

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Одеська юридична академія»

Кафедра психології

Цільмак О. М., Бакурідзе Н.Г.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ
навчально-методичний посібник

Одеса–2025

**Рекомендовано навчально-методичною радою
Національного університету «Одеська юридична академія»
протокол № 4 від 10 лютого 2025 року**

Автори:

Цільмак О. М. – доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри психології Національного університету «Одеська юридична академія».

ORCID ID – <https://orcid.org/0000-0001-7348-4876>

Бакурідзе Н. Г. – викладач кафедри психології Національного університету «Одеська юридична академія»

ORCID ID – <https://orcid.org/0000-0001-7262-2982>

Рецензенти:

Ковалевська Л. А. – доктор медичних наук, професор, медичний директор медичного центру Експерт Хелс, м. Одеса

Чачко С.Л. - кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри загальної психології та психологічного консультування ФПСР Одеського національного університету імені І.І. Мечникова.

Цільмак О.М., Бакурідзе Н.Г.

Клініко-психологічний супровід родини: *навчально-методичний посібник*. Одеса: НУ ОЮА, 2025. 89 с.

У навчально-методичному посібнику за кожною темою конкретизуються: змістовна сутність кожного навчального питання лекції, план і завдання самостійної роботи, питання для контролю знань і вмінь, література для підготовки до практичного заняття та розкривається план практичного заняття.

Видання призначено для здобувачів вищої освіти, які вивчають навчальну дисципліну «Клініко-психологічний супровід родини» та викладачів закладів вищої освіти.



ЗМІСТ

Вступ	4
Критерії оцінювання, які поширюються на участь здобувачів у практичних заняттях та виконанні практичних індивідуальних завдань	5
Методичні вказівки для вивчення дисципліни	6
Тема 1. Робота психолога з родиною, яка переживає втрату	8
Тема 2. Психологічний супровід родини, яка має невизначену втрату	15
Тема 3. Клініко-психологічний супровід родини з дитиною з розладами дефіциту уваги та гіперактивності	26
Тема 4. Психологічний супровід батьківства, вагітності.	35
Тема 5. Психологічний супровід родини з дитиною, яка має особливі потреби	44
Тема 6. Клініко-психологічний супровід родини, в якій член родини має особливі потреби	51
Тема 7. Клініко-психологічний супровід родини, в якій є член родини з анорексією	56
Тема 8. Клініко-психологічний супровід родини, в якій є член родини з тривожним розладом, obsесивно-компульсивним розладом	68
Тема 9. Особливості психологічного супроводу родини з паліативним хворим	72
Тема 10. Особливості супроводу родини з хворим похилого віку	78
Питання для підготовки до підсумкового контролю	83
Рекомендований перелік джерел	86



ВСТУП

«Клініко-психологічний супровід родини» – це навчальна дисципліна професійної підготовки здобувачів вищої освіти, яка спрямована на практичне застосування знань, щодо підтримки сімей в складних життєвих обставинах, шляхом створення в родині необхідних умов для ефективного відновлення та унормування психічного стану членів родини, а також для лікування хворого члена родини, якщо такий є.

Навчальна дисципліна «Клініко-психологічний супровід родини» передбачає ознайомлення з сучасними підходами до практики організації процесу клініко-психологічного супроводу родини в якій член родини має особливі потреби, родини з дитиною з розладами дефіциту уваги та гіперактивності, родини з дитиною, яка має особливі потреби, родини, в якій є член родини з анорексією, родини, в якій є член родини з тривожним розладом, obsесивно-компульсивним розладом, родини з паліативним хворим, родини з хворим похилого віку тощо.

Метою навчальної дисципліни є формування у здобувачів вищої освіти системи знань та практичних навичок надання психологічної допомоги родинам у різних кризових ситуаціях та при роботі з особливими категоріями клієнтів.

Завданнями навчальної дисципліни є:

- надати теоретичне підґрунтя та практичні методи для роботи з родинами, які переживають різні види втрат;
- розвинути вміння психологічного супроводу родин з дітьми, які мають особливі потреби (розлади дефіциту уваги та гіперактивності та інші особливості розвитку);
- розвинути вміння надавати психологічну підтримку під час вагітності та раннього батьківства;
- сприяти засвоєнню специфіки роботи з родинами, де є члени сім'ї з розладами харчової поведінки, тривожними та obsесивно-компульсивними розладами;
- сприяти опануванню засад супроводу родин з паліативними хворими та людьми похилого віку;
- розвинути вміння діагностики сімейних відносин та планування психологічних інтервенцій відповідно до специфіки ситуації;
- формувати розуміння етичних принципів та професійних меж при роботі з різними категоріями сімей;
- озброїти технологією використання методів оцінки ефективності наданої психологічної допомоги та внесення коректив у програму супроводу.

Під час вивчення навчальної дисципліни «Клініко-психологічний супровід родини» використовуються такі методи, як: бесіда, кейс метод, моделювання, групові дискусії, психодіагностика та ін. Це сприятиме найбільш якісному засвоєнню навчального матеріалу.





КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ, ЯКІ ПОШИРЮЮТЬСЯ НА УЧАСТЬ ЗДОБУВАЧІВ У ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ ТА ВИКОНАННІ ПРАКТИЧНИХ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ

Оцінювання здобувачів вищої освіти здійснюється відповідно до «Положення про організацію освітнього процесу в Національному університеті «Одеська юридична академія»».¹

Так, зокрема, поточний контроль знань здобувачів освіти оцінюється за шкалою («2», «3», «4», «5»), з обов'язковим переведенням при підсумковому контролі оцінок в бали за допомогою шкали Університету до національної шкали та шкали ECTS.

Шкала оцінювання			
100-бальною шкалою	Шкала за ECTS	За національною шкалою	
		Екзамен	Залік
90-100	A	Відмінно	Зараховано
82-89	B	Добре	
74-81	C		
64-73	D	Задовільно	
60-63	E		
35-59	Fx	Незадовільно	Не зараховано
1-34	F		

Під час вивчення навчальної дисципліни здобувачі отримують оцінки за відповіді (усні, письмові), за активну участь у груповій роботі, за активну участь в обговоренні, за виконання індивідуальних завдань, за презентацію практичних умінь проведення психокорекції, проведення психологічного консультування, застосування певної психотехнології тощо.

Для отримання підсумкової оцінки здобувачу вищої освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості практичних занять та поточних контрольних заходів (реферату, контрольної роботи, завдань до самостійної роботи тощо).

Для переведу підсумкової оцінки у 100 бальну шкалу оцінювання знань середньоарифметична підсумкова оцінка множиться на коефіцієнт 20.

Якщо протягом вивчення навчальної дисципліни здобувач освіти, який складає екзамен, набрав не менше ніж 1/2 від загальної кількості оцінок суму балів 90 та більше за шкалою оцінювання ECTS, то він має право отримати оцінку за набраними балами A/Відмінно без складання підсумкового контролю. Наприклад, якщо заплановано 11 практичних занять (22 академічні години), то здобувачеві треба отримати всього 6 оцінок.

Здобувач освіти, який набрав менше ніж 1/2 від загальної кількості оцінок та менше ніж 90 балів складає екзамен відповідно в обов'язковому порядку.



¹ Положення про організацію освітнього процесу в Національному університеті «Одеська юридична академія»
<https://www.onua.edu.ua/ua/doc-education-ukr/7844-polozhennya-pro-organizatsiyu-osvitnogo-protsesu-v-nu-oua>



МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ

Здобувач у процесі вивчення навчальної дисципліни «Клініко-психологічний супровід родини» повинен:

- 1) опанувати лекційним матеріалом;
- 2) виконати практичне завдання під час самостійного опанування навчальним матеріалом;
- 3) відповісти на запитання для контролю знань і вмінь;
- 4) виконати індивідуальне завдання;
- 5) приймати активну участь у обговоренні навчальних питань під час практичних занять.

Опановуючи навчальний матеріал здобувач повинен розглядати, систематизувати та узагальнювати різні джерела інформації, встановлюючи змістовну сутність та логічність тих чи інших теоретичних положень. Кожне навчальне питання здобувачеві слід розглянути з точки зору наукової обґрунтованості, логічності, системності, конкретності та надійності джерела інформації.

Виконуючи **завдання для самостійної роботи**, здобувачеві слід пам'ятати, що відповідь по тому чи іншому питанню повинна бути чіткою, логічною, науково обґрунтованою, лаконічною та зрозумілою. Для цього він повинен:

- 1) глибокого проникати в сутність процесу, явища, що досліджується;
- 2) визначити смислові моменти навчального матеріалу та інформації, отриманої з різних джерел;
- 3) «очистити» навчальний матеріал від зайвої інформації;
- 4) узагальнити та уніфікувати навчальний матеріал;
- 5) креативно підходити до структуризації, класифікації та комбінації певних теоретичних постулатів;
- 6) логічно розмежувати елементи певних теоретичних положень один від одного та тощо.

Здобувачі можуть досягти повного осмислення і розуміння навчального матеріалу шляхом використання таких методів як: аналіз, синтез, дедукція, індукція, класифікація, конкретизація, порівняння, абстрагування, узагальнення та тощо.

Після засвоєння навчального матеріалу здобувач повинен **надати відповідь на запитання для контролю знань і вмінь**. Відповідаючи на певне запитання, – здобувач повинен обґрунтувати свою відповідь, розкриваючи її з різних наукових та практичних підходів.

Обов'язковим елементом процесу опанування здобувачем навчальним матеріалом є виконання ним **індивідуального завдання**, яке є важливою частиною позааудиторної самостійної роботи.

Метою індивідуального завдання є розвиток у здобувача навчально-дослідницьких умінь самостійно систематизувати, класифікувати, ранжувати та узагальнювати інформацію та на її основі розробити/створити новий інтелектуальний продукт.

Індивідуальне завдання – це завершена теоретична або практична робота в межах тої чи іншої теми навчальної дисципліни. ***Індивідуальні завдання можуть бути:***

1) *теоретико-орієнтованими* – це такі, що спрямовані на аналіз, синтез, порівняння, ранжування, класифікацію та узагальнення теоретичних напрацювань для підготовки реферату, створення мультимедійної презентації тощо;

2) *практико-орієнтованими* – це такі, що спрямовані на розробку конкретних дій та операцій для проведення психодіагностики, написання психологічної характеристики за результатами психодіагностики, створення плану психологічного консультування, проведення психологічного консультування, створення плану психологічного супроводження клієнта / родини, створення плану психокорекційних впливів на клієнта / родину, створення плану індивідуальної роботи з клієнтом тощо;

3) *теоретико-практико-орієнтованими* – це такі, що спрямовані на розробку конкретного інтелектуального продукту, наприклад, психологічні рекомендації, пам'ятки для клієнта, правил поведінки тощо.

4) *науково-дослідними* – це такі, що спрямовані на вивчення певного психічного явища для його класифікації, створення структурно-логічної схеми, здійснення навчально-дослідницького проекту тощо.

Залежно від сутності змісту індивідуального завдання форма його подання може бути різною. У навчально-методичному посібнику за кожною темою будуть конкретизуватися вимоги до подання результатів виконання індивідуального завдання.

У процесі самостійної підготовки здобувачів до практичних занять практико-орієнтовні, теоретико-практико-орієнтовні та науково-дослідні індивідуальні завдання є обов'язковими для виконання.

За виконане індивідуальне завдання здобувач отримує оцінку.

Таким чином, для успішного опанування навчального матеріалу з навчальної дисципліни «Клініко-психологічний супровід родини» здобувач, під час самостійної роботи, повинен виконати завдання для самостійної роботи; відповісти на запитання для контролю знань і вмінь, виконати індивідуальне завдання (практико-орієнтовне, теоретико-практико-орієнтовне) та під час практичних занять приймати активну участь у обговоренні навчальних питань.



ТЕМА 1.

РОБОТА ПСИХОЛОГА З РОДИНОЮ, ЯКА ПЕРЕЖИВАЄ ВТРАТУ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Втрата. Реакції на втрату родини та завдання психолога.
 2. Основні форми роботи з сім'єю, яка переживає втрату.
 3. Модель переживання втрати за Кюблер-Россером.
 4. Модель подвійного переживання Стробе М., Шут Х.
 5. Основні техніки та інструменти підтримки.
 6. Етапи допомоги родині.
 7. Робота з втратою на прикладі групової роботи з дітьми.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Втрата, реакції на втрату родини та завдання психолога

Втрата близької людини – одна з найважчих подій, з якою стикаються люди. Для багатьох сімей цей досвід супроводжується складними емоціями, зокрема горем, злістю, депресією та відчуттям безвиході. Завдання психолога полягає в тому, щоб підтримати родину у період горя та допомогти їм знайти сили для адаптації до нового етапу життя [5].

Типові реакції на втрату [1, 2]:

1. Гостре горювання: фізичні та емоційні прояви (плач, розпач, тривога, апатія).
2. Відчуття провини: іноді родина може відчувати себе винною через смерть близького, навіть якщо це не відповідає дійсності.
3. Злість та фрустрація: іноді на медичних працівників або навіть на самого померлого.
4. Ізоляція: члени сім'ї можуть дистанціюватися один від одного, намагаючись пережити горе наодинці.

Основні завдання психолога [5]:

- Допомогти сім'ї усвідомити та прийняти втрату.
- Підтримати адаптацію кожного члена сім'ї до нового етапу життя.
- Сприяти зміцненню внутрішніх ресурсів для подолання емоційного болю.

Ефективна підтримка полягає у допомозі родині віднайти нове значення у своєму житті після втрати. Психологічні інтервенції можуть допомогти вивчити нові життєві цілі, які відповідають зміненій ситуації [5].

2. Основні форми роботи з сім'єю, яка переживає втрату

Робота з сім'єю, яка стикається з втратою, потребує комплексного підходу, що включає індивідуальну, групову та сімейну терапію.

1. Індивідуальна психотерапія.

Напрямок та методи індивідуальної психотерапії залежать від спеціалізації психотерапевта та провідних каналів клієнта. Тому методи психотерапії можуть бути різноманітними.

1. Групова терапія

Групові заняття можуть допомогти родині зустрітися з іншими, які також втратили близьких, що сприяє почуттю підтримки та зменшує почуття самотності. Психолог проводить групові сесії, на яких обговорюються спільні труднощі та способи з ними справлятися [8].

Групова терапія для сімей є особливо корисною для людей, які переживають складні або ускладнені форми горя, особливо коли втрата була раптовою [8] (Shear, M. K., & Shair, H. Y., 2005).

2. Сімейна терапія

Сімейна терапія є ефективним інструментом для сприяння емоційній підтримці у родині та зменшення напруження між її членами. Цей підхід дозволяє кожному висловитися, а також допомагає зрозуміти емоції один одного, що зменшує конфлікти та сприяє спільному переживанню горя. Підтримка на рівні родини, яка залучає всіх її членів, може значно покращити адаптацію до втрати [10] (Walsh, F. (2007).



3. Модель переживання втрати за Кюблер-Россером

Розуміння етапів переживання втрати важливе для належної підтримки сімей. Найбільш відомою є модель Кюблер-Росс. Елізабет Кюблер-Росс, швейцарсько-американська психіатриня, розробила модель п'яти етапів прийняття горя, або модель стадій горя, яка описує емоційні стадії, через які проходять люди, що зіткнулися з важкою втратою чи смертю[5].

Ця модель, яку також називають моделлю Кюблер-Росс, складається з таких п'яти етапів [2, 10]:

1. Заперечення – етап, коли людина відмовляється вірити у втрату, ігнорує або уникає її.

2. Гнів – людина відчуває обурення та шукає винних, навіть якщо це нереалістично.

3. Торг – спроби «домовитися» з ситуацією, шукаючи можливості змінити її.

4. Депресія – глибоке відчуття печалі та безнадії, коли усвідомлюється неминучість втрати.

5. Прийняття – поступове примирення з ситуацією та прийняття реальності втрати.

Важливо зазначити, що спочатку Кюблер-Росс розробила цю модель для дослідження реакцій на смертельні діагнози у пацієнтів, але згодом модель стала

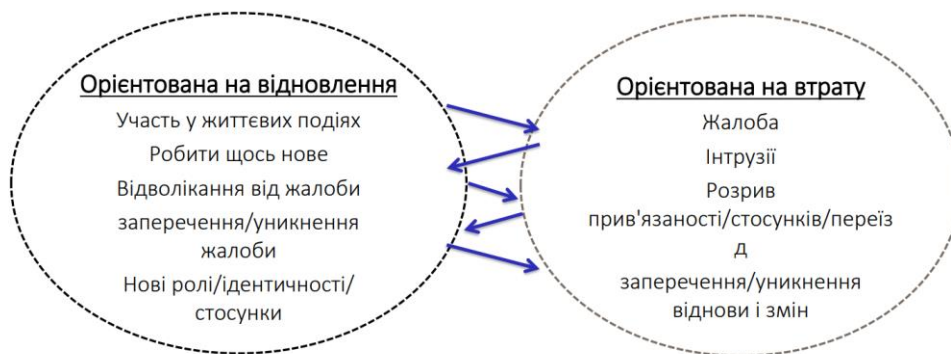
використовуватися для опису будь-яких великих втрат, таких як втрата близької людини, роботи або навіть зміни життєвого етапу. Однак, в цьому випадку не всі проходять ці стадії у чіткій послідовності, і деякі з них можуть бути пропущені або повторюватися. В процесі переживання втрата хоча і є схожі процеси, але вони не тотожні. Сучасна психологія також розглядає моделі адаптації до втрати та двопроектний підхід до горя [8] (Stroebe, M., & Schut, H., 1999).

Цей підхід описує чергування між зосередженням на втраті та відновленні, що дозволяє людині уникати постійного емоційного болю. Результати досліджень підтверджують, що двопроектний підхід допомагає адаптуватися до втрати через рівномірний розподіл уваги між сумом та необхідністю адаптуватися до нового життя [8].

5. Модель подвійного переживання Стробе М., Шут Х.

