



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Психология реабилитации и восстановления высших психических функций»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология
Квалификация	Клинический психолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и) кафедры клинической психологии

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

Рецензент (ы):

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

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

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

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

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

1. Больные с ... афазией становятся крайне общительными, заменяя дефицит речи мимикой, интонацией, жестами.

1. Афферентной моторной
2. Эфферентной моторной
- 3. Сенсорной**
4. Семантической

2. Для целенаправленного воздействия на эмоционально-личностные и волевые качества больных с локальными поражениями головного мозга используют...

- 1. Групповые формы работы**
2. Убеждение
3. Метод аутогенной тренировки
4. Сюжетные картинки

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

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

Примеры контрольных вопросов для устного опроса, собеседования:

1. Основные категории медико-социальной экспертизы. Основные задачи медико-социальной экспертизы.
2. Понятие нетрудоспособности. Классификация.
3. Цели, задачи, этапы осуществления экспертно-реабилитационной диагностики.
4. Цели и задачи деятельности психолога в рамках экспертно-реабилитационной диагностики.
5. Этические принципы и границы компетенции психолога-эксперта.

Для устного опроса, собеседования:

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

правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы.

Примеры тем рефератов:

1. Нейропсихологические методы помощи детям, страдающим аутизмом.
2. Реабилитация и восстановление ВПФ в постинсультный период.

Для оценки рефератов:

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

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 8 семестре – экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Экзаменационный билет содержит три вопроса (теоретические и практические)(II).

Критерии выставления оценок (III):

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с

дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

– Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ПСК-3.4

Способность и готовность к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики

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

1. Основные категории медико-социальной экспертизы. Основные задачи медико-социальной экспертизы.
2. Основные методические и организационные принципы медико-социальной экспертизы.
3. Основные функции бюро медико-социальной экспертизы на различных уровнях/
4. Правовое обеспечение деятельности медико-социальной экспертизы в РФ.
5. Содержание медико-социальной экспертизы. Законодательные акты, регулирующие деятельность психолога в рамках медико-социальной экспертизы.

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

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

Какая симптоматика наблюдается у больного, и с чем она связана?

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

Ситуационная задача. Пациентка контактна, ориентирована правильно. Свой речевой дефект понимает. Но критика к нему снижена. При расспросах предъявляет жалобы на трудности припоминания слов и построения фразы. Эмоциональный фон ровный. Отношение к выполнению диагностических проб несколько формальное.

Уровень психической активности снижен: темп деятельности замедлен, мимика и жесты невыразительны, голос тихий, невыразительный. Во время обследования отмечаются флуктуации произвольного внимания и работоспособности, трудности включения в задание, переключения с одного вида деятельности на другой. Период продуктивной работы составляет 25-30 минут

Практисис, гнозис: трудности усвоения двигательной программы (левая рука), замедление темпа выполнения пробы. Легкие кинестетические нарушения. Рисунок простой схематичный. Трудности передачи пространственных отношений на плоскости. Негрубые нарушения оптико-пространственного гнозиса. Слуховой неречевой гнозис и зрительный предметный гнозис – без грубых нарушений.

Речь: речевая инициатива невысокая, охотнее отвечает в диалоге. Речь представлена короткой, простой по структуре фразой с частотной лексикой. Выражены трудности подбора слова. Понимание обращенной речи и инструкций без существенных затруднений. Доступно повторение изолированных звуков, серий звуков, простых слов и коротких фраз из 2-3 слов со специфическими ошибками: трудностями переключения, скандированностью речи, персеверациями, литеральными заменами по гоморганному типу в начале слова. С литеральными парафазиями доступно называние частотных предметов и действий. Фраза по сюжетной картинке простая, аграмматичная (бабушке уступает место мальчик). Фонематический анализ первично не нарушен. Недостаточность понимания сложной речи и логико-грамматических конструкций из-за сужения объема слухоречевой памяти до 4-х элементов и трудностей внутреннего проговаривания.

Чтение дезавтоматизированно, со специфическими ошибками. Нарушена произносительная сторона речи: голос тихий, слабый, интонации невыразительны. При чтении текста особенно заметны неглубокое речевое дыхание и дискоординация процессов дыхания и голосообразования, нарастание неразборчивости произношения на объеме.

