

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Александрович
Должность: Ректор
Дата подписания: 20.03.2026 13:14:54
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49df655173820157a6d87

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и педагогики**

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
к.м.н., доцент А.А. Ушаков

«20» июня 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

**Б1.В.01 Технологии психологического сопровождения в профессиональной
деятельности**

Уровень высшего образования: магистратура
Направление подготовки: 37.04.01 Психология
Направленность (профиль) - Клиническая психология. Экспертно-диагностическая
и реабилитационная деятельность психолога в профессиональной сфере
Квалификация (степень) выпускника: магистр

г. Екатеринбург
2025

Фонд оценочных средств по дисциплине «Технологии психологического сопровождения в профессиональной деятельности» составлена в соответствии с ФГОС ВО высшего образования по программе магистратуры 37.04.01 Психология (уровень магистратуры), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 841 от 29 июля 2020 г. и с учетом требований профессиональных стандартов:
- Профессиональный стандарт 03.008 «Психолог в социальной сфере», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 ноября 2013 г. № 682н

Разработчик фонда оценочных средств:

Устинова Н.А., канд.психол.наук, доцент кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Фонд оценочных средств рецензирован: Лозгачева О.В., к.пс.н., доцент кафедры психологии образования ФГБОУ ВО УрГПУ, к.пс.н., доцент Лозгачева О.В.

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры клинической психологии и педагогики «06» мая 2025 г., протокол № 9.

Обсужден и одобрен методическим советом отдела аспирантуры и магистратуры «04» июня 2025 г., протокол № 5.

1. Кодификатор

Дидактическая единица	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование общекультурных и профессиональных компетенций		
	Знать (формулировка знания и указание ОПК)	Уметь (формулировка умения и указание ОПК)	Владеть (формулировка навыка и указание ОПК)
ДЕ 1-5	как разрабатывать и реализовывать научно обоснованные программы вмешательства профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера для решения конкретной психологической проблемы отдельных лиц, групп и (или) организаций; ПК-1, ПК-4	разрабатывать и реализовывать научно обоснованные программы вмешательства профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера для решения конкретной психологической проблемы отдельных лиц, групп и (или) организаций; ПК-1, ПК-4	навыками в разработке и реализации научно обоснованные программы вмешательства профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера для решения конкретной психологической проблемы отдельных лиц, групп и (или) организаций; ПК-1, ПК-4

2. Вопросы к зачету

ДЕ 1. Теоретическое обоснование понятия «психолого-педагогическое сопровождение»

1. К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО	
	патопсихологическое исследование
	клиническое интервьюирование
	нейропсихологическое исследование
	тестирование индивидуально-психологических особенностей
V	амитал-кофеиновое растормаживание
2. К ПРИНЦИПАМ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО	
	алгоритмизованность
	доступность
	беспристрастность
V	стереотипность
	проверяемость
3. КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ СОСТОИТ ИЗ	
	1 этапа
	2 этапов
	3 этапов

V	4 этапов
	5 этапов
4. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОГО ИНТЕРВЬЮ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ	
	20 минут
	30 минут
	40 минут
V	50 минут
	60 минут
5. ГАРАНТИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ КЛИЕНТУ НА	
V	1 этапе интервью
	2 этапе интервью
	3 этапе интервью
	4 этапе интервью
	5 этапе интервью
6. АНТИЦИПАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ ПРОВОДИТСЯ НА	
	1 этапе интервью
	2 этапе интервью
	3 этапе интервью
V	4 этапе интервью
	5 этапе интервью
7. В ПОНЯТИЕ ИСТОРИКО-КУЛЬТУРНОЙ БАЗЫ ПО Ж.ЛАКАНУ ВКЛЮЧАЕТСЯ ВСЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО	
	пол
	сексуальная ориентация
V	профессия
	раса
	вероисповедание
8. МЕТОД ПИКТОГРАММ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	
V	памяти
	внимания
	интеллекта
	эмоций
	сознания
9. МЕТОДИКА МЮНСТЕРБЕРГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	
	памяти
V	внимания
	эмоций
	мышления

	интеллекта
10. СОВОКУПНОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ, МОТИВАЦИОННЫХ И ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ, ВЫРАЖЕННЫХ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОНЯТИЯХ, НАЗЫВАЮТ	
	психопатологическим симптомом
	психопатологическим синдромом
V	патопсихологическим синдромом
	патопсихологическим симптомом
	патопсихологическим феноменом
11. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ И ИЕРАРХИИ МОТИВОВ, НЕАДЕКВАТНОСТЬ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ, НАРУШЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ В ВИДЕ «ОТНОСИТЕЛЬНОГО АФФЕКТИВНОГО СЛАБОУМИЯ», НАРУШЕНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ОПОРЫ НА ПРОШЛЫЙ ОПЫТ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ	
	шизофренического симптомокомплекса
	невротического симптомокомплекса
V	психопатического симптомокомплекса
	органического симптомокомплекса
	олигофренического симптомокомплекса
12. ОПОРА В МЫШЛЕНИИ НА ЛАТЕНТНЫЕ ПРИЗНАКИ, ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДИКИ «ПИКТОГРАММЫ» УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ	
V	шизофренического симптомокомплекса
	невротического симптомокомплекса
	психопатического симптомокомплекса
	органического симптомокомплекса
	олигофренического симптомокомплекса
13. ТЕСТ ЛЮШЕРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ	
	степени мнестических нарушений
	выраженности интеллектуального развития
	мыслительных особенностей
	ясности сознания
V	эмоциональных переживаний
14. ИССЛЕДОВАНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ, ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ НАЗЫВАЕТСЯ	
V	нейропсихологическим
	патопсихологическим
	психопатологическим
	психиатрическим
	психосоматическим

