранения информации.
46. Патология процессов воспроизведения информации.
47. Патология процессов забывания информации.
48. Диагностика нарушений памяти как базового нарушения функционирования психики.
49. Теоретические и технологические подходы к коррекции первичных и вторичных нарушений памяти.
50. Психогенетические механизмы нарушений памяти.

Банк типовых профессионально-ориентированных ситуационных задач для экзамена

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной Алек. А.И., 19 лет

Диагноз: резидуальная энцефалопатия.

На момент осмотра больной ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Активно жалоб не предъявляет. При детальном расспросе отмечает головные боли, головокружения. Считает, что «чем-то болеет», но чем именно – не знает. В беседе пассивен, на вопросы отвечает кратко, часты односложные ответы. Обращенную речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь краткая, беглость речи низкая, словарный запас бедный, осведомленность и ориентация в практической сфере низкая. Больной на момент осмотра эмоционально стабилен, внешне спокоен, мимика однообразная, фон настроения необоснованно приподнятый. Критика к своему состоянию формальная.

Внимание инертное, истощаемое, с трудностями произвольной концентрации; объем и скорость переключения снижены.

Память: из 10 слов воспроизводит 3-3-4-4 слова в четырех попытках соответственно. Кривая запоминания по типу низкого «плато». Темп воспроизведения замедлен. Отсроченное воспроизведение – 4 слова; наблюдается привнесение слов извне.

Мышление конкретное с выраженными трудностями в обобщении. Сравнение понятий, исключение лишнего выполняет на основе ситуативных признаков предметов (в простых заданиях) и случайных признаков (в более сложных). Уровень обобщения и отвлечения низкий. Понимание переносного смысла пословиц и метафор не доступно. Понимание причинно-следственных связей резко затруднено. Темп мыслительной деятельности значительно снижен.

Чтение и письмо как функции сохранены. Пересказ прочитанного искажен, с конфабуляторными элементами, осуществляется в замедленном темпе. Наводящие вопросы и подсказки не эффективны. Понимание смысла прочитанного резко затруднено.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 в замедленном темпе, с множественными ошибками при переходе через десяток.

Заключение

На момент осмотра у больного выявлено:

- общая инертность психической деятельности;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде выраженной недостаточности уровня обобщения и отвлечения;
- выраженная недостаточность мнестических функций;
- недостаточность произвольной регуляции психических процессов.

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная Андр. С.Б., 54 года

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Предъявляет жалобы на «ухудшение памяти в течение двух месяцев». При детальном расспросе отмечает головные боли, ухудшение памяти и внимания в течение года, трудности ориентировки в пространстве, «забывание названий предметов». Жалобы описывает кратко, требуются уточняющие вопросы. В беседе пассивна, на вопросы отвечает кратко, в целом по существу. Обращает на себя внимание необходимость многократного повторения вопросов, что указывает на трудности запоминания. Обращенную речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь тихая, несколько замедленная. Пациентка утомляема, наблюдаются трудности произвольной концентрации внимания. К собственному болезненному состоянию критика формальная.

Внимание инертное, истощаемое, с трудностями произвольной концентрации; объем и скорость переключения снижены.

Память: из 10 слов воспроизводит 1-2-2-1 слово в четырех попытках соответственно. Кривая запоминания по типу низкого «плато». Наблюдается привнесение слов извне, вероятно, как попытка компенсировать трудности запоминания и воспроизведения. Темп воспроизведения замедлен. Отсроченное воспроизведение через 20 минут – 0 слов. Пациентка не помнит сам факт предъявления слов и их запоминания.

Мышление конкретное, непоследовательное, с трудностями в обобщении. Сравнение понятий, исключение лишнего выполняет на основе случайных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения низкий. Понимание переносного смысла пословиц и метафор не доступно. Темп мыслительной деятельности значительно снижен. Понимание причинно-следственных связей затруднено.

Чтение и письмо как высшие психические функции сохранены. Текст прочитан пациенткой самостоятельно дважды. Пересказ прочитанного резко затруднен. Пациентка может назвать только основных героев текста. Наводящие вопросы и подсказки малоэффективны. При возвращении к прочитанному дважды рассказу через 15 минут пациентка не помнит факта чтения рассказа.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 резко затруднен, наблюдаются ошибки и при переходе через десятков, и в пределах десятка. Ошибки самостоятельно не корректирует.

Оптико-пространственный гнозис: наблюдаются трудности ориентировки в пространстве, трудности копирования пространственно-ориентированных рисунков. Понимание времени по часам значительно затруднено. Самостоятельное рисование часов с выраженными трудностями в виде смещения опорных цифр, увеличения количества цифр на циферблате, неравномерное расположение цифр, трудности в расположении стрелок по заданному времени. Через 20 минут пациентка не помнит самого факта рисования часов.

Праксис: при исследовании кинетического, кинестетического, регуляторного праксиса наблюдаются трудности запоминания серии движений, выполнение изолированных движений доступно без ошибок.

Заключение

На момент осмотра у пациентки выявлено:

- выраженное снижение мнестических функций (в виде снижения памяти преимущественно на текущие события по типу фиксационной амнезии при относительно интактной памяти на отдаленные события);
- нарушение операциональной стороны мышления в виде значительной недостаточности уровня обобщения и отвлечения;
- нарушение оптико-пространственного гнозиса с вторичной пространственной диспраксией;
- общая инертность, истощаемость психических процессов.

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной Алт. А.И., 70 лет

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больной ориентирован в собственной личности верно, в месте и времени – дезориентирован (считает, что сейчас «февраль 1973 года», «пребываю в клинике университета»). Самостоятельно жалобы не предъявляет. При расспросе отмечает, что «заболел чем-то, но никто не говорит чем», «нет мыслей». В беседе пассивен, на вопросы отвечает не по существу, с множественными актуализациями побочных ассоциаций. Обращенную речь понимает в полном объеме. Больной эмоционально лабилен, гипобуличен. Фон настроения снижен. К собственному болезненному состоянию критика значительно снижена.

Практис: в пробах на реципрокную координацию, на кинестетическую организацию двигательного акта больной испытывает существенные затруднения, связанные с планированием и регуляцией собственной деятельности. Движения импульсивны, хаотичны, нецеленаправленны. В пробах на динамический компонент движений и действий отмечается трудности смены движений в серии как следствие регуляторных нарушений. Усиление зрительного контроля за движениями не улучшает их выполнение.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. При выполнении «теста часов» наблюдаются затруднения по дизрегуляторному типу в расположении цифр на циферблате. Выполнение копирования в пробе «Соты» импульсивно. Игнорирование левой стороны не выявлено. Собираение кубиков с трудностями по типу нарушения планирования и контроля деятельности.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранны.

Внимание: инертное, истощаемое; объем и концентрация существенно снижены.

Память: из 10 слов больной воспроизводит 1-2-2-1 слово в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 1 слово. Имеют место привнесения новых слов извне.

Мышление непоследовательное. Сравнение понятий, исключение лишнего больная осуществляет на основе ситуационных (в простых заданиях) и с актуализацией случайных признаков (в более сложных). Темп мыслительной деятельности существенно снижен. Понимание переносного смысла пословиц и метафор не доступно. Причинно-следственные отношения не усваивает.

Пересказ и понимание смысла прочитанного резко затруднены.

Чтение и письмо как функции сохранны.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с ошибками при переходе через десяток и в пределах десятка. Отмечается появление в ответах дробных чисел. Допущенные ошибки больной самостоятельно не замечает и не корригирует. При указании на неверные ответы исправление ошибок не происходит.

Заключение.

На момент осмотра у больного выявлено:

- нарушение программирования, регуляции и контроля собственной деятельности
- регуляторная апраксия
- выраженные когнитивные и эмоционально-волевые нарушения

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.

2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.

3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.

4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больная Ант. С.Г., 69 лет

Диагноз: распространенный остеохондроз.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Самостоятельно предъявляет жалобы на ухудшение памяти, подавленное настроение, внутреннее беспокойство («должно что-то случиться, а что – не знаю»), плаксивость, повышенную раздражительность, трудности засыпания в ночное время. При расспросе отмечает трудности концентрации внимания, повышенную утомляемость, повышение аппетита. Считает себя больной в течение 5 лет, когда на фоне стрессовых ситуаций появились описанные жалобы. Ухудшение состояния в течение полугода на фоне психотравмирующей ситуации. В беседе пассивна, доброжелательна, на вопросы отвечает кратко, по существу. Обращенную речь понимает в полном объеме. Больная эмоционально лабильна, тревожна. Фон настроения снижен. К собственному болезненному состоянию критика сохранна.

Практис: в пробах на реципрокную координацию, на кинестетическую и динамическую организацию двигательного акта нарушений не выявлено.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. В пробах на зрительно-пространственный гнозис, при выполнении копирования фигур Тейлора и Рея-Остерица трудностей не наблюдается. Тест часов – 10 баллов.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранны.

Внимание: неустойчивое; объем и концентрация несколько снижены.

Память: из 10 слов больная воспроизводит 4-5-5-6 слов в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 6 слов.

