

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталья Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bfff679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ УНИВЕРСИТЕТ
(МГОУ)

Факультет Специальной педагогики и психологии
Кафедра клинических основ дефектологии и специальной психологии

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры

Протокол от « 12 » 05 20 20 г. № 10

Зав. кафедрой *С. Дементьев*
/С.Н. Утенкова/

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине

Клиника интеллектуальных нарушений

Направление подготовки
44.03.03 – Специальное (дефектологическое) образование

Профиль подготовки "Дошкольная дефектология"

Мытищи
2020

СОДЕРЖАНИЕ

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы;
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания;
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы;
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Год начала подготовки (по учебному плану) 2020

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

5.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-8 «способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний»	1. Работа на учебных занятиях. 2. Самостоятельная работа

5.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Описание показателей	Этап формирования	Критерии оценивания	Шкала оценивания (максимальный балл)
ОПК-8	пороговый	Знать. Этиологию и патогенез различных форм интеллектуальных нарушений. Уметь. Применять полученные знания в рамках системы комплексной реабилитации детей с интеллектуальными нарушениями.	1. Работа на учебных занятиях. 2. Самостоятельная работа	Наличие защищённых конспектов, контрольных работ экзамен	41-60
	продвинутый	Знать. Этиологию и патогенез различных форм интеллектуальных нарушений. Уметь. Применять полученные знания в рамках системы комплексной реабилитации детей с интеллектуальными нарушениями. Владеть. Навыками осуществления образовательно-коррекционного процесса с учетом психофизических, возрастных особенностей и специфики нарушений интеллектуальной сферы обучающихся	1. Работа на учебных занятиях. 2. Самостоятельная работа	Наличие защищённых конспектов и рефератов, контрольных работ прохождения тестирования экзамен	61-100

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Тема 1. Клиника интеллектуальных нарушений как самостоятельная учебная дисциплина

1. Что является объектом и предметом изучения дисциплины «Клиника интеллектуальных нарушений»?
2. На чем основывается изучение «Клиники интеллектуальных нарушений»?
3. Какая роль принадлежит «Клинике интеллектуальных нарушений» в подготовке будущих бакалавров по направлению «Специальное (дефектологическое) образование»?
4. Раскройте сущность понятия «Медико-педагогический комплекс».
5. В чем проявляется взаимосвязь «Клиники интеллектуальных нарушений» как с дисциплинами *медико-педагогического комплекса*, так и с рядом дисциплин цикла *специальной подготовки*?

Тема 2. Интеллект и интеллектуальные нарушения (понятия, теории, характеристика и др.)

1. Дайте определения понятия «интеллект» в трактовке ученых XIX и XX веков.
2. Перечислите факторы развития и формирования интеллекта.
3. Назовите основные уровни интеллекта.
4. Как Вы представляете патофизиологический механизм нарушения интеллектуальной деятельности при локальных поражениях мозга?
5. Что лежит в основе понятия *интеллектуальные нарушения*?
6. Какие основные структурно-функциональные блоки выделены А.Р. Лурия?
7. «Опишите» историю становления понятия «Высшие психические функции».
8. Какие функции относятся к *высшим психическим функциям*?
9. Какие интегративные уровни корковой деятельности Вы знаете?
10. Какие основные причины развития различных форм интеллектуальной недостаточности?
11. Перечислите и дайте краткую характеристику биологическим и психосоциальным (социально-стрессовым) факторам риска.
12. Раскройте сущность понятий: хромосомы, ген, генотип, экспрессия генов, фен, фенотип.
13. Что такое геномные и хромосомные мутации?
14. Дайте обоснование понятия – *наследственные болезни*.
15. Какие общие проявления наследственных болезней и в чем различия их течения?
16. От чего зависит степень поражения органов и систем при наследственных болезнях?
17. Как Вы представляете патомеханизм (патогенез) влиянием инфекций и интоксикаций на перинатальное развитие плода?
18. Перечислите основные инфекции и токсические вещества, оказывающие влияние на перинатальное развитие плода.
19. Какое влияние на перинатальное развитие плода оказывают травмы (механически, электрические и др.)?
20. Какое влияние на потомство оказывает алкоголизм родителей, табакокурение, нарко- и токсикомания?
21. Какие основные проявления внутричерепной родовой травмы?
22. Перечислите этиологические факторы развития асфиксии плода асфиксии новорожденного?
23. Дайте характеристику психосоциальных факторов риска развития интеллектуальной недостаточности?
24. Назовите основные психотравмирующие (стрессовые) факторы риска в период беременности?
25. На какие две основные группы разделяются все интеллектуальные нарушения?
26. Перечислите факторы риска, приводящие к временному ослаблению интеллекта?

27. Как Вы представляете классификацию врожденного слабоумия с учетом фактора риска и степеней тяжести умственно отсталости?
28. Представьте классификацию приобретенного слабоумия – деменции с учетом факторов риска, течения патологического процесса и клинических проявлений?
29. Напишите перечень основных форм стойких нарушений интеллекта с учетом их факторов риска.
30. Какие состояния относятся к понятию *снижение уровня личности*?
31. Подготовьте классификацию психологических (психических) и поведенческих расстройств, приводящих к снижению уровня интеллекта и личности?

Тема 3. Этиология и патогенез умственной отсталости

1. Умственная отсталость, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией. Перечислите основные нозологические формы заболеваний и раскройте клиническую картину одного из них, по Вашему выбору, студента.
2. Детский церебральный паралич (ДЦП). Раскройте клинико-психолого-педагогическую характеристику детей, страдающих ДЦП.
3. Умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями. Назовите основные нозологические формы заболеваний и представьте клиническую характеристику одного из них, по Вашему выбору.
4. Как Вы можете объяснить патогенез развития болезни Феллинга (фенилкетонурия).
5. Какие другие уточненные заболевания обуславливают развитие умственной отсталости? Перечислите их и дайте клиническую характеристику одного из них, например – *миоклонус – эпилепсия, синдром Марфана, болезнь Реклингхаузена* и др.