15. СПОСОБНОСТЬ УЗНАВАТЬ ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ ПРЕДМЕТЫ НА ОЩУПЬ НАЗЫВАЕТСЯ	
	тактильностью
V	стереогнозисом
	эмпатией
	рефлексией
	агнозией
16. МИННЕСОТСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ОПРОСНИК ЛИЧНОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ	
	нейропсихологические симптомы
	патопсихологические феномены
V	личный профиль
	свойства темперамента
	интеллектуальные способности
17. ОЦЕНКА АФФЕКТИВНОЙ РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ ТЕСТА ММРІ ПРОИЗВОДИТСЯ ПО	
	1 шкале
	3 шкале
	5 шкале
V	6 шкале
	9 шкале
18. К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ ОТНОСЯТ ВСЕ МЕТОДИКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОЙ	
	пиктограмма
	тест Шульте
	корректирующая проба
V	тест Равена
	методика Мюнстерберга
19. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЧЕЛОВЕКА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО	
	критерий степени симптоматического улучшения
	критерий степени осознания психологических механизмов болезни
	критерий степени изменения нарушенных отношений личности
V	критерий степени улучшения партнерских (сексуальных) отношений
	критерий степени улучшения социального функционирования
20. АНАЛИЗ ВИЗУАЛЬНОГО КОНТАКТА В ПРОЦЕССЕ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ	
	уровень интеллекта
V	индивидуально-психологические особенности

	состояние сознания
	особенности волевой деятельности
	нейропсихологические особенности

ДЕ 2. Субъекты образования

1. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЦЕЛОСТНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАЗЫВАЕТСЯ	
	симптомом
	синдромом
V	феноменом
	симптомокомплексом
	казусом
2. «В СВЯЗИ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ПОЛНОГО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО СХОДСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОВ) ПРИЗНАЕТСЯ ЛИШЬ ТО, ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ ТАКОВОЙ ДОКАЗАНО» — ГЛАСИТ ПРИНЦИП	
V	Курта Шнайдера
	презумпции психической нормальности
	эпохи
	Кандинского-Клерамбо
	Гуссерля
3. НАРЯДУ С КРИТЕРИЕМ ДОКАЗАННОСТИ В ПРИНЦИП КУРТА ШНАЙДЕРА ВКЛЮЧАЕТСЯ И КРИТЕРИЙ	
	обоснованности
	убедительности
	реальности
	предположительности
V	вероятности
4. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП, ПРИ КОТОРОМ ТРЕБУЕТСЯ «ВОЗДЕРЖИВАТЬСЯ ОТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ СУЖДЕНИЙ» ОБОЗНАЧАЕТСЯ ПРИНЦИПОМ	
	контекстуальность
V	эпохи
	точности
	убедительности
	осторожности
5. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИНДИВИДА ТИПА: «У БОЛЬНОГО СКОРБНОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА» НЕ УЧИТЫВАЕТ ОДНОГО ИЗ НИЖЕСЛЕДУЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ	
V	контекстуальности
	эпохе

	точности
	убедительности
	осторожности
6. ДЛЯ УБЕДИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИНЦИПИАЛЬНО ВАЖНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАКОНЫ	
	физические
	биологические
	физиологические
	астрологические
V	логические
7. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ПРОЦЕССУ ИСПОЛЬЗУЕТ ПРИНЦИПЫ	
	объясняющей психологии
V	понимающей психологии
	психиатрии
	патопсихологии
	психопатологии
8. К ПОНЯТИЮ «НОЗОС» В ОТЛИЧИЕ ОТ «ПАТОС» ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО	
V	устойчивые психопатологические состояния
	психопатологические психические процессы
	психопатологические симптомы и синдромы с внутренней закономерностью симптомообразования
	психопатологические расстройства, имеющие этиопатогенетические механизмы
	психические заболевания
9. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО ЕЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ	
	1 недели
	2 недель
	1 месяца
V	6 месяцев
	1 года
10. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ, КОНТАКТА С РЕАЛЬНОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ, ДЕЗОРГАНИЗАЦИЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЫЧНО ДО АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ГРУБЫМ НАРУШЕНИЕМ КРИТИКИ НАЗЫВАЕТСЯ	
	неврозом
V	психозом
	деменцией

	олигофренией
	психопатией
11. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОТГРАНИЧЕНИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ ОТ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЙ	
	длительности расстройств
	субъективной тяжести расстройств
V	некритичности к расстройствам
	связи расстройств с индивидуально-психологическими особенностями
	резистентности расстройств к терапии
12. ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СОСТОЯНИЯ И РАЗВИТИЯ, ВЫЗВАННЫЕ НАСЛЕДСТВЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМИ ПРИЧИНАМИ, ОТНОСЯТСЯ К ОДНОМУ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ	
	экзогенному
V	эндогенному
	психогенному
	личностному
	смешанному
13. ИСТЕРИЧЕСКИЕ И ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ	
	экзогенного
	эндогенного
	психогенного
V	личностного
	смешанного
14. ФЕНОМЕН «УЖЕ ВИДЕННОГО» ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ	
V	экзогенного
	эндогенного
	психогенного
	личностного
	смешанного
15. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ И НЕОБРАТИМОЕ НАРУШЕНИЕ ЛЮБОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ, ОБЩЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ИЛИ ХАРАКТЕРНОГО ОБРАЗА МЫШЛЕНИЯ, ОЩУЩЕНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ, СОСТАВЛЯЮЩЕГО ОТДЕЛЬНУЮ ЛИЧНОСТЬ НАЗЫВАЕТСЯ	
	маразмом
	олигофренией
V	дефектом