Модель подвійного переживання

(Stroebe & Schut, 1999)



6. Основні техніки та інструменти підтримки

Психолог може використовувати різноманітні техніки для підтримки родини [6]:

1. Робота з емоціями [2,8]:
 - Емпатійне слухання: створює безпечний простір для вираження глибоких почуттів.
 - Валідизація емоцій: важливо визнати й нормалізувати почуття членів сім'ї.
2. Методики відновлення ресурсів [2, 8]:
 - Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): допомагає зменшити депресивні та тривожні симптоми через зміну думок і поведінки.
 - Техніки релаксації та дихання: можуть зменшити фізичну реакцію на стрес.
3. Робота з пам'яттю та зміною ролей [3, 10]:
 - Створення спогадів: підтримка членів сім'ї у створенні позитивних спогадів про померлого, що допомагає зберегти зв'язок із втраченим близьким.
 - Переосмислення ролей: допомога родині у визначенні нових ролей та обов'язків після втрати близького.

7. Етапи допомоги родині

Психологічна допомога родині, що переживає втрату, може включати три основні етапи [8]:

1. Первинна підтримка: у перші дні або тижні після втрати психолог може надавати підтримку, допомагаючи родині прийняти емоційний шок. Це кризова допомога, якщо вона потрібна.

2. Підтримка на етапі адаптації: після місяця і включає допомогу у формуванні нових життєвих навичок, прийнятті змін і формуванні позитивних очікувань щодо майбутнього.

3. Довгострокова допомога: подолання складних почуттів, відновлення соціальних зв'язків та визначення цінностей, які будуть допомагати родині жити далі.

Відновлення після втрати є тривалим процесом, і що різні члени сім'ї можуть переживати втрату на різних рівнях. Вони дійшли висновку, що довготривала терапія може допомогти людям не тільки впоратися з горем, але й адаптуватися до життя без померлого [6] (Parkes, C. M., & Weiss, R. S., 1983).

Соціальні ресурси, такі як підтримка родини та друзів, можуть значно зменшити симптоми депресії та тривоги у людей, які втратили близьких. Вік та соціальні фактори відіграють важливу роль у здатності людей адаптуватися до втрати [4] (Bonanno, G. A., & Kaltman, S., 2001).

– Важливо враховувати специфіку роботи з дітьми, які можуть не повністю розуміти концепцію смерті, та літніми людьми, які мають інший емоційний досвід. Дітям та підліткам необхідна особлива підтримка і що вони схильні проявляти горювання через поведінкові реакції [9] (Silverman, P. R., & Worden, J. W., 1992):

– Забезпечення конфіденційності, особливо якщо члени сім'ї хочуть виражати негативні емоції щодо інших членів сім'ї або померлого.

– Важливо враховувати культурні та релігійні аспекти, які можуть вплинути на переживання втрати та процес горювання.

Робота з родиною, яка переживає втрату, є складним, але важливим завданням для психолога. Мета цієї роботи – допомогти сім'ї прийняти зміни та знайти нове значення у своєму житті. Використання індивідуального, сімейного та групового підходів допомагає родині знайти підтримку як у власних силах, так і у зв'язках з іншими людьми [5].

Таким чином, ефективна робота психолога з сім'єю, яка переживає втрату, допомагає знизити рівень страждань, підтримати емоційне здоров'я кожного члена родини та сприяє відновленню нормального функціонування.



8. Робота з втратою на прикладі групової роботи з дітьми

Розглянемо роботу з втратою на прикладі групової роботи з дітьми.

Структура групової програми

Сесія 1	Знайомство, психоедукація, безпечне місце і термометр відчуттів
Сесія 2	Інтрुзії
Сесія 3	Релаксація та інші інструменти
Сесія 4	Робота з травматичними нагадуваннями та уникненням
Сесія 5	Визначення відчуттів та коупінг (частина перша)
Сесія 6	Визначення відчуттів та коупінг (частина друга)
Сесія 7	Горе з плином часу – говоримо про майбутнє

Перш ніж почати вивчати конкретні методи, дітям необхідно отримати хоча б якесь розуміння про травматичні реакції на стрес і травматичне горе.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до відповіді на такі запитання:

- Втрата, реакції на втрату родини та завдання психолога.
- Основні форми роботи з сім'єю, яка переживає втрату:
- Модель переживання втрати за Кюблер-Россером.
- Модель подвійного переживання Стробе М., Шут Х.
- Основні техніки та інструменти підтримки.
- Етапи допомоги родині.
- Робота з втратою на прикладі групової роботи з дітьми.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Поясніть модель п'яти стадій горя за Елізабет Кюблер-Росс. Які етапи вона включає, та як їх можна використовувати в роботі психолога з родиною?
2. Охарактеризуйте модель подвійного процесу переживання горя Стробе М. і Шут Х. Як вона відрізняється від інших моделей?
3. Яку роль відіграє емпатія у роботі психолога з родинами, які переживають втрату? Наведіть приклади ефективних технік емпатійного слухання.
4. Охарактеризуйте основні потреби дітей різного віку під час процесу горювання. Які підходи можуть застосовуватися для надання психологічної підтримки дітям?
5. Що таке когнітивно-поведінкова терапія у роботі з горем? Наведіть приклади когнітивно-поведінкових технік, які можуть бути корисними для роботи з втратою.
6. Опишіть, як психолог може залучити соціальні та сімейні ресурси для підтримки родини, яка переживає втрату. Які ресурси слід враховувати, і як допомогти родині ними скористатися?
7. Як варто працювати з почуттям провини у членів родини, які

переживають втрату? Які техніки КПТ можна застосувати для унормування цього почуття?

8. Опишіть ваші дії як психолога, якщо під час консультації один із членів родини демонструє агресивну реакцію на втрату. Які етапи комунікації та підтримки доцільні у цьому випадку?

9. В яких випадках доцільно рекомендувати родині звернутися до групи підтримки для екологічного проживання горя? Які переваги і ризики можуть виникнути при залученні групової терапії?

Індивідуальне теоретико-практико-орієнтовне завдання

1. Підготувати короткий огляд моделей Кюблер-Россерра та подвійного процесу Стробе М. та Шут Х., визначивши основні відмінності між ними.

2. Складіть психологічні рекомендації для родини на певних етапах горювання, вказавши конкретні ресурси, які можуть полегшити процес горювання.

Вимоги до оформлення та подання рекомендацій

Форма подання: машинописний текст.

Кількість сторінок – до 5-ти.

Вимоги до змісту тексту – психологічні рекомендації повинні бути конкретними, чіткими, науково-обґрунтованими, практико-орієнтованими.

Примітка: роздрукований варіант психологічних рекомендацій взяти з собою на практичне заняття.

Підбиття підсумків практичного заняття.

Література для підготовки

1. Дирегров А., Юле В., Страуме М., Краус Ф. (2022) Діти та горе. Набуття життєвих навичок. Інститут психічного здоров'я УКУ серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія».

2. Психологія емоцій та почуттів: підручник. / [О.М. Цільмак, Ю.І. Шмаленко Н.Е. Мілорадова, С.О. Гарькавець та ін.] за загальною ред. О.М. Цільмак, Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2024. – 420 с. з іл. – (Серія «Психотехнології»).

3. Стробе М., Шут Х. Модель дуального або подвійного процесу. — 1991, 2007 Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). «The varieties of grief experience.» *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705–734

4. Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73–83

5. Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). «Recovery from Bereavement.» Basic Books

6. Shear, M. K., & Shair, H. Y. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 47(3), 253–267

7. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). «The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description.» *Death Studies*, 23(3), 197–224.

8. Silverman, P. R., & Worden, J. W. (1992). «Children's reactions to the death of a parent.» *Pediatric Annals*, 21(8), 498–506
9. Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207–227.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:

- Втрата, реакції на втрату родини та завдання психолога.
- Основні форми роботи з сім'єю, яка переживає втрату:
- Модель переживання втрати за Кюблер-Россером.
- Модель подвійного переживання Стробе М., Шут Х.
- Основні техніки та інструменти підтримки.
- Етапи допомоги родині.
- Робота з втратою на прикладі групової роботи з дітьми.

2. Робота у підгрупах.

Мета: аналіз випадку втрати (наприклад: смерть, розлучення, втрата роботи, втрата статусу, втрата житла тощо).

Завдання:

- ✓ Обговорити психологічний вплив певного випадку втрати на членів родини.
- ✓ Проаналізувати випадок втрати з точки зору труднощів, з якими особа стикається та її актуальних потреб. Враховуйте стадію горя та індивідуальні відмінності.
- ✓ Розробити загальний план підтримки особи, яка переживає горе в наслідок втрати, враховуючи різні методи (психоедукація, індивідуальні підтримуючі бесіди, рекомендації щодо самодопомоги тощо).
- ✓ Розглянути роль соціальної та сімейної підтримки для екологічного проживання втрати. Підготувати перелік можливих ресурсів для сімей, які переживають горе (групи підтримки, спеціалізовані консультації, ресурси самодопомоги).
- ✓ Обговорити психологічні рекомендації для родини клієнта, що розкривають конкретні ресурси, які можуть полегшити процес горювання, що були самостійно підготовлені вдома та скласти загальні найбільш доцільні психологічні рекомендації.
- ✓ Обговорити алгоритм ефективного використання ресурсів підтримки родини психологом під час комунікації.
- ✓ Презентувати плани підгруп підтримки родини з втратою.
- ✓ Обговорити та доповнити план підгрупи щодо підтримки родини з втратою.

3. Підбиття підсумків практичного заняття.



ТЕМА 2. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ, ЯКА МАЄ НЕВИЗНАЧЕНУ ВТРАТУ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Поняття «невизначена втрата».
 2. Емоції, почуття, стани та наслідки, які виникають у родичів.
 3. Супровід родичів осіб, зниклих безвісті.
 4. Проблеми родичів, які мають невизначену втрату.
 5. Психологічний супровід при невизначеній втраті.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Поняття «невизначена втрата»

Невизначена втрата (ambiguous loss) - це унікальний вид втрати, яка викликає глибокі психологічні труднощі через відсутність чіткого завершення або прощання.

Невизначена втрата буває двох типів [4]:

- 1) фізична відсутність з психологічною присутністю (наприклад, зникнення людини без вісти, викрадення) і
- 2) фізична присутність з психологічною відсутністю (наприклад, деменція або психічні розлади).

Цей вид втрати є надзвичайно важким для подолання, оскільки людина не може отримати остаточного підтвердження, чи втрачений близький насправді, що викликає «заморожене горе» та незавершене горювання.

Зникнення близької людини має вплив, який можна певною мірою порівняти з дуже травмуючою подією в житті людей. Проте ці переживання відрізняються між собою, і кожне з них викликає специфічні психологічні реакції. Травмуюча подія характеризується насильством, і її вплив обмежений у часі; ситуація, в якій опиняється сім'я зниклого безвісти, не має часових рамок; біль і стрес, викликані зникненням людини, не полишають близьких. Люди, які пережили травмуючу подію, повинні примушувати себе (часом марно) до того, щоб не думати про неї і в думках не повертатися до неї знову і знову. На відміну від них, родичі особи, зниклої безвісти, роблять все від них залежне, щоб не забути зниклого безвісти і того, що з ним сталося. Ось чому визначати психологічні страждання такої сім'ї як «посттравматичний стрес» – помилково. Такий підхід принижує особливості переживань і недооцінює сталість стресу, що виникає у зв'язку з невизначеністю і неясністю становища [4].

Для близьких особи, зниклої безвісти, травмуючою виявляється вся ситуація зникнення в цілому. Відсутність інформації про зниклого безвісти родича може занурити його близьких у стан травмуючої невизначеності, яка здатна серйозно порушити плин їхнього життя.

Активні пошуки [4]:

- є найпотужнішим джерелом стресу; ¼ можуть призвести до фізичного і психічного виснаження;
- можуть бути вельми травмуючими, якщо пов'язані з оглядом трупів і ексгумацією останків з безіменних масових поховань;
- у деяких випадках пов'язані з необхідністю запевнень, що зниклий безвісти родич ще живий.

Відмова [4]:

- повірити в те, що близької людини вже немає серед живих;
- обговорювати це питання з іншими людьми через страх зазнати ще більших страждань і емоційного зриву, що може призвести до соціальної та емоційної ізоляції.

Тривожне очікування [4]:

- тримає родичів в постійній напрузі. Постійні думки про зниклого безвісти:

- призводять до тяжкої невидимої присутності зниклого безвісти родича;
- не дозволяють зосередитися і (або) заснути;
- призводять до хронічного безсоння.

Коливання між надією і відчаєм [4]:

- це болісна ситуація, з якої люди не в змозі знайти вихід;
- родичі можуть чіплятися за надію з найрізноманітніших причин (релігійного, культурного і (або) психологічного характеру);
- надія також має свою ціну;
- у будь-який момент обставини, що не залежать від сімей, здатні знову занурити їх у відчай.

Дратівливість і нервозність [4]:

- низький поріг толерантності до інших джерел стресу;
- небажання спілкуватися з іншими людьми.



2. Емоції, почуття, стани та наслідки, які виникають у родичів

Почуття провини і самозвинувачення, викликані особистою відповідальністю за [4]:

- нездатність запобігти зникненню;
- нездатність захистити зниклого безвісти родича;
- нездатність відшукати людину.

Почуття провини, викликане страхом зрадити зниклу людину у тих випадках, коли [4]:

- пошуки безрезультатні;
- пошуки припинено;
- родичі змушені визнати зниклого безвісти члена сім'ї померлим.

Почуття провини, викликане бажанням вести нормальний спосіб життя, оскільки [4]:

- таке бажання є несумісним зі стражданнями через зникнення близької людини;

- відсутні традиційні норми і правила, які б спонукали родину повернутися до звичайного життя.

Почуття провини, викликане бажанням покласти край невизначеності.

Гнів спрямований на зниклого безвісти родича і тих, хто винен у його зникненні; - не завжди виражений відкрито; в ряді випадків він проявляється в сновидіннях [4].

Люди справляються з почуттям провини, самозвинуваченням і гнівом, намагаючись знайти сенс у тому, що відбувається, наприклад, вважаючи, що їхній родич зник безвісти, борючись за країну, вони намагаються впоратися з почуттям провини:

- беручи участь в боротьбі з несправедливістю;
- надаючи допомогу іншим.

Невизначеність впливає абсолютно на всі сторони життя: вона позбавляє родичів енергії й не дозволяє їм зосередити емоційні та інтелектуальні зусилля на чомусь іншому.

Участь у будь-якій іншій діяльності, що приносить задоволення, або знайомства та відносини з новими людьми можуть відчуватися як зрада зниклого безвісти родича.

Конкретні ознаки [5]:

- нав'язливість думок;
- психічний розлад;
- застигле життя;
- стан тривоги і депресія.

Ускладнюючі обставини [5]:

- присутність родичів під час подій, за яких сталося зникнення близької людини;
- втрата або зникнення безвісти кількох членів сім'ї.

Болісна невизначеність. Активні пошуки. Під тиском нагальної потреби знати родичі роблять усе можливе, використовують усі наявні в них ресурси, щоб отримати хоч якусь інформацію щодо зниклих безвісти близьких. У надії на те, що зникла людина ще жива, а також у пошуках розради багато сімей звертаються до самих різних людей, які здатні сказати їм те, що вони так жадають почути і чого вони так потребують. Це зміцнює хибні очікування і не дозволяє родичам психологічно перелаштуватися, що необхідно для того, щоб впоратися з відсутністю близької людини. Як вже говорилося, ціла низка чинників повертає сім'ї зниклих безвісти до активного пошуку [6]: чутки і неофіційні відомості, що розповсюджуються ворожками і посередниками, релігійні вірування, традиційні переконання, відсутність чіткої офіційної інформації, соціальна стигматизація та тиск з боку суспільства. Хоча прагнення отримати інформацію – абсолютно нормальна реакція, особливо в перші роки після зникнення людини, воно є також і серйозним, безперервним джерелом стресу. Тривалість та інтенсивність пошуків можуть призвести до фізичного і психічного виснаження (деякі сім'ї продовжують активні пошуки своїх зниклих безвісти родичів і через 25 років після їх зникнення). Без доброї поради, підтримки або розумних обмежень пошуки можуть навіть обернутися для сім'ї серйозною травмою

Відмова повірити. Дізнатися, що близька людина втрачена назавжди, – ось

що лякає родичів, і їм постійно доводиться відганяти від себе думку про її смерть. Іноді такий страх змушує їх протистояти власному песимізму, і вони відмовляються визнати очевидне й уникають тих людей, які потенційно можуть підтвердити їхні найгірші побоювання [6].

Відмова спілкуватися з іншими людьми може бути також викликана страхом не стримати свої емоції і зірватися за будь-якої згадки про зниклого безвісти родича [6].

Тривожне очікування. Відчайдушне бажання знову побачити зниклу безвісти людину і безоглядна надія на її повернення часом тримають людей в постійній напруженості [6].

Постійні думки про зниклу безвісти людину. Відсутність інформації про долю зниклої безвісти близької людини й, що ще гірше, усвідомлення того, що з нею могло статися будь-що, постійно тривожать сім'ю. Кожне нагадування про зниклого безвісти родича, яким би незначним воно не було (його одяг, друзі, місця, де він бував, значущі дати, тощо), викликає новий напад тривоги і робить відсутність близької людини невід'ємною рисою повсякденного життя сім'ї. Постійна тривога не дозволяє людям зосередитися на інших питаннях і позбавляє їх сну [6].

Коливання між надією і відчаєм. Невизначеність щодо долі зниклої безвісти близької людини може на довгі роки тримати життя сім'ї між надією і відчаєм або, як хтось сказав, «між небом і землею» [7].

Деякі сім'ї справляються з ситуацією, віддаючи перевагу надії, а не відчаю, чіпляючись за найбільш позитивний сценарій (вважають, що їхній зниклий безвісти родич все ще живий). У ряді випадків вони навіть ведуть себе так, ніби в їхньому житті нічого не сталося. Матері, що продовжували готувати улюблені страви зниклим безвісти синові чи дочці або не вимикали лампи на той випадок, якщо вони раптом повернуться додому, є в різних країнах. Таким чином родичі продовжують вважати своїх близьких живими і зберігати їхню присутність у сім'ї [4].

Спроба зберегти надію – цілком зрозуміла реакція. Цю ситуацію не слід плутати з відмовою вірити в смерть близької людини, коли немає конкретних доказів її смерті і коли сім'я продовжує активні пошуки зниклого безвісти родича [4].