Письмо: нарушение звуко-буквенного анализа, пропуски букв на стечении согласных, пропуски слогов. Письмо с проговариванием, на фоне усиления произвольного контроля.

На поражение каких отделов указывает данная нейропсихологическая симптоматика? Обоснуйте свой ответ. Предложите пути коррекции и реабилитации.

ПСК-3.5

Способность и готовность к самостоятельной постановке практических и исследовательских задач, составлению программ диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации

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

1. Характеристика и оценка критериев жизнедеятельности. Передвижение.
2. Характеристика и оценка критериев жизнедеятельности. Самообслуживание.
3. Характеристика и оценка критериев жизнедеятельности. Общение.
4. Характеристика и оценка критериев жизнедеятельности. Контроль за своим поведением.
5. Характеристика и оценка критериев жизнедеятельности. Труд.

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

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

Какая симптоматика наблюдается у больного, и с чем она связана?

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

Ситуационная задача. Пациент (9 лет) в контакт вступает формально. На обследовании замкнут, насторожен, требуется определенное время для привыкания к специалисту.

Мотивация к обследованию снижена, цели обследования не понимает. Приходит на обследование только в сопровождении специалиста, говорит, что «весь день занят логопедами» и «пора на физкультуру».

Пробы выполняет формально, результатами не интересуется. При указании на ошибку исправляет не всегда.

Темп деятельности и речи неравномерный. На фоне утомления (через 10-15 минут нагрузки) отмечается ускорение темпа деятельности и речи, снижение произвольного контроля. Одновременно с этим нарастает двигательная расторможенность, «полевое поведение». Через несколько минут начинает зевать, кладет голову на стол.

В деятельности выраженыperseverации системного характера.

Период продуктивной работы составляет 15 – 25 минут.

Праворукий, левшества в семье не указывает. Жалоб на состояние речи, памяти, внимания не предъявляет.

Праксис. Реципрокная координация – замедленно, поочередно, на ускорении левая рука отстает. Динамический – программу усваивает хорошо, нарушена плавность переключений. Кинестетический праксис – единичные пространственные ошибки в правой руке, поиск позы на левой руке. Перенос поз с одной руки на другую – с единичными ошибками. Оральный праксис – без грубых нарушений.

Доступно конструирование из палочек по образцу простых фигур.

Гнозис. Стереогноз – без грубых нарушений. Слуховой неречевой гнозис – возможно узнавание бытовых шумов, воспроизведение простых ритмических структур.

Зрительный гнозис – на фоне усиления произвольного контроля возможно правильное опознание реалистических изображений. В то же время, на фоне расторможенности, утомления, при рассматривании картинки допускает ошибки по типу парагнозий, опираясь на перцептивно яркие признаки предметов. Существенно нарушено опознание наложенных и неоконченных изображений, изображений-химер. Грубо нарушено узнавание времени на «слепых часах» и самостоятельное изображение времени на циферблате по инструкции.

Самостоятельный рисунок примитивен, уплощен, нарушена передача пространственных отношений на плоскости. Метрические и топологические ошибки. Предъявление образца не улучшает результат копирования.

Речевая инициатива снижена. На вопрос отвечает односложно или простой короткой правильной фразой. Понимание речи не нарушено. Доступно повторение слогов, слов и фраз. Номинативная функция речи не нарушена: правильно называет малочастотные слова с единичными затруднениями. Фраза по сюжетной картинке

простая, стереотипная, единичные трудности использования предлогов. Пересказ рассказа краткий, словами текста, смысл передается правильно.

Темп речи неравномерный, ускоряется на объеме, нарастает неразборчивость, дизритмия речевого дыхания.

Письмо. Орфографические ошибки. Доступна запись слов и фраз под диктовку, составление и запись простой фразы с заданными словами.

Чтение. Замедленно, дезавтоматизировано. Затруднено понимание переносов слов. Часты угадывания слов. При попытке пересказать прочитанное – искажение смысла и деталей повествования из-за неполного понимания прочитанного.

Счет. Доступны арифметические операции, сравнение и прочтение сложных чисел. Сохранены представления о разрядности числа.