	деменцией
	деградацией личности
16. АБУЛИЯ ОТНОСИТСЯ К ОДНОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
	позитивным расстройствам
V	негативным расстройствам
	продуктивным расстройствам
	непродуктивным расстройствам
	дизрафическим расстройствам
17. СОСТОЯНИЕ ПОЛНОГО ИЛИ ЧАСТИЧНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ (ЗАМЕЩЕНИЯ) НАРУШЕННЫХ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ НАЗЫВАЕТСЯ	
	адаптацией
V	компенсацией
	гиперкомпенсацией
	кооперацией
	атрибуцией

18. ПОЯВЛЕНИЕ У ИНДИВИДА ТАКИМ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ, КАК ДУРАШЛИВОСТЬ, НЕЛЕПОСТЬ, ИМПУЛЬСИВНОСТЬ В СОЧЕТАНИИ С НЕЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОСТЬЮ ПОВЕДЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ	
	истерией
V	гебефренией
	ипохондрией
	демонстративностью
	кататонией
19. БЕСПЛОДНОЕ, БЕСЦЕЛЬНОЕ ОСНОВАННОЕ НА НАРУШЕНИИ МЫШЛЕНИЯ МУДРСТВОВАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ	
	демагогией
	краснобайством
	амбивалентностью
	аутистическим мышлением
V	резонерством
20. ПРИ ИНТРАВЕРСИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ АУТИЗМА, КАК ПРАВИЛО, ОТМЕЧАЕТСЯ	
V	критичность к собственной замкнутости
	менее выраженная замкнутость
	отсутствие галлюцинаций
	отсутствие бредовых идей
	некритичность к собственной замкнутости

ДЕ 3. Сопровождение как единство диагностики и коррекции

1. ЭФФЕКТ ЗЕЙГАРНИК ОТНОСИТСЯ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОЦЕССУ	
	вниманию
V	памяти
	эмоциям
	мышлению
	воле
2. МИНИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА РАЗДРАЖИТЕЛЯ, ВЫЗЫВАЮЩЕГО ЕДВА ЗАМЕТНОЕ ОЩУЩЕНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ	
	абсолютным верхним порогом ощущений
V	абсолютным нижним порогом ощущений (порогом чувствительности)
	болевым порогом
	дифференциальным порогом ощущений
	оперативным порогом ощущений

3. ОЩУЩЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С СИГНАЛАМИ, ВОЗНИКАЮЩИМИ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗДРАЖЕНИЯ РЕЦЕПТОРОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЫШЦАХ, СУХОЖИЛИЯХ ИЛИ СУСТАВАХ НАЗЫВАЮТСЯ	
	экстероцептивными
	интероцептивными
V	проприоцептивными
	экстракампинными
	эндоцептивными
4. ПСИХОФИЗИЧЕСКИЙ ЗАКОН ВЕБЕРА-ФЕХНЕРА ОПИСЫВАЕТ	
	закономерности нарушения памяти
	зависимости эмоциональной реакции от экспектаций
	закономерности нарушений мышления
	закономерности слухового восприятия
V	зависимость силы ощущения от величины действующего раздражителя
5. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПРИЯТИЯ ОБРАЗУЮТСЯ ВСЕ НИЖЕСЛЕДУЮЩИЕ СВОЙСТВА ОБРАЗА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ	
	предметность
	категориальность
	целостность
V	уникальность
	константность
6. ПРОЦЕСС ВОСПРИЯТИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЭЛЕМЕНТЫ, ВЫСТУПАЮЩИЕ КАК ЧАСТИ ЗНАКОМЫХ ФИГУР, КОНТУРОВ И ФОРМ, С БОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ОБЪЕДИНЯЮТСЯ ИМЕННО В ЭТИ ФИГУРЫ, ФОРМУ, КОНТУРЫ НАЗЫВАЕТСЯ ПРИНЦИПОМ	
	сходства
	смежности
	замкнутости
V	«естественного продолжения»
	близости
7. РАССТРОЙСТВО ВОСПРИЯТИЯ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ОБРАЗОВАНИЕ И ВОСПРИЯТИЕ ПРИЧУДЛИВЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВ НА ОСНОВЕ СЛИЯНИЯ ЭЛЕМЕНТАРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЪЕКТА НАЗЫВАЕТСЯ	
	физическими иллюзиями
V	парейдолическими иллюзиями
	фантастическими галлюцинациями
	фантастическими псевдогаллюцинациями
	эйдетизмом

