

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.
Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт психологии и социальной работы

Кафедра педагогики и медицинской психологии

**Методические материалы по дисциплине:
Расстройства аутистического спектра и методы их диагностики**

**основная профессиональная образовательная программа высшего образования -
программа специалитета**

КОД Наименование ОП: 37.05.01 Клиническая психология

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ К КУРСУ «РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И МЕТОДЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ»

Тестовые задания. Правильный ответ первый, под литером а).

Тестовые задания по теме: *«Аутизм: понятие и история учения о детском аутизме»*

1. Основными признаками синдрома РДА, согласно Л. Каннеру, является:
 - а) **стереотипное, однообразное поведение с элементами одержимости;**
 - б) нарушения грамматического строя речи;
 - в) снижение интеллекта до уровня глубокой умственной отсталости;
 - г) неспособность самостоятельно реализовывать навыки опрятности;
 - д) высокий уровень вербального общения.

2. Последователи Лео Каннера выделяли следующие признаки раннего детского аутизма
 - а) **появление симптомов заболевания до 30 месяцев;**
 - б) нарушения моторики в виде парезов;
 - в) проблемы с распределением внимания;
 - г) высокая адаптивность ребенка к новым условиям;
 - д) появление первых симптомов болезненного состояния в подростковом возрасте.

3. Выберите определение аутизма из ниже приведенных определений
 - а) **нарушение психического развития, сопровождающееся дефицитом социальных взаимодействий, затруднением взаимного контакта при общении с другими людьми, повторяющимися действиями и ограничением интересов;**
 - б) стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности, всех психических функций с особым недоразвитием абстрактно – логического мышления, возникающее вследствие органического поражения головного мозга;
 - в) группа различных видов отклонений в развитии речи, имеющая различную этиологию, патогенез, степень выраженности;
 - г) нарушение развития, при котором ребенок имел достаточно длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами;
 - д) психическое развитие детей, страдающих нарушениями в работе какого-либо анализатора (слепых, глухих), ведущими к дефициту соответствующей сенсорной информации.

4. Причинами раннего детского аутизма могут быть
 - а) **врожденные обменные нарушения;**
 - б) последствия вакцинации;

- с) воспитание без учета возрастных и индивидуальных особенностей ребенка;
- д) последствия ЧМТ;
- е) неправильное питание ребенка.

5. Биологическая теория аутизма рассматривает аутизм как

- а) **следствие изменения обменных процессов в клетках головного мозга;**
- б) следствие холодного и враждебного отношения матери к своему ребенку;
- с) игнорирование интересов ребенка со стороны его ближайшего окружения;
- д) стресс в раннем возрасте;
- е) следствие переутомления нервной системы ребенка.

Генетическая теория аутизма рассматривает аутизм как

- а) **генетическое нарушение, при которых отмечаются поломки некоторых хромосом и мутации в генах (X-фрагильной хромосомы, аномалии 21-й хромосомы, мутации в гене TSC1, кодирующем гамартин и TSC2, кодирующем туберин и др.);**
- б) результат воздействия различных экзогенных и средовых факторов;
- с) следствие неправильного воспитания;
- д) феномен, возникший в результате нарушения речевого развития;
- е) результат патологической связи с матерью.

6. К составляющим триада Лоры Винг относят

- а) **качественное нарушение социального взаимодействия;**
- б) отсутствие вербальной коммуникации;
- с) высокий уровень освоения социальных форм поведения;
- д) слуховые галлюцинации;
- е) широта и разнообразие интересов.

7. Для большинства детей с аутизмом типичны следующие особенности поведения

- а) **общение с ограниченным количеством людей в семье и в ближайшем социальном окружении;**
- б) яркое выражение радости;
- с) отсутствие предпочтений в еде;
- д) ускоренное по сравнению с нормой освоение социальных умений;
- е) лидерские качества при общении со сверстниками.

8. В младенческом возрасте дети с аутизмом

- а) **не обнаруживают интереса к звуку человеческого голоса;**
- б) ждут, что их возьмут на руки;
- с) точно дифференцируют родственников и близких людей;
- д) стремятся к общению со сверстниками;
- е) не имеют пищевых пристрастий или нарушений пищевого поведения.

9. Речевые изменения при аутизме в младенческом возрасте
- a) **позднее возникновение лепета;**
 - b) типичные для невербального общения детей жесты при общении;
 - c) быстрая и адекватная реакция на попытки взрослого к установлению контакта;
 - d) согласованность речевых действий при взаимодействии со взрослым;
 - e) адекватное понимание жестовой и вербальной бытовой речи.

10. Критериями внешней неадекватности поведения аутичного ребенка можно считать:

- a) **грубая несформированность коммуникативных навыков и дома, и в незнакомой обстановке;**
- b) наличие поведенческих проблем в домашних условиях (агрессии, страхов, гиперчувствительности к тем или иным воздействиям);
- c) отсутствие самостоятельной соответствующей возрасту игры;
- d) степень овладения основными бытовыми навыками (еда, туалет, одевание) соответствует более раннему возрасту;
- e) избирательный мутизм.

В ряду эмоциональных расстройств отмечают аутизм, который можно описать как:

- a) **уход от действительности с фиксацией на своем внутреннем мире, на аффективных переживаниях;**
- b) несоразмерность эмоциональных реакций объективной значимости вызывающих их ситуаций и объектов;
- c) отсутствие агрессивных проявлений со стороны ребенка с аутизмом;
- d) проявляются у больного в ощущении, что собственные чувства и настроения принадлежат не ему, а вызываются извне;
- e) автоматизм воспроизведения выразительных средств партнера, когда безотчетно копируются выражение лица, интонация, жесты партнёра по общению.

11. К основным методам, применяемым на этапе первичного приема педагога-психолога, работающего с детьми-аутистами относят

- a) **биографический;**
- b) биохимические исследования;
- c) энцефелографический;
- d) арт-терапевтический;
- e) рентгенографический.

12. При расстройствах аутистического спектра часто отмечают:

- a) **интеллектуальная недостаточность (от легкой до выраженной умственной отсталости),**
- b) клатеринг;
- c) параличи;
- d) нарушения цветового зрения;
- e) снижение физического слуха.

13. В формировании аутизма у детей определяющую роль отводят следующим врожденным (биологическим) факторам:

- a) **неспособности ребенка фильтровать информацию, получаемую органами чувств, выборочно воспринимать воздействия окружающей среды и распределять своё внимание между главным и несущественным;**
- b) нарушениям восприятия;
- c) стабильности порога аффективного и сенсорного комфорта;
- d) использование нескольких сенсорных каналов для восприятия сигналов окружающей среды;
- e) высокой скорости обработки информации.

14. Низкий общий психический тонус и нарушение произвольной и целенаправленной активности обнаруживается в таких особенностях аутичных детей, как:

- a) **повышенная психическая истощаемость и пресыщаемость;**
- b) наличие активного исследовательского интереса к окружающему;
- c) устойчивость произвольного внимания к значимым элементам социальной среды;
- d) активность и избирательность восприятия;
- e) гибкость использования моторных, бытовых, учебных навыков в соответствии с поставленной взрослым задачей.

15. На основании приведённой ниже характеристики периода определите его название. Характеристика: «Период характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходом к одиночеству; введением в психиатрию понятия «аутизм», который рассматривался как симптом психических заболеваний»

- a) **донозологический;**
- b) доканнеровский;
- c) каннеровский;
- d) современный;
- e) после-каннеровский.

16. На основании приведённой ниже характеристики периода определите его название. Характеристика: «В этот период рассматривался особый тип задержанного асинхронного развития (шизоидия), был описан синдром «пустого» аутизма, который характеризовался как проявление давнего эндогенного процесса»:

- a) **доканнеровский;**
- b) каннеровский;
- c) современный;
- d) донозологический;
- e) после-каннеровский.

17. На основании приведённой ниже характеристики периода определите его название. Характеристика: «Период ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму, охарактеризовал «инфантильный аутизм» (в последующем названным как «ранний детский аутизм»), как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики. Ранний детский аутизм отнесен к состояниям «шизофренического» спектра. В дальнейшем ранний детский аутизм рассматривался и как конституциональная особая нозология. В рамках данного периода ряд клиницистов выдвинули концепцию органического происхождения РДА»:

- a) **каннеровский;**
- b) современный;
- c) донозологический;
- d) доканнеровский;
- e) после-каннеровский.

18. На основании приведённой ниже характеристики периода определите его название. Характеристика: «в этот период аутизм стал рассматриваться, как неспецифический синдром, отмечающийся при разной психической патологии, препятствующий социализации ребенка»:

- a) **современный;**
- b) донозологический;
- c) доканнеровский;
- d) каннеровский;
- e) патопсихологический.

19. В Средневековье отношение к аномальным детям меняется:

- a) **детям с проблемами развития оказывалась помощь в монастырях Европы;**
- b) умерщвляют по экономическим соображениям;
- c) убивают по евгеническим требованиям;
- d) создают специализированную систему обучения и воспитания аномальных детей;

- e) возводят в ранг привилегированного сословия.

20. Реабилитационная работа с «Аверонским дикарем», проведенная Жаном-Марком Гаспаром Итаром, подтвердила:

- a) **возможность приобретения некоторых социальных навыков в условиях специального обучения и воспитания даже при наличии тяжелой психической патологии;**
- b) независимость от социальных факторов формирования психических структур;
- c) тезис о приобретении различных психических болезней только в условиях социума;
- d) отсутствии каких-либо сенситивных периодов в развитии ребенка;
- e) неспособность воспитать человека при отсутствии у того желания социализироваться.

21. Эскироль Ж.Э.Д. положил в основу своей классификации умственной отсталости:

- a) **уровень речевого развития;**
- b) связь интеллекта с сохранностью сенсорных систем;
- c) уровень сформированности моторных навыков;
- d) полноценность соматического здоровья;
- e) особенности воспитания человека.

22. В донозологический (XIX — начало XX в.) «аутизм», рассматривался в медицинской литературе как:

- a) **симптом психического заболевания в рамках шизофренического расстройства;**
- b) нарушение, вызванное стрессом;
- c) заболевание, возникающее в силу неправильного воспитания;
- d) исключительно генетическая патология;
- e) наказание за грехи родителей.

23. Само понятие «аутизм» было предложено в 1911 г:

- a) **Э. Блейлером;**
- b) Л. Каннером;
- c) Э. Кречмером;
- d) Э. Крепелином;
- e) С. Корсаковым.

24. Эйген Блейлер выделил такие характеристики аутистического мышления, как:

- a) **грёзоподобное;**
- b) логическое;
- c) опирающееся на существенные признаки явлений;

- d) связанное с социальными нормами и правилами;
- e) учитывающее реальность.

25. Описанный Я. Лутцем в доканеровский период «некое психическое состояние, при котором внутренний мир больного существенно обедняется, психическая деятельность упрощается, и больной не способен выразить собственные переживания, понять окружающих, слабо осознает собственные немногочисленные ощущения и переживания» именуется:

- a) **пустой аутизм;**
- b) ранний детский аутизм;
- c) инфантильный аутизм;
- d) шизоидия;
- e) олигофрения.

26. Основоположники детской отечественной психиатрии Т. П. Симпсон и Г. Е. Сухаревой описали особый асинхронный тип задержанного развития с преобладанием негативной симптоматики, выражающийся в нарушениях иерархии моторного, эмоционального созревания, специфике интеллектуального и речевого развития, нарушениях последовательности формирования высших психических функций, который в дальнейшем был определен Л. Каннером как:

- a) **ранний детский аутизм;**
- b) общее расстройство развития, неуточнённое;
- c) олигофрения;
- d) алалия;
- e) психопатия.

27. К основным признакам синдрома РДА, согласно Л. Каннеру, относится:

- a) **стереотипное, однообразное поведение с элементами одержимости;**
- b) нарушения звукопроизношения;
- c) высокие показатели интеллектуального развития;
- d) соответствующий возрасту или опережающий его уровень владения социальными навыками;
- e) владение навыками коммуникации в соответствии с возрастными показателями.

28. В трудах Л. Каннера «аутизм», рассматривался как:

- a) **особое патологическое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики;**
- b) тип задержанного развития;
- c) нарушение психического развития, сопряженное с умственной отсталостью;
- d) шизофренический симптом;

е) следствие инфекционного заболевания.

29. Л. Каннер, определяя тип патологии синдрома раннего детского аутизма, отнес его к:

- а) к «расстройствам шизофренического спектра», но не идентичный шизофрении;**
- б) вариантом детской ретардации;
- с) разновидностью шизофренического процесса;
- д) генетическим заболеванием;
- е) заболеванием, связанным с нарушением обменных процессов.

30. У наблюдаемых детей Л. Каннер отметил:

- а) дефицитарность в установлении аффективного контакта;**
- б) установлении тесного контакта с матерью с первых дней жизни;
- с) слабое соматическое здоровье;
- д) стремление к разнообразной активности;
- е) отсутствие каких бы то ни было способностей.