Тема 4. Клиника интеллектуальных нарушений при деменции

1. В чем выражается клиническая картина временного ослабления интеллекта?
2. Раскройте классификацию и дайте характеристику степеней умственной отсталости.
3. Как проявляется клиника разных степеней умственной отсталости.
4. Какие основные клинические симптомы характерны для деменции?
5. Дайте характеристику следующим понятиям: *маразм, тотальное слабоумие и парциальное слабоумие*.

Тема 5. Клиника интеллектуальных нарушений при искажённом психическом развитии (вариант синдрома раннего детского аутизма (РДА))

1. Представьте клиническую характеристику *раннего детского аутизма* (синдрома Каннера).
2. Представьте клиническую характеристику *раннего детского аутизма* (синдрома Аспергера).

Тема 6. Клиника пограничных форм интеллектуальных нарушений.

1. Задержка психического развития (ЗПР) – это *синдром...* или самостоятельная *нозологическая единица*?
2. Раскройте сущность понятия *задержка психического развития* и ряда других терминологий – *пограничная интеллектуальная недостаточность, минимальная мозговая дисфункция, дефицит активного внимания, синдром органического дефекта, ранний детский экзогенный психосиндром* и др.
3. Какие основные факторы риска возникновения ЗПР?
4. В чем выражается патогенез задержки психического развития?
5. Дайте характеристику основных вариантов (их четыре) ЗПР?
6. Перечислите основные особенности ЗПР.
7. Как проявляются специфические особенности памяти и мышления у детей с ЗПР?

8. Какие главные дифференциально-диагностические признаки у умственной отсталости и задержки психического развития?
3. Клиника интеллектуальной недостаточности при неосложненном психическом инфантилизме.
4. Клиника интеллектуальной недостаточности при осложненном психическом инфантилизме.
5. Клиника интеллектуальных нарушений при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности.
6. Клиника интеллектуальных нарушений при церебрастеническом и психоорганическом синдромах.
7. Клиника интеллектуальных нарушений при детских церебральных параличах.
8. Клиника интеллектуальных нарушений при общем недоразвитии речи.

ТЕМЫ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

ВАРИАНТ 1

1. Интеллект (понятие, теории).
2. Диагностика корковых нарушений речи.
3. Умственная отсталость лёгкой степени (клиническая характеристика).
4. Синдромы Аперта и Крузона (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 2

1. Интеллект и высшие мозговые функции.
2. Диагностика нарушений письменной речи.
3. Умственная отсталость умеренная (клиническая характеристика).
4. Синдромы Сьегрена-Ларссона и Беръесона-Форсмана-Лемана (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 3

1. Структура интеллекта и её нарушения.
2. Диагностика нарушений чтения.
3. Умственная отсталость тяжёлая (клиническая характеристика).
4. Синдромы Прадера-Вилли и Клипшеля-Фейля (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 4

1. Нейрофизиологический механизм интеллектуальной деятельности.
2. Диагностика нарушений счёта.
3. Умственная отсталость глубокая (клиническая характеристика).
4. Синдромы Бабанского-Фрейлиха и Иценко-Кушинга (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 5

1. Патологический механизм нарушения интеллектуальной деятельности при локальных поражениях мозга.
2. Диагностика нарушений праксиса.
3. Умственная отсталость, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией (перечень факторов риска, клиническая характеристика).
4. Синдром Лоренса-Муна-Бидля-Барде (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 6

1. Основные структурно-функциональные блоки по А.Р. Лурия.
2. Диагностика нарушений гностических функций.
3. Умственная отсталость, обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом (клиническая характеристика).
4. Синдром Альберса-Шенберга и болезнь Бурневилля (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 7

1. Регуляция интеллектуальной деятельности структурно-функциональными блоками головного мозга.

2. Диагностика нарушений памяти.
3. Умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями (перечень факторов риска, клиническая характеристика).
4. Синдром Лоу-Терри-Мак-Лехиана (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 8

1. Сознание и его расстройства.
2. Диагностика нарушений мышления.
3. Умственная отсталость, обусловленная гипертиреозом (клиническая характеристика).
4. Синдром Пелицеуса-Мерцбахера (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 9

1. Патофизиологический механизм нарушения речевой деятельности.
2. Профиль латеральной организации мозга (ПЛО) и методы его диагностики.
3. Умственная отсталость, обусловленная недоношенностью (перечень факторов риска, клиническая характеристика).
4. Синдром Марфана (клиническая характеристика).

ВАРИАНТ 10

1. Память и её нарушения.
2. Основные методы диагностики речевых нарушений (общая характеристика).
3. Умственная отсталость, обусловленная гипотиреозом (клиническая характеристика).
4. Синдром Гурлера (клиническая характеристика).

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Клиника интеллектуальных нарушений как самостоятельная учебная дисциплина.
2. Связь клиники интеллектуальных нарушений со специальной педагогикой и специальной психологией.
3. Интеллект (понятие, теории и структура).
4. Факторы развития и формирования интеллекта.
5. Уровни интеллекта и методы их выявления.
6. Этиология и патогенез интеллектуальных нарушений.
7. Дизонтогенез и дизонтогения.
8. Классификация интеллектуальных нарушений.
9. Временное ослабление интеллекта, аментивный синдром.
10. Умственная отсталость (клиника и характеристика ее степеней).
11. Деменция (факторы риска, клиническая картина и клиническая структура дефекта).
12. Задержка психического развития (ЗПР).
13. Умственная отсталость и задержка психического развития (дифференциальная диагностика).
14. Раннее выявление детей с психофизическими нарушениями.
15. Профилактика интеллектуальных нарушений.
16. Медико-генетическое консультирование.
17. Детские церебральные параличи.
18. Отдельные нозологические формы врожденного слабоумия, обусловленные инфекцией или интоксикацией.
19. Умственная отсталость, обусловленная фенилкетонурией.
20. Умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями.
21. Умственная отсталость, обусловленная гипер- или гипотиреозом.
22. Синдромы умственной отсталости эндокринного генеза.
23. Умственная отсталость, обусловленная недоношенностью.
24. Умственная отсталость, обусловленная наследственной патологией (заболеванием, пороками развития и др.)

