1.Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является

1. установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;
2. разработка методом инструментального исследования больных с локальными поражениями головного мозга;
3. восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;
4. совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах;
5. все выше перечисленное.

2. Автором культурно-исторической теории развития ВПФ является

1. Сеченов;
2. Бехтерев;
3. Выготский;
4. Анохин;
5. все четверо.

3. Изменчивость мозговой организации функций является отражением

1. принципа системной локализации функций;
2. принципа динамической локализации функций;
3. принципа иерархической соподчиненности функций;
4. принципом узкого локализационизма;
5. всех функций.

4. Жесткость организации мозговых функций обусловливается

1. меньшей подверженностью травмам;
2. их реализацией в макросистемах головного мозга;
3. более ранним периодом формирования;
4. последними двумя обстоятельствами;
5. всеми перечисленными.

5. Основным тезисом эквипотенционализма является

1. многоуровневость организации ВПФ;
2. функциональная равноценность левого и правого полушарий;
3. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
4. равноценность всех зон мозга в реализации психической деятельности;
5. все тезисы верны.

6. Медиобазальные отделы головного мозга, по А.Р. Лурия, относятся

1. к энергетическому неспецифическому блоку;
2. к блоку переработки экстероцептивной информации;
3. к блоку программирования, регуляции и контроля;
4. ни к одному из них;
5. все ответы верны.

7. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является

1. совокупность физиологических исследований;
2. клиническая беседа с больным или испытуемым;
3. синдромный анализ;
4. математические процедуры;
5. ультразвуковое обследование.

8. C КАКИМИ отднлами связаны Нарушения контроля за исполнением собственного поведения

1. патология лобных долей;
2. повреждение глубоких структур мозга;
3. нарушение работы теменно-затылочных отделов мозга;
4. патология височных долей;
5. патология затылочных отделов.

9. задача, которая не решается с помощью методов нейропсихологической диагностики

1. постановка топического диагноза;
2. оценка динамики психических функций;
3. определение причин аномального психического функционирования;
4. выбор форм нейрохирургического вмешательства;
5. выбор форм нейропсихологической диагностики.

10. Расстройства различных видов ощущений называются

1. агнозиями;
2. галлюцинациями;
3. сенсорными расстройствами;
4. иллюзиями;
5. апраксиями.

11. Общим признаком зрительных агнозий являются

1. неспособность увидеть что-либо;
2. изменений полей зрения;
3. нарушение мыслительных процессов;
4. потеря способности узнавания;
5. нарушение абстрагирования.

12. Нарушение осознать плоский предмет на ощупь с закрытыми глазами называется

1. аутотопагнозией;
2. тактильной агнозией;
3. дермолексией;
4. соматоагнозией;
5. прозопагнозией.

13. Соматоагнозия – признак

1. нижнетеменного поражения;
2. верхнетеменного поражения;
3. среднетеменного поражения;
4. поражения вторичных отделов зрительного анализатора;
5. затылочное поражение.

14. Замена нужных движений на шаблонные является признаком

1. кинестетической апраксии;
2. пространственной апраксии;
3. кинетической апраксии;
4. регуляторной апраксии;
5. все выше перечисленные.

15. Приобретенное речевое расстройство вследствие локального поражения левого полушария называется

1. апраксией;
2. мутизмом;
3. дизартрией;
4. афазией;
5. амузией.

16. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к

1. эфферентной моторной афазии;
2. сенсорной афазии;
3. семантической афазии;
4. динамической афазии;
5. амузии.

17. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой

1. первого блока мозга;
2. второго блока мозга;
3. третьего блока мозга;
4. всех трех блоков;
5. четвертого блока мозга.

18. «Полевое» поведение является результатом поражения

1. лобных долей;
2. височных долей;
3. затылочных долей;
4. теменных долей;
5. глубинных неспецифических структур.

19. Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является

1. корректурная проба;
2. одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;
3. управление движущимся объектом;
4. узнавание стимульного материала;
5. сравнение понятий.

20. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются

1. поражением конвекситальных отделов лобных долей;
2. левовисочными поражениями;
3. теменно-затылочными поражениями;
4. правовисочными поражениями;
5. правых затылочных отделов.

21. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга приводит к такому эмоциональному состоянию, как

1. безразличное благодушие;
2. грусть;
3. депрессия;
4. тревога;
5. эйфория.

22.Затылочная кора состоит из следующих проекционных зон

1. первичных;
2. вторичных;
3. третичных;
4. всех перечисленных;
5. никаких.

23.При поражении вторичных проекционных зон затылочной коры наблюдается

1. тактильная агнозия;
2. пространственная агнозия;
3. зрительная агнозия;
4. афазия;
5. амузия.

24.В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ Функция первичной проекционной височной коры

1. передавать слуховые возбуждения в кору мозга;
2. удлинять и стабилизировать воздействия слуховых возбуждений;
3. придавать слуховым возбуждениям более константный характер и делать их доступными для управления;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

25. Кора левой височной области включает в свой состав все, кроме

1. верхние отделы;
2. нижние отделы;
3. средние отделы;
4. задние отделы;
5. медиобазальные отделы.

26.Неречевое слуховое восприятие включает в себя

1. восприятие звуковых мелодий;
2. восприятие бытовых шумов;
3. интонационный компонент речи;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

27. При очаговом поражении правой височной области лучше воспроизводятся

1. простые ритмы;
2. сложные акцентуированные ритмы;
3. тихие ритмы;
4. громкие ритмы;
5. все ритмы.

28. 145.ИЗ КАКИХ проекционных зон состоят Премоторные зоны коры

1. первичных;
2. вторичных;
3. третичных;
4. все перечисленное;
5. нет правильного ответа.

29.В КАКИХ ОТДЕЛАХ При поражении в премоторных зонах левого полушария нарушаются движения

1. правой руке;
2. левой руке;
3. преимущественно правой руке и немного – левой;
4. обеих рук в одинаковой степени;
5. во всем теле.

