

Педагогические 2015

№ 3

измерения

Зарегистрирован
Министерством
Российской Федерации
по делам печати,
телерадиовещания
и средств массовых
коммуникаций.
Свидетельство
о регистрации средства
массовой информации
ПИ № 77-15870
от 7 июля 2003 г.

Директор проекта
Елена
ШИШМАКОВА

Главный редактор
Вадим **АВАНЕСОВ**

Ответственный секретарь
Светлана **ЛЯЧИНА**

Дизайн
Ольга **ДЕНИСОВА**

Вёрстка
Александр
ВОЛХОНСКИЙ

Корректор
Татьяна
ДЕНИСЬЕВА

Технолог
Артём **ЦЫГАНКОВ**

Адрес: 109341,
Москва,
ул. Люблинская,
д. 157, корп. 2
Тел./факс:
(495) 345-52-00,
345-59-00
E-mail:
parob@yandex.ru

Учредитель
НИИ школьных
технологий

Содержание номера:

Методология

Вадим Аванесов
Проблема педагогических
измерений качества образования **3**

Александр Иванов
Пути выхода из тупика ЕГЭ **15**

**Туракты Интымаков,
Жибек Касенова,
Айгуль Муйтунова**
Анализ качества тестовых заданий
статистическими методами **37**

**Юлия Дорофеева,
Надежда Симакина**
Создание комплекса компоновки,
структурирования, автоматической
генерации и проверки тестовых работ **43**

Теория

Елена Артищева
Отставание, неуспеваемость
и коррекция знаний как общая проблема
педагогки и педагогических измерений.
Часть первая **54**

Методика

Гульзира Ермекбаева
Мониторинг.
Квантованный учебный текст с заданиями в
тестовой форме **70**

Кайратбек Сарсембаев

Нарушения памяти (мнестические расстройства).
Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой форме.
Для студентов медицинских вузов

76

Рекомендации авторам

82

**Полнотекстовые номера журнала «Педагогические измерения»
публикует Научная электронная библиотека: elibrary.ru**

Подписано в печать 00.10.2015

Формат 70×90/16. Бумага типографская. Печать офсетная.

Печ. л. 8. Усл.-печ. л. 9,33. Заказ №

Издатель: НИИ школьных технологий
109341, Москва, ул. Люблинская, д. 157, корп. 2.
Тел.: (495) 345-52-00.

Отпечатано в типографии НИИ школьных технологий
Тел.: (495) 972-59-62

Нарушения памяти (мнестические расстройства).

Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой форме.

Для студентов медицинских вузов

Кайратбек Сарсембаев,
*доктор медицинских наук, профессор,
Казахский национальный медицинский
университет имени С.Д. Асфендиярова
kairatbek60@gmail.com*

Память — это психический процесс запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта. Нарушения могут касаться любого из трёх звеньев составляющих память.

Нарушение запечатления информации (фиксации)

Это важная функция памяти, так как при нарушении запечатления сохранение и воспроизведение информации становятся невозможными. Клинически это проявляется в том, что больные утрачивают способность фиксировать текущие события. Данное расстройство называется фиксационная амнезия.

Нарушение сохранения прошлого опыта (ретенции)

Забывание прошлого опыта идёт по определённой закономерности. В первую очередь страдает более поздно приобретенный опыт. Это обусловлено тем, что более поздняя информация менее организована, систематизирована в отличие от ранее приобретенной. В дальнейшем происходит постепенное стирание из памяти последующих, более давних событий. Этот процесс носит как физиологический, так и патологический характер. Со старением организма происходит нарушение сохранения прошлого опыта. В пожилом и старческом возрасте наблюдается лучшее воспроизведение информации раннего периода жизни и ухудшение воспроизведения более позднего опыта.

При патологическом состоянии процесс забывания преобладает над процессом приобретения информации.

Нарушение воспроизведения прошлого опыта (репродукция)

Данное расстройство наблюдается при нарушении фиксации и ретенции. Действительно, если утрачивается способность запечатлевать и сохранять полученную информацию, то, естественно, нечего и воспроизводить из памяти. Вместе с тем наблюдается и первичное, независимо от фиксации и ре-

тенции, нарушение репродукции. При церебральном атеросклерозе больной не может вспомнить необходимую в данный момент информацию (имя, адрес и т.п.), а спустя некоторое время все воспроизводится памятью.

Классификация нарушений памяти

Расстройства памяти делят на количественные (дисмнезии), качественные (парамнезии) и нарушения чувства знакомости.

Количественные нарушения памяти (дисмнезии)

К ним относятся гипермнезия, гипомнезия и различные варианты амнезий.