Мышление последовательное, логичное. Сравнение понятий, исключение лишнего больная осуществляет на основе преимущественно существенных признаков (в простых заданиях) и с актуализацией конкретно-ситуационных признаков (в более сложных). Темп мыслительной деятельности несколько снижен. Понимание пословиц и метафор с доступно. Причинно-следственные отношения усваивает без подсказок.

Чтение и письмо как функции сохранены. Пересказ прочитанного неполный, с наводящими вопросами, осуществляется в замедленном темпе. Понимание смысла прочитанного доступно.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 в замедленном темпе, без ошибок.

Заключение

На момент осмотра у больной выявлено: функциональное снижение памяти на фоне ситуационно обусловленного депрессивного состояния.

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Больной Бел. В.И., 66 лет

Диагноз: последствия ОНМК.

На момент осмотра больной ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Предъявляет жалобы на трудности запоминания и воспроизведения предъявляемого на слух материала. При детальном расспросе отмечает трудности усвоения нового, отвлекаемость. Считает себя больным с сентября 2009 года, когда перенес ОНМК. В беседе активен, обращенную речь понимает в полном объеме, на вопросы отвечает развернуто, в целом по существу. Больной эмоционально стабилен, внешне спокоен. Критика к своему состоянию сохранена. Инструкции к заданиям нейропсихологического исследования удерживает с трудом, требуются повторения.

Практика: в пробах на реципрокную координацию, на кинестетическую и динамическую организацию двигательного акта нарушений не выявлено.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранено. В пробах на зрительно-пространственный гнозис, при выполнении копирования фигур Тейлора и Рея-Остерица трудностей не наблюдается. Тест часов – 10 баллов.

Внимание неустойчивое, отвлекаемое; объем и концентрация снижены.

Память: из 10 слов воспроизводит 2-3-3-3 слова в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 3 слова.

Мышление последовательное, логичное. Исключение лишнего выполняет в обычном темпе, на основе существенных признаков в простых заданиях и с актуализацией конкретно-ситуационных признаков в более сложных. Сравнение понятий преимущественно на основе существенных признаков. Понимание переносного смысла пословиц и метафор затруднено. Понимание причинно-следственных связей доступно.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 в достаточном темпе, с единичными ошибками.

Чтение как функция сохранено. Непосредственное воспроизведение прочитанного материала затруднено, сопровождается искажениями сюжета. **Письмо** как функция сохранено. При написании предложений отмечаются трудности удержания объема высказывания, требуется многократное повторение фразы.

Заключение

На момент осмотра выявлено:

- легкая акустико-мнестическая афазия
- нерезкое снижение уровня процессов обобщения и отвлечения в мышлении
- снижение объема и концентрации внимания

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Больной Кар. А.И., 38 лет

Диагноз: последствия ОНМК.

На момент осмотра больной ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Самостоятельно жалобы не предъявляет. При расспросе отмечает, что «заболел». В беседе пассивен, на вопросы отвечает

после нескольких повторений самого вопроса не по существу. Обращенную речь понимает избирательно, преимущественно в форме простых вопросов ситуационного характера. Темп восприятия обращенной речи замедлен. При увеличении темпа обращенной речи и объема высказывания – понимание крайне затруднено. Самостоятельная речь бедная, в форме отдельных слов, произносимых по слогам в замедленном темпе. При увеличении объема и темпа самостоятельного высказывания появляются множественные вербальные парафазии (речь по типу «словесного салата») Больной эмоционально лабилен, гипобуличен, вял. Фон настроения снижен. К собственному болезненному состоянию критика значительно снижена. При выполнении проб наблюдаются трудности дизрегуляторного характера.

Практис: в пробах на реципрокную координацию, на кинестетическую организацию двигательного акта больной испытывает затруднения, связанные с планированием и регуляцией собственной деятельности. Движения замедлены, с трудностями переключения. В пробах на динамический компонент движений и действий отмечается трудности смены движений в серии как следствие регуляторных нарушений.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. При выполнении «теста часов» наблюдаются затруднения по дизрегуляторному типу в расположении цифр на циферблате. Игнорирование левой стороны не выявлено. Собираение кубиков с трудностями по типу нарушения планирования и контроля деятельности.

Речь: дифференциация отдельных звуков, коррелирующих и оппозиционных фонем затруднена. Повторение отдельных слов и серий слов с вербальными парафазиями. Повторение малочастотных слов не доступно. Самостоятельная речь с парафазиями. Речевая инициатива снижена.

Внимание: инертное, истощаемое; объем и концентрация существенно снижены.

Память: объем мнестических функций снижен вследствие проявлений сенсорной афазии.

Мышление непоследовательное, носит ситуативный характер. Понимание причинно-следственных связей затруднено. Понимание пословиц и метафор (стимульный материал в письменном виде) затруднено.

Чтение доступно с литеральными и вербальными паралексиями.

Письмо с пропусками букв, с литеральными параграфиями.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа затруднено по сенсорному типу. Допущенные ошибки больной самостоятельно не замечает и не корректирует. При указании на неверные ответы исправление ошибок не происходит.

Заключение.

На момент осмотра у больного выявлено:

- сенсорная афазия с вторичными моторными проявлениями
- регуляторная апраксия
- выраженные когнитивные и эмоционально-волевые нарушения
- общая инертность протекания психических процессов

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.

2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.

3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.

4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Больной Лап. А.В., 47 лет

Диагноз: последствия геморрагического инсульта.

Пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Самостоятельно предъявляет жалобы на «боли» и «скованность движений» в левой руке, ухудшение памяти. В беседе активен, на вопросы отвечает развернуто, по существу. Обращенную речь понимает в полном объеме. Больной эмоционально лабилен. Фон настроения снижен. К собственному болезненному состоянию критика сохранна.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. При выполнении «теста часов» наблюдаются затруднения в расположении цифр на циферблате. Выполнение копирования в пробе «Соты» доступно. Игнорирование левой стороны не выявлено. Собираение кубиков Кооса в замедленном темпе.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранна. Наблюдается общая смазанность речи по типу дизартрии.

Внимание: неустойчивое; объем и концентрация снижены.

Память: из 10 слов больной воспроизводит 3-4-4-4 слова в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 4 слова. Кривая запоминания по типу «плато». Объем зрительной памяти снижен по модально неспецифическому типу.

Мышление непоследовательное. Сравнение понятий, исключение лишнего больной осуществляет на основе ситуационных признаков. Темп мыслительной деятельности снижен. Понимание переносного смысла пословиц и метафор затруднено. Причинно-следственные отношения усваивает с подсказкой.

Пересказ и понимание смысла прочитанного затруднены.

Чтение и письмо как функции сохранны.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с ошибками при переходе через десяток. Допущенные ошибки больной самостоятельно не замечает и не корректирует.

Эмоциональная сфера: по данным опросника HADS определяется субклинически значимое повышение по шкалам тревоги и депрессии.

Заключение.

На момент осмотра у пациента выявлено:

- снижение мнестических функций по органическому типу;
- снижение уровня процессов обобщения и отвлечения в мышлении;
- дизартрия;
- эмоционально-волевые нарушения по органическому типу в виде тревожно-депрессивного состояния на фоне перенесенного ОНМК.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Больная Мел. Т.А., 70 лет

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Активно жалоб не предъявляет («у меня лично к вам жалоб нет»), при детальном расспросе отмечает ухудшение памяти на текущие события, общую слабость, «подкапывание кома к горлу», плаксивость. В беседе словоохотлива, демонстративна, эмоционально неустойчива, активно резонерствует. Ответы на вопросы не по существу. Требуется неоднократное повторение вопроса для удержания внимания больной в рамках клинической беседы. Выполнение диагностических нейропсихологических проб с трудностями концентрации внимания, повышенной отвлекаемостью.

Критика к своему состоянию формальная.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. Тест часов с незначительными затруднениями в расположении цифр и стрелок на циферблате, цифры расположены симметрично, в пределах контура циферблата. Игнорирование левой стороны не выявлено.

Праксис: грубых расстройств в праксисе (кинестетическом, кинетическом, динамическом) не выявлено. Отмечаются единичные затруднения, связанные с трудностями концентрации внимания.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранны.

Внимание: неустойчивое, повышено отвлекаемое; объем, концентрация и скорость переключения снижены.

Память: из 10 слов больная воспроизводит 2-4-4-5 слов в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 4 слова.

Мышление: темп мыслительных операций несколько замедлен. Сравнение понятий, исключение лишнего доступно для выполнения в обычном темпе, с актуализацией ситуативных и случайных признаков предметов и активным резонерством. Уровень обобщения и отвлечения снижен, наблюдаются трудности подбора обобщающего слова для группы предметов. Понимание пословиц и метафор ситуативно, с активными рассуждениями не по существу.

Чтение и письмо как функции сохранны. Пересказ прочитанного с конфабуляторными элементами, трудностями концентрации внимания.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с ошибками при переходе через десяток. Решение простых арифметических действий доступно.

Заключение: на момент осмотра у больной выявлены умеренные когнитивные и эмоционально-волевые нарушения в рамках органического патопсихологического симптомокомплекса.