Память. Нарушено воспроизведение структуры трудновербализуемых фигур при оценке зрительной памяти. Объем зрительной памяти сужен до 4-х элементов.

Доступно заучивание 8-ми слов при оценке состояния слухоречевой памяти. След прочный, единичные привнесения по созвучию. При воспроизведении – инертность.

Интеллектуальная деятельность. Первичных нарушений операционального компонента мышления (снижения уровня обобщения, конкретно-ситуативное мышление и пр) не выявлено. Доступно правильное выполнение классификации, пробы четвертый лишний с единичными трудностями подбора обобщающего слова.

На поражение каких отделов указывает данная нейропсихологическая симптоматика? Обоснуйте свой ответ. Предложите пути коррекции и реабилитации.

ПСК-3.8

Способность и готовность к применению на практике диагностических методов и процедур для оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности и личности больного

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

1. Методы реабилитации пациентов с нарушениями памяти.
2. Подходы к уменьшению отрицательного влияния расстройств памяти на повседневную активность больных.
3. Использование мнемических приемов для восстановления памяти.
4. Прием создания и группировок зрительных образов.
5. Метод мест (метод карманов, матриц, размещения зрительных образов)
6. Кодирование информации
7. Компенсаторные стратегии запоминания.
8. Методы восстановления внимания.
9. Тренировки внимания в раннем периоде восстановления.
10. Тренировки внимания в среднем и позднем периоде восстановления
11. Методы восстановления зрительного гнозиса.
12. Тренировки зрительного внимания и зрительного восприятия.
13. Обучение стратегиям компенсации зрительно-гностических нарушений
14. Модификация внешней среды.
15. Методы восстановления речи.
16. Восстановительное обучение при акустико-мнестической афазии.
17. Восстановительное обучение при семантической афазии.

18. Восстановительное обучение при моторной афферентной афазии.
19. Восстановительное обучение при моторной эфферентной афазии.
20. Восстановительное обучение при динамической афазии.
21. Методы восстановления произвольных движений больных с апраксиями.
22. Коррекция регуляторных функций.
23. Методы восстановления нарушений мышления.
24. Восстановительное обучение больных с акалькулией

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

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

В какой зоне имела место черепно-мозговая травма?

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

Ситуационная задача. Пациент контактен, охотно соглашается на обследование. Критика к собственному состоянию и допускаемым ошибкам снижена. Эмоциональные реакции незрелы, инфантильны (не к месту громко смеется, улыбается). Круг интересов ограничен. Обследование воспринимает не как ситуацию экспертной оценки, а как возможность пообщаться со специалистом.

Поведение в ситуации обследования правильное. Однако отмечается недостаточность произвольного контроля в виде элементов «полевого поведения», флуктуаций произвольного внимания. Патологической утомляемости, истощаемости не выявлено. Отмечается тенденция к персеверациям, нарастающая во время выполнения сложных видов деятельности на занятии.

Праворукий, случаев левшества в семье не указывает.

Орально-артикуляционный праксис – без грубых нарушений. Пальцевый кинестетический праксис – единичные ошибки на фоне снижения произвольного контроля и тенденции к импульсивности, возможна коррекция по подсказке. Трудности самостоятельного усвоения и удержания двигательной программы, графические серийные пробы – с негрубой тенденцией к персеверациям.

Простые виды зрительного предметного и слухового неречевых гнозиса – без патологии. Координатные ошибки при выполнении сложных проб на оценку оптико-пространственного праксиса и гнозиса.

Объем слухоречевой памяти – 6 элементов. При заучивании – нарушения избирательности (привнесения по звуковому и смысловому сходству), тормозимость следа под воздействием интерференции. Объем зрительной памяти – 5 элементов, тенденция к контаминациям при воспроизведении.

Речь: спонтанная речь фразовая, готовность к речевому общению высокая. Темп речи быстрый, в речевом потоке смысловые интонации несколько невыразительны.

Произносительных трудностей, имеющих в основе нарушения кинетического и кинестетического факторов, не выявлено. Словарь существенно не обеднен, в спонтанной речи выявляется тенденция к использованию речевых выражений-штампов. Фразы по сюжетной картинке – различной структуры, правильные. Доступен пересказ прочитанного текста с опусканием деталей повествования, принесением новых деталей, включаемых в смысловую канву.