31. Проявления синдрома Каннера выявляются у детей в возрасте

- а) до 30 мес;**
- б) в 3 года;
- с) в младшем школьном возрасте;
- д) в подростковом возрасте;
- е) в дошкольном возрасте.

32. Последователи Лео Каннера выделяли следующие диагностически значимые признаки аутизма:

- а) врожденная неспособность ребенка к установлению контакта посредством взгляда, мимики, пантомимики, необусловленная низким интеллектуальным уровнем;**
- б) широкий спектр различных форм поведения;
- с) типичные для возраста стандартные реакции на сенсорные раздражители;
- д) своевременное развитие речи;
- е) высокая обучаемость.

33. К типичным для большинства детей характеристикам поведения детей с аутизмом относят:

- а) разнообразные моторные и психические стереотипии,**
- б) ярко выраженное умение радоваться,
- с) наличие совместной игры со сверстниками,
- д) высокий уровень общения и взаимодействия,
- е) стремление к использованию разнообразной пищи.

34. В современный, после-каннеровский, этап «аутизм», рассматривается как:

- a) **синдром, отмечающийся при разной психической патологии, препятствующий социализации ребенка, его полноценному общению;**
- b) как проявление давно протекающего эндогенного процесса;
- c) состояние в рамках патологии так называемого «шизофренического» спектра;
- d) постреактивное состояние;
- e) последствие неправильного воспитания.

35. Триада аутизма Лорны Винг (Lorna Wing) включает такие параметры детского аутизма, как:

- a) **стереотипность форм поведения, интересов и активности;**
- b) избирательность в еде;
- c) высокий уровень речевого развития;
- d) наличие способностей в тех или иных видах жизнедеятельности;
- e) стремление к упорядочиванию жизни своей и близкого окружения.

36. Под предпосылками общения в каннеровский период понимались такие факторы, как:

- a) **возможность адекватного восприятия и интерпретации информации;**
- b) наличие выразительных средств для общения;
- c) физическая способность слышать звуки;
- d) умение запоминать отдельные вербальные знаки;
- e) возможность изменять свое поведение в зависимости от социальных требований.

37. В сложившихся к середине 80-х годов представлениях о структуре дефекта при раннем детском аутизме первичным дефектом считалась:

- a) **патология регуляторных систем: дефицит психической активности, нарушения инстинктивно-аффективной сферы, аффективного звена палеорегуляции, низкие сенсорные пороги;**
- b) корково-подкорковые нарушения: гностические нарушения (фрагментарность восприятия; нарушения плавности и точности моторных действий; изменения тонических функций двигательных актов; зрительно-моторные нарушения; дефицитарность пространственных представлений;
- c) недоразвитие предметных действий, которые опосредуются социальной практикой их использования, несформированность коммуникативной стороны речи, нарушения общения;
- d) неадекватность и нелогичность мышления;
- e) неспособность к когнитивной и аффективной регуляции.

38. В сложившихся к середине 80-х годов представлениях о структуре дефекта при раннем детском аутизме вторичным дефектом считались:

- a) **корково-подкорковые нарушения: гностические нарушения (фрагментарность восприятия; нарушения плавности и точности моторных действий; изменения тонических функций двигательных актов; зрительно-моторные нарушения; дефицитарность пространственных представлений;**
- b) нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- c) реалистичность мышления;
- d) дефицит психической активности,
- e) аффективного звена палеорегуляции, низкие сенсорные пороги.

39. В сложившихся к середине 80-х годов представлениях о структуре дефекта при раннем детском аутизме «социальной координатой дефекта» считалась:

- a) **недоразвитие предметных действий, которые опосредуются социальной практикой их использования, несформированность коммуникативной стороны речи, нарушения общения, псевдосимволичность мышления;**
- b) корково-подкорковые нарушения: гностические нарушения (зрительно-моторные нарушения; дефицитарность пространственных представлений);
- c) изменения тонических функций двигательных актов;
- d) патология регуляторных систем: дефицит психической активности, нарушения инстинктивно-аффективной сферы, аффективного звена палеорегуляции, низкие сенсорные пороги;
- e) фрагментарность восприятия.

40. В сложившихся к середине 80-х годов представлениях о структуре дефекта при раннем детском аутизме «компенсаторным феноменом» при патологии регуляторным систем, корково-подкорковых нарушений, несформированности ряда социальных структур психики считался:

- a) **собственно аутизм как защита от страха фрагментированной реальности вследствие нарушения аффективной регуляции;**
- b) псевдосимволичность мышления;
- c) корково-подкорковые нарушения: дефицитарность пространственных представлений;
- d) изменения тонических функций двигательных актов;
- e) нарушения инстинктивно-аффективной сферы.

41. Какая из функций речи при детском аутизме страдает в наибольшей степени:

- a) **коммуникативная,**

- b) обобщающая,
- c) номинативная,
- d) когнитивная,
- e) регулирующая.

42. Особенности аутистов, связанные с управляемостью и селективностью ЦНС

- a) **гиперактивность и дефицит концентрации внимания;**
- b) нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- c) нарушения произвольной моторики;
- d) неосознание опасностей, исходящих из внешней среды;
- e) пралогичность мышления.

43. Особенности взаимодействия со внешней средой или людьми у аутистов:

- a) **отсутствие желания общаться со сверстниками, предпочтение играть одному;**
- b) повышенная способностью восприятию разнообразные сенсорных стимулов;
- c) сохранность системы сна-бодрствования;
- d) высокий уровень сформированности произвольной моторики;
- e) гиперактивность и дефицит концентрации внимания.

44. Сенсорный дискомфорт, чуткость к этологическим знакам опасности могут проявиться как

- a) **стойкие страхи определенных вещей, людей, слов, ситуаций;**
- b) опасное бесстрашие;
- c) стремление брать в рот несъедобные вещи;
- d) стремление планировать свои действия;
- e) частое обращение за помощью.

45. Стереотипность в поведении людей с аутизмом выражается, как:

- a) **воспроизведение одних и тех же движений, манипуляций с объектами, звуков, слов, фраз;**
- b) генерализованная тревога;
- c) сверхизбирательность в еде;
- d) желание использовать новые маршруты для прогулок;
- e) широта и разнообразие интересов.

46. Для высокофункциональных аутистов характерно:

- a) **моторная неловкость;**
- b) низкие показатели IQ;
- c) высокие показатели невербальной коммуникации;
- d) умение функционально и эффективно использовать предметы;
- e) сниженная чувствительность к различным сенсорным раздражителям.

47. Для низкофункциональных аутистов характерно:
- a) **низкие показатели IQ;**
 - b) осведомленность в социально значимой информации;
 - c) высокий уровень речевого развития;
 - d) высокая адаптированность к социально-бытовым условиям;
 - e) умение функционально и эффективно использовать предметы.
48. К клиническим признакам раннего и младшего дошкольного возраста, описываемым психиатрами, можно отнести:
- a) **задержана развития навыков общения и установления контактов со взрослым;**
 - b) легкое освоение бытовых навыков;
 - c) интерес к звуку человеческого голоса;
 - d) ожидание, чтобы их взяли на руки;
 - e) быстро формирующуюся способность дифференцировать своих и чужих.
49. Дети раннего возраста с аутизмом проявляют такие симптомы, как:
- a) **уделяют меньше внимания социальным стимулам;**
 - b) часто улыбаются и смотрят на других людей;
 - c) предвосхищают изменением позы и попытку взять его на руки;
 - d) быстро и активно откликаются на собственное имя;
 - e) понимают и реагируют на изменение интонации и мимики ухаживающего взрослого.
50. Дети дошкольного возраста с аутизмом:
- a) **не склонны имитировать чужое поведение;**
 - b) склонны к взаимодействию с другими людьми;
 - c) эмоционально реагируют на проявление эмоций другими людьми;
 - d) активно участвуют в невербальном общении;
 - e) умеют действовать по очереди с ситуации общения.
51. Из ниже приведенных описаний выберите такой тип нарушенного поведения как ритуальное:
- a) **выполнение повседневных занятий в одном порядке и в то же время;**
 - b) неточное, неловкое выполнение движений;
 - c) бесцельные движения, повторяющиеся движения;
 - d) узкофокусированное поведение, при котором интерес человека или его активность направлены на единственный предмет или явление;
 - e) активность, приводящая или способная привести к ранениям самого человека.

52.Из ниже приведенных описаний выберите такой тип нарушенного поведения как аутоагрессия:

- a) **активность, приводящая или способная привести к ранениям самого человека;**
- b) выполнение повседневных занятий в одном порядке и в то же время;
- c) намеренное соблюдение неких правил, например расположение объектов определённым образом;
- d) бесцельные движения, повторяющиеся движения;
- e) неточное, неловкое выполнение движений.

53.Из ниже приведенных описаний выберите такой тип нарушенного поведения как стереотипия:

- a) **бесцельные, повторяющиеся движения;**
- b) активность, приводящая или способная привести к ранениям самого человека;
- c) выполнение повседневных занятий в то же время;
- d) намеренное соблюдение неких правил;
- e) узкофокусированное поведение, интересы человека, его активность направлены на единственный предмет или явление.

54.Из ниже приведенных описаний выберите двигательную (моторную) стереотипию:

- a) **хождение и пробежки на цыпочках;**
- b) стереотипные навязчивые вопросы, которые часто не связаны с конкретной ситуацией;
- c) прищуривание глаз, разглядывание узоров;
- d) настаивание на одинаковых маршрутах;
- e) ощупывание предметов, поглаживание.

55.Из ниже приведенных описаний выберите сенсорную стереотипию:

- a) **ощупывание предметов, поглаживание;**
- b) бег по кругу;
- c) повторение одних и тех же звуков и слов;
- d) выстраивать ряды или другие однотипные конструкции;
- e) строгие пищевые ритуалы.

56.Из ниже приведенных описаний выберите речевую стереотипию:

- a) **повторение одних и тех же фраз и текстов;**
- b) раскачивания, кружение;
- c) щелканье пальцами, постукивание;
- d) соблюдение определённого порядка действий;
- e) взмахи руками и потряхивание ими перед глазами.

57.Из ниже приведенных описаний выберите такой тип нарушенного поведения как компульсивное поведение:

- a) **намеренное соблюдение неких правил, например расположение объектов определённым образом;**
- b) бесцельные движения, повторяющиеся движения;
- c) активность, приводящая или способная привести к ранениям самого человека;
- d) выполнение повседневных занятий в одном порядке и в то же время;
- e) узкофокусированное поведение, при котором интерес человека или его активность направлены на единственный предмет или явление.

58.Из ниже приведенных описаний выберите такой тип нарушенного поведения как ограниченное поведение:

- a) **узкофокусированное поведение, при котором интерес человека или его активность направлены на единственный предмет или явление;**
- b) намеренное соблюдение неких правил, например расположение объектов определённым образом;
- c) бесцельные движения, повторяющиеся движения;
- d) активность, приводящая или способная привести к ранениям самого человека;
- e) выполнение повседневных занятий в одном порядке и в то же время.

Тестовые задания по теме: «Теории возникновения аутизма»

59.Доказательствами генетической обусловленности расстройств аутистического спектра можно считать:

- a) **конкордантность по аутизму в 99% у монозиготных близнецов при 25% у дизиготных;**
- b) токсоплазмоз, врожденная краснуха;
- c) родовые травмы, полученные аутистами при рождении;
- d) аноксия (состояние, при котором тело или части тела не получают кислорода для правильного функционирования);
- e) психологические стрессы матери.

60.Тесная взаимосвязь между вирусной инфекцией как триггером возникновения расстройств аутистического спектра выражается в том, что:

- a) **вирусная инфекция может непосредственно поразить мозг, запустить активацию иммунитета, вызвать эпигенетические изменения и повысить риск рождения ребенка с аутизмом;**
- b) вызывает симптомы аутизма без какой бы то ни было генетической предрасположенности у ребенка;

- с) инфекционное заболевание изменяет генетические структуры у больных аутизмом;
- д) лекарственные препараты, направленные на уничтожение вируса, провоцируют аутистическое расстройство;
- е) нарушаются соматические процессы, что выражается на психическом уровне в симптомах аутизма.

61. Теория аутизма Марты Херберт постулирует, что аутизм есть:

- а) **болезнь всего организма, а не одного лишь мозга;**
- б) проявления аномальных функций отдельных систем;
- с) расстройство, при котором имеется тенденция к регрессу психических функций и систем;
- д) состояние, вызванное пищевыми расстройствами;
- е) нарушение психического и соматического функционирования, которое можно вылечить глютенной и казеиновой диетами.

