

Дипломна робота

«Робота з батьками дітей з аутистичним спектром розвитку при використанні когнітивно – поведінкової терапії»

Виконала
Коба Ольга

Київ 2017

Зміст

Вступ

1. Поняття сім'ї
 - 1.1. Когнітивно- поведінкова терапія сім'ї;
 - 1.2. Дослідження в галузі КПТ сім'ї;
 - 1.3. Родини з особливими дітьми;
 - 1.4. Когнітивні спотворення.

2. Звістка про порушення розвитку дитини
 - 2.1. Вплив появи особливої дитини на сімейну систему загалом;
 - 2.2. Типові емоційні реакції;
 - 2.3. Коупінг стратегії родини.

3. Приклади та особливості впровадження КПТ при роботі з родинами дітей з РАС
 - 3.1. Труднощі при початку терапії;
 - 3.2. Періодизація вікових труднощів.

4. Важливість ресурсу і турботи про себе.
 - 4.1. Важливість груп підтримки та батьківських шкіл.

5. Приклади роботи з батьками.

6. Підсумки та перспективні напрямки досліджень.

Перелік використаної літератури.

1. Поняття сім'ї

1.1. Когнітивно- поведінкова терапія сім'ї

Сім'я – це основа збереження культури, етнічних норм, традицій, соціальної естафети суспільства, основа виживання народу та окремої особистості.

Сім'я репрезентує суспільство у цілому, є його мініатюрним відображенням. В ній здійснюється соціалізація людини. Досвід людини, який вона набуває у сім'ї, визначає її індивідуальну поведінку, створює внутрішню конструкцію реальності, на основі якої людина сприймає навколишнє середовище.

Здорова родина – є частиною здорового суспільства, адже для кожного з нас родина являється тим місцем, де формується наш світогляд. Батьківська сім'я та стиль виховання в родині впливає на формування характеру дитини, її звичок та стереотипів, способу реагування на різні ситуації, на цілеспрямованість та вміння досягати мети.

1.2. Дослідження в галузі КПТ сім'ї

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) з парами та сім'ями стрімко увійшла в сучасну сімейну терапію і висвітлюється в більшості закордонних підручників по даному напрямку (Sexton, Weeks&Robbins, 2003; Nishols& Schwartz, 2008, Goldenberg&Goldenberg, 2008; Becvar&Becvar; Bitter 2009).

В ході досліджень, що проводилися протягом останніх десятиліть Американською асоціацією терапії сім'ї (ААМФТ). Сімейних терапевтів попросили виділити результативні терапії, які вони застосовували у своїй роботі (Northey, 2002). Більшість терапевтів вказували на ефективність використання когнітивно-поведінкової терапії (Northey, 2002). Пізніше у додаткових дослідженнях, які проводились спільно з Університетом Колумбії, відмічалось, що з 2228 респондентів 1566 (68,7%) вказували, що вони найбільш часто використовують когнітивно-поведінкову терапію в поєднанні з іншими методами (Psihoterapy Networker, 2007). Ці дані свідчать про те, що застосування когнітивно-поведінкової терапії при роботі з сім'ями та подружніми парами є ефективним.

Результати досліджень різних країн підтверджують, що поведінкова терапія, яка включала в себе комунікативні тренінги та тренінги з розвитку навиків вирішення проблем, приводила до разючих позитивних змін в функціонуванні сім'ї (Musser&Glynn, 1999).

1.3. Родини з особливими дітьми

Родина – це складний організм, який потрібно розглядати як єдине ціле, що складається із взаємодіючих частинок. Відповідно, щоб зрозуміти будь-яку поведінку в сімейних відносинах, необхідно розглянути методи взаємодії між членами родини, їх поведінку, переконання, думки, очікування щодо інших. Родини, які виховують дітей з аутичним спектром розвитку мають особливості у взаємодії в середині сімейної системи та при контактах з оточуючим середовищем.

Ми всі, кожен по своєму, сприймаємо людей і життя в цілому. Сприйняття всієї родини можна розглянути через взаємодію і відчуття що виникають між її членами.

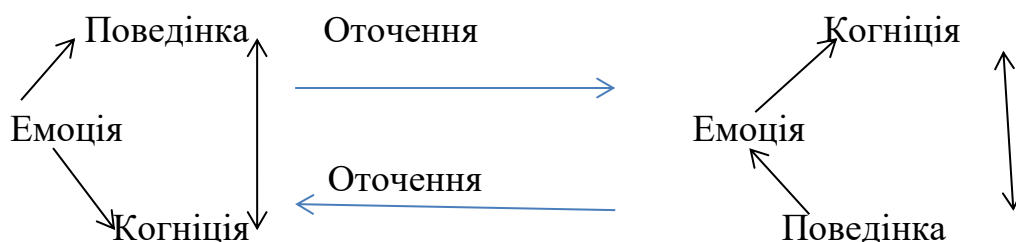
Ми сприймаємо оточення відповідно до нашого життєвого досвіду. Наше сприйняття чутливе до змін в залежності від нової інформації, з якою ми зіштовхуємось, але якщо минулий досвід був негативним, то сприйняття може бути стійким до змін і «темні окуляри», в яких знаходиться людина, дуже важко зняти.

Діти з РАС мають свій особливий спектр сприйняття людей, подій та світу в цілому. Внутрішній світ, як і у нейротипових дітей, формується від взаємодії з родиною, але на їх сприйняття накладаються певні викривлення. Дітям з РАС важко змінювати своє сприйняття, адже на його формування у них іде чимало часу та когніцій. Відповідно, родинам дітей з РАС треба прагнути з дитинства формувати прийнятні взаємовідносини та стереотипи поведінки.

1.4. Когнітивні спотворення

Когнітивні процеси – є основою когнітивно-поведінкового підходу до дисфункційних відносин. Бауком, Епштейн, Соєрс и Шер (Baucorn, Epstein, Sayers, and Sher, 1989) розробили типологію когніцій, переважаючих при порушенні взаємовідносин у родині. Хоча кожний з цих типів притаманний когнітивним процесам в нормі, всі вони піддаються спотворенням (Baucorn & Epstein, 1990; Epstein & Baucorn, 2002).

Ключовим аспектом для оцінки когнітивних спотворень є розуміння взаємодії між думками, емоціями та поведінкою.



Найбільш типові когнітивні спотворення (Романчк О.І.) включають в

себе:

- ✚ Фокус на негативному/ тунельне бачення;
- ✚ Перебільшення/переміщення;
- ✚ Знецінення позитивного;
- ✚ Катастрофічне, фаталістичне мислення;
- ✚ Емоційне мислення;
- ✚ Генералізація – схильність робити загальні висновки з окремих фактів;
- ✚ Персоналізація провини;
- ✚ Чорно-біле мислення/ мислення по взірцю все або нічого;
- ✚ Нереальні, надвисокі стандарти;
- ✚ Ментальний фільтр/вибіркове абстрагування;
- ✚ Наклеювання етикеток;
- ✚ Читання думок.

Можливість наявності цих спотворень потрібно враховувати при роботі з парами та сім'ями, які мають дітей з особливими потребами або з розладом спектру аутизму. Адже у кожного з батьків починають включатися свої схеми та глибинні переконання, а разом з ними включаються не завжди ефективні коупінг стратегії поведінки, що може призводити до сімейних суперечок.

Для того, щоб змінити когнітивні викривлення, необхідно зрозуміти механізм появи негативних автоматичних думок (НАД). НАД – це дуже швидка думка, яка як «блискавка» швидко з'являється і зникає і після появи такої думки зазвичай йде зміна емоційного стану.

Сім'ї, які виховують дітей з РАС мають сильні когнітивні викривлення. Ведення бланку обліку НАДів є необхідною умовою, для розуміння взаємодії між членами родини їх думок, емоцій та поведінки. Бланк записів НАДів дає можливість побачити розуміння розрізненого сприйняття ситуації кожного члена родини окремо. Це в свою чергу дає можливість проаналізувати, як глибинні переконання, правила життя та різні схеми членів родини визначають їх думки і як вони впливають на емоції та поведінку.

Проведення аналізу бланку НАДів дає можливість визначити пускові механізми неконструктивних емоцій та поведінки.

Після того, як ми виявили негативну думку необхідно засовувати техніку тестування негативних автоматичних думок, наступним кроком є знаходження альтернативної більш конструктивної думки, яка в свою чергу буде більш допоміжною в кожному конкретному випадку.

Застосування цієї техніки в роботі з батьками дітей з РАС давало їм можливість аналізувати свої думки, ставити їх під сумнів і розуміти те, що думки це лише думки, а не реальність.

Важливо залучати обох батьків вести бланк НАДів, але як показує практика у більшості випадків даний бланк заповнювали лише матері дітей з РАС. Не дивлячись на це, застосування техніки тестування негативних автоматичних думок навіть одним із батьків мало позитивні результати.

В родинях дітей з аутистичним спектром розвитку часто зустрічаються яскраво виражені когнітивні спотворення та не завжди конструктивні коупінг стратегії поведінки, які обирають батьки, тому когнітивно-поведінкова терапія є необхідною в роботі з такими родинями. І на мій погляд, завдяки когнітивно-поведінковому втручанню процес реабілітації та соціалізації як родини, так і дитини зокрема, проходить набагато легше та продуктивніше.

2.Звістка про порушення розвитку дитини.

2.1. Вплив на сімейну систему загалом.

«Професія батьків» – це найскладніша професія у світі, яка вимагає постійної праці, розвитку творчих та комунікативних навичок, вміння ведення переговорів. Зв'язок між батьками та дітьми зберігається протягом всього життя, а формується ще до народження дитини. Здорова прив'язаність є основою для формування фізичного, емоційного, інтелектуального і соціального розвитку кожної дитини.

Емоційний зв'язок з'являється у період вагітності, ще до народження дитини, та поступово зростає і стає сильнішим після народження, особливо протягом першого року життя. На сьогоднішній день, недостатньо досліджень в області формування прив'язаності між батьками та дітьми з особливими потребами в період вагітності та протягом росту дитини.