Фонематический анализ первично не нарушен. Пациент правильно понимает простые и сложные логико-грамматические речевые конструкции (несколько увеличено время осмысления сложных конструкций).

Доступна запись слов, фраз и текстов под диктовку. Специфических ошибок на письме не выявляется, тенденция к микрографии, «грязь» на письме. Доступно составление и запись простых фраз с заданными словами.

Интеллектуальная деятельность: сохранно представление о числе, его порядковой и количественной характеристике. Пациент выполняет счетные операции, правильно сравнивает многозначные числа. Решение арифметических задач предваряется утрированным экстериоризированным анализом их условий, часто решение импульсивно, неверно. При выполнении тестов на вербально-логическое мышление выявляется снижение уровня обобщения, трудности подбора обобщающего слова, опора на несущественные, но перцептивно яркие признаки предметов. Затруднено толкование пословиц и поговорок, понимание переносного смысла фразеологических выражений.

На поражение каких отделов указывает данная нейропсихологическая симптоматика? Обоснуйте свой ответ. Предложите пути коррекции и реабилитации.

ПСК-3.12

Способность и готовность к взаимодействию с работниками в области охраны психического здоровья, с работниками экспертных организаций и учреждений социальной защиты населения

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

1. Задачи реабилитационной психологии.
2. Современные подходы к реабилитации пациентов с нарушенными высшими психическими функциями
3. Сущность восстановительного обучения.
4. Направления восстановительного обучения.
5. Психофизиологические принципы восстановительного обучения.
6. Психологические принципы восстановительного обучения.
7. Психолого-педагогические принципы восстановительного обучения.
8. Спонтанное восстановление функций.
9. Растворивание функций.
10. Викариат.
11. Восстановление функций путем перестройки функциональных систем
12. Структура диагностического этапа в реабилитации пациентов с нарушенными высшими психическими функциями.
13. Стратегии когнитивной реабилитации.
14. Содействие процессу естественного, спонтанного восстановления психических функций.
15. Восстановительные тренировки нарушенных когнитивных функций и восстановительное обучение больного ранее присущим ему когнитивно-поведенческим стратегиям.

16. Восстановительное обучение больного с нарушенными когнитивными функциями новым когнитивно-поведенческим стратегиям, компенсирующим недостаточность когнитивных функций.
17. Тренировки повседневных интегративно-функциональных навыков
18. Реорганизация окружающей пациента среды.
19. Формы проведения когнитивной реабилитации.
20. Современные технологии в когнитивной реабилитации.
21. Видеотерапия
22. Компьютерные программы когнитивных тренировок
23. Интеграция когнитивной реабилитации в общую систему реабилитационных воздействий.
24. Общая характеристика стадий восстановления больных с нарушенными высшими психическими функциями
25. Когнитивная реабилитация на раннем этапе восстановления.
26. Сенсорная и сенсомоторная стимуляция тактильной, проприоцептивной, обонятельной систем на ранних этапах реабилитации..
27. Коррекционные мероприятия речедвигательных нарушений на ранних стадиях восстановления.
28. Функции психолога на ранних стадиях реабилитации больных с нарушениями ВПФ.
29. Когнитивная реабилитация пациентов с нарушениями ВПФ на средней и поздней стадии.
30. Направления реабилитации на средней стадии восстановления пациентов с нарушениями ВПФ.
31. Когнитивная реабилитация на поздних стадиях восстановления пациентов с нарушением ВПФ
32. Правила коммуникации с больными, находящимися на средней стадии восстановления.
33. Цели реабилитации на средних стадиях восстановления пациентов с нарушенными ВПФ.
34. Когнитивная реабилитация на поздних стадиях восстановления пациентов с нарушением ВПФ
35. Психотерапия в нейрореабилитации.
36. Психологическая помощь семье больных с нарушениями ВПФ..