62. Зарубежные когнитивные теории аутизма объясняют наличие симптомов аутистических расстройств с:

- а) **аутисты затрудняются в дифференциации главного и второстепенного, не могут осознать значения явлений;**
- б) доминированием стратегий левополушарного синтезирующего перцептивного анализа;
- с) выраженной недостаточностью концептуальных правосторонних полушарных стратегий;
- д) отмечается отсутствие склонности к систематизации по наиболее общим формальным признакам;
- е) при аутизме на высоком уровне сформированы функции исполнительной системы, рабочей памяти и планирования.

63. Изменения приема и переработки сенсорной информации при аутизме выражаются в:

- а) **изменении порога аффективного и сенсорного дискомфорта по сравнению с норматипичными детьми;**
- б) усилении целостности, неразложимости структур восприятия;
- с) ускоренной переработке сенсорной информации;
- д) восприятию сенсорной информации, без флуктуаций и отсутствия выпадения значительных элементов;
- е) использовании широкого числа каналов для получения сенсорной информации сигналов из окружающей среды.

64. Низкий общий психический тонус и нарушение произвольной и целенаправленной активности обнаруживается в таких особенностях аутичных детей, как:

- а) **повышенная психическая истощаемость и пресыщаемость;**

- b) наличие активного исследовательского интереса к окружающему;
- c) гармоничное распределение детской активности, без резких переходов стремительных поступков к пассивному поведению;
- d) высокий уровень произвольного внимания;
- e) возможность гибко использовать сформированные навыки, воспроизводить их творчески с учетом изменения ситуации или активно изменять окружающую среду.

65. Согласно теории Бруно Беттельхейм, причина аутизма:

- a) **результат ранних нарушенных взаимодействий ребенка с социальной средой, с родителями или воспитателями;**
- b) генетическая патология;
- c) вирусная инфекция;
- d) аномалии в строении головного мозга;
- e) неправильное питание ребенка в раннем возрасте.

Тестовые задания по теме: «Медико-биологические основы детского аутизма»

66. В префронтальной коре детей с аутизмом

- a) **более, чем на 60% нейронов больше, чем у норматипических детей;**
- b) одинаковое число нейронов в сравнении с норматипичными детьми;
- c) меньшее число нейронов в сравнении с норматипичными детьми;
- d) имеются особые инородные образования, состоящие из клеток с патологическими внутриклеточными структурами;
- e) выявлены множественные деформации борозд конвексительных отделов.

67. К особенностям нейронного развития мозга детей с аутизмом можно отнести:

- a) **медленное развитие белого вещества;**
- b) у детей с аутизмом эффективно устраняются лишние, устаревшие и повреждённые синаптические соединения в белом веществе по сравнению с контрольной группой детей без проблем в развитии;
- c) ускоренное развитие белого вещества у детей с аутизмом;
- d) уменьшение количества серого вещества с возрастом;
- e) увеличение количества межполушарных связей.

68. Среди особенностей нейронов при аутизме следует указать:

- a) **изменение размеров и плотности нейронов в различных участках головного мозга,**
- b) количественное равенство дендритных разветвлений в подкорковых структурах норматипичных детей и детей с аутизмом;
- c) повышенную плотность клеток Пуркинье вocerebroцереbellуме;

- d) увеличение количества гранул в неocerebellуме;
- e) снижение количества глиозной ткани задних долей полушарий мозжечка.

69.К анатомическим особенностям головного мозга детей с аутизмом относят:

- a) **изменения строения путей, соединяющих таламус с височной долей мозга;**
- b) сохранность связей соматосенсорной коре, зрительной коре и в субкортикальных областях мозга;
- c) идентичность с норматипичными детьми структуры проводящих путей мозга;
- d) типичное развитие нейронных связей между функциональными отделами мозга: чрезмерное уменьшение количества связей между расположенными рядом мозговыми структурами;
- e) незначительное количество серого вещества в передних височных и дорсолатеральных префронтальных областях.

70.К особенностям физиологических явлений головного мозга детей с аутизмом относят:

- a) **нарушение баланса в работе определённых типов возбуждающих нейронов и тормозных нейронов, которые регулируют их активность;**
- b) повышении реакций на гласные звуки;
- c) нормативная на ранних этапах развития последовательность моторного, речевого, эмоционального созревания;
- d) отсутствие реакций на согласные звуки;
- e) сложные психические функции при аутизме либо вообще не формируются, либо вытесняются простыми.

71.Симметричность мозга людей с аутизмом:

- a) **у людей с РАС мозг оказался в целом более симметричным как по строению, так и по толщине в различных частях;**
- b) левое и правое полушария людей с аутизмом значительно различаются по своей структуре;
- c) толщина клеток левого и правого полушарий у больных аутизмом разнится, что можно считать диагностическим критерием;
- d) за каждым полушарием закреплены собственные психические характеристики в управлении деятельностью человека с аутизмом;
- e) доминантность полушарий у людей с аутизмом устанавливается в более ранние сроки, чем у норматипичных детей.

72. К особенностям строения мозжечка и других подкорковых структур головного мозга детей с аутизмом относят:

- a) **уменьшение размеров мозжечковых червеобразных долей практически у всех обследуемых с аутизмом;**
- b) сужение желудочков головного мозга;
- c) увеличение объема хвостатого и миндалевидного ядер и гиппокампа;
- d) увеличение числа мозжечковых нейронов по мере взросления ребенка с аутизмом;
- e) совпадении внутренней схемы мозжечка норматипичных детей и детей с аутизмом.

73.Анатомические изменения в таламусе людей с аутизмом:

- a) **нарушения в проводящих путях между таламусом и корой головного мозга;**
- b) отсутствие нарушений в функционировании ретикулярного ядра таламуса при передаче информации в конвеситальную кору головного мозга;
- c) сохранность и эффективность выполнения всех функций таламуса;
- d) сохранность анатомических связей между таламусом и нижележащими структурами головного мозга;
- e) нормативность и типичность анатомических структур таламуса.

74. Изменения в ассоциативной коре при аутизме:

- a) **увеличению размеров ассоциативной коры мозга преимущественно у пациентов мужского пола с аутистическими расстройствами;**
- b) отсутствие пороков развития извилин головного мозга при расстройствах аутистического спектра;
- c) низкие показатели концентрации продуктов распада мембран в группе, страдающих аутизмом;
- d) совпадение показателей церебрального кровотока в лобных структурах в сравнении с норматипичными детьми;
- e) типичная для возраста структурная и функциональная организация в ассоциативной коре при расстройствах аутистического спектра.

75.Особенностями электрической активности головного мозга у детей-аутистов являются:

- a) **повышение функциональной активности нижележащих структур;**
- b) повышение судорожного порога в ассоциативных отделах мозга;
- c) ускоренное созревание ЭЭГ-паттерна;
- d) усиление выраженности альфа-ритма;
- e) отсутствие резидуально-органических центров в ЦНС.

76.Неврологические нарушения у детей с расстройствами аутистического спектра:

- a) **двигательные стереотипии;**

- b) ускоренное раннее психомоторное развитие;
- c) скоординированные, точные движения;
- d) своевременные адекватные предметные действия;
- e) правильные и быстро формирующиеся движения органов артикуляции.

77. Чувствительная сфера пациентов с аутизмом отличается рядом особенностей:

- a) **гипер- и гипосенситивность к запахам, вкусовым раздражителям и свету;**
- b) повышенные реакции на дискомфорт или боль, что исключает аутоагрессию;
- c) легкость распознавания выражений лиц других людей;
- d) любовь к ярким цветам;
- e) легкость овладения восприятием пространства.

78. Двигательные нарушения у детей с расстройствами аутистического спектра:

- a) **двигательные стереотипии;**
- b) высокий для возраста уровень контроля за равновесием тела;
- c) скоординированность движений;
- d) точность и правильность выполнении произвольных сложных действий;
- e) быстрое освоение графических навыков.

79. Особенности движений и действий детей с аутизмом:

- a) **повторяющиеся вычурные движения;**
- b) богатство мимики и жестикуляции;
- c) легкость овладения предметными, игровыми, учебными действиями;
- d) быстрое сформирование навыков самообслуживания;
- e) высокий уровень технических навыков в изо-деятельности, лепке, аппликации, конструировании.

80. Специфика эмоциональной сферы детей с аутизмом:

- a) **диффузная тревога, агрессия и самоагрессия;**
- b) адекватные эмоции по отношению к бытовым ситуациям;
- c) радостный и спокойный фон настроения;
- d) быстрая и адекватная переработка эмоционально значимой информации;
- e) часты положительные эмоции социального характера.

81. Специфика речевой деятельности детей с расстройствами аутистического спектра:

- a) **нарушение коммуникативных функций речи у всех детей с аутистическими нарушениями;**
- b) согласованность вербальной и жестовой речи;
- c) адекватное использование речевых норм;
- d) адекватное применение паралингвистических средств;

е) своевременное и правильное освоение и употребление звуков речи.

82. Дефекты коммуникативной функции речи детей с расстройствами аутистического спектра выражаются в:

- а) **проблемах понимания речи: отдельных слов и целых фраз;**
- б) правильном использовании слов и словоформ;
- в) богатстве и разнообразии жестовой речи;
- г) эмоционально соответствующем содержанию ситуации общения интонировании;
- е) способности поддерживать беседу.

83. Общими и основными нарушениями речевого развития для детей с расстройствами аутистического спектра являются:

- а) **нарушается возможность использовать речь как средство общения;**
- б) высокая скорость переработки информации;
- в) ясное и точное понимание ситуации общения;
- г) желание быть в постоянном контакте с другим человеком;
- е) дефекты звукопроизношения.

84. У детей 1-й группы с расстройствами аутистического спектра по классификации по Л.С. Лебединской и О.С. Никольской отмечаются такие нарушения речевого развития, как:

- а) **речевой мутизм;**
- б) эхолалии;
- в) телеграфный стиль речи;
- г) высокое развитие словаря в сочетании со слабым уровнем коммуникационных речевых процессов;
- е) интонационно выразительная речь.

85. У детей 2-й группы с расстройствами аутистического спектра по классификации по Л.С. Лебединской и О.С. Никольской отмечаются такие особенности речевого развития, как:

- а) **эхолалии;**
- б) широкий словарь;
- в) высокий уровень понимания жестовой речи;
- г) правильное употребление категорий числа, времени, лица;
- е) сложные предложения в экспрессивной речи.

86. У детей 3-й группы с расстройствами аутистического спектра по классификации по Л.С. Лебединской и О.С. Никольской отмечаются такие особенности речевого развития, как:

- а) **первые слова и фразы появляются с опережением нормальных сроков, отмечается бурное накопление активного словаря (преимущественно**

номинативного), освоение сложных, грамматически правильно оформленных фраз;

- b) отсутствие проблем словообразования;
- c) речевой мутизм;
- d) раннее появление личных местоимений в речи;
- e) правильное звукопроизношение.

87. У детей 4-й группы с расстройствами аутистического спектра по классификации по Л.С. Лебединской и О.С. Никольской отмечаются такие нарушения речевого развития, как:

- a) слабо сформированная артикуляция речевых звуков;
- b) быстрое освоение сложных, грамматически правильно оформленных фраз;
- c) использование разнообразных по структуре фраз;
- d) отсутствие замены одних звуков другими, пропусков звуков;
- e) легкость понимания и следования простой и сложной инструкциям.

88. Особенности коммуникативного поведения детей-аутистов в том, что они:

- a) неспособность инициировать и поддерживать диалог;
- b) умение привлекать внимание других партнеров к общению;
- c) активно, с учетом социальных норм выражают просьбы;
- d) много и подробно комментируют действия другого человека;
- e) чрезвычайно подробно и обстоятельно отвечают на вопросы.

89. Нарушение семантики слов у детей с расстройствами аутистического спектра выражается в:

- a) расширении или чрезмерное сужение толкований значений слов;
- b) широком использовании речевых штампов;
- c) отсутствии неологизмов в экспрессивной речи;
- d) точном понимании слов и фраз;
- e) изменении просодических компонентов речи.

90. Проблемы в невербальном общении детей с аутизмом выражаются в том, что дети:

- a) не понимают того, что при помощи речи, жестов, мимики можно повлиять на другого человека;
- b) применяют просодические компоненты речи адекватно ситуации;
- c) используют неологизмы;
- d) неадекватно используют грамматические формы;
- e) изменяют звуконаполнение слов.

91. Особенности речевого развития детей с расстройствами аутистического спектра до 3-х месяцев проявляется в том, что:

- a) **дети с аутизмом беспричинно плачут при пеленании, купании, взятии на руки;**
- b) крик и плач быстро сменяется гулением;
- c) от гуления ребенок сразу переходит к произнесению первых слов;
- d) используются жесты-заменители фраз с учетом ситуации;
- e) первые слова адресованы самим себе.

92. Особенности речевого развития детей с расстройствами аутистического спектра 3 - 6 месяцев проявляется в том, что:

- a) **отсутствует фаза лепета либо выражена нечетко;**
- b) дети с аутизмом беспричинно плачут при пеленании, купании, взятии на руки;
- c) появление гуления, больше похожего на визг и крик;
- d) появление автономной речи;
- e) первые слова связаны с социально значимыми явлениями.