25. Умственная отсталость, обусловленная нарушением определенного вида обмена веществ.
26. Деменция при болезни Альцгеймера
27. Сосудистая деменция.
28. Деменция, обусловленная эпилепсией.
29. Деменция, обусловленная шизофренией.
30. Деменция вследствие опухолей головного мозга.
31. Деменция, обусловленная энцефалитом или менинго-энцефалитом.
32. Деменция, обусловленная окисью углерода.
33. Деменция, обусловленная церебральным липидозом.
34. Деменция, обусловленная рассеянным склерозом.
35. Деменция, обусловленная пеллагррой.
36. Деменция вследствие лейкоэнцефалита Ван-Богарта.
37. Деменция вследствие употребления алкоголя.
38. Деменция вследствие употребления токсических веществ или наркотических препаратов.
39. Деменция, обусловленная трипаносомозами.
40. Синдромы пресенильной и сенильной деменции.
41. Специфические расстройства развития речи и языка.
42. Специфические расстройства развития учебных (школьных) навыков.
43. Общие расстройства психологического (психического) развития (детский аутизм – синдром Каннера, синдром Ретта и др.).
44. Невротические расстройства, связанные со стрессом.
45. Особенности расстройств поведения и личности у лиц с умственной отсталостью и их учет в деятельности образовательных учреждений.

**ПРИМЕРНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»**

1. Клиника интеллектуальных нарушений - это:

- а) научная дисциплина;
- б) самостоятельная учебная дисциплина;
- в) раздел психологии.

2. Медико-педагогический комплекс - блок учебных дисциплин:

- а) медицинских и педагогических;
- б) медицинских, педагогических, психологических;
- в) общемедицинских, клинических, педагогических и психологических.

3. Базисная подготовка будущих специалистов в области специального образования включает в себя изучение:

- а) всех дисциплин медико-педагогического комплекса;
- б) общемедицинских и клинических дисциплин;

в) общепедагогических и общепсихологических дисциплин.

4. Интеллект (по Амастьянцу Р.А. и Амастьянцу Э.А.) - это:

- а) основная форма познания человеком действительности;
- б) интегральная деятельность высших психических функций в сочетании;
- в) система живых и действующих операций.

5. Какая из трактовок интеллекта принадлежит Р. Стенбергу:

- а) целенаправленное адаптационное поведение;
- б) совокупность всех познавательных функций индивида;
- в) проявление наследственности.

6. Гнозис - это:

- а) высшая форма познавательной деятельности;

- б) функция, обеспечивающая общение между людьми
- в) узнавание предметов через органы чувств и систему анализаторов;

7.Праксис - это:

- а)целенаправленное действие, привычное движение;
- б)мысленное установление явлений окружающего мира;
- в) произвольный двигательный акт.

8.Энергетический блок - это:

- а)блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации.
- б) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности;
- в) блок регуляции тонуса-активности человеческого мозга.

9.Активность познавательных процессов — это:

- а)фактор интеллектуального развития;
- б)одна из предпосылок интеллекта;
- в) уровень интеллекта

10.Нарушение адаптации (расстройство приспособительных реакции) - фактор риска нарушений интеллекта:

- а)наследственный;
- б)психосоциальный;
- в)экзогенный.

11. Хромосомы - это:

- а)совокупность всех признаков организма;
- б)единицы наследственности;
- в)элементы клеточного ядра, содержащие гены.

12. В норме у человека насчитывается хромосом:

- а) 48; б) 46; в) 44

13. Мужчины имеют хромосомы:

- а) «Х» и «Y»; б) «Х» и «Х»; в) «Y» и «Y»

14. Причинами развития алкогольного синдрома плода являются:

- а) генетические расстройства;
- б) хромосомные нарушения;
- в) предшествующая интоксикация.

15. Экзогенный фактор риска - это:

- а) этиологический фактор, обусловленный неблагополучной микросоциальной средой;
- б) этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией, интоксикацией, травмой;
- в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.

16. Психосоциальный фактор риска — это:

- а) этиологический фактор, обусловленный неблагополучной микросоциальной средой;
- б) этиологический фактор, обусловленный отягощенной наследственностью;
- в) этиологический фактор, обусловленный психическим заболеванием.

17. Наследственный фактор риска - это:

- а) этиологический фактор, связанный с неблагополучной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного воздействия;
- б) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
- в) этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией либо травмой.

18. Умственная отсталость как проявление:

- а) разных наследственных болезней;
- б) перенесенных инфекций в раннем возрасте;
- в) токсического воздействия в постнатальном периоде.

19. Характерные особенности наследственных заболеваний:

- а) проявления врожденных аномалий.
- б) клиника интеллектуальных нарушений;
- в) клинический полиморфизм и индивидуальное течение болезни.

20. Дизонтогенез — это:

- а) нарушение индивидуального развития организма на каком-либо этапе онтогенеза;
- б) патологический процесс с внутренними закономерностями;

в) нарушение единства биологического и социального в процессе формирования личности.

21. Ретардация - это:

- а) искаженное и дисгармоничное психическое развитие;
- б) поврежденное и дефицитное психическое развитие;
- в) запаздывание или приостановка психического развития.

22. В 10-й международной классификации болезней используется термин:

- а) болезнь;
- б) расстройство,
- в) заболевание.

23. Интеллектуальный коэффициент - это:

- а) показатель имеющихся знаний;
- б) количественный показатель интеллектуального развития;
- в) оценка навыков и умений, полученных в процессе учебы.

24. Умственная отсталость - это:

- а) временное ослабление интеллекта;
- б) приобретенное слабоумие;
- в) врожденное слабоумие.

25. Степени умственной отсталости - это:

- а) характеристика типа интеллектуального недоразвития;

б) показатель выраженности врожденного слабоумия: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость;

в) показатель фактора риска развития умственной отсталости.

26. Деменция — это:

- а) нарушение психических свойств личности;
- б) приобретенное слабоумие;
- в) тяжелое нарушение памяти.

