

Билет 5. Вопрос 1. Психологическая профилактика как задача психологии здоровья.

Билет 5. Вопрос 2. Дефицитарное психическое развитие: клинико-психологическая характеристика.

Билет 5. Вопрос 3. Контракт в психотерапии. Заключение психотерапевтического контракта с клиентом

### **Билет 5. Вопрос 1. Психологическая профилактика как задача психологии здоровья.**

**Психология здоровья** – это раздел клинической психологии, изучающий психологические аспекты здоровья в различных его состояниях.

**Психопрофилактика** – это система мероприятий, направленных на предупреждение психических заболеваний и их хронизации, а также на реабилитацию психически больных.

*Начало систематизированной психопрофилактики в России:*

**Иван Павлович Мержеевский** (учитель Бехтерева, председатель СПб Общества психиатров). На Первом съезде психиатров России (1887) поднял вопрос о «социальной» этиологии психических заболеваний. Указал на то, что нервные и психические болезни часто являются следствием неблагоприятных социальных условий.

**С.С. Корсаков:** идея «государственной психиатрической профилактики» как раздела общественной психиатрии.

борьба с эпидемиями, алкоголизмом, наркоманией

охрана здоровья детей и беременных женщин

правильное воспитание

разработка законодательства, регулирующего время труда рабочих

#### **Виды психопрофилактики**

**1) Первичная психопрофилактика** – мероприятия, препятствующие возникновению нервно-психических расстройств:

борьба с инфекциями, травмами, патогенными воздействиями окружающей среды

определение групп лиц с повышенной угрозой заболевания

определение ситуаций, несущих в себе угрозу психического травматизма

**2) Вторичная психопрофилактика** объединяет мероприятия, направленные на оптимизацию динамики уже возникших заболеваний и предотвращение их хронизации, на облегчение течения болезни и улучшение исхода. Основной метод – комплексная фармако- и психотерапия.

**3) Третичная психопрофилактика** способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и инвалидизации. Основной метод – социальная реабилитация.

### **Билет 5. Вопрос 2. Дефицитарное психическое развитие: клинико-психологическая характеристика.**

НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ	1. Тотальное недоразвитие (олигофрения): <i>простой уравновешенный тип, аффективный неустойчивый тип, тормозимо-инертный тип</i> 2. Задержанное развитие: <i>неравномерное, темпово задержанное</i> 3. Парциальная несформированность ВПФ: <i>несформированность психической регуляции, несформированность вербально-логических функций, смешанный тип</i>
АСИНХРОННОЕ РАЗВИТИЕ	1. Дисгармоническое развитие (расстройства поведения, неврозы, психопатии): <i>экстрапунитивный тип, интрапунитивный тип, апатический тип</i> 2. Искаженное развитие: <i>эмоциональный тип (РДА), когнитивный тип (РДА, одаренность), мозаичный тип</i>
ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ	1. Диффузное повреждение 2. Дефицитарное

**Дефицитарное психическое развитие** связано с тяжелым повреждением либо недоразвитием отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного, а также с рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например, при тяжелых пороках сердца, дыхательной - при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т.д.). Первичный дефект ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Дефицитарное развитие при нарушениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие примеры компенсации за счет сохранности других анализаторов и интеллекта.

Выраженность вторичных нарушений в значительной степени определяется тяжестью и временем возникновения первичных, хотя, безусловно, социально-психологические факторы также играют существенную роль. *Вектор формирования вторичных нарушений* всегда направлен «снизу вверх», однако неблагоприятные особенности окружения могут привести к вторичному усугублению первичного дефекта.

#### ***Особенности психического развития детей с нарушениями слуха.***

***Глухой(ранооглохший)*** – человек, который потерял слух с момента рождения или в начальной период формирования речи и который не может самостоятельно овладеть речью. Овладевают речью в процессе специального обучения.