Вопросы:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.

4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Больная Мих. А.В, 35 лет
Диагноз: эписиндром.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Предъявляет жалобы на эпилептические приступы, участвовавшие на протяжении трех месяцев на фоне психотравмирующей ситуации, головные боли, ухудшение памяти и внимания, плаксивость, подавленное настроение. В беседе на вопросы отвечает обстоятельно, детализирует несущественные факты. В течение разговора неоднократно повторяет уже сказанное. Обращенную речь понимает в полном объеме, речевая инициатива сохранена. Эпизодически возникают трудности при назывании предметов, которые компенсируются подбором неправильного названия предмета. При обращении на ошибки самостоятельно их корригирует. Больная эмоционально лабильна, мнительна, тревожна, впечатлительна, утомляема. Критика к собственному болезненному состоянию сохранена.

Внимание неустойчивое, повышено отвлекаемое; наблюдаются трудности произвольной концентрации.

Память: из 10 слов воспроизводит 4-4-5-5 слов в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 3 слова. Наблюдается единичные привнесения слов извне в речевой ряд. Опосредованное запоминание в «Пиктограммах» - 5 понятий из 10.

Мышление непоследовательное, замедленное. Сравнение понятий, исключение лишнего выполняет с затруднениями, актуализирует существенные признаки в простых заданиях и ситуационные – в более сложных. Уровень обобщения и отвлечения снижен. Понимание переносного смысла пословиц и метафор ситуативно.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 в замедленном темпе, с ошибками при переходе через десяток.

Чтение и письмо сохранены.

Нарушений высших психических функций в виде агнозий, апраксий, афазий на момент осмотра не выявлено.

По данным опросника HADS отмечается субклинически значимое повышение по шкале тревоги, клинически значимое повышение по шкале депрессии.

Заключение.

На момент осмотра выявлено:

- значительное снижение мнестических функций;
- снижение объема и произвольной концентрации внимания;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и отвлечения.

Когнитивные функции нарушены в рамках ограниченного патопсихологического симптомокомплекса.

- астено-депрессивное состояние на фоне психотравмирующей ситуации.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

Больная Мог.А.И, 63 года
Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Самостоятельно предъявляет жалобы на трудности при одевании («не могу застегнуть пуговицы, не знаю, как это», «не знаю, как кофту одеть»), трудности при использовании предметов домашнего обихода («не могу свернуть белье», «не знаю, как повесить вещи», «не знаю, как взять нож, чтобы картошку почистить»). При расспросе отмечает ухудшение памяти на текущие события, изменение почерка. Считает себя больной с 2010 года, когда появились описанные жалобы. В беседе активна, доброжелательна, на вопросы отвечает развернуто, по существу. Обращенную речь понимает в полном объеме. Больная эмоционально стабильна. К собственному болезненному состоянию критична.

При диагностике функциональной асимметрии головного мозга у больной отмечается фактор левшества.

Практика: в пробах на реципрокную координацию двигательного акта больная испытывает существенные затруднения при их выполнении, движения носят изолированный характер. В пробах на кинестетическую организацию двигательного акта больная обнаруживает трудности воспроизведения заданной позы кисти,

трудности переноса позы кисти на другую руку, затруднено определение локализации прикосновения. В пробах на динамический компонент движений и действий отмечается трудности смены движений в серии как следствие затруднений понимания положения руки в пространстве. Усиление зрительного контроля за движениями не улучшает их выполнение.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. В пробах на зрительно-пространственный гнозис отмечаются трудности при выполнении копирования фигур Тейлора и Рея-Остерица (элементы фигур располагаются несимметрично друг относительно друга). Тест часов с трудностями расположения цифр и стрелок на циферблате. Выполнение копирования в пробе «Соты» не доступно. Игнорирование левой стороны не выявлено. Собираение кубиков Коса не доступно.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранны.

Внимание: неустойчивое; объем и концентрация несколько снижены.

Память: из 10 слов больная воспроизводит 4-5-5-6 слов в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 6 слов.

Мышление последовательное, логичное. Сравнение понятий, исключение лишнего больная осуществляет на основе преимущественно существенных признаков (в простых заданиях) и с актуализацией конкретно ситуационных признаков (в более сложных). Темп мыслительной деятельности несколько снижен. Понимание пословиц и метафор с тенденцией к ситуативности. Причинно-следственные отношения усваивает с подсказкой.

Пересказ и понимание смысла прочитанного затруднены.

Чтение и письмо как функции сохранны. Наблюдаются трудности при написании пространственно ориентированных букв и цифр.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с ошибками при переходе через десяток. Решение простых арифметических действий доступно.

Заключение

На момент осмотра у больной выявлено:

- пространственная апраксия (апрактоагнозия);
- конструктивная апраксия;
- кинестетическая апраксия;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и отвлечения;
- снижение мнестических функций.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА II

Больная Об.Г.П., 67 лет

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Активно жалоб не предъявляет. При детальном расспросе отмечает ухудшение памяти на текущие события, выраженную общую слабость, трудности концентрации внимания, головные боли, плаксивость. В беседе на вопросы отвечает часто не по существу, склонна к резонерству, эмоционально неустойчива, гипобулична. Требуется неоднократное повторение вопроса для удержания внимания больной в рамках клинической беседы. Выполнение диагностических нейропсихологических проб с трудностями по дизрегуляторному типу, повышенной отвлекаемостью. Критика к своему состоянию формальная.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, фигур сохранно. Восприятие наложенных и перечеркнутых фигур с трудностями дифференциации дизрегуляторного характера. Тест часов с затруднениями в расположении цифр и стрелок на циферблате, цифры расположены относительно симметрично, в пределах контура циферблата. Игнорирование левой стороны не выявлено.

Праксис: в пробах на исследование кинестетической основы движений и действий наблюдаются трудности воспроизведения заданной позы кисти, трудности переноса позы кисти на другую руку, затруднено определение локализации прикосновения. В пробах на динамическую организацию двигательного акта наблюдается упрощение серии движений, единичные персеверации.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранны.

Внимание: неустойчивое; объем и концентрация значительно снижены.

Память: из 10 слов больная воспроизводит 2-3-4-4 слова в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 3 слова. Наблюдается привнесение новых слов.

Мышление непоследовательное, замедленное. Сравнение понятий, исключение лишнего осуществляет с затруднением на основе ситуативных и случайных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения значительно снижен. Наблюдаются трудности в понимании сложной инструкции, требуются детальные разъяснения. Понимание переносного смысла пословиц и метафор затруднено. Понимание причинно-следственных связей затруднено. Пересказ и понимание смысла прочитанного доступны с подсказкой.

Чтение и письмо как функции сохранены.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с множественными ошибками при переходе через десяток. Ошибки самостоятельно не замечает и не корригирует. Решение простых арифметических действий доступно.

Заключение

На момент осмотра у больной выявлено:

- значительное снижение мнестических функций;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде значительного снижения уровня обобщения и отвлечения;
- легкая кинестетическая апраксия;
- эмоционально-волевые нарушения;
- общая инертность и повышенная истощаемость психических процессов;
- легкая дизрегуляция психической деятельности.

Вопросы:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

Больная Ок.А.И., 59 лет

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Предъявляет краткие жалобы на «плохую память». Считает себя больной с весны 2012 года, когда «пропала память». Со слов родственников, больная «забывает выключить воду, снять с плиты суп». В беседе на вопросы после нескольких повторений отвечает кратко, в целом по существу. Создается впечатление об эмоциональной отрешенности пациентки, погруженности в собственные переживания. Больная эмоционально лабильна, плаксива, тревожна. Усиление эмоциональной неустойчивости наблюдается при упоминании о стрессовых ситуациях. Критика к своему состоянию формальная.

Праксис: в пробах на реципрокную координацию двигательного акта больная испытывает незначительные затруднения, обусловленные неустойчивостью внимания. После нескольких повторений проб трудностей не выявлено. В пробах на кинестетическую организацию двигательного акта больная не обнаруживает трудностей воспроизведения заданной позы кисти, трудности переноса позы кисти на другую руку, затруднено определение локализации прикосновения. В пробах на динамический компонент движений и действий отмечается трудности смены движений, единичные персеверации, вероятно, дизрегуляторного характера.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. Тест часов с трудностями расположения стрелок на циферблате, цифры расположены симметрично, вынесены за пределы контура циферблата. Игнорирование левой стороны не выявлено.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранены.

Внимание: неустойчивое, повышено отвлекаемое; объем, концентрация и скорость переключения снижены.

Память: из 10 слов больная воспроизводит 4-4-5-6 слов в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 6 слов. Темп выполнения крайне медленный. Требуется постоянное подтверждение правильности воспроизведения слов.

Мышление: темп мыслительных операций замедлен, требуется детальное разъяснение инструкции. Сравнение понятий, исключение лишнего доступно для выполнения в медленном темпе, с актуализацией ситуативных и случайных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения снижен. Понимание пословиц и метафор ситуативно.

Чтение и письмо как функции сохранены. Пересказ прочитанного замедлен, требуются наводящие вопросы.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с ошибками при переходе через десяток. Решение простых арифметических действий доступно в замедленном темпе.

