Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 26.02.2024 14:18:14
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

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 и молодежной политике,
д.м.н., доцент Т.В. Бородулина
_____
«26» мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине
Клинико-психологическая помощь семье и ребенку

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

Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств дисциплины «Клинико-психологическая помощь семье и ребенку» составлен 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 01.002 «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 июля 2015 г. № 514н.

Разработчик фонда оценочных средств:
Алферова И.С., канд.психол.наук, доцент кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Фонд оценочных средств рецензирован: Скоробогатова Н.В., к.пс.н., доцент, проректор по научной и инновационной работе, профессор кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ФГБОУ ВО ШГПУ

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры клинической психологии и педагогики «14» марта 2023 г., протокол № 8
Обсужден и одобрен Методической комиссией специальностей магистратуры «05» апреля 2023 г., протокол № 4.

1. КОДИФИКАТОР

Категория (группа) компетенций	Код и наименовани е компетенций	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Индекс трудовой функции	Дидактическая единица	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций		
					Знания	**Умения**	**Навыки**
Диагностическая и психокоррекционная репликация Психологическое консультирование лиц с ОВЗ	ПК-2. Способен организовывать коррекционно-развивающую работу с детьми и обучающимися, в том числе работу по восстановлению и реабилитации. ПК-3. Способен проводить психологическое консультирование лиц с ограниченными возможностями здоровья и	ИД-1$_{ПК-2}$ Разрабатывает и реализует планы проведения коррекционно-развивающих занятий для детей и обучающихся, направленных на развитие интеллектуальной, эмоционально-волевой сферы, познавательных процессов, снятие тревожности, решение проблем в сфере общения, преодоление проблем в общении и поведении. ИД-2$_{ПК-2}$ Применяет стандартные методыи приемы наблюдения за нормальным и отклоняющимся психическими физиологическим развитием детей и обучающихся. ИД-3$_{ПК-2}$Проводит коррекционно-развивающие занятия с обучающимися и воспитанниками. ИД-1$_{ПК-3}$ Проводит индивидуальные и групповые консультации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по вопросам обучения, развития, проблемам жизненного самоопределения, самовоспитания, взаимоотношений со взрослыми и сверстниками. ИД-2$_{ПК-3}$ Владеет приемами работы с педагогами, преподавателями с целью	А/04.7 В/03.07	Теоретические подходы к клинико-психологической помощи семье (ДЕ 1)	формулировку практических и исследовательских задач, составление программ диагностического обследования детей и семей с целью определения типа дизонтогенеза, факторов риска аномалий психического развития	использовать практические и исследовательские задачи, при составлении программ диагностического обследования детей и семей с целью определения типа дизонтогенеза, факторов риска аномалий психического развития	способностью и готовностью к самостоятельной формулировке практических и исследовательских задач, составлению программ диагностического обследования детей и семей с целью определения типа дизонтогенеза, факторов риска аномалий психического развития
				Клинико-психологическая помощь семьям	диагностическую, психопрофилактическую и психокоррекци-	осуществлять диагностическую, психопрофилактическую и пси-	способностью и готовностью к осуществлению диагностической,

	обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации	организации эффективных учебных взаимодействий обучающихся, их общения в образовательных организациях и в семье. ИД-$З_{ПК-3}$ Разрабатывает совместно с педагогами и преподавателями индивидуальные программы для построения индивидуального образовательного маршрута для лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося.		(ДЕ 2)	онную работу с семьей проблемного ребенка	хокоррекционную работу с семьей проблемного ребенка	психопрофилактической и психокоррекционной работы с семьей проблемного ребенка
Технологии оценивания ЗУН				Тестовый контроль, решение ситуационных задач. Зачет.			