***Позднооглохший*** – человек, который потерял слух или у него произошло нарушение слуха в конечный момент формирования речи или после того, как речь была сформирована. У позднооглохшего человека сохраняются слуховые образы слов на протяжении длительного времени

***Слабослышащий***– у которого произошло нарушение слуха либо с рождения, либо в начальном периоде формирования речи и который на основе своего неполноценного слуха может овладеть речью хотя бы в минимальной степени.

#### **К нарушению слуха приводят:**

1. наследственные
2. врожденные (из-за того, что женщина в период беременности перенесла инфекционное заболевание, прием антибиотиков во время беременности, родовые травмы).
3. приобретенные – встречаются часто (антибиотики – их неправильное применение,); травмы ребенка (наружного и среднего уха из-за засовывания в ухо предметов); заболевание среднего и внутреннего уха (отит); черепно-мозговая травма.

Первично у неслышащего ребенка появляется глухота (нарушение слуха) Вторично – нарушение формирования речи нарушение всей познавательной деятельности и особенно мышления (преимущественно словесно-логического).

Существуют данные и относительно специфических *личностных особенностей* детей с нарушениями слуха (склонность к аутизации и ипохондричности, пониженный фон настроения, астенические черты, невротизация).

#### ***Особенности психического развития детей с нарушениями зрения.***

Согласно современным статистическим данным, нарушениями зрения страдают от 40 до 60% детей..

Среди этиологических факторов представлены как эндогенные, так и экзогенные вредности (врождённые и приобретённые заболевания сетчатки и зрительного нерва, врождённые глаукома и катаракта, ретинопатия недоношенных, увеиты, а также широкий комплекс синдромных и наследственных поражений глаз).

#### ***Психологическая структура дефекта:***

Первично – нарушения зрительной функции

Вторично – нарушения ориентации в пространстве, предметной деятельности, моторики.

Вторично – нарушение эмоционально-волевой сферы.

Третично – нарушение социализации, адаптации, личности, характера.

Третично – нарушение – познавательные функции, связанные с нарушением визуального контроля.

Память детей с нарушениями зрения характеризуется снижением запоминания наглядного материала.

Произвольное и произвольное запоминание в значительной мере зависит от направленности интересов, внимания и действий детей.

Сочетание нарушений в сенсорной и интеллектуальной сферах у слепых умственно отсталых детей тяжело сказывается на протекании психических процессов, на деятельности, на формировании личностных качеств. Для слепых умственно отсталых детей свойственно явное недоразвитие двигательной сферы, выражающееся в низкой точности движений, наличии навязчивых движений головы, рук, тела.

Дети испытывают так же трудности переключения внимания и перехода к другому объекту деятельности.

Серьезная трудность возникает при решении задач (не понимает условия).

#### ***Особенности психического развития детей с ДЦП.***

***Этиология*** ДЦП включает различные факторы: внутриутробные инфекции, тяжелые психотравмы во время беременности, асфиксии и травмы в родах и т.д.

Недостаточность ЦНС, возникающая при ДЦП, может проявляться на различных уровнях. При *подкорковой* недостаточности в структуре моторного дефекта преобладают нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. Нарушения тонуса изменяют ход нормального формирования ранних рефлексов, лежащих в основе удерживания головы, сидения, стояния, сохранения позы. В дальнейшем возникает утомляемость, снижение внимания и ряд других проблем, затрудняющих повседневную жизнь и обучение ребенка. Нарушения ритмической организации движений приводят к замедлению формирования синергий, необходимых для автоматизации различных навыков.

В.В. Лебединский (2003) классифицирует различные формы двигательных нарушений следующим образом:

*моторная дебильность* (впервые описана Г. Дюпре, А. Валлоном): имеет пирамидную природу, связана с нарушениями мышечного тонуса, неловкостью произвольных движений, обильными синкинезиями; для таких детей характерен повышенный фон настроения при скудной мимике;

*двигательный инфантилизм* (ретардация моторных навыков);

*экстрапирамидная недостаточность* (выражается в бедности мимики и жестов, защитных и автоматических движений, ритмических нарушениях);

*фронтальная недостаточность* (характеризуется неспособностью к выработке двигательных стереотипов, двигательной расторможенностью или, напротив, адинамией).

