

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ ЦИФРОВОЙ
ПОДПИСЬЮ сведения об ЭЦП:



**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СРЕДНЕРУССКАЯ АКАДЕМИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗНАНИЯ»**

Принято на заседании
Педагогического Совета Академии
Протокол от 22 августа 2022 года



**ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

По дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки

«Нейродефектология. Афазия, методики восстановления»

Нормативный срок освоения программы по очно-заочной форме обучения - 1180 часов

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ (ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА)

1.1. Программа итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 года N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 года N 499 "Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", Уставом, локальными актами Академии. Уставом, локальными актами Академии.

1.2. Итоговая аттестация слушателей, завершающих обучение по дополнительной профессиональной программе (далее – ДПП ПП) профессиональной переподготовки «Нейродефектология. Афазия, методики восстановления», 1180 часов, является обязательной. По результатам итоговой аттестации слушателю выдается диплом о профессиональной переподготовке установленного образца.

1.3. Итоговая аттестация проводится с использованием дистанционных образовательных технологий в соответствии с Положением о применении электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ ДО и ПО в АНО ДПО САСЗ, утвержденным Приказом ректора академии от «24» декабря 2020 года № 3/24-12.

II. Требования к итоговой аттестации слушателей

2.1. Итоговая аттестация слушателей по программам профессиональной переподготовки проводится в форме междисциплинарного (итогового) экзамена и не может быть заменена оценкой уровня знаний на основе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации слушателей.

2.2. Итоговый междисциплинарный экзамен по программе обучения наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин должен устанавливать также соответствие уровня знаний слушателей квалификационным требованиям и (или) профессиональным стандартам по соответствующим должностям, профессиям или специальностям.

2.3. Тесты к итоговому междисциплинарному экзамену, а также критерии оценки знаний слушателей по результатам проведения междисциплинарных зачетов, разрабатываются и утверждаются академией.

2.4. Объем времени аттестационных испытаний, входящих в итоговую аттестацию слушателей, устанавливается учебными планами.

2.5. Форма и условия проведения аттестационных испытаний при освоении программ повышения квалификации, входящих в итоговую аттестацию, доводятся до сведения слушателей при оформлении договора на обучение. Дата и время проведения итогового междисциплинарного экзамена доводится до сведения выпускников не позднее, чем за 30 дней до первого итогового аттестационного испытания.

2.6. Аттестационные испытания, входящие в итоговую аттестацию по ДПП профессиональной переподготовки, проводятся лицом (лицами) из числа профессорско-преподавательского состава и научных работников, и (или) ведущих преподавателей организаций, осуществляющих образовательную деятельность по соответствующему профилю подготовки, и (или) ведущих специалистов профильных предприятий, учреждений, организаций.

2.7. К итоговой аттестации допускаются лица, завершившие обучение по ДПП профессиональной переподготовки и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

2.8. Слушателям, успешно освоившим соответствующую ДПП и прошедшим итоговую аттестацию, выдаются документы о квалификации: диплом о профессиональной переподготовке установленного образца.

2.9. При освоении дополнительной профессиональной программы параллельно с получением среднего профессионального образования и (или) высшего образования диплом о профессиональной переподготовке установленного образца выдается одновременно с получением соответствующего документа об образовании и о квалификации.

2.10. Слушателям, не прошедшим итоговую аттестацию по уважительной причине (по медицинским показаниям или в других исключительных случаях, документально подтвержденных), предоставляется возможность пройти итоговую аттестацию без отчисления из Академии, в соответствии с медицинским заключением или другим документом, предъявленным слушателем, или с восстановлением на дату проведения итоговой аттестации. В случае, если слушатель был направлен на обучение предприятием (организацией), данный вопрос согласовывается с данным предприятием (организацией).

2.11. Слушателям, не прошедшим итоговой аттестации или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также лица освоившим часть дополнительной профессиональной программы и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельно устанавливаемому АНО ДПО «САСЗ».

2.12. Слушатели, не прошедшие итоговую аттестацию или получившие на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, вправе пройти повторно итоговую аттестацию в сроки, определяемые АНО ДПО «САСЗ».

III. Компетенции выпускника как совокупный ожидаемый результат образования по завершению освоения данной программы ДПП

При определении профессиональных компетенций учитываются требования:

Приказа Министерства Образования и Науки Российской Федерации от 22 февраля 2018 г. n 123 об утверждении Федерального Государственного Образовательного Стандарта высшего образования - бакалавриат по направлению подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

"ОК 010-2014 (МСКЗ-08). Общероссийский классификатор занятий" (принят и введен в действие Приказом Росстандарта от 12.12.2014 N 2020-ст) (ред. от 18.02.2021) 2269 Специалисты в области здравоохранения, не входящие в другие группы

Профессионального стандарта «Медицинский логопед»

Перечень профессиональных компетенций качественное изменение и (или) получение которых осуществляется в результате обучения:

Общепрофессиональные компетенции:

ОПК-1. Способен осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами и нормами профессиональной этики

Профессиональные компетенции:

ПК 1 Способен к оказанию помощи населению по диагностике, коррекции, реабилитации, профилактике и экспертизе функций, активности и участия, связанных с речью, голосом и глотанием

В результате освоения программы ДПП ПП «Нейродефектология. Афазия, методики восстановления», 1180 часов, слушатель должен приобрести следующие знания, умения и навыки, необходимые для приобретения новой квалификации, новых компетенций, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности, связанных с ней видов профессиональной деятельности, трудовых функций и (или) уровней квалификации.

знать:

- технологии использования методик оказания помощи населению по диагностике, реабилитации, профилактике, коррекции и экспертизе функций, активности и участия, связанных с речью, голосом и глотанием

- клинико-психолого-педагогические особенности разных категорий, связанных с речью, голосом и глотанием, у пациентов с нарушениями функций и структур, ограничениями активности и участия вследствие травм, заболеваний и (или) состояний

уметь:

-умеет осуществлять проведение, контроль эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации с применением методов восстановления функций, активности и участия, связанных с речью, голосом и глотанием у пациентов с нарушениями функций, структур, ограничениями активности и участия вследствие травм, заболеваний и (или) состояний

-взаимодействовать с членами мультидисциплинарной команды, определять тактику ведения и формировать индивидуальный план медицинской реабилитации, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями

владеть:

- навыками оказания помощи населению по диагностике, реабилитации, профилактике, коррекции и экспертизе функций, активности и участия, связанных с речью, голосом и глотанием

-технологиями и методиками применения средств и методов восстановления или коррекции нарушений функций, ограничений активности и участия, связанных с речью, голосом и глотанием

Итоговая аттестация включает в себя итоговое междисциплинарное тестирование.

№ п/п	Формируемые компетенции	Этапы формирования	Виды работ по итоговой аттестации	Трудо-емкость, ак. час
1.	ОПК-1; ПК-1	Итоговое междисциплинарное тестирование	Процедура итогового междисциплинарного тестирования	20

Показатели оценивания сформированности компетенций в результате прохождения итоговой аттестации

№ п/п	Компетенция	Виды оценочных средств, используемых для оценки сформированности компетенций
		Итоговое междисциплинарное тестирование
1.	ОПК - 1	+
2.	ПК- 1	+

Критерии оценки сформированности компетенций

№ п.п.	Виды оценочных средств используемых для оценки компетенций	Компетенции
1.	Уровень усвоения теоретических положений дисциплины, правильность формулировки основных понятий и закономерностей	ОПК-1; ПК-1;
2.	Уровень знания фактического материала в объеме программы	ОПК-1; ПК-1;
3.	Логика, структура и грамотность изложения вопроса	ОПК-1; ПК-1;
4.	Умение связать теорию с практикой.	ОПК-1; ПК-1;
5.	Умение делать обобщения, выводы.	ОПК-1; ПК-1;

IV. ОПИСАНИЕ КРИТЕРИЕВ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Критерии и шкалы оценивания

№ пп	Оценка	Критерии оценивания
1	Отлично	<p>Слушатель должен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - продемонстрировать глубокое и прочное усвоение знаний программного материала; - исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно изложить теоретический материал; - правильно формулировать определения; - продемонстрировать умения самостоятельной работы с литературой; - уметь сделать выводы по излагаемому материалу.
2	Хорошо	<p>Слушатель должен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - продемонстрировать достаточно полное знание программного материала; - продемонстрировать знание основных теоретических понятий; <p>достаточно последовательно, грамотно и логически стройно излагать материал;</p> <ul style="list-style-type: none"> - продемонстрировать умение ориентироваться в литературе; - уметь сделать достаточно обоснованные выводы по излагаемому материалу.
3	Удовлетворительно	<p>Слушатель должен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - продемонстрировать общее знание изучаемого материала; - показать общее владение понятийным аппаратом дисциплины; - уметь строить ответ в соответствии со структурой излагаемого вопроса; - знать основную рекомендуемую программой учебную литературу.
4	Неудовлетворительно	<p>Слушатель демонстрирует:</p> <ul style="list-style-type: none"> - незнание значительной части программного материала; - не владение понятийным аппаратом дисциплины; - существенные ошибки при изложении учебного материала; - неумение строить ответ в соответствии со структурой излагаемого вопроса; - неумение делать выводы по излагаемому материалу.
5	Зачтено	<p>Выставляется при соответствии параметрам экзаменационной шкалы на уровнях «отлично», «хорошо», «удовлетворительно».</p>
6	Незачтено	<p>Выставляется при соответствии параметрам экзаменационной шкалы на уровне «неудовлетворительно».</p>

По результатам итогового междисциплинарного экзамена, включенного в итоговую аттестацию, выставляются отметки.

Положительные отметки означают успешное прохождение итоговой аттестации – итогового междисциплинарного экзамена.

Шкала междисциплинарного тестирования

№ пп	Оценка	Шкала
1	Отлично	Количество верных ответов в интервале: 85-100%
2	Хорошо	Количество верных ответов в интервале: 70-84%
3	Удовлетворительно	Количество верных ответов в интервале: 50-69%
4	Неудовлетворительно	Количество верных ответов в интервале: 0-49%
5	Зачтено	Количество верных ответов в интервале: 40-100%
6	Незачтено	Количество верных ответов в интервале: 0-39%

V. ТИПОВЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Темы для подготовки к итоговому междисциплинарному экзамену, итоговому междисциплинарному тестированию:

Клинические основы нейродефектологии (этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика), нейрореабилитации и профилактики нарушений высших психических функций

Основы клинической нейропсихологии. Нейропсихологическая диагностика в логопедической практике. Применение МКФ в нейропсихологическом обследовании

Нейрореабилитация. Применение средств АДК в практике реабилитации (абилитации) детей и взрослых.