8. РАССТРОЙСТВО УЗНАВАНИЯ ЧАСТЕЙ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ	
V	соматоагнозией
	соматогнозней
	дисморфоманией
	симптомом Фреголи
	симптомом Капгра
9. ВНИМАНИЕ ОБЛАДАЕТ ВСЕМИ НИЖЕСЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ	
	устойчивости
	сосредоточенности
	распределения
V	длительности
	объема
10. СРЕДНИЙ ОБЪЕМ ВНИМАНИЯ ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ	
	1-3 единиц информации
	3-5 единиц информации
V	5-7 единиц информации
	7-9 единиц информации
	9-11 единиц информации
11. ПРОЦЕСС ЛУЧШЕГО ЗАПОМИНАНИЯ НЕЗАВЕРШЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ЗАВЕРШЕННЫМИ НАЗЫВАЕТСЯ	
	эффектом края
V	эффектом Зейгарник
	эффектом ореола
	законом Эббингауза
	законом Вебера-Фехтнера
12. РАССТРОЙСТВО ПАМЯТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ НАРУШЕНИЕМ ЗАПЕЧАТЛЕНИЯ ПОЛУЧАЕМОЙ ЧЕЛОВЕКОМ ИНФОРМАЦИИ И РЕЗКО УСКОРЕННЫМ ПРОЦЕССОМ ЗАБЫВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ	
	антероградной амнезией
	ретроградной амнезией
V	фиксационной амнезией
	антероретроградной амнезией
	корсаковским амнестическим синдромом
13. НАРУШЕНИЕ ХРОНОЛОГИИ В ПАМЯТИ, ПРИ КОТОРОМ ОТДЕЛЬНЫЕ ИМЕВШИЕ МЕСТО В ПРОШЛОМ СОБЫТИЯ ПЕРЕНОСЯТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ, НАЗЫВАЕТСЯ	
	конфабуляцией
	реминисценцией

V	псевдореминисценцией
	перфорационной амнезией
	гипомнезией
14. К МЫСЛИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ	
V	суждения
	анализа
	абстрагирования
	синтеза
	обобщения
15. УМОЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К	
	мыслительным операциям
V	мыслительным процессам
	мыслительным факторам
	мыслительным видам
	мыслительным механизмам
16. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЙ И ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТ К	
	нарушениям динамики мыслительных процессов
V	нарушениям операционной стороны мышления
	нарушениям личностного компонента мышления
	нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности
	нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности
17. РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗНАЧИТЕЛЬНО (МАКСИМАЛЬНО) ЗАТРУДНЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ НОВЫХ АССОЦИАЦИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ДОМИНИРОВАНИЯ ОДНОЙ МЫСЛИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ	
	инертностью
	резонерством
V	персеверацией
	соскальзыванием
	разноплановостью
18. ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ, А ТАКЖЕ СОЗДАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ИСТИННОМ ОТНОШЕНИИ К СУБЪЕКТУ СО СТОРОНЫ ОКРУЖАЮЩИХ НАЗЫВАЕТСЯ	
	самоактуализацией
	самооценкой
	атрибуцией
	ипохондрией
V	рефлексией

19. АНТИЦИПАЦИЯ — ЭТО	
	способность человека предвзятно воспринимать происходящие события
V	способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий
	мнемоническая способность человека
	способность человека быстро реагировать на происходящие события
	способность человека вытеснять в подсознание события, носящие негативный эмоциональный характер
20. ОСОБО ВЫРАЖЕННЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СУЩЕСТВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОВЕДЕНИИ, НАЗЫВАЮТ	
	стрессами
	фрустрациями
	чувствами
V	аффектами
	психическими травмами

ДЕ 4. Проектирование и организация психолого-педагогического сопровождения

1. ВЫДЕЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕСЛЕДУЮЩИЕ НАУЧНЫЕ ПЛАТФОРМЫ, ОЦЕНИВАЮЩИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ	
	антипсихиатрическая
	нейрофизиологическая
	психологическая
	социально-психологическая
V	астрологическая
2. ЖИЗНЕННОЕ СОБЫТИЕ, ЗАТРАГИВАЮЩЕЕ ЗНАЧИМЫЕ СТОРОНЫ СУЩЕСТВОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА И ПРИВОДЯЩЕЕ К ГЛУБОКИМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРЕЖИВАНИЯМ, НАЗЫВАЕТСЯ	
	стрессом
V	психотравмой
	дистрессом
	эустрессом
3. НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЖИЗНЕННОГО СОБЫТИЯ, СПОСОБНОГО ВЫЗВАТЬ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО	
	тяжесть
	выраженность
	длительность
	глубина
V	значимость
4. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧНОСТИ ЖИЗНЕННЫХ СОБЫТИЙ	

НОСИТ НАЗВАНИЕ ШКАЛЫ	
V	Холмса-Рея
	Кандинского-Клерамбо
	Мясищева-Карвасарского
	Пезешкианов
	Фрейда
5. НЕВРОТИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧРЕЗМЕРНО ЗАВЫШЕННЫМИ ПРЕТЕНЗИЯМИ ЛИЧНОСТИ, СОЧЕТАЮЩИМИСЯ С НЕДООЦЕНКОЙ ИЛИ ПОЛНЫМИГНОРИРОВАНИЕМ ОБЪЕКТИВНЫХ РЕАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ ТРЕБОВАНИЙ ОКРУЖАЮЩИХ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ	
V	истерическим
	обсессивно-психастеническим
	неврастеническим
	психопатическим
	ипохондрическим
6. УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ СВЯЗАНЫ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, С	
	системой «условной приятности»
	симуляцией
V	системой отношений личности
	нравственными приоритетами личности
	свойствами темперамента и характера
7. АНТИЦИПАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗОГЕНЕЗА ОТМЕЧАЕТ ПРИНЦИПИАЛЬНУЮ ЗНАЧИМОСТЬ	
	совпадения по времени психической травмы и возрастного криза
	попадания психотравмы в «точку наименьшего сопротивления»
	катастрофичности психических травм
	длительности действия психических травм
V	неспрогнозируемости психических травм
8. НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В ПОЯВЛЕНИИ И ФОРМИРОВАНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ИГРАЮТ СВОЙСТВА	
	высшей нервной деятельности
	темперамента
	характера
V	личности
	все ответы верны
9. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВА СВЯЗАНО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, С	
	стрессом повседневной жизни
V	событиями, выходящими за рамки обыденного жизненного опыта