Відмова вірити стає проблемою, коли, незважаючи на достатні підстави вважати, що зниклої безвісти людини вже немає серед живих, родичі все ще відмовляються навіть думати про це [4].

У спробах зберегти надію – не одне і те ж, що відмова вірити в смерть близької людини.

У спробах зберегти надію не дозволяє людям змінити своє життя.

В обох ситуаціях (надії і відчаю) родичі залишаються дуже уразливими.

На прагнення родичів зберегти надію впливає низка чинників.

Зовнішні чинники [5]:

- відсутність тіла (тобто доказу смерті);
- відсутність достовірної інформації;
- неоднозначність офіційних документів;
- контекст: родичі можуть враховувати минуле своєї країни, коли

відсутність інформації про родичів в ув'язненні була звичайним явищем;

– обставини зникнення: якщо людину заарештували вдома, її родичі схильні вважати, що людина знаходиться десь під вартою і питання полягає лише в тому, де саме;

– інші позитивні приклади: приклад повернення військових після тривалої відсутності, а також звільнення осіб, що протягом багатьох років утримувалися під вартою;

– неофіційна інформація з різних джерел: свідки (справжні і лжесвідки), чутки, посередники і ворожки.



3. Супровід родичів осіб, зниклих безвісті

Родичам, які намагаються відволіктися, займаючись якимись приємними справами або спілкуючись з іншими людьми, часом здається, що вони зраджують пам'ять зниклого безвісти члена сім'ї. Відповідно, вони можуть почати обмежувати своє спілкування з іншими людьми і не звертати уваги на власні емоційні потреби.

Інші ускладнення. Ознаки.

У тих ситуаціях, коли немає чітких відповідей, коли людину охоплюють найрізноманітніші почуття і вона знаходиться в стані невизначеності, коли у неї не вистачає ресурсів для того, щоб впоратися з ситуацією, і є мало зовнішніх чинників, здатних їй допомогти (підтримка оточуючих, відповідні ритуали), з часом життя може ускладнитися найсерйознішим чином. Найчастіше спостерігаються наведені нижче ускладнення [5].

Нав'язливі пошуки: потреба знати правду про долю близької людини може набути нав'язливого характеру, спонукаючи людину не припиняти пошуки. При цьому відкидаються в сторону всі власні потреби і потреби інших членів сім'ї; у порівнянні з пошуком зниклого родича сімейне життя відходить на другий план

Психічний розлад: інтенсивність цих емоцій часом спотворює всі інші відчуття, змушуючи людину всюди бачити свого зниклого безвісти родича: на вулиці, в телепередачі, в газетній фотографії, тощо [5].

Застигле життя: у виняткових випадках віра в те, що зниклий безвісти родич може з'явитися в будь-який момент, змушує людей залишатися на одному місці. Так, батько зниклого безвісти сина протягом багатьох років нікуди не виходив з дому, побоюючись, що син міг забути ключі.

У подібних випадках життя ніби зупиняється зі зникненням близьких і почне свій рух знову лише тоді, коли вони повернуться. Люди виявляють, що не в змозі впоратися з ситуацією невизначеності, з потенційними змінами в своєму житті і з життям як таким [5].

Стан тривоги і депресії: стан крайньої фрустрації, викликаной відсутністю чіткої інформації, нескінченною низкою питань, які залишаються без відповідей, постійними самозвинуваченнями, почуттям провини, тривогою за зниклого безвісти родича і коливанням між надією та розпачем, може призвести до повного виснаження як фізичного, так і духовного. Люди стають емоційно вразливими і страждають від фізичного виснаження. Через деякий час,

абсолютно пригнічені постійним відчуттям тривоги, вони можуть втратити смак до життя, інтерес до спілкування з іншими людьми і до суспільного життя [5].

Тривогу можна охарактеризувати як поєднання напруженості, нервозності, неспокою і хвилювання – кожний з цих станів є звичайною реакцією на стрес. Однак в тих випадках, коли такі стани стають надмірно інтенсивними і тривалими, вони можуть привести людину до втрати стійкості [5].

Депресія характеризується цілою низкою фізичних і психологічних ознак, з яких найбільш типовими є наступні: печаль, втома, відчуття безнадійності і безпорадності, сльозливість, занижена самооцінка, замикання в собі і втрата інтересу до звичних занять [5].

Як тривога, так і депресія можуть також набувати таких форм: скарги на фізичне нездужання (хронічний головний біль, болі у грудях, утруднене дихання, втрата апетиту, тощо), порушення сну (наприклад, труднощі, які відчуються під час засинання, переривчастий сон), нездатність сконцентрувати увагу, провали в пам'яті [5].

Ті, кому доводиться протягом тривалого часу шукати вихід із ситуації, коли близька їм людина зникла безвісти, часто перебувають в стані як глибокої тривоги, так і депресії. Подібний емоційний стан не слід плутати з жалобою за близькою людиною, оскільки такі люди не вважають, що дійсно понесли втрату. Їхня ситуація – це відкрита рана, яка ніяк не загоюється.

Люди, які опинилися в подібній ситуації, постійно відчують печаль і безперервний стрес.

Більшості сімей в самих різних країнах важко висловити свої страждання словами. Зазвичай вони висловлюють горе непрямым чином, вказуючи на проблеми фізичного характеру або на труднощі, з якими стикаються інші члени сім'ї.

Ускладнюючі обставини. Присутність родичів під час події, що призвела до зникнення близької людини [5]. Якщо за тих обставин, що передували зникненню (затримання, напад, масові вбивства, тощо), були присутні представники родини і їхнє життя також було під загрозою, даний факт накладе відбиток на все їхнє подальше життя: власні спогади будуть їх переслідувати до такої міри, що вони так і не зможуть впоратися зі зникненням близької їм людини. Дехто відчуває провину за те, що сам вижив, а його родичу не пощастило. Коли обставини зникнення супроводжуються будь-яким іншим травмуючим досвідом (бомбардування, масові вбивства, тощо), невизначеність і невідомість щодо долі близької людини може лягти на плечі рідних додатковим тягарем [5].

Також пригнічення та стрес через невизначеність та неможливість завершити процес горя. Амбівалентність у ролях та кордонах у сім'ї, оскільки невідомо, чи залишається втрачена особа «частиною» сім'ї. Соціальна ізоляція через те, що оточуючі не завжди можуть зрозуміти переживання родини [5].

Психосоціальні наслідки. Крім проблем психологічного характеру, багато людей стикаються з проблемами всередині сім'ї і з труднощами, пов'язаними з соціальним оточенням.

Проблеми всередині сім'ї. Відсутність спілкування викликають такі чинники [5]:

- прагнення захистити один одного від болю;
- розбіжності в думках між родичами щодо долі, яка спіткала зниклу безвісти близьку людину.

Проблеми, з якими стикаються дружини зниклих безвісти [5]:

- необхідність погоджуватися з думкою родичів чоловіка і продовжувати чекати його повернення;

- конфлікти з родичами чоловіка щодо опікунства над дітьми, нового шлюбу, розподілу допомоги, на яку діти мають законне право.

Проблеми, пов'язані з прийняттям на себе нової ролі [5]:

- і обов'язків голови сім'ї та (або) основного годувальника.

Обтяження дітей [5]:

- захищаючи дітей від конкретних фактів, люди тим самим захищають їх від розуміння того, що відбувається, а старшим дітям не дозволяють відчувати причетність до сімейних переживань;

- без будь-яких пояснень на дітей накладають нові обов'язки, які до цього виконував зниклий безвісти родич.

Невисловлені страждання братів і сестер [5]:

- почуття провини у тих, хто вижив;

- надмірні старання втішити батьків.

Труднощі, пов'язані з визначенням власного статусу, впливають на відчуття власного місця в тих чи інших соціальних групах.

Стигматизація [5]:

- сімей, чії родичі вважаються пов'язаними з повстанськими угрупованнями;

- дружин, які залишилися одні в результаті зникнення чоловіків, або тих, хто, як вважають жінки, накликав нещастя на їхніх чоловіків.



4. Проблеми родичів, які мають невизначену втрату

Що означає бути родичом особи, зниклої безвісти?

Емоційна ізоляція через [6]:

- нездатність розділити своє горе з іншими (страх бути незрозумілими, страх зіткнутися з думкою про смерть, страх здатися слабким, страх стати тягарем для інших);

- те, що оточуючі не завжди усвідомлюють страждання сімей зниклих безвісти.

Відсутність суспільної, релігійної, соціальної підтримки сімей зниклих безвісти, а також недостатність ритуалів, що були б адаптовані під потреби цих сімей, не дозволяють їм [6]:

- знайти сенс у досвіді, який вони переживають;

- знайти місце в суспільстві для своєї близької людини;

- полегшити свої страждання, розділивши їх з іншими людьми;

- вшанувати пам'ять близької людини.

Збереження пам'яті [5]:

- Щоб не забути зниклу безвісти людину.

- Щоб зберегти те місце, яке зникла людина займала у суспільстві.

У випадку деменції близька людина присутня фізично, але психологічно вона вже не є тією самою особою. Сім'ї таких пацієнтів часто відчувають втрату через зміну особистості близького, що викликає тривале горе [7].



5. Психологічний супровід при невизначеній втраті

Супровід може розглядатися як один із видів підтримки з боку спільноти. Ця діяльність будується на припущенні, що родичам осіб, зниклих безвісти, можна допомогти, встановлюючи з ними відносини, які засновані на емпатії та взаємній підтримці. «Супроводжувати» означає «бути разом з кимось» і надавати підтримку тоді, коли це потрібно [6].

Основна мета супроводу – це збільшення можливостей окремих осіб і цілих сімей у вирішенні складних питань, пов'язаних зі зникненням родича, і поступове відновлення їхньої здатності вести здорове життя в рамках своєї спільноти. Цього можна домогтися, спираючись на їхні власні ресурси, а також на ресурси, якими володіє спільнота, створюючи для людей коло підтримки на місцевому та загальнонаціональному рівні [5].

Подібна підтримка відрізняється від тієї підтримки, яку надають фахівці, що займаються конкретними проблемами (медичними, правовими, тощо). Це, перш за все, допомога у вирішенні всіх питань, з якими стикається сім'я, із залученням як фахівців із різних галузей (таких як судова медицина, право, охорона здоров'я, соціальна підтримка), так і звичайних людей з їхнього безпосереднього оточення [5].

Супровід родичів осіб, зниклих безвісти, не вимагає якихось особливих умінь і навичок. Достатньо чітко розуміти ситуацію сімей зниклих безвісти, мати здатність слухати і надавати необхідну підтримку тоді, коли це необхідно [8].

Більше того, супровід може виявитися корисним і для фахівців (перш за все, фахівців в галузі психічного здоров'я), адже їм необхідно знайти правильний підхід до сімей, оскільки родичі найменше схильні шукати подібну підтримку [8].

Чому супровід повинен бути адаптованим до потреб родичів?

Супровід родичів осіб, зниклих безвісти, є адекватним методом вирішення проблем подібних сімей з цілого ряду причин [5]:

- родичам часто потрібна довгострокова підтримка, оскільки отримання відповіді на питання про долю зниклої безвісти людини зазвичай є досить тривалим і складним процесом;

- як показує досвід, родичі шукають підтримки швидше у тих людей, яких вони вважають близькими і з ким вони відчувають себе в безпеці, ніж у фахівців у сфері психічного здоров'я;

- ефективність супроводу стає найбільш очевидною в конкретних ситуаціях – наприклад, коли проводиться ексгумація або під час ідентифікації останків.

- він необхідний тоді, коли, затагнуті в пошуки зниклого родича й охоплені тривогою, його близькі припиняють звертати увагу на власні потреби і (або) потреби інших членів сім'ї; в подібних ситуаціях постійна і дедалі більша

підтримка може полегшити горе родичів і спонукати їх зайнятися собою і своєю сім'єю;

- більше того, у зв'язку з особливими відносинами, що виникають між родичами осіб, зниклих безвісти, і особами, що здійснюють супровід, для останніх це є хорошою можливістю поширювати корисну інформацію серед сімей зниклих безвісти, які стикаються із специфічними труднощами, а саме: куди звернутися для отримання необхідної їм допомоги.

Основні цілі роботи з родинами, які стикаються з невизначеною втратою, включають:

1. Допомога у прийнятті невизначеності. Завдяки використанню технік нарративної терапії родинам допомагають знайти сенс у невизначеності. Це сприяє прийняттю втрати та можливості продовжити життя далі [4].

2. Розвиток стійкості (ресилієнсу): Психолог працює над посиленням здатності родини справлятися з постійною невизначеністю, зокрема через зміцнення міжособистісних зав'язків та зміцнення підтримки всередині сім'ї [5].

3. Підтримка в адаптації ролей. Зміна ролей є важливим аспектом психологічного супроводу. Наприклад, члени родини часто змушені брати на себе нові ролі або змінювати обов'язки, щоб пристосуватися до реальності, в якій близький психологічно «відсутній» [7].

Специфічні техніки та підходи:

1. Техніка обговорення амбівалентності. Ця техніка дозволяє членам родини висловити суперечливі емоції, які виникають при втраті, що допомагає знизити відчуття провини або гніву [6].

2. Психоедукація. Сім'ї інформують про природу невизначеної втрати, що допомагає зрозуміти свої емоційні реакції та почуття розгубленості. Це також може знизити тривогу та почуття ізольованості [7].

3. Створення ритуалів підтримки. Оскільки традиційні ритуали горя не підходять, психологи рекомендують створити індивідуальні сімейні ритуали, щоб вшанувати «втрату» і водночас підтримати внутрішню єдність сім'ї [4].

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до відповіді на такі запитання:

- Поняття «невизначена втрата».
- Емоції, почуття, стани та наслідки, які виникають у родичів.
- Супровід родичів осіб, зниклих безвісти.
- Проблеми родичів, які мають невизначену втрату.
- Психологічний супровід при невизначеній втраті.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Що таке невизначена втрата?
2. Які існують типи цієї втрати?
3. Опишіть психологічний вплив невизначеної втрати на членів родини.

4. Яку роль відіграє амбівалентність у переживанні невизначеної втрати?
 5. Які психологічні труднощі виникають у сімей при фізичній присутності, але психологічній відсутності близької людини?
 6. Як би ви організували першу зустріч із родиною, яка стикається з невизначеною втратою?
 7. Які методи психологічної підтримки є найефективнішими у випадках невизначеної втрати?
 8. Розробіть план підтримки для членів родини, які переживають втрату близького через прогресуючу деменцію.
 9. Як можна використовувати соціальні та психологічні ресурси для допомоги родинам, що стикаються з невизначеною втратою?
 10. Як підтримати родину, яка переживає невизначену втрату через тривалу відсутність інформації про зниклого родича?
 11. Уявіть, що до вас звернулася родина, яка переживає невизначену втрату через зникнення близької людини безвісти. Які етапи консультування ви запропонували б?
 12. Які труднощі можуть виникнути у родині, де один з батьків страждає на хронічне психічне захворювання? Як психолог може допомогти членам цієї родини?
1. Розробіть психологічні рекомендації для групи підтримки родин, які переживають невизначену втрату.

Індивідуальне теоретико-орієнтовне завдання

Підготувати мультимедійні презентації з таких тем:

- ❖ «Почуття провини та самозвинувачення при переживанні особою невизначеної втрати».
- ❖ «Гнів при переживанні особою невизначеної втрати».
- ❖ «Культурне та релігійне підґрунтя переживання особою невизначеної втрати».
- ❖ «Проблеми взаємовідносин з оточенням родичів особи, яка зникла безвісти».

Вимоги до оформлення та подання

Форма подання : мультимедійна презентація Microsoft Office Power Point.

Кількість слайдів: 12-15.

Вимоги до оформлення мультимедійної презентації – дивись «Рекомендації та вимоги до створення і оформлення мультимедійної презентації» – URL: <https://vseosvita.ua/library/rekomendacii-ta-vimogi-do-stvorennia-i-oformlenna-multimedijnoi-prezentacii-493903.html>

Примітка! Презентувати презентацію треба не читаючи її слайд, а пояснюючи його змістовну сутність.

Література для підготовки

1. Дирегров А., Юле В., Страуме М., Краус Ф. (2022) Діти та горе. Набуття життєвих навичок. Інститут психічного здоров'я УКУ., серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія».

2. Психологія емоцій та почуттів: підручник. / [О.М. Цільмак, Ю.І. Шмаленко Н.Е. Мілорадова, С.О. Гарькавець та ін.] за загальною ред. О.М. Цільмак, Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2024. – 420 с. з іл. – (Серія «Психотехнології»).

3. Цільмак О.М. Технології психологічного консультування : підручник / О. М. Цільмак ; підрозд. 2.4.2 у співавт. з А. Д. Онішкевич. – Одеса : Астропринт, 2023. – 212 с. з іл. – (Серія «Психотехнології») ISBN 978–966–927–907–1

4. Boss, P. (2007). Ambiguous Loss Theory: Challenges for Scholars and Practitioners. *Family Relations*, 56, 105-111. <https://doi.org/10.1111/J.1741-3729.2007.00444.X>

5. Betz, G., & Thorngren, J. (2006). Ambiguous Loss and the Family Grieving Process. *The Family Journal*, 14, 359 - 365. <https://doi.org/10.1177/1066480706290052>

6. Kean, S. (2010). The experience of ambiguous loss in families of brain injured ICU patients.. *Nursing in critical care*, 15 2, 66-75 . <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00379.x>

7. Solheim, C., Zaid, S., & Ballard, J. (2016). Ambiguous Loss Experienced by Transnational Mexican Immigrant Families.. *Family process*, 55 2, 338-53 . <https://doi.org/10.1111/famp.12130>

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:

- Поняття «невизначена втрата».
- Емоції, почуття, стани та наслідки, які виникають у родичів.
- Супровід родичів осіб, зниклих безвісті.
- Проблеми родичі, які мають невизначену втрату.
- Психологічний супровід при невизначеній втраті.

2. Робота в підгрупах.

Мета: аналіз випадку невизначеної втрати в родині (наприклад, психологічна відсутність особи в наслідок деменції, зникнення особи безвісти, психологічна відсутність особи в наслідок амнезії тощо).

Завдання:

✓ Обговорити психологічний вплив певного випадку невизначеної втрати на членів родини.