Афазия. Методики восстановления речи и других психических функций

Дисфагия. Актуальные проблемы диагностики и коррекции

Голос как междисциплинарная проблема. Фониатрия. Логопедические аспекты фониатрии

Демонстрационный вариант теста

Правильная диагностика заикания по МКБ-10:

логоневроз

невротическое и неврозоподобное

* заикание

Распространённость заикания в популяции:

15 %

* 2,5 - 4%

32%

Что такое персевераторные реакции:

* персеверация — это тенденция психических и моторных актов «застывать» на фазе ответа на стимул намного дольше, чем это требуется для осуществления определенных актов поведения

аффективная (эмоциональная) реакция

моторная реакция

Какие нарушения становятся базой для вторичного развития эмоционально-поведенческих расстройств, вплоть до девиантного поведения:

соматические заболевания

* церебральная истощаемость как результат органического поражения головного мозга, дефицит внимания, любви, эмпатии, понимания, сопереживания со стороны семьи и/или сотрудников ОУ; снижение интеллекта или умственная отсталость

тяжелое финансовое положение семьи

Этиологические причины у детей и подростков формирование низкого уровня мотивации интеллектуальной и познавательной деятельности:

* последствия раннего органического поражения центральной нервной системы, черепно-мозговой травмы, нейроинфекции и пр.; отсутствие учета психологической, физиологической и интеллектуальной зрелости ребенка, а также отсутствие формирования мотивации учебной и познавательной деятельности

интровертность ребенка

сниженная инициативность ребенка, его лень

Что такое Нейрореабилитация:

восстановительное лечение опорно-двигательной системы

разработка организационных мероприятий

* раздел медицины, который занимается реабилитацией (восстановлением) больных с нарушением центральной нервной системы

Назовите виды профилактики:

клиническая, симптоматическая, нозологическая

* первичная, вторичная, третичная

педагогическая, психологическая, логопедическая

В чем заключается работа с детьми:

* привлечение родителей как равноправных партнёров в коррекционно-развивающей работе с детьми;

рекомендовать родителям жестко требовать от ребенка выполнения инструкций

рекомендовать родителям раннюю социализацию ребенка и сепарации от семьи

Какие необходимо использовать методы наблюдения при проведении ранней комплексной профилактики:

только медицинские

только медицинские и социальные

* только медицинские, психологические, педагогические и социальные

Какие специалисты должны обязательно участвовать в неонатальный период онтогенеза при проведении ранней комплексной профилактики:

логопед, нейропсихолог, дефектолог

* неонатолог, детский невролог, эндокринолог, генетик

детский микропсихиатр, клинический психолог, терапевт

Что структурно включает программа ранней комплексной профилактики:

* обязательное проведение регулярных наблюдений за детьми в каждом периоде развития необходимо с целью выявления отклонений в развитии

разъяснительные беседы с родителями

знание особенностей психофизического и речевого развития детей в каждом периоде онтогенеза

Распространенность состояний психического (интеллектуального) недоразвития:

25%

* 65-80%, правильный

97%

Интранатальный период - это этап:

* От первых признаков родов до пережания пуповины, правильный

От начала потуг до первого крика ребенка

От начала регулярных схваток до прикладывания к груди

Сколько групп факторов риска, оказывающих патологическое воздействие на развитие ребенка:

2

7

*5, правильный

Что относится к понятию Ретардация:

Акселерация

* Умственная отсталость, правильный

Аутизм

IQ при умеренной умственной отсталости (нерезко выраженная имбецильность):

* 50 - 35, правильный

75

ниже 20

Назовите где отмечается наибольшая степень гетерохронии:

* в психическом развитии человека

в физическом развитии

в развитии творческих способностей

Основные типы психического дизонтогенеза:

эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста

* регресс, асинхрония и ретардация психического развития.

нарушение активности внимания и поведения

К чему приводит наличие общих клинических проявлений нередко системные нарушения развития речи и детского аутизма у детей дошкольного возраста:

*создание неадекватного направления нейрореабилитации

создание общего коррекционного пространства

*постановке диагноза Детский аутизм

С чем связана гипердиагностика Детского аутизма: связана также и:

* с тем, что при ДА и СНРР имеется выраженный сенсорный компонент и широкий спектр общих клинических проявлений

с значительным увеличением количества детей с Детским аутизмом

с генетической природой заболевания

Содержание следящей дифференциальной диагностики:

система АВА

микрополяризация структур мозга, Томатис

*индивидуальные и групповые логопедические занятия по методике Т. С. Резниченко, курсовая медикаментозная патогенетическая терапия — КПМТ, основанная на одновременном воздействии на взаимосвязанные звенья патогенеза, проведение нейросенсорной коррекции: психотерапевтическая по системе «Особые дети – особое общение»

Когда манифестирует нарушения развития у детей:

в первый триместр гестации

* в период интенсивного формирования всех ВПФ

в возрасте 3-5 лет

В чем заключается понятие группа риска:

* контингент детей, подверженных действию того или иного фактора риска, называется группой риска по данному фактору

группа детей, объединенных одним местом жительства

группа детей, имеющие в анамнезе одни и те же заболевания

Что такое опора не только на междисциплинарное взаимодействие, но и сотрудничество с государственными структурами, которые законодательно могут обеспечить такое взаимодействие:

второстепенные принципы нейрореабилитационной коррекции нарушений развития

распознавание признаков физического и психологического недоразвития

* базисное положение анализа факторов риска

Какие специалисты должны обязательно участвовать в интранатальный период онтогенеза для выявления факторов риска:

нейропсихолог, дефектолог, логопед

* акушер-гинеколог, неонатолог, педиатр, детский невролог

детский микропсихиатр, клинический психолог, терапевт

Какой специалист должен обеспечить создание условий для развития у ребенка эмоционально-личностного и предпосылок эмоционально-делового общения с взрослым в младенческий период:

* психолог

педиатр

нейропсихолог

Виды заикания:

логоневроз

невротическое и неврозоподобное

* заикание

Распространённость заикания в популяции:

15 %

* 2,5 - 4%

32%

Что такое персевераторные реакции:

* персеверация — это тенденция психических и моторных актов «застрывать» на фазе ответа на стимул намного дольше, чем это требуется для осуществления определенных актов поведения

аффективная реакция

моторная реакция

Какие нарушения становятся базой для вторичного развития эмоционально-поведенческих расстройств, вплоть до девиантного поведения:

соматические заболевания

* церебральная дефицитарность, выраженный дефицит внимания, любви, понимания, сочувствия со стороны родных и сотрудников ОУ, низкий уровень мотивации интеллектуальной и познавательной деятельности

заболевания желудочно-кишечного тракта

Назовите виды профилактики:

клиническая, симптоматическая, нозологическая

** первичная, вторичная, третичная*

педагогическая, психологическая, логопедическая

В чем заключается работа с детьми:

** привлечение родителей как равноправных партнёров в коррекционно-развивающей работе с детьми;*

рекомендовать родителям жестко требовать от ребенка выполнения инструкций

рекомендовать родителям раннюю социализацию ребенка и сепарации от семьи

Какие необходимо использовать методы наблюдения при проведении ранней комплексной профилактики:

только медицинские

только медицинские и социальные

** только медицинские, психологические, педагогические и социальные*

Какие специалисты должны обязательно участвовать в неонатальный период онтогенеза при проведении ранней комплексной профилактики:

логопед, нейропсихолог, дефектолог

** неонатолог, детский невролог, эндокринолог, генетик*

детский микропсихиатр, клинический психолог, терапевт

Что структурно включает программа ранней комплексной профилактики:

** обязательное проведение регулярных наблюдений за детьми в каждом периоде развития необходимо с целью выявления отклонений в развитии*

разъяснительные беседы с родителями

знание особенностей психофизического и речевого развития детей в каждом периоде онтогенеза

Распространенность состояний психического (интеллектуального) недоразвития:

25%

** 65-80%, правильный*

97%

Интранатальный период - это этап:

** От первых признаков родов до пережатия пуповины, правильный*

От начала потуг до первого крика ребенка

От начала регулярных схваток до прикладывания к груди

Сколько групп факторов риска, оказывающих патологическое воздействие на развитие ребенка:

2

7

**5, правильный*

Что относится к понятию Ретардация:

Акселерация

** Умственная отсталость, правильный*

Аутизм

.IQ при умеренной умственной отсталости (нерезко выраженная имбецильность):

* 50 - 35, правильный

75

ниже 20

Назовите где отмечается наибольшая степень гетерохронии:

* в психическом развитии человека

в физическом развитии

в развитии творческих способностей

Основные типы психического дизонтогенеза:

эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста

* регресс, асинхрония и ретардация психического развития.

нарушение активности внимания и поведения

К чему приводит наличие общих клинических проявлений нередко системные нарушения развития речи и детского аутизма у детей дошкольного возраста:

* создание неадекватного направления нейрореабилитации

создание общего коррекционного пространства

* постановке диагноза Детский аутизм

С чем связана гипердиагностика Детского аутизма: связана также и:

* с тем, что при ДА и СНРР имеется выраженный сенсорный компонент и широкий спектр общих клинических проявлений

с значительным увеличением количества детей с Детским аутизмом

с генетической природой заболевания

Содержание следящей дифференциальной диагностики:

система АВА

микрополяризация структур мозга, Томатис

* индивидуальные и групповые логопедические занятия по методике Т. С. Резниченко, курсовая медикаментозная патогенетическая терапия — КПМТ, основанная на одновременном воздействии на взаимосвязанные звенья патогенеза, проведение нейросенсорной коррекции; психотерапевтическая по системе «Особые дети – особое общение»

Когда манифестирует нарушения развития у детей:

в первый триместр гестации

* в период интенсивного формирования всех ВПФ

в возрасте 3-5 лет

В чем заключается понятие группа риска:

* контингент детей, подверженных действию того или иного фактора риска, называется группой риска по данному фактору

группа детей, объединенных одним местом жительства

группа детей, имеющие в анамнезе одни и те же заболевания

Что такое опора не только на междисциплинарное взаимодействие, но и сотрудничество с государственными структурами, которые законодательно могут обеспечить такое взаимодействие: второстепенные принципы нейрореабилитационной коррекции нарушений развития

распознавание признаков физического и психологического недоразвития

** базисное положение анализа факторов риска*

Какие специалисты должны обязательно участвовать в интранатальный период онтогенеза для выявления факторов риска:

нейропсихолог, дефектолог, логопед

** акушер-гинеколог, неонатолог, педиатр, детский невролог*

детский микropsихиатр, клинический психолог, терапевт

Какой специалист должен обеспечить создание условий для развития у ребенка эмоционально-личностного и предпосылок эмоционально-делового общения с взрослым в младенческий период:

** психолог*

педиатр

нейропсихолог

Какие нарушения становятся базой для вторичного развития эмоционально-поведенческих расстройств, вплоть до девиантного поведения:

соматические заболевания

** церебральная дефицитарность, выраженный дефицит внимания, любви, понимания, сочувствия со стороны родных и сотрудников ОУ, низкий уровень мотивации интеллектуальной и познавательной деятельности*

заболевания желудочно-кишечного тракта

Что такое Нейрореабилитация:

восстановительное лечение опорно-двигательной системы

разработка организационных мероприятий

**раздел медицины, который занимается восстановлением больных с повреждением центральной нервной системы*

Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, называется:

1. неврологическим
2. нейропсихиатрическим
3. психопатологическим
4. нейропсихологическим
5. клиническим

Основная заслуга создания нейропсихологии как самостоятельной отрасли психологии принадлежит:

1. Ж. Пиаже
2. В. М. Бехтереву
3. А. Н. Леонтьеву
4. А. Р. Лурия
5. Б. В. Зейгарник

Медиобазальные отделы головного мозга по классификации А.Р. Лурия относятся:

1. К энергетическому неспецифическому блоку
2. к блоку переработки экстрацептивной информации;
3. к блоку программирования, регуляции и контроля;

4. ни к одному из них;
5. все ответы не верны.

Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это:

1. проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности
2. проблема нормы и патологии психической деятельности
3. проблема психосоматических и соматопсихических связей
4. проблема развития и распада психики
5. проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций человека

Отечественные нейропсихологии создали следующую концепцию о мозговой организации высших психических функций человека:

1. психоморфологическое направление
2. теорию системной динамической локализации ВПФ
3. концепцию эквипотенциальности мозга
4. эклектическую концепцию
5. отрицают проблему локализации ВПФ

А. Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель работы мозга как субстрата психической деятельности, согласно которой весь мозг может быть подразделён на:

- а) два полушария – доминантное (левое), субдоминантное (правое)
- б) четыре уровня – 1) кора головного мозга, 2) базальные ядра полушарий большого мозга, 3) гиппокамп, гипофиз, гипоталамус, поясная извилина, миндалевидное ядро, 4) ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга
- в) три основных блока – 1) энергетический, 2) блок приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации, 3) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности
- г) головной мозг человека не может подразделяться на отдельные части, так как представляет собой неделимое целое

Возникновение логопсихологии как отдельной психологической отрасли относят к:

- А. К 80-м годам 19 века.
- Б. К 60-м годам 20 века.
- В. К 30-м годам 20 века.
- Г. К 80-м годам 20 века.

Апраксия, возникающая при поражении теменно височно-затылочных отделов, называется:

1. регуляторная
2. кинетическая
3. пространственная
4. кинестетическая

Проблема мозговой организации речевых функций решалась в работах:

- А. Л.С.Выготского.
- Б. П.Брока.
- В. А.Р.Лурии.
- Г. Ж.Пиаже.

Разработка методики коррекционного воздействия ведется с учетом последовательности появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка в онтогенезе и базируется на принципе:

- А. Комплексности.
- Б. Развития.
- В. Системности.
- Г. Онтогенетическом.

Профилактику каких отклонений необходимо проводить у детей с нарушениями речи:

- А. Первичных.
- Б. Вторичных.
- В. Третичных.
- Г. Четвертого порядка.

Как называется физический и психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития:

- А. Дефект.
- Б. Нарушение.
- В. Коррекция.
- Г. Компенсация.

Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

- 1. тактильностью
- 2. стереогнозисом
- 3. эмпатией
- г)рефлексией
- д) агнозией

Принцип комплексного обследования детей с речевыми нарушениями предполагает:

- А. Установление связей между отдельными нарушениями психического развития и определение их причин.
- Б. Выявление зоны ближайшего развития детей.
- В. Всестороннее обследование особенностей психического развития.
- Г. Применение при диагностике методик, приводящих к сочетанию количественного и качественного анализа результатов.

Принцип целостного системного изучения детей с речевыми нарушениями предполагает:

- А. Установление связей между отдельными нарушениями психического развития и определение их причин.
- Б. Выявление зоны ближайшего развития детей.
- В. Всестороннее обследование особенностей психического развития.
- Г. Применение при диагностике методик, приводящих к сочетанию количественного и качественного анализа результатов.

Принцип динамического изучения детей с речевыми нарушениями предполагает:

- А. Установление связей между отдельными нарушениями психического развития и определение их причин.
- Б. Выявление зоны ближайшего развития детей.
- В. Всестороннее обследование особенностей психического развития.

Г. Применение при диагностике методик, приводящих к сочетанию количественного и качественного анализа результатов.

Принцип количественно-качественного подхода в изучении детей с речевыми нарушениями предполагает:

А. Установление связей между отдельными нарушениями психического развития и определение их причин.

Б. Выявление зоны ближайшего развития детей.

В. Всестороннее обследование особенностей психического развития.

Г. Применение при диагностике методик, приводящих к сочетанию количественного и качественного анализа результатов.

Этап возрастного развития ребенка, наиболее благоприятный для освоения каких-либо видов деятельности, формирования отдельных психических функций – это:

А. Дошкольный возраст.

Б. Подростковый возраст.

В. Сензитивный возраст.

Г. Ранний возраст.

Сложный, многоаспектный процесс перестройки психических функций при нарушении или утрате каких либо функций организма, включающий восстановление или замещение утраченных функций:

А. Коррекция.

Б. Компенсация.

В. Адаптация.

Г. Реабилитация.

Д. Коммуникация.

Какого типа компенсации психических функций не существует?

А. Внутрисистемная.

Б. Межсистемная.

В. Межфункциональная.

При компенсации психических функций возможно:

А. Возмещение недоразвитых психических функций путем использования сохранных функций.

Б. Возмещение нарушенных психических функций путем перестройки частично нарушенных функций.

В. Вовлечение в действие новых структур, которые раньше не участвовали в осуществлении данных функций.

Г. Вовлечение в действие новых структур, которые в осуществлении данных функций выполняли другую роль.

Понятие о первичном и вторичных дефектах введено:

А. А.Р. Лурия.

Б. В.В. Лебединским.

В. Л.С. Выготским.

Г. П.Я. Гальпериным.

Д. Г.М. Дульневим.

Первичные дефекты характеризуются тем, что они:

- А. Возникают в результате органических поражений.
- Б. Имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения.
- В. Возникают в результате недоразвития какой-либо биологической системы.
- Г. Непосредственно не вытекают из органического поражения какой-либо системы, но обусловлены ими.

Вторичные дефекты характеризуются тем, что они:

- А. Возникают в результате органических поражений.
- Б. Имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения.
- В. Возникают в результате недоразвития какой-либо биологической системы.
- Г. Непосредственно не вытекают из органического поражения какой-либо системы, но обусловлены ими.

Кто автор психолого-педагогической классификации речевых нарушений?

- А. О.О. Правдина.
- Б. М.Е. Хватцев.
- В. С.С. Ляпидевский.
- Г. Г. Гутцман.
- Д. Р.Е. Левина.

Вопросами какого речевого нарушения активно занимался А.Р. Лурия?

- А. Дизартрии.
- Б. Афазии.
- В. Заикания.
- Г. Тахилалии.
- Д. Брадилалии.

Нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата, называются:

- А. Дислалия.
- Б. Алалия.
- В. Ринолалия.
- Г. Дизартрия.

Какое речевое расстройство возникает при нарушении произносительной стороны, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата?

- А. Ринолалия.
- Б. Афазия.
- В. Алалия.
- Г. Дизартрия.

Структура и тяжесть речевой недостаточности зависит от таких биологических факторов как:

- А. Локализация мозгового поражения.
- Б. Тяжесть мозгового поражения.
- В. Длительность патогенного влияния на мозг.
- Г. Заболевания центральной нервной системы.

Восприятие устной речи страдает при нарушении:

- А. Моторных зон двигательного анализатора.
- Б. Различных отделов зрительного анализатора.
- В. Периферических отделов слухового анализатора.
- Г. Органов голосообразования.

Восприятие письменной речи страдает при нарушении:

- А. Моторных зон двигательного анализатора.
- Б. Различных отделов зрительного анализатора.
- В. Периферических отделов слухового анализатора.
- Г. Органов голосообразования.

К социальным факторам возникновения речевых нарушений относят:

- А. Родовые травмы.
- Б. Неблагоприятные условия семейного воспитания.
- В. Психическая депривация в период наиболее интенсивного развития речи.
- Г. Заболевания ЦНС.

У всех детей с речевой патологией наблюдается нарушение:

- А. Зрительного восприятия.
- Б. Фонематического восприятия.
- В. Пространственного восприятия.
- Г. Тактильного восприятия.

Формирование восприятия различной модальности способствует:

- А. Созданию основы для обобщения восприятия.
- Б. Формированию образов реального предметного мира.
- В. Созданию первичной базы, на которой развивается речь.
- Г. Развитию номинативной функции речи.

У детей с речевой патологией наиболее нарушенным оказывается мышление:

- А. Наглядно-действенное.
- Б. Наглядно-образное.
- В. Словесно-логическое.
- Г. Всех видов.

Кто из авторов ввел понятия «зона ближайшего развития» и «зона актуального развития» ребенка?»

- А. А.Р. Лурия.
- Б. Л.С. Выготский.
- В. С.Д. Забрамная.
- Г. Е.А. Стребелева.

Для многих детей с речевыми нарушениями характерно:

- А. Ригидность мышления.
- Б. Трудности в установлении причинно-следственных связей явлений.
- В. Трудности в овладении анализом и синтезом.
- Г. Недостаточная сформированность механизма внутренней речи в звене перехода речевых образований в мыслительные.

Уровень количественных показателей произвольного внимания у детей с нарушениями речи:

- А. Значительно ниже, чем у детей с нормой речевого развития.
- Б. Различается в зависимости от модальности раздражителя.
- В. В условиях игры наиболее высокий.
- Г. Не отличается от уровня детей с нормой речевого развития.

Умеренная степень фиксированности на своем дефекте характеризуется:

- А. Навязчивыми мыслями о своем речевом дефекте и выраженным страхом перед речью.
- Б. Испытыванием детьми неприятных переживаний, скрыванием дефекта, компенсированием манеры речевого общения с помощью уловок.
- В. Глубоким переживанием своего недостатка, самоуничижением, болезненной мнительностью.
- Г. Отсутствием ущемления от сознания неполноценности речи, элементов стеснения и обиды.

Выраженная степень фиксированности на своем дефекте характеризуется:

- А. Навязчивыми мыслями о своем речевом дефекте и выраженным страхом перед речью.
- Б. Испытыванием детьми неприятных переживаний, скрыванием дефекта, компенсированием манеры речевого общения с помощью уловок.
- В. Глубоким переживанием своего недостатка, самоуничижением, болезненной мнительностью.
- Г. Отсутствием ущемления от сознания неполноценности речи, элементов стеснения и обиды.

Исследования личностных особенностей заикающихся детей позволили выявить у них:

- А. Тревожно-мнительный характер.
- Б. Уверенность в себе.
- В. Замкнутость.
- Г. Подозрительность.

Дети с ОНР в отличие от умственно отсталых детей:

- А. Способны к переносу усвоенных способов умственных действий на другие аналогичные задания.
- Б. Характеризуются инертностью психических процессов.
- В. Обладают более дифференцированными эмоциональными реакциями.
- Г. Нуждаются в меньшей помощи при формировании обобщенных способов действий.

Дифференциальной диагностике общего недоразвития речи и задержки психического развития способствует:

- А. Электроэнцефалографическое исследование.
- Б. Анализ динамики психического развития ребенка.
- В. Тестирование.
- Г. Длительное наблюдение.

Л.С. Цветкова выделяет два типа изменений личности при афазии. Что не подходит к указанным ниже?

- А. Устойчивый
- Б. Тревожный

В. Динамический

Системные perseverации являются диагностическим признаком:

1. афазии
2. апраксии
3. агнозии
4. нарушения внимания
5. акалькулии

При организации коррекционно-педагогической помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями необходимо преимущественно использовать:

А. Методы медицинского воздействия.

Б. Методы психологического воздействия.

В. Методы педагогического воздействия.

Г. Методы медицинского, психологического и педагогического воздействия в их комплексности и взаимодополняемости.