2. Тестовые задания

1) Какой из представленных уровней консультирования лишний? (ИД-$1_{ПК-2)}$
А) Когнитивный
Б) Эмоциональный
В) Функциональный
Г) Поведенческий

2) Развод по Л.Б. Шнейдер – это: (ИД-$1_{ПК-2)}$
А) Процесс
Б) Социальный институт
В) Деятельность

3) Какой доминирующий стиль поведения родителей вызывает у ребенка эгоцентризм: (ИД-$1_{ПК-2)}$
А) Симбиоз
Б) Отвержение
В) Гиперопека
В) Кооперация

4) Функцией семьи не является: (ИД-$1_{ПК-2)}$
А) Рождение и воспитание детей
Б) Усиление миграционных процессов
В) Совместный досуг

5) Выберите лишний уровень деформации внутри семейных отношений (ИД-$1_{ПК-2)}$
А) Психологический
Б) Структурный
В) Социальный
Г) Соматический

6) Что является причиной дисфункции семьи? (ИД-$1_{ПК-2)}$
А) Ведение совместного хозяйства
Б) Сохранение семейных традиций
В) Сходство интересов
Г) Утрата иллюзий

7) Что из перечисленного является признаком “хорошей” семьи? (ИД-$1_{ПК-2)}$
А) Эгалитарный тип семьи
Б) Гражданский брак
В) Толерантность
Г) Сходство интересов

8) Нарушения личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья — результат взаимодействия …… факторов: (ИД-$2_{ПК-2)}$
А) антропосоциального и психологического
Б) психологического и биологического
В) биологического и социального
Г) социокультурного и генетического

9) Преобладающим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с детским церебральным параличом, является: (ИД-$2_{ПК-2)}$

А) **Гиперопека**
Б) Кооперация
В) Симбиоз
Г) Гипоопека

10. Период вступления в брак и зачатие первенца (ИД-2$_{ПК-2)}$
а) стадия репродуктивного родительства;
б) стадия предродительства;
в) стадия прародительства;
г) стадия социализированного родительства.

11. Сиблингами называют: (ИД-2$_{ПК-2)}$
а) двоюродных братьев;
б) братьев и сестер;
в) сводных детей;
г) прародителей.

12. Из классификации В.Н.Дружинина найдите верные виды семей (может быть несколько вариантов): (ИД-2$_{ПК-2)}$
А)Малая семья;
Б)Полная семья;
В) Нуклеарная семья;
Г)Крупная семья.

13. Тип реакции родителей на ребенка с ограниченными возможностями здоровья, когда отрицательное отношение и отвращение к ребенку скрываются за чрезмерно внешне заботливым, предупредительным, внимательным поведением. (ИД-2$_{ПК-2)}$
а) отрицание
б) принятие ребенка и его дефекта
в) скрытое отречение
г) открытое отречение

14. Тип реакции родителей на ребенка с ограниченными возможностями здоровья, когда родитель полностью осознает свои враждебные чувства к ребенку. (ИД-2$_{ПК-2)}$
а) отрицание
б) принятие ребенка и его дефекта
в) скрытое отречение
г) открытое отречение

15. Уровень качественных изменений, имеющих место в семьях с ребенком с ОВЗ, когда у матери ребенка наблюдается стресс, имеющий пролонгированный характер, который, в свою очередь, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей (ИД-2$_{ПК-2)}$
а) социальный **б) психологический** в) соматический

16. Уровень качественных изменений, имеющих место в семьях с ребенком с ОВЗ, когда семья становится малообщительной, избирательной в контактах. (ИД-2$_{ПК-2)}$
а) социальный б) психологический в) соматический

17. Уровень качественных изменений, имеющих место в семьях с ребенком с ОВЗ, когда заболевание ребенка ведет к психогенному стрессу у матери, который, в свою очередь, провоцирует ее соматические или психические заболевания (ИД-1$_{ПК-3)}$
а) социальный

б) психологический
в) соматический

18. Максимальное удовлетворение всех потребностей и прихотей ребёнка характерно для стиля воспитания под названием: (ИД-$1_{ПК-3)}$

а) потворствующая гиперпротекция
б) анархический
в) демократический
г) безнадзорность

19. О каком стиле семейного воспитания идёт речь: «Обостренное внимание и забота о подростке в сочетании с мелочным контролем, обилием ограничений и запретов»: (ИД-$1_{ПК-3)}$

а) гипопротекция;
б) доминирующая гиперпротекция;
в) потворствующая гиперпротекция.