С учетом имеющихся жалоб, данных объективного нейропсихологического исследования необходима консультация психиатра с целью верификации диагноза.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

Больная Ок.А.И., 59 лет

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

В течение недели проведено динамическое наблюдение пациентки с целью выявления объективных затруднений в повседневной активности. По результатам наблюдения выявлены трудности дизрегуляторного типа, существенно влияющие на повседневную деятельность. Принято решение о повторном проведении нейропсихологической диагностики с акцентом на выявление регуляторных нарушений по лобному типу.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Жалоб активно не предъявляет, считает, что «все нормально». В беседе на вопросы после нескольких повторений отвечает кратко, в целом по существу. Создается впечатление об эмоционально отрешенности пациентки, погруженности в собственные переживания. Больная эмоционально лабильна, тревожна, импульсивна. Фон настроения неустойчивый. Критика к своему состоянию формальная.

При выполнении диагностических нейропсихологических проб на первый план выступают трудности программирования, регуляции и контроля собственной деятельности. Пациентка с трудом выполняет многозвеньевые действия, наблюдаются трудности сличения результата действия с исходным заданием.

Практис: в пробах на реципрокную координацию двигательного акта больная испытывает незначительные затруднения, обусловленные неустойчивостью внимания. После нескольких повторений проб трудностей не выявлено. В пробах на кинестетическую организацию двигательного акта больная не обнаруживает трудностей воспроизведения заданной позы кисти, трудности переноса позы кисти на другую руку без зрительного контроля. При включении зрительной афферентации наблюдаются выраженные затруднения по дизрегуляторному типу. Определение локализации прикосновения затруднено. В двух- и трехзвеньевых пробах на исследование динамического компонента движений и действий отмечается трудности смены движений в последовательности, единичные персеверации дизрегуляторного характера.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. Тест часов с трудностями расположения стрелок на циферблате (дорисованы дополнительные стрелки, стрелки не соответствуют заданному времени), цифры расположены симметрично, вынесены за пределы контура циферблата. Игнорирование левой стороны не выявлено. Кубики Кооса собирает с выраженными затруднениями дизрегуляторного характера, допущенные ошибки самостоятельно не корригирует и замечает их только после конкретных указаний на них. Копирование фигур импульсивно, с трудностями организации собственной деятельности.

Речь: импрессивная и экспрессивная речь на момент осмотра сохранны.

Внимание: неустойчивое, повышено отвлекаемое; объем, концентрация и скорость переключения значительно снижены.

Память: из 10 слов больная воспроизводит 3-4-4-5 слов в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 3 слова. Наблюдается привнесение новых слов в речевой ряд. Темп выполнения крайне медленный.

Мышление: темп мыслительных операций замедлен, требуется детальное разъяснение инструкции. Сравнение понятий, исключение лишнего доступно для выполнения в медленном темпе, с актуализацией ситуативных и случайных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения снижен. Понимание пословиц и метафор ситуативно.

Чтение и письмо как функции сохранны. Пересказ прочитанного замедлен, требуются наводящие вопросы.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с выраженными затруднениями, ошибками при переходе через десятков в крайне медленном темпе. Решение простых арифметических действий доступно в замедленном темпе, решение арифметических задач с выраженными дизрегуляторными трудностями.

Заключение

По результатам нейропсихологической диагностики и динамического наблюдения выявлено:

- Нарушение программирования, регуляции и контроля собственной деятельности;
- Вторичное нарушение когнитивных функций (мнестических, интеллектуальных) по дизрегуляторному типу;
- Регуляторная апраксия;

Общая инертность и истошаемость психической деятельности.

Вопросы:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Больная Паш. Р.В., 59 лет

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Предъявляет жалобы на выраженные головные боли, общую слабость, ухудшение памяти и внимания. При детальном расспросе отмечает постепенное ухудшение памяти и внимания в течение нескольких лет, трудности ориентировки в пространстве («боюсь заблудиться»). Самостоятельно жалобы описывает кратко, требуются уточняющие вопросы. В беседе активна, на вопросы отвечает детально, часто не по существу. Мимика тусклая, однообразная. Обращенную речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь тихая, четкая, темп речи обычный. Пациентка утомляема, эмоционально лабильна, наблюдаются трудности произвольной концентрации внимания. К собственному болезненному состоянию критика формальная.

Внимание инертное, истощаемое, с трудностями произвольной концентрации; объем и скорость переключения снижены.

Память: из 10 слов воспроизводит 3-4-4-4 слова в четырех попытках соответственно. Кривая запоминания по типу низкого «плато». Наблюдается привнесение слов извне, вероятно, как попытка компенсировать трудности запоминания и воспроизведения. Темп воспроизведения замедлен. Отсроченное воспроизведение через 20 минут – 3 слова.

Мышление конкретное, непоследовательное, с трудностями в обобщении. Сравнение понятий, исключение лишнего выполняет на основе ситуативных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения снижен. Понимание переносного смысла пословиц и метафор затруднено. Темп мыслительной деятельности снижен. Понимание причинно-следственных связей затруднено.

Чтение и письмо как высшие психические функции сохранены. Текст прочитан пациенткой самостоятельно дважды. Пересказ прочитанного затруднен. Наводящие вопросы и подсказки малоэффективны. Понимание общего смысла текста затруднено.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 затруднен, наблюдаются ошибки при переходе через десяток. Ошибки самостоятельно не корректирует.

Оптико-пространственный гнозис: наблюдаются некоторые трудности ориентировки в пространстве, трудности копирования пространственно-ориентированных рисунков. Понимание времени по часам доступно. Самостоятельное рисование часов с трудностями в виде смещения опорных цифр, неравномерное расположение цифр.

Практика: при исследовании кинетического, регуляторного праксиса наблюдаются трудности запоминания серии движений, выполнение изолированных движений доступно без ошибок. При исследовании кинестетического праксиса отмечаются легкие затруднения при воспроизведении праксиса позы в отсутствии зрительного контроля.

Заключение

На момент осмотра у пациентки выявлено:

- значительное снижение мнестических функций (в виде снижения объема кратковременной памяти при относительно интактной памяти на отдаленные события);
 - нарушение операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и отвлечения;
 - нарушение оптико-пространственного гнозиса;
 - элементы кинестетической диспраксии;
- общая инертность, истощаемость психических процессов.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Больная Хал. В.С., 63 года

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больная ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Предъявляет жалобы на головные боли, головокружения, шаткость при ходьбе. При детальном расспросе отмечает повышение АД, ухудшение памяти в течение нескольких лет, плаксивость. В беседе на вопросы отвечает с тенденцией к резонерству. Обращенную речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь тихая, замедленная, несколько смазанная. Речевая инициатива сохранна. Требуется неоднократное повторение вопроса для удержания внимания больной в рамках клинической беседы. Выполнение диагностических нейропсихологических проб с трудностями по дизрегуляторному типу, повышенной отвлекаемостью. Больная подавлена, эмоционально лабильна, гипобулична.

Гнозис и конструктивная деятельность: восприятие четких простых, наложенных и перечеркнутых фигур сохранно. Тест часов с затруднениями в расположении цифр и стрелок на циферблате, цифры расположены симметрично, в пределах контура циферблата. Игнорирование левой стороны не выявлено.

Практика: в пробах на исследование кинестетической основы движений и действий наблюдаются трудности воспроизведения заданной позы кисти, трудности переноса позы кисти на другую руку, затруднено определение локализации прикосновения. В пробах на динамическую организацию двигательного акта наблюдается упрощение серии движений, единичные персеверации.

Внимание: неустойчивое; объем и концентрация снижены.

Память: из 10 слов больная воспроизводит 2-3-4-4 слова в четырех попытках соответственно. Отсроченное воспроизведение – 3 слова. Наблюдается привнесение новых слов.

Мышление непоследовательное, замедленное. Сравнение понятий, исключение лишнего осуществляет на основе ситуативных и случайных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения значительно снижен. Наблюдаются трудности в понимании сложной инструкции, требуются детальные разъяснения. Понимание переносного смысла пословиц и метафор затруднено. Понимание причинно-следственных связей затруднено. Пересказ и понимание смысла прочитанного доступны с подсказкой.

Чтение и письмо как функции сохранны.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 с ошибками при переходе через десяток. Решение простых арифметических действий доступно.

Заключение

На момент осмотра у больной выявлено:

- трудности программирования, регуляции и контроля собственной деятельности;
- снижение мнестических функций;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и отвлечения;
- легкая кинестетическая апраксия;
- дизартрия;
- эмоционально-волевые нарушения;
- общая инертность и повышенная истощаемость психических процессов.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

Больной Ю.А.В., 74 года

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больной ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Жалобы активно не предъявляет. При детальном расспросе отмечает головные боли, головокружения, шум в голове, боли в ногах. Жалобы описывает кратко. Считает себя больным в течение 4 лет, когда появилась слабость в ногах. В беседе пассивен, на вопросы отвечает кратко, в целом по существу. Обращенную речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь тихая, бедная, замедленная, несколько смазанная, речевая инициатива снижена. Больной, гипобуличен, вял, истощаем; мимические реакции уплощены. К собственному болезненному состоянию критика снижена.