Ведущим механизмом речевого развития является

1. индивидуальный подход;
2. формирование новообразований (+)
3. сохраненный интеллект и сохранная иннервация периферического речевого аппарата;
4. умение выразить мысль при помощи речи и письма

Предметная агнозия возникает при патологии:

1. передних лобных отделов мозга
2. височных отделов мозга
3. Субкортикальных отделов мозга
4. затылочно-теменных отделов мозга
- д) теменно-височно-затылочных отделов мозга

Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

1. эфферентной моторной афазии;
2. сенсорной афазии;
3. семантической афазии
4. динамической афазии;
5. все ответы не верны.

Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии:

1. динамической
2. семантической
3. амнестической
4. сенсорной
5. афферентной моторной

Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

1. кинестетической апраксии;
2. пространственной апраксии;
3. кинетической апраксии;
4. регуляторной апраксии

Поражение области Вернике приводит к:

1. эфферентной моторной афазии
2. афферентной моторной афазии
3. сенсорной афазии
4. динамической афазии
5. сенсорной афазии

Поражение второй височной извилины приводит к:

1. динамической афазии
2. сенсорной афазии
3. акустико-мнестической афазии
4. семантической афазии
5. амнестической афазии

Особенности очаговых поражений мозга у детей являются:

1. слабая выраженность симптоматики
2. значительная выраженность симптоматики;
3. длительный период обратного развития симптомов;
- г) высокая зависимость от латерализации очага поражения;

Автором культурно-исторической теории развития ВПФ является:

1. И.М.Сеченов;
2. В.М.Бехтерев;
3. Л.С.Выготский;
4. Б.Д. Карвасарский.

Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией П.К.Анохина является:

1. наличие связи между элементами системы;
2. многочисленность элементов системы;
3. наличие нескольких уровней в системе;
4. цель.

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.

Основным тезисом эквипотенциализма является: многоуровневость организации ВПФ;

1. функциональная равноценность левого и правого полушарий;
2. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
3. равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.

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.

Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:

1. совокупность физиологических исследований;
2. клиническая беседа с больным или испытуемым;
3. синдромный анализ;
4. математическая процедура.

Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

1. патологией лобных долей;
2. повреждением глубоких структур мозга;
3. нарушением работы теменно-затылочных отделов;
4. височной патологией.

К числу задач, решаемых с помощью методов нейропсихологической диагностики, не относится:

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

Афазии– это

1. трудности называния стимулов определенной модальности вследствие нарушения межполушарного взаимодействия;
2. нарушение речи в детском возрасте в виде недоразвития всех форм речевой деятельности;
3. нарушений произношения без расстройства восприятия устной речи, чтения и письма);
4. нарушения уже сформировавшейся речи, возникающие при локальных поражениях коры (и «ближайшей подкорки» — по выражению А. Р. Лурия) левого полушария (у правшей) и представляющие собой системные расстройства различных форм речевой деятельности.

Внутренняя речь характеризуется:

1. большей свернутостью;
2. предикативностью;
3. недоступностью для прямого наблюдения;
4. Верны все высказывания.

Речевой слух – это:

1. всецело прижизненное образование;
2. образуется только в определенной речевой среде;
3. формируется по ее законам;
4. Верны все высказывания.

У больного с апраксией нарушены целенаправленные действия по причине:

1. Пареза
2. Нарушения последовательности и схемы действия
3. Нарушения скорости и плавности действия

При поражении левой надкраевой извилины возникает:

1. апраксия
2. аграфия
3. афазия

Зрительная агнозия наблюдается при поражении:

1. зрительного нерва
2. затылочной доли
3. зрительной лучистости

Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:

1. Бехтеревым;
2. Сеченовым;
3. Лурия;
4. Бернштейном.

Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

1. кинестетической апраксии;
2. пространственной апраксии;
3. кинетической апраксии;
4. регуляторной апраксии.

Основным дефектом при вербальной алексии является:

1. слабое зрение;
2. нарушения симультанного узнавания;
3. перепутывание букв;
4. первая и третья причины.

Аграфия — это:

1. потеря способности к рисованию;
2. потеря способности переноса навыка письма с правой руки на левую у правшей;
3. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
4. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать.

Акалькулия часто сочетается с:

- а) семантической афазией;
 - б) кинестетической апраксией;
 - в) соматоагнозией;
1. эмоциональными расстройствами.

Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:

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

«Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

1. Между теменной и височной корой;
2. от зрительного анализатора к третичным полям;
3. внутри лимбической системы;
4. между ретикулярной формацией и лобной корой.

Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приведет к такому эмоциональному состоянию, как:

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

Процесс опознания от общего к частному более представлен:

1. в левом полушарии;
2. в правом полушарии;
3. одинаково в обоих полушариях;
4. в зависимости от стимульного материала.

Левшество — это:

1. преобладание размера левой руки над правой;
2. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;
3. преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
4. различия в чувствительности правой и левой половины тела.

Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:

1. слабая выраженность симптоматики;
2. значительная выраженность симптоматики;
3. длительный период обратного развития симптомов;
4. высокая зависимость от латерализации очага поражения.

Третичные поля по классификации А.Р. Лурия включены в:

1. 1-ый блок мозга
2. 2-ой блок мозга
3. 3-ий блок мозга
4. Находятся между 2-и и 3-им блоками мозга.

Модально специфические факторы связаны с работой:

1. 1-го блока мозга
2. 2-го блока мозга
3. 3-го блока мозга
4. 1-го и 2-го блока мозга.

Формирование кинестетического фактора проявляется у младенца:

1. с момента удержания головы;
2. с момента рождения;
3. со 2-го года жизни;
4. с 3-ей недели жизни.

Кинестетический фактор:

1. является модально специфическим фактором
2. не является модально специфическим фактором
3. частично является модально специфическим фактором
4. имеет признаки модально специфического фактора.

Морфогенез и функциогенез какого фактора продолжается до 20 лет

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. фактор произвольной регуляции деятельности
4. фактор энергетического обеспечения.

Пространственный фактор является продуктом работы:

1. нижнетеменной области мозга
2. верхнетеменной области мозга
3. затылочно-теменной области мозга
4. затылочной области мозга.

Соматогнозис это:

1. восприятие собственного тела
2. восприятие собственных ощущений
3. восприятие собственного «я»
4. ощущение окружающего мира.

Какой фактор играет важную роль в формировании представлений о схеме тела и формировании образа телесного «Я»

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. фактор энергетического обеспечения.

В произвольную регуляцию деятельности не входит

Программирование путей достижения цели

1. Контроль над исполнением выбранной программы
2. Подготовка целей действия
3. Динамика мыслительного процесса.

При нарушении какого фактора происходит застывание на одном фрагменте движения

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. фактор энергетического обеспечения.

На основе какого фактора происходит узнавание знаков или объектов

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. сукцесивный фактор

Локализация кинестетического фактора в КГМ

1. теменной области мозга
2. височной области мозга
3. затылочно-теменной области мозга
4. затылочной области мозга.

В каком составном звене функциональной системы письма участвует кинестетический фактор

1. восприятие звуков речи
2. инициация написания
3. исполнение написания
4. зрительный образ буквы.

Нарушение кинетического фактора выражается

1. в трудности переключения от одного алгоритма к другому
2. в соскальзывании на побочные действия и ассоциации
3. нарушение представлений о схеме тела
4. недоведении действий до конечного результата.

К какому фактору относятся следующие характерные признаки нарушений: фаз сон – бодрствование, активности, утомляемости, замедленности включения в деятельность

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. фактор энергетического обеспечения.

Определите, к какому из определений относится понятие, котором говорится об утрате речи вследствие локального поражения речевых зон коры головного мозга.

- (а) афазия;
- б) ринолалия;
- в) заикание;
- г) дисграфия.

При поражении задней трети верхней височной извилины возникает следующая форма афазии:

- сенсорная;

Симптом «рука – лопата» является ведущим для следующей формы тактильной агнозии:
- кинестетической.

Первые попытки локализации высших психических функций предпринял:

- А.Р. Лурия;

Нарушение наглядно – образного мышления возникает при поражении:

- теменно-затылочных отделов мозга

При поражении лимбической системы возникают следующие симптомы нарушений памяти:

- нарушения кратковременной памяти

Апраксия, возникающая при поражении теменно височно-затылочных отделов, называется:

1. регуляторная
2. кинетическая
3. пространственная
4. кинестетическая

Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

- А) тактильностью
- Б) стереогнозисом
- В) эмпатией
- Г) рефлексией
- Д) агнозией

Системные perseverации являются диагностическим признаком:

1. афазии
2. апраксии
3. агнозии
4. нарушения внимания
5. акалькулии

Предметная агнозия возникает при патологии:

1. передних лобных отделов мозга
2. височных отделов мозга
3. Субкортикальных отделов мозга
4. затылочно-теменных отделов мозга

Соотнесите формы афазий и их типичные симптомы:

Формы афазии:

Динамическая Г

Сенсорная В

Семантическая А

Эфферентная моторная Ж

Афферентная моторная Б

Акустико-мнестическая Д

Амнестическая Е

А) Нарушения пространственных и квазипространственных отношений.

Б) Нарушение артикуляции

В) Нарушение фонетико-фонематического слуха

Г) Нарушение построения внутренней фразы

Д) Нарушение слухоречевой памяти,

Е) Нарушение номинативной функции речи

Ж) Персеверации

Дайте определения следующим понятиям:

1. Фактор - определенный вид аналитико-синтетической деятельности специфических, дифференцированных, определенных мозговых зон.

Синдром - сочетанное, комплексное нарушение психических функций, возникающее при поражении определенных зон мозга и закономерно обусловленное выведением из нормальной работы того или иного фактора.

Нейропсихологический синдром — закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное выпадением (или нарушением) определенного мозгового фактора.

* симптом — понятие, обозначающее нарушение высшей психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга.

* Нейро-психологические симптомы делятся на первичные, непосредственно связанные с нарушением деятельности головного мозга, и вторичные — возникающие как следствие первичных по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями.

Какой фактор играет важную роль в формировании представлений о схеме тела и формировании образа телесного «Я»

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. фактор энергетического обеспечения.

В произвольную регуляцию деятельности не входит

1. Программирование путей достижения цели
2. Контроль над исполнением выбранной программы
3. Подготовка целей действия
4. Динамика мыслительного процесса.

При нарушении какого фактора происходит застревание на одном фрагменте движения

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. фактор энергетического обеспечения.

На основе какого фактора происходит узнавание знаков или объектов

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. сукцесивный фактор

Локализация кинестетического фактора в КГМ

1. теменной области мозга
2. височной области мозга
3. затылочно-теменной области мозга
4. затылочной области мозга.

В каком составном звене функциональной системы письма участвует кинестетический фактор

1. восприятие звуков речи
2. инициация написания
3. исполнение написания
4. зрительный образ буквы.

Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

1. эфферентной моторной афазии;
2. сенсорной афазии;
3. семантической афазии

4. динамической афазии;
5. все ответы не верны.

Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии:

1. динамической
2. семантической
3. амнестической
4. сенсорной
5. афферентной моторной

Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

1. кинестетической апраксии;
1. пространственной апраксии;
2. кинетической апраксии;
3. регуляторной апраксии

Поражение области Вернике приводит к:

1. эфферентной моторной афазии
2. афферентной моторной афазии
3. сенсорной афазии
4. динамической афазии
5. сенсорной афазии

При поражении нижних отделов неспецифических структур у больных наблюдаются следующие симптомы, кроме:

- а) резкое сужение объема внимания;
- б) нарушение концентрации внимания;
- в) быстрая истощаемость;

Соотнесите локализацию и формы нарушений мышления:

Локализация:

Форма нарушений мышления:

Премоторные отделы; А

Теменно – затылочные отделы; Б

Височные отделы В

Префронтальные отделы Г

А) нарушение свернутых, автоматизированных интеллектуальных операций;

Б) нарушение наглядно – образного мышления;

В) нарушение последовательных дис-курсивных вербальных операций;

Г) нарушение операций с понятиями и логическими отношениями.