20. Стиль воспитания гипопротекция связан со следующими особенностями отношения к ребёнку: (ИД-$1_{ПК-3)}$

а) повышенные требования, жёсткий контроль и суровые наказания
б) игнорирование потребностей ребёнка, повышенные требования, жёсткие наказания, психологическая дистанция
в) доминирование, подавление, жёсткие требования, некорректный контроль, окрики и угрозы
г) недостаток опеки и заботы или их формальный характер, безразличие, невмешательство в дела ребёнка

3. Ситуационные задачи.

Ситуационная задача 1. (ИД-$1_{ПК-3)}$

За помощью обратился молодой человек 18 лет. Он является студентом и сыном одинокой матери. «На прошлой неделе моя девушка, мы с ней встречаемся уже два года, сообщила, что ждет ребенка. Я был в шоке. Как? Ведь мы даже свадьбу, совместную жизнь не планировали. Тут вот. Я понимаю, что не готов стать отцом. Ну какой из меня отец: живу на попечении матери, учусь и вообще молод я для семьи. Я позвонил ей и спросил, что она собирается делать, а она ответила, конечно, рожать. Что же в этом случае делать мне, я не знаю».

Дайте анализ описываемым клиентом процессов. В чем может заключаться причина не готовности к отцовству? Можно ли помочь в данной ситуации, если можно, то как?

Ответ: *сначала поддержать в решении рожать будущую мать. Взять на себя ответственность в принятии нового социального статуса отца. Проанализировать причины страха стать мужем и отцом. Выявить семейные ресурсы (родители и близкие потенциальных родителей), которые могут помочь в преодолении кризиса.*

Ситуационная задача 2. (ИД-$1_{ПК-3)}$

Реплика родителя: «Уж что есть, то и есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет! Пусть все идет в жизни, как идет».

«А нам никто не говорил о том, что нужно заниматься с ним. Мы ничего и не знали!»

Какой тип родителя, имеющего ребенка с ОВЗ (по В.В. Ткачевой) описан?

Ответ: *тревожный.*

Ситуационная задача 3. (ИД-1$_{ПК-3)}$

Мужчина 33 лет, обратился с проблемой, возникшей в его семье. Жена, после рождения ребенка стала вести себя достаточно странно, она замкнулась на себе, не подходит к ребенку, ведет себя, как будто его нет. Муж, мать жены, пытались с ней поговорить, а она только и твердит, а меня кто-нибудь видит, понимает меня? Что с ней происходит? Как сделать так, чтобы она выполнила свои материнские функции, занималась ребенком, он не знает.

В чем может быть причина возникшей ситуации и как помочь с ней справиться семье молодой мамы?

Ответ: *причина такого поведения – послеродовая депрессия, несформированность осознанного материнства. Помощь – физически помогать молодой маме, давать периоды отдыха. Показывать преимущества нового социального статуса.*

Ситуационная задача 4. (ИД-2$_{ПК-3)}$

Ребенок с нарушением развития открыто принимается семьей с отвращением.

Данные родители полностью осознают свои недружелюбные, враждебные чувства к своему ребенку.

У родителей это проявляется виде психологической защиты, а именно оправдывают своё враждебное, а также агрессивное отношение к ребенку, преодолевая чувство вины за подобное поведение, перекладывая весь груз ответственности за произошедшее на медиков, педагогов, обвиняя их во всех несчастьях.

Какой тип реакции к ребенку с ОВЗ (по Е.И. Холостовой, Л. М. Шипицыной, А. Я. Варга) проявляется в сочинении?

Ответ: *открытое отречение.*

Ситуационная задача 5. (ИД-2$_{ПК-3)}$

Этот тип взаимоотношений проявляется в чрезмерной родительской заботе о ребенке, в необычайной преданности ему. Такое отношение к ребенку сопровождается возникновением у родителей эмоционально-волевых проблем (тревожности, фрустрированности), матери фиксируются на физической и психической беспомощности их детей.

Какой стиль взаимоотношений с ребенком проявляется в данной ситуации? Какой дефект в развитии ребенка описан?

Ответ: *стиль воспитания – гиперопека.*

Ситуационная задача 6. (ИД-2$_{ПК-3)}$

Характеризуется сочетанием триады расстройств: двигательных, психических и речевых, с сопутствующими нарушениями зрения, слуха и сенсомоторной чувствительности. У ребенка наблюдается обезображенная фигура, гримасы, характерные нарушения речи, модуляции голоса. По свидетельствам родителей, это привлекает постоянное внимание окружающих и, таким образом, травмирует сознание близких ребенка (В.В. Ткачёва).