✓ Проаналізувати випадок невизначеної втрати з точки зору актуальних потреб членів родини та труднощів, з якими вони стикаються.

✓ Розробити загальний план підтримки родини з невизначеною втратою та персональний детальний план підтримки для кожного члена родини, враховуючи різні методи (психоедукація, індивідуальна бесіда, група підтримка тощо).

✓ Презентувати плани підгруп підтримки родини з невизначеною втратою та персональний детальний план підтримки для кожного члена родини.

✓ Обговорення та доповнення планів підтримки родини з невизначеною втратою та персональний детальний план підтримки для кожного члена родини.

3. Підбиття підсумків практичного заняття.

ТЕМА 3. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ З ДИТИНОЮ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Діагностика розладу дефіциту уваги та гіперактивності.
 2. Модель допомоги дітям та підліткам з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
 3. Окремі ідеї та техніки.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Діагностика розладу дефіциту уваги та гіперактивностію.

Первинне психіатричне обстеження дітей та підлітків повинно включати запитання щодо основних симптомів РДУГ (неуважність, імпульсивність та гіперактивність) та порушень, які ці симптоми викликають.

Скринінгові питання повинні базуватися на критеріях МКХ-11 та DSM-V.

Діагноз РДУГ повинен встановлювати тільки фахівець – дитячий психіатр або інший відповідний кваліфікований медичний працівник, що має підготовку та досвід у діагностиці РДУГ.

При діагностуванні РДУГ необхідно врахувати, що симптоми гіперактивності/ імпульсивності та/або неуважності повинні [1]:

- відповідати критеріям в DSM-V або МКХ-11;
- спричиняти принаймні помірні психологічні, соціальні та/або освітні порушення на основі опитування та/або безпосереднього спостереження у кількох середовищах;
- бути присутніми у двох або більше важливих середовищах, включаючи соціальні, сімейні, освітні.

При визначенні клінічної значущості порушення, що виникає внаслідок симптомів РДУГ у дітей та підлітків, слід брати до уваги їхню думку, де це можливо.

При обстеженні слід також врахувати, що більшу ймовірність РДУГ мають діти та підлітки з [1]:

- недоношеністю (в анамнезі);
- нейророзвитковими розладами (наприклад, розладом спектру аутизму, тиковими розладами, інтелектуальними порушення та розладами шкільних навичок);
- опозиційно-викличним розладом поведінки чи іншими розладами поведінки;
- тривожними розладами та депресією;
- епілепсією;

- історією зловживання алкоголем та наркотиками;
- близькими родичами з діагнозом РДУГ.

Як доповнення до клінічного інтерв'ю у дітей та підлітків рекомендовано використовувати рейтингові шкали Коннерса (Conners Comprehensive Behaviour Rating Scale, Conners-3) та опитувальник «Сильні сторони та труднощі» (The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ), а також ADOS-2 [1].

Також необхідно пам'ятати, що діагноз РДУГ не слід ставити виключно на основі рейтингових шкал або даних спостережень.

Додаткові інструментальні та лабораторні обстеження [1] електроенцефалографія (ЕЕГ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) - не показані для обстеження РДУГ, лише у випадку додаткових неврологічних симптомів.

При диференційній діагностиці слід розглянути [1]:

- інші розлади психіки (розлади поведінки, опозиційно-викличний розлад поведінки, тривожні розлади, депресію, біполярний розлад, психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин);
- соматичні розлади (епілепсію, зокрема малі епілептичні напади, або абсанси, гіпертиреоз та наслідки травм головного мозку);
- травматичний досвід чи поточний стрес (цькування, зміни в сімейних обставинах, втрати, знущання та інше).

Діагностика супутніх розладів.

Діти з РДУГ часто мають супутні психічні розлади, тому при обстеженні слід врахувати наступні розлади та проблеми [1]:

- нейророзвиткові розлади (розлади спектру аутизму, тикозні розлади, розлади шкільних навичок та інші);
- розлади поведінки, зокрема опозиційно-викличний розлад поведінки (ОВРП) ;
- тривожні розлади;
- депресію;
- біполярний розлад (манія);
- розлади сну;
- зловживання алкоголем/наркотиками.

Ключовими симптомами РДУГ є проблеми самоконтролю у різних сферах, зокрема [4]:

- рухова гіперактивність і трудність стримувати себе у ситуаціях, коли треба довгий час сидіти/мовчати;
- порушення концентрації уваги – особливо у ситуаціях, коли нецікаво чи багато відволікаючих чинників;
- нетерпеливість (відповідно важко чекати, не перебивати інших та ін.);
- імпульсивність (схильність діяти, не оцінивши наслідків поведінки, ризику);
- труднощі самоорганізації (зокрема забудькуватість, часті запізнення, неорганізованість та ін.);
- труднощі у збереженні мотивації – особливо щодо завдань, які не є цікавими і не ведуть до негайного результату.

Ці прояви у сфері гіперактивності, неуважності та імпульсивності є

виражені значно більше, ніж у ровесників і ведуть до порушень у різних сферах життя (навчання, стосунки та ін.).

Існує три підтипи РДУГ [4]:

- Переважно неуважний тип. Більшість симптомів пов'язані з неуважністю.
- Переважно гіперактивний/імпульсивний тип. Більшість симптомів проявляються в гіперактивності та імпульсивності.
- Змішаний тип. Це суміш симптомів неуважності та гіперактивності/імпульсивності.

Неуважність

Дитина, яка проявляє патери неуважності, часто може [2]:

- Не звертати пильної уваги на деталі або допускати необережні помилки в навчанні.
- Мати проблеми з концентрацією уваги при виконанні завдань або в грі.
- Не слухати, навіть коли звертаються безпосередньо до нього.
- Через силу виконувати інструкції та не закінчувати шкільну роботу чи роботу по дому.
- Мати проблеми з організацією завдань та діяльності.
- Уникати або не любити завдань, які вимагають зосереджених розумових зусиль, таких як домашнє завдання.
- Губити предмети, необхідні для виконання завдань або діяльності, наприклад, іграшки, домашнє завдання, олівці.
- Легко відволікатися.
- Забувати виконувати деякі щоденні дії, такі як роботу по дому.

Гіперактивність та імпульсивність

Дитина, яка проявляє симптоми гіперактивності та імпульсивності, часто [2]:

- Може нервово перебирати чи постукувати руками або ногами, соватися на сидінні.
- Не може всидіти на місці в класі або в інших ситуаціях.
- Дуже непосидюча, перебуває в постійному русі.
- Може бігати або залазити кудись в ситуаціях, коли це недоречно.
- Не може гратись або займатись чимось тихо.
- Може занадто багато говорити.
- Викрикувати відповіді, не дослухавши питання.
- Не може дочекатися своєї черги.
- Може переривати або втручатися в чужі розмови, ігри або заняття.



2. Модель допомоги дітям та підліткам з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю

Базові втручання [1]:

- Психоедукація батьків та дитини/підлітка, спільне планування допомоги.
- Навчання батьків, зосереджене на РДУГ у груповому та/або індивідуальному форматі.
- Медикаментозна терапія (психостимулятори, атомоксетин, гуанфацин).

Додаткові втручання [1]:

- Індивідуальна/групова КПТ для дітей та підлітків, яка націлена на менеджмент симптомів РДУГ та його наслідків (самоконтроль, емоційну регуляцію, соціальні навички та інше).
- Консультування соціального середовища (школа, садок та ін.) у форматі рекомендацій щодо впровадження поведінкового втручання, вибору оптимальної освітньої програми, залучення асистента та іншого.
- Психологічний супровід та підтримка батьків/рідних.

Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків з РДУГ

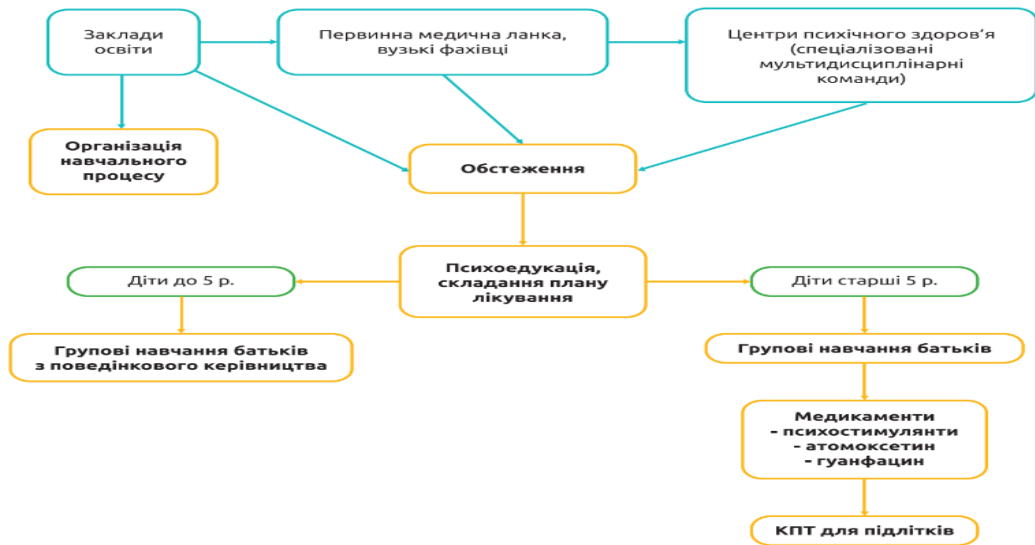


Рис. 1. Графічний алгоритм послуг для дітей та підлітків з РДУГ

Психоедукація. Після встановлення діагнозу РДУГ, рекомендовано провести структуроване обговорення з батьками, а також, за можливості, з дітьми та підлітками про те, як розлад може вплинути на їхнє життя. Зокрема, про [1]:

- важливість модифікації навколишнього середовища для зменшення впливу симптомів РДУГ;
- більшу схильність до імпульсивної поведінки;
- труднощі у навчанні;
- проблеми у стосунках;
- виклики, пов'язані з лікуванням і супутніх розладів психіки;
- підвищений ризик зловживання алкоголем та наркотиками.

При плануванні модифікації середовища необхідно врахувати, що відповідні зміни в навколишньому середовищі можуть бути специфічними для кожної дитини з РДУГ і повинні визначатися на основі оцінки її потреб.

Наприклад:

- зміна місця у класі, освітлення та шуму;
- зменшення відволікаючих факторів (наприклад, використання навушників) ;
- оптимізація навчання з коротшими періодами зосередженості і рухливими перервами;

- підкріплення усних запитів письмовими інструкціями;
- залучення асистентів у школі.

Слід повідомляти батьків дітей із РДУГ про наявні ресурси інформації, зокрема:

- місцеві та національні групи підтримки, громадські організації;
- вебсайти.

Необхідно надавати інформацію дітям та підліткам із РДУГ (та їх батькам чи опікунам) у такій формі, яка враховує наступне[5]:

- їхній рівень розвитку, емоційну зрілість та пізнавальну здатність, включаючи розлади шкільних навичок, проблеми із зором чи слухом, затримку мовленнєвого розвитку чи труднощі соціальної комунікації;

- супутні розлади психіки;
- індивідуальні потреби та обставин, включаючи вік, стать, рівень освіти та життєвий етап.

Рекомендовано інформувати батьків / опікунів дітей з РДУГ про важливість[1]:

- позитивного контакту між батьками та дітьми;
- чітких та відповідних правил щодо поведінки та послідовного керування;
- організації дня дитини або підлітка.

План лікування має бути комплексним і зрозумілим для всіх, а також відповідати психологічним, поведінковим та освітнім потребам дітей та підлітків з РДУГ.

При складанні плану слід брати до уваги [4]:

- важкість симптомів і порушень РДУГ, а також їх вплив на повсякденне життя (включаючи сон) ;
- цілі лікування;
- стресостійкість та захисні фактори;
- відповідний вплив інших психічних розладів.

Діти до 5 років [1]:

Необхідно запропонувати групове навчання, зосереджене на РДУГ, батькам чи опікунам дітей із РДУГ віком до 5 років як лікування першої лінії.

Якщо після групового навчання, зосередженого на РДУГ, та після впровадження і перегляду модифікації середовища, симптоми розладу все ще спричиняють значні порушення у різних сферах дитини, слід звернутися за рекомендаціями до фахівців з досвідом лікування РДУГ у дітей раннього віку.

Не рекомендовано пропонувати медикаменти від РДУГ жодній дитині віком до 5 років без заключення іншого фахівця, який має досвід у лікуванні РДУГ у маленьких дітей.

Діти старші 5 років та підлітки [1]:

Необхідно надати інформацію про РДУГ та запропонувати додаткові підтримуючі сесії для батьків чи опікунів усіх дітей старших 5 років та підлітків із РДУГ.

Підтримуючі сесії мають бути зосереджені на РДУГ, можуть бути у груповому форматі та складати всього 1 або 2 сеанси.

Сесії повинні містити [4]:

- інформацію про причини та наслідки РДУГ;

- поради щодо стратегій виховання;
- рекомендації по співпраці зі школою чи іншим навчальним закладом.

Слід розглянути індивідуальні програми навчання для батьків дітей з РДУГ та симптомами опозиційно-викличного розладу чи розладу поведінки, коли [1]:

- існують особливі труднощі при відвідуванні групових занять (наприклад, через інвалідність, мовні відмінності, труднощі із навчанням [інтелектуальні порушення], погане самопочуття батьків, проблеми з транспортом, або інші фактори, які вказують на низькі перспективи для терапевтичного залучення);

- потреби сім'ї надто складні, щоб їх могли задовольнити програми групового навчання батьків.

Слід рекомендувати медикаменти для дітей старших 5 років лише у випадку, коли їх симптоми РДУГ все ще викликають стійкі значні порушення принаймні в одній сфері після впровадження та аналізу модифікації середовища.

Рекомендовано курс когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для підлітків із РДУГ, які отримали позитивний ефект від прийому медикаментів, але симптоми яких все ще викликають значні порушення принаймні в одній сфері.

КПТ для підлітків направлена на такі аспекти [4]:

- соціальні навички з однолітками;
- вирішення проблеми;
- самоконтроль;
- навички активного слухання;
- спілкування та вираження почуттів.



3. Окремі ідеї та техніки

Основні методи психоедукації [1]:

► Презентація та роз'яснення батькам діагностичної інформації під час «круглого столу» з фахівцями.

► Презентація інформації про РДУГ під час індивідуальних зустрічей.

► Лекції/семінари/конференції для батьків.

► Друковані матеріали (буклети, статті, книжки, історії інших сімей та ін.).

► Відеоматеріали.

► Інтернет-ресурси.

Важливо усвідомлювати, що психоедукація батьків завжди супроводжується певними емоційними реакціями (страх, смуток, злість тощо), адже вони отримують інформацію не про прогноз погоди, а про особливі труднощі та обмеження своєї дитини. Фахівцям важливо бути чутливими щодо емоційних реакцій батьків і допомагати їм не тільки когнітивно, але й емоційно інтегрувати отриману інформацію [2].

Для досягнення кращого розуміння батьками своєї дитини ми часто пропонуємо батькам якийсь час вести щоденник. Наголошуємо на тому, що інколи можна жити поруч, і дуже мало знати і розуміти один одного. Наголошуємо також на тенденції стереотипного сприйняття один одного через призму «етикеток», а також на проблемі проєкцій (наприклад, «я внутрішньо чуюся поганою мамою, а тому непослух дитини сприймаю, як її послання мені,

що я не варта любові») та помилкової оцінки мотивів дитини (наприклад, «він це робить навмисне, наперекір мені»). Наголошуємо також на глибинному розумінні дитини іноді поведінкові проблеми, на яких сфокусована увага батьків, є лише вершиною айсбергу, а інші, не менш важливі, труднощі залишаються поза увагою [1].

Батькам (звичайно рекомендується робити окремо матері, окремо батькові) дається завдання під час спеціального часу іти за ініціативою дитини, повністю бути з нею і спробувати спілкуватися виключно у позитивний спосіб. А тому можна хвалити дитину, говорити про її успіхи, але не можна критикувати, задавати питання, повчати та ін. У цьому застереженні знову ж таки присутнє метафоричне послання про важливість переміни стилю спілкування з дитиною, зменшення критики та повчань, а збільшення позитивного спілкування, похвали, виявів зацікавлення. Відповідно можна сприймати ці 20 хвилин як вправу для батьків на тренінг нових способів спілкування, які необхідно генералізувати і за межами спеціального часу [3].

«Побачення з дитиною». Ця техніка більше підходить старшим дітям та підліткам, якими спеціальний час може сприйматися як щось «дитяче». Втім, принцип залишається тим же.

Батькам пропонується пояснити дитині, що ми хочемо мати ліпші взаємини, більше знати один одного, а тому для цього важливо проводити разом час за якимось заняттям, яке об'єднує і під час якого ми прагнемо також більш позитивно спілкуватися. Відповідно, разом щотижня складається список можливих спільних занять (наприклад, куховарство, прогулянка, велосипедна мандрівка, заняття спортом та ін.), вибирається 2-4 спільних заняття на тиждень і відразу ж вони вписуються у тижневий графік. Їхня тривалість може бути 30 хвилин- 1 година. Важливо знову ж таки дотримуватися тих самих принципів та правил, що й при спеціальному часі. Метафоричне послання цієї техніки відсилає до важливості все більшого залучення батьків у життя дитини та важливості позитивного спілкування [3].

Спеціальний час для спілкування. Ця техніка сприяє більш щирому та позитивному спілкуванню між дітьми, підлітками та батьками. Суть її у тому, щоб мати щодня «традиційний час» для спілкування, наприклад, щовечора пити разом чай і ділитися враженнями за день. Принцип той самий: не перебивати, не допитувати, не критикувати, не повчати просто вчитися ділитися один із одним своїми переживаннями, історіями, уважно слухати один одного. Інколи для покращення спілкування можна пропонувати допоміжні засоби, наприклад, символічний мікрофон, який нагадує, що має право говорити лише той, хто має мікрофон, а інші активно слухають, не перебиваючи. Це може бути корисним із огляду на проблеми з імпульсивним перебиванням інших у дітей із РДУГ. Деколи, щоби зробити спілкування цікавішим, можна перетворити цей час у свого роду «психологічну гру» наприклад, написати запитання, що допомагають розкрити власну особистість (наприклад, із якою твариною ти себе ідентифікуєш і чому), покласти їх у коробку, а тоді по чергово виймати. Або ж брати інтерв'ю з відеокамерою. Або ж вибрати спеціальну тему, наприклад, спогади з минулого та ін. З огляду на часті комунікативні проблеми в сім'ях дітей із РДУГ та наявність встановлених дисфункційних взірців запровадження таких типів

спілкування може виявитись дуже важливим [3].