Эфферентная моторная афазия возникает при поражении:

- премоторных отделов левого полушария;

Нарушение операций с понятиями и логическими отношениями возникает при поражении:

- префронтальных отделов мозга;

Модально-специфические нарушения памяти возникают при поражении:

а) первого блока мозга; (мод-неспец)

- б) второго блока мозга;
- в) третьего блока мозга.

Медиобазальные отделы мозга по классификации А.Р. Лурия относятся:

- а) к энергетическому неспецифическому блоку;

Классическая депрессивная триада характеризуется:

- а) эмоциональным торможением;
- б) двигательным торможением;
- в) идеаторным торможением;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Поражение второй височной извилины приводит к:

1. динамической афазии
2. сенсорной афазии
3. акустико-мнестической афазии
4. семантической афазии
5. амнестической афазии

Маниакальная триада характеризуется:

- а) повышенным настроением;
- б) ускоренными ассоциациями;
- в) двигательным возбуждением
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

Особенности очаговых поражений мозга у детей являются:

1. слабая выраженность симптоматики
2. значительная выраженность симптоматики;
3. длительный период обратного развития симптомов;

К отвлеченным навязчивостям относится все перечисленное, кроме:

- а) бесплодное мудрствование;
- б) навязчивый счет;
- в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, дат, терминов и т.д.
- г) навязчивое чувство антипатии;

Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

- в) нарушения сознания;

Локализация кинестетического фактора в КГМ

1. теменной области мозга
2. височной области мозга
3. затылочно-теменной области мозга
4. затылочной области мозга.

В каком составном звене функциональной системы письма участвует кинестетический фактор

1. восприятие звуков речи
2. инициация написания
3. исполнение написания
4. зрительный образ буквы.

Нарушение кинетического фактора выражается

1. в трудности переключения от одного алгоритма к другому
2. в соскальзывании на побочные действия и ассоциации
3. нарушение представлений о схеме тела
4. недоведении действий до конечного результата.

К какому фактору относятся следующие характерные признаки нарушений: фаз сон – бодрствование, активности, утомляемости, замедленности включения в деятельность

1. кинестетический фактор
2. кинетический фактор
3. симультанный фактор
4. фактор энергетического обеспечения.

Нарушения сукцесивного фактора

1. затруднение понимания задачи в целом
2. затруднения переключения внимания
3. затруднения дробления задачи на звенья и их понимание
4. нарушение контроля за протеканием деятельности.

В компетенция симультанного фактора входит все кроме

1. узнавание знакомых объектов
2. узнавание времени на часах
3. решение задач с последовательностью действий
4. ориентировка в знакомой местности.

Какие участки мозговой коры обеспечивают понимание речи (импрессивную речь)?

- а) зоны Брока, Вернике, средняя височная область
- б) зона Вернике, средняя височная область, задняя височная область
- в) зона ТРО, зона Вернике, постцентральная область теменной коры

Какие из участков мозговой коры обеспечивают экспрессивную речь?

- а) зона Брока, префронтальные участки мозговой коры лобной доли, постцентральная область теменной доли
- б) зона Брока, зона ТРО, префронтальная кора лобной доли мозга
- в) зона Вернике, премоторные отделы лобной доли, префронтальные отделы лобной доли.

Какие черепно-мозговые нервы обеспечивают иннервацию фонационного (голособразующего) аппарата?

- а) языко-глоточный, блуждающий
- б) языко-глоточный, подъязычный в) лицевой, блуждающий

Какие черепно-мозговые нервы обеспечивают иннервацию артикуляционного аппарата?

- а) тройничный, лицевой, языко-глоточный, блуждающий, подъязычный б) лицевой, языко-глоточный, подъязычный, добавочный

в) тройничный, лицевой, смешанный, блуждающий

Какие черепно-мозговые нервы обеспечивают чувствительную иннервацию губ, языка, твёрдого и мягкого нёба?

- а) лицевой, языко-глоточный
- б) тройничный, языко-глоточный
- в) лицевой, блуждающий

Какие черепно-мозговые нервы обеспечивают двигательную иннервацию лица?

- а) тройничный, лицевой
- б) блуждающий, подъязычный
- в) лицевой, языко-глоточный

Какие черепно-мозговые нервы иннервируют язык (чувствительная и двигательная иннервация)?

- а) языко-глоточный, блуждающий, подъязычный
- б) тройничный, языко-глоточный, подъязычный в) лицевой, блуждающий, языко-глоточный

Какой черепно-мозговой нерв обеспечивает двигательную иннервацию языка?

- а) языко-глоточный
- б) подъязычный в) блуждающий

Какое мозговое структурное образование осуществляет согласованную работу черепно-мозговых нервов?

- а) подкорковые структуры
- б) кора больших полушарий в) мозжечок

Какому ученому принадлежат первые нейропсихологические исследования у нас в стране?

1. Цветковой Л.С.
2. Выготскому Л.С.
3. Лурия А.Р.
4. Хомской Е.Д.

Какой блок мозга является блоком программирования и контроля?

1. первый блок
2. второй
3. третий
4. второй и третий блоки мозга

Какой синдром не относится к элементарным расстройствам зрения?

1. зрительная агнозия
2. гемианопсия
3. скотома
4. зрительные галлюцинации

При поражении верхней теменной доли может возникнуть следующий синдром...

1. астереогноз
2. феномен тактильной алексии
3. акалькулия
4. соматоагнозия

При поражении премоторной коры лобной доли следует ожидать...

1. гемианопсию
2. кинетическую апраксию
3. кинестетическую апраксию
4. слуховую агнозию

Системные perseverации возникают при поражении...

1. префронтальной коры лобной доли мозга
2. премоторной коры
3. теменной коры
4. височной коры

Теменной синдром акалькулии характеризуется ...

1. распадом разрядного строения числа
2. непониманием многозначных чисел
3. невозможностью распознать цифры по графической структуре
4. неузнаванием числа

Синдром сенсорной афазии может сочетаться с таким синдромом как...

1. зрительно-пространственная агнозия
2. аритмия
3. амузия
4. феномен тактильной алексии

. Ослабление речевой регуляции ВПФ и поведения наблюдается...

1. при поражении затылочной коры левого полушария
2. при поражении моторной коры лобной доли
3. при поражении премоторной коры лобной доли
4. при поражении префронтальной коры лобной доли мозга и ее медиобазальных

отделов

В основе синдрома афферентной моторной афазии лежит следующий нейропсихологический фактор...

1. кинестетический
2. кинетический
3. регуляторный
4. префронтальный

При поражении височной коры могут возникнуть следующие формы афазии...

1. сенсорная и афферентная моторная
2. динамическая и эфферентная моторная
3. акустико-мнестическая, сенсорная и оптико-мнестическая
4. семантическая и оптико-мнестическая

Какие синдромы могут возникнуть при выпадении кинетического фактора?

1. парезы и параличи
2. агнозии и апраксии
3. амнезии и агнозии
4. афазия и апраксия

Афазия, возникающая при поражении зоны ТРО...

1. семантическая
2. акустико-мнестическая
3. динамическая
4. афферентная моторная

Модально-неспецифические нарушения памяти возникают при поражении ...

1. структур гиппокампа и височной коры
2. структур 2-го и 3-го блоков мозга
3. медиобазальных отделов коры лобной доли мозга
4. образований 1-го блока мозга

Корсаковский синдром возникает при поражении ...

1. диэнцефального уровня
2. уровня продолговатого мозга
3. лимбической системы
4. коры затылочной доли мозга

Какая структура мозга обнаруживает важные эмоциогенные свойства?

1. миндалина
2. ретикулярная формация
3. голубое пятно
4. кора лобной доли мозга

При поражении каких мозговых образований могут возникнуть негативизм и агрессия?

1. медиальных отделов височной коры справа
2. медиальных отделов височной коры с двух сторон
3. гипоталамической области
4. левой лобно-базальной области

Какой синдром выделен специалистами детства, характеризующийся преимущественно гиперактивностью и дефицитом внимания?

- а) «лобный» синдром
- б) синдром паркинсонизма
- в) задержка психического и речевого развития
- г) синдром минимальной мозговой дисфункции

При выпадении или ослаблении оптико-пространственного фактора возникает ...

1. нарушение наглядно-действенного мышления
2. нарушение выполнения автоматизированных интеллектуальных операций
3. обнаруживаются трудности в задачах на «конструктивный интеллект» (складывание куба Линка или кубиков Кооса)
4. наблюдается патологическая инертность и соскальзывание на побочные ассоциации

Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

1. трудности формирования гностических функций;
2. неодновременность развития функций;
3. патологию со стороны двигательного аппарата;

4. различия в результатах нейропсихологического тестирования.

. 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.

Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребенка заключается:

1. в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;
2. в масштабности охвата психических функций;
3. в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
4. различий нет, это синонимы.

Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

1. патологией лобных долей;
2. повреждением глубоких структур мозга;
3. нарушением работы теменно-затылочных отделов;
4. височной патологией.

Нарушения восприятия отдельных букв при системных нарушениях речи называется

1. литеральная алексия
2. вербальная алексия
3. сукцессивная агнозия
4. лицевая агнозия

Предметная агнозия проявляется в неспособности больного

1. запоминать лица
2. зрительно идентифицировать объект
3. идентифицировать буквы и цифры при сохранности их написания.

Невозможность человека одновременно воспринимать два, три и более объектов и объединять их в целостный образ называется

1. цифровой агнозией.
2. буквенной агнозией.
3. сукцессивной агнозией.
4. симультанной агнозией.
5. оптико-пространственной агнозией.

Расстройство опознания предметов на ощупь называется

1. астереогнозия.
2. симультанная агнозия.
3. сукцессивная агнозия.
4. гиперакузия.

Нередко симультанная агнозия сопровождается нарушением

1. движений глаз
2. праксиса позы
3. произвольного внимания

При симультанной агнозии происходит

1. сужение объема зрительного восприятия.
2. расширения объема зрительного восприятия
3. неустойчивость объема зрительного восприятия

Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, называется:

1. неврологическим
2. нейропсихиатрическим
3. психопатологическим
4. нейропсихологическим
5. клиническим

Основная заслуга создания нейропсихологии как самостоятельной отрасли психологии принадлежит:

1. Ж. Пиаже
2. В. М. Бехтереву
3. А. Н. Леонтьеву
4. А. Р. Лурия
5. Б. В. Зейгарник

Медиобазальные отделы головного мозга по классификации А.Р. Лурия относятся:

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

Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это:

1. проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности
2. проблема нормы и патологии психической деятельности
3. проблема психосоматических и соматопсихических связей
4. проблема развития и распада психики
5. проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций человека

Отечественные нейропсихологии создали следующую концепцию о мозговой организации высших психических функций человека:

1. психоморфологическое направление
2. теорию системной динамической локализации ВПФ
3. концепцию эквипотенциальности мозга
4. эклектическую концепцию
5. отрицают проблему локализации ВПФ

Автором культурно-исторической теории развития ВПФ является:

1. И.М.Сеченов;
2. В.М.Бехтерев;
3. Л.С.Выготский;

4. Б.Д. Карвасарский.

218. Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией П.К.Анохина является:

1. наличие связи между элементами системы;
2. многочисленность элементов системы;
3. наличие нескольких уровней в системе;
4. цель.

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.

Основным тезисом эквипотенциализма 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.

Дан ряд названий психических процессов. Необходимо отметить те психические процессы, которые не могут развиваться до уровня ВПФ:

- Ощущения
- Воля
- Мышление
- Внутренние чувства
- Восприятие
- Внимание
- Социальные эмоции
- Воображение
- Память
- Речь

В каком возрасте (при норме развития) у ребенка появляется способность открывать коробки, чтобы достать спрятанные в них предметы, стягивать платок, закрывающий игрушку, чтобы ее достать и т.п. навыки и интересы?

- До 4-х месяцев
- В 4 – 8 месяцев
- В 8 -12 месяцев
- В 12 – 18 месяцев
- В 18-24 месяцев

Вы предъявляете ребенку новый для него стимул, а в ответ видите хорошо закрепленную в опыте ребенка реакцию (ребенок реагирует на новый стимул так же, как и на другие игрушки, с которыми вы с ним играли ранее, пытаетесь неоднократно воспроизвести хорошо закрепленное в

его опыте действие с новой игрушкой). Какому этапу развития мышления соответствует такое поведение?

- Простые рефлексy
- Сложные рефлексy
- Запуск вторичных циркулярных реакций
- Перенос вторичных циркулярных реакций
- Расширение спектра вторичных циркулярных реакций
- «Специализация» вторичных циркулярных реакций
- Закрепление последовательности действий – усложнение реакций
- Образ занимает место стимула

Вы предъявляете ребенку разные стимулы, среди которых есть хорошо знакомые ребенку, а есть совсем незнакомые. Реакции ребенка слабые, он слегка оживляется только при виде знакомых стимулов, с которыми вы с ним ранее много играли. К этим стимулам он тянется, пытаясь воспроизводить с ними знакомые действия. На новые стимулы реакции практически нет или она значительно слабее. Какому этапу развития мышления соответствует такое поведение?

- Простые рефлексy
- Сложные рефлексy
- Запуск вторичных циркулярных реакций
- Перенос вторичных циркулярных реакций
- Расширение спектра вторичных циркулярных реакций
- «Специализация» вторичных циркулярных реакций
- Закрепление последовательности действий – усложнение реакций
- Образ занимает место стимула

На каком этапе развития мышления становится возможной исследовательская деятельность ребенка?

- Простые рефлексy
- Сложные рефлексy
- Запуск вторичных циркулярных реакций
- Перенос вторичных циркулярных реакций
- Расширение спектра вторичных циркулярных реакций
- «Специализация» вторичных циркулярных реакций
- Закрепление последовательности действий – усложнение реакций
- Образ занимает место стимула

Какой вид мышления начинает свое развитие, когда образ-представление по своей значимости становится важнее непосредственного стимула?

- Предметно-действенное
- Наглядно-действенное
- Конкретно-образное
- Условно-образное
- Словесно-логическое
- Абстрактно-логическое

Предметные действия (целенаправленное использование предметов по назначению) становится возможным, если на уровне мышления уже сформированы (отметьте все этапы развития мышления, предшествующие нужному уровню):

- Простые рефлексy
- Сложные рефлексy
- Запуск вторичных циркулярных реакций
- Перенос вторичных циркулярных реакций
- Расширение спектра вторичных циркулярных реакций
- «Специализация» вторичных циркулярных реакций
- Закрепление последовательности действий – усложнение реакций
- Образ занимает место стимула

Какой уровень развития самостоятельной деятельности ребенка соответствует запуску формирования речи (как системы обозначений и базы для развития других ВПФ):

- Сложные реакции, основанные на опыте
- Простые манипуляции
- Сложные манипуляции
- Предметные действия
- Серии предметных действий
- Появление простых сюжетов в игре

Ребенок не говорит, но заходя в кабинет специалиста приветственно машет рукой без подсказки со стороны взрослого, глядя на того, кого приветствует. Он активно предлагает специалисту вариант игры, обижается при отказе или попытке замены, но соглашается на компромисс «сначала сделаем вот это, а потом поиграем в то, что ты предложил». Какие функции межличностного общения реализуются самим ребенком?

- Контактная
- Побудительная
- Информационная
- Координационная
- Функция понимания
- Эмотивная
- Функция установления отношений
- Функция оказания влияния
- Никакие функции ребенок не реализует сам

Ребенок не говорит, заходя в кабинет, по привычной траектории проходит к столу и садится. По заданию специалиста берет карандаш, водит им по бумаге, раскрашивая предложенную специалистом картинку. Выполняет привычные действия с пособиями (вставочки вставляет, пирамидки собирает, машинки катает, если специалист предлагает, то даже по нарисованной дорожке). Отпущенный на перемену, ходит из угла в угол комнаты, вокализует, периодически потирая руками виски. Какие функции межличностного общения реализуются самим ребенком?

- Контактная

- Побудительная
- Информационная
- Координационная
- Функция понимания
- Эмотивная
- Функция установления отношений
- Функция оказания влияния
- Никакие функции ребенок не реализует сам

В каком возрасте при норме развития у ребенка формируется связь с близкими людьми, боязнь чужих и интерес к новым людям?

- До 4-х месяцев
- В 4 – 8 месяцев
- В 8 -12 месяцев
- В 12 – 18 месяцев
- В 18-24 месяцев

Мы наблюдаем у ребенка бедность, однотипность высказываний, несформированность пространственных и квази-пространственных представлений, слабость сенсомоторных координаций. Следовательно, мы можем предположить дефицитарность преимущественно:

- Первого функционального блока мозга
- Второго функционального блока мозга
- Третьего функционального блока мозга

Мы наблюдаем у ребенка склонность к мануальному освоению окружающей действительности (потрогать руками), повышенную отвлекаемость, трудности при установлении причинно-следственных связей, наличие персевераций и контаминаций в речи и при письме. Следовательно, мы можем предположить дефицитарность преимущественно:

- Первого функционального блока мозга
- Второго функционального блока мозга
- Третьего функционального блока мозга

Мы наблюдаем у ребенка быструю истощаемость, стертую дизартрию, неспецифическую моторную неловкость, общую слабость памяти (быстрое затирание следов). Ребенок часто и без особенной причины болеет, метеозависим, страдает от аллергии. Следовательно, мы можем предположить дефицитарность преимущественно:

- Первого функционального блока мозга
- Второго функционального блока мозга
- Третьего функционального блока мозга

В процессе взаимодействия с ребенком компетентный коммуникативный партнер, в отличие от специалиста педагогического профиля, (выделите все верные варианты):

- Следует за активностью ребенка, поддерживает уже сложившиеся формы взаимодействия.

- Создает условия для проявления активности ребенка, ведет себя как можно менее инициативно.
- Сопровождает взаимодействие речью лишь настолько, насколько это может быть понятно ребенку.
- Держит инициативу в своих руках, направляя работу на занятия в нужное русло.
- Предлагает новое в соответствии с программой обучения (или поставленными для данного ученика учебными задачами).
- Ценит самостоятельную активность ребенка, даже если ребенок использует предметы не по назначению.
- Предлагает новое в соответствии с интересами и предпочтениями ребенка, стремясь разнообразить взаимодействие с ним.
- Ведет за собой, обучает новому.
- Показывает пример правильного речевого сопровождения деятельности.
- Исправляет ошибочные действия ребенка, показывая верный вариант действия.

Выделите все активные формы АДК

- привлечение внимания для начала контакта (любым способом);
- самостоятельный поиск нужного изображения в коммуникационной книге, альбоме, на коммуникационной доске для ответа на вопрос;
- протягивание руки к предмету, а не к человеку, с просьбой дать нужный предмет
- самостоятельное составление (набор) высказывания на коммуникационном устройстве;
- продуцирование жестов, дактилирование
- односложные ответные реакции (любым способом) без инициации контакта и без попыток донести свою мысль (волю, желание);

Выделите все пассивные формы АДК

- привлечение внимания для начала контакта (любым способом);
- самостоятельный поиск нужного изображения в коммуникационной книге, альбоме, на коммуникационной доске для ответа на вопрос;
- протягивание руки к предмету, а не к человеку, с просьбой дать нужный предмет
- самостоятельное составление (набор) высказывания на коммуникационном устройстве;
- продуцирование жестов, дактилирование
- односложные ответные реакции (любым способом) без инициации контакта и без попыток донести свою мысль (волю, желание);

Выделите все зависимые формы АДК

- жестовая коммуникация (в «неречевой» среде);
- при использовании символов (картинки, блис-символы);
- набор (запись) высказывания, голосовое воспроизведение высказывания (даже набранного символами) и т.п.
- вопросно-ответные варианты коммуникации;
- жестовая коммуникация (в «речевой» среде) и т.п.
- простые ответы «да-нет» на бытовые вопросы

Выделите все независимые формы АДК

- жестовая коммуникация (в «неречевой» среде);
- при использовании символов (картинки, блис-символы);
- набор (запись) высказывания, голосовое воспроизведение высказывания (даже набранного символами) и т.п.
- вопросно-ответные варианты коммуникации;
- жестовая коммуникация (в «речевой» среде) и т.п.
- простые ответы «да-нет» на бытовые вопросы

Среди средств альтернативной коммуникации есть графические языки и языковые программы. В каком из языков или программ используются символы наиболее простые по графике и наиболее символические по своему содержанию?

- Языковая программа «Макатон»
- PIC – пиктографическая идеографическая коммуникация
- PECS – картиночные символы коммуникации
- Блис-символы – идеографическая письменность

Какие из перечисленных средств альтернативной коммуникации предназначены для временной поддержки развития речи и предполагают последующий выход пользователя в речь?

- Языковая программа «Макатон»
- PIC – пиктографическая идеографическая коммуникация
- PECS – картиночные символы коммуникации
- Блис-символы – идеографическая письменность

К какому уровню обобщения относится понятие «дерево»?

- 0 уровень
- 1 уровень
- 2 уровень
- 3 уровень
- 4 уровень
- 5 уровень

К какому уровню обобщения относится понятие «моя мама» (образ конкретного человека)?

- 0 уровень
- 1 уровень
- 2 уровень
- 3 уровень
- 4 уровень
- 5 уровень

Вы формируете словарь из графических символов и изображений для неговорящего ребенка. Какие из перечисленных ниже понятий вы проиллюстрируете фотографиями (не пиктограммами)?

- Кошка Муся (домашнее животное ребенка)
- Машина
- Брат
- Купаться
- Сестра Катя (родная сестра ребенка)
- Куртка осенняя синяя (та, в которой ребенок ходит сейчас)
- Жарить
- Картошка
- Суп-пюре с фрикадельками (любимый суп ребенка по рецепту его бабушки)
- Рисовать

Вы формируете словарь из графических символов и изображений для неговорящего ребенка. Какие из перечисленных ниже понятий вы проиллюстрируете пиктограммами (не фотографиями)?