Какой дефект в развитии ребенка описан?

Ответ: *дети с детским церебральным параличом.*

Ситуационная задача 7. (ИД-2$_{ПК-3)}$

Модель воспитания, которая приводит к психопатическому развитию личности больного ребенка, формирует в нем эгоцентрические установки, отрицательно сказывается на становлении чувств ответственности и долга. Как правило, родители, проявляющие этот стиль воспитания, снижают свою трудовую и социальную активность.

Какой стиль взаимоотношений с ребенком проявляется в данной ситуации?

Ответ: *стиль воспитания – гиперопека.*

Ситуационная задача 8. (ИД-$2_{ПК-3}$)

Отношение матерей к таким детям имеет противоречивый характер (О.Б. Чарова, Е.А. Савина). С одной стороны, матери проявляют жалость к детям. Несостоятельность детей заставляет матерей опекать и контролировать их. С другой стороны, у матерей часто проявляется усталость, раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать интересы ребенка в силу их примитивности. Эмоциональное состояние матерей характеризуется депрессией, чувством вины, горя, стыда и страдания (Р.Ф. Майрамян).

Какой дефект в развитии ребенка описан?

Ответ: *дети с интеллектуальной недостаточностью.*

Ситуационная задача 9. (ИД-$2_{ПК-3}$)

У детей и подростков можно наблюдать особую дефицитарность эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер, а именно: сенсоаффективную гиперстезию и слабость энергетического потенциала, проявляющихся в отсутствии или значительном снижении потребности в контактах с окружающим миром. Уклонение от глазного контакта с матерью и близкими, отсутствие или вялость «комплекса оживления», нежелание вступать в речевой контакт, отсутствие местоимения «я», речевая стереотипность, препятствующая критичной самооценке.

Какой дефект в развитии ребенка описан?

Ответ: *аутичные дети и подростки.*

Ситуационная задача 10. (ИД-$3_{ПК-3}$)

Из беседы с Мишей П.: «Я бы хотел, чтобы мама чаще бывала дома…». Из беседы с Костей Н.: «Я хочу пойти с папой в парк, но он все время в командировке. Поэтому я всегда хожу гулять с тетей Таней (гувернанткой)».

Какой стиль взаимоотношений с ребенком проявляется в данной ситуации?

Ответ: *проявляется недостаток родительского внимания и любви, стиль воспитания – гипоопека.*

Ситуационная задача 11. (ИД-$3_{ПК-3}$)

В рисунках детей наблюдается изолированное изображение себя, отсутствие себя на рисунке или дорисовывание себя после дополнительного вопроса психолога (А где ты? Разве ты не член семьи? Почему ты забыл нарисовать себя?); изоляция себя от родителей и других членов семьи (изображение себя в отдельном доме, в другой комнате, на другом этаже дома или в стороне от близких).

Чем характеризуется взаимодействие родителей с ребенком при таких детских рисунках? К формированию каких личностных черт ребенка это может приводить?

Ответ: *отсутствие родительской заботы и любви. Отношения с людьми окрашиваются в сознании ребенка в неблагоприятные оттенки: отгороженность, тревожность, агрессию.*

Ситуационная задача 12. (ИД-$3_{ПК-3}$)

В рисунках детей наблюдаются следующие особенности: в характерном изображении позы ребенка (сжатые кулаки, широко расставленные ноги); в выражении лица (наглое, агрессивное, насмешливое); в обильной прорисовке острых линий (зубов, торчащих волос, когтей).

При каких личностных особенностях детей наблюдаются подобные признаки в рисунках?

Ответ: *агрессивность.*

Ситуационная задача 13. (ИД-$3_{ПК-3}$)

По каким признакам в детском рисунке можно определить наличие родительской агрессии?