Внимание инертное, истощаемое, с трудностями произвольной концентрации; объем и скорость переключения снижены.

Память: из 10 слов воспроизводит 3-3-4-3 слова в четырех попытках соответственно. Кривая запоминания по типу низкого «плато». Темп воспроизведения замедлен. Отсроченное воспроизведение – 3 слова; наблюдается привнесение слов извне.

Мышление конкретное с выраженными трудностями в обобщении. Сравнение понятий, исключение лишнего выполняет на основе ситуативных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения низкий. Понимание переносного смысла пословиц и метафор не доступно. Темп мыслительной деятельности значительно снижен. Понимание причинно-следственных связей затруднено.

Чтение и письмо как функции сохранены. Пересказ затруднен, осуществляется в замедленном темпе. Наводящие вопросы и подсказки малоэффективны. Понимание смысла прочитанного затруднено.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 в замедленном темпе, со значительными затруднениями.

Заключение

На момент осмотра у больного выявлено:

- общая инертность психической деятельности;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде выраженной недостаточности уровня обобщения и отвлечения;
- снижение мнестических функций (в виде снижения памяти преимущественно на текущие события);
- легкая дизрегуляторная диспраксия.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

Больной Оз.И.Ф., 74 года

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия.

На момент осмотра больной ориентирован в собственной личности верно, в месте и времени дезориентирован (считает, что находится «в санатории», что сейчас «декабрь 2066 года»). Самостоятельно жалоб не предъявляет. При детальном расспросе отмечает боли в правой стопе. Жалобы описывает кратко, требуются уточняющие вопросы. Со слов родственников, в течение нескольких дней стал возбужден в вечернее время, собирался уходить из палаты «прогнать собак», наблюдались эпизоды дереализации. В беседе пассивен, на вопросы отвечает развернуто, часто не по существу. Обращает на себя внимание необходимость многократного повторения вопросов, что указывает на трудности запоминания. Обращенную речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь тихая, замедленная, смазанная. Пациент утомляем, наблюдаются трудности произвольной концентрации внимания. К собственному болезненному состоянию критика снижена.

Внимание инертное, истощаемое, с трудностями произвольной концентрации; объем и скорость переключения снижены.

Память: из 10 слов воспроизводит 1-2-2-1 слово в четырех попытках соответственно. Кривая запоминания по типу низкого «плато». Наблюдается привнесение слов извне, вероятно, как трудности затормаживания побочных ассоциаций. Темп воспроизведения замедлен. Отсроченное воспроизведение через 20 минут – 0 слов.

Мышление конкретное, непоследовательное, с трудностями в обобщении. Сравнение понятий, исключение лишнего выполняет на основе случайных признаков предметов. Уровень обобщения и отвлечения низкий. Понимание переносного смысла пословиц и метафор не доступно. Темп мыслительной деятельности значительно снижен. Понимание причинно-следственных связей резко затруднено.

Чтение и письмо как высшие психические функции сохранены.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 резко затруднен, наблюдаются ошибки и при переходе через десяток, и в пределах десятка. Ошибки самостоятельно не корректирует.

Оптико-пространственный гнозис: наблюдаются трудности ориентировки в пространстве. Понимание времени по часам значительно затруднено

Практика: при исследовании кинестетического праксиса наблюдаются трудности воспроизведения заданной позы при отсутствии зрительного контроля. При исследовании кинетического и регуляторного праксиса наблюдаются трудности запоминания и воспроизведения серии движений, единичные персеверации.

Заключение

На момент осмотра у пациента выявлено:

- проявления психоорганического синдрома в виде эпизодов дереализации с психомоторным возбуждением;
- выраженное снижение мнестических функций (в виде снижения памяти преимущественно на текущие и недавние события при относительно интактной памяти на отдаленные события);
- нарушение операциональной стороны мышления в виде значительной недостаточности уровня обобщения и отвлечения;

- нарушение оптико-пространственного гнозиса с вторичной кинестетической диспраксией;
- общая дизрегуляция, инертность, истощаемость психических процессов;
- дизартрия.

Рекомендована консультация врача-психиатра для верификации диагноза и определения тактики лечения.

ВОПРОСЫ:

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Больной Алек. В.В., 18 лет

Диагноз: резидуальная энцефалопатия.

На момент осмотра больной ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Активно жалоб не предъявляет. При детальном расспросе отмечает головные боли, «потерю сознания». Считает, что «чем-то болею, но чем именно – не знаю». В беседе пассивен, на вопросы отвечает кратко, часты односложные ответы. Обращенную речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь краткая, беглость речи низкая, словарный запас бедный, осведомленность и ориентация в практической сфере низкая. Больной на момент осмотра эмоционально стабилен, внешне спокоен, мимика однообразная. Критика к своему состоянию формальная.

Внимание инертное, истощаемое, с трудностями произвольной концентрации; объем снижен.

Память: из 10 слов воспроизводит 3-4-4-4 слова в четырех попытках соответственно. Темп воспроизведения замедлен. Отсрочено воспроизведение – 4 слова; наблюдается привнесение слов извне.

Мышление конкретное с выраженными трудностями в обобщении. Сравнение понятий, исключение лишнего выполняет на основе ситуативных признаков предметов (в простых заданиях) и случайных признаков (в более сложных). Уровень обобщения и отвлечения низкий. Понимание переносного смысла пословиц и метафор не доступно. Понимание причинно-следственных связей резко затруднено. Темп мыслительной деятельности снижен.

Чтение и письмо как функции сохранены. Пересказ прочитанного неполный, с наводящими вопросами, осуществляется в замедленном темпе. Понимание смысла прочитанного резко затруднено.

Счет и счетные операции: понимание разрядности и строения числа доступно. Серийный отсчет от 100 по 7 в замедленном темпе, с ошибками при переходе через десяток.

Заключение

На момент осмотра у больного выявлено:

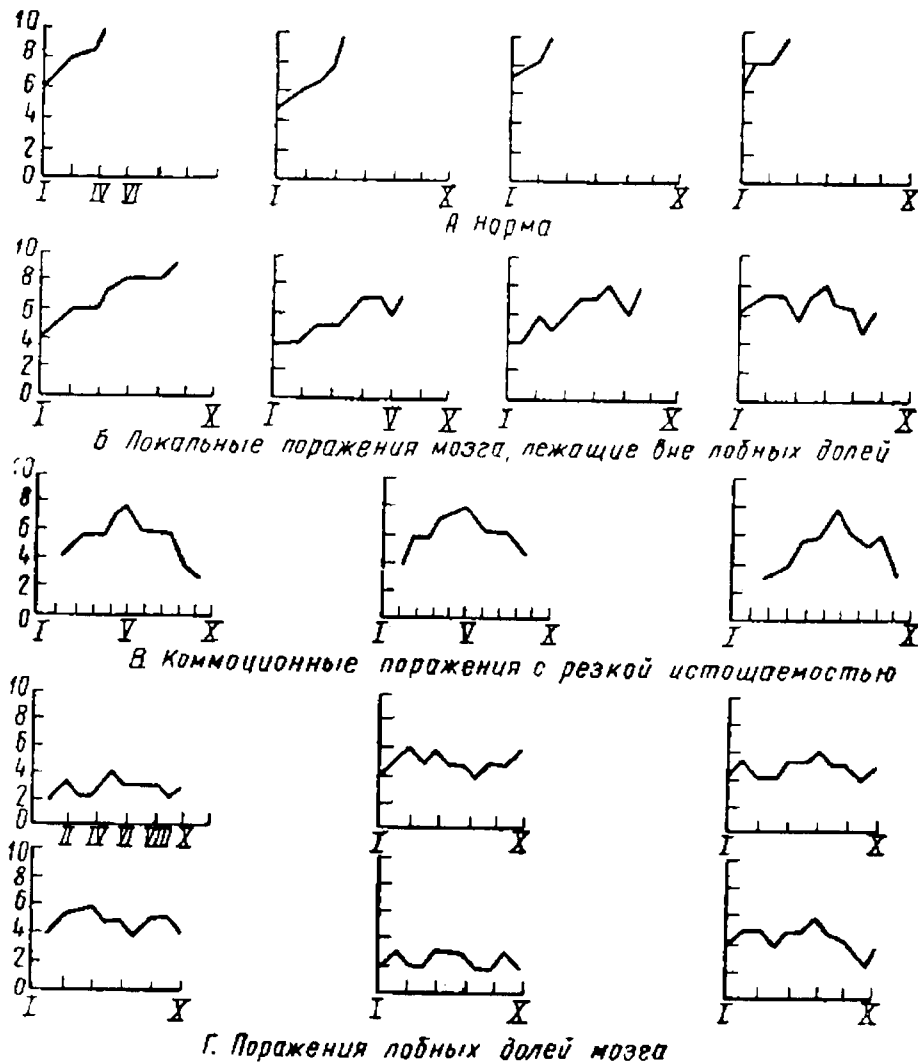
- общая инертность психической деятельности;
- нарушение операциональной стороны мышления в виде выраженной недостаточности уровня обобщения и отвлечения;
- недостаточность мнестических функций;
- недостаточность произвольной регуляции психических процессов.