27. Синдром Дауна - это:

- а) патологический синдром, обусловленный предшествующей инфекцией;
- б) патологический синдром, обусловленный асфиксией плода;
- в) патологический синдром, обусловленный хромосомными нарушениями.

28. Детский церебральный паралич - это:

- а) заболевание, обусловленное генными мутациями;
- б) заболевание, обусловленное механической травмой головки плода при родах;
- в) заболевание, обусловленное инфекцией, перенесенной в постнатальном периоде.

29. Аментивный синдром - это:

- а) одно из проявлений приобретенного слабоумия;
- б) одно из проявлений врожденного слабоумия;
- в) одно из проявлений помрачения сознания.

30. Общим клиническим проявлением для различных форм умственной отсталости является:

- а) парциальное недоразвитие психики;
- б) недоразвитие лимбической системы мозга;
- в) тотальное недоразвитие психики.

31. Интеллектуальная недостаточность при умственной отсталости проявляется в виде:

- а) недостаточности мыслительной деятельности;
- б) недостаточности всех психических процессов;
- в) недостаточности всех психических процессов и моторной активности.

32. Динамика клиники умственной отсталости зависит от степени возрастного созревания:

- а) коры головного мозга;
- б) всех отделов головного мозга;
- в) центральной нервной системы

33. В основе структуры психического дефекта лежит:

- а) недостаточность высших форм познавательной деятельности;
- б) несформированности психических свойств личности;
- в) функциональная недостаточность, обусловленная психотравмой.

34. Клиническая структура деменции включает в себя:

- а) нарушение интеллектуальной деятельности;

- б) патологическое изменение личности;
- в) нарушение интеллектуальной деятельности и патологическое изменение личности.

35. Маразм - это:

- а) стационарное слабоумие;
- б) состояние распада психической деятельности;
- в) состояние распада психической деятельности в сочетании с физической истощаемостью.

36. Виды деменции:

- а) дебильность, имбецильность, идиотия;
- б) тотальная деменция, парциальная деменция;
- в) промежуточная деменция, постоянная деменция.

37. При умственной отсталости легкой степени:

- а) сохраняется способность к освоению общеобразовательных программ;
- б) сохраняется способность к освоению специальных программ,
- в) не сохраняется способность к освоению никаких программ.

38. Для умственной отсталости тяжелой степени характерны:

- а) видимые интеллектуальные нарушения и выраженная моторная недостаточность;
- б) низкий уровень интеллекта и низкий уровень сенсомоторики;
- в) весьма низкий уровень интеллекта и минимальный уровень сенсомоторики.

39. Задержка психического развития в соответствии с МКБ-10 - это:

- а) синдром неврологического, психического или соматического заболевания;
- б) самостоятельная нозологическая форма;
- в) составная часть понятия пограничная интеллектуальная недостаточность.

40. Варианты задержки психического развития по К.С. Лебедевой:

- а) психогенного, соматогенного и церебрально-органического происхождения;
- б) конституционального, соматогенного и церебрально-органического происхождения;

- в) конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения.

41. Гармонический инфантилизм - это:

- а) стойкое нарушение развития мозговых структур;
- б) незрелость всех сфер деятельности ребенка, включая и интеллектуальную без психоорганических проявлений;
- в) патологическое развитие личности по невротическому типу.

42. Дисгармонический инфантилизм - это:

- а) сочетание гармонического инфантилизма с проявлениями органического поражения нервной системы;
- б) явление органического поражения нервной системы;
- в) сочетание гармонического инфантилизма с проявлениями функциональных расстройств нервной системы.

43. Особенности задержки психического развития:

- а) парциальность, необратимость, стойкость;
- б) парциальность, обратимость, нестойкость;
- в) тотальность, необратимость, стойкость.

44. Задержка психического развития:

- а) обусловлена патологической наследственностью;
- б) не обусловлена патологической наследственностью;
- в) обусловлена генными или хромосомными мутациями.

45. Патологическое развитие личности при ЗПР обусловлено:

- а) соматогенной астенией;
- б) воздействием инфекционного фактора;
- в) ранним возникновением и длительным воздействием психотравмирующего фактора.

46. Парциальность при ЗПР - это:

- а) нарушение темпа созревания всех структур головного мозга;
- б) нарушение темпа развития отдельных нейрофизиологических систем;

в) изолированное недоразвитие одной из психических функций.

47. Моторный инфантилизм обусловлен:

- а) незрелостью теменно-затылочных областей головного мозга;
- б) незрелостью височных и базальных областей головного мозга;
- в) незрелостью лобных и теменных областей мозга.

48. При задержанном моторном развитии отмечается:

- а) преобладание функционирования стриарной системы над паллидарной;
- б) преобладание функционирования паллидарной системы над стриарной;
- в) равнозначное функционирование паллидарной и стриарной систем.

49. Феномен «скачкообразность динамики мыслительной деятельности» характерен для:

- а) умственной отсталости;
- б) деменции;
- в) задержки психического развития.

50. Патология двигательной сферы при детском церебральном параличе проявляется в виде:

- а) центрального паралича;
- б) периферического паралича;
- в) центрального и периферического паралича.

51. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно начало формирования лепетной речи:

- а) 5-6 месяцев; б) 7-8 месяцев; в) 9-10 месяцев.

52. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно появление понимания обращенной речи и выполнение простых словесных инструкций:

- а) 7-8 месяцев; б) 9-10 месяцев; в) 11 — 12 месяцев.

53. Развитие зрительно-моторной координации начинает появляться на:

- а) 4-5 месяцах первого года жизни ребенка;
- б) 6-7 месяцах первого года жизни ребенка;
- в) 8-9 месяцах первого года жизни ребенка.

54. Появление примитивной игровой деятельности у ребенка первого года жизни отмечается в:

- а) 7-8 месяцев, б) 9-10 месяцев, в) 11-12 месяцев.

55. Осмотр ребенка раннего возраста проводится в кабинете врача при температуре:

- а) 21-22; б) 23-24; в) 25-27.

56. Опистотическая поза характеризуется:

- а) мышечной гипотонией;
- б) резким напряжением мышечного тонуса;
- в) пластичным повышением мышечного тонуса.