Ответ. *Родители изображаются детьми с использованием агрессивной символики: руки подняты вверх, размер ладоней увеличен, на пальцах когти или острые ногти, большой рот открыт, видны зубы.*

Ситуационная задача 14. (ИД-$З_{ПК-3)}$

У матерей часто наблюдаются истерики. Страхи, одолевающие женщин по поводу будущего ребенка, рождают чувство одиночества, потерянности и ощущение «конца» жизни. Матери находятся с детьми-инвалидами постоянно. Обилие повседневных забот, связанных с ребенком, ведет к повышению физической и моральной нагрузки, подтачивает силы, вызывает утомление, астенизацию и депрессивные настроения.

Какой уровень деформации семейных отношений описан?

Ответ: *психологический уровень.*

Ситуационная задача 15. (ИД-$З_{ПК-2)}$

После рождения ребенка с проблемами в развитии его семья, в силу возникающих многочисленных трудностей, становится малообщительной и избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и даже родственников по причине характерных особенностей состояния и развития больного ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей (страх, стыд).

Какой уровень деформации семейных отношений описан?

Ответ: *социальный уровень.*

Ситуационная задача 16. (ИД-$З_{ПК-2)}$

У родителей возникают частые простуды и аллергия; сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания; выраженное или тотальное поседение; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом, гастриты, язвы (Р.Ф. Майрамян). Матери больных детей часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние депрессии и тоски.

Какой уровень деформации семейных отношений описан?

Ответ: *соматический уровень.*

Ситуационная задача 17. (ИД-$З_{ПК-2)}$

Из родительского сочинеия: «Когда дочери исполнилось пять лет, я поняла, что у нее есть проблемы с речью, поэтому мы обратились к логопеду»).

Какой тип реакции к ребенку с ОВЗ (по Е.И. Холостовой, Л. М. Шипицыной, А. Я. Варга) проявляется в сочинении?

Ответ: *принятие дефекта ребенка.*

Ситуационная задача 18. (ИД-$З_{ПК-2)}$

У родителей наблюдается:

- стремление к преодолению возникающих проблем. направляют все свои усилия на поиск различных методов лечения, лучших специалистов и лечебных учреждений.
- в отношениях со своим ребенком порой используют достаточно строгие формы взаимодействия, например отстранение от проблем ребенка, непринятие его как личности в целом.
- могут применять в воспитании ребенка довольно жесткие формы наказаний, причиняющие физические страдания (избиение ремнем), подавляющие личность ребенка.
- зачастую предъявляют неадекватные требования к ребенку, не соответствующие его реальным возможностям.

Какой тип родителя, имеющего ребенка с ОВЗ (по В.В. Ткачевой) описан?

Ответ: *авторитарный.*

Ситуационная задача 19. (ИД-З$_{ПК-2)}$

Родитель характеризуется неумением сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствием контроля за импульсивностью собственных поступков, склонностью к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка). «Пусть общество приспосабливается к нам и нашим детям, а не мы к ним» — это высказывание может оказаться девизом многих из таких родителей.

Какой тип родителя, имеющего ребенка с ОВЗ (по В.В. Ткачевой) описан?

Ответ: *авторитарный.*

Ситуационная задача 20. (ИД-З$_{ПК-2)}$

У родителей наблюдается:

- доминируют тревожно-мнительные, истерические и депрессивные черты в стремлении избежать трудных ситуаций на жизненном пути в отстранении от решений проблем.
- постоянно наблюдается тревожное настроение, присутствуют страх, опасения чего-либо, что может негативно отражаться на ребенке. Это становится одной из причин формирования у ребенка различных неврозов.
- родители не осознают, что дефекты психики, возникающие у ребенка, являются вторичными не вследствие болезни, а из-за их родительской некомпетентности.
- стремятся уберечь ребенка от всех возникающих проблем, даже от тех, которые он самостоятельно может решить.
- довольствуются тем, что ребенок учится делать что-то сам, и не стремятся к его обучению, так как считают, что он не достигнет чего-то большего.
- в воспитании ребенка отсутствует требовательность, должная строгость.
- часто во всем идут на уступки ребенку.
- начинают возиться с ним, как с совсем маленьким, что приводит к формированию инфантильного поведения у ребенка.
- отношения между родителем и ребенком часто приобретает симбиотический характер.

Какой тип родителя, имеющего ребенка с ОВЗ (по В.В. Ткачевой) описан?

Ответ: *тревожный.*

4. 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.