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

1. Підготуватися до відповіді на такі запитання:
 - Діагностика розладу дефіциту уваги та гіперактивності.
 - Модель допомоги дітям та підліткам з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
 - Окремі ідеї та техніки.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Охарактеризуйте основні симптоми РДУГ за DSM-5. Які ознаки є визначальними для діагностики?
2. Опишіть основні підходи та методи клініко-психологічного супроводу сімей з дитиною з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
3. Охарактеризуйте корекційно-розвивальні методи для дітей з РДУГ. Які методи вважаються найбільш ефективними?
4. До вас звернулися батьки, занепокоєні гіперактивністю своєї семирічної дитини. Як ви поясните їм сутність діагнозу РДУГ і його особливості?
5. Опишіть ваші дії у разі, якщо батьки не визнають діагноз - розлад дефіциту уваги та гіперактивності у дитини та відмовляються від психологічного супроводу.
6. Розробіть план початкової психоосвітньої консультації для родини, яка вперше дізналася про РДУГ у дитини.
7. Які етичні принципи важливо дотримуватись під час супроводу сімей з дітьми, що мають РДУГ?
8. Як ви вирішуватимете етичну дилему у разі конфлікту між рекомендаціями психолога та переконаннями батьків?
9. Як, на вашу думку, можна покращити системну підтримку сімей з дітьми з РДУГ в українському суспільстві?

Індивідуальне практико-орієнтовне завдання

1. Здійсніть аналіз наукових надбань та оберіть психотехнології допомоги дітям та підліткам з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
2. Подивіться мультимедію про дітей з РДУГ (<https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/adhd/>)
3. Розробіть план початкової психоосвітньої консультації для родини, яка вперше дізналася про розлад дефіциту уваги та гіперактивності у дитини.

Вимоги до оформлення та подання плану

Форма подання – таблиця.

Таблиця може мати різну кількість стовпчиків. Наприклад, 1-й стовпчик – це номер по порядку, 2-й – захід (що треба зробити), 3-й – необхідні матеріали,

4-й – час проведення, 5-й стовпчик – місце проведення, 6-й – хто буде проводити (відповідальні); 7-й – примітки.

Кількість сторінок – до 10-ти.

Вимоги до змісту тексту – план повинен бути конкретним, чітким, науково-обґрунтованим, практико-орієнтованим.

Примітка! Роздрукований варіант плану взяти з собою на практичне заняття.

Література для підготовки

1. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей, (2022), Київ: Свічадо, с.300
2. Katzman, Martin A et al. “Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach.” BMC psychiatry vol. 17,1 302. 22 Aug. 2017, doi:10.1186/s12888-017-1463-3
3. Sprich, Susan E et al. “Description and Demonstration of CBT for ADHD in Adults.” Cognitive and behavioral practice vol. 17,1 (2012): 10.1016/j.cbpra.2009.09.002. doi:10.1016/j.cbpra.2009.09.002
4. Knouse, Laura E, and John T Mitchell. “Incautiously Optimistic: Positively-Valenced Cognitive Avoidance in Adult ADHD.” Cognitive and behavioral practice vol. 22,2 (2015): 192-202. doi:10.1016/j.cbpra.2014.06.003

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:
 - Діагностика розладу дефіциту уваги та гіперактивності.
 - Модель допомоги дітям та підліткам з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
 - Окремі ідеї та техніки.
2. Розбір конкретних випадків, обговорення симптомів, поведінкових ознак.
3. Моделювання психоосвітньої зустрічі з батьками дітей з РДУГ.
4. Обговорення можливих запитань та побоювань батьків, особливостей техніки пояснення.
5. Розробка короткострокового плану корекційної роботи для окремого випадка.
6. Визначення психоемоційного стану батьків дитини з РДУГ: страхи, провина, виснаження.
7. Обговорення стратегій підтримки та стабілізації емоційного стану батьків дитини з РДУГ.
8. Обговорення які саме можуть бути складнощі та конфліктні ситуації під час тривалого психологічного супроводу батьків дитини з РДУГ.
9. Обговорення ознак РДУГ, з переглянутого мультикаційного фільму про дітей з РДУГ.
10. Підбиття підсумків практичного заняття.



ТЕМА 4. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД БАТЬКІВСТВА ТА ВАГІТНОСТІ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Психологічні особливості періоду вагітності.
 2. Роль психолога у супроводі вагітності.
 3. Психологічний супровід батьківства.
 4. Особливості супроводу в кризових ситуаціях.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Психологічні особливості періоду вагітності

Психологічний супровід батьківства та вагітності є багатогранний процес, який охоплює підтримку вагітної жінки, її партнера, а інколи й інших членів родини. Період очікування дитини та перші роки її життя є часом значних змін, які можуть супроводжуватися психологічними труднощами: страхами, тривогами, стресом і навіть депресією [1].

Роль психолога у цьому періоді не можна недооцінювати. Психолог не лише допомагає батькам адаптуватися до нових реалій, але й сприяє формуванню здорових взаємин у сім'ї, розвитку батьківських компетенцій та покращенню емоційного стану всіх учасників цього процесу [1].

Психологічні особливості періоду вагітності.

Перший триместр вагітності – це період адаптації. Жінка дізнається про свою вагітність, стикається з фізичними змінами, такими як токсикоз, втома, перебудова гормонального фону. Ці фізіологічні зміни часто супроводжуються страхами: «Чи все буде гаразд із дитиною?», «Чи зможу я бути хорошою матір'ю?», «Як зміниться моє життя?» [1].

Чоловіки також переживають цей період по-своєму. Часто вони не відразу усвідомлюють значущість змін, але водночас можуть відчувати тривогу за дружину, майбутню дитину та сімейне майбутнє. Психолог на цьому етапі працює над нормалізацією страхів, допомагає парі відкрито спілкуватися про свої емоції [1].

Другий триместр часто називають «медовим місяцем вагітності». Фізичні незручності зменшуються, жінка відчуває себе краще, з'являється перший контакт із дитиною (рухи плоду). Емоційний зв'язок із майбутньою дитиною стає сильнішим, а з ним – і відчуття відповідальності [1].

Проте навіть у цей період можуть виникати страхи та тривоги, особливо якщо вагітність ускладнена або жінка не відчуває достатньої підтримки партнера. Завдання психолога – зміцнити позитивний емоційний фон та допомогти майбутній матері зберегти баланс між особистими потребами й турботою про дитину [1].

Третій триместр характеризується фізичною та емоційною підготовкою до пологів. Тіло жінки зазнає значного навантаження, що може викликати дискомфорт та втому. Часто з'являється страх перед пологами: біль, ускладнення, здоров'я дитини тощо.

На цьому етапі психолог допомагає жінці підготуватися до пологів, використовуючи техніки релаксації, візуалізації позитивного досвіду, дихальні вправи. Для партнерів важливо вивчити основи підтримки під час пологів, що також входить до задачі психологічного супроводу [4].

Вагітність – це час, коли у пари змінюється звичний спосіб життя. Жінка більше зосереджується на своїх відчуттях, у той час як чоловік може відчувати себе осторонь цього процесу. Часто виникають конфлікти через нерозуміння потреб одне одного [3].

Також вагітність може «активувати» старі травми чи незакриті питання в парі: непрожиті образи, страхи втрати, невпевненість у майбутньому. Психолог допомагає створити простір для діалогу, щоб партнери могли відкрито говорити про свої переживання [2].



2. Роль психолога у супроводі вагітності

Психологічний супровід під час вагітності охоплює кілька ключових напрямків [5]:

1. Емоційна підтримка жінки.

Психолог допомагає вагітній справлятися зі страхами, тривогами, стресом, сприяє формуванню позитивного ставлення до вагітності та пологів.

2. Робота з партнерськими стосунками.

Багато пар стикаються з труднощами у комунікації, через що можуть виникати конфлікти. Психолог працює над тим, щоб партнери краще розуміли одне одного.

3. Підготовка до пологів.

Це не лише технічні знання, але й емоційна підготовка: як зменшити страх, як підтримувати жінку в цей момент.

4. Робота з ризиковими ситуаціями.

Якщо жінка має медичні ускладнення чи переживає стрес через минулі травми, психологічний супровід допомагає зменшити негативний вплив цих факторів.



3. Психологічний супровід батьківства

Як зазначалося, очікування та підготовка до народження дитини – це надзвичайно важливий етап у житті кожної жінки та її сім'ї.

Якісні зміни, що відбуваються з жінкою під час вагітності на всіх рівнях її особистості, спричиняють втрату старої ідентичності та формування нової. Це перебудовує її самосвідомість і спонукає прийняти нову соціальну роль – роль матері. Окрім того, у цей період можуть актуалізуватися невирішені дитячі

психологічні проблеми, посилюватися внутрішні конфлікти та суперечності, що часто супроводжуються негативними емоціями і переживаннями. Такі емоційні стани безпосередньо впливають на ставлення жінки до майбутньої дитини та материнства загалом [1].

Саме тому в цей період жінка особливо потребує турботи, розуміння та психологічної підтримки як від найближчого оточення, так і від фахівців. Саме спеціалісти мають забезпечити попередження та своєчасну корекцію можливих психологічних проблем, які можуть виникати як під час вагітності, так і в післяпологовий період.

На сучасному етапі розвитку пренатального виховання спостерігається позитивна тенденція до створення різноманітних шкіл підготовки до батьківства.

Психологічна підтримка вагітних має охоплювати кілька основних напрямів [5]:

1. підготовку до пологів і материнства;
2. індивідуальне та сімейне консультування, психотерапію;
3. допомогу матері та дитині;
4. комплексне вирішення проблем, пов'язаних із материнством.

Аналіз наукових досліджень у галузі психології материнства свідчать, що ефективна підготовка жінки до материнства має базуватися на таких аспектах [4]:

- підвищення рівня особистісної зрілості;
- формування батьківських установок і моделей взаємодії з дитиною;
- оптимізація мотивації, пов'язаної з материнством;
- розвиток материнської компетентності;
- корекція відхилень у формуванні материнської поведінки.

Для досягнення цих цілей доцільно використовувати спеціальні методики та психотерапевтичні техніки. Вони не тільки дозволяють діагностувати психологічний стан жінки під час вагітності та після пологів, але й забезпечують можливість корекції її психологічних особливостей для кращої адаптації до нових життєвих умов.

Ефективна психологічна допомога вагітним вимагає врахування [1]:

- індивідуальних психологічних властивостей жінки;
- її соціальної ситуації;
- професійної компетенції спеціалістів;
- дотримання морально-етичних норм у роботі з вагітними.

Комплексний підхід до психологічної підтримки вагітних включає такі технології [1]:

- психодіагностика;
- психологічне консультування;
- психологічне інформування;
- психологічна корекція;
- соціально-психологічна адаптація.

Психологічна діагностика вагітної є важливим аспектом психологічного супроводу. Вона дозволяє зібрати інформацію про майбутню матір чи всю родину, щоб сформулювати психологічний діагноз і вибудувати ефективну стратегію допомоги.

Головними завданнями діагностики [2]:

1. оцінка психоемоційної сфери вагітної, зокрема діагностика рівня тривожності, психоемоційного напруження, депресивних станів;
2. аналіз індивідуально-психологічних особливостей особистості вагітної жінки, особливостей її самооцінки та системи ціннісних орієнтацій;
3. діагностика ставлення жінки до ситуації вагітності, майбутньої дитини та материнства загалом.

Отримані результати психодіагностичних досліджень дають змогу не лише індивідуально планувати, а й своєчасно коригувати напрями подальшої психологічної роботи з кожною окремою жінкою, а також організовувати та надавати необхідну психологічну допомогу.

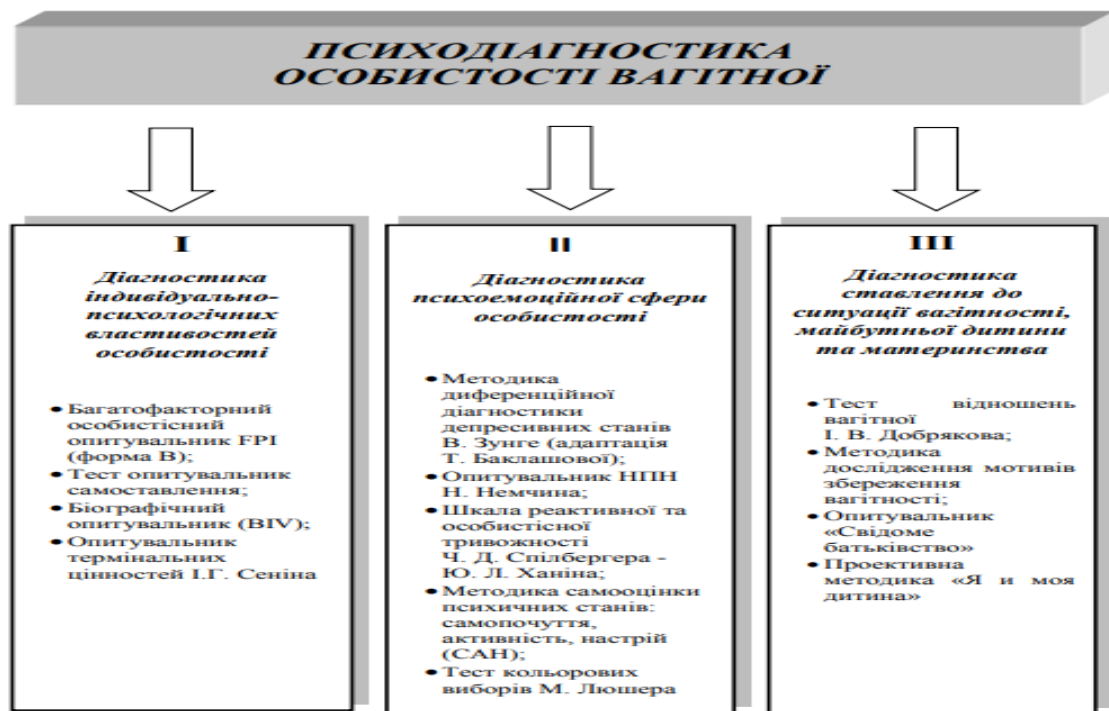


Рис.10. Програма психодіагностичного дослідження особистості вагітної жінки

Психологічне консультування під час роботи з вагітними жінками є особливо актуальним, адже у період вагітності часто загострюються існуючі або виникають нові психологічні проблеми, які потребують індивідуального підходу.

Психологічне консультування – це насамперед спілкування, встановлення емоційного контакту, який сприяє саморозкриттю через залучення внутрішніх ресурсів особистості. Головним завданням консультанта є створення сприятливої атмосфери для гармонізації психоемоційного стану жінки, усвідомлення її переживань та чинників внутрішньої тривоги.

Зміст консультування визначається [1]:

- метою роботи;
- індивідуально-психологічними особливостями жінки;
- обраним підходом (психодинамічний, біхевіористичний, гуманістичний чи гештальт-підхід).

Незалежно від використовуваних психотерапевтичних технік, консультування має відповідати загальним вимогам і поділятися на п'ять фаз: встановлення контакту, визначення проблеми, робоча фаза, вирішення проблеми, зворотний зв'язок [2].

Психологічне інформування, як навчальна технологія, базується на педагогічній моделі психологічного супроводу. Використовуючи цей підхід, фахівець може залучати як педагогічні (лекції, бесіди, ділові ігри), так і психологічні (консультативні бесіди, тренінги) засоби [2].

Психокорекція є системою методів, спрямованих на усунення девіацій у поведінці, корекцію емоційних станів і фобій. Її застосування передбачає позитивні зміни у психіці та поведінці жінки. Одним із найпоширеніших методів є арт-терапія, яка сприяє саморозкриттю, гармонізації стану, розвитку творчості й комунікативних навичок [2].

Соціально-психологічна адаптація є ключовою у кризовий період вагітності, оскільки допомагає засвоїти знання, навички та позитивний досвід, що сприяє формуванню ефективних моделей материнської поведінки.



Рис. 11. Комплексна програма психологічного супроводу вагітних

Можуть використовуватись також [1]:

Програми емоційного інтелекту. Емоційний інтелект є важливим компонентом у вихованні дітей. Батьки вчаться розпізнавати власні емоції, адекватно реагувати на них і керувати своїм емоційним станом. Наприклад, якщо мама чи тато почуваються втомленими або роздратованими, важливо знайти способи зменшити стрес, щоб їхні почуття не впливали негативно на взаємодію з дитиною [5].

Тренінги для вирішення конфліктів. Часто після народження дитини в парі з'являються конфлікти через розподіл обов'язків, фінансові труднощі або нестачу часу одне для одного. Психологи пропонують тренінги, які допомагають розвивати навички активного слухання, ефективного спілкування та пошуку компромісів [1].

Індивідуальна психотерапія. У деяких випадках необхідно проводити індивідуальну терапію з батьками, особливо якщо вони мають травматичний досвід або стикаються з глибокими емоційними проблемами [1].

Досвід із власної сім'ї батьків часто впливає на те, як вони виховують своїх дітей. Наприклад, якщо у когось із батьків були конфліктні стосунки з їхніми батьками, вони можуть переносити цей досвід на свої взаємини з дитиною. Психотерапія допомагає усвідомити ці моделі поведінки та змінити їх на більш здорові [4].

Після пологова депресія може виникати не лише у матерів, а й у батьків. Післяпологова депресія супроводжується втратою інтересу до життя, емоційним виснаженням, зниженням самооцінки. Психологічна підтримка допомагає подолати ці труднощі, зміцнити впевненість і відновити емоційний баланс [3].

Індивідуальна робота з батьками особливих дітей. Батьки, у яких народилася дитина з особливими потребами, часто стикаються із сильним емоційним потрясінням. Психолог працює над прийняттям ситуації, пошуком підтримки та ресурсів для догляду за дитиною [1].