	семейно-бытовыми конфликтами
	событиями, сочетающими психологическое воздействие и черепно-мозговую травму
	событиями, затрагивающими карьеру человека
10. РАССТРОЙСТВА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИЕ СКЛАДЫВАЮЩЕЙСЯ ПСИХОГЕННО-АКТУАЛЬНОЙ ДЛЯ БОЛЬШОГО ЧИСЛА ЛЮДЕЙ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И ПОЛИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЕЙ, ОБОЗНАЧАЮТСЯ	
V	социально-стрессовыми психическими расстройствами
	макросоциальными стрессовыми расстройствами
	посттравматическим стрессовым расстройством
	невротическими расстройствами
	личностными девиациями
11. К ВАРИАНТАМ КРИЗИСА ИДЕНТИЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕСЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ	
	магического
V	мистического
	аномического
	негативистического
	диссоциального
12. РАССТРОЙСТВА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ЧАСТИЧНОЙ ИЛИ ПОЛНОЙ УТРАТОЙ НОРМАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ МЕЖДУ ПАМЯТЬЮ НА ПРОШЛОЕ, НАРУШЕНИЕМ ОСОЗНАНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ ОЩУЩЕНИЙ, А ТАКЖЕ НАРУШЕНИЯМИ КОНТРОЛИРОВАНИЯ ДВИЖЕНИЙ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА НАЗЫВАЮТСЯ	
	истерическими
	гистрионическими
	нарциссическими
	психосоматическими
V	конверсионными (диссоциативными).
13. ДИССОЦИАТИВНЫЙ СТУПОР ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	
	состоянием психомоторного возбуждения
V	состоянием обездвиженности
	чередованием состояний обездвиженности и возбуждения
	состоянием громкого плача
	состоянием благодушия
14. ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ВСЛЕД ЗА ОСТРОЙ ПСИХОТРАВМОЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ДЕТСКОСТЬЮ, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ	
	синдроме Мюнхаузена
	синдроме Ганзера
	синдроме Алисы в стране чудес

V	пуэрильном синдроме
	ювенильном синдроме
15. К.ЯСПЕРС ОПИСАЛ ПРИНЦИПИАЛЬНУЮ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
V	триаду
	тетраду
	альтернативу
	дилемму
	теорему
16. ОБСЕССИИ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ	
	истерического синдрома
	неврастенического синдрома
	ипохондрического синдрома
V	ананкастического синдрома
	депрессивного синдрома
17. АГОРАФОБИЯ — ЭТО	
	навязчивый страх замкнутых помещений
	навязчивый страх гор
	навязчивый страх высоты
V	навязчивый страх открытых пространств
	навязчивый страх движущихся предметов
18. ВЫДЕЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ	
	когнитивный
	аффективно-мотивационный
	антиципационный
V	психокоррекционный
	поведенческий
19. У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ	
	нормовариантный тип вероятностного прогнозирования
	поливариантный тип вероятностного прогнозирования
V	моновариантный тип вероятностного прогнозирования
	мультивариантный тип вероятностного прогнозирования
	торпидный тип вероятностного прогнозирования
20. НЕВРОТИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ ПОЛУЧАЕТ ВТОРИЧНЫЙ СОМАТИЧЕСКИЙ ОТВЕТ И ПЕРЕРАБОТКУ ПРИ	
	ипохондрических симптомах
V	конверсионных симптомах

	функциональных симптомах
	невротических синдромах
	псевдоневрологических синдромах

Тестовые задания по дисциплине отражают основные разделы рабочей программы и предназначены для самостоятельной работы.

Промежуточный контроль освоения тестовых заданий проводится на практических и итоговых занятиях.

На поставленный вопрос может быть один и более правильных ответов.

3. Тематика рефератов по дисциплине

Рефераты относятся к индивидуальным заданиям, которые рассматриваются как самостоятельный вид письменной работы.

К выполнению предъявляются следующие требования:

- индивидуальное задание должно быть выполнено самостоятельно как собственное рассуждение автора на основе информации, полученной из различных источников;
- содержание индивидуального задания должно быть изложено от имени автора;
- цель и задачи должны быть четкими и отображать суть исследуемой проблемы;
- содержимое индивидуального задания должно соответствовать теме задания и отображать состояния проблемы, степень раскрытия сути проблемы в работе должна быть приемлемой;
- при разработке индивидуального задания должны быть использованы несколько различных источников;
- работа должна содержать обобщенные выводы и рекомендации.

Выбор темы: тема обычно выбирается из общего списка самостоятельно и согласовывается с преподавателем. При работе рекомендуется использовать не менее 4-5 источников.

Процесс работы лучше разбить на следующие этапы:

1. Определить и выделить проблему.
2. На основе первоисточников самостоятельно изучить проблему.
3. Провести обзор выбранной литературы.
4. Логично изложить материал.

