

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 повышения квалификации
«Клинические основы нарушений речи.
Нейропсихология в логопедической практике. Афазия**

Нормативный срок освоения программы по очно-заочной форме обучения - 240 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 ПК) повышения квалификации «Клинические основы нарушений речи. Нейропсихология в логопедической практике. Афазия», 240 часов, является обязательной. По результатам итоговой аттестации слушателю выдается удостоверение о повышении квалификации 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 повышения квалификации проводится в форме междисциплинарного (итогового) зачета и не может быть заменена оценкой уровня знаний на основе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации слушателей.

2.2. Итоговый междисциплинарный зачет 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 зачету, 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 повышения квалификации, 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 повышения квалификации 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: удостоверение о повышении квалификации.

2.9. При освоении дополнительной профессиональной программы параллельно с получением среднего профессионального образования и (или) высшего образования

удостоверение о повышении квалификации 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 ПК

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 ПК «Клинические основы нарушений речи. Нейропсихология в логопедической практике. Афазия», 240 часов, слушатель должен приобрести следующие знания, умения и навыки, необходимые для качественного изменения компетенций в рамках имеющейся квалификации, повышение профессионального уровня в рамках имеющейся 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:

- 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	Трудоемкость, ак. час
1.	ОПК-1; ПК-1	Итоговое междисциплинарное тестирование	Процедура итогового междисциплинарного тестирования	2

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; достаточно последовательно, грамотно и логически стройно излагать материал; - 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 зачета, включенного в итоговую аттестацию, выставляются отметки.

Отметка – зачтено- означают успешное прохождение итоговой аттестации – итогового междисциплинарного зачета.

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 зачету, итоговому междисциплинарному тестированию:

Клинические основы нарушений речи. Нарушения речи при органических поражениях головного мозга

Классификация синдромов афазии А.Р. Лурии.

Проблемы реабилитации больных с афазией, агнозией, апраксией: анализ существующих подходов.

Методы диагностики и реабилитации пациентов с афазией

Методики восстановления экспрессивной речи. Особенности логопедической работы на ранних этапах после возникновения афазии

Методики восстановления импрессивной речи. Методики восстановления понимания речи, воспринятой на слух. Методики восстановления понимания речи при семантической афазии. Нетрадиционный подход к восстановлению речевой системы у больных с семантической афазией.

Методики восстановления чтения при афазии и в случаях комплексных нарушений

Методики восстановления счета. Восстановление счета у больных с акалькулией.

Инновационные методики. Авторские методики восстановления письма при афазии. Преодоление языковых нарушений письма.

Методика восстановления и формирования двигательного навыка письма при нарушениях динамического праксиса.

Методики восстановления зрительно-пространственных функций. Инновационные методики. Авторская методика восстановления зрительного гнозиса

Восстановление гностических функций у больных с очаговыми поражениями задних отделов головного мозга

Особенности логопедической работы в резидуальной стадии восстановления

Дифференцированные приёмы восстановительного обучения на поздних этапах работы при разных формах афазии.

Особенности нарушения и восстановления мышления у больных с афазией.

Особенности проявления и преодоления афазии у детей.

Нейрореабилитация. Организация реабилитационного процесса. Методы восстановительной работы. Психосоциальные аспекты нейрореабилитации

Основные методы и принципы восстановительной работы с больными с афазией в отечественной практике

Методы восстановительной работы. Методы восстановления речевых нарушений

Методы восстановления коммуникативных возможностей

Методы обследования пациентов с афазией и составления логопедического заключения

Демонстрационный вариант теста

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. Ринопалия.**
- Г. Дизартрия.

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

- А. Ринопалия.
- 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. сохранный 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:

- a) **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 кинестетического 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 ГРО, 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 ГРО, 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. не пониманием многозначных чисел
3. не возможность распознать цифры по графической структуре
4. не узнаванием 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 премотрной 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. профронтальный

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 ГРО...

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. **миндалины**
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. гиперракузия.

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

VI. ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ИТОГОВОГО МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ЗАЧЕТА

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 повышения квалификации «Клинические основы нарушений речи. Нейропсихология в логопедической практике. Афазия», 240 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