- Кошка Муся (домашнее животное ребенка)
- Машина
- Брат
- Купаться
- Сестра Катя (родная сестра ребенка)
- Куртка осенняя синяя (та, в которой ребенок ходит сейчас)
- Жарить
- Картошка
- Суп-пюре с фрикадельками (любимый суп ребенка по рецепту его бабушки)
- Рисовать

В развитии ребенка есть ограниченные по времени периоды, наиболее благоприятные для развития определенных функций. Эта закономерность психического развития ребенка называется ...

- Неравномерность
- Гетерохронность
- Неустойчивость
- Сензитивность
- Кумулятивность
- Девергентность/конвергентность

В развитии ребенка явно выражено несовпадение по времени развития отдельных органов и функций. Эта закономерность психического развития ребенка называется ...

- Неравномерность
- Гетерохронность
- Неустойчивость
- Сензитивность

- Кумулятивность
- Девергентность/конвергентность

В развитии ребенка на всех его этапах результаты предшествующего периода включаются в последующий период развития. Эта закономерность психического развития ребенка называется ...

- Неравномерность
- Гетерохронность
- Неустойчивость
- Сензитивность
- Кумулятивность
- Девергентность/конвергентность

Четкая подстройка движений к пространственным характеристикам объектов окружающего мира становится возможной при сформированности уровней ... двигательной системы (по Н.А. Бернштейну) – перечислите все уровни, необходимые для успешного формирования данной способности.

- Уровень А
- Уровень В
- Уровень С
- Уровень D
- Уровень E

К какому из уровней построения движений (по Н.А. Бернштейну) – относятся способности к письму и другим интеллектуальным двигательным актам.

- Уровень А
- Уровень В
- Уровень С
- Уровень D
- Уровень E

Дайте характеристики парадоксальной дисфагии:

- 1) большие порции пищи легче проходят в желудок, чем малые;+
- 2) возможный признак грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;+
- 3) загрудинная боль во время глотания.

Дисфагия Вальсальвы — это:

- 1) дисфагия при аномальном расположении правой подключичной артерии;
- 2) дисфагия при переломе подъязычной кости;+
- 3) дисфагия, обусловленная возникновением сильной загрудинной боли во время глотания;
- 4) дисфагия, обусловленная наличием зоба.

Дисфагия при болезни Паркинсона связана с поражением на уровне

- 1) глоточных мышц;
- 2) каудальной группы черепных нервов;
- 3) продолговатого мозга с вовлечением двигательных ядер нервов;

4) супрануклеарных структур с вовлечением кортиконуклеарного тракта.+

Дисфагия, связанная с поражением на уровне глоточных мышц, может развиваться при:

- 1) дифтерии;
- 2) полимиозите;
- + 3) синдроме Шейнгейма;
- 4) хроническом менингите.

К 3 степени бульбарных нарушений относится:

- 1) верхнее положение надгортанника;+
- 2) функция глотания нарушена;+
- 3) чувствительность слизистой гортаноглотки отсутствует;+
- 4) чувствительность слизистой гортаноглотки частично сохранена.

Какие инструментальные виды исследования показаны пациентам с дисфагией без трахеостомической трубки?

- 1) УЗИ органов брюшной полости;
- 2) видеофлюороскопия;+
- 3) рентгеновское обследование;+
- 4) фиброларингоскопия;+
- 5) эзофагогастродуоденоскопия.+

Какие клинические признаки являются проявлением нарушений в оральную и фарингооральную фазу глотания?

- 1) кашель и удушье при глотании;+
- 2) необъяснимая потеря веса;+
- 3) носовые срыгивания;+
- 4) ощущение «застревания» пищи за грудиной;
- 5) сложность начала глотания;+
- 6) слюнотечение.+

Какие клинические признаки являются проявлением нарушений в пищеводную фазу глотания?

- 1) ощущение «застревания» пищи за грудиной;+
- 2) повторяющаяся пневмония;+
- 3) сложность начала глотания;
- 4) слюнотечение.

Какие клинические характеристики необходимо исследовать для оценки глоточного рефлекса?

- 1) амплитуда движений органов артикуляции;
- 2) наличие слюны в ротоглотке;+
- 3) оценка тактильной чувствительности мягкого нёба;
- 4) пальпация регионарных лимфоузлов.

Какие направления входят в состав комплексной терапии дисфагии?

- 1) нутритивная поддержка;+
- 2) физиотерапия;+
- 3) физические тренировки;+

4) хирургическое лечение.

Какие осложнения могут быть при назогастральном питании?

- 1) назофарингит;+
- 2) носоглоточный отек;+
- 3) отит;
- 4) стриктура пищевода;+
- 5) эзофагит.+

Какова интерпретация результатов фиброларингоскопического исследования в случае постоянной аспирации содержимого ротоглотки в трахею при минимальных глотательных движениях?

- 1) грубое нарушение;+
- 2) нарушение;
- 3) норма;
- 4) частичное нарушение.

Какое количество признаков учитывает шкала оценки функции глотания?

- 1) 10;
- 2) 5;
- 3) 7;+
- 4) 9.

Какой степени по шкале бульбарных нарушений соответствует нижнее положение надгортанника?

- 1) 1-я;
- 2) 2-я;
- 3) 3-я;
- 4) 4-я;
- 5) 5-я.+

Метод эзофагоскопии позволяет оценить все, кроме:

- 1) механического препятствия прохождению пищи по пищеводу;
- 2) наличие спазма пищевода;
- 3) положение надгортанника и объем его движений при глотании;+
- 4) провести биопсию с целью цитологического исследования материала на ранней стадии;
- 5) псевдоахалазии;
- 6) чувствительность слизистой оболочки гортаноглотки.+

Отклонение головы пациента назад во время приема пероральных форм лекарств рекомендуется при негрубых нарушениях оральной фазы глотания и:

- 1) негрубых нарушениях фарингеальной фазы;
- 2) оценка фарингеальной фазы не влияет на способ перорального приема лекарственных средств;
- 3) сохранной фарингеальной фазе;+
- 4) существенных нарушениях фарингеальной фазы.

Перечислите фазы глотания:

- 1) оральная (ротовая);+
- 2) орофарингеальная (ротоглоточная);+

- 3) промежуточная;
- 4) фарингеальная (глоточная);+
- 5) эзофарингеальная (пищеводная).+

При каком патологическом состоянии дисфагия обусловлена поражением каудальной группы черепных нервов?

- 1) дистрофическая миотония;
- 2) прогрессирующий супрануклеарный паралич;
- 3) сосудистая патология ствола мозга;
- 4) тромбоз яремной вены.+

IC каким фактором, влияющим на развитие и проявление дисфагии, связано наличие у пациента нарушение рефлекторной активности гортаноглотки?

- 1) локализация очага поражения головного мозга;+
- 2) состояние постуральной функции;
- 3) состояние функции дыхательных путей;
- 4) тяжесть состояния пациента.

Укажите анатомические структуры, обеспечивающие акт глотания:

- 1) афферентные чувствительные волокна от рта и глотки;+
- 2) гладкие мышцы пищевода;+
- 3) грудино-ключично-сосцевидная мышца;
- 4) нейроны прецентральной извилины и волокна кортикобульбарного тракта;+
- 5) поперечнополосатая мускулатура языка, мягкого нёба и глотки;+
- 6) языкоглоточный, блуждающий, подъязычный нервы и их двигательные ядра.+

Укажите возможные осложнения дисфагии:

- 1) аспирационная пневмония;+
- 2) дегидратация;+
- 3) мальнутриция;+
- 4) обструкция дыхательных путей.+

Укажите задачи, решаемые в процессе клинической и инструментальной диагностики дисфагии:

- 1) определение ранней индивидуальной стратегии питания;+
- 2) определение этиологии и механизма нейрогенной дисфагии;+
- 3) профилактика и выявление возможных осложнений дисфагии;+
- 4) разработка программы лечебно-реабилитационных мероприятий.+

Укажите наиболее информативный метод для оценки динамики расстройств глотания:

- 1) фиброларинготрахеоскопия;+
- 2) эзофагеальная манометрия;
- 3) эзофагография;
- 4) эзофагоскопия.

Укажите признаки, входящие в состав клинической шкалы оценки функции глотания:

- 1) боль при глотании;
- 2) задержка прохождения пищи в глотке;+
- 3) затруднение инициации акта глотания;+
- 4) снижение способности управлять слюновыделением.+

Укажите структуры, которые обеспечивают орофарингеальную фазу глотания:

- 1) IX пара ЧМ нервов;+
- 2) V пара ЧМ нервов;
- 3) VII пара ЧМ нервов;
- 4) X пара ЧМ нервов;+
- 5) XI пара ЧМ нервов.+

Укажите функции, которые относятся к фарингеальной фазе глотания:

- 1) верхний пищеводный сфинктер расслабляется;
- 2) мягкое небо поднимается, чтобы закрыть носоглотку;
- 3) пищевой комок проскальзывает в среднюю часть глотки;+
- 4) поднятие гортани с подъязычной костью, рефлекторное расширение устья пищевода.+

Укажите характеристику орофарингеальной дисфагии:

- 1) нарушается проталкивание пищи из пищевода в желудок;
- 2) рефлюкс-эзофагит;
- 3) страдает транспорт пищи из ротовой полости в пищевод (неврологическая, нейрогенная дисфагия).+

Укажите характеристику эзофагальной (неневрологической) дисфагии:

- 1) нарушается проталкивание пищи из пищевода в желудок;+
- 2) рефлюкс-эзофагит;
- 3) страдает транспорт пищи из ротовой полости в пищевод (неврологическая, нейрогенная дисфагия).

Что из перечисленного особенно характерно для дисфагии, обусловленной злокачественной опухолью?

- 1) затруднение жевания;
- 2) кашель во время еды;
- 3) короткий и прогрессирующий характер нарастания симптомов;+
- 4) наличие срыгивания и изжоги.

Что можно выявить при пищеводной манометрии?

- 1) ахалазию;+
- 2) псевдоахалазию;
- 3) склеродермию (неэффективная перистальтика пищевода);+
- 4) спазм пищевода.+

На каком уровне по отношению к шейным позвонкам расположена гортань у взрослого человека?

1. На уровне III–VI шейных позвонков
2. На уровне I–VI шейных позвонков
3. На уровне III–VII шейных позвонков

Что служит верхней границей гортани?

1. Мягкое небо
2. Верхний край надгортанника
3. Нижний край надгортанника

Что служит нижней границей гортани?

1. Нижний край перстневидного хряща
2. Верхний край щитовидного хряща
3. Нижний край надгортанника

С чем граничит гортань спереди в области надгортанника?

1. С корнем языка
2. С мягким небом
3. С верхним краем надгортанника

Чем покрыта гортань спереди в области щитовидного и перстневидного хрящей?

1. Мышцами (грудино-щитовидными, грудино-подъязычными); шейной фасцией; подкожно-жировой клетчаткой и кожей
2. Мышцами (щитоподъязычными, грудино-щитовидными, грудиноподъязычными); шейной фасцией; подкожно-жировой клетчаткой и кожей
3. Шейной фасцией; подкожно-жировой клетчаткой и кожей

С чем граничит гортань с боковых сторон?

1. С сосудисто-нервными пучками шеи
2. С фасциальными пространствами шеи
3. Нет верного ответа

С чем граничит гортань сверху?

1. С шейной частью пищевода
2. С гортаноглоткой
3. Нет верного ответа

С чем граничит гортань сзади?