Розвиток прив'язаності майбутніх батьків тісно пов'язаний з мріями, фантазіями, уявленнями про дитину під час вагітності. Деякі пари уявляють життя в трьох ще за довго до появи дитини. Більшість батьків, з якими я, як спеціаліст проводила терапію в центрі по роботі з дітьми з аутистичним спектром розвитку підтверджували, що мали сподівання та уявлення про сумісне життя з дитиною. Однак не великий відсоток батьків мав перестороги, щодо розвитку дитини.

У деяких батьків з'являлися думки про неблагополучний розвиток дитини, які супроводжувалися страхом та тривогою. Особливо високий рівень тривоги та страху був у тих батьків, у яких ставався зрив вагітності, а у деяких батьків з

терапевтичної групи були не одноразові втрати вагітностей, а згодом народження особливої дитини.

Народження дитини – це стрес для обох батьків, так як з появою немовляти батьки повинні змінити свої ролі, прийняти нові обов'язки, змінити свій стиль життя та уподобання. Таким чином до, підчас, та після народження дитини нормальним є відчуття стресу. Якщо до цього всього додати порушення розвитку дитини, то отримаємо повномасштабну кризу.

В останні роки збільшилась кількість дітей з особливими потребами, відповідно збільшилась чисельність сімей, які виховують таких дітей. Спеціалісти також відмічають, що з кожним роком збільшується кількість дітей, які мають розлади спектру аутизму. Це пов'язують з тим, що методи діагностики стали кращими, та з'явився достатній доступ до інформації на цю тему. В УСРР аутистам частіше за все ставили різні діагнози(шизофренія, імбецильність та ін.).

Симптоматика аутизму у дітей з'являється в досить ранньому віці і батьки починають звертати увагу на відсутність соціальної взаємодії та комунікації, або помічають, що ця взаємодія має дивний характер. Помітивши це батьки починають шукати інформацію та спеціалістів, які можуть допомогти.

Спілкуючись з батьками дітей з РАС доводилось багато разів чути, що до двох років проблем не було, а потім дитина починала втрачати набуті навички, затримувалася або зникав розвиток мовлення і т.д. Багато батьків помічали кардинальні зміни у розвитку дитини після проведення різних щеплень.

Згідно офіційної американської статистики, Центру по контролю захворювань та профілактики США, аутизм є у 1 з 56 дітей.

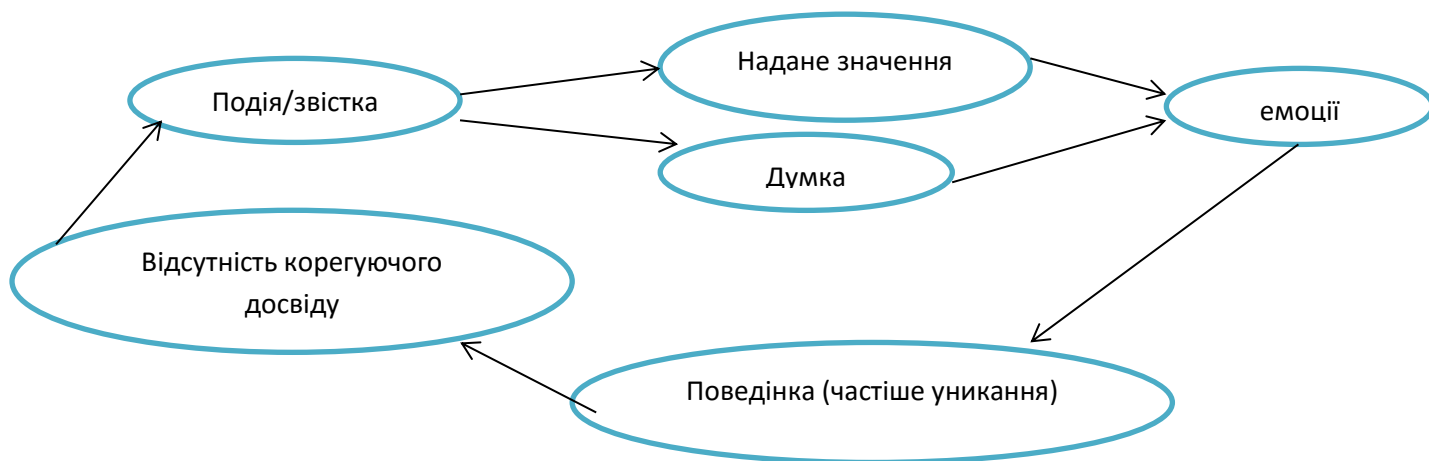
Результати державного опитування серед батьків дітей віком від 3-х до 17 років у США показали, що розлад аутичного спектру діагностували у 1 з 45 дітей.

На жаль в Україні дані МОЗ не відображають реальної картини. Дані, подані МОЗ свідчать про 1-го аутиста на 100 дітей. Очевидним є те, що кількість дітей з розладами аутистичного спектру зростає і неофіційна статистика каже про те, що діти з РАС зустрічаються набагато частіше за офіційну статистику.

На сьогодні в Україні не є популярною психологічна допомога не тільки сім'ям дітей з РАС, але і родинам дітей з іншими відхиленнями від норми розвитку. Також батьки, не поспішають звертатися до психологів за допомогою при появі проблем, що стосуються особистісних або міжособистісних відносин (в соціумі не прийнято). Батьки можуть частіше звертаються до спеціалістів, психологів, щоб ті зайнялись реабілітацією дитини. Виходячи з мого особистого досвіду, можна сказати, що ефективнішим є надання комплексної допомоги як дитині так і родині. Відповідно потрібна мультидисциплінарна команда фахівців, яка зможе надати кваліфіковані послуги родині.

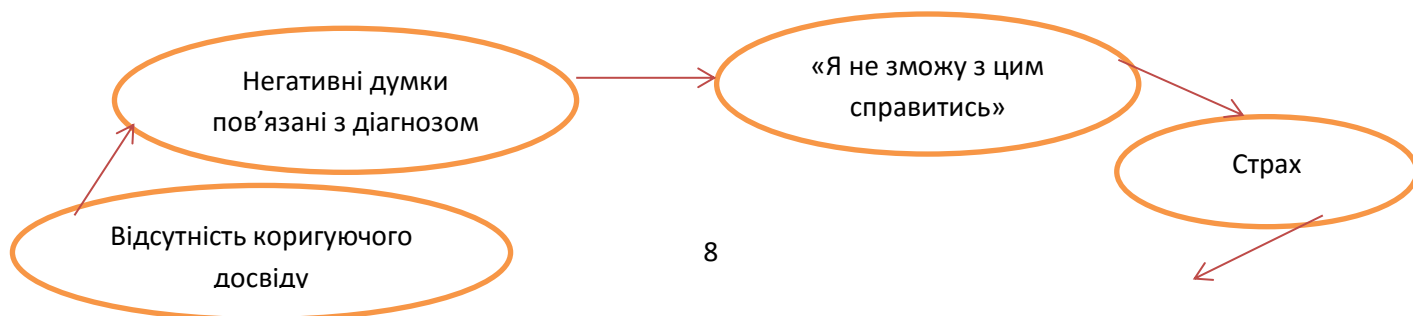
2.2. Типові емоційні реакції

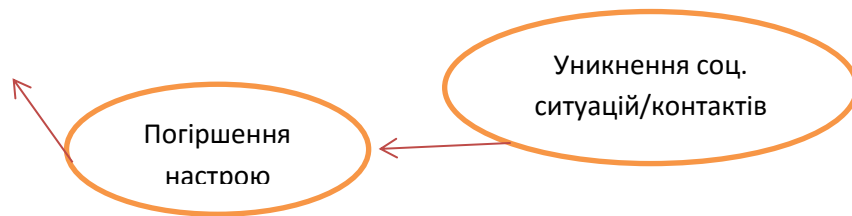
Коли родина дізнається, що з їхньою дитиною щось не так, родинна система зазнає колосального стресу та змін, які відбуваються автоматично та впливають на взаємодію між членами родини та соціумом відповідно до ситуації. Народжується нова модель сімейної взаємодії.



Родини по-різному реагують на звістку, про те, що дитина має порушення в розвитку. Матері реагують більш емоційно, а батьки менш емоційно, але це не означає, що батьки менш переживають з цього приводу, це пов'язано з тим, що в суспільстві не прийнято, щоб чоловіки показували свої емоції. Деяким чоловікам важко виражати горе, смуток, оскільки в колі спілкування це може бути сприйнято, як прояв слабкості. В той час коли мати дитини знаходиться в шоці та депресії, батько дитини може подавляти свої справжні почуття з різних причин, але це негативно відображається на емоційному стані всієї родини і дитини особливо. Так приховування своїх емоцій впливає на збільшення кількості та інтенсивності тривожних думок, що призводить до зростання тривоги. Найпоширеніша стратегія поведінки батьків, які відчувають сильний стрес – це стратегія уникання.

На нищенаведеній схемі показано один із найпоширеніших підтримуючих циклів у батьків дітей з аутистичним спектром розвитку, що є результатом опитування сімей, які проходили особисту терапію під моїм керівництвом.





Батьки важко переживають звістку, що в них народилась дитина, яка не відповідає тим мріям та уявленням, які вони мали до того, як вони почули лиху звістку. Вони відчувають втрату всього того, про що мріяли та на що сподівались. Стадійність втрати, яку проходять батьки дітей з особливими потребами:

1.Шок та заперечення (перша реакція батьків). На ранніх стадіях заперечення може дуже допомагати, але далі це призводить до труднощів як в роботі з дитиною, так і в спілкуванні з оточуючими людьми. На цій стадії батьки відчувають в собі відчай, розпач та безсилля. Зокрема спеціалісту, в цей час, треба бути дуже обережним з поданням інформації про діагноз дитини та описанням «повної картини».