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию и характер мозговых нарушений.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

«Кривая запоминания» у нормальных испытуемых и у больных с поражением лобных отделов мозга (по Б. В. Зейгарник).



Кривые показывают результат запоминания ряда из 10 слов при последовательных 10 предъявлениях. По абсциссе — номера опытов (I—X); по ординате — количество удержанных слов (1—10)

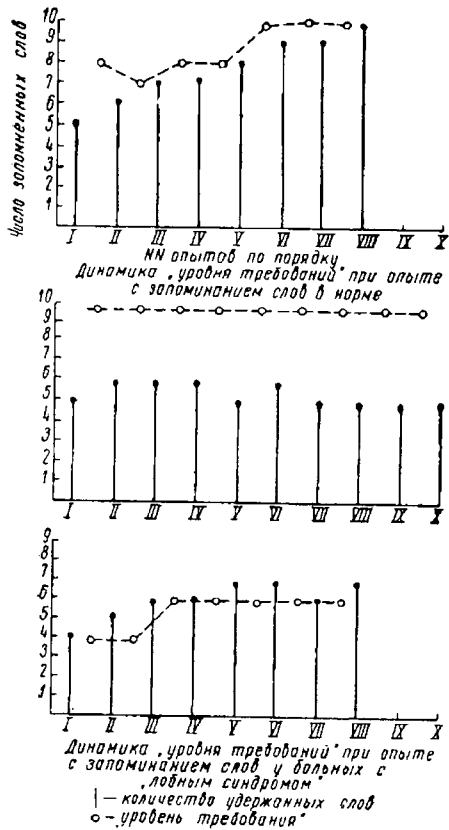
На рисунке приведено несколько подобных кривых, взятых нами из опытов, проведенных Б. В. Зейгарник. Нарушение активного характера мнестических процессов у больных с поражением лобных долей мозга проявляется и в том глубоком изменении «стратегии» запоминания, которое выступает у этих больных в опытах с заучиванием.

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию нарушений функционирования мозга.
2. Дайте характеристику нарушений мнестической деятельности.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

Глубокое нарушение структуры мнестической деятельности больных с поражением лобных долей мозга выступает с особенной отчетливостью в опытах с так называемым *опосредствованным запоминанием*.



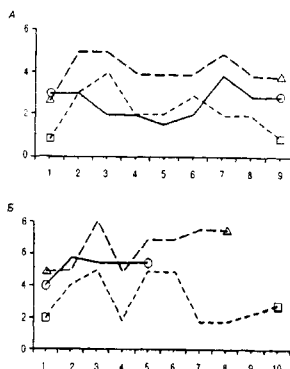
Динамика «уровня требований» при заучивании слов у больного с «лобным синдромом»

ВОПРОСЫ

1. Определите механизмы памяти, исследуемые в методике опосредованного запоминания.
2. Обозначьте особенности выполнения данного опыта больными с поражениями лобных отделов мозга.
3. Обозначьте особенности выполнения данного опыта больными с грубо выраженным дизэнцефальным синдромом и общим нарушением мнестических процессов.
4. Определите взаимосвязь мнестических процессов с процессами смыслообразования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

Специальное изучение больных с корсаковским синдромом в клинике локальных поражений мозга показало, что в целом логика нарушений памяти у данной категории больных та же, что и у больных с поражением дизэнцефальной области мозга, т. е. непосредственное запечатление и воспроизведение материала оказалось у них отнюдь не таким плохим, как это можно было предположить (А. Р. Лурия, 1974а, 1976). Больные иногда могли правильно воспроизвести 4-5 элементов ряда (например, 4-5 слов из 10) после первого их предъявления. Однако достаточно было пустой паузы (не говоря уже о гомо- и гетерогенной интерференции), чтобы следы «стирались». Здесь фактически наблюдалась та же картина, что и у больных с дизэнцефальными поражениями мозга, но в более обостренном виде. В этих случаях следы еще в большей степени оказывались подверженными влиянию различных «помех».



«Кривые заучивания» ряда из 10 слов у больных с опухолями верхних отделов ствола мозга с выраженным корсаковским синдромом:

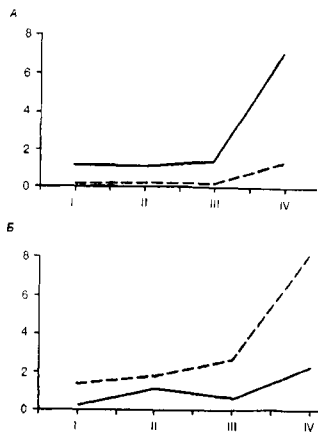
А — результаты заучивания слов у больных с тяжелым корсаковским и Б — у больных с легким корсаковским синдромом. По оси абсцисс — номера последовательных опытов, по оси ординат — число удержанных элементов (по Л. Т. Поповой, 1973)

ВОПРОСЫ

1. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
2. Определите физиологическую основу корсаковского синдрома».
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

(По Лурия А. Р. *Нейропсихология памяти*. М., «Педагогика», 1976.)



Модально-специфические нарушения памяти у больных с поражениями разных отделов мозга:

затруднения узнавания слухового (слоги, сплошная линия) и зрительного (бессмысленные фигуры, пунктир) материала у больных с поражением левой затылочно-теменной (А) и левой височной (Б) областей мозга. По оси абсцисс — последовательность опытов; по оси ординат — число правильно узнанных элементов (по Е. Н. Булгаковой, Н. К. Киященко, В. П. Фомину)

ВОПРОСЫ

1. Определите локализацию нарушений функционирования мозга.
2. Дайте характеристику модально-специфических нарушений мнестической деятельности.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

(По Лурия А. Р. *Нейропсихология памяти*. М., «Педагогика», 1976.)

Больная Снят., 35 лет, старший научный сотрудник химического института, поступила в Институт нейрохирургии в марте 1971 г. с подозрением на кистозную опухоль третьего желудочка.

Нейропсихологическое исследование, проведенное в этот период, указывало на отчетливо выраженные нарушения памяти, протекающие на фоне некоторой эмоциональной уплощенности и при полной сохранности праксиса, гнозиса и интеллектуальных процессов больной

Больная была интеллектуально полностью сохранна, четко ориентирована в месте и времени, критична к своим дефектам. Она жаловалась лишь на нарушение памяти («все стала забывать, ничего не помню, все приходится записывать, часто забываю людей, с которыми встречалась»). Эти дефекты отчетливо проявлялись и в клинике: больная не узнавала сотрудников, проводивших с ней исследования накануне, отрицала факт бывшего за несколько часов до этого посещения родных и т. д. Все эти дефекты колебались, усиливаясь в одни дни и принимая стертый характер в другие.

Экспериментально-психологическое исследование памяти больной, проведенное в этот период, не дало заметных признаков мнестических расстройств. Кривая заучивания серии из десяти слов была в пределах высокой нормы (7—7—9—9—9—9—9—9—10).

Больная легко запоминала группу из трех геометрических фигур, трех фонем или трех слов и после запоминания второй аналогичной группы легко припоминала первую. Ни в одной из этих проб мы не могли наблюдать каких-либо признаков нарушенной памяти или патологически повышенной тормозимости ранее запечатленных следов интерферирующими воздействиями.

Близкие данные были получены и в опыте с припоминанием трех рассказов, с той лишь разницей, что в опыте с последовательным припоминанием трех ранее предложенных рассказов больная обнаружила признаки забывания третьего рассказа, а влияние побочного, интерферирующего воздействия приводило к еще более отчетливому забыванию рассказа.

Исследование больной в этот период обнаруживает лишь очень стертые дефекты припоминания, возникающие под влиянием побочной (интерферирующей) деятельности, проявляющиеся в легком забывании осмысленного материала (рассказа) и фактически стоящие на границах нормы.

Гораздо более отчетливые нарушения памяти обнаруживаются, однако, в опыте, проведенном через два дня — в день, когда больная жаловалась на общее плохое состояние («плохой день»). В этом опыте больная не могла вспомнить, какие рассказы читались ей при предыдущей встрече, и на вопрос, какие рассказы читались ей два дня назад, после раздумья отвечала, что слышала только один рассказ «Лев и мышь» и что никаких других рассказов не было.

Исследование, проведенное в этот день, показало, что эффективность запоминания материала была в этот день значительно ниже, чем в предшествующем опыте, и что тормозимость припоминания данного словесного материала интерферирующими воздействиями была, в отличие от первого дня, значительно повышена. Так, больная оказывается уже не в состоянии припомнить группу из трех слов после повторения второй такой же группы, переставляет порядок входящих в серию слов и только после трехкратного повторения опыта успешно выполняет нужную задачу.

Аналогичное выступает и в опыте с воспроизведением трех фраз.

Таким образом, уже при первом поступлении больная, не проявлявшая никаких дефектов в праксисе, гнозисе и речи, полностью ориентированная в месте и времени, обнаруживает стертые, но достаточно отчетливые дефекты памяти, проявившиеся в повышенной тормозимости следов интерферирующими воздействиями, причем эти дефекты не оставались стабильными, но колебались ото дня ко дню.