57. «Монголоидные» черты лица с широко расставленными глазами характерны для:

- а) болезни Дауна; б) гидроцефалии; в) микроцефалии.

58. Хоботковый рефлекс в норме определяется до:

- а) 2-3 месяцев; б) 4-5 месяцев; в) 6-7 месяцев.

59. Хватательный рефлекс в норме определяется до:

- а) 3 месяцев; б) 4 месяцев; в) 5 месяцев

60. Рефлекс Бабинского физиологичен до:

- а) 4-5 месяцев; б) 6-8 месяцев; в) 9-10 месяцев.

61. К позотоническим рефлексам первого года жизни относятся:

- а) рефлексы Галанта и рефлекс Пареза;
- б) ладонно-ротовой и сосательный рефлексы;
- в) ассиметричный и симметричный шейный тонический рефлексы.

62. Рефлексы первого года жизни ребенка, направленные на приспособление туловища к вертикальному положению:

- а) рефлексы Ландау;
- б) рефлекс Галанта и рефлекс Пареза;
- в) рефлекс Бабкина и рефлекс Куссмауля.

63. Состояние мышечного тонуса выявляется при исследовании:

- а) активных движений;
- б) пассивных движений;

в) координации движений.

64. Отсутствие феномена «Заражение улыбкой» характерно для:

а) нарушение эмоционального развития;

б) нарушение интеллектуального развития;

в) нарушение моторного развития.

65. Медико-генетическое консультирование осуществляется в:

а) учреждениях образования;

б) учреждениях социального развития;

в) учреждениях здравоохранения.

66. Основной вид деятельности медико-генетической службы:

а) профилактика приобретенного слабоумия;

б) профилактика врожденной и наследственной патологии;

в) профилактика задержки психического развития.

67. Специфическая особенность познавательной деятельности при ДЦП:

а) дисгармонический характер нарушений отдельных психических функций;

б) равномерный характер нарушений отдельных психических функций;

в) дисгармоничный характер нарушений всех психических функций.

68. При всех формах ДЦП имеют место:

а) задержка и нарушение развития всех видов чувствительности;

б) задержка и нарушение развития кинестетического анализатора;

в) задержка и нарушение развития спинальных рефлексом

69. Основным и наиболее частым нарушением познавательной деятельности у детей с ДЦП является:

а) умственная отсталость;

б) задержка психического развития;

в) деменция.

70. К речевым нарушениям при различных формах ДЦП относятся:

а) ринолалия, заикание, дислалия;

б) алалия, дизартрия, задержка речевого развития;

в) дислалия, мутизм, афазия.

71. Для психического развития при ДЦП характерны:

а) быстрота психических процессов и их истощаемость;

б) замедленность психических процессов и их истощаемость;

в) равномерность протекания психических процессов.

72. Умственная отсталость при синдроме Лоу-Терри-Мах-Лехиана сочетается с поражением:

а) гипоталамической области;

б) почек и глаз;

в) слуха и печени

73. Умственная отсталость при синдроме Луи-Баре проявляется полным симптомокомплексом умственной отсталости:

а) легкой степени;

б) умеренной степени;

в) тяжелой степени.

74. Синдром Лоренса-Муна-Бидля-Барде - это симптомокомплекс:

а) врожденных аномалий развития, умственной отсталости и диффузным поражением внутренних органов;

б) врожденных аномалий развития, умственной отсталости и выраженной дисфункцией гипоталамической области;

в) умственной отсталостью, гемипарезом и поражением анализаторных систем.

75. К специфическим расстройствам речи относятся:

а) расстройства артикуляции речи, экспрессивной и рецептивной речи и приобретенная афазия с эпилепсией;

б) расстройства звукопроизношения, грамматического строя речи и стертая форма дизартрии;

в) нарушение голоса, темпа речи и ринолалия.

76. В комплекс коррекционных мероприятий при ДЦП на этапе младенческого и раннего возраста входит:

а) стимуляция лимбической системы;

б) стимуляция рефлекторной сферы;

в) стимуляция сенсорной сферы.

77. Интеллектуальная недостаточность при Трисомии-х обусловлена:

а) задержкой психического развития;

- б) умственной отсталости легкой или умеренной степени;
- в) умственной отсталости тяжелой или глубокой степени.

78. Синдром Берьесона-Форемана-Лемана - это синдром:

- а) слабоумия и слепоты;
- б) слабоумия и кахексии;
- в) слабоумия и ожирения

79. Интеллектуальная недостаточность при синдроме Клиниеля-Фейля обусловлена:

- а) задержкой психического развития;
- б) умственной отсталостью легкой или умеренной степени;
- в) умственной отсталости тяжелой или глубокой степени

80. Умственная отсталость при гипер – или гипотериозе носит:

- а) стабильный характер в виде легкой или умеренной степени;
- б) стабильный характер в виде тяжелой или глубокой степени;
- в) прогрессирующий характер от легкой до глубокой степени.

81. Предельная наполняемость классов в специальном (коррекционном) учреждении V вида:

- а) 8 человек, б) 10 человек, в) 12 человек.

82. Предельная наполняемость классов в специальном (коррекционном) образовательном учреждении VIII вида:

- а) 8 человек, б) 10 человек, в) 12 человек.

83. Синдром Клайнфельтера обусловлен:

- а) предшествующей инфекцией;
- б) предшествующей травмой;
- в) хромосомными нарушениями

84. Моносомия - это:

- а) появление добавочной хромосомы в хромосомном наборе;
- б) отсутствие одной хромосомы в хромосомном наборе;
- в) обмен сегментами между хромосомами.

85. Деления - это:

- а) отсутствие части хромосом,

- б) появление добавочной хромосомы в хромосомном наборе;
- в) обмен сегментами между хромосомами.

86. Для синдрома Дауна характерно:

- а) нормальные размеры черепа и величины головного мозга;
- б) уменьшение размеров черепа и величины головного мозга;
- в) увеличение размеров черепа и величины головного мозга.

87. Особенность психического дефекта при синдроме Дауна - это:

- а) относительная сохранность интеллектуального развития по сравнению с тяжестью эмоциональных расстройств;
- б) относительная сохранность эмоциональной сферы по сравнению с тяжестью интеллектуального развития;
- в) тяжесть интеллектуальных нарушений.