Групова терапія для батьків. Групова терапія дає змогу батькам поділитися своїм досвідом, почути інших і знайти підтримку. Учасники обговорюють свої переживання, страхи, радощі та отримують нові знання та стратегії для вирішення своїх проблем [3].

1. Групи підтримки для матерів. Після народження дитини жінка часто відчуває ізоляцію та самотність. Групова терапія створює безпечний простір, де вона може ділитися своїми переживаннями, отримувати поради й моральну підтримку від інших жінок [3].

2. Групи для батьків із дітьми з особливими потребами. Батькам дітей із розладами спектра аутизму, синдромом Дауна чи іншими особливостями потрібна особлива підтримка. Групова терапія дозволяє їм знайти спільноту людей, які розуміють їхній досвід, і вивчити корисні стратегії догляду за дитиною [3].



4. Особливості супроводу в кризових ситуаціях

У деяких випадках батькам і майбутнім батькам потрібна особлива підтримка, адже вони стикаються з кризовими ситуаціями, такими як ускладнена вагітність, перинатальні втрати чи народження дитини з важкими захворюваннями [1].

Психологічна підтримка при складній вагітності. Складна вагітність, наприклад, із загрозою викидня або ускладненнями у здоров'ї матері чи дитини, викликає у жінки сильну тривогу, страх і навіть почуття провини. Психолог працює над зниженням рівня тривоги, використовуючи методики релаксації та

когнітивно-поведінкової терапії [2].

Перинатальна втрата. Втрати під час вагітності чи після народження дитини є важкою емоційною травмою для батьків. У таких випадках важливо створити умови для проживання горя, надання підтримки й допомоги у відновленні. Робота психолога включає техніки терапії втрати, такі як діалог із втратою, написання листів ненародженій дитині тощо [2].

Супровід родин із дітьми з важкими захворюваннями. Коли у дитини діагностують серйозне захворювання, батьки стикаються з багатьма емоційними викликами: страхом за життя дитини, виснаженням, безпорадністю. Психолог допомагає знизити рівень стресу, навчити ефективного управління часом і ресурсами, сприяє прийняттю ситуації [2].

Психологічний супровід батьківства та вагітності є комплексним процесом, який враховує як емоційні, так і соціальні аспекти цього важливого періоду. Завдяки підтримці психолога батьки можуть легше адаптуватися до нових ролей, уникнути стресів і конфліктів, знайти гармонію у стосунках і стати більш усвідомленими у своїх батьківських функціях [2].

Відповідальна робота психолога у цій сфері не лише покращує психічне здоров'я батьків, але й сприяє створенню благополучного середовища для розвитку дитини.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до опитування з таких питань:

- Психологічні особливості періоду вагітності.
- Роль психолога у супроводі вагітності.
- Психологічний супровід батьківства.
- Особливості супроводу в кризових ситуаціях.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Що визначає психологічний супровід вагітності та які його основні завдання?
2. Які психологічні особливості притаманні періоду вагітності як кризовому етапу в житті жінки?
3. Які основні проблеми можуть виникати у майбутніх матерів та батьків у період вагітності? Як їх можна вирішувати?
4. Які методи діагностики психоемоційного стану вагітних найчастіше використовують психологи?
5. Як арт-терапія сприяє покращенню психоемоційного стану вагітної жінки? Наведіть приклади арт-терапевтичних технік.
6. Які етапи можна виділити у процесі психологічного консультування вагітних? Які задачі вирішуються на кожному з етапів?
7. Як психологічне консультування допомагає майбутнім батькам адаптуватися до їхньої нової ролі?

8. Що таке технологія соціально-психологічної адаптації, і як вона може використовуватися у роботі з вагітними жінками?

9. Які психотерапевтичні підходи (психодинамічний, гуманістичний, когнітивно-поведінковий, гештальт) можуть бути застосовані під час роботи з вагітними? Чим вони відрізняються?

10. Як врахування індивідуально-психологічних особливостей вагітної жінки впливає на вибір методів психологічної допомоги? Наведіть приклади.

Індивідуальне теоретико-практико-орієнтовне завдання

Підібрати техніку психокорекції для роботи з вагітною.

Вимоги до оформлення та подання

Форма подання – машинописний текст.

Кількість сторінок – до 3-х.

Вимоги до змісту тексту – техніка повинна бути зрозумілою, не складною.

Примітка! Роздрукований варіант техніки взяти з собою на практичне заняття.

Література для підготовки

1. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині: монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.

2. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Перинатальна психологія / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков. – К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. – 168 с.

3. Raphael-Leff J. Pregnancy. The Inside Story. – London: Karnak, 2001. – 439 p. 96.

4. Raphael-Leff J. Psychological Processes of Childbearing. Fourth Edition. – London: The Anna Freud Centre, 2005. – 198 p. 97.

5. Schindler S., Zimprich H. Ekologie der Perinatalzeit. – Stuttgart: Hippocrates, 1983. – 411 p. 98.

6. Sexton P.R., Stephen S.B. Postpartum mothers' perceptions of nursing interventions for perinatal grief // Neonatal Netw 1991. – 94 p.

7. Wu J., Viguera A., Riley L. et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. – Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – P. 52-61.



ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:

- Психологічні особливості періоду вагітності.
- Роль психолога у супроводі вагітності.
- Психологічний супровід батьківства.
- Особливості супроводу в кризових ситуаціях.

2. Рольова гра: «Типові проблеми під час вагітності та їх психологічні причини».

Хід гри:

Один здобувач – це один з майбутніх бітьків.

Другий – це психолог, який проводить діагностичну бесіду або елементи консультування.

Решта здобувачів – спостерігають.

Обговорення:

– Що було ефективним у роботі?

– Що можна вдосконалити?

3. Провести техніку психокорекції вагітної.

Обговорення результатів проведення техніки психокорекції вагітної .

4. Підготувати план консультації для пари, яка очікує дитину, з урахуванням можливих психологічних труднощів.

5. Підбиття підсумків практичного заняття.



ТЕМА 5.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ З ДИТИНОЮ, ЯКА МАЄ ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Мета, завдання, принципи та методи психологічного супроводу родини з дитиною, яка має особливі потреби.
 2. Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах закладу освіти.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Мета, завдання, принципи та методи психологічного супроводу родини з дитиною, яка має особливі потреби

Родини, які виховують дітей з особливими потребами, стикаються із багатьма викликами, що можуть впливати на їхній емоційний, психологічний та соціальний стан. Психологічний супровід таких родин є невід'ємною складовою соціально-психологічної підтримки, спрямованої на адаптацію до життєвих обставин, підвищення якості життя сім'ї та гармонізацію внутрішньосімейних відносин [1].

Що таке особливі потреби? Особливі потреби – це специфічні фізичні, розумові, сенсорні, емоційні або соціальні потреби, що вимагають особливих умов, підтримки або ресурсів для забезпечення повноцінного розвитку дитини [3].

Категорії дітей з особливими потребами [1]:

- Діти з порушеннями опорно-рухового апарату.
- Діти із затримкою психічного розвитку.
- Діти з розладами аутистичного спектра (РАС).
- Діти із сенсорними порушеннями (слуху, зору).
- Діти з інтелектуальними порушеннями.
- Діти з порушеннями мовлення.
- Діти з хронічними захворюваннями або рідкісними синдромами.

Психологічні виклики, з якими стикається родина. Народження дитини з порушеннями в розвитку завжди є стресом для родини. Труднощі, пов'язані з вихованням дитини з особливими потребами, зумовлюють якісні зміни в життєдіяльності сім'ї, дезадаптують її та призводять до сімейної кризи. Так, переживання сім'єю стресу, що виникає під час народження (чи встановлення діагнозу) дитини з особливими потребами порушує структуру сім'ї кількісно (з'являється новий член сім'ї) та якісно (збільшується ризик відмови батьків від дитини, можливе розлучення батьків, змінюється стиль сімейних взаємин, прогресує соціальна ізоляція родини). Подібні структурні зміни викликають

функціональні порушення: кожна сімейна функція (економічна, репродуктивна, рекреаційна, виховна тощо) видозмінюється, набуває нового значення, з'являються нові, специфічні функції, як реабілітаційна, компенсуюча, корекційна [4].

Дослідження свідчать про зміни в функціонуванні вищезгаданих сімей на декількох рівнях. Психологічний рівень характеризується змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферах батьків. Зміни на соціальному рівні виявляються порушеннями подружніх, батьківських та екстрасімейних стосунків (спілкування з родичами, друзями). Соматичний рівень страждає у результаті перевищення рівня навантажень, тобто у батьків можуть виникати різні соматичні захворювання, астеничні та вегетативні розлади [2].

Реалізація комплексного підходу до здійснення психологічної допомоги дозволяє через оптимізацію внутрішньо сімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних, подружніх, батьківсько-дитячих та дитячо-батьківських відносин вирішувати проблеми диференціальної адресної допомоги родині.

Емоційні реакції батьків [1]:

- Шок, заперечення, страх.
- Почуття провини або сорому.
- Відчуття безсилля та тривоги щодо майбутнього.
- Вигорання через постійне навантаження.

Соціальні виклики [1]:

- Стикаються зі стигматизацією та упередженнями.
- Обмеження у соціальній активності.
- Труднощі у доступі до якісної медичної та освітньої підтримки.

Вплив на внутрішньо сімейні стосунки [1]:

- Зміна ролей у сім'ї.
- Напруження між подружжям.
- Недостатня увага до інших дітей у родині.

Мета психологічного супроводу – забезпечення емоційної підтримки, сприяння адаптації родини до нових обставин, розвиток стійкості та навичок ефективного спілкування у сім'ї [1].

Основні завдання психологічного супроводу [1]:

- навчання батьків (матері) спеціальним корекційним і методичним прийомам, необхідним для проведення занять з дитиною в домашніх умовах;
- навчання батьків (матері) спеціальним виховним прийомам, необхідним для корекції особистості дитини;
- корекція розуміння батьками проблем їхньої дитини, а саме: виключення гіперболізації, мінімізації або заперечення наявності проблем у дитини;
- корекція внутрішнього психологічного стану батьків: стан неспіху, пов'язане з порушеннями у розвитку дитини, має поступово перейти в розуміння можливостей дитини, в радість від її «маленьких» успіхів;
- корекція неконструктивних форм поведінки батьків (агресії, придушення негативних бажань, ескапізму, примітивізації поведінки та ін.), їх заміна на продуктивні форми взаємостосунків у соціумі;
- здійснення особистісного зростання батьків у процесі взаємодії зі своєю дитиною, в процесі її навчання і виховання за допомогою психолога;

- перехід батьків з позиції переживання за свою дитину через його особливості в позицію творчого пошуку реалізації можливостей дитини;
- підвищення особистісної самооцінки батьків у зв'язку з можливістю побачити результати своєї титанічної праці в успіхах дитини;
- трансформація освітньо-виховного процесу, що реалізується батьками по відношенню до дитини, в психокорекційний процес по відношенню до себе самого;
- творча діяльність батьків, спрямована їхню дитину, допомагає їм самим, лікуючи від негативного впливу психотравмуючої ситуації.

Психологічний супровід родин з дітьми, які мають особливі потреби, є складним і багатограним процесом. Він вимагає від фахівців високого рівня професіоналізму, емпатії та міждисциплінарного підходу. Успішна реалізація підтримки сприяє не лише гармонізації внутрішньо сімейних стосунків, але й формуванню позитивного майбутнього для дитини та її родини [2].

Методи психологічного супроводу родин [3]:

Психоедукація:

- Інформування батьків про особливості розвитку їхньої дитини.
- Ознайомлення з доступними ресурсами (реабілітаційні центри, спеціалізовані школи, програми підтримки).

Консультування [1]:

- Індивідуальні консультації для батьків з питань виховання дитини.
- Допомога у прийнятті діагнозу дитини.
- Розвиток навичок адаптивного мислення та поведінки.

Групова терапія [1]:

- Групи підтримки для батьків.
- Обмін досвідом з іншими сім'ями.

Сімейна терапія [1]:

- Аналіз взаємин у родині.
- Вирішення конфліктів, пов'язаних із розподілом обов'язків.
- Формування спільної стратегії виховання дитини.

Психотерапевтична робота [1]:

- Когнітивно-поведінкові техніки для зниження тривожності.
- Арт-терапія для емоційного розвантаження батьків та дітей.

Психологічний супровід дитини. Основні принципи [1]:

- Урахування індивідуальних потреб дитини.
- Побудова довірливих стосунків із дитиною.
- Формування позитивного ставлення до себе.

Методи роботи з дитиною [1]:

- Ігрова терапія для розвитку соціальних навичок.
- Арт-терапія для емоційного вираження.
- Навчання навичкам саморегуляції та самообслуговування.

Етичні аспекти роботи [1]:

- Дотримання конфіденційності.
- Уважне ставлення до емоцій батьків і дитини.
- Недопустимість стигматизації чи упередженого ставлення.



2. Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах закладу освіти

Маючи рівні права на освіту, розвиток, участь у житті суспільства – в реальному житті, діти з особливими потребами нерідко позбавлені можливості реалізувати ці права. Одним основних принципів міжнародних стандартів є право дітей з особливими потребами на інтеграцію в суспільство, основою якої є забезпечення таким дітям доступу до якісної освіти. Освіта дітей з особливими потребами передбачає включення їх у загальну діяльність разом з іншими дітьми, починаючи вже з дошкільного віку.

Проблемами організації навчання і виховання, психологічного супроводу та соціально-педагогічного патронату дітей з особливими освітніми потребами розглядаються з позиції психологічних, педагогічних, організаційно-методичних вимог щодо організації роботи з такими дітьми. У своїх роботах вчені дійшли висновку, що робота з дітьми з особливими освітніми потребами має бути спрямована на організацію цілеспрямованої підтримки через надання психологічної, соціальної допомоги всіх учасників навчально-виховного процесу [5].

Первинну інформацію про знання і вміння дитини з особливими освітніми потребами спеціаліст може отримати з висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини, складеного фахівцями інклюзивно-ресурсного центру за різними напрямками: фізичний, мовленнєвий, когнітивний розвиток, емоційно-вольова сфера, а також сформованість основних компетенцій навчальної діяльності відповідно до вікової норми.

Але інколи цієї інформації може бути недостатньо. Зокрема, для оцінювання поведінки дитини, сформованості її соціальних, комунікативних та адаптивних життєвих навичок. Загальновідомим є і той факт, що спостереження за поведінкою дитини, її соціальною адаптацією можливо проводити тільки в природньому середовищі та в реальний момент часу [1].

Необхідною складовою психологічного супроводу є корекційно-розвиткова робота з дитиною, що протягом усього періоду її навчання в закладі має бути систематичною, комплексною та індивідуалізованою. Загальна мета корекційно-розвивальної роботи – сприяння розвитку дитини, створення умов для реалізації її внутрішнього потенціалу [1].

Під час знайомства з комплексною оцінкою розвитку дитини, вивчення особливостей її розвитку практичний психолог виявляє фактори, які зумовлюють труднощі пізнавальної діяльності, спілкування та соціальної адаптації, а також ті ресурси, які можна використати у корекційно-розвивальній роботі. Ця робота організовується з урахуванням особливостей порушення розвитку та потенційних можливостей і потреб дитини [1].

Більшість дітей з особливими освітніми потребами долучається до роботи в корекційній групі (3-4 дитини). Корекційно-розвиткові заняття можуть проводитися з дитиною з особливими потребами і індивідуально. У цьому випадку вони являють собою сукупність технік та вправ, спрямованих на корекцію поведінки та розвиток особистості дитини.

При проведенні занять, незалежно від форми їх проведення (групові чи індивідуальні), слід дотримуватися основних корекційних завдань [2]:

по-перше, потребують розвитку всі види сприймання, особливо зорове та слухове, на базі яких розвиваються вищі психічні функції;

по-друге, з розвитком сприймання збагачуються різноманітні знання про навколишній світ і розуміння зв'язків між предметами та явищами, а отже, розвивається мислення й мовлення дітей;

по-третє, під час корекції розвитку та навчання дитини необхідно дбати про зміцнення її працездатності, уміння зосереджувати увагу й цілеспрямовано працювати: ставити перед собою мету, усвідомлювати способи її досягнення, адекватно оцінювати результати;

по-четверте, потрібно розвивати навчальну мотивацію, бажання вчитися, віру дитини у власні можливості, що можливе завдяки усвідомленню й оцінці реальних досягнень.

Слід зауважити, що проведення корекційно-розвивальних занять практичним психологом здійснюється відповідно до чинного законодавства. Неприпустимим є навантаження практичного психолога тими видами робіт, які не входять в його функціонал, зокрема, це стосується підміни корекційних занять учителя-дефектолога корекційними заняттями, що проводяться практичним психологом, оскільки вони є різними за структурою та змістом [2].

Здійснення корекційно-розвивальної роботи практичним психологом передбачає [3]:

- ✓ розвиток та корекцію пізнавальних процесів, формування їх довільності;
- ✓ корекцію самооцінки як важливої рушійної сили формування особистості;
- ✓ корекцію емоційних порушень та патологічних рис характеру;
- ✓ запобігання психічним перевантаженням;
- ✓ профілактику дезадаптації до закладу освіти;
- ✓ розвиток емоційної стабільності;
- ✓ корекцію міжособистісних взаємин в учнівському/дитячому колективі;
- ✓ корекцію взаємин «вчитель-учень»;
- ✓ розвиток комунікативних якостей, позитивної соціальної комунікації;
- ✓ стимуляція особистісного зростання.