Рекомендуемая структура:

- Титульный лист;
- Содержание: включает систематизированное в таблице перечисление основных частей работы (введение, наименования пунктов и подпунктов основной части задания, выводы, список источников и литературы);
- Введение: излагается цель и задачи работы, обоснование выбора темы и ее актуальность.
- Основная часть: точка зрения автора на основе анализа литературы по проблеме.
- Заключение: формулируются выводы и предложения; должно быть кратким, четким, выводы должны вытекать из содержания основной части.
- Список источников и литературы.

Индивидуальные задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя, и содержат 8-10 страниц машинописного текста (без учета титульного листа, списка ключевых слов, содержания, списка использованных источников и приложений). Текст печатается через полтора интервала. Тематика индивидуальных заданий должна отвечать задачам учебной дисциплины.

Параметры шрифта:

- гарнитура шрифта – Times New Roman
- начертание – обычный
- кегль шрифта – 14 пунктов
- цвет текста – авто (черный)

Параметры абзаца: выравнивание текста – по ширине страницы, отступ первой строки – 1,25 см.

На титульном листе контрольной работы указывается название образовательного учреждения, тема, название учебной дисциплины, номер группы, Ф.И.О. автора, место и год выполнения работы.

Страницы нумеруют арабскими цифрами (1, 2, 3...), соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту. Порядковый номер ставят внизу страницы, по центру.

Нумерация страниц начинается с титульного листа, но на титульном листе и на странице «Содержание» номер страницы не указывается, а нумерация указывается с цифры 3 (с третьей страницы).

Текст основной части индивидуальных заданий может быть разбит на разделы, подразделы, пункты и подпункты, пронумерованные арабскими цифрами. Разделы должны иметь порядковую нумерацию в пределах излагаемого материала и обозначаться арабскими цифрами (например, 1.). Подразделы нумеруют в пределах каждого раздела: номер подраздела состоит из номера раздела и порядкового номера подраздела, разделенных точкой (например, 1.1.). Пункты нумеруют в пределах каждого подраздела: номер пункта состоит из порядкового номера раздела, подраздела, пункта, разделенных точками (например, 1.1.2.). Подпункты нумеруют в пределах каждого пункта (например, 1.1.2.1.).

Заголовки (заголовки 1 уровня) каждой структурной части индивидуального задания (например, содержание, введение и т.д.) и заголовки разделов основной части следует располагать в середине строки и печатать прописными буквами без подчеркивания и без точки в конце. Заголовки подразделов, пунктов и подпунктов (заголовки 2 и последующих уровней) следует начинать с абзацного отступа и печатать строчными буквами; точка в конце заголовка также не ставится.

Иллюстрации (при их наличии) необходимо помещать непосредственно после первого упоминания о них в тексте или на следующей странице. На все иллюстрации обязательно должны быть даны ссылки. Иллюстрации следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, то он обозначается «Рис. 1». Слово «Рис.» и его наименование располагают посередине строки, под иллюстрацией. Иллюстрации (рисунки, схемы, графики) и таблицы, которые размещаются на отдельных страницах, включают в общую нумерацию страниц. Графические материалы рекомендуется сохранять в формате jpeg.

Таблицы применяют для лучшей наглядности и удобства сравнения показателей. Название таблицы должно отражать ее содержание, быть точным, кратким. Название таблицы следует помещать над таблицей в центре, без абзацного отступа в одну строку с ее номером (например, Таблица 1. ...). Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые или на следующей странице. На все таблицы должны быть ссылки в реферате. При ссылке в тексте работы следует в скобках писать слово «табл.» с указанием ее номера. Таблицу с большим количеством строк допускается переносить на другой лист (страницу). При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица» и ее номер указывают один раз над первой частью таблицы, над другими частями пишут слово «Продолжение» и указывают номер таблицы (например, «Продолжение таблицы 1»). Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией.

Примечания помещают в тексте при необходимости пояснения содержания текста, таблицы или иллюстрации; пояснения к отдельным данным, приведенным в тексте или таблицах, допускается оформлять сносками. В тексте контрольной работы должны быть указаны ссылки на используемую литературу; ссылки на источники следует указывать в квадратных скобках (например, [1-3]), где 1-3 порядковый номер источников, указанных в списке источников и литературы. При указании конкретной страницы номер источника и номер страницы разделяются запятой (например, [1, с. 4]).

В разделе «Список источников и литературы» рекомендуется размещать фамилии авторов или названия в алфавитном порядке с соответствующей нумерацией списка арабскими цифрами (сначала на русском, затем на иностранных языках).

Библиографическое описание, произведений печати состоит из обязательных и факультативных элементов. Обязательные элементы обеспечивают идентификацию издания и дают наиболее полное представление о нем. Факультативные элементы содержат дополнительную информацию об издании.

В библиографических списках рекомендуется использовать следующие элементы описания:

- автор (книги, статьи);
- название (книги, статьи);
- источник публикации (для статьи — журнал, сборник и т.д.);
- повторность издания;
- место издания;
- издательство;
- год издания;
- количество страниц (или страница ссылки).