93. Для речи высокофункциональных аутистов 3 лет характерно:

- a) **появление первых слов и фраз либо в нормативные сроки, либо с их опережением;**
- b) адекватное употребление личного местоимения «Я»;
- c) запаздывание номинативного словаря;
- d) употребление только лепетных слов;
- e) фраза состоит только из неизменяемых слов.

94. Для речи высокофункциональных аутистов 5 лет характерно:

- a) **внешне развитая речь не выполняет коммуникативной функции;**
- b) ребенок способен к длительному гибкому речевому взаимодействию с собеседником;
- c) речь состоит из самостоятельных фраз и точных по значению слов;
- d) отсутствие неологизмов;
- e) грубые аграмматизмы.

95. Просодические нарушения речи высокофункциональных аутистов выражаются в:

- a) **своеобразии интонаций и логических ударений;**
- b) характерных модуляциях голоса (понижении тона к концу фразы);
- c) плавности речевого потока;
- d) замедленности речи;
- e) модуляциях, определяемых задачами коммуникации.

96. Проблемы пространственного восприятия детей с расстройствами аутистического спектра выражаются в том, что они:

- a) **почти лишены чувства края;**
- b) быстро овладевают представлениями «лево» - «право»;
- c) мгновенно ориентируются в незнакомом помещении;
- d) рано овладевают умением ориентироваться в схеме собственного тела;
- e) раньше возрастной нормы осваивают рисунок с изображением пространственной перспективы.

97. Дети с аутизмом высокофункциональных групп:

- a) **легко усваивают абстрактные понятия и успешно оперировать ими;**
- b) строят алгоритмы своей деятельности с учетом реальных обстоятельств;
- c) не проявляют интереса к символическим обозначениям;
- d) не запоминают буквы, цифры раньше возрастных сроков;
- e) осваивают ориентацию на картах и схемах со значительными проблемами.

98. Нарушения в развитии невербальной коммуникации проявляются у детей с расстройствами аутистического спектра:

- a) **в ограниченности невербального поведения;**
- b) правильном понимании мимики других людей;
- c) правильном понимании жестов других людей;
- d) очень раннем обретении умений организовать и поддерживать взаимодействие со сверстниками, без вербальных компонентов коммуникации;
- e) в широких и разнообразных формах невербального поведения.

99. Сторонники психоаналитического к формированию речи детей с аутизмом подхода утверждают, что нарушения речи аутичных детей связано с:

- a) **внутренними личностными конфликтами детей с расстройствами аутистического спектра;**
- b) нарушениями развития и становления когнитивных процессов;
- c) деформацией эмоционального реагирования;
- d) неспособностью самостоятельно усваивать коммуникативные умения;
- e) изменением соотношения и взаимосвязи между уровнями речевого, когнитивного и социального развития аутичного ребенка.

100. Сторонники бихевиористского подхода к формированию речи детей с аутизмом утверждают, что нарушения речи аутичных детей связано с:

- a) **неспособностью самостоятельно усваивать коммуникативные умения;**
- b) внутренними личностными конфликтами детей с расстройствами аутистического спектра;
- c) нарушениями развития и становления когнитивных процессов;
- d) деформацией эмоционального реагирования;
- e) изменением соотношения и взаимосвязи между уровнями речевого, когнитивного и социального развития аутичного ребенка.

101. К особенностям слухового восприятия детей младшего дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра можно отнести:

- a) **высокую чувствительность к определенным звукам (например, зажимает уши, услышав лай собаки);**
- b) быструю ориентировочную реакцию на речевые звуки;
- c) высокую откликаемость на громкие звуки;
- d) откликаемость на собственное имя независимо от знакомости человеческого голоса;
- e) точное понимание слов, фраз доступных детям данного возраста.

102. Специфические особенности поведения детей с расстройствами аутистического спектра:

- a) **в течение длительного времени повторяет одни и те же телесные движения (например, вертит руками, раскачивается туда и обратно);**
- b) продолжительно удерживает глазной контакт;
- c) легко меняет поведенческие программы;
- d) поведение детей всегда и у всех групп отличается последовательностью и целенаправленностью;
- e) детям не свойственно дезадаптивное, деструктивное поведение.

103. В работах отечественных и зарубежных психологов выделены факторы, негативно влияющие на развитие психики ребенка с расстройствами аутистического спектра:

- a) **выраженный отрицательный эмоциональный дискомфорт;**
- b) высокие сенсорные пороги;
- c) высокий энергетический уровень, потребность в постоянной и насыщенной деятельности;
- d) высокая увлеченность социальными явлениями;
- e) отсутствие пресыщаемости в процессе общения.

104. У детей, страдающих аутизмом, наблюдается своеобразное развитие моторных функций, что выражается в:

- a) **отсутствии плавности движений;**
- b) ловкости;
- c) координированной походке;
- d) высоком уровне развития мелкой моторики;
- e) легкости усвоения моторных навыков.

105. Сенсорная доминантность рассматривается, как:

- a) **тенденция ребенка фокусировать свое внимание на стимулах в определенной модальности;**
- b) тенденция реагировать на стимулы с определенными характеристиками внутри нескольких модальностей;
- c) способность воспринимать внесоциальные объекты;

- d) игнорирование социально значимых стимулов;
- e) полная отрешенность от внешнего мира.

106. К чрезмерной избирательности при восприятии стимулов относится:

- a) **тенденция у ребенка фокусировать внимание на тех или иных характеристиках предметов или окружающей обстановки, игнорируя другие, не менее важные, характеристики;**
- b) тенденция ребенка фокусировать свое внимание на стимулах в определенной модальности;
- c) тенденция реагировать на стимулы с определенными характеристиками внутри нескольких модальностей;
- d) игнорирование социально значимых стимулов;
- e) полная отрешенность от внешнего мира.

107. Особенности зрительного восприятия старших дошкольников и младших школьников с аутизмом:

- a) **реальные высокочастотные предметы узнаются легче, чем абстрактные;**
- b) на зашумленных картинках предметы узнаются легче;
- c) отсутствует связь между уровнем сформированности речи и зрительным восприятием;
- d) объем зрительного восприятия детей с аутизмом превосходит объем зрительного восприятия норматипических детей;
- e) никах особенностей зрительного восприятия старших дошкольников и младших школьников с аутизмом не существует.

108. К широко распространённым перцептивным действиям детей с аутизмом относят:

- a) **обнюхивание;**
- b) рассматривание;
- c) сравнение с сенсорным эталоном;
- d) изучение;
- e) ощупывание.

109. К особенностям перцептивного обобщения у детей младшего школьного возраста, страдающих аутизмом, можно отнести:

- a) **ошибки по типу «пространственной инвариантности»: все детали на месте, но сама фигура неверно ориентирована в пространстве;**
- b) целостность зрительного образа;
- c) привнесение в зрительный образ новых деталей;
- d) ориентация на название предмета, а не на специфику его перцептивного образа;
- e) неспособность обнаруживать специфические перцептивные характеристики явления, сосредоточенность только на общих формальных характеристиках.

110. Высокие показатели механической памяти у детей с аутизмом, вероятнее всего, обусловлены такими факторами, как:

- a) **у детей с аутизмом слово находится за пределами семантического поля и не связано с конкретным предметом;**
- b) высокой активностью детей с аутизмом;
- c) высокой работоспособностью детей с аутизмом;
- d) желанием детей с аутизмом занять определенную социальную нишу;
- e) высокой мотивированностью продемонстрировать свои способности.

111. У детей, страдающих аутизмом, наблюдаются следующие особенности мнестической деятельности:

- a) **недостатки развития логической памяти;**
- b) снижение механической памяти по сравнению с логической;
- c) отсутствие нарушений динамики мнестической деятельности;
- d) высокий уровень сформированности моторной памяти;
- e) адекватное нормативным возрастным показателям развитие мнестических функций.

112. К типичным нарушениям моторики, препятствующим овладению социально-бытовыми навыками у детей с расстройствами аутистического спектра, следует отнести:

- a) **своеобразные стереотипные движения: перебирание пальцами рук, взмахивания и вращения кистями рук, подпрыгивания, вращения вокруг своей оси;**
- b) ходьба и бег на всей стопе;
- c) парезы ног;
- d) параличи одной верхней конечности или обеих;
- e) гипертонус верхних конечностей.

Тема 5. Классификации аутизма по МКБ-10

113. Согласно классификации аутистических расстройств Научного центра психического здоровья РАМН (Тиганов А.С., Башина В.М., 2005) к детскому эндогенному аутизму относится:

- a) **синдром Каннера;**
- b) аутизм при органическом поражении центральной нервной системы;
- c) синдром Дауна;
- d) аутизм при туберозном склерозе;
- e) синдром Ретта.

114. Согласно классификации аутистических расстройств Научного центра психического здоровья РАМН (Тиганов А.С., Башина В.М., 2005) к детскому атипичному аутизму относится:

- a) **синдром Дауна;**
- b) синдром Каннера;
- c) синдром Ретта;
- d) синдром Аспергера;
- e) депривационный аутизм.

115. Согласно МКБ-10 качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия могут проявляться проявляются в:

- a) **неспособности адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию и позы тела;**
- b) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны по содержанию или направленности;
- c) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;
- d) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы, которые включают прихлопывания или выкручивания пальцев или кистей рук;
- e) повышенное внимание к частям предметов или их нефункциональным элементам (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

116. Для детского аутизма, обусловленного органическим заболеванием головного мозга (F84.01) характерны такие явления, как:

- a) **обширная рассеянная неврологическая симптоматика;**
- b) поглощённость своей одинокой игрой без коммуникативных тенденций;
- c) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- d) слабость эмоционального резонанса с гиперестезией к световым, слуховым, тактильным, температурным раздражителям;
- e) речь развивается с опережением и не используется в коммуникативных целях

117. Для атипичного аутизма (F84.1) согласно МКБ-10 характерно:

- a) **не все признаки аутизма проявляют себя ярко и полно;**
- b) начало в возрасте 30 месяцев;
- c) высокая социальная адаптация;
- d) высокий уровень вербально-логического мышления;
- e) эмоции ребенка адекватны ситуации и силе раздражителя.

118. При синдроме Ретта (F84.2) отмечаются следующие симптомы:

- a) **потеря приобретенных целенаправленных ручных навыков в возрасте от 5 до 30 месяцев;**

- b) пренатальный и перинатальный периоды со значительной патологией;
- c) хорошая координация походки и движений туловища;
- d) отсутствие нарушений рецептивной речи;
- e) развитие всех частей тела в соответствии с возрастными нормативами.

119. Обязательными критериями диагностики синдрома Ретта являются:

- a) **появление стереотипных движений рук;**
- b) внутриутробная задержка роста;
- c) органомегалия и другие признаки болезней накопления;
- d) атрофия зрительных нервов;
- e) перинатальное повреждение мозга.

120. Дополнительными критериями диагностики синдрома Ретта являются:

- a) **задержка роста, склиоз;**
- b) внутриутробная задержка роста;
- c) органомегалия и другие признаки болезней накопления;
- d) атрофия зрительных нервов;
- e) перинатальное повреждение мозга.

121. Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4) проявляется в таких симптомах, как:

- a) **непрерывное двигательное беспокойство проявляется в бегании, прыгании и других движениях всего тела;**
- b) невысокая подвижность в ситуациях, когда этого требует ситуация;
- c) замедленный переход от одного вида деятельности к другому;
- d) способность длительно сосредотачиваться на одном виде занятий;
- e) периоды стереотипной активности крайне непродолжительны либо отсутствуют.

122. Синдром Аспергера (F84.5):

- a) **начинается в младенчестве или раннем детстве;**
- b) характеризуется нестабильным течением, ремиссии чередуются с острыми приступами болезни;
- c) недоразвивается, прежде всего, речевая деятельность;
- d) биологическое взросление центральной нервной системы соответствуют возрастным показателям;
- e) нозология имеет экзогенную патологию.

123. К проявлениям синдрома Аспергера (F84.5) у детей относят:

- a) **нарушение координации движений;**
- b) широкие интересы, типичные для детей своей возрастной группы;
- c) значительное недоразвитие речи;
- d) снижение интеллекта до уровня умственной отсталости;

е) легкое освоение новых программ и форм поведения.

124. К клиническим характеристикам синдрома Аспергера по классификациям DSM относят:

- а) **неспособность развить отношения со сверстниками до уровня, соответствующего общему развитию;**
- б) наличие спонтанных побуждений разделять радость, интерес или достижения с другими людьми;
- в) выраженные проявления социальной или эмоциональной взаимности;
- г) способность сосредотачиваться на важных для решения поставленной социальной задачи характеристиках предметов;
- е) клинически значимую общую задержку развития речи.