88. Гидроцефалия - это:

- а) врожденное недоразвитие черепа;
- б) водянка головного мозга;
- в) паразитарное заболевание головного мозга.

89. Энцефалит - это:

- а) воспаление головного мозга;
- б) воспаление мозговых оболочек;
- в) воспаление спинного мозга.

90. Менингеальные симптомы - это:

- а) симптомы Бабинского, гемипарез, косоглазие;
- б) ригидность мышц затылка;
- в) гиперрефлексия, гипертония мышц, патологические рефлексы.

91. Болезнь Феллинка - это:

- а) хромосомное нарушение, обусловленное мутацией хромосом;
- б) генетическое нарушение, обусловленное генными мутациями;
- в) наследственное заболевание, обусловленное нарушением обмена фенилаланина.

92. При синдроме Дауна:

- а) лишняя хромосома в 21 паре;
- б) лишняя хромосома в 23 паре,
- в) отсутствует хромосома в 18 паре.

93. Молекулярно-генетические методы направлены на:

- а) выявление деления клетки и ее изменчивость;
- б) выявление изменений молекулярной структуры ДНК;
- в) изучение патологических признаков генов.

94. Медико-генетическая служба - это:

- а) составная часть системы образования.
- б) составная часть системы социального развития.
- в) составная часть системы лечебно-профилактических учреждений практического здравоохранения.

95. Медико-генетическое консультирование состоит из:

- а) 2-х этапов; б) 3-х этапов; в) 4-х этапов

96. Генеалогический метод - это:

- а) метод изучения структуры и набора хромосом;
- б) метод изучения характера наследования определенного признака в будущем у членов изучаемой семьи;
- в) метод изучения структуры и набора генов.

97. Генеалогический метод используется для:

- а) профилактики наследственных болезней;
- б) установления типа наследования болезней или отдельного признака;
- в) разработки соответствующего метода лечения.

98. Цитогенетические методы - это:

- а) методы изучения хромосом;
- б) методы изучения генов;
- в) методы изучения клетки.

99. Метод анализа сцепления генов - это:

- а) локализация генов, расположенных на одной хромосоме, связанных с наследственным заболеванием или иным выраженным признаком;
- б) локализация генов, расположенных на 2-х хромосомах;
- в) локализация генов, расположенных на всех хромосомах.

100. Генетическая карта - это:

- а) схема структуры конкретных генов на конкретных хромосомах;
- б) схема расположения конкретных генов на конкретных хромосомах;
- в) схема расположения генов на одной хромосоме

101. Первичная (педагогическая) профилактика направлена на:

- а) профилактику осложнений после перенесенных заболеваний;
- б) профилактику факторов риска различных заболеваний и интоксикации, травм и др.;
- в) профилактику наследственных болезней.

102. Участниками образовательного процесса специальных (коррекционных) учреждений являются:

- а) педагогические, медицинские работники и воспитанники;
- б) педагогические работники, воспитанники и их родители (законные представители);
- в) педагогические и медицинские работники, воспитанники и их родители (законные представители).

103. На 2-ой ступени общего образования в специальном (коррекционном) учреждении I вида осуществляется:

- а) начальное общее образование;
- б) среднее общее образование;
- в) основное общее образование.

104. Нормативный срок освоения 2-ой ступени общего образования в специальном (коррекционном) учреждении I вида составляет:

а) 5-6 лет; б) 6—7 лет; в) 2 года.

105. Специальное (коррекционное) учреждение I вида предназначено для обучения и воспитания:

- а) слабослышащих детей;
- б) неслышащих детей;
- в) незрячих детей.

106. Нормативный срок освоения 2-ой ступени общего образования в специальном (коррекционном) учреждении IV вида составляет:

- а) 4 года; б) 5 лет в) 6 лет.

107. Специальное (коррекционное) образовательное учреждения V вида предназначено для детей:

- а) с речевой патологией;
- б) с тяжелой речевой патологией;
- в) с тяжелой формой заикания.

108. Во 2-ое отделение специального (коррекционного) образовательного учреждения V вида принимаются дети:

- а) с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи;

б) с общим недоразвитием речи тяжелой степени;

в) с афазией.

109. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида предназначено для детей:

- а) с умственной отсталостью;
- б) с деменцией;
- в) с задержкой психического развития.

110. Специальное (коррекционное) учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ:

- а) одной ступени общего образования;
- б) двух ступеней общего образования;
- в) трех ступеней общего образования.

111. Сроки обучения в специальном (коррекционном) образовательном учреждении VIII вила:

- а) 6-8 лет, б) 9-11 лет, в) 12 лет.

Ключ к тестовым заданиям:

1 б, 2 в, 3 а, 4 б, 5 а, 6 в, 7 а, 8 в, 9 б, 10 б, 11 в, 12 б, 13 а, 14 в, 15 б, 16 а, 17 б, 18 а, 19 в, 20 а, 21 в, 22 б, 23 б, 24 в, 25 б, 26 б, 27 в, 28 б, 29 в, 30 в, 31 в, 32 в, 33 а, 34 в, 35 в, 36 б, 37 б, 38 б, 39 а, 40 в, 41 б, 42 а, 43 б, 44 б, 45 в, 46 б, 47 в, 48 б, 49 в, 50 а, 51 б, 52 б, 53 а, 54 б, 55 в, 56 б, 57 а, 58 а, 59 а, 60 б, 61 в, 62 а, 63 б, 64 а, 65 в, 66 б, 67 а, 68 б, 69 б, 70 б, 71 б, 72 б, 73 б, 74 б, 75 а, 76 в; 77 б. 78 в. 79 в, 80 в. 81 в. 82 в 83 в, 84 б, 85 а. 86 б, 87 б, 88 б. 89 а, 90 б, 91 в, 92 а, 93 б, 94 в, 95 в, 96 б, 97 б, 98 а, 99 а, 100 б, 101 б, 102 в, 103 в, 104 а, 105 б, 106 в, 107 б, 108 а, 109 в, 110 б, 111 б.