30.В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ Регуляция состояний активности лобными долями

1. регуляции процессов активации;
2. регуляции произвольного внимания;
3. создании необходимого тонуса коры;
4. все перечисленное;
5. нет правильного ответа.

31.При поражении лобных долей экспериментально выявляются следующее нарушение движений и действий, кроме

1. эхопраксическое выполнение;
2. патологическая инертность исполнительного звена совершения действия;
3. замена программы действий инертными стереотипами;
4. патологической инертностью характеризуются способы и системы действий;
5. никаких из выше перечисленных.

32.Очаговые поражения конвекситальных отделов лобных долей проявляются преимущественно

1. нарушением организации движений и действий;
2. инертностью и инактивностью речевых процессов;
3. нарушением регуляции мнестических и интеллектуальных процессов;
4. всем перечисленным;
5. нет правильного ответа.

33.КАКИЕ СТРУКТУРЫ ВХОДЯТ В медиальные отделы коры

1. образования древней, старой и межуточной коры;
2. неспецифические ядра зрительного бугра и другие неспецифические образования;
3. образования верхнего ствола;
4. гипоталамические структуры;
5. ничего из выше перечисленного.

34.КАКИЕ НАРУШЕНИЯ При поражении медиальных и медиобазальных отделов коры в эксперименте

1. замедление всех функций;
2. голос вялый и афоничный;
3. выраженные изменения аффективных процессов;
4. все перечисленное;
5. ничего из выше перечисленного.

35.Особенно четко асимметрия строения наблюдается В

1. ядрах таламуса, которые связаны с речевыми функциями;
2. стволе мозга;
3. лобных отделах коры;
4. комиссурах мозга;
5. затылочных отделах.

36. в какой реализации Правое полушарие обладает относительной доминантностью

1. невербальных гностических функций у правшей;
2. вербальных функций у левшей;
3. функции пространственного восприятия у левшей и амбидекстров;
4. двигательной функции у правшей;
5. счетных операциях.

37.Исследование гностических процессов заключается во всем, кроме

1. изучении процессов зрительной и слухо – речевой памяти;
2. изучении зрительного восприятия;
3. изучении слухо – речевого восприятия;
4. изучении тактильного и пространственного восприятия;
5. все выше перечисленное.

38.Нейропсихологические синдромы подразделяются на:

1. синдромы поражения коры головного мозга и глубоких подкорковых структур;
2. синдромы поражения передних и задних отделов мозга;
3. синдромы поражения правого и левого полушарий мозга;
4. синдромы поражения первичных, вторичных и третичных проекционных зон мозга;
5. синдромы поражения левого полушария мозга у правшей.

39.ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ Синдромы поражения коры медиобазальных отделов височной области

1. дефекты «общей памяти»;
2. аффективные пароксизмы;
3. нарушения сознания;
4. все перечисленное;
5. ничего из выше перечисленного.

40.Анализ речевой продукции больных олигофренией в степени дебильности показывает

1. за многословием скрывается довольно бедный словарный запас
2. речь их изобилует штампами
3. часто неверно употребляются слова
4. все перечисленное;
5. ничего из выше перечисленного

41.КАКИЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ При ОБследовании больных эпилепсией

1. познавательных процессов
2. эмоциональных процессов
3. личности
4. все перечисленное;
5. ничего из выше перечисленного.

42.Какие нарушения, наблюдаемые в ходе ассоциативного эксперимента у больных эпилепсией

1. инертностью и вязкостью мышления
2. эхолалиями
3. «запаздывающими» речевыми реакциями
4. всем перечисленным;
5. ничего из выше перечисленного.

43.Обобщенность, отвлеченность, абстрактность являются существенными характеристиками мышления:

1. понятийного;
2. наглядно-действенного;
3. практического;
4. наглядно-образного;
5. все выше перечисленное.

44. У КАКИХ БОЛЬНЫХ Инертность мышления наблюдается

1. шизофренией;
2. эпилепсией;
3. в маниакальном состоянии;
4. при атеросклерозе головного мозга;
5. ДЦП.

45.Состояние, когда у человека иссякает потребность к продолжению начатого действия, в то время как условия заставляют его им заниматься определяется как:

1. истощаемость;
2. сужение объема внимания;
3. пресыщение;
4. врабатываемость;
5. врабатываемость.

46.ЧТО ТАКОЕ Мотивация

1. совокупность устойчивых черт личности, определяемых отношение человека к людям
2. активное изменение функционирования психики
3. совокупность причин психического характера, объясняющих поведение человека, его начало, направленность, активность
4. верно все
5. нет правильного ответа

47.Отсутствие жалоб у больных с поражениями лобных отделов мозга обусловливается:

1. сдержанностью больного;
2. нежеланием расстраивать своих близких;
3. желанием замаскировать свой дефект,
4. тем, что они не отдают себе отчета ни в своих переживаниях, ни в соматических ощущениях;
5. нет правильного ответа.

48.КАКУЮ ФОРМУ ИМЕЕТ Кривая запоминания 10-ти слов у больных с синдромом аспонтанности

1. зигзагообразную;
2. плато;
3. равномерно возрастающую;
4. равномерно убывающую;
5. не равномерно убывающую.

49.К самым известным экспериментально-психологическим методикам исследования внимания относятся

1. тест Бентона;
2. методика Шульте-Горбова;
3. метод «пиктограмм»;
4. методика «Классификация»;
5. проба Тойбера.
6. 50.К ЧЕМУ ОТНОСТСЯ Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения
7. нарушениям динамики мыслительных процессов;
8. нарушениям операционной стороны мышления;
9. нарушениям личностного компонента мышления;
10. нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности;
11. нет верного ответа.

51.При поражении вторичных проекционных зон затылочной коры справа наблюдается все перечисленное, кроме

1. предметная агнозия;
2. лицевая агнозия;
3. оптическая алексия;
4. ложные узнавания;
5. все выше перечисленное.