125. Среди сопутствующих аутистическим расстройствам нарушений можно обнаружить:

- а) **нарушения поведения, агрессию и аутоагрессию;**
- б) высокую способность к социальной адаптации;
- в) отсутствие соматических нарушений;
- г) нормативность речевого развития;
- е) сон и пищевое поведение без патологии.

126. Согласно DSM-5, к критериям диагностики расстройств аутистического спектра относятся:

- а) **чрезмерная потребность в неизменности, негибкое следование правилам или схемам поведения;**
- б) разнообразные формы вербального или невербального поведения учетом социальных норм и правил;
- в) адекватные реакции на входную сенсорную информацию;
- г) обычный для возраста ребенка интерес к сенсорным аспектам окружающей среды;
- е) интересы ребенка по интенсивности и направленности соответствуют возрасту и культуре.

Тема 6. Медицинские классификации аутизма по МКБ -11

127. Согласно МКБ-11 отклонениями в социальном взаимодействии, способах общения считаются:

- а) **неадекватные реакции на вербальные или невербальные коммуникативные действия других людей;**
- б) высокий уровень понимания обращенной речи;
- в) гибкость в применении форм взаимодействия;
- г) умение быстро включаться в новые игры и отношения;
- е) озабоченность собственным социальным статусом.

128. В МКБ-11 в качестве диагностических симптомов ограниченных интересов и навязчивых действий рассматриваются:

- a) увлеченность одними и теми же играми, игрушками, мультфильмами, музыкальными произведениями;
- b) моторная неловкость;
- c) низкая способность начинать и поддерживать разговоры;
- d) ограниченная способность реагировать на состояния других людей;
- e) недостаточное для продуктивного общения со сверстниками количество коммуникативных навыков.

129. Возрастные признаки расстройств аутистического спектра с синдромом Дауна раннего и дошкольного возраст:

- a) повышенная или сниженная активность, кратковременное внимание, импульсивность и плохая организованность;
- b) способность быстро адаптироваться к новым жизненным условиям;
- c) интерес к новым людям;
- d) сопереживание героям детских литературных произведений;
- e) хорошее соматическое здоровье.

130. Для детей с туберозным склерозом (ТС) и аутистическими чертами характерно:

- a) периодически возникающее моторное возбуждение, общее беспокойство, которое напоминает полевое поведение;
- b) отсутствие эпилептических приступов типа кивков, абсансов;
- c) отсутствие доброкачественных опухолей, состоящих из сосудистой и волокнистой соединительной ткани;
- d) увеличение в ходе онтогенеза числа социальных эмоций, укрепление привязанности и любви к родным и близким;
- e) сохранность всех когнитивных процессов.

131. Согласно МКБ-11 для детей с аутизмом является типичным:

- a) продолжительная, стойкая, извращенная чувствительность к сенсорным стимулам, повышенный интерес к ним;
- b) непостоянные и не продолжительные изменения социального поведения;
- c) появление первых признаков после 5-и лет;
- d) соответствие возрасту всех когнитивных процессов;
- e) набор интересов и занятий широк и многообразен.

Тема 7: Психолого-педагогические и социальные классификации аутизма

132. «Приобретенный аутизм» – это

- a) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма;

- b) нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия в силу сенсорных дефектов;
- c) условное обозначение схожих между собой психологических феноменов из группы расстройства развития детей, которые имеют симптомы нарушения общения и взаимодействия;
- d) аутизм, связанный с деформацией эмоционального интеллекта (ЭИ);
- e) аутизм с высоким уровнем развития речевых навыков, широким словарным запасом.

133. «Вербальный аутизм» — это

- a) **аутизм с высоким уровнем развития речевых навыков, широким словарным запасом;**
- b) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма;
- c) нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия в силу наличия сенсорных дефектов;
- d) аутистическое нарушение с проблемами понимания невербальных сигналов;
- e) аутизм, связанный с деформацией эмоционального интеллекта (ЭИ).

134. «Эмоциональный аутизм» — это

- a) **связанный с деформацией эмоционального интеллекта (ЭИ);**
- b) аутизм с высоким уровнем развития речевых навыков, широким словарным запасом;
- c) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма;
- f) нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия в силу наличия сенсорных дефектов;
- d) условное обозначение схожих между собой психологических феноменов из группы расстройства развития у детей, имеющих снижение и интеллекта, и понимания эмоций других людей.

135. «Парааутизм» — это

- a) **условное обозначение схожих между собой психологических феноменов из группы расстройства развития у детей, которые схожи с симптомами РАС и другими нозологиями;**
- b) нарушение взаимодействия и общения, обусловленное патологическим воспитанием;

- с) аутизм с высоким уровнем развития речевых навыков, широким словарным запасом;
- д) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма;
- е) нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия в силу малого взаимодействия в реальной жизни.

136. Симптомы проявления парааутизма:

- а) **отсутствие эмоциональности (дети не улыбаются, не оказывают никакой реакции на новые игрушки, звуки и т.д.);**
- б) проявляют высокий интерес к некоторым видам общения;
- с) быстро откликаются на собственное имя;
- д) любят и сопереживают героям детских сказок, рассказов, мультфильмов;
- е) многообразные ориентировочные ответы на внешние стимулы.

137. «Органический аутизм» — это

- а) **термин, который используется для описания аутистических явлений с выраженными органическими или резидуально-органическими симптомами;**
- б) условное обозначение схожих между собой психологических феноменов из группы расстройства развития у детей, которые проявляются проблемами социальной адаптации;
- с) нарушение развития, обусловленное сенсорными дефектами;
- д) аутизм с высоким уровнем развития речевых навыков, широким словарным запасом;
- е) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма.

138. «Инфантильный аутизм» — это

- а) **аутизм, признаки которого четко просматриваются обычно в младенческом или раннем детском возрасте;**
- б) термин, который используется для описания аутистических явлений с выраженными органическими или резидуально-органическими симптомами;
- с) вид нарушенного развития, которое нивелируется после 10 – 11 лет;
- д) аутизм с высоким уровнем развития речевых навыков, широким словарным запасом;
- е) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в

классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма.

139. Симптомы проявления органического аутизма:

- a) **выраженные нарушения пространственного восприятия и регуляции собственной деятельности;**
- b) отсутствие эмоциональности (дети не улыбаются, не оказывают никакой реакции на новые игрушки, звуки и т.д.);
- c) проявляют высокий интерес к ряду видов общения;
- d) быстро осваивают учебные знания;
- e) сопереживают героям детских сказок, рассказов, мультфильмов.

140. Важные признаки «инфантильного аутизма»:

- a) **у ребенка отсутствует стремление к тому, чтобы его взяли на руки в младенчестве, не выражен «комплекс оживления»;**
- b) проявляют высокий интерес к ряду видов общения;
- c) быстро откликаются на собственное имя;
- d) любят и сопереживают героям детских сказок, рассказов, мультфильмов;
- e) многообразные ориентировочные ответы на внешние стимулы.

141. Высокофункциональный аутизм – это

- a) **вариант расстройства аутистического спектра, при котором когнитивные способности оцениваются людьми с данным видом нарушения сохранны, коэффициент интеллекта IQ больше 70;**
- b) термин, который используется для описания аутистических явлений с выраженными органическими или резидуально-органическими симптомами;
- c) условное обозначение схожих между собой психологических феноменов из группы расстройства развития у детей, которые схожи с симптомами РАС и другими нозологиями;
- d) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма;
- e) нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия в силу малого взаимодействия в реальной жизни.

142. Признаки высокофункционального аутизма:

- a) **у детей относительно сохранены интеллектуальные функции;**
- b) высокий уровень сформированности коммуникативных функций речи;
- c) способность устанавливать близкие и доверительные отношения со сверстниками;
- d) моторная ловкость;
- e) высокий уровень адаптации к социальному окружению.

143. К характеристикам высокофункциональных аутистов можно отнести:

- a) **тревожность;**
- b) более короткий срок протекания беременности, чем при нормативном развитии;
- c) низкий интеллектуальный уровень;
- d) грубое снижение механической памяти;
- e) высокие способности в организации собственной деятельности.

144. Различия между высокофункциональными аутистами и аутистами с синдромом Аспергера в следующем:

- a) **у лиц с синдромом Аспергера (в отличие от высокофункционального аутизма) наблюдается отставание в мелкой моторике;**
- b) увеличение рождений матерями в возрасте более 30 лет при высокофункциональном аутизме;
- c) люди с синдромом Аспергера имеют не такие высокие вербальные способности, как люди с высокофункциональным аутизмом;
- d) лица с синдромом Аспергера обычно имеют широкий круг интересов;
- e) при синдроме Аспергера люди меньше способны к эмпатии.

145. Своеобразие развития при высокофункциональном аутизме и синдроме Аспергера выражается в следующих симптомах:

- a) **следование собственным желаниям и стремлениям без учета желаний и стремлений других;**
- b) высокий интерес к работе в группе;
- c) наличие широких и относительно постоянных интересов, типичных для их сверстников;
- d) доминирование интересов к социальным явлениям и системам;
- e) точность при восприятии значимых характеристики информации.

146. Низкофункциональный аутизм (LFA) — это

- a) **степень аутизма, характеризующаяся значительными трудностями в социальной коммуникации и взаимодействии, речевыми проблемами, интеллектуальным снижением;**
- b) вариант расстройства аутистического спектра, при котором когнитивные способности оцениваются людьми с данным видом нарушения сохранены, коэффициент интеллекта IQ больше 70;
- c) условное обозначение схожих между собой психологических феноменов из группы расстройства речевого развития у детей;
- d) вид аутистического расстройства, возникающий у ребенка после некоторого периода норматипического развития, который в классификации МКБ-10 относят к одному из вариантов атипичного аутизма;
- e) нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия в силу социальных причин, неправильного воспитания ребенка.

147. Признаки низкофункционального аутизма:

- а) **серьезное нарушение социальных навыков;**
- б) быстрое и точное освоение моторных программ;
- в) доброжелательность и спокойствие;
- г) адекватные эмоциональные или физические реакции на поведение и эмоции других;
- д) высокий или нормативный интеллект.

148. Для людей с первым уровнем аутистических расстройств характерно:

- а) **проблема в скорой адаптации к изменениям в социальной среде и правилам поведения;**
- б) ослабленный ответ на социальные сигналы, общение или взаимодействие;
- в) тяжелые поведенческие нарушения;
- г) невозможность самостоятельно планировать и решать собственные проблемы;
- д) низкие интеллектуальные способности.

149. Для людей со вторым уровнем аутистических расстройств характерно:

- а) **слабый ответ на социальные сигналы, общение или взаимодействие;**
- б) проблема скорой адаптации к изменениям в социальной среде и правилам поведения;
- в) тяжелые поведенческие нарушения;
- г) невозможность самостоятельно планировать и решать собственные проблемы;
- д) низкие интеллектуальные способности.

150. Для людей с третьим уровнем аутистических расстройств характерно:

- а) **невозможность самостоятельно планировать и решать собственные проблемы;**
- б) высокие интеллектуальные способности;
- в) высокая способность организации собственного поведения в бытовых ситуациях;
- г) высокий интерес к общению и взаимодействию;
- д) высокий уровень развития языковых способностей.

151. В предложенной К.С. Лебединской медико-психологической систематизации аутистических расстройств были такие рубрики, как:

- а) **аутизм при хромосомной патологии;**
- б) синдром Аспергера;
- в) синдром Ретта;
- г) синдром Каннера;
- д) гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

152. Согласно положениям теории В.В.Лебединского, к первичным дефектам при детском аутизме относятся:

- a) **низкая психическая активность с тяжелой пресыщаемостью;**
- b) малая переносимость контактов со средой и людьми;
- c) жесткая стереотипизация;
- d) чувство собственной неполноценности;
- e) пониманием своей несостоятельности.

153. Согласно положениям теории В.В.Лебединского, к вторичным дефектам при детском аутизме относятся:

- a) **малая переносимость контактов со средой и людьми;**
- b) низкая психическая активность с тяжелой пресыщаемостью;
- c) недостаточность общего, в том числе психического тонуса;
- d) чувство собственной неполноценности;
- e) пониманием своей несостоятельности.

154. Согласно положениям теории В.В.Лебединского, к третичным дефектам при детском аутизме относятся:

- a) **пониманием своей несостоятельности;**
- b) низкая психическая активность с тяжелой пресыщаемостью;
- c) малая переносимость контактов со средой и людьми;
- d) жесткая стереотипизация;
- e) аутоstimуляция.

155. В.В.Лебединский к особенностям внимания при детском аутизме относил:

- a) **трудности сосредоточения, прикованность внимания к отдельным аспектам воспринимаемого поля;**
- b) легкость переключения от одного сенсорного стимула к другому;
- c) легкость отслеживания обратной связи и корректировка программы;
- d) высокий уровень развития произвольного внимания, в соответствии с поставленной перед ребенком задачей;
- e) устойчивость внимания, отсутствие его колебаний.