*Вторичные нарушения* при ДЦП зависят от массивности поражения ЦНС и могут касаться целого ряда психических функций ребенка. В первую очередь необходимо указать на недоразвитие предметных действий, глазодвигательных функций, письма. Нередко возникают нарушения моторного компонента речи (дизартрии или моторные алалии), замедленность расширения словарного запаса. При поражении теменно-затылочных отделов коры возникает недостаточность пространственногогнозиса и соматогнозиса, обуславливающая ряд трудностей в овладении чтением, счетом, рисованием.

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

- 1) нарушение активного произвольного внимания;
- 2) повышенная истощаемость всех психических процессов, выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности;
- 3) повышенная инертность и замедленность всех психических процессов.

### **Билет 5. Вопрос 3. Контракт в психотерапии. Заключение психотерапевтического контракта с клиентом.**

**Договор** – это соглашение между двумя равноправными сторонами. Договор отличает то, что при заключении договора одна из сторон может отказаться от заключения. Также в договоре должны оговариваться возможности выхода из него. Если в договоре нет возможности выхода из него – это не договор.

1. Заключение контракта является составной частью психотерапевтического процесса.
2. Необходимо каждый раз возвращаться к контракту.
3. Контракт должен быть в отношении самого клиента (про Я, а не про другого парня)
4. Каждое действие должно оговариваться, каждая техника, каждая обрабатываемая проблема контрактуются.
5. Контракт должен быть выполнимым.

\* клиент может запрашивает что-то нереальное в вашем понимании,

6. Контракт должен быть измеряемым. Была проблема и ее не стало, была проблема и она ослаблена на 50%. Чаще всего определенные тесты показывают изменения личностных характеристик в лучшую сторону. Всегда сначала фиксируются клинические изменения, а потом уже личностные, желаемые и заметные в реальной жизни.

Если вы видите, где тесты совершенно нереалистичны (невалидны), вы сразу указываете человеку: состояние гораздо хуже, чем то, что показывает данный тест.

Заключая контракт, мы можем говорить об уменьшении проблемы, о снижении напряженности, снижении сложности состояния. Для этого проблему и сложность нужно четко описать вначале. А потом то, что клиент вам описывает после определенного количества часов терапии. Таким образом, это можно сопоставить и сделать вывод об изменении

В какой-то момент клиент начинает «съезжать» с контракта– перезаключение контракта. Оно исходит из текущего состояния и запроса клиента.

6. Контракт вносит определенную ответственность клиента за достижение цели.

1) максимально полно разобраться в том вопросе, который сейчас стоит; 2) принять решение по данному вопросу; 3) осознать, что решение принято мною; 4) заранее согласиться с последствиями этого решения, как будто они уже наступили.

7. Контракты делаются двусторонними, за исключением контракта с группой.

Контракт может быть предварительным (на оценку состояния, на установление проблемы) – на 3-4 сессии, за которые станет понятно, насколько хорошо идет терапия, насколько хорошо работает память, эмоциональная сфера.

### **Практическое задание № 5.**

Проводя диагностику по методике Бойко, ведущими симптомами стали: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения.

Определите синдром и приведите пример возможной коррекционной программы с представленным случаем.

**Методическая рекомендация к Итоговому Междисциплинарному экзамену: методика Бойко исследует степень эмоционального выгорания. Представленные симптомы относятся к фазе «истощения».**

**Пример коррекционной программы.**

**При сильной степени эмоционального выгорания, когда память и внимание человека снижены, используется «ресурсная техника». Она может быть использована если не заявлена актуальная проблема высокой травматизации (Горе, птср).**