52. ЧТО РЕГУЛИРУЕТ Правая височная область регулирует

1. слухо – речевое восприятие;
2. неречевой слух;
3. слухо – речевую память;
4. восприятие музыкальных мелодий;
5. зрительный анализатор.

53. ЧТО ТАКОЕ Амузия

1. нарушение музыкального слуха;
2. нарушение восприятия речи;
3. трудности при игре на музыкальных инструментах;
4. отсутствие слуха;
5. нарушения зрения.

54.Верхнетеменная область анатомически примыкает к

1. интерорецепторам;
2. к поверхностным кожным рецепторам;
3. к внутренним мышечным рецепторам;
4. правильно В. и С;
5. нет правильного ответа.

55.Тактильные агнозии проявляются всем, кроме

1. нарушением восприятия веса, формы, материала при ощупывании;
2. астереогнозом;
3. трудностями восприятия пространственных отношений;
4. невозможностью идентификации предмета на ощупь;
5. нарушениями пальцевого восприятия.

56.ЧТО ЛЕЖИТ В основе синдрома пространственных расстройств

1. нарушение синтеза разномодальных импульсов;
2. нарушение анализа гностической информации;
3. расстройство процессов ассоциирования;
4. нарушение синтеза гностической информации;
5. нарушения памяти.

57. КАКИЕ ошибки в воспроизведении фигуры Рей – Тейлор При очаговом поражении левой нижнетеменной области

1. пространственные ошибки;
2. структурные ошибки;
3. утраченные элементы;
4. невозможность инициировать процесс изображения;
5. дополнительные элементы.

58.КАКИЕ НАБЛЮДАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ При поражении во вторичных проекционных зонах постцентральных отделов мозга

1. «дефект аморфосинтеза»;
2. афферентная апраксия;
3. афферентная моторная афазия;
4. все перечисленное;
5. нет правильного ответа.

59.ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ Постцентральные зоны мозга

1. кпереди от центральной борозды;
2. кзади от центральной борозды;
3. в глубоких отделах лобных долей;
4. вдоль по центральной борозде;
5. в затылочных долях мозга.

60.ПО КАКОМУ ПРИНЦИПУ ПРОЯВЛЯЮТСЯ Нарушения в первичных проекционных зонах премоторных отделов коры

1. «двигательного человечка»;
2. «чувствительного человечка»;
3. расстройства движений в верхней половине тела;
4. расстройства движений в нижней половине тела;
5. расстройства чувствительности в нижней половине тела.

61.КАК НАРУШАЮТСЯ ДВИЖЕНИЯ При поражении премоторных зон левого полушария

1. правой руки;
2. обеих рук в одинаковой степени;
3. левой руки;
4. преимущественно левой руки и немного – правой;
5. правой ноги.

62. из каких проекционных зон состоят Лобные доли

1. первичных;
2. вторичных;
3. третичных;
4. четвертичных;
5. все перечисленное.

63.В каких сферах проявляется Апатико – акинетико – абулический синдром

1. эмоциональной;
2. волевой;
3. двигательной;
4. интеллектуальной;
5. все перечисленное.

64.Поражение приводящее к Нарушению регуляции мнестических и интеллектуальных процессов

1. конвекситальных отделов лобных долей;
2. медиальных отделов лобных долей;
3. базальных отделов лобных долей;
4. затылочных долей;
5. теменных долей.

65.КАК проявляется Лобная динамическая афазия

1. трудности инициации речевой активности;
2. нарушением составления программы речевого высказывания;
3. бедностью спонтанной речи;
4. эхолалиями и словами – штампами;
5. все выше перечисленное.

66.Каковы основные функции медиальных отделов коры?

1. регуляция состояний мозга;
2. модификация тонуса коры;
3. регуляция влечений и аффективных состояний;
4. все перечисленное;
5. нет верного ответа.

67.От «лобного синдрома» нарушения медиальных и медиобазальных отделов отличают все признаки, кроме

1. депрессия, тоска и страхи в сочетании с выраженными вегетативными реакциями;
2. синдром «катастрофических реакций»;
3. безразличие;
4. синдром «переживаний гибели мира»;
5. все выше перечисленное.

68.на каких уровнях обнаруживаются Различия полей правого и левого полушарий мозга

1. нейронном;
2. физиологическом;
3. клиническом;
4. все перечисленное;
5. нет верного ответа.

69. ЧТО проводится На 1 – м этапе нейропсихологического обследования

1. тщательное ознакомление с историей заболевания и данными неврологического и нейрофизиологического исследований;
2. беседа с больным;
3. изучение всех видов ощущений;
4. составление плана исследования;
5. беседа с родственниками.

70.Исследование эмоциональных реакций заключается во всем, кроме

1. выслушивания жалоб больного на нарушение эмоций;
2. исследования восприятия эмоционального выражения лиц на фотографиях, эмоционального тона сюжетных картин и рассказов;
3. выслушивания жалоб родственников больного на его эмоциональные реакции;
4. анализа данных тестов ММРI, Люшера, шкалы Дембо – Рубинштейн;
5. анализ данных HADS.

71.Что включает в себя Нейропсихологическое заключение

1. характеристику личности больного;
2. дополнения к анамнезу;
3. данные экспериментально – психологического исследования и оценку полученных данных;
4. данные наследственного анамнеза;
5. все перечисленное.

72.ЧЕМ характеризуется Олигофазия больных эпилепсией

1. замедлением ее темпа
2. употреблением уменьшительных слов
3. использованием речевых штампов
4. всем перечисленным;
5. больные эпилепсией не страдают олигофазией.

73.какой характер носит Кривая истощаемости гиперстенического типа

1. высокого плато
2. зигзагообразный
3. низкого плато
4. постепенного снижения;
5. не отличается от здоровых лиц.

74.какими признаками больные оперируют при Снижении уровня обобщения

1. конкретно-ситуационными признаками;
2. функциональными признаками;
3. существенными признаками;
4. отвлеченными понятиями;
5. абстрактными понятиями.

75.в основе чего лежит Склонность к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений

1. непоследовательность;
2. «откликаемость»;
3. разноплановость;
4. резонерство;
5. непосредственность.