2.Компроміс/ договір. На цій стадії батьки починають звертатися до Бога, у пошуках допомоги, відповідей та підтримки. Відвідують церкви, роблять пожертви і т.д. в надії, що відбудеться чудо і все буде як у всіх. Але коли приходить розуміння того, що чудо не сталося, виникає гнів.

3.Гнів виникає на Бога («чому я?», «за що?») на оточення, на себе на чоловіка (жінку) на близьких, рідних, сусідів, людей та спеціалістів. Часті ситуації коли в родині дізнаються про хворобу дитини, один з батьків може покинути сім'ю (частіше це чоловік). Коли батьки усвідомлюють, що гнів та злість не вирішують проблему дитини, що стан дитини є хронічним і це відобразатиметься протягом всього життя та впливатиме на сім'ю - на зміну гніву приходить депресія.

4.Депресія. Для деяких батьків депресія – тимчасовий епізод. А для інших – депресія стає хронічною, і вихід з цього стану є не простим і потребує медикаментозного втручання. Важкість депресії буде залежати від багатьох факторів (як родина сприйняла та інтерпретує діагноз дитини, чи підтримують вони одне одного, чи підтримують родину близькі та родичі, чи зрівнюють батьки свою дитину з іншими і т.д.).

5.Прийняття. На даній стадії, батьки здатні спокійно та правдиво обговорювати проблеми дитини, зберігати баланс між проявом любові до дитини та заохоченням її до самостійності. Також ця стадія характеризується здатністю співпрацювати зі спеціалістами, виконувати плани терапії та ставити короткострокові та довгострокові цілі. У батьків з'являються свої інтереси, які не пов'язані з дитиною. Батьки здатні забороняти щось і при

необхідності наказати (встановлення та дотримання правил та обмежень з логічними наслідками). Батьки вміють зберігати баланс між лінією виховання без гіперопіки та черезмірної суворості.

Важливо розуміти, що ці всі реакції є цілком нормальними при умові, що батьки йдуть далі, а не застряють на одній із цих стадій.

Розглядаючи ці стадії, необхідно пам'ятати, що всі родини різні та емоційні процеси проходять індивідуально для кожного випадку. Потрібно враховувати дію сторонніх реакцій та впливів на ситуацію (чи підтримують друзі родину, чи навпаки віддаляються).

2.3. Коунінг стратегії родини

Особливо важко працювати з родинами, коли від моменту постановки діагнозу пройшло вже декілька років, а сім'я застрягла на початкових стадіях переживання горя. В таких випадках дуже не просто спілкуватися з батьками та доносити інформацію до них, адже вони вже створили певний стереотип поведінки, який зручний для родини і дитини зокрема. Одним із прикладів з моєї терапевтичної практики, є випадок коли, дитина привчила батьків їздити на тролейбусі тільки зеленого кольору. В будь-яку пору року та при різних погодних умовах родина з дитиною чекали на зупинці саме зелений тролейбус не зважаючи на час. На моє питання чому вони цей стереотип закріпили, батьки відповіли, що при очікуванні та поїздки саме в цьому громадському транспорті дитина поводить себе адекватно і майже не повертає увагу оточуючих.

Багато досліджень підтверджують важливість активної участі родини, як невід'ємної умови для ефективної програми втручання для дітей з РАС. Батьки є головними та повноправними захисниками інтересів своєї дитини. Крім того родина дитини на відмінну від педагогів, психологів, логопедів знаходиться постійно біля неї і тому включеність родини грає найважливішу роль для здобуття результатів при реабілітації дитини. Для порівняння - дитина відвідує спеціалістів, у більшості випадків, 2-10 години на тиждень, а решту 166-158 годин вона проводить в колі рідних, близьких.

Також слід зауважити, що важливу роль в реабілітації дитини з РАС можуть виконувати брати та сестри, вони допомагають своїм незвичайним рідним досягти успіхів та освоїти необхідні навички. Часто вони виступають ко-терапевтами, хоча їм буває не просто, і під час терапії з сім'єю, треба слідкувати та дбати про їх емоційний стан та ресурси.

Окрім батьків, братів, сестер не варто забувати про дідусів та бабусь, яких має дитина. Саме поведінка та відношення старшого покоління може бути не зовсім адекватною у відношенні до дитини та до батьків. Ставлення бабусь та дідусів, як правило впливає на відношення батьків до дитини. Про це свідчать дослідження Peck&Stephens (1960), які виявили зв'язок того, що рівень сприйняття дитини зі сторони батька залежить від загального відношенням до дитини від всієї родини.

Хочу привести приклад з практики: сім'я, яка має дитину з розладом спектру аутизму, мешкала в одній квартирі зі старшим поколінням (по лінії батька). Дідусь та бабуся дитини не сприймали свого внука та його матір (невістку) і негативно до них ставилися (постійне словесне приниження, докори і т.д.), навіть були випадки, коли дитину виганяли з матір'ю з квартири, під час сильних вокалізацій дитини. Мати змушена була іти разом з дитиною на вулицю, навіть в негоду, щоб таким чином зменшити рівень негативу не лише у бік дитини, але й у свій також. Батько дитини в цьому участі не приймав, але і не завжди заступався за свою дружину і дитину. Така реакція та відношення родини не тільки погіршила родинну атмосферу, але і ускладнила ситуацію. Наслідком негативного ставлення від родини до дитини були прояви агресивної поведінки дитини по відношенню до спеціалістів, які з ним працювали та до інших дітей. Мати дитини знаходилась у пригніченому настрої та депресивному стані.

Хотілось би наголосити, що у випадках, самоусунення батька дитини від участі в родинних відносинах та процесах виховання, родина змінюється та мусить прилаштовуватись до вирішення проблеми за виключенням одного «ключового гравця». Це однозначно негативно впливає на дитину. При цьому інші члени родини відчують гнів та роздратування відповідно напруга зростає. При бездіяльності вищезазначені стресові фактори можуть призвести до катастрофи. Байдужість батька в поєднанні зі стресом викликаним порушенням у дитини, запускає негативну та дисфункційну динаміку. Прикладом такої позиції є вищезгадана родина.

Зі сказаного можна зробити висновок, що батько боявся, або не хотів визнавати необхідність змінити свою точку зору по відношенню до дружини та власної дитини. Його бачення ситуації відрізнялось від звичних поглядів батьківської сімейної системи. Не дивлячись на те, що дійсно потрібно було змінити своє сприйняття ситуації, яка склалась. І ця зміна дала б змогу більш ефективно функціонувати всій сім'ї та знизити рівень стресу.

Інколи старі речі стають не придатними для використання їх потрібно ремонтувати, проводити рестайлінг або замінювати на нові. За допомогою когнітивно - поведінкової терапії ми можемо замінити старі та не конструктивні

моделі сприйняття ситуації на більш адаптивні та корисні. Адже не можливо розраховувати на старі образи мислення та переконання, які не відповідають теперішній ситуації. Лише зміна сприймання ситуації та форми мислення може дати позитивні результати.

Досягнення змін можливо за допомогою використання когнітивно-поведінкової терапії, що було зроблено у випадку, що розглядається.

В ході терапії та роботи з цією родиною було виявлено цікаве спостереження - коли всі члени сім'ї, змінили своє відношення та сприйняття дитини і почали працювати разом з фахівцями, то рівень агресивної поведінки дитини значно знизився. Окремими та найдовшими етапами роботи були налагодження взаємодії старшого покоління з батьками дитини. Адже спочатку потрібно було провести батькові психоедукацію та пояснення наслідків агресивного ставлення до дитини зі сторони бабусі і дідуся. Після чого нівелювати вплив негативних думок старшого покоління та стимулювати розвиток навичок асертивної відповіді та тиск. В подальшому до терапії було залучено бабусю дитини для зміни ставлення до молодшого покоління та прийняття того факту, що їх онук не такий як інші діти.

Коли батько включений в процес реабілітації і підтримує свою дружину це позитивно впливає не лише на родинну динаміку сім'ї, але й на загальний стан дитини.

Дослідження Smith (1981) вказують на те, що батько дитини з порушенням розвитку відчуває дуже сильні емоції, які він не готовий виразити (це пов'язано з тим, що в суспільстві не прийнято, щоб чоловіки показували свої емоції а тим більше, щоб плакали). Деякі батьки відчувають роздратування на лікарів, які повідомили діагноз, деякі бояться осудження спеціалістів. Тому необхідно проводити з батьками спеціальні зустрічі-тренінги, які будуть направлені на усвідомлення емоцій та розвиток навичок справлятися з ними (навички емоційної регуляції).

По ряду різних причин, одні батьки гірше справляються з особливостями дитини з РАС, ніж інші. Іноді один із батьків може поступатись другому в здатності вирішити виникаючі труднощі, це також, як показує практика викликає додаткове напруження та переживання.

Важливо пам'ятати, що кожна родина унікальна, одна і та сама проблема може бути легкою у вирішенні та навпаки не підйомною.

Характеру переживань, труднощів та досягнень, які випадають на долю кожної конкретної сім'ї, передують багато різноманітних факторів. Для більш чіткого розуміння того, що передувало постановці діагнозу дитині, в першу чергу треба

замислитись над сильними та слабкими сторонами родини. Деякі з них одразу помітні та очевидні, а інші потрібно аналізувати, вивчати та спостерігати для усвідомлення.

Дитина з РАС – це завжди виклик для батьків та їх взаємин. Багато переживань є очевидними і до деяких з них можливо підготуватися заздалегідь, але більшість передбачити неможливо.

Очевидні переживання більшості батьків наступні:

- Який рівень когнітивних функцій та комунікативних здібностей буде мати дитина, коли підросте;
- Чи зможе вона адаптуватися до соціуму та бути самостійною;
- Чи зможе піти до школи, університету та в подальшому працевлаштуватися;
- Чи зможе впоратися зі своїм життям, коли батьків вже не стане.