ВОПРОСЫ

1. Определите характер нарушения.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

ИССЛЕДОВАНИЕ 1.

Больной предлагается повторить две группы слов по три слова с последующим припоминанием их.

| | | | | | |
|----|--|----|----------------------|-----------------------|-------------|
| 1. | <u>Пень—метла—мяч</u> | II | <u>Круг—луч—звон</u> | <u>?/I</u> | <u>?/II</u> |
| 1) | Правильно | | Правильно | Правильно | Правильно |
| | (вводится интерферирующая деятельность — отсчет от 102 по 13) | | | | |
| 2) | » | | » | ?/I | ?/II |
| | (вводится интерферирующая деятельность — перечисление пяти острых предметов) | | | | |
| 3) | » | | » | ?/I | ?/II |
| | (вводится интерферирующая деятельность — отсчет от 100 по 13) | | | | |
| 4) | » | | » | ?/I | ?/II |
| | (вводится интерферирующая деятельность — отсчет от 100 по 13) | | | | |
| | | | | «Крым... море... мяч» | (Отказ) |

Повторение аналогичного опыта через неделю.

| | | | | | |
|----|---|----|---------------------|------------|-------------|
| 1. | <u>Сон—окно—мяч</u> | II | <u>Звон—луч—лес</u> | <u>?/I</u> | <u>?/II</u> |
| 1) | Правильно | | Правильно | Правильно | Правильно |
| | (вводится интерферирующая деятельность — отсчет от 100 по 7) | | | | |
| | » | | » | ?/I | ?/II |
| | (вводится интерферирующая деятельность — подбор пяти слов на букву «К») | | | | |
| 2) | » | | » | ?/I | ?/II |
| | (вводится интерферирующая деятельность — подбор пяти слов на букву «К») | | | | |
| | | | | «Забыла» | «Забыла» |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 3) | » | » | ?/I Правильно | ?/II Правильно |
| | | | (вводится интерферирующая деятельность — решение арифметических примеров) | |
| | » | » | ?/I | ?/II |
| 4) | » | » | «Звон-окно-луч» ?/I | «Забыла» ?/II |
| | | | (вводится интерферирующая деятельность- решение арифметических примеров) | |
| | | | ?/I | ?/II |
| | | | «Были цифры?» Нет, слова «Слов никаких не было» | «Не знаю» (больная забыла, что ей предъявлялись слова) |

ИССЛЕДОВАНИЕ 2

Больной читаются две фразы и предлагается воспроизвести каждую по отдельности, а затем припомнить сначала первую, а потом вторую фразу.

| | | | | | |
|----|--|----|--|--------------------|-----------|
| 1. | <i>В Ташкенте было</i> | II | <i>В Тушине был</i> | ?/I | ?/II |
| 1) | <i>сильное землетрясение и много домов разрушено</i> | | <i>авиационный праздник и прыжки с самолетов</i> | | |
| | Правильно | | Правильно | Правильно | Правильно |
| | » | » | (вводится интерферирующая деятельность — решение задач) | | » |
| | | | ?/I | ?/II | |
| | | | «Не помню, что была за фраза» | «Не помню, забыла» | |

Подсказка фразы не помогает, и больная не припоминает даже самого факта, что ей читались какие-либо фразы.

| | | | | |
|----|-----------|-----------|--|--|
| 2) | » | » | ?/I | ?/II |
| | Правильно | Правильно | <i>В Ташкенте был авиационный праздник и много домов разрушено</i> | Правильно |
| 3) | » | » | ?/I | ?/II |
| | | | <i>В Ташкенте был авиационный праздник и много домов разрушено</i> | <i>В Ташкенте был авиационный праздник и прыжки с парашютами</i> |

ИССЛЕДОВАНИЕ 3

Больной читается рассказ (1) «Курица и золотые яйца». Она воспроизводит его без труда. Ей читается второй рассказ (2) «Умная ворона». И этот рассказ передается ею правильно. *Какой был первый рассказ? «...Представьте... все забыла...» Про что он был? «Кажется, про кувшин...»* (фрагмент из второго рассказа). *А какой был второй рассказ? «Ворона и золотой кувшин... золотые яйца...»* (фрагмент из первого рассказа)... Солнце светило и издало на кувшин, в котором были золотые яйца... Она поставила кувшин там, чтобы солнце и яйца поднялись...» (контаминация содержания обоих рассказов).

А какой же был первый рассказ? «О золотых яйцах и о кувшине...» Значит, в обоих рассказах было одно и то же? «Да .. как будто одно и то же..»

(По Лурия А. Р. *Нейропсихология памяти*. М., «Педагогика», 1976.)

ВОПРОСЫ

1. Определите характер нарушения.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

Больной В., 42 года, конструктор, поступил в Институт нейрохирургии 10 мая 1971 г. с подозрением на опухоль дна третьего желудочка.

Заболел осенью 1969 г., когда появились ухудшение зрения на левый глаз, обменные расстройства, полидипсия, за короткий срок прибавил в весе на 15 кг. с осени 1970 г. появились головные боли с тошнотой.

В течение всего периода наблюдение дает следующую картину: больной был инактивен, его трудно было вызвать на выполнение задания, он не проявлял нужной заинтересованности в его выполнении. Он знал, что лежит в больнице, но высказывал предположение, что лежит в Институте глазных болезней, или заявлял, что не помнит, где он находится. Он был недостаточно ориентирован во времени и 9 мая мог сказать, что сейчас ноябрь. Он называл имя жены, сына, но на вопрос о том, как зовут дочь, говорил, что забыл. На вопрос, болит ли у него голова, отвечал, что, по-видимому, болит, потому что ему приходится пить таблетки. Он не помнил, как зовут его врача, и говорил, что память его, «по-видимому, изменилась в худшую сторону». Состояние больного колебалось: иногда, например при разговоре об интересовавших его радиоприемниках, он оживлялся и говорил, что он сам изобрел радиоприемник.

Больной мог ходить, но обычно лежал в постели, мало общаясь с окружающими, не предъявлял никаких жалоб, легко истощаясь при каждом напряжении и быстро отключаясь от выполнения заданий.

Гнозис, праксис и речь оставались у него полностью сохранными; он не проявлял никаких признаков спутанности и конфабуляций и лишь иногда на вопрос, в каком городе он находится, отвечал: «В Одессе», тут же поправляясь: «Нет, в Москве, это мы собирались поехать в Одессу». Интеллектуальные процессы больного, как и его самооценка, были полностью сохранены; он мог решать предложенные ему задачи, отключаясь лишь от выполнения наиболее сложных задач, требующих известного напряжения.

Центральным симптомом для больного были грубые нарушения памяти, проявлявшиеся в патологически повышенной тормозимости следов побочными, интерферирующими воздействиями и выступавшие равномерно как в различных модальностях, так и на различных уровнях организации предъявляемого материала.

Кривая заучивания серии из десяти слов была низкой, (4—3—4—5—5—3—4—5), и не изменялась после инъекции 0,05 мл кофеина. Больной легко воспроизводил две группы по три геометрические фигуры, однако при попытках воспроизвести эти фигуры; по следам забывал состав групп и упрощал или контаминировал входящие в них компоненты. То же имело место и в опыте с воспроизведением двух групп, состоящих из двух движений.

Запоминание двух групп по три слова с припоминанием каждой группы протекало с большой трудностью и даже после семи-восьми повторений не приводило к нужному эффекту, продолжая все время давать контаминации и забывание.

Припоминание фраз вызывало у больного отчетливые затруднения.

Опыт с припоминанием двух рассказов обнаруживает очень существенные дефекты; больной, как правило, не может достаточно полно передать содержание рассказа и оказывается совсем не в состоянии припомнить содержание рассказа после того, как ему был прочитан другой рассказ.

Больному читается рассказ «Галка и голуби». Он передает его содержание: «Галка полетела с голубями и услышала, что там хорошо кормят, а ее там не приняли: она черная и кричит не так, надо быть белой. Прилетела обратно, ее не приняли». *Почему?* «Потому что она разучилась кричать». *Мораль?* «Со своими законами в чужое общество не лезь — белая к черным, а черная к белым». Больному читается второй рассказ — «Муравей и голубка». Он пытается передать его: «Голубка и муравей, муравей и голубка, нет, не помню, уже забыл». *А какой был первый рассказ?* «Нет, не помню, забыл». *А какой был второй рассказ?* «А я и второй рассказ забыл.. Кажется, про голубя, а что — не помню». Повторение опыта не приводит к нужному эффекту, и припоминание прочитанных рассказов остается недоступным.

(По Лурия А. Р. *Нейропсихология памяти*. М., «Педагогика», 1976.)

ВОПРОСЫ

1. Определите характер нарушения.
2. Дайте характеристику особенностей мнестической деятельности при данном нарушении.
3. Составьте диагностическую программу мнестических процессов для данной группы нарушений.
4. Определите прогноз психокоррекционных мероприятий для данной группы нарушений мнестической деятельности.