Примеры библиографических описаний в списке источников и литературы в соответствии с требованиями Национального стандарта РФ ГОСТ Р 7.0.5–2008: [/gost_2008.pdf](#)

Рекомендуемая тематика рефератов работ:

1. Понятие «норма» в медицинской психологии: основные подходы.
2. Проблема дефиниции понятия «патология» в медицинской психологии.
3. Внутренняя картина болезни: основные компоненты.
4. Психологическая диагностика внутренней картины болезни (применение опросника «Типы отношения к болезни» Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. Бехтерева).
5. Взгляды Леви-Строса на болезнь.
6. Эволюция представлений о болезни М.Фуко.
7. Различия в представлениях о болезни Фуко и Леви-Стросса: основные причины и последствия для развития медицинской психологии.
8. Понятие симптома в классическом психоанализе и развитие данного понятия в работах других психоаналитиков.
9. Понятие «конфликтные модели заболеваний» Ф.Александера.
10. Основные психоаналитические подходы к проблеме механизмов болезни.
11. Теория выборов В.Вайцекера. Проблема вины.
12. Теория С.Грофа и основания критики существующих теорий.
13. Понятие «кризис» в аксиологическом подходе.
14. Ассаджол: проблема классификации данной теории.
15. Психофизиологические особенности психосоматических больных.
16. Роль неблагоприятных психоэмоциональных факторов в возникновении и течении артериальной гипертонии.
17. Синдром эмоционального выгорания: понятие, распространенность синдрома, принципы диагностики синдрома психического выгорания, профилактика.
18. Соматопсихические расстройства: распространенность, механизмы формирования нарушений, клинические проявления.
19. Онкологические заболевания: распространенность, психологические особенности пациентов с онкологической патологией, качество жизни, психотерапия при онкологических заболеваниях.
20. Посттравматические стрессовые расстройства.
21. Значение психотерапии в медицинской психологии.
22. Массовые профилактические программы: принципы построения.
23. Психическое здоровье: подходы и критерии оценки.
24. Медицинский и психологический взгляды на здоровье.

4. Вопросы для промежуточной аттестации.

Методика и критерии оценивания ответов обучающихся в ходе промежуточной аттестации по дисциплине

Вопросы для промежуточной аттестации:

1. Медицинская психология как наука: объект, предмет медицинской психологии, задачи.
2. Теоретические основы и исследовательские проблемы медицинской психологии.
3. Характеристики основных разделов медицинской психологии и перспективы их развития. Роль медицинской психологии в исследовании закономерностей социальной работы.
4. Понятия «норма» и «патология» в медицинской психологии.
5. Психологии здоровья: определение, предмет, цель, задачи и методы исследования. Междисциплинарные аспекты.
6. Основные компоненты здоровья. Внешние и внутренние факторы, влияющие на здоровье человека.
7. Здоровье и образ жизни. Отношение к здоровью.
8. Понятие «болезнь»: основные подходы. Модели болезни. Объективная и субъективная болезнь. Представления о пограничных состояниях.
9. Здоровье и социальные организации. Система здравоохранения как институт социального контроля.
10. Психогигиена и психопрофилактика.
11. «Объективная картина болезни» и «внутренняя (субъективная) картина болезни»: основные структурные компоненты внутренней картины болезни.
12. Типы отношения к болезни.
13. Сохранение здоровья населения: основы психогигиены, психопрофилактики.
14. Модели профилактики, сохранения и укрепления здоровья.
15. Стресс. Механизмы совладания со стрессом: копинг-механизмы.
16. Профессиональное выгорание: определение, причины и пути его преодоления.
17. Стрессоустойчивость как личностное качество личности.
18. Методы психической саморегуляции.
19. Концепции психической саморегуляции.
20. Виды психической саморегуляции.
21. Массовые профилактические программы: принципы построения.
22. Психическое здоровье: подходы и критерии оценки.
23. Медицинский и психологический взгляд на здоровье.

5. Примеры ситуационных задач по дисциплине

Ситуационные задачи – это задачи, позволяющие осваивать интеллектуальные операции последовательно в процессе работы с информацией согласно следующей схеме: ознакомление – понимание – применение – анализ – синтез – оценка.

Ситуационная задача, являясь формой контроля самостоятельной работы, носит ярко выраженный практико-ориентированный характер, но для ее решения необходимо конкретное предметное знание. Обязательным элементом задачи является проблемный вопрос. Ситуационные задачи направлены на выявление и осознание способа деятельности.

Решение ситуационных задач способствует:

- развитию навыков самоорганизации деятельности;
- формированию умения объяснять явления действительности;
- развитию способности ориентироваться в мире профессиональных ценностей;
- повышению уровня функциональной грамотности;
- формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций;
- подготовке к профессиональному выбору;
- ориентации в ключевых проблемах современной жизни.

Использование ситуационных задач в образовательном процессе позволяет:

- развить мотивацию к усвоению учебного материала;
- актуализировать предметные знания с целью решения личностно-значимых проблем на деятельностной основе.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача по теме «Теоретическое обоснование понятия «психолого-педагогическое сопровождение» (ДЕ 1).

Подросток в возрасте 14 лет страдает психастеноподобным вариантом бронхиальной астмы. Длительность заболевания более 6 лет. Воспитывался в полной семье, где также имелись прародители. С раннего возраста подросток был полностью зависим от взрослых, самостоятельных решений никогда не принимал. Отличается повышенной тревожностью. Приступы бронхиальной астмы обычно появляются в ситуации необходимости принимать решения или во время контрольных в школе. Из-за приступа подростка обычно освобождают от занятий и прочего.