Успішність корекційно-розвивальної роботи залежить від певних умов, зокрема [1]:

- ✓ забезпечення тісної взаємодії практичних психологами з вчителями-предметниками /вихователями, іншими фахівцями щодо оптимізації психічного розвитку дитини з особливими освітніми потребами;
- ✓ створення доброзичливої психологічної атмосфери;
- ✓ установлення особистого контакту практичного психолога з дитиною з особливими освітніми потребами;
- ✓ підтримки психічної активності дитини під час заняття;
- ✓ урахування динаміки стомлюваності дитини з особливими освітніми потребами;
- ✓ поєднання різних методів психокорекції на одному занятті;

- ✓ додержання принципу системності в корекційній роботі за рахунок гармонійного поєднання всіх напрямів психокорекції на кожному занятті;
- ✓ створення ситуації успіху для кожної дитини з особливими освітніми потребами



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до опитування з таких питань:

- Мета, завдання, принципи та методи психологічного супроводу родини з дитиною, яка має особливі потреби
- Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах закладу освіти

Питання для контролю знань і вмінь

1. Які основні психологічні труднощі виникають у батьків дітей з особливими потребами?
2. Як психолог може підтримати родину на різних етапах розвитку дитини з особливими потребами?
3. Які стратегії можна застосувати для покращення комунікації в родині, де є дитина з особливими потребами?
4. Як зміни в емоційному стані батьків можуть впливати на розвиток дитини з особливими потребами?
5. Які методи можна застосувати для розвитку емоційної стійкості у батьків дітей з особливими потребами?
6. Які ресурси можуть бути корисними для підтримки сімей, що мають дітей з особливими потребами?
7. Як забезпечити баланс між індивідуальними потребами дитини і потребами родини?

Індивідуальне практичне завдання

Розробити план психологічного супроводу дитини з особливими потребами.

Література для підготовки

1. Kovno, Y., & Saiko, K. (2021). Psychotherapeutic methods used for work with families raising children with special needs. *Psychological journal*. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.6.2>.
2. Fareo, D. (2015). Counselling Intervention and Support Programmes for Families of Children with Special Educational Needs.. *Journal of Education and Practice*, 6, 103-109.
3. Ispulova, S., & Bocharova, M. (2024). Summarizing the experience of early intervention in psychological and pedagogical support of families raising a child with special needs. *Social'naja politika i social'noe partnerstvo (Social Policy and Social Partnership)*. <https://doi.org/10.33920/pol-01-2404-07>.

4. Dyachkova, E. (2023). Psychological support by means of art therapy for parents of children with special needs. *Psychological-Pedagogical Journal GAUDEAMUS*. <https://doi.org/10.20310/1810-231x-2023-22-1-45-54>.



ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:

➤ Мета, завдання, принципи та методи психологічного супроводу родини з дитиною, яка має особливі потреби.

➤ Психологічний супровід родини з дитиною, яка має особливі потреби.

2. Робота у підгрупах.

Завдання:

✓ Підготуйте кейс, в якому дитина має особливі потреби, в т.ч. освітні. Обміняйтесь кейсом з іншою групою.

✓ Визначте психологічні потреби родини з кейсу, у якій син або дочка має особливі потреби. Підготуйте план психологічного супроводу родини.

✓ Підготуйте поради вчителям дитини.

3. Розгляньте конфліктну ситуативну задачу (наприклад, між іншими батьками дітей з класу та батьками дитини з особливими потребами) в межах освітнього процесу з дитиною з особливими потребами. Проаналізуйте та надайте варіанти вирішення.

4. Підбиття підсумків практичного заняття.



ТЕМА 6.
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ, В ЯКОЇ ЧЛЕН
РОДИНИ МАЄ ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Конвенція про права людини з особливими потребами.
 2. Основні аспекти психологічної допомоги.
 3. Виклики в житті родини з особливими потребами.
 4. Клініко-психологічний супровід.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Конвенція про права людини з особливими потребами

Конвенція про права людини з особливими потребами ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009.

Мета Конвенції полягає в заохоченні, захисті й забезпеченні повного й рівного здійснення всіма особами з особливими потребами всіх прав людини й основоположних свобод, а також у заохоченні поважання до притаманної їм гідності [1].

До осіб з особливими потребами належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими [1].

Принципами цієї Конвенції є [1]:

- a) повага до притаманної людині гідності, її особистої самостійності, зокрема свободи робити власний вибір, і незалежності;
 - b) недискримінація;
 - c) повне й ефективне залучення та включення до суспільства;
 - d) повага до особливостей осіб з особливими потребами і прийняття їх як компонента людської різноманітності й частини людства;
 - e) рівність можливостей;
 - f) доступність;
 - g) рівність чоловіків і жінок;
 - h) повага до здібностей дітей з особливими потребами, що розвиваються, і повага до права дітей з особливими потребами зберігати свою індивідуальність.
-

2. Основні аспекти психологічної допомоги

Функції психологічної допомоги:

Заміщувальні функції : Психологічні втручання часто включають надання заміщувальних функцій, які відповідають запитам, що відображаються в

родинах, член родини в якій має особливі потреби. Це може включати допомогу у виконанні повсякденних завдань або емоційну підтримку (Crisanti, 2012).

Інтегративна функція : Психологи можуть змінити інтегративну роль, спрямовану на покращення сімейних відносин у цілому. Це пізніше сім'ям знову активно взаємодіяти з досвідом особливих потреб, що включає всю родину, і знаходити нові перспективи для розвитку (Crisanti, 2012).

Реактивація сенсу життя : Одним із результатів психологічної допомоги може бути відновлення відчуття мети у членів сім'ї, що сприяє покращенню їх взаємодії та загального добробуту (Crisanti, 2012).

Психологічна допомога сім'ям з дорослими з особливими потребами є критично важливою для подолання ізоляції та покращення сімейних відносин. Вона включає як заміщувальні, так і інтегративні функції, що сприяють відновленню відчуття життя та активну участь усіх членів родини у спільному досвіді.



3. Виклики в житті родини з особливими потребами

Особливості життя родини:

1. Соціальні та психологічні виклики:

- *Стигматизація та дискримінація.* Родина може стикатися з упередженнями та соціальним відчуженням через стан дорослого з особливими потребами. Наприклад, сусіди чи родичі можуть уникати спілкування, а працедавці не завжди готові запропонувати роботу людині з особливими потребами. Це може впливати на самооцінку як самого дорослого, так і його близьких, формуючи відчуття ізоляції.

- *Емоційне виснаження.* Постійний догляд за дорослим з особливими потребами може викликати у членів родини стан вигорання. Наприклад, мати, яка щодня доглядає за сином з особливими потребами, може відчувати хронічну втому, роздратованість і тривожність. Часто це супроводжується почуттям провини за власні емоції.

- *Фінансові труднощі.* Родини часто стикаються з необхідністю витратити кошти на спеціалізовані медичні послуги, адаптацію житла чи придбання спеціального обладнання. Наприклад, облаштування пандуса чи купівля крісла колісного можуть суттєво вплинути на сімейний бюджет, особливо якщо хтось із членів родини вимушений залишити роботу.

- *Порушення сімейної динаміки.* Зміна ролей у сім'ї може призводити до конфліктів. Наприклад, брат чи сестра можуть відчувати, що їм приділяється менше уваги через необхідність догляду за родичем з особливими потребами. Такі ситуації можуть викликати ревності, напруження і навіть дистанціювання між членами сім'ї.

2. Ресурси родини:

- *Підтримка з боку держави.* Наприклад, державні пенсії, програми реабілітації, субсидії чи компенсації витрат на ліки можуть стати вагомим підтримкою для родини. Однак часто родини не повністю обізнані про такі можливості, що вимагає додаткових зусиль зі сторони соціальних служб.

- *Громадські організації та волонтерські рухи.* Такі організації, як "Карітас" чи місцеві благодійні фонди, можуть запропонувати психологічну, матеріальну чи організаційну допомогу. Наприклад, організація заходів, присвячених соціальній інтеграції дорослих з особливими потребами, або надання консультацій для родичів.

- *Можливості розвитку самостійності дорослого з особливими потребами.* Наприклад, участь у програмах навчання навичкам самостійного життя, професійного навчання чи працевлаштування для людей з особливими потребами. Такі програми дозволяють дорослому з особливими потребами почувати себе більш незалежним та впевненим у своїх силах

4. Клініко-психологічний супровід

Основні завдання психологічного супроводу

1. Робота з родиною:

- *Емоційна підтримка.* Допомога членам родини впоратися зі стресом. Наприклад, психолог може навчати технікам релаксації, як-от дихальні вправи, медитація чи ведення щоденника емоцій. Це сприяє зниженню напруження і покращенню психоемоційного стану кожного члена сім'ї.

- *Психоосвіта.* Інформування про особливості стану дорослого з особливими потребами. Наприклад, пояснення, як правильно реагувати на раптові зміни настрою у людини з аутизмом або як підтримувати мотивацію у людини з травматичним пошкодженням мозку.

- *Розвиток адаптивних навичок.* Психолог може допомогти родині організувати розпорядок дня, який буде зручним для всіх членів сім'ї, або навчити розподіляти обов'язки між членами родини так, щоб уникнути перевантаження однієї особи.

- *Практичні поради для підтримки емоційної стійкості.* Психолог може рекомендувати включати короткі перерви в догляді за дорослим з особливими потребами, наприклад, залучаючи інших членів родини чи знайомих для тимчасового догляду. Це допоможе зменшити емоційне напруження та уникнути вигорання.

2. Робота з дорослим з особливими потребами:

- *Підтримка автономії.* Наприклад, навчання користуватися громадським транспортом, планувати покупки чи керувати власними фінансами, якщо це можливо. Це допомагає людині почуватися більш незалежною.

- *Соціалізація.* Допомога у пошуку занять чи гуртків, які можуть сприяти інтеграції. Наприклад, участь у місцевих культурних заходах, волонтерських проєктах чи спортивних секціях для людей з особливими потребами.

- *Емоційна стабілізація.* Робота з депресією, тривожністю чи низькою самооцінкою за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії чи технік майндфулнес.

- *Практичні рекомендації.* Наприклад, створення щоденних ритуалів чи занять, які допомагають дорослому з особливими потребами почуватися

потрібним і активним. Це можуть бути прості завдання, як-от догляд за рослинами, приготування їжі чи малювання.

3. Основні етапи психологічного супроводу.

1. Діагностичний етап:

- *Аналіз запиту.* Вивчення проблем і потреб родини. Наприклад, визначення, чи потрібна допомога в організації побуту, емоційної підтримки чи вирішення конфліктів між членами сім'ї.

- *Психодіагностика.* Використання опитувальників чи тестів для оцінки стану членів родини. Наприклад, шкала стресу, анкета сімейної взаємодії чи тестування рівня емоційного вигорання.

- *Обговорення очікувань.* Родина може мати нереалістичні очікування від психологічного супроводу. Наприклад, бажання "швидко вирішити всі проблеми" може викликати розчарування. Психолог має роз'яснити реалістичні кроки та строки роботи.

2. Планування роботи:

- *Визначення пріоритетних завдань.* Наприклад, зосередитися на зниженні рівня стресу у матері, а потім працювати над соціалізацією дорослого з особливими потребами.

- *Розробка плану.* Створення графіка консультацій, визначення форм підтримки (індивідуальні чи групові заняття), встановлення реалістичних короткострокових і довгострокових.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

1. Підготувати відповіді на такі запитання:

- Конвенція про права людини з особливими потребами.
- Основні аспекти психологічної допомоги.
- Виклики в житті родини з особливими потребами.
- Клініко-психологічний супровід.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Які основні виклики можуть виникати у родини, в якій є член з особливими потребами?

2. Які етапи супроводу родини є ключовими у роботі клінічного психолога?

3. Як правильно організувати психоосвіту для членів родини?

4. Які техніки психологічної допомоги є найбільш ефективними для попередження емоційного вигорання членів родини?

5. Наведіть приклади того, як соціальна підтримка може впливати на емоційний стан родини.

6. Які фактори потрібно враховувати під час розробки індивідуалізованої стратегії супроводу?

7. Чому важливо включати дорослого з особливими потребами у процес прийняття рішень щодо сімейного функціонування?

Індивідуальне практичне завдання

Необхідно попрацювати з гіпотетичною ситуацією. Для цього слід:

- Уявити себе психологом, який проводить консультацію для родини.
- В зошиті записати перші три питання, які слід поставити родині, щоб зрозуміти її потреби та продумати й записати три рекомендації, які можна запропонувати для полегшення ситуації яка склалася.

Література для підготовки

1. Конвенція про права людини з особливими потребами від 13.12.2006. Конвенцію ратифіковано Законом [№ 1767-VI від 16.12.2009.](#)
https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
2. Crisanti, P. (2012). [SPS seminar. Clinical psychology and disability] - Reflections on integrated home assistance in cases of adult disability.
2. Sánchez, J., Rosenthal, D., Tansey, T., Frain, M., & Bezyak, J. (2016). Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the International Classification of Functioning, Disability, and Health.. *Rehabilitation psychology*, 61 1, 19-31 <https://doi.org/10.1037/rep0000059>

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:
 - Конвенція про права людини з особливими потребами.
 - Основні аспекти психологічної допомоги.
 - виклики в житті родини з особливими потребами.
 - Клініко-психологічний супровід.
2. Робота у підгрупах:
 - Завдання для першої підгрупи:*
Визначити основні виклики, з якими стикається родина, якщо її член має особливі потреби.
 - Завдання для другої підгрупи:*
Визначити психологічні потреби родини (емоційна підтримка, інформаційна допомога, організація догляду).
 - Завдання для третьої підгрупи:*
Розкрити сутність принципів супроводу родини (емпатія, системний підхід, урахування індивідуальних особливостей).
3. Презентація результатів групової роботи.
4. Підбиття підсумків групової роботи.
5. Обговорення результатів виконаного індивідуального завдання:
 - Що було найважчим у виконанні завдань?
 - Які методи виявилися найбільш ефективними?
 - Як ці знання можна застосовувати в реальному житті?
3. Підбиття підсумків практичного заняття.

ТЕМА 7.
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ,
В ЯКОЇ Є ЧЛЕН РОДИНИ З АНОРЕКСИЄЮ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Участь сім'ї у процесі відновлення.
 2. Батьки та розлади харчової поведінки.
 3. Відносини та розлади харчової поведінки.
 4. Сестри, брати та розлади харчової поведінки.
 5. Подружжя та розлади харчової поведінки.
 6. Системна сімейна терапія.
 7. Протокол Модслі.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Участь сім'ї у процесі відновлення

Розлади харчової поведінки є відображенням дисфункціональних стосунків пацієнта із самим собою. Однією лише сім'ї недостатньо для того, щоб "виправити" хворого. Причина в тому, що будь-який розлад харчової поведінки розвивається під впливом цілого комплексу взаємопов'язаних умов: спадковості, навколишнього середовища, культури та обставин, що "обтяжують".

Ніхто не винний. Не слід забувати про те, що рідні пацієнта хочуть, щоб він повернувся до здорового і щасливого життя. Тому важливо зберігати терпіння та об'єктивність, прислухатися до нього/ній і пам'ятати, що сім'я відіграє важливу роль у процесі відновлення.

2. Батьки та розлади харчової поведінки

Батьки найчастіше мають багату уяву. Вони здатні уявити день, коли їхня дочка закінчить інститут, вийде заміж, а можливо, навіть сама стане мамою. Але вони ніколи не здатні уявити, що їхня дитина може зіткнутися з розладом харчової поведінки.

На жаль, мільйони дітей, підлітків та дорослих жінок стають жертвами анорексії та булімії. А це означає, що кількість батьків, яким доводиться стикатися з тим, чого вони ніколи не могли уявити (і, що ще гірше, чого вони ніяк не можуть зрозуміти), набагато більше.

Найчастіше вони запитують «Чому?». На жаль, простої відповіді це питання немає. Найправильнішим рішенням, яке можуть прийняти батьки, чия дитина стала жертвою розладу харчової поведінки, буде звернутися за професійною допомогою.

Розумним рішенням буде відвести дитину до фахівця з розладів харчової

поведінки- щоб одразу ж визначити серйозність захворювання. При складному та тяжкому захворюванні, ми наполегливо рекомендуємо батькам звернутися за самодопомогою до психолога, щоб у батьків були інструменти та знання, як йому підтримувати свою дитину в даній ситуації та зберігати себе, і мати ресурси та сили для того, щоб упоратися із захворюванням.

При лікуванні анорексії найчастіше використовуємо в терапії одночасну роботу з усією сім'єю, тобто. лікується дитина і паралельно в іншого психолога отримують допомогу батьки.

У тому випадку, якщо у вас втрачено контакт з дитиною і дитина чинить опір лікуванню, вам було б корисно звернутися також за допомогою до дитячого психолога, щоб знайти контакт з дитиною, а вже після знайти варіанти лікування, обговорюючи це з фахівцем, що спеціалізується у дитячій психології.

Ось три важливі моменти, про які не слід забувати: по-перше, розлади харчової поведінки рідко проходять власними силами; по-друге, якщо дитина вже захворіла, благополуччя всіх членів сім'ї під загрозою; і по-третє, батьки нічого не винні, не треба звинувачувати себе, так як докори совісті та самокопання навряд чи допоможуть вирішити проблему.



3. Відносини та розлади харчової поведінки

Здорові стосунки подібні до припливів: вони прибувають і зменшуються, особливо коли йдеться про вербальну взаємодію. Коли ви зустрічаєтеся з другом, який нещодавно закохався, практично вся ваша розмова присвячена його закоханості. А через тиждень ви зустрічаєтеся з тією ж людиною, і тепер уже ви ділитесь з ним якоюсь дуже важливою новиною. Але більшу частину часу, у вас відбувається обмін новинами та інформацією, ви "віддаєте та приймаєте", тому таке спілкування називається діалогом.

Ось тільки якщо ваша кохана людина хворіє на розлад харчової поведінки, стає дуже важко підтримувати баланс. Розлади цієї групи за визначенням є егоцентричними. Хвороба стає вашою центральною темою, а ваш партнер по спілкуванню сильно замикається у собі та своїх переживаннях. Якби анорексія була реальною людиною, вона була б знаменитістю, купалася в променях софітів на величезній сцені, вимагаючи до себе безумовної уваги від усіх оточуючих.

Як бути, коли розлад харчової поведінки приходить до вашої родини? Рекомендації можуть бути різні: необхідно прислухатися до хворого, підтримувати його емоційно і фізично ... Однак, важливо не забувати про те, що ви теж важливі, і що не варто забувати про ваші потреби.



4. Сестри, брати та розлади харчової поведінки

Сім'ї подібні до маленьких народів, особливо коли їм доводиться стикатися з якимись труднощами. Припустимо, десятирічна дитина впала з дерева і зламала ногу. Збираються війська: батьки здійснюють медичний догляд, сестри та брати приносять додому шкільну роботу, можливо, навіть беруть на себе його

обов'язки вдома доти, доки їхній хворий брат чи сестра не відновиться.