СПИСОК ВОПРОСОВ К ЭКЗАМЕНУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»

1. Основные виды нарушения индивидуального развития (дизонтогенеза).
2. Умственная отсталость как один из видов психического дизонтогенеза – психического недоразвития.
3. Абилизация и реабилитация детей и подростков с умственной отсталостью.
4. Умственная отсталость как медицинская, психолого-педагогическая и социальная проблема.
5. Гидроцефалия: этиология, патогенез, признаки умственной отсталости.
6. Дифференциально-диагностические признаки умственной отсталости и деменции.
7. Значение наследственных факторов в этиологии общего психического недоразвития.

8. Особенности соматического развития и неврологического состояния детей, страдающих умственной отсталости.
9. ЗПР: общая характеристика причин и механизмов развития. Клинико-психологическая структура дизонтогенеза.
10. Основные клинико-патогенетические закономерности умственной отсталости.
11. Медико-генетическое консультирование и ранняя диагностика умственной отсталости.
12. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации (микросоциальная педагогическая запущенность).
13. Умственная отсталость, обусловленная нарушением числа и строения половых хромосом.
14. Принципы систематики умственной отсталости. Классификация умственной отсталости Сухаревой Г.Е. и Певзнер М.С.
15. Пограничная интеллектуальная недостаточность. Искаженное психическое развитие. Особенности личности, общения, моторики.
16. Органическая деменция: этиология, клиника.
17. Умственная отсталость, обусловленная текущими наследственными заболеваниями.
18. Особенности соматического развития и неврологического состояния детей, страдающих умственной отсталостью.
19. Клиническая характеристика глубокой степени умственной отсталости.
20. Клиническая характеристика легкой степени умственной отсталости.
21. Клинические особенности умственной отсталости, осложненной лобной недостаточностью.
22. Клинические особенности умственной отсталости, осложненной нейродинамическими расстройствами.
23. Клинические особенности умственной отсталости, осложненной эпилептиформным синдромом.
24. Клинические характеристики тяжелой степени умственной отсталости.
25. Клинические характеристики умеренной степени умственной отсталости.
26. Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.
27. Основные принципы диагностики, социальной адаптации и реабилитации детей с умственной отсталостью.
28. Особенности клиники олигофрении, обусловленные инфекционными поражениями плода и эмбриона. Синдром врожденной краснухи.
29. Особенности олигофрении, связанные с врожденным сифилисом.
30. Пограничная интеллектуальная недостаточность. Отставание развития школьных навыков (чтение, письмо, счет).
31. Специальные (коррекционные) дошкольные и школьные образовательные учреждения
32. Терапия и профилактика умственной отсталости у детей и подростков.
33. Умственная отсталость, обусловленная внутриутробной вирусной патологией.

34. Эпилептическая деменция: особенности изменения личности.
35. Основные направления медицинской работы в специальных учреждениях для работы с умственно отсталыми детьми.

5.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Соотношение оценки и баллов в рамках процедуры оценивания

«Оценка»	Соответствие количеству баллов
Отлично	81-100
Хорошо	61-80
Удовлетворительно	41-60
Неудовлетворительно	0-40

Шкала оценки посещаемости и активности студента на занятии:

21-30 баллов – высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.

10-20 баллов – участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.

5-9 баллов – низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.

0-4 балла – отсутствие активности на семинарах и практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.

Т.о., благодаря активности студента на практических занятиях, в завершении курса им может быть набрано максимально 30 баллов.

Шкала оценки конспекта:

8-10 баллов: Содержание конспекта полностью соответствует теме. Раскрыты все вопросы. Конспект выполнен в указанные сроки и содержит не только текстовое оформление, но и иллюстративное. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце контрольной работы представлен список литературы и медиа-ресурсов, указаны источники иллюстраций. Студент ориентируется в содержании конспекта, самостоятельно дает полные и развернутые ответы на вопросы по материалам, делает необходимые выводы, устанавливает ключевые закономерности.

5-7 баллов: Содержание конспекта полностью соответствует варианту. Все вопросы раскрыты в общих чертах. Конспект выполнен в указанные сроки. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце конспекта представлен список литературы и медиа-ресурсов. Студент ориентируется в содержании конспекта, дает ответы на вопросы по материалам, делает необходимые выводы, устанавливает ключевые закономерности.

1-4 баллов: Содержание конспекта не полностью соответствует варианту. Все вопросы раскрыты в общих чертах. Конспект выполнен в указанные сроки. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце конспекта представлен список литературы и

медиа-ресурсов. Студент слабо ориентируется в содержании конспекта, частично дает ответы на вопросы по материалам, с помощью наводящих вопросов делает выводы.

0 баллов: Содержание конспекта не соответствует варианту. Оформление не соответствует необходимым требованиям. Студент не может дать правильные ответы на вопросы по материалам конспекта и сделать необходимые выводы даже при условии оказания ему активной помощи.

Т.о., за выполнение и защиту конспекта может быть набрано 10 баллов.

Шкала оценки в рамках процедуры тестирования:

Для оценки тестовых работ используются следующие критерии:

0-20% правильных ответов оценивается как «неудовлетворительно» (0-баллов);

30-50% - «удовлетворительно» (1-10 баллов);

60-80% - «хорошо» (11-15 баллов);

80-100% – «отлично» (16-20 баллов).

Т.о., за правильное выполнение теста может быть набрано 20 баллов.

Шкала оценки контрольной работы:

8-10 баллов: Содержание контрольной работы полностью соответствует варианту. Раскрыты все вопросы. Контрольная работа выполнена в указанные сроки и содержит не только текстовое оформление, но и иллюстративное. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце контрольной работы представлен список литературы и медиа-ресурсов, указаны источники иллюстраций. Студент ориентируется в содержании контрольной работы, самостоятельно дает полные и развернутые ответы на вопросы по её материалам, делает необходимые выводы, устанавливает ключевые закономерности.