База типовых тестовых заданий для экзамена

(полная база тестовых заданий хранится на кафедре и в центре тестирования)

1. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

АВТОРОМ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ПАМЯТИ, РАССМАТРИВАЮЩЕЙ КРАТКОВРЕМЕННУЮ ПАМЯТЬ КАК ПРОЦЕСС, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ПОВТОРНЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ИМПУЛЬСНОЙ АКТИВНОСТИ В ЗАМКНУТЫХ ЦЕПЯХ НЕЙРОНОВ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, А ДОЛГОВРЕМЕННУЮ ПАМЯТЬ, НАПРОТИВ, КАК БАЗИРУЮЩУЮСЯ НА СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ, ВОЗНИКАЮЩИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ МОДИФИКАЦИИ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ КОНТАКТОВ — СИНАПСОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- Л. де Но
- А.Н. Соколов
- М. Бодри
- Г. Линч
- Д. Хебб

2. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ГОД, В КОТОРОМ ПРЕДЛОЖЕНА СТРУКТУРНАЯ МОДЕЛЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ

- 1984
- 1824
- 1880
- 1980
- 1953

3. ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ПО СЕНСОРНОЙ МОДАЛЬНОСТИ РАЗЛИЧАЮТ ПАМЯТЬ

- образную
- аудиальную
- вкусовую
- эмоциональную
- эпизодическую

4. ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ, НАЗЫВАЕМАЯ ОБЩИМ ТЕРМИНОМ ДИСМНЕЗИЯ, ВЫРАЖАЕТСЯ В

- гипомнезии
- амнезии
- гипермнезии
- псевдомнезия
- парамнезии

5. ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ПО СОДЕРЖАНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ПАМЯТЬ

- долговременную
- моторную
- болевую
- образную
- зрительную

6. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

К СИСТЕМЕ МИНДАЛЕВИДНОГО КОМПЛЕКСА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПАМЯТИ

(ПО Р.Ю. ИЛЬЮЧЕНКО, 1970) ОТНОСЯТСЯ

- орбитальная кора
- центральное серое вещество
- преоптическая область
- островок
- паравентрикулярные ядра

7. ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ВИДЫ АМНЕЗИЙ

- псевдореминисцентная
- фиксационная
- палимпсест
- тотальная

прогрессирующая

8. ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПРИЧИНАМИ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
ЯВЛЯЮТСЯ

нарушения пространственной координации

печеночная недостаточность

избыточная масса тела

дефицит фолиевой кислоты

гипотиреоз

9. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЭТАПЫ ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ

сенсорное хранилище – кратковременная память – долговременная память

долговременная память – кратковременная память – сенсорное хранилище

кратковременная память – долговременная память – сенсорное хранилище

долговременная память – кратковременная память – сенсорное хранилище

кратковременная память – сенсорное хранилище – долговременная память

10. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОЛЬНОГО ЗАПОМИНАНИЯ, ПО МНЕНИЮ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ
КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ПОДХОДА ЗАВИСИТ ОТ

установок

стимулов

воспроизведения

мотивов

ценностей

11. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

РЕТРОГРАДНАЯ АМНЕЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ПАМЯТИ О СОБЫТИЯХ,
КОТОРЫЕ

тесно связаны с заболеванием

возникли после заболевания

потерей речи

предшествовали заболеванию

возникли в процессе заболевания

12. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

АВТОРОМ СМЫСЛОВОЙ ТЕОРИИ ПАМЯТИ ЯВЛЯЕТСЯ

К. Бюлер

А. Смирнов

А. Ленгле

Т. Рибо

Э. Торндайк

13. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

НА УРОВНЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА ЦЕНТРАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ ЯВЛЯЮТСЯ

грубые нарушения кратковременной памяти на текущие события (по модально-неспецифическому типу)

нарушение избирательности следов

компенсирующий эффект при повышении мотивации мнестической деятельности

резкое усиление механической памяти

модально-неспецифические нарушения памяти, которые могут быть схожи с мнестическими дефектами у «лобных» больных:

14. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ОТСУТСТВИЕ ПАМЯТИ НА ПЕРИОД ДО НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АМНЕЗИИ

- ретроградной
- тотальной
- палимпсеста
- псевдореминисцентной
- прогрессирующей

15. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НАРУШЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ТЕМ, ЧТО ПРОВАЛЫ ПАМЯТИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ ИНФОРМАЦИЕЙ, ИСТОЧНИК КОТОРОЙ БОЛЬНОЙ ЗАБЫВАЕТ: ОН НЕ ПОМНИТ, НАЯВУ ИЛИ ВО СНЕ ПРОИЗОШЛО ТО ИЛИ ИНОЕ СОБЫТИЕ, А ВЫЧИТАННЫЕ В КНИГАХ ИЛИ УСЛЫШАННЫЕ ОТ КОГО-ТО МЫСЛИ СЧИТАЕТ СВОИМИ СОБСТВЕННЫМИ

- псевдореминисценции
- эхомнезии
- криптомнезии
- палимпсест
- конфабуляции

16. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ТЕОРИЯ, СОГЛАСНО КОТОРОЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В НЕРВНЫХ КЛЕТКАХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВНЕШНИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, И ЯВЛЯЮТСЯ МЕХАНИЗМАМИ ПРОЦЕССОВ ЗАКРЕПЛЕНИЯ, ХРАНЕНИЯ И ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ

- генетическая
- химическая
- биологическая
- органическая
- физическая

17. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБЫВЧИВОСТЬ

- распространяется на одновременную работу с несколькими источниками информации.
- распространяется на общие знания, полученные в молодом возрасте;
- распространяется на специальные знания, полученные в среднем возрасте;
- распространяется на текущие события жизни;
- распространяется на отдаленные события жизни;

18. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НАРУШЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕСЯ В ПОТЕРЕ ПАМЯТИ НА ПЕРИОД ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АМНЕЗИИ

- антероградной
- палимпсеста
- фиксационной
- псевдореминисцентной
- тотальной

19. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КРАТКОВРЕМЕННУЮ ПАМЯТЬ ИССЛЕДОВАЛ

- Блонский
- Левин
- Морэй
- Питерсон
- Корсаков

20. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЗАПОМИНАНИЕ, СОХРАНЕНИЕ И ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ИХ СИСТЕМ

- слуховая память
- эмоциональная память
- образная память
- зрительная память
- двигательная память

21. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

К МОДАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВИДАМ ПАМЯТИ ОТНОСЯТСЯ

- иконическая
- локальная
- зрительная
- тактильная
- слуховая

22. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

АВТОРОМ РЕВЕРБЕРАЦИОННОЙ ТЕОРИИ ПАМЯТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- Л. де Но
- А.Н. Соколов
- М. Бодри
- Д. Хебб
- Г. Линч

23. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ВЫМЫСЛЫ, ИСКАЖЕННЫЕ ВОСПОМИНАНИЯ О СОБЫТИЯХ, КОТОРЫХ НЕ БЫЛО НИ В ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, О КОТОРОМ ГОВОРIT БОЛЬНОЙ, НИ В ПРОШЛОЙ ЕГО ЖИЗНИ ЭТО

- криптомнезия
- парамнезия
- конфабуляции
- гипомнезия
- гипермнезия

24. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ДРЕВНЕЙШИЙ ВИД ПАМЯТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВИДА, СОГЛАСНО КОТОРОЙ ВОСПРОИЗВОДИТСЯ ВСЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

- натуральная
- произвольная
- биологическая
- культурная
- генетическая

25. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ МЕХАНИЗМ НАУЧЕНИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ В ПОСТЕПЕННОМ УМЕНЬШЕНИИ РЕАКЦИИ ПО МЕРЕ ПОВТОРНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ

- сенситизация
- перенос навыка

- () привыкание
- () проб и ошибок
- () условный рефлекс

26. ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ПО СОДЕРЖАНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ПАМЯТЬ

- [] логическую
- [] сенсорную
- [] эмоциональную
- [] болевую
- [] моторную

27. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

К ТИПАМ АМНЕЗИИ ОТНОСЯТ

- () фиксационная
- () органическая
- () подростковая
- () операционная
- () взрослая

28. ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

К ТИПАМ АМНЕЗИИ ОТНОСЯТ

- [] вкусовая
- [] аудиальная
- [] моторная
- [] фиксационная
- [] травматическая

29. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ВЫТЕСНЕНИЕ ИЗ ПАМЯТИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ФАКТОВ И СОБЫТИЙ, КАК ПРАВИЛО, ЭМОЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ ПАЦИЕНТА, НАЗЫВАЕТСЯ

- () подкорковой деменцией
- () сенильной деменцией
- () диссоциативной амнезией
- () амнестическим эпизодом
- () корковой деменцией

30. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

МОДАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ РАЗНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

| | | |
|---|--|---|
| теменно-затылочные отделы правого полушария | | слухоречевая память, гностические дефекты отсутствуют |
| правая затылочно-теменная | | агнозии на лица, в которых объединены гностические и мнестические дефекты |
| левая височная | | пространственная и цветовая память |