156. В.В.Лебединский к особенностям сенсорно-перцептивной сферы при детском аутизме относил:

- a) **болезненную гипер- и гипочувствительность обычным сенсорным раздражителям;**
- b) легкость интегрирования множества ощущений;
- c) целостность восприятия предметов, звуковых явлений;
- d) использование множества сенсорных каналов для адаптации;
- e) легкость с анализом ощущений от различных анализаторов одновременно.

157. В.В.Лебединский к особенностям психомоторной сферы при детском аутизме относил:

- a) **большие трудности в овладении навыками самообслуживания;**
- b) легкую, быструю походку;
- c) отсутствие стереотипий, кататонических застываний;
- d) легкость сохранения равновесия и пространственной ориентировкой;
- e) быстрое повторение движений взрослого и их успешное освоение.

158. В.В.Лебединский к особенностям мнестической сферы при детском аутизме относил:

- a) **нарушение произвольного и опосредованного запоминания;**
- b) сохранение информации целостно, на продолжительный срок;
- c) забывания у детей с РАС протекает равномерно: информации забывается медленно;
- d) информация активно преобразуется с учетом потребностей адаптации;
- e) легкость воссоздания полученной информации.

159. В.В.Лебединский к особенностям мыслительной сферы при детском аутизме относил:

- a) **нарушение целенаправленности, пресыщаемость интеллектуальной деятельностью;**
- b) легкость осознания ситуации во времени и установления причинно-следственных зависимостей;
- c) отсутствие проблем в переносе навыков из одной ситуации в другую;
- d) гармоничность отношений между вербальным и невербальным интеллектом;
- e) невозможность обобщать, использовать символы.

160. В.В.Лебединский к особенностям экспрессивной речи сферы при детском аутизме относил:

- a) **задержка речевого развития без компенсации жестами;**
- b) богатство невербального словаря;
- c) раннее появление лепета;
- d) интонирование соответствует эмоциональному переживанию ребенка;
- e) точное употребление слов во фразах и текстах.

161. В.В.Лебединский к особенностям импрессивной речи при детском аутизме относил:

- a) **сложности с восприятием иронии, сарказма, намёков, метафор и иносказаний;**
- b) легкость учёта контекста сообщения;
- c) усвоение понимания в соответствии с возрастными нормами категорий числа, лица, времени;

- d) легкость понимания инструкций;
- e) отсутствие проблем в понимании предложных конструкций.

162. В.В.Лебединский к особенностям эмоционально-волевой сферы при детском аутизме относил:

- a) **своеобразное сочетание низших и высших эмоций;**
- b) высокие пороги аффективного дискомфорта;
- c) преобладание положительных переживаний;
- d) мотивированные колебания настроения;
- e) точное понимание чувств, испытываемых партнёром при взаимодействии.

163. В.В.Лебединский к особенностям волевой сферы при детском аутизме относил:

- a) **нарушения произвольной регуляции поведения;**
- b) детей привлекает новизна ситуации, интересуется окружающая обстановка;
- c) легкость распознавания и дифференциации собственных эмоций и эмоций других людей;
- d) критичность к собственным ошибкам;
- e) подчинение указаниям взрослого, старательное выполнение его просьб.

164. В.В.Лебединский к особенностям личности при детском аутизме относил:

- a) **отсутствие социально-эмоциональной взаимности;**
- b) склонность к фиксации на приятных впечатлениях;
- c) устойчивость к стрессу;
- d) умение объяснить свои потребности, желания;
- e) выносливость в общении с миром.

165. В.В.Лебединский к особенностям социализации и социальной адаптации при детском аутизме относил:

- a) **отчужденность, пассивность, странная активность;**
- b) использование социально приемлемых действий при взаимодействии;
- c) выраженная ориентация на людей;
- d) согласование плана действий с другими ее участниками;
- e) сосредоточение внимания на социально значимых явлениях.

166. Для первой группы (с преобладанием отрешенности от окружающего) по классификации Никольской О.С. характерно:

- a) **наличие полевого поведения;**
- b) одержимость двигательными, сенсорными, речевыми стереотипиями;
- c) сверхценные пристрастия, отвлеченного характера;
- d) ранимость, пугливость;
- e) тихая малоподвижная игра.

167. Для второй группы (с преобладанием аутистического отвержения окружающего) по классификации Никольской О.С. характерно:

- a) одержимость двигательными, сенсорными, речевыми стереотипиями;
- b) полевое поведение;
- c) сверхценные пристрастия, отвлеченного характера;
- d) ранимость, пугливость;
- e) тихая малоподвижная игра.

168. Для третьей группы (с преобладанием аутистического замещения окружающего) по классификации Никольской О.С. характерно:

- a) сверхценные пристрастия, отвлеченного характера;
- b) одержимость двигательными, сенсорными, речевыми стереотипиями;
- c) наличие полевого поведения;
- d) ранимость, пугливость;
- e) тихая малоподвижная игра.

169. Для четвертой группы (с преобладанием свертормозимости в отношениях с окружающим) по классификации Никольской О.С. характерно:

- a) ранимость, пугливость;
- b) сверхценные пристрастия, отвлеченного характера;
- c) одержимость двигательными, сенсорными, речевыми стереотипиями;
- d) наличие полевого поведения;
- e) однообразие игры с привлечением неигровых предметов.

170. Психологические особенности и поведение детей 1-й группы с аутистическими расстройствами

- a) не вступает в контакт не только с чужим человеком, но и с близкими, не откликается на обращение и зов;
- b) активно используют зрительный контакт;
- c) мимические реакции адекватны ситуации общения;
- d) активно использует речь и жесты в общении со взрослыми;
- e) активное сотрудничество при взаимодействии: в ситуациях обучения и совместной игры.

171. Психологические особенности и поведение детей 2-й группы с аутистическими расстройствами

- a) упорные страхи горшка, мытья головы, стрижки ногтей, волос и т.п.;
- b) стремление к изменениям в окружающем, в распорядке жизни;
- c) заинтересованность во всем новом и необычном;
- d) выстраивает отношения с миром самостоятельно;
- e) любят новые игрушки, одежду, напитки.

172. Психологические особенности и поведение детей 3-й группы с аутистическими расстройствами

а) **дети часто выглядят как захваченные своими собственными стойкими интересами;**

б) улыбка, повышенный фон настроения, точные жесты;

с) не способны к продолжительному напряжению в сфере своих интересов;

д) склонны к фантазиям на социальные темы, с оптимистическим окончанием историй;

е) получают удовольствие от совершения добрых поступков.

173. Психологические особенности и поведение детей 4-й группы с аутистическими расстройствами

а) **быстро устают в ситуации взаимодействия, истощаются и перевозбуждаются;**

б) легко осваивают социально-бытовые навыки и правила поведения;

с) строят отношения с миром только самостоятельно;

д) организуют себя и собственное социальное окружение;

е) легко отступают от выработанных форм одобряемого поведения.

174. Психологические особенности познавательной деятельности детей 1-й группы с аутистическими расстройствами

а) **повышенная сенсорная ранимость, игнорирование воздействий;**

б) высокий темп усвоения нового материала, значительный объём запоминания;

с) преобладание словесной памяти над наглядной;

д) развитые способности к обобщению и абстрагированию;

е) легкость переключения между задачами, потребность в соблюдении логических правил.

175. Психологические особенности познавательной деятельности детей 2-й группы с аутистическими расстройствами

а) **нарушения целенаправленности и произвольности внимания;**

б) гибкость, подвижность когнитивных процессов;

с) целостность и точность процессов восприятия;

д) преобладание произвольного внимания над непроизвольным;

е) активная переработка информации для приспособления к меняющемуся окружению.

176. Психологические особенности познавательной деятельности детей 3-й группы с аутистическими расстройствами

а) **дети могут легко усваивать сложные вещи (например, сложные виды вычислений), но в то же время с трудом обучаются элементарным навыкам (например, навыкам самообслуживания);**

б) снижение сенсорной и эмоциональной чувствительности;

- с) психическая выносливость;
 - д) легкость различения простых плоскостных форм, цветового различения, объема предметов небольшой величины;
 - е) предпочитают письменные работы рисованию схем, карт, топографических планов.
177. Психологические особенности познавательной деятельности детей 4-й группы с аутистическими расстройствами
- а) **обучаемость несколько замедлена, не только в силу инертности деятельности, но и за счет специфики понимания условностей, контекста ситуации;**
 - б) выделение значимых для деятельности деталей изображений;
 - с) легкость ориентировки в пространстве;
 - д) нарушения устойчивости внимания;
 - е) высокие способности установления последовательности событий и логики поступков другого человека.
178. Психологические особенности игровой деятельности детей 1-й группы с аутистическими расстройствами
- а) **игра представляет собой перебирание предметов: длительное действия с неигровыми предметами, пересыпание, игры с бликами света;**
 - б) наличие сложно сюжета в игре;
 - с) возможны длительные игровые перевоплощения (в основном, в животных);
 - д) предпочитает играть со сверстниками;
 - е) в игре с легко учитывается обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная).
179. Психологические особенности игровой деятельности детей 2-й группы с аутистическими расстройствами
- а) **ребенка типично выстраивание предметов рядами, стереотипные действия с предметами, возможно, и достаточно сложные;**
 - б) игра представляет собой подробное комментирование отдельных действий;
 - с) активно вовлекает в свою игру другого ребёнка или взрослого;
 - д) игра со сверстниками носит продолжительный характер;
 - е) игровые сюжеты разнообразны.
180. Психологические особенности игровой деятельности детей 3-й группы с аутистическими расстройствами
- а) **возможны длительные игровые перевоплощения (в основном, в животных);**

- b) ребенка типично выстраивание предметов рядами, стереотипные действия с предметами, возможно, и достаточно сложные;
- c) игра представляет собой перебирание предметов: длительное действия с неигровыми предметами, пересыпание, игры с бликами света;
- d) игра со сверстниками крайне ограничена, но есть «игра рядом»;
- e) в игре с трудом учитывается обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная).

181. Психологические особенности игровой деятельности детей 4-й группы с аутистическими расстройствами

- a) **в игре с трудом учитывается обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная);**
- b) игровые сюжеты разнообразны;
- c) встречается одержимость «игровым занятием», которую очень трудно прервать;
- d) в игре проявляет инициативность, выступает часто организатором игры;
- e) игра представляет собой перебирание предметов: длительное действия с неигровыми предметами, пересыпание, игры с бликами света.

182. К эволютивному аутизму по классификации Семаго-Бородиной относится категория:

- a) **искажения развития с выраженными проблемами поведения и стереотипиями;**
- b) искажения развития с ранним простым регрессом и стереотипиями;
- c) искажения развития с малой негативной динамикой и преимущественно эмоциональными утратами;
- d) искажения развития с относительно поздним началом;
- e) искажения развития с ранним регресс и хаотическим возбуждением.

183. К регрессивному аутизму с ранним регрессом по классификации Семаго-Бородиной относится категория:

- a) **регресс с дезорганизацией и полевым поведением;**
- b) искажения развития с малой негативной динамикой и преимущественно эмоциональными утратами;
- c) искажения развития с относительно поздним началом;
- d) искажения развития с нарушениями границ взаимодействия и неравномерностью развития;
- e) искажения развития с неравномерной недостаточностью развития и трудностями коммуникации.

184. К регрессивному аутизму по типу искажения развития с негативной динамикой по классификации Семаго-Бородиной относится категория:

- a) **с выраженной негативной динамикой, с эмоциональными и когнитивными дефицитами;**
- b) регресс с низким психическим тонусом, вялостью и апатией;
- c) искажения развития с относительно поздним началом;
- d) искажения развития с ранним регрессом с выраженными проблемами поведения и стереотипиями;
- e) искажения развития с неравномерной недостаточностью развития и трудностями коммуникации.

Тесты к теме «Дифференциальная диагностика аутизма от сходных состояний»

185. Причины низкой оформленности современных диагностических критериев аутизма:

- a) **произошла утрата строгости диагностических критериев в связи с описанием различных аутистических синдромов у детей;**
- b) изменение условий жизни, где сама нозология практически исчезла;
- c) выявлены биологические факторы аутизма, что и стало основой для классификаций;
- d) установлено, что причина аутизма в социальных условиях, в связи с чем критерии анализа аутизма полностью заменены на социально-психологические;
- e) влияние на медицинские и психологические классификации бытовых понятий и оценок.

186. К критериям выделения признаков расстройств аутистического спектра относят

- a) **недостаточность или причудливость реакций на внешнее окружение: сопротивление изменениям, своеобразное отношение к отдельным, одушевленным или неодушевленным объектам;**
- b) наличие множественных соматических нарушений;
- c) снижение порога восприятия на слуховые раздражители;
- d) проблематичность формирования произвольных движений;
- e) задержка речевого развития.