1. С шейной частью пищевода
2. С гортаноглоткой
3. С корнем языка

Из скольких хрящей состоит гортань?

1. Из двух непарных и трех парных
2. Из двух парных и трех непарных
3. Из трех непарных и трех парных

Какие хрящи гортани являются непарными?

1. Надгортанный, щитовидный и перстневидный
2. Черпаловидные, санториниевы и врисбергиевы
3. Надгортанный, щитовидный и черпаловидный

Какие хрящи гортани являются парными?

1. Надгортанный, щитовидный и перстневидный
2. Черпаловидные, санториниевы и врисбергиевы
3. Надгортанный, щитовидный и черпаловидный

Какие хрящи гортани относятся к гиалиновым?

1. Щитовидный, перстневидный и черпаловидные

2. Надгортанный, щитовидный и перстневидный
3. Надгортанный, щитовидный и черпаловидный

Какие хрящи гортани относятся к эластическим?

1. Щитовидный, перстневидный и черпаловидные
2. Надгортанный, щитовидный и перстневидный
3. Надгортанный, санториниевы и врисбергивы

Каким эпителием выстлана большая часть внутренней поверхности гортани?

1. Многорядным цилиндрическим мерцательным
2. Многослойным плоскимороговевающим
3. Многослойным плоским неороговевающим

Каким эпителием покрыты истинные голосовые связки, межчерпаловидное пространство, бугорок и язычная поверхность надгортанника?

1. Многорядным цилиндрическим мерцательным
2. Многослойным плоским
3. Переходным

Сколько внутренних мышц гортани?

1. 8
2. 9
3. 12

Какая мышца расширяет голосовую щель?

1. Латеральная перстне-черпаловидная
2. Задняя перстне-черпаловидная
3. Перстне-щитовидная

Какие мышцы расширяют голосовую щель?

1. Боковые перстне-черпаловидные, поперечная перстне-черпаловидная, латеральная перстне-черпаловидная
2. Боковые перстне-черпаловидные, поперечная перстне-черпаловидная, черпалонадгортанная
3. Боковые перстне-черпаловидные, поперечная перстне-черпаловидная, задняя перстне-черпаловидная

Какая мышца, в основном, замыкает передние 2/3 голосовой щели?

1. Латеральная перстне-черпаловидная
2. Задняя перстне-черпаловидная
3. Боковая перстне-черпаловидная

Какая мышца участвует в голосообразовании?

1. Перстне-щитовидная
2. Щито-черпаловидная внутренняя
3. Щито-надгортанная

Какая основная особенность строения морганьевых желудочков?

1. В них много лимфоидной ткани и слизистых желез, увлажняющих голосовые складки
2. В них много жировой ткани, обеспечивающей развитие подскладкового ларингита

3. В них много лимфоидной ткани, осуществляющих защитную функцию

Как расположены голосовые складки при фонации?

1. Параллельно, сомкнуты (голосовая щель сужена)
2. Разомкнуты (голосовая щель в виде треугольника)
3. Параллельно, сомкнуты (голосовая щель отсутствует)

Как расположены голосовые складки при вдохе и выходе?

1. Параллельно, сомкнуты (голосовая щель сужена)
2. Разомкнуты (голосовая щель в виде треугольника)
3. Параллельно, сомкнуты (голосовая щель отсутствует)

Что расположено в вестибулярном отделе гортани?

1. Надгортанник, черпаловидные хрящи, рожковидные хрящи, клиновидные хрящи, черпало-надгортанные складки, вестибулярные складки, валекулы
2. Надгортанник, черпаловидные хрящи, клиновидные хрящи, черпалонадгортанные складки, вестибулярные складки, валекулы, грушевидные синусы
3. Надгортанник, черпаловидные хрящи, клиновидные хрящи, щитонадгортанные складки, вестибулярные складки, голосовые складки, грушевидные синусы

Кровоснабжение гортани?

1. Гортанные артерии латеральная и медиальная
2. Гортанные артерии передняя и задняя
3. Гортанные артерии верхняя и нижняя

Какой нерв, иннервирующий гортань обеспечивает чувствительную иннервацию вестибулярного отдела гортани и заднюю треть голосовых складок?

1. Внутренняя часть верхнего гортанного нерва
2. Внутренняя часть нижнего гортанного нерва
3. Наружная часть верхнего гортанного нерва

Какие функции гортани?

1. Дыхательная, защитная, голосообразовательная
2. Дыхательная, защитная, пищеварительная, голосообразовательная
3. Дыхательная, пищеварительная, голосообразовательная

Какие показания для выполнения прямой ларингоскопии?

1. Манипуляции на голосовых складках
2. Осмотр гортани у детей
3. Интубация трахеи
4. Все ответы верны

Что такое дисфония?

1. Нарушение чистоты, силы и тембра голоса
2. Нарушение глотания
3. Нарушение чистоты и тембра голоса

Что такое афония?

1. Нарушение чистоты и тембра голоса

2. Нарушение силы и тембра голоса
3. Полное отсутствие голоса

На какие формы подразделяются стенозы гортани по клиническому течению?

1. На молниеносную, острую, подострую, хроническую
2. На острую, хроническую
3. На молниеносную, острую, хроническую
4. На молниеносную, затяжную

На какие отделы подразделяется глотка?

1. Носоглотка, ротоглотка
2. Носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка
3. Носоглотка, гортаноглотка

На каком уровне располагается глотка по отношению к позвоночнику?

1. C1-CVII
2. C1-CV
3. C1-CVI

Чем представлена верхняя стенка носоглотки?

1. Базилярная часть затылочной кости, тело клиновидной кости
2. Фасция шейного отдела позвоночника, предпозвоночная фасция
3. Шиловидные отростки и прикрепляющиеся к ним мышцы

Чем представлена латеральная стенка носоглотки?

1. Базилярная часть затылочной кости, тело клиновидной кости
2. Фасция шейного отдела позвоночника, предпозвоночная фасция
3. Шиловидные отростки и прикрепляющиеся к ним мышцы

VI. ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ИТОГОВОГО МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ЭКЗАМЕНА

6.1. Итоговая аттестация проводится в соответствии с Положением о порядке проведения итоговой аттестации с использованием дистанционных технологий в Автономной некоммерческой организации дополнительного образования «Среднерусская академия современного знания».

6.2. Итоговая аттестация с использованием дистанционных технологий (далее – Итоговая аттестация) проводятся для слушателей, завершивших обучение по программам дополнительного профессионального образования или профессионального обучения.

6.3. Итоговая аттестация организуется с использованием средств информационно-коммуникационной сети «Интернет» в форме видеоконференции в режиме онлайн, с использованием Системы дистанционного обучения «Прометей 5.0» и платформы Pruffme и (или) программного обеспечения Skype. Процесс идентификации поступающего и проведения итоговой аттестации фиксируется при помощи технической видеозаписи.

6.4. Слушатели, участвующие в итоговой аттестации, должны обеспечить выполнение следующих технических и программных требований:

Наличие выхода в информационно-коммуникационную сеть «Интернет» с скоростью не ниже 60 Мбит/с (мегабит в секунду) в секунду;

Наличие динамиков/наушников, микрофона, web-камеры;

Доступ к платформе Pruffme или наличие действующей регистрации в программном обеспечении Skype .

6.5. Техническое сопровождение со стороны Академии осуществляют специалисты учебного отдела, проктор(ы) и аттестационные комиссии.

6.6. В обязанности сотрудников учебного отдела входит техническое сопровождение процесса итоговой аттестации, консультирование и помощь участникам процесса до и во время проведения итоговой аттестации, а также в случае возникновения технических сбоев, осуществляют выдачу доступа к аттестации.

6.7. Проктор - специальный сотрудник, осуществляющий мониторинг прохождения итоговой аттестации. Прокторы выбираются из числа сотрудников Академии. Прокторы проходят инструктаж и обучение в обязательном порядке.

В обязанности проктора входит идентификация личности слушателя, а также фиксация нарушений во время прохождения итоговой аттестации, анализ хода итоговой аттестации. Проктор отмечает в материалах итоговой аттестации наличие или отсутствие нарушений, ведет техническую запись.

6.8. Аттестационные комиссии фиксируют результаты итоговой аттестации протоколами и (или) ведомостями итоговой аттестации.

6.9. Во время подготовки слушатели имеют право пользоваться нормативно-справочной литературой.

VII. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМУ ИТОВОМУ ТЕСТИРОВАНИЮ

При подготовке к итоговому аттестационному зачету слушателю выдается список основной и дополнительной литературы ЭБС IPRbooks по дисциплинам ДПП профессиональной переподготовки «Нейродефектология. Афазия, методики восстановления», 1180 ч.

7.1. Основная литература:

1. Ерзин, А. И. Нейропсихология антиципации. Том I. Мозговые основы. Роль в структуре психики и поведения. Методика исследования : монография / А. И. Ерзин, А. Ю. Ковтуненко. — Саратов : Вузовское образование, 2020. — 176 с. — ISBN 978-5-4487-0617-2 (т. I), 978-5-4487-0616-5. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/90575.html> (дата обращения: 20.04.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей

2. Ерзин, А. И. Нейропсихология антиципации. Том II. Нейропсихологические синдромы. Психические расстройства. Геронтопсихология : монография / А. И. Ерзин, А. Ю. Ковтуненко. — Саратов : Вузовское образование, 2020. — 183 с. — ISBN 978-5-4487-0686-8 (т. II), 978-5-4487-0616-5. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/93071.html> (дата обращения: 20.04.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей

3. Юсов, И. Е. Дизартрия. Апраксия. Дисфагия : методическое пособие / И. Е. Юсов, Е. Б. Познырева. — 2-е изд. — Москва : Дашков и К, 2021. — 104 с. — ISBN 978-5-394-04130-3. — Текст : электронный // IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/107780.html> (дата обращения: 25.01.2022). — Режим доступа: для авторизир. пользователей

4. Лаврова, Е. В. Логопедия. Основы фонопедии : учебное пособие / Е. В. Лаврова. — 2-е изд. — Москва : Изд-во В. Секачев, 2019. — 183 с. — ISBN 978-5-4481-0464-0. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/90108.html> (дата обращения: 26.01.2022). — Режим доступа: для авторизир. пользователей

7.2. Дополнительная учебная литература

1. Загорная, Е. В. Реабилитация и восстановление высших психических функций (в схемах и таблицах) : учебное наглядное пособие / Е. В. Загорная, С. С. Вьюшкова, В. Е. Капитанаки ; под

редакцией С. В. Чермянина. — Саратов : Вузовское образование, 2020. — 94 с. — ISBN 978-5-4487-0751-3. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/99990.html> (дата обращения: 29.04.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей

2. Коваленко, О. М. Диагностика зрительного восприятия по разрезным картинам при афазии : учебное пособие / О. М. Коваленко. — Москва : ПАРАДИГМА, 2012. — 56 с. — ISBN 978-5-4214-0013-4. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/13023.html> (дата обращения: 29.04.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей

3. Антропова, Л. К. Практикум по нейрофизиологии сенсорных систем и высшей нервной деятельности : учебно-методическое пособие / Л. К. Антропова. — Новосибирск : Новосибирский государственный технический университет, 2017. — 59 с. — ISBN 978-5-7782-3203-7. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/91664.html> (дата обращения: 20.04.2021). — Режим доступа: для авторизир. пользователей