Гипермнезия — патологическое обострение памяти, проявляющееся обилием воспоминаний с мельчайшими подробностями, возникающих непроизвольно и с необычайной лёгкостью, носящих яркий чувственно-образный характер. Воспроизведение носит беспорядочный характер, логическая последовательность воспоминаний нарушена. Данное нарушение памяти имеет место при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, а также является проявлением измененного сознания (при алкогольном и наркотическом опьянении, экзогенных психозах).

Гипомнезия — это общее ослабление памяти. Страдают все составляющие памяти, но главным образом ретенция и репродукция. В первую очередь это проявляется избирательной репродукцией. Больной не может воспроизвести в данный момент необходимую информацию, но впоследствии это может всплыть из памяти. Это чаще характерно для механической памяти, чем словесно-логической. Если больному дать подсказку (симптом анэксфории), то

он может вспомнить о хорошо известном ему факте.

Амнезии — это группа расстройств, характеризующихся полным выпадением из памяти событий, касающихся определённого периода времени.

Классификация амнезий

Ретроградная амнезия — выпадение из памяти событий произошедших до заболевания (обычно состояние измененного сознания вследствие острой мозговой патологии). Обычно выпадает из памяти короткий промежуток времени, предшествовавший заболеванию либо травме с потерей сознания. Однако ретроградная амнезия может распространяться и на многие месяцы и даже года. Чаще воспоминания частично или полностью восстанавливаются. Обычно восстановление памяти происходит появлением воспоминаний о отдаленных событиях, как более систематизированных и устойчивых, по направлению к более свежим.

Антероградная амнезия — утрата воспоминаний о событиях произошедших после выхода из состояния измененного сознания. При этом больной в ясном сознании, вполне доступен контакту, но впоследствии не может даже фрагментарно воспроизвести то, что происходило накануне. Утрачивается способность фиксировать происходящие события, что обусловлено нарушением механизма перевода кратковременной памяти в долговременную память.

Конградная амнезия — отсутствие памяти на события в период включения сознания. Это обусловлено тем, что больной в состоянии глубокого расстройства сознания (кома, аменция, сумеречное помрачение сознания) не может воспринять информацию. Данная амнезия может сочетаться с ретроградной и антероградной амнезией.

Фиксационная амнезия — утрачивается способность удерживать и сохранять в памяти новую информацию. Больные не могут запомнить то, что они делали, говорили в данный момент, но при этом хорошо воспроизводят события прошлого. Данный вид амнезии является важным симптомом амнестического синдрома (синдрома Корсакова).

Прогрессирующая амнезия — в результате прогрессирующего органического заболевания головного мозга из памяти последовательно, от настоящего к прошлому, выпадают события жизни. Данная закономерность нарушения памяти была описана Рибо (1882 г.). Вначале снижается способность к запоминанию (гипоамнезия), в последующем выпадают из памяти недавние события, более далёкие события и на конечном этапе остаются автоматизированные навыки и наиболее яркие эмоциональные впечатления далёкого детства, которые также могут быть утрачены по мере развития заболевания.

Корсаковский амнестический синдром

Данный синдром был впервые описан выдающимся российским психиатром С.С. Корсаковым (1887 г.) как специфическое проявление алкогольного полиневротического психоза.

Структура амнестического синдрома

Основу синдрома составляет триада симптомов. Это фиксационная амнезия, ретроградная (ретроантероградная) амнезия, парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии). Важнейшим из этих симптомов является фиксационная амнезия. Провалы памяти больные замечают парам-

незиями. Следствием тяжёлых расстройств памяти является нарушение ориентировки в происходящих событиях, в месте, во времени и в лицах (амнестическая дезориентировка).

Данному психозу всегда сопутствует полинейропатия, что указывает на распространённость дистрофических изменений от больших полушарий до периферических нервов.

При каких заболеваниях встречается Корсаковский синдром

Сочетание различных признаков нарушения памяти, характерное для данного синдрома встречается не только при алкогольной интоксикации, но оно также может быть проявлением других органических поражений головного мозга: черепно-мозговых травм, острых интоксикаций, опухолей мозга, острой и прогрессирующей сосудистой патологии.

Синдром прогрессирующей амнезии

Данный синдром относится к амнестическим нарушениям и проявляется нарастающим оскудением памяти, подчиняющимся закону Рибо.

Клиника синдрома прогрессирующей амнезии

При данном синдроме полученные знания исчезают из памяти в последовательности, обратной их приобретению. На общем фоне опустошения памяти оказываются возможными воспоминания о событиях далёкого детства. Остаются сохраняемыми двигательные навыки и воспитанные формы поведения, которые также со временем могут исчезнуть.