76.какой тип Нарушения мышления, при котором больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой

1. непоследовательность суждений;
2. лабильность суждений;
3. разноплановость;
4. инертность мышления;
5. резонерство.

77.с чем связан процесс развития при переходе "знаемых" мотивов в "побуждение"

1. развитием мышления ребенка;
2. формированием мировоззрения подростка;
3. началом трудовой деятельности;
4. борьбой мотивов;
5. с переходом в зрелось.

78.в какой последовательности располагают В процессе обследования методики

1. по убывающей сложности;
2. по возрастающей сложности;
3. попеременно чередуя методики различной сложности;
4. по направленности на тот или иной психический процесс;
5. не имеет значения.

79.что всключает в себя Симультанная агнозия

1. невозможности объединять части в целостные образы;
2. невозможности выделять фигуры из фона;
3. невозможности узнать зашумленные изображения;
4. трудностях восприятия части зрительного поля, противоположной очагу поражения;
5. невозможность символического мышления.

80.Какие нарушения При поражениях задних отделов левой височной области

* 1. нарушения номинативной функции в сочетании с невозможностью называть по названному слову зрительные представления;
	2. оптическая афазия;
	3. распад возможности изобразить названный объект;
	4. все перечисленное;
	5. нет правильного ответа.

81.При очаговых поражениях в правой височной зоне наблюдаются все перечисленные нарушения, кроме

* 1. литеральные парафазии;
	2. трудности определения индивидуальной принадлежности голоса;
	3. невозможность дифференцировки бытовых шумов;
	4. трудности при воспроизведении простых ритмов;
	5. амузия.

82.Нарушения ориентировки в реальном пространстве проявляются во всем, кроме

* 1. трудности ориентировки на местности;
	2. невозможности отразить пространственные признаки объекта на листе бумаги;
	3. невозможности различать правую и левую стороны;
	4. невозможность найти дорогу в лесу, незнакомом городе;
	5. невозможность назвать место нахождения.

83.Нарушения квазипространственных отношений проявляются всеми ошибками, кроме

* 1. в понимании сложных логико – грамматических конструкций;
	2. различения правой и левой стороны на листе бумаги;
	3. в конструкции родительного падежа;
	4. пространственными ошибками в счете;
	5. трудности понимания разрядности строения числа.
1. Вид нарушения памяти, при котором отмечается нарушение памяти на текущие события и относительно сохранной памятью на события прошлого
2. корсаковский синдром;
3. прогрессирующая амнезия;
4. ретроградная амнезия;
5. антероградная амнезии;
6. антероретроградная амнезия.

85. Нарушение динамики мнестической деятельности может быть следствием всего перечисленного, кроме

1. сосудистые заболевания головного мозга;
2. истощаемости психической деятельности;
3. тяжелые алкогольные интоксикации;
4. аффективно-эмоциональная неустойчивость;
5. болезнь Паркинсона.

86. ВИДЫ АФАЗИЙ

моторная;

сенсорная;

амнестическая;

семантическая;

все перечисленное.

87. КАКИЕ СИМПТОМЫ исключаются при ПОРАЖЕНИи ВИСОЧНОЙ ДОЛи

слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации;

сенсорная афазия;

амнестическая афазия

амузия;

гипокинезия.

88. СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЛОБНОЙ ДОЛИ

моторная афазия;

расстройства психики;

атаксия

динамические нарушения памяти;

все перечисленное.

89. СИМПТОМЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ, КРОМЕ

метаморфопсии;

гомонимная квадрантная или гемианопсия;

зрительные галлюцинации;

гемиплегия;

предметная агнозия.

90. ГДЕ НАХОДИТСЯ ЦЕНТР ПРАКСИСА

в лобной доле;

в теменной доле, в надкраевой извилине;

в височных долях в медиобазальных отделах;

в затылочной доле, в шпорной борозде;

в глубинных неспецифических структурах.

91. СИМПТОМЫ ДЛЯ КОРКОВОЙ АТАКСИИ, КРОМЕ

возникает на противоположной стороне от очага;

проявляется в нарушении стояния и ходьбы (астазия-абазия);

характерна «пьяная походка»;

отсутствует возможность компенсации координаторных нарушений;

все выше перечисленное характерно.

92. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ИЗУЧАЕТ БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ

1. 50 - 60
2. 45 - 50
3. 45 - 70
4. 50 - 80
5. 60 – 70

93. СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

слуховые галлюцинации;

обонятельные галлюцинации;

вкусовые галлюцинации;

все перечисленное;

нет верного ответа.

94. СИМПТОМЫ СЕНСОРНОЙ (АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКОЙ) АФАЗИИ, ВСЕ КРОМЕ

не понимает обращенную речь;

в речи больного характерны слова – «эмболы»;

многословен;

для речи характерен «салат из слов», парафазии;

не понимает инструкции.

95. НЕ АФАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РЕЧИ

Моторная

Сенсорная

Амнестическая

Дизартрия

Акустико-мнестическая.

96. Локализация следующего коркового центра определяет доминантность левого полушария у правшей

1. зрения
2. слуха
3. речи
4. гнозиса
5. праксиса

97. Следующая функция имеет локализацию коркового центра только в одном полушарии (является непарной)

1. слух
2. зрение
3. праксис
4. гнозис
5. речь

98. Расстройство речи, вызванное поражением коркового центра называется

1. афония
2. дислалия
3. дизартрия
4. афазия
5. агнозия

99. Следующая дисфазия является синонимом Афазии Брока

1. сенсорная
2. импрессивная
3. моторная
4. амнестическая
5. глобальная

100. Следующая дисфазия является синонимом Афазии Вернике

1. моторная
2. сенсорная
3. экспрессивная
4. амнестическая
5. глобальная

101. Место расположения речевого центра Брока

1. левая височная
2. правая височная
3. левая лобная
4. правая лобная
5. левая теменная

 102. Место расположения речевого центра Вернике

1. левая теменная
2. левая лобная
3. левая височная
4. правая теменная
5. правая лобная

103. Следующая способность нарушена у пациента с афазией Вернике

1. говорить
2. слышать
3. узнавать музыку
4. понимать речь
5. узнавать предметы

104. Нарушение узнавания предмета при ощупывании называется

1. анозогнозия
2. стереотаксис
3. зрительная агнозия
4. тактильная гипостезия
5. астереогнозия

105. Следующая функция нарушена у пациента с апраксией

1. произвольные движения
2. координация
3. целенаправленные действия
4. чувствительность
5. синхронные движения

106. ВИД АФАЗИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

1. моторная;
2. сенсорная;
3. амнестическая, семантическая;
4. динамическая;
5. все выше перечисленные.

107. КАКИЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ИСКЛЮЧЕНЫ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

1. зрительно-пространственная агнозия;
2. семантическая афазия;
3. амнестическая афазия;
4. моторная афазия;
5. акалькулия.

108. ОСНОВНЫМ ТЕЗИСОМ ЭКВИПОТЕНЦИОНАЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Многоуровневость организации ВПФ;
2. Функциональная равноценность левого и правого полушарий;
3. Принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
4. Равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.
5. Ни один из перечисленного

109. ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

1. амнестический;
2. эфферентный;
3. синдром оптико-пространственного игнорирования;
4. поведенческих нарушений;
5. нарушений эмоционально-волевой сферы.

110. ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАБОТЫ ПЕРВОГО БЛОКА ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К ПРОЦЕССАМ

1. памяти
2. мышления
3. внимания
4. восприятия
5. все перечисленное

111. СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА

1. прогрессирующее нарушение памяти на текущие события;
2. проявляется в нарушении стояния и ходьбы (астазия-абазия);
3. прогрессирующие нарушения памяти;
4. прогрессирующее игнорирование левой половины пространства;
5. все выше перечисленное.

112. Агнозия наиболее характерна для

1. деменции при болезни Пика
2. сосудистой деменции
3. деменции при нормотензивной гипертензии
4. деменции при БА;
5. ФТД.

113. ПРЕДМЕТНЫЙ ЗРИТЕЛЬНЫЙ ГНОЗИС ИССЛЕДУЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ СЛЕДУЮЩИХ ПРОБ НА УЗНАВАНИЕ

1. предметов
2. изображений
3. предметов с недостающими признаками
4. перечеркнутых изображений
5. верно все

114. ЧТО ХАРАКТЕРНО Для этапа умеренно выраженной деменции при БА с ранним началом

1. прогрессирующая амнезия
2. конфабуляции
3. ретроградная амнезия
4. фиксационная амнезия
5. тотальная амнезия

115. МЕДИОБАЗАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ЛУРИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. К энергетическому неспецифическому блоку;
2. К блоку переработки экстероцептивной информации;
3. К блоку программирования, регуляции и контроля;
4. Ни к одному из них.
5. Ко всем перечисленным

116. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма — это

1. реформация
2. реабилитация
3. транслокация
4. трансплантация
5. абилитация

117. Реабилитация – это

1. комплекс медицинских мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями.
2. комплекс медицинских, психологических, социальных мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями.
3. комплекс юридических мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями
4. комплекс педагогических мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностям
5. нет верного ответа.

118. Локализация следующего коркового центра определяет доминантность левого полушария у правшей

1) зрения

2) слуха

3) речи

4) гнозиса

5) праксиса

119. ИНСТРУМЕНТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Совокупность физиологических исследований;
2. Клиническая беседа с больным или испытуемым;
3. Синдромный анализ;
4. Математическая процедура;
5. Ни один из перечисленного.

120. Что ИСКЛЮЧАЮТ задачи нейрореабилитации

1. последствий повреждения
2. воздействия причинных факторов
3. нарушений жизнедеятельности
4. социальных ограничений
5. нет правильного ответа

121. Что ИСКЛЮЧАЮТ основныЕ принципЫ медицинской реабилитации

1. раннее начало
2. системность
3. партнерство врача и больного
4. государственность
5. этапность

122. Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации

1. экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности
2. самооценка пациента
3. комплексная оценка с включением критериев качества жизни
4. оценка отдаленных результатов
5. оценка родственников

123. Сколько этапов реабилитации больных существует?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

124. Что является основной задачей амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации

1. лечение очагов инфекции
2. восстановление работоспособности
3. повышение устойчивости организма к метеорологическим колебаниям
4. улучшение двигательных функций
5. повышение самооценки пациента

125. Профилактика повторного инсульта включает в себя всё, кроме

1. нормализация АД
2. ограничение двигательной активности
3. контроль общеклинических показателей
4. соблюдение диеты
5. контроль медикаментозного лечения

126. ЧТО ТАКОЕ ДВИГАТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ

1. сохранение мыслей, выраженных словами;
2. запоминание собственных движений;
3. вспоминаем музыкальный мотив;
4. человек вспоминает и переживает чувства;
5. образование навыков;

127. ЧТО ТАКОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПАМЯТЬ

1. сохранение мыслей, выраженных словами;
2. запоминание собственных движений;
3. вспоминаем музыкальный мотив;
4. человек вспоминает и переживает чувства;
5. образование навыков;

128. ЧТО ТАКОЕ ОБРАЗНАЯ ПАМЯТЬ

1. сохранение мыслей, выраженных словами;
2. запоминание собственных движений;
3. вспоминаем музыкальный мотив;
4. человек вспоминает и переживает чувства;
5. образование навыков.

129. ЧТО ТАКОЕ Словесно-логическая ПАМЯТЬ

1. сохранение мыслей, выраженных словами;
2. запоминание собственных движений;
3. вспоминаем музыкальный мотив;
4. человек вспоминает и переживает чувства;
5. вспоминаем лицо человека.