В моменти таких переживань батькам стає дуже важко, емоційний стан погіршується та рівень тривоги зростає.

Батьки обирають різні захисні механізми від натиску суспільства, виникає замкнена поведінка у вигляді уникання відвідування громадських місць разом з дитиною. Наприклад, якщо дитина погано себе поводить в магазині, громадському транспорті, то батькам легше не водити дитину в магазин і обмежувати, або зовсім відмовитись від поїздок в транспорті. Нажаль, коли батьки обирають стратегію уникання, то дитина не зможе навчитися належної поведінки у громадських місцях і при цьому хтось один із батьків теж залишається вдома і разом з дитиною віддаляється від соціуму і найімовірніше за все знаходиться у не найкращому настрої.

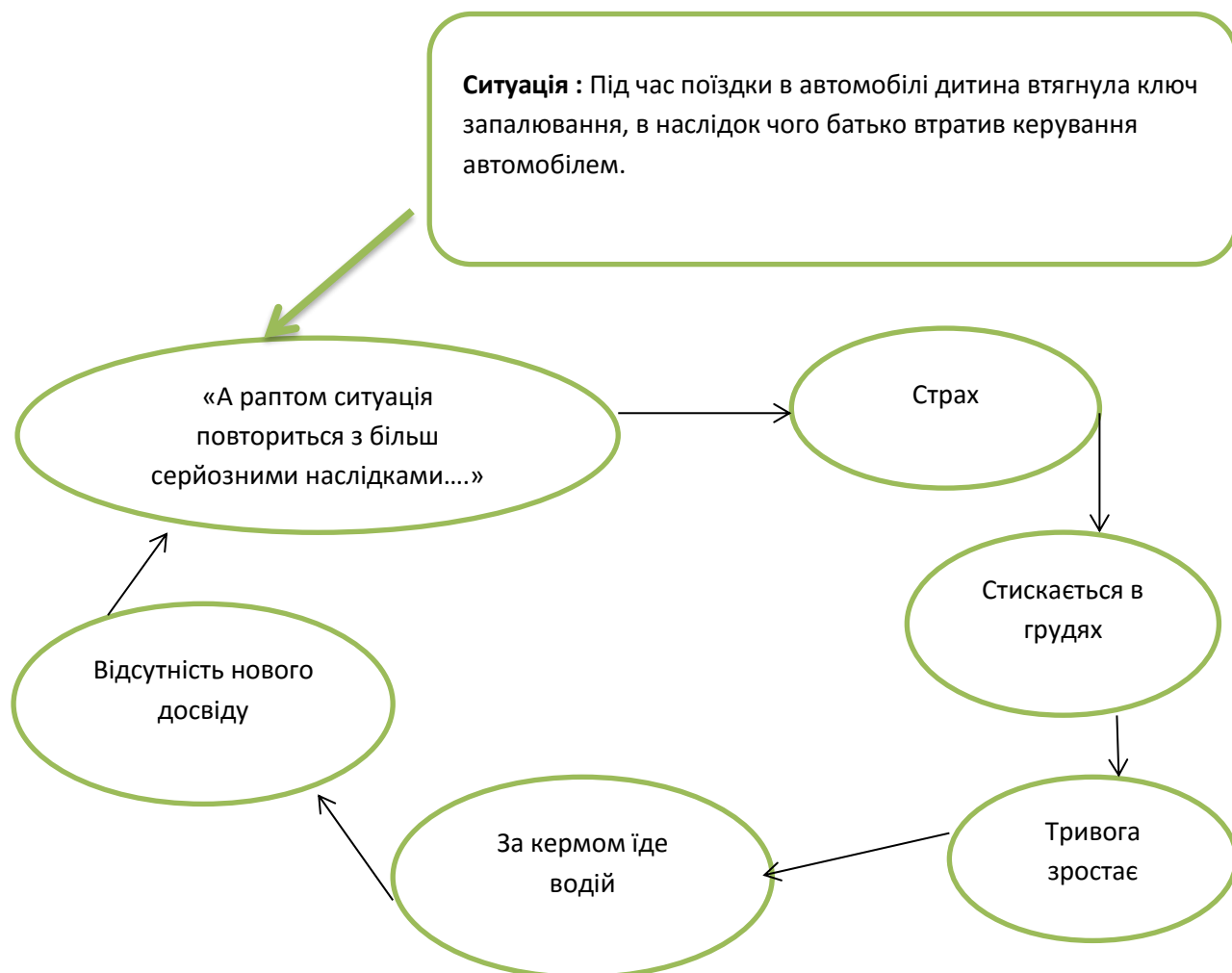
Проблеми в поведінці та комунікації можуть стати джерелом розчарування, смутку та душевного дискомфорту.

Важливим елементом реабілітації дітей з РАС є соціалізація. Тому уникання та ізоляція не вирішує проблему, а натомість накопичує різного роду труднощі не лише у дитини, але й всієї родини.

Негативна поведінка дитини для батьків стає джерелом сильного стресу, навіть звичайна прогулянка в парку, або їзда у власному автомобілі викликає сильний рівень тривоги. Прикладом негативного досвіду поїздки в автомобілі є випадок, коли дитина (9 років) сиділа на задньому сидінні біля мами, але під час руху різко перескочила в перед та витягла ключі із замка запалювання, в результаті

чого батько втратив керування. На щастя все обійшлося без жертв. Після цього випадку, батьки стали відчувати сильний стрес з періодичними флеш беками цієї ситуації перед тим, як кудись їхати з дитиною, та на деякий час перестали їздити за кермом в присутності дитини. Як правило за кермом була присутня стороння людина, а батьки знаходились поруч.

Нижче приведений підтримуючий цикл батька дитини.



По мірі того, як дитина починає отримувати допомогу від різних фахівців та медичний супровід, її поведінка покращується. Але окрім команди спеціалістів, закріплення навиків відбувається завдяки батькам та сімейному оточенню, тому батьки виконують функцію інтегративного спеціаліста. А згодом стають спеціалістами для своїх дітей і не тільки, але їм часто приходится жертвувати своєю кар'єрою, а в деяких випадках і своїм особистим життям.

Негативними чинниками впливу на перебіг терапії є:

- Низький рівень когнітивних функцій та комунікації;
- Коморбідність з іншими розладами;

- Пізній початок втручання.
- Фінансові обмеження родини на отримання належної терапії та супроводу.

Як показує мій досвід, сукупність негативних чинників в більшості випадків, не дає можливості повноцінно проводити терапію та соціалізувати дитину до прийняттого оточенням рівня.

3. Приклади та особливості впровадження КПТ при роботі з родинami дітей з РАС

3.1. Труднощі при початку терапії

Доля батьків дітей з РАС є дуже не простою та важкою. Робота з дитиною має бути постійною та інтенсивно. Не завжди спостерігаються гарні результати, які очікують батьки, особливо коли у дитини наявна важка форма аутизму і коморбідність з іншими діагнозами. Тому у батьків часом опускаються руки і складається враження, що все марно.

Колосальні затрати енергії, витрачені на соціалізацію дитини, не завжди себе виправдовують. Тому важливо протягом всього періоду підтримувати батьків та працювати з ними в терапевтичному плані.

Труднощі з якими стикаються батьки дітей з РАС в реаліях нашої країни:

- Проблеми в діагностиці та постановкою діагнозу. Нажаль в нашій країні не багато спеціалістів, які можуть в ранньому віці поставити діагноз аутизм. Часто доводилось чути від батьків, що педіатри ніяк не реагували на їх зауваження, коли вони помічали, що щось не так. Або казали: «все добре, чого ви нервуєте, мамочка заспокойтесь і не намовляйте на дитину».
- Недостатня кількість спеціалістів, які можуть надавати кваліфіковану допомогу;
- Відсутність належного соціального забезпечення з боку держави;
- Не завжди адекватна реакція з боку суспільства та не бажання зрозуміти сім'ю (принаймні не осудливо ставитися в громадських місцях).

Труднощі з якими стикаються спеціалісти:

- Пізні звернення батьків (6-9 років). Доволі часто спостерігала, такі випадки на практиці, коли приводять восьмирічну дитину, в якій польова поведінка, елементарні знання відсутні, навички самообслуговування не сформовані. І батьки

до цього часу нікуди не звертались по допомогу відповідно навчальні заклади ніякі не відвідували не кажучи вже про комісії ПМПК;

- Відсутність у батьків розуміння і не володіння інформації по даній проблематиці;

- Не виконанням батьками рекомендацій спеціаліста. Дуже часто батьки не виконують рекомендації спеціалістів, що значно ускладнює процес терапії, адже включення родини в процес реабілітації дитини є надзвичайно важливим. Дитина більшість часу проводить вдома, а у конкретного спеціаліста від 2 до 5 годин на тиждень і якщо весь інший час не будуть закріплюватись вправи та завдання, які направлені на реабілітацію дитини, така допомога буде майже марною;

- Не визнання необхідності в отриманні допомоги.

3.2. *Періодизація вікових труднощів*

На кожному етапі вікового розвитку дитини батьки мають свої переживання. Чим старшою стає дитина, тим більшими стають переживання та тривоги батьків, щодо майбутнього своєї дитини.

Немовлята:

Основною передумовою у формуванні емоційної прив'язаності є стиль поведінки батьків по відношенню до дитини. Той з батьків, хто більш чутливо відноситься до сигналів немовляти та більше часу проводить з ним, буде мати сильніший зв'язок з дитиною.

Коли ми говоримо про чутливе відношення до дитини, то маємо на увазі можливість дорослих уважно віднестись до повідомлень дитини на поведінковому рівні. А саме зрозуміти, що хоче дитина донести, швидко прийняти рішення відповідно до сигналу та в інтересах дитини.

Батьки у більшості випадків можуть заспокоїти дитину різними, відомими їм способами та частково прийняти на себе напруження, яке відчуває дитина. Так як на початку ситуації плач викликає у батьків стрес, батьки потребують підтримки інших осіб (бабусі, дідусі). Лише згодом вони зможуть розрізнати інтонації дитини і розуміти, що одна інтонація означає – «заміна памперса», друга – «відчуття голоду» та ін.