При каких заболеваниях встречается синдром прогрессирующей амнезии

Данный синдром наблюдается при сосудистых и посттравматических поражениях мозга, у больных с атрофией коры большого мозга (болезнь Альцгеймера, Пика).

Качественные нарушения памяти (парамнезии)

Данные нарушения памяти характеризуются изменением содержания воспоминаний. У больных, при воспроизведении информации, отмечается искажение или извращение содержания воспоминаний.

Виды парамнезий

К парамнезиям относятся *псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии*. Они могут встречаться как самостоятельно, так и в сочетании с количественными нарушениями памяти.

При *псевдореминисценции* происходит замещение выпавших участков памяти событиями, действительно происходившими, но в другой период времени. Больной вспоминает то, что с ним было в действительности, но неверно, ошибочно соотносит этот факт во времени или месте. Так, больной с нарушением памяти, длительно находясь в стационаре, на вопрос, чем он занимался накануне, отвечает, что был на работе, встречался с коллегами, причём с подробностями. Отмечается сохранение содержания пережитого, то есть каждодневных привычных действий.

При *конфабуляции* происходит замещение провалов памяти никогда не происходившими, вымышленными событиями. При этом больной «вспоминает» то, что с ним никогда не могло произойти. Больной рассказывает, что его «похити-

ли инопланетяне», «провели эксперимент и вернули обратно домой», где он и находится.

Также, в старческом возрасте люди часто путают сновидения с реальной жизнью, принимая пережитое во сне за действительность и наоборот. При конфабуляции отмечается нарушение критики и осмысления ситуации. Больной не может осознать, что подобного с ним не могло произойти.

При *криptomнезии* информация, почерпнутая из других источников (чужих изобретений, книг, событий, фильмов и т.п.), осознаётся больным как своя. При «воспоминании» данная информация представляется как собственная и замещает провалы памяти. При данном расстройстве наблюдается нарушение способности идентифицировать источник воспоминаний. Больной не способен различить то, что с ним происходило в действительности с тем, что ему стало известно из прочитанного, увиденного в фильме, услышанного от окружающих или увиденного во сне.

Нарушения чувства знакомости

Среди симптомов нарушения памяти особую группу составляют нарушения чувства знакомости. Данные расстройства могут обнаружиться как у здоровых, например при изменении настроения, так и у психически больных.

Нарушения чувства знакомости относятся не только к расстройству памяти. Они могут быть рассмотрены в рамках патологии восприятия, поскольку нарушается узнавание предметов, а также при эмоциональных расстройствах, и в связи с изменениями сознания.

Выделяют симптом уже виденного (*deja vu* — дежа вю, французских авторов) и симптом никогда не виденного (*jamais vu* — жамэ вю).

Симптом уже виденного характеризуется тем, что у человека впервые в жизни возникшее восприятие чего-либо сопровождается чувством, будто это восприятие было когда-то раньше. При этом присутствует понимание ошибочности этого ощущения. Так, впервые находясь в незнакомом месте, у человека возникает чувство, будто он уже бывал здесь.

Симптом никогда не виденного заключается в том, что что-то хорошо знакомое воспринимается как чужое, чуждое, будто впервые. При этом человек понимает, что это ему кажется: остаётся неизменным и знание самого явления. Так, находясь в знакомом месте, у человека возникает ощущение того, что он здесь находится впервые, хотя хорошо знает все особенности помещения и его убранства.

Нарушения чувства знакомости обычно сопутствуют психосенсорным расстройствам и выявляются в структуре синдромов дереализации и деперсонализации.

Эти нарушения следует, прежде всего, искать у больных с менингоэнцефалитами, объёмными процессами головного мозга, с резидуальными явлениями перенесённой черепно-мозговой травмы, эпилепсией, мало-прогредиентной шизофренией, маниакально-депрессивным психозом.

Эти нарушения следует, прежде всего, искать у больных с менингоэнцефалитами, объёмными процессами головного мозга, с резидуальными явлениями перенесённой черепно-мозговой травмы, эпилепсией, мало-прогредиентной шизофренией, маниакально-депрессивным психозом.

Задания

Вашему вниманию предлагаются задания, в которых могут быть один, два и большее количество правильных ответов. Обведите кружком правильные варианты ответов.