130. ОСНОВАНИЕМ РАЗДЕЛЕНИЯ ПАМЯТИ НА ПРОИЗВОЛЬНУЮ И НЕПРОИЗВОЛЬНУЮ СЛУЖИТ

1. ведущий анализатор
2. предмет отражения
3. форма существования материи
4. целенаправленность характера деятельности субъекта
5. нет верного ответа

131. ГЕНЕТИЧЕСКИ ПЕРВИЧНОЙ СЧИТАЕТСЯ ПАМЯТЬ

1. двигательная
2. образная
3. эмоциональная
4. логическая
5. обонятельная

132. ВЫСШИМ ВИДОМ ПАМЯТИ СЧИТАЕТСЯ ПАМЯТЬ

1. двигательная
2. образная
3. эмоциональная
4. логическая
5. обонятельная

133. ВИДЫ ПАМЯТИ, ОСНОВАННОЙ НА УСТАНОВЛЕНИИ В ЗАПОМИНАЕМОМ МАТЕРИАЛЕ СМЫСЛОВЫХ СВЯЗЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. механической
2. логической
3. эмоциональной
4. оперативной
5. нет верного ответа

134. ПАМЯТЬ – ЭТО …

1. это психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающими возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания
2. все, что мы можем наблюдать в особенностях поведения исследуемого не случайно, а отражает некоторые глубинные психологические структуры, подлежащие исследованию
3. совокупность свойств, характеризующих динамические особенности протекания психологических процессов и поведения человека, их силу, скорость, возникновение, прекращение и изменение
4. это формально-динамическая составляющая поведения, которая проявляется в общей активности взаимодействия человека с окружающим миром и в эмоциональном отношении к его процессу и результатам
5. совокупность впечатлительности, эмоций, тревожности

135. ВИД ПАМЯТИ, ПРИ КОТОРОМ ОСОБЕННО ХОРОШО ЧЕЛОВЕК ЗАПОМИНАЕТ НАГЛЯДНЫЕ ОБРАЗЫ, ЛИЦА, ЦВЕТ И Т.П. – ЭТО ПАМЯТЬ

1. долговременная
2. образная
3. эмоциональная
4. оперативная
5. осязательная

136.ВИД ПАМЯТИ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СОХРАНЯЮТСЯ И ВОСПРОИЗВОДЯТСЯ ПЕРЕЖИТЫЕ ЧЕЛОВЕКОМ ЧУВСТВА

1. долговременная
2. образная
3. эмоциональная
4. оперативная
5. осязательная

137. ГИППОКАМП – ЭТО

1. одна из извилин больших полушарий
2. ядро среднего мозга
3. ядро промежуточного мозга
4. пучки ассоциативных нервных волокон
5. нет верного ответа

138. ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ МОЗГ НАХОДИТСЯ

1. между продолговатым и средним мозгом
2. под продолговатым мозгом
3. за поясной извилиной
4. над средним мозгом
5. все ответы верны

139. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ - ЭТО ОТРАСЛЬ

1. физиологии
2. неврологии
3. нейрохирургии
4. естествознания
5. психологии

140. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Л.С. Выготский
2. Е.Д. Хомская
3. Л.С. Цветкова
4. А.Р. Лурия
5. А.Н. Леонтьев

141. ТЕОРИЯ СИСТЕМНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВПФ РАЗРАБОТАНА:

1. Павловым И.П.
2. Анохиным П.К.
3. Лурия А.Р.
4. Выготским Л.С.
5. Цветковой Л.С.

142. ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ТЕОРИИ СИСТЕМНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВПФ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. учение о ВПФ Выготского Л.С.
2. учение о функциональной системе П.К. Анохина
3. концепция структурной организации О.С. Адрианова
4. теория деятельности
5. учение С.Л. Рубинштейна

143. ЗАПАДНАЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ДОСТИГЛА БОЛЬШИХ УСПЕХОВ В РАЗРАБОТКЕ:

1. общей концептуальной схемы мозга
2. качественных методов исследования больных
3. общей нейропсихологической теории
4. количественных методов исследования больных
5. частной нейропсихологической теории

144. ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. клиническое
2. экспериментальное
3. терапевтическое
4. детского возраста
5. общепсихологическое

145. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. методы восстановления экспрессивной речи
2. методы восстановления импрессивной речи
3. ЭЭГ
4. вызванные потенциалы
5. методы неаппаратурного исследования

146. Следующая способность нарушена у пациента с афазией Вернике

1) говорить

2) слышать

3) узнавать музыку

4) понимать речь

5) узнавать предметы

147. Нарушение узнавания предмета при ощупывании называется:

1) анозогнозия

2) стереотаксис

3) зрительная агнозия

4) тактильная гипостезия

5) астереогнозия

148. Следующая функция нарушена у пациента с апраксией:

1) произвольные движения

2) координация

3) целенаправленные действия

4) чувствительность

5) синхронные движения

149. МУЖЧИНА 45 ЛЕТ, ЭКОНОМИСТ, БЕЗ ПРИЧИНЫ СТАЛ ЧРЕЗВЫЧАЙНО АКТИВНЫМ, ПОСТОЯННО НАХОДИЛСЯ В ПРИПОДНЯТОМ НАСТРОЕНИИ, ШУТИЛ, ЗАИГРЫВАЛ С СОТРУДНИЦАМИ, НЕ СОБЛЮДАЛ ДИСТАНЦИИ С НАЧАЛЬСТВОМ, ЛЕГКО ЗАВОДИЛ ЗНАКОМСТВА С НЕЗНАКОМЫМИ ЖЕНЩИНАМИ, БЫЛ МНОГОРЕЧИВ, ЛЕГКООТВЛЕКАЕМ, БЫСТРО ПЕРЕСКАКИВАЛ С ОДНОЙ ТЕМЫ НА ДРУГУЮ. ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ:

1. маниакальный
2. лакунарное слабоумие
3. циклотимия
4. эйфория
5. деменция

150. В СТРУКТУРУ ПСИХОПАТОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ ВХОДЯТ

1. амбулаторные автоматизмы
2. синдром оглушения
3. делириозный синдром
4. психические автоматизмы
5. деменция

151. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МАНИАКАЛЬНОЙ ФАЗЫ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОГО ПСИХОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышенная оценка собственной личности
2. амнезия
3. императивный галлюциноз
4. псевдодеменция
5. каталепсия

152. ДЛЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРНО

ВСЕ, КРОМЕ

1. чрезвычайной обидчивости
2. склонности к депрессивным реакциям
3. склонности к дисфорическим реакциям
4. астении
5. деменции

153. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТАДИИ ИСХОДА ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1. аменцией
2. малоумием
3. неврозоподобной симптоматикой
4. сенестопатиями
5. деменцией

154. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В 3 СТАДИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ:

1. деменции
2. кататонии
3. галлюцинаций
4. параноидного бреда
5. малоумия

155. ХРОНИЧЕСКАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ ПРИВОДИТ

1. к маниакально-депрессивному психозу
2. к неврозу
3. к шизофрении
4. к эпилепсиик эпилепсии
5. к деменции

156. ЗАТЯЖНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА ВЫЗЫВАЕТ

1. патохарактерологическое развитие
2. реактивный параноид
3. аффективно-шоковую реакцию
4. шизофрению
5. деменцию

157. ПСИХОПАТИЯ, ЭТО

1. акцентуация личности
2. расстройство личности
3. психопатоподобные расстройства
4. личностный дефект
5. деменция

158. КАКОЕ ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПСИХОГЕННОГО ЗАБОЛЕВ

1. неврастения
2. истерический невроз
3. прогрессивный паралич
4. невроз навязчивых состояний
5. псевдодеменция

159. передняя мозговая артерия не кровоснабжает

1. лобную долю
2. теменнуюя долю
3. парацентральную дольку
4. внутреннюю капсулу
5. затылочную долю

160. симптомы характерные для инсульта в системе передней мозговой артерии

1. альтернирующий синдром Вебера
2. моторная афазия
3. центральный парез мимических мышц
4. спастический парез ноги
5. гомонимная гемианопсия

161. симптомы характерные для инсульта в системе средней мозговой артерии:

1. альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко
2. моторная афазия, гемипарез, гемигипестезия
3. бульбарный паралич
4. атаксия, нистагм, гипотония
5. зрительная агнозия

162. симптомы характерные для инсульта в системе задней мозговой артерии

1. альтернирующий синдром Фовиля
2. моторная афазия, гемипарез
3. спастический парез ноги
4. бульбарный паралич
5. гомонимная гемианопсия, зрительная агнозия

163. Наиболее частая причина слабоумия

1. эпилепсия
2. клещевой энцефалит
3. б-нь Альцгеймера
4. б-нь Паркинсона
5. рассеянный склероз

164. КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ИСПОЛЬЗУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

1. нозологический
2. развития
3. топический
4. детерминизма
5. единства сознания и деятельности

165. К методикам раннего этапа восстановления речи после ОНМК относятся:

1. стимулирование понимания речи на слух
2. растормаживание экспрессивной стороны речи при моторной афферентной и эфферентной афазии
3. методики стимулирования глобального чтения и письма
4. всё перечисленное
5. нет верного ответа

166. При моторной афферентной афазии усилия направлены на

1. импрессивного аграмматизма
2. слухоречевой памяти
3. преодоление нарушений кинестетического гнозиса
4. по восстановлению фонематического слуха
5. все ответы верны

167. ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ:

1. аппаратурное исследование ВПФ
2. неаппаратурное исследование ВПФ
3. восстановительное обучение больных
4. постановку топического диагноза
5. аппаратурное исследование эмоциональной сферы

 168. При сенсорной афазии усилия направлены на

1. импрессивного аграмматизма
2. слухоречевой памяти
3. преодоление нарушений кинестетического гнозиса
4. по восстановлению фонематического слуха
5. все ответы верны

169. НАЗОВИТЕ АНТАГОНИСТ NMDA-РЕЦЕПТОРОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ

1. проноран
2. церебролизин
3. ноотропил
4. акатинола мемантин
5. глиатилин

170. ПРИЗНАКИ ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ДТЛ

1. деменция
2. нарушение цикла сон-бодрствование
3. мозжечковая атаксия
4. синдром паркинсонизма
5. зрительные галлюцинации

171. ЗАБОЛЕВАНИЕ ИСКЛЮЧАЮЩЕЕ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ ГЕНЕЗ

1. болезнь Альцгеймера
2. деменция с тельцами Леви
3. болезнь Паркинсона
4. хорея Гентингтона
5. болезнь Бинсвангера

172. СИМПТОМЫ ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ

* 1. метаморфопсии;
	2. гомонимная квадрантная или гемианопсия;
	3. зрительные галлюцинации;
	4. гемиплегия
	5. предметная агнозия

173. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. изучение физиологических механизмов нарушения ВПФ
2. восстановление ВПФ
3. неаппаратурное исследование ВПФ
4. изучение нейропсихологических синдромов
5. изучение патопсихологических симптомов

174. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА РАННИХ ЭТАПАХ

* 1. дистонические нарушения
	2. мнестические нарушения
	3. зрительные галлюцинации
	4. пирамидная недостаточность
	5. мозжечковые нарушения

175. ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО ТИПУ «ПАРКИНСОНИЗМ – ПЛЮС», В ОТЛИЧИЕ ОТ БП.

* 1. ранняя деменция
	2. вегетативная недостаточность
	3. парез взора
	4. мозжечковые нарушения, бульбарный синдром
	5. все вышеперечисленное.

176. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ:

1. миограмма
2. батарея Лурьевских методов
3. формирующий эксперимент
4. плетизмограмма
5. ЭЭГ

177. СИМПТОМЫ ИСКЛЮЧАЮЩИЕ СЕНСОРНУЮ (АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКОЙ) АФАЗИЮ

 1. не понимает обращенную речь;

 2. в речи больного характерны слова – «эмболы»;

 3. многословен;

 4. для речи характерен «салат из слов», парафазии;

 5. не понимает инструкции.