5-7 баллов: Содержание контрольной работы полностью соответствует варианту. Все вопросы раскрыты в общих чертах. Контрольная работа выполнена в указанные сроки. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце контрольной работы представлен список литературы и медиа-ресурсов. Студент ориентируется в содержании контрольной работы, дает ответы на вопросы по её материалам, делает необходимые выводы, устанавливает ключевые закономерности.

1-4 баллов: Содержание контрольной работы полностью соответствует варианту. Все вопросы раскрыты в общих чертах. Контрольная работа выполнена в указанные сроки. Оформление соответствует необходимым требованиям, в конце контрольной работы представлен список литературы и медиа-ресурсов. Студент ориентируется в содержании контрольной работы, дает ответы на вопросы по её материалам, с помощью наводящих вопросов делает выводы.

0 баллов: Содержание контрольной работы не соответствует варианту. Оформление не соответствует необходимым требованиям. Студент не может дать правильные ответы на вопросы по материалам контрольной работы и сделать необходимые выводы даже при условии оказания ему активной помощи.

Т.о., за выполнение и защиту контрольной работы может быть набрано 10 баллов.

Шкала оценки реферата:

8-10 баллов: Содержание реферата соответствует его названию. Реферат оформлен в соответствии с требованиями, содержит несколько полноценных параграфов. В тексте полностью раскрыты ключевые аспекты проблемы, содержится список литературы, достаточный по объему (в соответствии со спецификой выбранной проблематики), включающий различные типы источников (учебные и методические пособия, научные статьи и т.д.), в том числе за последние 5 лет. Студент хорошо ориентируется в тексте реферата и рассматриваемой проблеме, самостоятельно отвечает на вопросы по тексту, иллюстрирует свой ответ практическими примерами, делает необходимые обоснованные выводы.

10-15 баллов: Содержание реферата соответствует его названию. Реферат оформлен в соответствии с требованиями, содержит несколько полноценных параграфов. В тексте полностью раскрыты ключевые аспекты проблемы, содержится список литературы, достаточный по объему (в соответствии со спецификой выбранной проблематики). Студент хорошо ориентируется в тексте реферата и рассматриваемой проблеме, самостоятельно отвечает на вопросы по тексту, делает необходимые обоснованные выводы.

5-7 баллов: Содержание реферата соответствует его названию. Реферат оформлен в соответствии с требованиями, содержит несколько параграфов. В тексте раскрыты ключевые аспекты проблемы, содержится список литературы. Студент ориентируется в тексте реферата и рассматриваемой проблеме, отвечает на вопросы по тексту, делает необходимые выводы при условии оказания помощи.

1-4 баллов: Содержание реферата соответствует его названию. Реферат оформлен в соответствии с требованиями, содержит несколько параграфов. Текст реферата не в полном объеме раскрывает ключевые аспекты проблемы. В реферате содержится список литературы. Студент испытывает затруднения при ориентировке в рассматриваемой проблеме, отвечает на вопросы, прибегая к тексту реферата, а также при условии оказания ему активной помощи.

0 баллов: Содержание реферата не соответствует его названию, не раскрывает рассматриваемую проблему. Оформление не соответствует необходимым требованиям. В тексте реферата студент не ориентируется, не может дать необходимых разъяснений по тексту.

Т.о., работа над содержанием реферата и его защита максимально оценивается в 10 баллов.

Шкала оценки в рамках процедуры экзамена:

21-30 баллов: студент быстро и самостоятельно готовится к ответу; при ответе полностью раскрывает сущность поставленного вопроса; способен проиллюстрировать свой ответ конкретными примерами; демонстрирует понимание проблемы и высокий уровень ориентировки в ней; формулирует свой ответ самостоятельно, используя лист с письменным вариантом ответа лишь как опору, структурирующую ход рассуждения.

11-20 баллов: студент самостоятельно готовится к ответу; при ответе раскрывает основную сущность поставленного вопроса; демонстрирует понимание проблемы и достаточный уровень ориентировки в ней, при этом затрудняется в приведении конкретных примеров.

1-10 баллов: студент готовится к ответу, прибегая к некоторой помощи; при ответе не в полном объеме раскрывает сущность поставленного вопроса, однако, при этом, демонстрирует понимание проблемы.

0 баллов: студент испытывает выраженные затруднения при подготовке к ответу, пытается воспользоваться недопустимыми видами помощи; при ответе не раскрывает сущность поставленного вопроса; не ориентируется в рассматриваемой проблеме; оказываемая стимулирующая помощь и задаваемые уточняющие вопросы не способствуют более продуктивному ответу студента.

Т.о., во время зачёта студентом может быть максимально набрано 30 баллов.

Самостоятельные работы студентов оцениваются в соответствии со следующими критериями:

81-100 баллов: студент полностью и самостоятельно раскрывает содержание поставленного вопроса; иллюстрирует свой ответ практическими примерами; свободно ориентируется в рассматриваемых проблемах. При выполнении письменной или мультимедийной работы также – оформляет материал в соответствии с требованиями; сопровождает его достаточным по объему и соответствующим тематике материала списком литерату-

ры, включающем разнообразные вариативные источники (книжные, учебные и методические пособия; публикации, достоверные интернет-ресурсы и т.д.).

61-80 баллов: студент достаточно полно, однако, с помощью раскрывает содержание поставленного вопроса; в дальнейшем самостоятельно ориентируется в различных аспектах рассматриваемой проблемы. При выполнении письменной или мультимедийной работы также – оформляет материал в соответствии с требованиями; сопровождает его достаточным по объему и соответствующим тематике материала списком литературы.

41-60 баллов: студент раскрывает содержание поставленного вопроса и может ориентироваться в рассматриваемой проблеме при условии оказания ему помощи. При выполнении письменной или мультимедийной работы также – оформляет материал в соответствии с требованиями; сопровождает его достаточным по объему и соответствующим тематике материала списком литературы.

0-40 баллов: студент не раскрывает в требуемом объеме содержание поставленного вопроса; не ориентируется в рассматриваемой проблеме даже при условии оказания ему помощи. Предоставляемые письменные или мультимедийные работы не оформлены или оформлены в нарушение соответствующих требований; в работе не представлен список литературы; либо представленный список является недостаточным по объему, не соответствующим тематике изучаемого вопроса.