Батьки, які наодинці виховують дитину, бувають безсилями перед труднощами, що спіткали їхню дитину. Часто батьки не можуть заспокоїти свою дитину, яка декілька годин на день плаче. Так як емоційний стан батьків на грані зриву і внутрішні переживання з приводу плачу дитини знаходяться на піку - негативні думки, які починають закрадатися в голову погіршують ситуацію, що

може становити загрозу для дитини. Тому психологічна підтримка молодих батьків є дуже важливою складовою для розвитку здорової родини.

Родини, з якими доводилось спілкуватися, часто згадували моменти немовлячого періоду як страшний сон. Так як вони не могли зрозуміти, що відбувається і чому дитина так себе веде. Всі стандартні методи заспокоєння дитини буди не ефективними. Рівень тривоги піднімався на самі високі щаблі. Негативні думки «я погана мати», «з моєю дитиною щось не так», «це якесь божевілля» просто не давали концентруватися та «тверезо» вирішувати проблему.

Тому дуже важливо приділяти увагу психологічній підтримці та розвитку навичок не тільки догляду за дитиною, але і навчання батьків справлятися з емоційними навантаженнями з якими вони стикаються. Навчання батьків роботи з негативними автоматичними думками, розвиток навичок релаксації та технік майндфулнес, на ранніх стадіях батьківства важливі не тільки для батьків дітей з особливостями в розвитку, але й батькам нейротипових дітей.

Окремим напрямком роботи в терапії на ранніх стадіях розвитку дитини з особливими потребами є формування прив'язаності, яка може бути доступна саме цій родині. Ця прив'язаність сформується своїм особливим шляхом і буде відрізнятися від емоційного зв'язку звичайних сімей, але вона має бути і має право на життя.

Працювати над формуванням прив'язаності потрібно, так як вона є важливою основою для формування фізичного, емоційного, інтелектуального і соціального розвитку кожної дитини. Навики формування прив'язаності батьків до дитини формуються при спільних заняттях батьків та дитини під керівництвом спеціаліста, що буде вчасно підказувати правильні реакції, можливі компроміси для коректної та продуктивної взаємодії.

Діти шкільного віку:

В дошкільному віці прогнози та рівень розвитку дитини залежить від ранньої постановки діагнозу, початку реабілітації дитини та наявності коморбідностей. До цього вікового періоду стає зрозумілим рівень розвитку вербальних, соціальних, комунікативних та інтелектуальних навичок дитини. І з цього часу можливо спрогнозувати перспективи пов'язані з когнітивними навиками.

Батьки весь дошкільний період сподіваються на покращення і мріють, що їхня дитина піде до школи. Починають уявляти, як ця подія буде відбуватися, як вони будуть з дитиною робити уроки, готуватись до контрольних робіт. І якщо ці мрії не збуваються - батьки знову розчаровуються і відчують себе жалюгідно, що негативно відображається на їх психічному здоров'ї. Доводилось працювати з

родиною, яка ніяк не могла прийняти той факт, що їх дитина не зможе піти у звичайну школу. На фоні сильних переживань у мами стався нервовий зрив і вона потрапила в лікарню у важкому стані.

Коли батьки не усвідомлюють, або не хочуть цього роботи, що їхня дитина не може навчатися у звичайній школі і бути такою як всі, вони живуть у своїй мрії – ілюзії, яка не дає можливості оцінити всю складність ситуації. І в таких випадках процес реабілітації стає надзвичайно важким.

З практики доводилось стикатися з батьками, які розглядали не лише звичайні шкільні навчальні заклади для дитини, але й вищі навчальні заклади і були наче одержимі цією ідеєю.

Проведення психоедукаційної роботи щодо прийняття ситуації, допомагає справитися з тривогою та підвищує рівень толерантності до невизначеності, так як процес реабілітації є непередбачуваним і в будь-який момент може бути як прогрес так і регрес.

Є частина батьків мрії яких здійснюються. Хоча треба зазначити, що батьки дітей, які пішли у звичайну школу стикаються з новими труднощами. Адже дитина з РАС, має свої особливі поведінкові та комунікаційні бар'єри з оточуючим середовищем, а соціум не завжди може це зрозуміти та прийняти.

В одній із сімей, що проходили терапію, батьки не могли відновити повноцінну трудову діяльність. Рівень тривоги та переживань за дитину були високі і негативні очікування щодо поведінки дитини заповнювали простір думок пов'язаних з цим напрямком. Мати в уяві малювала картини, як дитина зриває урок, бігає по класу і не слухає вчителя, конфліктує з однокласниками, або починає вокалізувати і в решті – решт, її дитину виганяють зі школи. В результаті цього мати була постійно присутня на уроках біля дитини, хоча особливої потреби в цьому не було. Поведінка дитини була задовільною.

В таких випадках батькам потрібно проводити психоедукацію щодо їх поведінки. Треба робити покрокову експозицію самостійного перебування дитини на уроці.

Також важливою складовою психологічної підтримки в моменти соціалізації дитини, є підготовка дитини та родини до можливого булінгу у школі, або в інших навчальних закладах. Тому потрібно проінформувати батьків, яким чином дитині реагувати в асертивний спосіб.

Підлітковий вік:

В підлітковому віці, як правило можна остаточно оцінити рівень розвитку дитини. В цей час родина вже закріпила стереотипи поведінки у соціумі та обрала комфортні для неї коупінг стратегії.

Та з початком підліткового віку, родину очікують нові виклики. Так як підлітковий вік настає в незалежності від захворювання дитини то гормональні зміни, які відбуваються в організмі, неминуче впливають на поведінку. У певної частини дітей відбувається регрес в розвитку та погіршення поведінки і все це знову відображається на родині та кліматі сімейної системи в цілому. Наприклад до підліткового періоду дитина мала випадки агресивної поведінки з якою була проведена робота і ця поведінка була усунута, а з досягненням підліткового віку негативна поведінка повернулася і стала мати інтенсивний характер. Навики що формувались протягом довго часу можуть нівелюватись, або повністю бути втраченими.

Як бачимо і на цьому етапі родина потребує підтримки та допомоги для проходження чергового випробування.

Вище згадані проблеми у підлітковому віці особливо помітні і про деякі з них батьки соромляться говорити. Часто у такому віці у високофункціональних аутистів буває депресія. Батькам потрібно пояснити яким чином вони можуть допомогти своїй дитині і яку стратегію поведінки обрати для покращення ситуації.

Повноліття та майбутнє:

У батьків дітей, що досягли повноліття сприйняття проблеми аутизму докорінно відрізняється в порівнянні з батьками маленьких дітей. Батькам дітей з аутизмом старшого віку доводилось значно довше витримувати величезне навантаження, яке пов'язане із захворюванням дитини з серйозними порушеннями. Багатьом з них доводилось не один рік блукати в «лабіринтах» різних спеціалістів та терапій, не раз приходилось зіштовхуватись з розчаруванням, при отриманні неналежної допомоги. Часто вони страждали від безпорадності, безнадійності та гніву, бачачи, що дитина дорослішає, а стан її не покращується. Щоб терапевтичне втручання в такій родині було успішним, і могло вирішити їх наболілі проблеми, воно обов'язково має включати в себе психотерапію для батьків та інтенсивне втручання для дитини.

Батьки старших дітей часто бувають «завалені» неточною або недостовірною інформацією, тому необхідно в доброзичливий спосіб надати правдиву інформацію і зорієнтувати в якому напрямку необхідно рухатися.

При проведенні терапії доводиться обговорювати з ними їх розуміння діагнозу, етіологію, саму терапію та прогнози на майбутнє. Обговорення з батьками минулого досвіду, часто перетворюється на необхідність подолати відчуття скорботи та гніву, пов'язаних з тим, що в родині росте дитина з діагнозом «аутизм».

Коли дитина стає повнолітньою батьки стикаються з черговим випробуванням та новими переживаннями, тривогою з приводу майбутнього своєї дитини. Який навчальний заклад обрати, що буде краще для майбутнього самостійного життя. Реальним випадком з практики є ситуація коли батьки забрали

свою дитину з вищого навчального закладу і перевели в технікум. Причиною стала ускладнення в комунікації з одногрупниками, в той же час освоєння навчальної програми проходило добре.

На цьому етапі розвитку у батьків з'являються думки «а що він/вона будуть робити коли мене не буде», «чи зможе функціонувати без мене», «чи зможе адаптуватися в колективі» і т.д. Деякі створюють спеціальні майстерні, організації, щоб дитина могла там працювати.

В цей час рівень тривоги у батьків підвищується і вони знову потребують психологічної допомоги.

На мій погляд, найважливішим аспектом у взаємодії з батьками - є аналіз їх очікувань стосовно майбутнього їхньої дитини. Необхідно допомогти батькам сформулювати реалістичний прогноз розвитку дитини. Одні батьки надмірно переоцінюють потенціал дитини і не бачать очевидного, інші навпаки, настроєні дуже песимістично, і відмовляються вірити у можливість змін життя дитини на краще. Звичайно, в такій роботі є високий рівень невизначеності і непередбачуваності, але прогноз на майбутнє має поєднувати в собі оптимізм з реалізмом. Це правило відноситься не лише до батьків маленьких дітей, але й особливо до батьків дітей більш старшого віку, адже доросле життя цих дітей стає все ближче, а перспективи залишаються не ясними.

З короткого огляду труднощів з якими стикаються батьки дітей з розладами спектру аутизму, видно, що протягом всього періоду зростання дитини батьки постійно перебувають в стресовій атмосфері. Тому їх емоційне виснаження відбувається дуже швидко, що негативно впливає як на фізичний стан так і на емоційний. Вчасне звернення та оперативне надання допомоги кваліфікованими спеціалістами є необхідною та важливою складовою умовою процесу реабілітації родини.