187. В клинико-психологическую структура ранних проявлений аутизма входят:

- a) **расстройства общения с другими детьми, которые проявляются в пассивном или активном пренебрежении сверстниками;**
- b) дислалии;
- c) интеллектуальные нарушения по типу умственной отсталости;
- d) норматипичное раннее развитие;
- e) симультанная агнозия, нарушения цветового восприятия.

188. Диагностические критерии раннего детского аутизма сформулированные Раттером М.:
- а) **особые глубокие нарушения в социальном развитии, проявляющиеся вне связи с интеллектуальным уровнем;**
 - б) задержка, связанная с задержкой интеллектуального развития;
 - в) стремление к познанию нового, изменению окружающего пространства;
 - г) освоение новых способов взаимодействия с предметами, новых игр; частая смена увлечений;
 - д) проявление патологии в сроки после 30-месячного возраста.
189. Нарушения сходные с аутизмом:
- а) **детская шизофрения;**
 - б) дислалия;
 - в) дискалькулия;
 - г) детский церебральный паралич (ДЦП);
 - д) соматическая ослабленность.
190. Патогенетическая основа раннего детского аутизма:
- а) **асинхрония, задержка психического развития, отставание в формировании ряда функций;**
 - б) психическое недоразвитие на резидуально-органической неполноценной почве;
 - в) психическая диссоциация психических функций с нарастанием негативной симптоматики и наличием продуктивной в начале психического расстройства;
 - г) невротическое реагирование;
 - д) неадекватное для социума воспитание ребенка.
191. В отличие от раннего детского аутизма при так называемом «органическом аутизме» типично:
- а) **торпидность в личностной структуре, дисфорические расстройства настроения;**
 - б) присутствие всей триады симптомов, выделенных Л.Винг;
 - в) постоянство нарушений общения, взаимодействия, стереотипий в поведении;
 - г) признаки асинхронии развития с опережением ряда психических функций;
 - д) нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания.
192. Интроверсия есть
- а) **особенность темперамента или акцентуация;**

- b) вид дизонтогенеза;
 - c) психическое заболевание;
 - d) неврологическое расстройство;
 - e) психическая реакция на неблагоприятные факторы социальной среды.
193. Особенности общения интроверта:
- a) **поддерживает контакт с окружающими с учетом норма и правил социума;**
 - b) коммуникация не вызывает психического напряжения;
 - c) общение и взаимодействие грубо нарушено даже в условиях социальной необходимости;
 - d) норм общения не соблюдает;
 - e) не использует адекватно мимику и пантомимику.
194. К особенностям речи интроверта можно отнести:
- a) **речь осмысленная, удерживается тема беседы;**
 - b) многочисленные неологизмы;
 - c) эхоталии;
 - d) странная вычурная интонация;
 - e) широко используются речевые штампы, тема беседы поддерживается даже в случае ее совпадения с интересами проблемного собеседника формально.
195. Особенности мышления интроверта:
- a) **сохранна гибкость, критичность мышления;**
 - b) типична ригидность мыслительных операций;
 - c) низкая способность обнаруживать сходные элементы и переносить знания в новые условия;
 - d) буквальное понимание смысла пословиц и поговорок;
 - e) выделение критериев для объединения групп без учета значимых характеристик явлений.
196. Специфика речи детей с алалией:
- a) **адекватное использование невербальной речи для установления и поддержания контакта;**
 - b) задержка формирования речевой деятельности;
 - c) неадекватное интонирование и использование просодики;
 - d) нормативность регулирующей функции речи;
 - e) проблематичность глазного контакта при речевом общении.
197. Для моторной алалии характерны речевые следующие симптомы:
- a) **вербальная речь характеризуется аграмматичностью, бедным словарным запасом;**
 - b) эхоталии;

- c) нарушения коммуникативной функции речи;
 - d) отсутствие смещений звуков и своевременное появление в речи всех звуков;
 - e) распространённая фраза, без аграмматизмов.
198. Особенности психического развития при алалии:
- a) **отмечается парциальная несформированность ВПФ;**
 - b) высокая произвольность ВПФ;
 - c) гибкое мышление;
 - d) высокий уровень развития вербально-логической памяти;
 - e) произвольные движения и действия сформированы на высоком для возраста уровне.
199. При сенсорной алалии отмечаются следующие симптомы:
- a) **понимает жесты и мимику, может выражать свои состояния с помощью адекватной мимики и жестов;**
 - b) отмечаются вокализации, не имеющие коммуникативного характера;
 - c) в речи обнаруживается одновременное употребление лепетных слов и сложно организованных по структуре речевых высказываний;
 - d) экспрессивная речь штампованная, может быть хорошая артикуляция и беглость, но фразы заученные и не несут коммуникативной нагрузки;
 - e) отмечаются проблемы использования местоимений.
200. Сходные проявления симптомов при аутизме и сенсорной алалии:
- a) **нарушения произвольной слухоречевой памяти;**
 - b) грубые нарушения просодики;
 - c) неадекватность эмоций;
 - d) искажения мышления;
 - e) неспособность строить взаимодействие с учетом состояний другого человека.
201. Ребенок с расстройством аутистического спектра в отличие от ребенка с сенсорными нарушениями:
- a) **дает парадоксальные реакции на громкость звуков или яркость зрительных образов;**
 - b) хорошо различает человеческий голос;
 - c) видит, прежде всего, явления, предъявляемые перед глазами;
 - d) реакции на объект улучшаются при увеличении яркости, громкости объекта;
 - e) целостно воспринимает окружающий мир.
202. К признакам умственной отсталости относятся:

- a) **снижение уровня обобщений, трудности усвоения новой информации, проблемах с пониманием абстрактных понятий;**
- b) диспропорции развития ВПФ;
- c) неспособность устанавливать и поддерживать контакты;
- d) значительные нарушения слуха и зрения;
- e) страхи, тревога.

203. В отличие от умственной отсталости при аутизме выявляются следующие симптомы:

- a) **регуляция психической деятельности и поведения происходит без учета норм и правил социума;**
- b) возможно тактическое регулирование поведения и деятельности с учетом закрепленных бытовых знаний и закрепленных несложных алгоритмов;
- c) все психические процессы не достигающем нормативных возрастных показателей;
- d) речь развивается медленно с сохранением форм, типичных для более ранних уровней речевого развития;
- e) страдает как произвольная, так и произвольная моторика с большими нарушениями произвольной моторики.

204. Дети с умственной отсталостью в отличие от детей с ранним детским аутизмом имеют следующие нарушения:

- a) **при общении учитывают состояние партнера, ориентируются на правила и нормы общения насколько это для них возможно;**
- b) в большей степени сохранна когнитивная сфера, чем мотивационно-потребностная;
- c) при взаимодействии ориентируются на частные, важные для аффективного состояния и прошлого опыта детали;
- d) речь специфична по ритмико-интонационному оформлению, семантике слов словаря, построению фразы;
- e) движения вычурные, возможна диссоциация между произвольными и произвольными движениями.

205. Дети с дезинтегративным детским расстройством в отличие от детей с аутизмом:

- a) **характеризующимся потерей ранее приобретённых речевых и социальных навыков, и постоянной задержкой развития психики;**
- b) не имеют периода нормативного развития в раннем возрасте;
- c) способны устанавливать коммуникацию со сверстниками;
- d) научаются контролировать состояние кишечника или мочевого пузыря;
- e) приобретают навыки адаптивного и социального поведения.

206. Выберите из ниже приведенных определений определение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ):
- а) **расстройство развития, характеризующееся неуправляемостью поведения, трудностями сосредоточения и поддержания внимания, повышенной отвлекаемостью на стимулы;**
 - б) системное недоразвитие речи или её полное отсутствие при нормальном физиологическом слухе и интеллекте;
 - в) врождённое или приобретённое психическое расстройство, которое характеризуется нарушением интеллекта, вызванным патологией головного мозга и ведущим к социальной дезадаптации;
 - г) состояние, при котором развитие познавательной, эмоциональной и социальной сфер у ребёнка протекает медленнее, чем у сверстников;
 - д) расстройство, которое проявляется у детей в раннем возрасте и характеризуется нарушениями социальной коммуникации и взаимодействия, а также ограниченными и повторяющимися поведениями, интересами и действиями.
207. К проявлениям синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) относятся такие формы нарушений, как:
- а) **импульсивность, нетерпеливость, совершение необдуманных поступков, выплёскивание эмоций без учета последствий;**
 - б) бред воздействия;
 - в) нарушение физиологических функций;
 - г) эпилептические припадки;
 - д) галлюцинации и страхи.
208. Для детей с синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) симптоматично:
- а) **несоблюдение социальных правил, импульсивное поведение, чрезмерная неусидчивость;**
 - б) способность к продолжительной концентрации внимания, если предмет рассмотрения входит в круг увлечений ребенка;
 - в) отсутствие сочувствия, проявления эмпатии;
 - г) адекватное выражение социальных эмоций;
 - д) неспособность дифференцировать живые и неживые объекты.
209. Симптомы дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) раннего возраста:
- а) **задержка становления локомоторных функций и речи;**
 - б) склонность к шумным и «разрушительным» играм;
 - в) конфликты со сверстников;
 - г) неспособность самостоятельно выполнять домашние задания;
 - д) дезорганизация учебного процесса.

210. Симптомы дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) дошкольного возраста:
- а) **склонность к шумным и «разрушительным» играм;**
 - б) задержка становления локомоторных функций и речи;
 - в) неспособность самостоятельно выполнять домашние задания;
 - г) дезорганизация учебного процесса;
 - д) позднее овладение элементарными социально-бытовыми навыками.
211. Симптомы дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) младшего школьного возраста:
- а) **дезорганизация учебного процесса;**
 - б) склонность к шумным и «разрушительным» играм;
 - в) позднее овладение сложными движениями;
 - г) задержка становления локомоторных функций и речи;
 - д) позднее овладение элементарными социально-бытовыми навыками.
212. Простая форма синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) протекает
- а) **без сопутствующих заболеваний;**
 - б) церебрастеническая с симптомами утомляемости, головных болей, вегетативными дисфункциями;
 - в) неврозоподобная с проявлениями тиков, энуреза, заикания;
 - г) сочетанная с аутистическими проявлениями,
 - д) сочетанная с эпилептическими симптомами.
213. К общим симптомам синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и аутистических нарушений по МКБ-10 относятся:
- а) **проблемы с общения и взаимодействия;**
 - б) избирательность в еде;
 - в) неадекватное использование мимику и пантомимики;
 - г) соматическое нездоровье;
 - д) галлюцинации.
214. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в отличие от детей с аутистическими нарушениями:
- а) **способны сопереживать другим людям;**
 - б) могут продолжительно удерживать внимание на деятельности им интересной;
 - в) повторяющиеся моторные манеризмы типичны;

- d) бытовые навыки и навыки самообслуживания используют не адекватно;
- e) потребности и интересы не характерны для возраста и культурной общности.

215. Для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) свойственные следующие проявления:

- a) **психические процессы сформированы без грубых диспропорций, на относительно едином уровне;**
- b) вычурные движения, возможна диссоциация между произвольными и непроизвольными движениями;
- c) речь специфична по ритмико-интонационному оформлению, возможен регресс речевого развития;
- d) болезненные реакции на изменения;
- e) правила общения и состояния партнера практически не учитываются.

216. В случае депривационного синдрома, расстройств привязанности в результате педагогической запущенности:

- a) **не прослеживается всей триады предложенной Л. Винг;**
- b) психические явления имеют выраженные диспропорции развития;
- c) отмечается интеллектуальное снижение до уровня умственной отсталости;
- d) энцефалопатические знаки;
- e) симптоматика не обратима при психолого-педагогической коррекции.

217. Сходные проявления обсессивно-компульсивных расстройств и раннего детского аутизма:

- a) **трудности в социальных ситуациях, проблематичность следования общим правилам и нормам при общении;**
- b) отсутствие пристрастий и увлечений;
- c) неспособность придерживаться установленного порядка, желание постоянно менять правила и стиль жизни;
- d) легкость понимания социальных сигналов по мимике и пантомимике партнера по общению;
- e) не способность к совершению асоциальных поступков.

218. Обсессивно-компульсивное расстройство в отличие от раннего детского аутизма:

- a) **имеет начало, обострения и ремиссии;**
- b) является видом дизонтогении;
- c) проявляется до 30 месяцев;
- d) действия совершаются из удовольствия, заполнения обеднённого психического пространства;

е) имеет исключительно психологическую природу.

219. Основные характеристики шизофренического процесса:

- а) **бредовые мысли с ощущением воздействия, звучание голосов внутри головы, дезориентированное поведение;**
- б) отсутствие периодов улучшения психического состояния и его ухудшения;
- с) отсутствие начала заболевания;
- д) не существует период относительно нормативного развития;
- е) социальная обусловленность поведения.