1. К {количественным, качественным} НАРУШЕНИЯМ ПАМЯТИ ОТНОСЯТСЯ

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 1) амнезии | 6) конфабуляции |
| 2) парамнезии | 7) псевдореминисценции |
| 3) гипомнезия | 8) амнестический синдром |
| 4) гипермнезия | 9) прогрессирующая амнезия |
| 5) криптомнезия | |

2. СТРУКТУРА СИНДРОМА КОРСАКОВА

- | | |
|---|-------------------------|
| 1) дезориентировка в собственной личности | 6) фиксационная амнезия |
| 2) дезориентировка в пространстве | 7) псевдореминисценции |
| 3) ретроантероградная амнезия | 8) конфабуляции |
| 4) дезориентировка во времени | 9) криптомнезии |
| 5) прогрессирующая амнезия | |

3. КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| 1) профессиональных интоксикациях | 7) самоповешении |
| 2) черепно-мозговой травме | 8) шизофрении |
| 3) отравлении угарным газом | 9) эпилепсии |
| 4) сосудистых заболеваниях | 10) климаксе |
| 5) интоксикации алкоголем | 11) псеврозе |
| 6) инволюционном психозе | |

МЕТОДИКА

4. ПРИ СИНДРОМЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ АМНЕЗИИ ПОЛУЧЕННЫЕ ЗНАНИЯ ИСЧЕЗАЮТ ИЗ ПАМЯТИ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1) не наблюдается последовательности | 4) от прошлого к настоящему |
| 2) от юношеского возраста к пожилому | 5) от настоящего к прошлому |
| 3) обратной их приобретению | |

5. СИНДРОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ АМНЕЗИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 1) посттравматических поражений мозга | 5) черепно-мозговой травме |
| 2) профессиональных интоксикациях | 6) судорожных состояниях |
| 3) сосудистых поражениях мозга | 7) истерическом неврозе |
| 4) отравлении угарным газом | 8) пизофрении |

6. В СТРУКТУРУ СИНДРОМА {амнестического, прогрессирующей амнезии} ВХОДЯТ

- | | |
|---|-------------------------|
| 1) дезориентировка в собственной личности | 5) ретроградная амнезия |
| 2) дезориентировка в пространстве | 6) фиксационная амнезия |
| 3) ретроантероградная амнезия | 7) псевдореминисценции |
| 4) дезориентировка во времени | 8) конфабуляции |

7. НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВА ЗНАКОМОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| 1) неврозах | 5) опухолях мозга |
| 2) эпилепсии | 6) черепно-мозговой травме |
| 3) олигофрении | 7) малопрогредисентной пизофрении |
| 4) менигоэнцефалите | 8) маниакально-депрессивном психозе |

8. НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВА ЗНАКОМОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ

- | | |
|-------------|---------------|
| 1) памяти | 4) сознания |
| 2) эмоций | 5) ощущений |
| 3) мышления | 6) восприятия |

Дополнить:

Автор, впервые описавший амнестический синдром _____ .

По закону _____ протекает синдром прогрессирующей амнезии

РЕКОМЕНДАЦИИ
авторам по подготовке текстов для публикации
в журнале «Педагогические измерения»

Статьи для публикации просьба присылать в редакторе Word, шрифт 12, с указанием имени и фамилии, названия образовательного учреждения и адреса электронной почты.

НАЗВАНИЕ СТАТЬИ (пишется строчными буквами, жирный шрифт).

Под названием статьи: имя и фамилия автора — пишутся полностью, справа. Название вуза — пишется полностью, справа.

Адрес электронной почты автора — пишется справа.

Статье предшествует небольшая (до 10 строк) аннотация. Расстояние между строчками в аннотации — один интервал, отступ слева и справа — по 2,5 см. Аннотация заканчивается перечислением примерно пяти-девяти ключевых слов.

Рекомендуемый примерный объём статьи — до 30 страниц. Текст статьи рекомендуется разделить несколькими подзаголовками, из примерного расчёта по одному заголовку на одну страницу текста. Лучше написать по два, три или четыре подзаголовка на каждой странице.

Списки делать постраничные, шрифт в списках Times New Roman, 11 размер.

Жирный шрифт в тексте желательно не использовать. Расстояние между строчками в тексте статьи — полтора интервала.

Отступы в статье справа и слева — по 2,5 см.

Абзацный отступ — обычный, 1,27 или 1,25 см.

Статью высылать по адресу: testolog@mail.ru

Издательство «Народное образование» предполагает, что авторы статей являются — или должны стать — подписчиками журнала, а потому прекращает рассылку бесплатного авторского экземпляра.

Высылается только оттиск статьи (.pdf).

Публикация статей в журнале бесплатная.