Тому на кожному віковому етапі необхідно пояснювати та вчити батьків:

- Як ідентифікувати та працювати з автоматичними негативними думками та пояснювати за допомогою підтримуючих циклів, як думки впливають на їхні емоції та поведінку;
- справлятися з тривогою та переживаннями, адже чим старшою стає дитина, тим тривоги стає більше.

Важливо провести психоедукацію щодо тривоги та переживань (тривога є в кожній людині і це нормально), навчити батьків ідентифікувати симптоми тривоги та дізнатись надане значення цим симптомам. Окремим пунктом є збір інформації стосовно того, що вони роблять коли відчують тривогу, щоб визначити підтримуючий цикл тривоги та пояснити його батькам. Необхідно навчити справлятися та толерувати з тривогою за допомогою КПТ технік.

4. Важливість ресурсу і турботи про себе.

Багато хто з нас подорожували літаком і мабуть пам'ятають попереджуючу інформаційну фразу про те, що у разі екстремальних ситуацій спочатку кисневу маску потрібно одягнути на себе, а потім допомогти тому, хто знаходиться поряд.

Чому батькам дітей з РАС, та не тільки, необхідно піклуватись про поповнення свого ресурсу та «одягати кисневу маску» в першу чергу на себе, а не на дитину? Тому що батькам дітей з аутистичним спектром розвитку та батькам особливих дітей доводиться дуже не просто в нашому суспільстві. Такі сім'ї 24 години на добу 7 днів на тиждень та 365 днів на рік знаходяться під натиском зі сторони оточуючих, без належної підтримки, розуміння та допомоги, такі батьки перебувають в колосальному емоційному навантаженні та в напрузі, що в свою чергу веде до постійного стресу.

Стрес у невеликій кількості корисний для організму, адже він допомагає людині мобілізуватись в критичній ситуації, швидко реагувати та бути концентрованим, що допомагає вижити особистості, або вберегти інших. Але коли цей стрес постійний він набуває хронічного характеру, а от хронічний стрес негативно впливає на функціонування організму людини в цілому. Людина відчуває неймовірну втому та виснаження, апатію до всього, що її оточує. В неї не має ані бажання, ані можливості щось робити з цими симптомами, адже стрес загнав її у глухий кут. Без допомоги рідних, близьких, друзів та знайомих людині буде важко вибратись з кута.

Рівень впливу стресу в даному випадку залежить від:

- Особистісних характеристик батьків;
- Підтримки подружжям одне одного;
- Підтримки зі сторони рідних та близьких.

Більшість батьків, з якими доводилось працювати мали наступні симптоми стресу:

- Порушення сну;
- Почуття сильної втоми;
- Не здатність розслабитися та відпочивати;
- Перепади настрою;
- Гнів;

Агресія як вербальна так і фізична (в деяких випадках спостерігалось порушення регуляції злості, що призводило до фізичних покарань дитини):

- Підвищений рівень тривоги;
- Депресію;
- Негативні нав'язливі думки;
- Негативні думки про життя (в деяких мам були думки про самогубство);
- Відсутність енергії взагалі;
- Соціальне уникнення;
- Погіршення відносин з близькими.

Батькам важко визнати своє виснаження і найчастіше, що можна від них прочути: «Я в порядку, ви головне з дитиною позаймаєтесь» (промовляють цю фразу тремтячим голосом і з повними очима сліз.).

Стрес, який пов'язаний з реабілітацією особливої дитини, нажаль не можливо вирізати, як непотрібний кадр з кінофільму. Тригери до стресу будуть завжди, ми не можемо зміни стресову ситуацію, але ми можемо змінити відношення до неї. І батькам треба допомогти в цій зміні.

Коли батьки перебувають в стресовому стані, вони не можуть бути ефективними помічниками та провідниками в реабілітації власної дитини. Адже коли родина включається в процес реабілітації та працює в одній команді з спеціалістами, процес допомоги стає легшим та результативнішим. Родина проводить найбільше часу з дитиною, і без закріплень рекомендацій вдома, процес реабілітації буде йти дуже повільно. Окрім цього, батьки в стані хронічного стресу відчують різні негативні емоції та переживання, а так як діти дуже чутливі до переживань своїх батьків, то вони реагують на реальний внутрішній стан родини, який у свою чергу впливає на їх поведінку та самопочуття, і це доводилось спостерігати безліч разів. При поясненні цього зв'язку батькам, вони не завжди можуть зрозуміти взаємозв'язок, і лише згодом, на особистих прикладах, починають прислухатись. Прикладом таких ситуацій може бути похід з дитиною в магазин, або проїзд в громадському транспорті, коли у мами перед магазином починає зростати тривога (по шкалі від 3 до 9,5) батьки помічали зміни в поведінці дитини (вона ставала більш напруженою та емоційною). В такому випадку розвиток навичок справлятися з тривогою є дуже важливим та ключовим.

Батьки можуть бути освіченими щодо процесу виховання дитини з РАС і не тільки, прочитати безліч гарних книг, пройти додаткові тренінги та переглянути телепередачі. У родин, які намагаються застосувати всі отримані знання в процесі реабілітації дитини, але при цьому відчують сильний стрес, переживання та тривогу, як показує практика продуктивного результату не спостерігалось. Важливо, щоб внутрішній стан людини, яка застосовує свої знання для корекції, був спокійний, врівноважений та ресурсний. Адже дитину не можливо обманути.

Коли починаєш працювати з батьками і допомагаєш справитись з рівнем тривоги та переживань, відмічаєш позитивні наслідки в поведінці дітей.

Як бачимо психологічний стан батьків відображається не лише на емоційному стані дитини, але й поведінковому. І в першу чергу батькам потрібно розуміння та підтримка, тому дуже важливим є організація як індивідуальних так і групових форматів батьківської підтримки.

4.1. Груп підтримки та батьківські школи.

Груповий формат роботи є дієвим інструментом в роботі з батьками дітей з РАС. Але перш ніж запропонувати батькам груповий формат роботи необхідно все зважити та враховувати наступні фактори:

1. Чи батьки готові до групового формату, чи комфортно вони почувають себе в групі взагалі і в конкретній групі зокрема.
2. Чи достатньо вони зрілі та емоційно стабільні.
3. Чи здатні вони висловлювати, але в той же час контролювати відчуття ворожості до інших учасників групи (Ross,1964).
4. Чи не являються вони занадто контролюючими не страждають пасивною агресивністю і не мають психотичних схильностей (Ross,1964).
5. Чи вміють вони співпереживати, відкриті до чужої думки та керівництва.

Після попереднього аналізу учасників, потрібно формувати групу відповідно до віку дітей, за схожою симптоматикою та проблемною поведінкою.

Групові формати роботи можуть бути різноманітними: членство в групі може бути відкритим, або закритим; групи можуть бути гомогенні або гетерогенні; великі чи малі за чисельністю учасників; керівник групи – спеціаліст чи хтось із членів групи, група може бути навчальною, терапевтичною або терапевтично-навчальною.

Я на практиці спостерігала батьківський клуб, який організували самі батьки і відповідальною за збори групи була одна з мам дитини з РАС. Ця група була дуже ефективною в плані спілкування та підтримки, зростання батьків та інтеграції всієї родини в соціум.

За кордоном існують окремі групи для татусів дітей з РАС, на жаль в наших реаліях важко залучити обох батьків до терапії.

Велика кількість батьківських груп описаних в літературі містить в собі орієнтацію на навчання та терапію (Hornby,1994; Seligman& Meyerson,1982), стверджуючи, що саме така модель найбільш відповідає потребам сім'ї, однак серйозних досліджень або спростовуючих фактів, які б заперечували дану інформацію теж не має.

Цілі та зміст групи повинні ґрунтуватися на ретельному вивченні особистих потреб батьків. Зрозуміло, що сім'ї, які виховують дітей з РАС або дітей з іншими порушеннями розвитку відчують сильний стрес та напругу і потребують навичок справлятися зі стресом та негативними думками. Окремо вони потребують інформацію щодо допомоги власній дитині. Тому варіант поєднання терапевтичного аспекту та розвиток навичок батьків керувати поведінкою дитини є дуже важливою.

На мій погляд батьківські групи обов'язково потрібно диференціювати за віком, адже потреби батьків у яких дитині 4-ри роки будуть відрізнятися від потреб батьків, які мають дитину 12 років.

Родині важливо знати характеристики порушення, параметри та потенційний прогрес, який можна досягти в тому чи іншому випадку.

Важливою складовою групи підтримки є ідентифікація та розуміння своїх емоцій, почуттів. Негативні емоції теж мають право на існування і з ними можна справлятися і контролювати їх.

5. Приклади роботи з батьками

Дослідження стосовно ефективності застосування когнітивно-поведінкової терапії проводились на базі реабілітаційного центру для дітей з розладами аутистичного спектру.

Сім'ї з якими доводилось працювати і проводити індивідуальну роботу з батьками в ході діагности можна було об'єднати за наступними критеріями:

- ✓ Тривога
- ✓ Депресія
- ✓ Низька самооцінка
- ✓ ГТР (генералізований тривожний розлад)
- ✓ Порушення регуляції злості.

Нижче приведені описи деяких випадків роботи з батьками в центрі по роботі з дітьми з аутизмом. В даному центрі надавалась комплексна реабілітаційна допомога всім членам родини.

Всім батькам пропонувалась безкоштовна психологічна підтримка, але більшість батьків відмовлялись, заперечуючи той факт, що їм потрібна допомога. В той же час опитувальні анкети показували протилежне.

Ті батьки(мами), які прийняли допомогу мали наступні симптоми та причини звернення:

1. Високий рівень тривоги

2. Депресія середнього ступеню важкості
3. Низька самооцінка.

Скарги, які найбільш часто можна було почути від батьків:

- Не бажання далі жити з дитиною, та знаходитись в складній ситуації
- Емоційне та фізичне виснаження (відсутність енергії)
- Погіршення стосунків з близькими
- Уникання соціальних ситуацій (родини перестали ходити в кіно, театри, музеї).