220. В МКБ 11 указано, что при шизофреническом процессе:

- а) **отсутствуют или появляются после раннего возраста ограниченные, повторяющиеся, негибкие модели поведения, интересы или занятия;**
- б) отсутствует продуктивная симптоматика;
- с) в анамнезе нет указаний на нормативный период развития;
- д) первые симптомы шизофрении проявляются до 3-х лет;
- е) манифестация возможна только в раннем возрасте.

221. На начальном этапе шизофренического расстройства в детском возрасте выявляются:

- а) **появляются необъяснимые страхи перед повседневными и знакомыми ребенку вещами;**
- б) улучшаются учебные способности;
- с) повышается активность ребенка;
- д) усиливается стремление к общению;
- е) улучшается соматическое здоровье.

222. С течением времени при шизофрении добавляются такие симптомы, как:

- а) **параноидальные мысли, что все сговорилось против них, окружающие настроены к нему негативно;**
- б) стремление больше общаться, взаимодействовать с другими людьми;
- с) поведение все больше согласуется с социальными нормами;
- д) усиливается эмпатия к окружающим;
- е) мышление развивается с учетом социальных норм, классификации создаются по значимым признакам.

223. Отличительными признаками шизофренического процесса от раннего детского аутизма можно считать:

- а) **шизофренические состояния проявляются и вызывают отклонения в более поздние периоды онтогенеза, нежели аутистические;**

- b) шизофрении выявляется грубое снижение интеллекта даже на ранних этапах заболевания;
- c) речевые нарушения проявляются в грубой форме;
- d) отсутствие прогрессивности, положительная динамика психического развития;
- e) в анамнезе не отмечается период нормального функционирования.

224. Симптомы раннего детского аутизма, отличающие его от шизофрении:

- a) **отсутствие бреда и галлюцинаций у детей, преобладает негативная симптоматика;**
- b) имеют место ремиссии и рецидивы;
- c) четко прослеживается генетическая предрасположенность, в анамнезе указания на родственников только с аутистическими расстройствами;
- d) низкий социальный семейный статус;
- e) нарастание негативной симптоматики, крайне низкая возможность психолого-педагогической коррекции.

Дополнительные тестовые задания

225. К задачам этапа углубленной диагностики относят детей с расстройствами аутистического спектра:

- a) **определение специфики аутистических проявлений: выявление границ выносливости ребенка в контакте, определение границ сенсорных воздействий (по времени и интенсивности), анализ механизмов регуляции поведения;**
- b) составление рекомендаций для улучшения адаптации ребенка к новым условиям;
- c) выработка рекомендаций для установления контакта;
- d) коррекция эмоциональных контактов между ребенком и взрослым;
- e) формирование элементарных коммуникативных навыков.

226. Основными методами на этапе углубленной диагностики детей с расстройствами аутистического спектра считаются

- a) **констатирующий эксперимент;**
- b) биографический метод;
- c) первичная беседа с родителями;
- d) создание программ работы с ребенком;
- e) изучение документации.

227. Результат углубленной диагностики

- a) **разработка индивидуального образовательного плана (ИОП), схем подключения специалистов сопровождения, индивидуальной образовательной программы;**
- b) выявление позиции родителей, их проблем и запросов;
- c) ориентирование в актуальных проблемах ребенка, выявление сильных и слабых стороны развития;
- d) определение подходов к обеспечению адаптации;
- e) взаимная адаптация аутичного ребенка и специалиста.

228. Критерии готовности ребенка с РАС к школьному обучению

- a) **адекватное отношение к учебному материалу и его использование;**
- b) невозможность переключения ребенка с одного вида деятельности на другую с минимальными неадекватными проявлениями;
- c) низкий словарный запас на уровне понимания;
- d) отсутствие произвольной глазодвигательной активности, позволяющей проследить за движением пальца или карандаша по тексту;
- e) невозможность объяснить, что он видит и понимает из того сюжета,

который ему предъявляется.

229. К методологически принципам психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей с расстройствами аутистического спектра относят:

- a) **системный подход изучению ребенка**
- b) учет только количественных показателей;
- c) рассмотрение актуального состояния психики, а не динамического;
- d) помощи возможна только созревшим психическим структурам;
- e) различение диагностики и коррекционной помощи.

230. Качественный анализ результатов психодиагностического изучения ребенка включает следующие параметры:

- a) **продуктивное использование помощи взрослого;**
- b) умение работать вне зависимости от ситуации;
- c) пристрастность к результатам собственной деятельности;
- d) безучастное отношение к ситуации обследования и заданиям;
- e) учет только наличной ситуации, безотносительно к прошлому опыту.

231. Педагогическое изучение младших школьников с расстройствами аутистического спектра предусматривает получение о ребенке сведений, касающихся:

- a) **объема представлений об окружающем, сформированности качеств, необходимых для учебной работы;**
- b) состояния сенсорных систем ребенка;
- c) объем движений, их точность, плавность, тонус мышц, их сила;
- d) особенности функционирования головного мозга;
- e) состояние желудочно-кишечного тракта, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем.

232. При проведении педагогического обследования детей с расстройствами аутистического спектра применяются такие методы, как

- a) **анализ работ (рисунков, поделок, тетрадей и др.);**
- b) электроэнцефалография;
- c) исследуются поля зрения;
- d) краниография;
- e) описывается тонус жевательной мускулатуры.

233. При проведении социально-педагогического изучения семейных детей с расстройствами аутистического спектра условий следует установить:

- a) **причинно-следственные связи между типами воспитания и особенностями развития ребенка;**
- b) связь между расовой принадлежностью ребенка и его психическими особенностями ребенка;
- c) отношения между расположением знаков зодиака при рождении ребенка и уровнем интеллектуального развития ребенка;
- d) связь между группой крови родителей и типами воспитания детей в семье;
- e) влияние климата на взаимоотношения между родителями аномальных детей.

234. Среди принципов проведения психологического обследования детей с нарушениями развития указывают такие, как:

- a) **диагностические задания должны быть доступны для ребенка;**
- b) опора исключительно на житейские представления;
- c) выявление только состояния актуального развития;
- d) пристрастия экспериментатора;
- e) система качественно-количественных показателей произвольная для разных обследуемых детей.

235. Основная цель психодиагностического обследования ребенка с расстройствами аутистического спектра:

- a) **выявление структуры нарушения психической деятельности для определения оптимальных путей коррекционной помощи**
- b) уточнение состояние сохранности зрения;
- c) выявление нарушений слуха;
- d) уточнение степени недоразвития произвольной моторики;
- e) выявление нарушений соматического благополучия.

236. Специальные условия проведения психологического обследования:

- a) **методический аппарат должен быть адекватен целям и гипотезе исследования;**
- b) определение цели исследования в ходе изучения психических особенностей ребенка;
- c) неоднократное повторение исследований по одним и тем же методикам;
- d) при подборе заданий необходимо предусмотреть единую степень трудности их выполнения;
- e) содержание заданий должно вызывать у ребенка растерянность и негативные реакции, что позволяет изучить одновременно особенности его работы в состоянии фрустрации.

237. Задания при проведении психологического обследования детей с расстройствами аутистического спектра:

- a) **должны носить научный характер;**
- b) обязательное теоретическое обоснование системы диагностических заданий не предусматривается;
- c) предусматриваются задания, которые могут быть практически не доступны пониманию ребенка;
- d) могут быть представлены неограниченным числом;
- e) не соотносятся со знаниями нормативно развивающихся детей того же возраста.

238. При организации проведения процедуры обследования необходимо учитывать следующие требования:

- a) **методики должны быть удобны для использования, иметь возможность стандартизации и математической обработки данных;**
- b) анализ полученных результатов должен быть только количественным;
- c) выбор показателей для последующего анализа должен определяться желаниями экспериментатора;
- d) для получения достоверных результатов установление контакта и взаимопонимания психолога и ребенка необязательно;
- e) порядок предъявления диагностических заданий не влияет на результаты обследования.

239. В протоколе при обследовании детей с расстройствами аутистического спектра фиксируются:

- a) **ошибки, допускаемые ребенком,**
- b) принципы, по которым в последующем будет проанализирован материал;
- c) время выполнения заданий не фиксируется;
- d) красочность пособий;
- e) отношение экспериментатора к ребенку.

240. Заключение на ребенка с расстройствами аутистического спектра на основании проведенного медико-психологического обследования должно включать

- a) **цель обследования, особенности поведения ребенка во время его проведения;**
- b) общий культурный уровень семьи;
- c) материальную обеспеченность семьи;
- d) указание на религиозную принадлежность членов семьи;
- e) жилищно-бытовые условия.

241. При проведении беседы с ребенком с расстройствами аутистического спектра психолог должен соблюдать следующие требования:

- a) **важно продумать организацию пространства и выбор времени для проведения беседы;**
- b) между участниками беседы должны быть официальные, формально оформленные отношения;
- c) психолог должен открыто критиковать воспитательные действия родителей (педагогов);
- d) родители (педагоги) правомерно ожидают немедленных результатов по итогам беседы;
- e) во время беседы не следует планировать следующие встречи и определить их задачу.

242. При организации экспериментального изучения детей с расстройствами аутистического спектра важно соблюдать следующие правила:

- a) **эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую ребенком в игре, в труде, учебе, общении;**
- b) эксперимент должен помочь обнаружить только структуру нарушенных психических функций;
- c) построение экспериментальных приемов не должно предоставить психологу возможность вмешаться в деятельность ребенка;
- d) экспериментально-психологические приемы не должны быть направлены на раскрытие качественной характеристики психических нарушений;
- e) результаты экспериментально-психологического исследования свободно фиксируются в протоколе.

243. В ходе экспериментального обследования детей с расстройствами аутистического спектра предусмотрены следующие виды помощи:

- a) **просьба повторить то или иное слово/фразу, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или к сделанному;**
- b) неодобрение дальнейших действий;
- c) вопросы отвлекающего характера;
- d) критические замечания экспериментатора, выводящие ребенка из равновесия;
- e) твердое указание действовать тем или иным способом.

244. Общие правила при проведении эксперимента с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра:

- a) **сначала следует проверить, не окажутся ли эффективными более простые виды помощи, и лишь затем перейти к демонстрации и обучению;**
- b) экспериментатору следует быть многословным;

- с) экспериментатор может вмешиваться в ход эксперимента по собственному желанию и усмотрению, без учета целей обследования;
- д) акты помощи, ответные действия ребенка не обязательно вносить в протокол;
- е) спокойная доверительная обстановка при проведении обследования не обязательна.

245. Особенности применения тестов при обследовании детей с расстройствами аутистического спектра:

- а) **возможность научно обоснованной модификации тестов;**
- б) применение тестов без учета особенностей испытуемых;
- с) изменение инструкции теста;
- д) изменение времени, отведенного на выполнение теста;
- е) отказ от использования тестов, применяемых в работе с нормативно развивающимися детьми.

246. Причины сложности диагностики расстройств аутистического спектра:

- а) **неоднозначность толкования терминов «аутизм» и «РАС»;**
- б) высокая стандартизация методов диагностики для детей с расстройствами аутистического спектра;
- с) точность и однозначность диагностических критериев;
- д) адекватное ситуации обследования поведение большинства детей с расстройствами аутистического спектра на обследовании;
- е) легкость установления контактов с обследуемыми.

247. На сегодняшний день диагностируют расстройства аутистического спектра:

- а) **стандартизированными тестами;**
- б) по критериям, применяемым только медицинскими специалистами;
- с) исключительно вербальными методами;
- д) основываясь только на невербальном поведении обследуемых;
- е) без учета педагогической и медицинской документации, лишь на данных констатирующего эксперимента.

248. При первичном обследовании сложно отдифференцировать расстройство аутистического спектра от такого психического заболевания, как

- а) **ранняя детская шизофрения;**
- б) дислалия;
- с) дизартрия;
- д) ринолалия;

е) тугоухость.

249. К организации непосредственного наблюдения за ребенком с ранним детским аутизмом предъявляется ряд требований:

- а) **ясный для ребенка порядок действий;**
- б) широкий спектр средовых раздражителей;
- с) использование незнакомого материала;
- д) применение ярких, сложных пособий, даже без учета возможных опасностей, но высоко привлекательных для детей с аутизмом;
- е) устранение родителей из ситуации обследования.

250. К организации непосредственного наблюдения за ребенком с ранним детским аутизмом предъявляется ряд требований:

- а) **использование безопасных пособий и материалов;**
- б) наличие значительного спектра средовых раздражителей в ситуации обследования;
- с) использование только нового для ребенка материала;
- д) применение преимущественно ярких, сложных пособий;
- е) участие незнакомых людей и детей в ситуации обследования.

251. В ходе опроса близких людей психологом собирается информация по следующим областям:

- а) **наличие аутистической симптоматики в поведении ребенка в различных жизненных ситуациях;**
- б) наличие сердечно-сосудистой патологии и заболеваний ЖКТ у близких родственников;
- с) профессиональный уровень родителей;
- д) материальное положение семьи;
- е) принадлежность семьи к той или иной конфессии.