178. ИЗМЕНЧИВОСТЬ МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ:

* 1. принципа системной локализации функций;
	2. принципа динамической локализации функций;
	3. принципа иерархической соподчиненности функций;
	4. всех трех принципов.
	5. ни одного

179. ТРЕТИЧНЫЕ ПОЛЯ ВКЛЮЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗОНЫ:

1. зрительные
2. слуховые
3. верхнетеменные
4. нижнетеменные
5. все перечисленные

180. ТРЕТИЙ СТРУКТУРНО - ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ БЛОК МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ:

1. моторные отделы коры лобных долей
2. премоторные отделы коры лобных долей
3. медиобазальные отделы коры
4. префронтальные отделы коры лобных долей
5. все кроме 3

181. ПРЕЦЕНТРАЛЬНАЯ МОТОРНАЯ И ПРЕМОТОРНАЯ КОРА ЯВЛЯЕТСЯ НАЧАЛОМ СЛЕДУЮЩИХ ПУТЕЙ:

1. зрительных
2. слуховых
3. пирамидных
4. экстрапирамидных
5. кожно – кинестетических

182. СОМАТОТОПИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП В ЛОБНОЙ КОРЕ ПРЕДСТАВЛЕН В СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛЕ:

1. 3
2. 4
3. 5
4. 9
5. 12

183. ПРОБЛЕМА МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ И МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ:

1. нейроанатомией
2. нейрофизиологией
3. нейробиологией
4. нейрохирургией
5. все перечисленное

184. ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ:

1. изучение физиологических механизмов нарушений ВПФ
2. восстановление нарушенных ВПФ
3. изучение нейропсихологических синдромов
4. изучение здоровых людей с целью профотбора
5. изучение здоровых людей с целью профориентации

185. СВЯЗЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ С ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. односторонностью
2. двухсторонностью
3. независимостью
4. слиянием
5. близостью предмета

186. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. уточнение структуры симптома
2. уточнение значения симптома
3. постановку топического диагноза
4. квалификацию дефекта
5. выделение лежащего в основе фактора

187. ЯДЕРНЫЕ ЗОНЫ АНАЛИЗАТОРОВ ВКЛЮЧАЮТ

1. первичные поля
2. вторичные поля
3. третичные поля
4. подкорковые образования
5. первичные и вторичные поля

188. НАИБОЛЬШИЕ ОТЛИЧИЯ МЕЖДУ ЛЕВЫМ И ПРАВЫМ ПОЛУШАРИЕМ НАБЛЮДАЮТСЯ В:

1. зрительных отделах
2. височной области
3. теменных отделах
4. лобной области
5. ни одной

189. СЛЕВА БОЛЬШЕ, ЧЕМ СПРАВА У ПРАВШЕЙ ПЛОЩАДЬ:

1. нижней лобной извилины
2. нижней теменной борозды
3. островковая область
4. верхняя лобная извилина
5. ни одно из перечисленного

190. ЛЕВОЕ ПОЛУШАРИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1. произвольную сторону психической деятельности
2. непроизвольную сторону психической деятельности
3. как произвольную, так и непроизвольную стороны психической деятельности
4. осуществление эмоциональных процессов
5. ни одно из перечисленного

191. ПРАВОЕ ПОЛУШАРИЕ УЧАСТВУЕТ В ОРГАНИЗАЦИИ:

1. невербального мышления
2. оценки пространства
3. аналитического мышления
4. конкретного мышления
5. верно 1 и 2

192. ПЕРЕКРЕСТ ЗРИТЕЛЬНЫХ ВОЛОКОН ПРОИСХОДИТ В ОБЛАСТИ:

1. зрительного нерва
2. хиазмы
3. наружного коленчатого тела
4. зрительного сияния
5. первичного 17 - го поля коры

193. ПОРАЖЕНИЕ 17-ГО ПОЛЯ В ЛЕВОМ И ПРАВОМ ПОЛУШАРИИ ПРИВОДИТ К:

1. гемианопсии
2. двусторонней гемианопсии
3. агнозии
4. центральной слепоте
5. верно 1,2 и 4

194. ЛИЦЕВОЙ ГНОЗИС ИССЛЕДУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩИХ ПРОБ НА УЗНАВАНИЕ:

1. цветов
2. предметов
3. цифр
4. фотографий
5. графических изображений

195. ЗРИТЕЛЬНО - ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ ГНОЗИС НЕ ИССЛЕДУЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ СЛЕДУЮЩИХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ:

1. узнавание времени на часах
2. установка заданного времени
3. узнавание римских чисел
4. называние предметов
5. пробы с картой

196. КОЖНО - КИНЕСТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР НЕ ОБЪЕДИНЯЕТ РЕЦЕПТОРЫ, СОДЕРЖАЩИЕСЯ В:

1. коже
2. мышцах
3. кортиеве органе
4. сухожилиях
5. суставах

197. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ КОЖНО - КИНЕСТЕТИЧЕСКОЙ РЕЦЕПЦИИ:

1. мышечная
2. суставная
3. тактильная
4. тепловая
5. верно все

198. ОСНОВНЫЕ РЕЦЕПТОРНЫЕ АППАРАТЫ КОЖИ НЕ СОДЕРЖАТ

1. мускульные веретена
2. колбочки Краузе
3. цилиндрические рецепторы Руффини
4. Паччиниевы Тельца
5. Верно все

199. КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ СЛЕДУЮЩИХ РЕЦЕПТОРОВ:

1. колбочки Краузе
2. цилиндрические рецепторы Руффини
3. свободные нервные окончания
4. сухожильный орган Гольджи
5. Паччиниевы тельца

200. ПОРАЖЕНИЕ КОЖНО - КИНЕСТЕТИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ В ЗОНЕ ТАЛАМУСА ПРИВОДИТ К:

1. тактильным галлюцинациям
2. тактильным иллюзиям
3. синдрому Дежерина
4. анестезии
5. гиперстезии