Зазначу, що проводячи діагностику батьків дітей зі спектром розладу аутизму слід діяти за наступним алгоритмом:

А. Оцінка когніцій;

Б. Виявлення автоматичних думок та пов'язаних з ними поведінки та емоцій;

В. Ідентифікація негативних автоматичних думок та переконань ;

Г. Ідентифікація когнітивних викривлень;

Д. Аналіз та класифікація переживань.

Після закінчення діагностики, та визначення основної проблеми, слід проводити психоедукацію, щодо встановлених порушень. Наступним кроком є інформування про доказові методи терапії в даній ситуації та залучення в терапію.

Короткий огляд індивідуальної та групової роботи з батьками.

Випадок №1.

Софія, 39 років, одружена, має трьох дітей, середня дитина має розлад спектру аутизму.

Основний діагноз: Тривожний розлад та депресія, середньої ступені важкості.

Супутні розлади: низька самооцінка.

Стислий опис перебігу терапії та її результати: КПТ тривала майже 3 місяці один раз на тиждень, перші декілька сесій були подвійними.

Скарга з якою звернулася клієнтка: «Я більше так не можу жити, я цього не витримаю....». Думки про самогубство.

Історія розвитку: Народилася в селі на західній Україні. Має старшу сестру, але теплих відносин між сестрами ніколи не було і взагалі у родині не прийнято було показувати свої почуття, навіть обнімати одне одного. Батько зловживав алкоголем і на цьому тлі часто були сварки і випадки, коли батько виганяв дітей разом з матір'ю з дому, навіть у зимову пору року. Софія мало спілкувалась з однолітками, близьких друзів не мала.

В школі вчилася на відмінно і була зразковою ученицею, це допомагало в деяких ситуаціях при конфліктах з батьком. Школу закінчила із золотою медаллю.

В університеті вчилася теж на одні п'ятірки і паралельно працювала санітаркою в лікарні. Гарне навчання дало можливість поїхати на стажування закордон, але по спеціальності майже не працювала.

Діагностичне формулювання.

На основі обстеження, яке тривало перші дві сесії, було побудовано спільне формулювання з Софією.

Фактори схильності:

- Біологічні фактори схильності не виявлено
- Хронічний стрес у дитинстві, який пов'язаний зі зловживання алкоголем батька, вплинув на формування схем «я не варта любові» та «Світ небезпечний» відповідно до цих схем сформувалися наступні правила життя «Мене можуть любити та поважати тільки тоді, коли я чогось досягну» та «Якщо я буду все контролювати, то нічого поганого не станеться»
- Низька самооцінка, яка формувалась протягом дитинства та захисна поведінка, яку обрала Софія – це перфекціонізм (вчитися на одні п'ятірки в школі, університет закінчила з червоним дипломом і т.д.)

Критичний випадок: Сварка з свекрухою. Через два дні після сварки у свекрухи був день народження і Софія не привітала її. Наступного дня подзвонила мати Софії і розказала їй, яка Вона погана невістка і донька і т.д.

На основі обстеження було побудоване формулювання та складений наступний план терапії:

План терапії

1) Щодо тривоги:

Психоедукація та соціалізація в КПТ.

Робота з тривожними переживаннями;

Тренування здатності розпізнавати переживання. Когнітивна реструктуризація.

Підвищення толерантності до невизначеності. Техніка вирішення проблем та покровокого призначення завдань. Техніка «дерево прийняття рішень»

Робота з глибинним переконанням «Світ небезпечний»

Навчання майндфулнес та розвиток «скриньки знарядь» щодо запобігання рецидивам

робота на попередження рецидиву, навчання релаксації, навчання бути самому собі терапевтом.

2) Щодо депресії:

Психоедукація та соціалізація в КПТ.

Поведінкова активація (збільшення приємних активностей - поповнення свого ресурсу) та техніки дистанціювання від негативних думок .

Робота з НАДами та розвиток навичок розпізнавання когнітивних фільтрів.
Робота з ключовими когніціями когнітивно та за допомогою ПЕ.

Техніка вирішення проблем та покрокового призначення завдань.

Навчання майндфулнес – техніки яка запобігає рецидивам.

3) **Щодо низької самооцінки та дисфункційних правил життя**

Психоедукація про походження схем і дисфункційних правил життя в плані історії розвитку, побудова мікроформулювання.

Робота з дисфункційними правилами життя: «Мене можуть любити та поважати тільки тоді, коли я чогось досягну.»

Когнітивні техніки та генерування нових адаптивних схем та правил життя

Експеріментальна робота зі схемами та правилами життя (імагінативна рескрипція, техніка крісел, лист собі та ін.)

Поведінкове тестування та втілення нових схем та правил життя, зокрема їх перенесення у сферу стосунку з іншими, ставленні до роботи, самосприйнятті.

4) **Щодо дисфункційних переконань та правил життя**

Психоедукація про походження схем і дисфункційних правил життя;

Робота зі схемами, правилами життя та частками (імагінативна рескрипція, техніка крісел, лист собі, батькам та ін.)

Когнітивні техніки та генерування нових адаптивних схем та правил життя;

Поведінкове тестування та втілення нових схем та правил життя, зокрема їх перенесення у сферу стосунку з іншими.

Результат терапії з врахуванням даних шкал, що були обрані для моніторингу ефективності наведено в табл.1:

Табл.1.

	На початку	5 сесія	7 сесія	13 сесія
Динаміка тривоги за шкалою Бека	24	20	17	10
Динаміка депресії за шкалою Бека	23	17	13	11
Динаміка зміни самооцінки (за суб'єктивною вірою від 0 до 100% в адаптивне переконання «Я є окей такий, як я є, вартий поваги і любові»)	23	37	44	50

З клієнткою було проведено 14 сесій. Після проведення спостерігається позитивна динаміка в емоційному стані Софії. Пацієнтка стала піклуватися про себе і виконувати вправи з майндфулнес та не забувати виконувати ті речі, які дають

їй ресурс та заряд енергії. Стала більш впевненою, знайшла роботу з частковою зайнятістю по спеціальності.

Заняття з особливою дочкою почав потрохи виконувати чоловік, хоча раніше весь догляд та виконання завдань по програмі реабілітації були на матері. Більше допомоги стала отримувати від старшої дочки.

Покращились стосунки з чоловіком. Чоловік став більше допомагати з дітьми та по хатнім справам, став більше розуміти Софію. Найбільше Софію здивувало те, що чоловік попросив її навчити технікам майндфулнес. Тепер вправи вони виконують разом.

Софія відмітила, що коли вона стала більш ресурсною, то це помітно відобразилося і на дітях, вони стали більш емоційно стабільними.

Періодично один раз на місяць Софія могла прийти, або написати листа з розповіддю про те як в неї справи.

Як бачимо з короткого огляду випадку, позитивна динаміка почала формуватися після п'ятої сесії та поступово зростала.

Випадок №2.

Ірина, 36 років, вдруге одружена, має одну дитину від першого шлюбу. Має три вищі освіти.

Від особистої та групової підтримки відмовилась, але погодилась на регулярні індивідуальні заняття, які стосувалися реабілітації дитини, а згодом були консультації, щодо регуляції злості та контролю над агресивними імпульсами по відношенню до дитини. Оскільки проведення повноцінної терапії не було можливим, спілкування відбувалось у рекомендаційній формі після закінчення занять з дитиною. Коли мама дитини відчула помітні зміни у поведінці дитини, консультації з нею відбувалися у формі наближеній до терапії.

Дитина Ірини проявляла дуже сильну агресивну поведінку по відношенню до спеціалістів, які з нею працювали та до близьких (бабусь, тітки і т.д.).

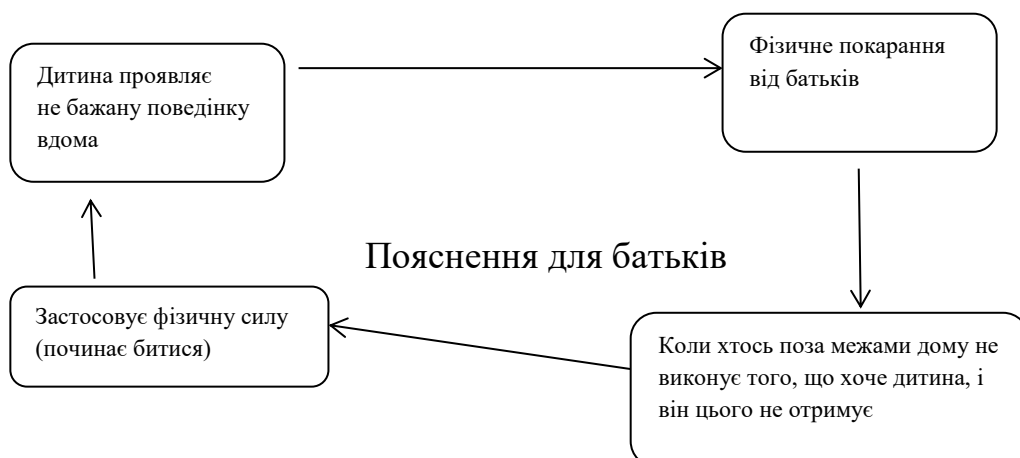
Згодом стало відомо, що мати дитини зривається на ній і може застосувати фізичну силу. Демонстрація застосування фізичної сили відбулася безпосередньо в реабілітаційному центрі під час занять в присутності сторонніх людей. Третім особам довелось втрутитись, щоб захистити дитину і відтягти маму від неї.