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

Ситуационная задача. Больная К., 44 лет, со слов родственников, сильно изменилась за последнее время. Будучи всегда человеком активным и стеничным, она стала вялой, апатичной, бездеятельной, ничем не интересовалась, большую часть времени проводила в пределах постели. Эти изменения происходили с ней в течении года, и родственники обратились к психиатру, который с целью дифференциальной диагностики между шизофреническим процессом и очаговым поражением мозга направил больную на консультацию к нейропсихологу. В ходе нейропсихологического исследования выявлено, что больная целевому контакту доступна с трудом, инструкции выполняет выборочно, после повторных предъявлений, постоянно отвлекаясь на побочные раздражители. Включается в беседу после того, когда экспериментатор начинает разговаривать с ее матерью или медицинской сестрой. К допускаемым ошибкам не критична, корректируется с трудом. Объективно: а) инструкции экспериментатора выполняет преимущественно эхопраксически, б) при воспроизведении ритмов по инструкции не способна ее перекодировать, в) при воспроизведении ритмов по образцу – дезавтоматизация, г) при выполнении графических проб инертно повторяется свойство первой фигуры в виде ее разомкнутости, д) при воспроизведении серии из 6 слов в заданном порядке

воспроизводит 2 слова. После 3-го предъявления от выполнения отказалась. При решении задач в 2 действия цифры говорит наугад, от выполнения серийного счета отказалась.

Какой вид патологии имеет место у данной больной?

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

Ситуационная задача. Пациент контактен, ориентирован. Критичен, свои речевые нарушения оценивает верно. Предъявляет жалобы на произносительные трудности и трудности припоминания слов-синонимов, нарушения автоматизмов письма (подписи). Эмоциональный фон ровный. К обследованию мотивирован, диагностические пробы выполняет старательно.

Темп деятельности несколько замедлен. Патологической утомляемости, истощаемости не выявлено, пациент выдерживает 30-35 минут нагрузки. На фоне утомления отмечаются флуктуации произвольного внимания.

Пациент праворукий, случаев левшества в семье не указывает.

На обследовании:

Праксис: реципронная координация – замедленно, без ускорения. Трудности усвоения двигательной программы в обеих руках, динамические нарушения первичного характера в обеих руках. Кинестетических нарушений не выявлено. Рисунок простой, схематичный, правильный.

Гнозис. Первичных нарушений зрительного предметного и слухового неречевого гнозиса не выявлено. Единичные негрубые ошибки в сфере оптико-пространственного гнозиса с самостоятельной коррекцией.

Речь. Спонтанная речь фразовая. Фраза простая, часто неоконченная, лексика частотная. Понимание обращенной бытовой речи полное. Доступно повторение изолированных звуков, серий простых звуков с единичными литеральными заменами и трудностями переключений (т-с/т-ц, с-ш/ц-ш, г-к-х/г.х-т), скандировано – сложных по слоговой структуре слов. При повторении фраз – нестойкость звуковой структуры слова (на опушке/на опюшке, убил матерого волка/убил матерного волка). Пациент правильно повторяет фразу из 10 – 11 слов. Номинативная функция речи – доступно называние предметов и действий с единичными трудностями, вербальными заменами.

При составлении фраз по сюжетной картинке – трудности планирования сложного речевого высказывания, фраза простая, правильная, лексика частотная, единичные вербальные парафазии, тенденции к стереотипиям (Мальчик исполняет.... Пропускает женщину. Сестра выключает ... нет... вытрясает коврик). Понимание обращенной речи в том числе и логико-грамматических конструкций с опорой на сюжетную картинку не нарушено.

Чтение – замедленно, легкая неплавность межслоговых переключений, на объеме – нестойкость звуоряда. Пересказ – словами текста, кратко, трудности планирования развернутого речевого высказывания.

Письмо– несколько замедленно. Доступна правильная запись слов со сложной слоговой структурой (на фоне усиления произвольного контроля). При записи фраз (на объеме) – тенденция к ошибкам по типу антиципации букв, ошибки по типу пространственной схожести букв (б/д, б/в), недописывание окончаний.

Память. Зрительная – на уровне нижней границы нормы. Объем слухоречевой памяти сужен до 5-ти элементов. Заучивание непродуктивно, с тенденцией к инертности. Избирательность не нарушена.

На поражение каких отделов указывает данная нейропсихологическая симптоматика? Обоснуйте свой ответ. Предложите пути коррекции и реабилитации.