Вопросы:

1. Как называется такой приступ?
2. Как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?
3. Как подобное поведение отражается на жизни данной пациентки и ее близких?
4. Необходимо дать рекомендации данному больному?
5. Определите стратегию психотерапии?
6. Дайте вариативный прогноз данному пациенту?

Ситуационная задача по теме «Субъекты образования» (ДЕ 2).

Молодая женщина в возрасте 24 лет. Замужем. Страдает бронхиальной астмой с дошкольного возраста. Воспитание проходила в полной семье с гиперпротекцией. Из анамнеза известно, что, начиная с дошкольного возраста, данная больная всегда могла добиться от взрослых исполнения своих желаний, т.к. в случаях малейших отказов у нее возникали приступы бронхиальной астмы. Назовите механизм формирования

бронхиальной астмы у данной больной. Как подобное поведение отражается на жизни данной пациентки и ее близких?

Вопросы:

1. Как называется такой приступ?
2. Как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?
3. Как подобное поведение отражается на жизни данной пациентки и ее близких?
4. Необходимо дать рекомендации данному больному?
5. Определите стратегию психотерапии?
6. Дайте вариативный прогноз данному пациенту?

Ситуационная задача по теме «Сопровождение как единство диагностики и коррекции» (ДЕ 3).

Мужчина в возрасте 34 лет страдает бронхиальной астмой с 6-летнего возраста. Воспитывался в семье, где присутствовал отчим, который всегда предъявлял к мальчику повышенные требования, порой с применением физического наказания. Данный больной пояснил, что всегда боится разгневаться, т.к. не хочет быть похожим на своего отчима. Поэтому всегда опасается «выпустить свой гнев на воздух». Такие ситуации всегда провоцируют приступ удушья.

Вопросы:

1. Как называется такой синдром?
2. Как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?
3. Как подобное поведение отражается на жизни данной пациентки и ее близких?
4. Необходимо дать рекомендации данному больному?
5. Определите стратегию психотерапии?
6. Дайте вариативный прогноз данному пациенту?

Ситуационная задача по теме «Проектирование и организация психолого-педагогического сопровождения» (ДЕ 4).

Мужчина в возрасте 43 лет, работник городской администрации. С детства был склонен к приступам ярости и агрессии, что проявлялось уже в песочнице (отбирал у детей игрушки и дрался). Начиная с подросткового возраста, стал подчеркнуто уступчивым, вплоть до того, что не мог постоять за себя. По мере взросления и начала работы на административной должности стала нарастать раздражительность, особенно, если сталкивался с препятствиями, которые казались ему непреодолимыми. Себя называл «ломовой лошадкой». Крайне боялся увольнения и смены работы. Излишнее чувство ответственности всегда порождало у него усиление чувства гнева, неприязни и даже агрессивности по отношению к тем, кого он считал более удачливым в профессиональном плане. Постепенно у данной личности сформировалось состояние хронического напряжения и любая неординарная ситуация, в том числе не сложная, обуславливала у него повышение артериального давления.

Вопросы:

1. Как называется такой синдром?
2. Как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?
3. Как подобное поведение отражается на жизни данной пациентки и ее близких?
4. Необходимо дать рекомендации данному больному?
5. Определите стратегию психотерапии?
6. Дайте вариативный прогноз данному пациенту?

7. Технологии оценивания

Промежуточная аттестация проводится в формате тестирования.

8. Критерии оценки

Критерии оценивания тестовых заданий.

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 60% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 60% тестовых заданий свидетельствует о не сформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 60– 69% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 70– 84% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 85–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

61-69% правильных ответов – удовлетворительно.

70-84% правильных ответов – хорошо.

85% и выше – отлично.

Критерии оценивания ситуационных задач.

Ситуационные задачи применяются для текущего контроля знаний обучающихся. Оценка за решение задачи ставится в баллах (от 5 до 10 баллов) в соответствии со следующими критериями.

5 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (привлекаются дополнительные теоретические источники); ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. Предлагаются варианты решения задачи

4 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в основном из лекционного курса); ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. Варианты решения задачи не предлагаются или предлагаются по одному алгоритму.

3 баллов - ответ на вопросы задачи дан в основном правильно. Объяснение хода ее решения недостаточно подробное, недостаточно логичное, с некоторыми ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

Критерии оценивания устного ответа.

Развернутый ответ обучающегося должен представлять собой связное, логически последовательное сообщение на заданную тему, показывать его умение применять определения, правила в конкретных случаях.

5 баллов ставится, если:

1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий;

2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные;

3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.

4 балла – обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

3 балла – обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но:

- 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;
- 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;
- 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.

Критерии оценивания тематической презентации как индивидуального задания для самостоятельной работы.

3 балла	4 балла	5 баллов
<p>Содержание реферата/презентации отражено не полностью, докладчик ориентируется в материале с затруднениями, ответы на вопросы обучающихся и преподавателя не полные.</p>	<p>Содержание реферата/презентации отражено не полностью. Материал сообщения зачитывается с использованием доп. источников или с использованием тезисов, работа с аудиторией (вопрос-ответ) – активна, ответы на вопросы преподавателя не полные, в материале темы ориентируется с небольшими затруднениями.</p>	<p>Содержание реферата/презентации отражено полностью. Материал сообщения зачитывается без использования дополнительных источников или редкое использование тезисов, работа с аудиторией (вопрос-ответ) – активна, ответы на вопросы преподавателя полные, в материале темы ориентируется хорошо, быстро.</p>