Короткий опис роботи з даною клієнткою:

1. Проведення психоедукації щодо стану дитини та обговорення шляхів допомоги в конкретному випадку;

2. Пояснення батькам, яким чином можна змінити закріплені негативні поведінкові стереотипи дитини.
3. Навчання батьків та близьких поведінкового керівництва:
 - I. Побудова позитивного стосунку з дитиною;
 - II. Застосування позитивної уваги до дитини, як методу заохочення;
 - III. Впровадження бальної системи заохочення;
 - IV. Впровадження методів покарання – «штрафи», тайм- аут та «ключ»;
 - V. Розширення поля застосування тайм-ауту; перегляд ефективності попередніх кроків;
 - VI. Застосування принципів поведінкового керівництва при проблемній поведінці у громадських місцях;
 - VII. Вирішення поведінкових проблем дитини на додаткових заняттях у спеціалістів інших напрямків;
 - VIII. Попередження майбутніх проблем.
4. Розвиток навичок регуляції злості у батьків (ця робота була запропонована, після інциденту побиття дитини в центрі):
 - I. Психоедукація батькам, щодо агресивної поведінки до дитини.
Наслідки такої поведінки (використання ланцюжка проблемного епізоду злості). Мотивація до змін;
 - II. Психоедукація щодо сильних емоцій і яким чином можна справитись з цими емоціями;
 - III. Розвиток навичок відслідковування «градусу» злості та заспокоєння;
 - IV. Розвиток коупінгу в різних ситуаціях в асертивний спосіб;
 - V. Когнітивна робота, яка направлена на розвиток помічних, конструктивних думок.

Приклад підтримуючого циклу до застосування фізичного покарання



Після довготривалої роботи з дитиною та батьками, спостерігались наступні зміни:

- Мама дитини стала більш врівноваженою, навчилась керувати своїми емоціями та регулювати їх.
- На рідкі прояви непослуху дитини стала реагувати адекватно.
- Навички регуляції злості постійно виконувала, і була здивована позитивним змінам, які вона помічала, в ході виховного процесу.
- Стала займатися йогою, що допомагає їй бути в балансі та гармонії з собою.
- Поведінкові проблеми дитини значно зменшились, з дитиною стало легше простіше домовитись. Не спостерігаються раптові напади агресивної поведінки. Дитина стала більш керовано та адекватно себе поводити. Спостерігається позитивна динаміка в когнітивному розвитку. На наступний рік родина планує віддати дитину на навчання до приватної школи.

Випадок №3

Група батьків, які погодились на груповий формат роботи:

- Олена 29р., дитина з РАС (5р.)
- Марина 34р., дитина з РАС(6р.)
- Іванка 36р., дитина з РАС(4р.)
- Наталя 33р., дитина з РАС (5р.)
- Олеся 37р., дитина з РАС (5р.)

Всі учасники групи скаржились на проблемну поведінку дітей та своє емоційне виснаження.

Груповий формат роботи з батьками був побудований наступним чином:

програма складалась з 14 занять 1 раз на тиждень по 2,5 години.

№	Тема заняття	Цілі заняття
1	«Аутизм його прояви та вплив на родину».	Розуміння впливу аутизму на функціонування сім'ї. Пояснення що таке НАДи, та як вони впливають на емоційний стан та поведінку. Техніки роботи з НАДами.
2	«Батьки не роботи, батарейки теж сідають»	Розуміння важливості піклуватись про себе та близьких. Робота з НАДами (продовження).

3	«Поповнення свого ресурсу»	Розвиток навичок самодопомоги та піклування про себе.
4	«Особливості взаємодії з дитиною з аутистичним спектром розвитку»	Навчитись взаємодіяти з дитиною, привертати увагу дитини за допомогою ігрової терапії (FLOOR TIME) та елементів сенсорної інтеграції. Навчитися складати та правильно використовувати меню заохочень.
5	«Танець взаємодії»	Удосконалення навиків взаємодії з дитиною (продовження) .
6	«Управління гнівом»	Навчитись давати раду сильним емоціям. Керування емоційними станами. Застосування технік КПТ щодо відслідковування та регуляції емоцій.
7	«Поведінкова майстерня 1»	Розвиток навиків поведінкового керівництва. Застосування моделі АВС.
8	«Поведінкова майстерня 2»	Відпрацювання навиків застосування поведінкового керівництва та аналізу поведінки
9	«Екстремне реагування 1»	Навчитися справлятися з проблемною поведінкою в екстремальних ситуаціях
10	«Екстремне реагування 2»	Навчитися справлятися з проблемною поведінкою в екстремальних ситуаціях (продовження)
11	«Візуалізація та відео моделювання»	Розвиток навиків використання візуальних підказок та відео моделювання бажаної поведінки.
12	«Соціалізація та адаптація»	Розуміння важливості соціалізації та розвиток правильних соціальних стереотипів. Застосування соціальних історій.
13	«Коло взаємодії»	Розвиток навичок спільної взаємодії (заняття батьки + діти)
14	«Mindfulness для батьків»	Розвиток навичок застосування вправ Mindfulness. Бути в гармонії з собою та навколишнім світом.

Груповий формат поєднував в собі когнітивно-поведінкову терапію, АКТ, стрес-менеджмент, Mindfulness терапію, а також АРТ-терапію, тілесно-орієнтовану та ігрову терапії. Дані заняття мали позитивний ефект.

На мій погляд, груповий формат роботи для батьків легший, а ніж індивідуальний формат. Історія кожного учасника обговорюється, розбирається на

прикладом, батьки діляться своїм досвідом, переживаннями та труднощами з якими вони стикаються. Успішні навички справлятися з різними важкими ситуаціями передаються одне одному, і це само по собі викликає терапевтичний ефект.

Важливою складовою даного формату роботи, були домашні завдання, які учасники повинні виконувати. Кожна зустріч починалась з привітання та обговорення домашнього завдання з подальшим розбором труднощів, які виникали під час його виконання. Це було дуже корисно і продуктивно.

Батькам важливо відчувати підтримку, співчуття та усвідомлення того, що вони не одні, що мають однодумців, які їх розуміють, спілкуються з ними, дають поради.

Вище наведені три зовсім різні формати роботи з батьками. Оскільки не всі батьки можуть визнати, що вони потребують індивідуальної терапії, підтримки та розуміння, потрібно знаходити відповідний спосіб надання допомоги. Часто батьки не розуміють, що перебування в хронічному стресі негативно відображається як на фізичному так і емоційному здоров'ї.

Батьки дітей з РАС мають прийняти той факт, що реабілітація та робота з дитиною це по-життєвий процес, що чарівних пігулок не має, що постійно потрібно працювати і це забіг на довгу дистанцію.

6. Підсумки та перспективні напрямки досліджень.

Кожна сім'я, що на власному досвіді відчула проблему виховання дитини з розладом спектру аутизму, проходить свій шлях, але як правило, стикається зі схожими проблемами. Частина батьків намагаються активно боротися з недугою, та якомога більше соціалізувати дитину, інші «пливуть за течією» і не намагаються скоригувати нестандартний розвиток та певні дивакуватості. При тяжких формах захворювання, іноді батьки відмовляються від своїх дітей.

Беззаперечним фактом є те, що всі батьки дітей відчувають стрес, тривогу та інші негативні психологічні фактори. Також очевидною є статистика з моєї практики, яка показує, що лише 1 із 5 батьків визнає, що потребує допомоги. Ще сумніша статистика стосується того, що за 8 років терапевтичної практики, випадки, коли за допомогою звернувся саме Батько дитини, поодинокі, та становлять менше 3%.

Причин небажання отримати допомогу досить багато, в першу чергу вони відносяться до архаїчних переконань, соціальної належності та фінансового стану.

Робота з батьками, що проводилася в центрі допомоги дітям з аутистичним спектром показала, що використання Когнітивно-поведінкової терапії дає позитивні результати. Основною дієвою складовою терапії є систематичність, та її кореляція з терапією дитини.

Застосовувати техніки Когнітивно-поведінкової терапії потрібно в різних комбінаціях, шукаючи ефективні способи корекції пацієнта. Обов'язковим є мотивація пацієнтів до виконання домашніх завдань.

Необхідною умовою успішної терапії являється підвищення емоційного тону, налагодження взаємодії між членами родини і дотримання правил усіма членами сім'ї, а також робота над зниженням рівня тривоги. Внаслідок цих змін спостерігається покращення стану батьків та дитини, контакт стає більш продуктивним, адже коли близькі навчаються контролювати рівень своєї тривоги та стаються більш толерантними до невизначеності, то дитина теж стає спокійнішою.

Перспективним є дослідження використання Когнітивно-поведінкової терапії при роботі з батьками та дітьми, що в силу різних соціальних, політичних та економічних подій в Україні останніх трьох років, стали вимушеними переселенцями, учасниками АТО, постраждалими від різного роду катаклізмів. Корисно визначити та змоделювати, як саме КПТ при роботі з вище згаданою категорією людей дає позитивні результати.

Перелік використаної літератури

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., «Когнитивная психотерапия депрессии.», СПб: «Питер» 2003.
2. Вебстер-Стреттон К., «Невероятные годы», СПб: «Питер» 2013;
3. Гаранян, Н.Г. «Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) / Н.Г. Гаранян // Журнал «Терапия психических расстройств». - 2006. - № 1. - С. 23-31.
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // МПЖ. 2001. № 4. С. 18-49.
5. Романчук О.І., «Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей.», Львів: «Кредо» 2007.
6. Романчук О.І., «Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві.» Львів: «Літопис», 2008.
7. Селигман М., Р.Б. Дарлинг «Обычные семьи, особые дети. Системный подход к помощи детям с нарушениями развития» . Москва: Теревинф 2013.
8. Ткачева В.В. «Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: учеб. Пособие»
9. Уебстер-Страттон К., Герберт М. «Проблемные семьи – проблемные дети» Екатеринбург: «РамаПублишинг», 2010
10. Франк М.Даттилио «Когнитивно – бихевиоральная терапия с парами и семьями». Москва: Форум 2015.
11. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1988. № 1. С. 94-102;

<https://www.youtube.com/watch?v=Ux1FMUEx7VQ>

<https://www.youtube.com/watch?v=8gJx16lycKI>