Але що відбувається, коли член сім'ї занеджує і не одужує? Сім'ї стикаються з цією реальністю щодня, коли в одного з дітей розвивається розлад харчової поведінки.

Незважаючи на те, що основне навантаження лягає на батьків, найчастіше саме брати та сестри стають мимовільними та непомітними жертвами, особливо якщо вони ще самі діти. Причина в тому, що батьки фокусують всю свою увагу та енергію на хвору дитину.

Але уявіть, як це бачать інші діти. «Вона» отримує все кохання, всю увагу, а «нас» батьки ігнорують і забувають про наші потреби. Подібна виборча увага загрожує негайними і далекосяжними наслідками.

Невдоволення та образа з боку братів і сестер може негативно позначитися на дитині з розладом харчової поведінки, особливо якщо вона хворіє вже досить довго. Брати і сестри, прагнучі привернути увагу, якого вони прагнуть, можуть почати бунтувати або виявляти агресивну та нездорову поведінку.

Але що особливо сумно у всій цій ситуації, це те, що кожен діє виходячи з цілком розумних спонукань. Хвора дитина страждає від виснажливого захворювання, батьки всіляко намагаються йому допомогти, а інші діти хочуть кохання та уваги. Ось чому так важливо звернутися за професійною допомогою.



5. Подружжя та розлади харчової поведінки

Незважаючи на те, що чоловіки і жінки найчастіше одружуються з різними ілюзіями про сімейне майбутнє, більшість із нас впевнені, що попереду на них чекають лише незначні труднощі, які вони легко подолають. Ми готуємося до природних відмінностей між чоловіками та жінками та приймаємо можливі зміни, оскільки двоє стають єдиним цілим.

Але ніщо не може підготувати одну людину до розладу харчової поведінки в іншій людині. У переважній більшості випадків розлад харчової поведінки вражає дружину; при цьому чоловік зазвичай не розуміє, що це за хвороба. Це відбувається не тому, що чоловікові все одно чи він байдужий; тому, що секретність і обман є частими супутниками захворювання.

Жінка з анорексією часто боїться визнавати себе і оточуючим, що з нею щось не так. Їй властиво перебільшувати, скільки і як часто вона їсть. Навіть коли вона практично нічого не їсть, їй здається, що вона "їсть як кінь".

Булімія з часом ще більше обростає брехнею. У той час як жінка з анорексією справді пишається своїм худим тілом, жінка з булімією вкрай соромиться своєї поведінки.

І це цілком зрозуміло. Адже складно якось виправдати батьки та булімія неконтрольоване вживання кількох тисяч калорій, за яким слідує штучне блювання. Ось чому найчастіше жінки приховують свою поведінку та обманюють близьких.

Однак, як би ви не намагалися приховати правду, вона рано чи пізно вирине на поверхню. Для чоловіка це захворювання є серйозним випробуванням. Те, що робить його дружина, здається йому чимось незбагненим, абсурдним і

несамовитим. Для нього розлад харчового поведінки не має сенсу; а для неї, на жаль, так. Можливо, найскладнішим для чоловіка є те, що він нічого не може зробити, щоб завадити нездоровій поведінці своєї дружини, яку він не в змозі контролювати.

6. Системна сімейна терапія

Сімейна психотерапія працює з клієнтами всередині їх сімейної системи. Кожен із членів сім'ї — це шестерня в системі, подібній до годинника. Людина і сама собою представляє систему, і водночас виконує роль більшій системі сім'ї. Але якщо одна з шестерень барахлить, годинник не може справно показувати час.

В рамках сімейної терапії, цінності, поведінка та дії одного члена сім'ї впливають на всю систему та стосунки в ній.

Кожній “шестерні” — дитині, батькові, бабусям та дідусям — притаманні свої унікальні риси. Згідно психолога Річардом Шварцем, у кожного члена сім'ї всередині сімейної системи є свої субособи. Вони взаємодіють і стикаються один з одним, іноді провокуючи конфлікти та проблеми. Психотерапевт може допомогти у таких випадках.

Історія та основи системної сімейної терапії.

Напрямок сімейної психотерапії виник ще після Другої світової війни. Його підхід відрізняється від інших напрямків, оскільки інтегрує кібернетику та теорію систем у психотерапію:

Теорія систем

Родоначальником поняття систем був австрійський біолог Людвіг фон Берталанф. Він стежив та аналізував поведінку живих організмів, а пізніше описав загальні принципи їх функціонування в єдиній теорії систем. Відповідно до неї, кожен організм — це своєрідна цілісна система, що складається з окремих елементів. Не всі системи живі, але в них постійно відбуваються процеси, в тому числі і в підсистемі кожного окремого елемента. Якщо один елемент змінюється, це змінює всю систему в цілому.

Як філософська теорія, системний підхід розглядає об'єкти як системи та аналізує їх.

Основні характеристики системи:

Самостійна

Може існувати як самостійним цілим, так і підсистемою у спільній ієрархії

Не автономна

Не складається із самої себе: її створює ієрархія елементів, які забезпечують процеси її діяльності

Унікальна

Не просто сума окремих елементів, а унікальна структура з її особливостями

Різноманітна

Можна досліджувати її через призму різних концепцій

У рамках психотерапевтичного процесу, системний підхід зумовлює те, як терапевт дивиться на клієнта як на унікальну і складну систему. Психотерапевт

Анна Варга поєднує основи системного підходу та сімейної терапії в одну школу системної сімейної терапії. В ній, людина може розглядатися або як окрема система, або як частина більшої сімейної системи.

Кібернетика

Кібернетика працює з інформацією та тим, як нею керують і передають її всередині та поміж системами. Ця система може мати будь-який масштаб: від країни до однієї людини. Коли в систему входить нова інформація, вона запускає процеси реагування та змін у ній. Кібернетика оптимізує подібні процеси, пов'язані з інформацією — від часу обміну до ефективності передачі даних.

У процесі психотерапії, кібернетика задає вектор роботи з клієнтом та його сімейною системою. Розповідаючи про свою родину та відповідаючи на запитання про те, як вона влаштована, людина створює певну модель цієї сім'ї.

Таким чином, кібернетика допомагає системному сімейному терапевту зрозуміти ролі та правила всередині сім'ї: її внутрішній устрій, взаємодія між її членами та властиві їй конфлікти.

Сімейна терапія: ключові терміни

Симптом — один із ключових термінів у сімейній психотерапії. Це та проблема всередині сім'ї, яка і приводить клієнта до терапії. Уникаюча дитина чи надмірно контролюючий батько — будь-який подібний симптом може підривати систему зсередини.

Від хронічної мігрені неможливо вилікуватись парацетамолом. Так і симптом у сімейній терапії — потрібно дістатися джерела проблеми, адже вона повинна брати своє коріння зсередини.

У ході системної сімейної психотерапії фахівець фокусується на проблемному симптомі, аналізує його функцію та завдання всередині системи сім'ї. Він планомірно працює з взаємовідносинами між її членами, правилами та міфами всередині них. Якщо мама вірить у міф про те, що її сім'я — ідеальна та зразкова, то її уявлення задає те, як вона вибудовує сімейні стосунки, і які цінності вкладає в них. Так терапевт може виявити шкідливі правила та установки цієї родини, щоб замінити їх на більш ефективні та усунути симптом.

Наприклад, техніка генограми застосовується у сімейній психотерапії, щоб виявити негативну динаміку та знизити напругу. Разом з терапевтом клієнт малює свою схему сім'ї, що допомагає усвідомити шкідливі моделі поведінки, приховані всередині неї.

Як і будь-який організм, родина проходить через свій життєвий цикл, що складається з окремих стадій її функціонування:

Монада:

Самотня доросла людина.

Діада:

Двоє людей формують пару.

Тріада:

Пара з дитиною (маленькою, а потім підлітком).

Сепарація:

Відділення дитини від батьків.

Діада:

Діти їдуть та пара знову залишається одна.

У кожній системі, ці стадії варіюються за часом їх походження і тривалістю. Деякі стадії можуть бути особливо складними в проходженні, наприклад пара може застрягти на одному з циклів. У таких випадках, системний сімейний терапевт може допомогти у відновленні планомірного життєвого циклу сім'ї.

Техніки системного сімейного підходу

У класичному підході, в терапії беруть участь усі члени сім'ї. Крім уже згаданої генограми, ось деякі з технік, які можуть застосовуватися під час сеансу:

Сімейні правила:

У кожній сім'ї існують власні настанови та правила поведінки. Складання нових з терапевтом.

У ході складання нового списку, порівнюються погляди та переконання членів сім'ї.

Інтерв'ю по колу:

Кожному члену сім'ї задаються ті ж самі питання.

Розуміння того, як кожен дивиться на ситуацію та проблеми всередині сім'ї.

Припис:

Терапевт пропонує виконати нову, часто неможливу для виконання поведінку.

Обговорення чому вони не можуть це виконати, з'ясування сімейних правил та міфів у процесі.

Однак зараз на терапію часто приходить не вся сім'я, а лише один її член. Але її методи та техніки можуть бути адаптовані і під одну людину, яка готова змінювати сімейну динаміку.

Кому допоможе і скільки триває сімейна терапія

Клієнтом сімейної психотерапії може стати як окрема людина, пара, так і кілька родичів. Спочатку психотерапевт дізнається клієнта ближче: ставить питання про нього, про його сім'ю та її членів, про відносини між ними. Коли терапевт виявляє симптом, він разом із клієнтом починає працювати над перебудовою правил і моделей поведінки, які провокують конфлікти всередині сімейної системи.

Сімейна терапія може допомогти з різними симптомами, що виникли всередині сім'ї:

Труднощі у відносинах між батьками та дітьми будь-якого віку;

Зміни у родині: народження, розлучення, переїзд, хвороба, смерть;

Складності у сексуальному житті пари;

Постійні конфлікти та сварки між членами сім'ї;

Залежність окремих членів сім'ї та її негативний вплив на родину в цілому;

Проблеми у житті дитини: соціалізація, дружба, школа;

Тривалість терапії визначається складністю запиту, з яким звернувся клієнт. Може знадобитися від 5 до 30 сесій, один раз на тиждень, залежно від складності та глибини симптому в сім'ї.

Розлади харчової поведінки (РХП) — це серйозні психічні захворювання, які характеризуються патологічними установками до їжі, ваги та образу тіла. Вони включають анорексію нервозну, булімію нервозну, розлади переїдання та інші специфічні й неспецифічні розлади харчової поведінки. Сімейна система відіграє важливу роль у виникненні, підтримці та лікуванні цих розладів.

Системна сімейна терапія (ССТ) є однією з провідних психотерапевтичних моделей, що ефективно застосовується при лікуванні РХП. Цей підхід зосереджується на аналізі динаміки сімейних відносин, корекції дисфункціональних патернів і залученні членів сім'ї до терапевтичного процесу.

ССТ базується на системному підході, що розглядає сім'ю як цілісну систему, де всі елементи взаємопов'язані. **Основоположними концепціями є:**

1. **Сім'я як система:** Сім'я функціонує як єдина структура, в якій кожен член відіграє певну роль. Поведінка одного члена сім'ї впливає на інших, і проблеми одного можуть бути симптомом дисфункції всієї системи.

2. **Гомеостаз:** Сімейна система прагне до стабільності. Водночас, це може підтримувати проблемну поведінку, оскільки вона виконує адаптивну функцію в межах системи.

3. **Ролі в сім'ї:** У сім'ї можуть формуватися ролі, які сприяють або заважають адаптації. Наприклад, пацієнт із РХП може виконувати роль "дитини, що приносить проблеми", тоді як інші члени компенсують або реагують на цю поведінку.

4. **Межі та субсистеми:** Здорові сім'ї мають чіткі межі між членами сім'ї та субсистемами (наприклад, між батьками та дітьми). Дисфункціональні сім'ї часто характеризуються або надмірно розмитими, або надто жорсткими межами.

Розлади харчової поведінки та сімейна динаміка

Сімейна динаміка може як сприяти виникненню РХП, так і перешкоджати процесу одужання. Найпоширеніші особливості включають:

1. Порушення меж:

- Надмірна опіка (енmeshмент): батьки надто сильно залучені в життя дитини, що зменшує її автономію.
- Відстороненість: відсутність емоційної підтримки, що збільшує ризик розвитку РХП.

2. Дисфункціональні патерни комунікації:

- Критика або акцент на зовнішньому вигляді.
- Уникання обговорення емоційних проблем.

3. Емоційна реактивність:

- Надмірна емоційність у відповідь на поведінку пацієнта може посилювати симптоми.

4. **Моделювання поведінки:** Батьки або інші члени сім'ї, які мають нездорові харчові звички або проблеми з образом тіла, можуть стати прикладом для наслідування.

3. Етапи системної сімейної терапії при РХП. ССТ включає декілька ключових етапів:

1. Початкова оцінка. На цьому етапі терапевт:

- Проводить інтерв'ю з усіма членами сім'ї;
- Аналізує сімейну історію та конфлікти;
- Визначає патерни взаємодії та ролі кожного члена.

2. Інформування сім'ї. Сім'я отримує знання про:

- Природу РХП;
- Вплив сімейної динаміки на хворобу;

- Роль кожного члена в підтримці одужання.

3. Робота з межами та структурою.

- Усунення надмірної опіки;
- Посилення автономії пацієнта;
- Встановлення здорових меж.

4. Навчання нових патернів взаємодії.

- Формування підтримуючої атмосфери;
- Заміна критики на співпереживання;
- Робота над вирішенням конфліктів.

5. Закріплення змін.

- Створення плану запобігання рецидивам;
- Перевірка стійкості сімейних змін.



7. Протокол Модслі

Протокол Модслі (також відомий як система сімейної терапії Модслі, підхід Модслі) - система лікування обмежувальних розладів харчової поведінки, розроблена в психіатричній клініці Модслі. Даний протокол на сьогоднішній день є однією з небагатьох лікувальних програм, які мають серйозну доказову базу та підтвердили свою ефективність у рамках емпіричних досліджень. Цей терапевтичний підхід був розроблений науково-дослідною групою Лондонської психіатричної клініки Модслі під керівництвом Крістофера Дейра.

В даний час підхід визнаний ефективним для терапії таких розладів харчової поведінки, як нервова анорексія та нервова булімія [2]. Незважаючи на те, що на даний момент ефективність системи сімейної терапії Модслі виявляється емпірично підтвердженою саме для зазначених вище розладів харчової поведінки, потенційно він може застосовуватися в рамках роботи із значно ширшим спектром РХП обмежувального типу: наприклад, у разі нервової орторексії та розладу виборчого харчування. Таким чином, актуальною є завдання забезпечення певної доказової бази, що підтверджує ефективність підходу Модслі при різних типах обмежувальних розладів харчової поведінки.

Основні засади протоколу

Система терапії Модслі передбачає роботу не лише з самим пацієнтом, а й із членами його сім'ї, зокрема батьками у разі пацієнтів дитячого та юнацького віку. Спочатку підхід був запропонований як альтернатива традиційної моделі індивідуальної терапії. У рамках традиційного підходу до лікування харчових розладів сім'я та певні сімейні проблеми досить часто розглядаються як одна з фундаментальних причин виникнення захворювання. У свою чергу, підхід Модслі постулює відмову від погляду на сімейне середовище як причину виникнення патології і навіть пропонує використовувати проблему як свого роду базу для інтеграції сім'ї, розвитку нової моделі сімейних взаємин.

Сімейна психотерапія в рамках протоколу Модслі розрахована терміном близько одного року, протягом якого передбачається 15—20 терапевтичних сесій.

Процес лікування включає три основні фази:

Фаза 1 (нормалізація маси тіла) – передбачає переважно корекцію стану організму пацієнта, пов'язаного із серйозними обмеженнями харчування. Роль психотерапії цьому етапі полягає переважно у виявленні, по-перше, певних особливостей спілкування у межах сім'ї, по-друге, сімейних патернів харчової поведінки. Завданням терапевта є допомога батькам у придбанні певних нових способів поведінки, здатних забезпечити дитині допомогу у процесі відновлення. Особлива увага приділяється ритуалам спільної їжі в сім'ї, соціальному компоненту таких ритуалів. Терапевт намагається навчити батьків прийняттю харчових звичок своєї дитини, навіть тих, які радикально відрізняються від загальноприйнятих в сім'ї. Робота спрямована на зняття психологічного дискомфорту пацієнта у ситуаціях сімейного прийому їжі. Важливим для батьків є вираження співчуття та розуміння по відношенню до тих складнощів, з якими стикається дитина в процесі одужання (це аналогічно принципу безумовного прийняття, що є одним із основних для гуманістичного підходу психотерапії). Одночасно цьому етапі перед батьками стоїть завдання контролю над режимом харчування дитини, що дозволяє певний момент відмовитися від лікування умовах стаціонару. Крім того, психотерапія спрямована на перебудову стратегій міжособистісної взаємодії пацієнта з однолітками, розширення кола спілкування, що, у свою чергу, сприяє стабілізації емоційного стану та забезпечує необхідні умови для відновлення.

Фаза 2 (повернення контролю за харчуванням). Основними критеріями переходу на цю фазу лікування є стійке збільшення маси тіла, прийняття пацієнтом вимог батьків, що стосуються зміни режиму харчування, а також позитивні зрушення в характері психологічного клімату сім'ї (оцінка змін, що відбуваються, є одним з найбільш значущих завдань, що вирішуються психотерапевтом). Завданням батьків у рамках цієї фази є допомога дитині у поверненні контролю над своєю вагою та харчовою поведінкою, при цьому система сімейної терапії Модслі орієнтована на мінімізацію психологічного тиску з боку батьків. Крім того, у цей момент стає можливим опрацювання в рамках психотерапевтичних сесій тих сімейних проблем, які до цього відкладалися через критичний стан пацієнта. На цій фазі, за умови позитивної динаміки процесу одужання, стає можливим зниження контролю за харчуванням дитини з боку батьків, часткове делегування пацієнту відповідальності за свою харчову поведінку.

Фаза 3 (відновлення ідентичності пацієнта). Соматичним критерієм, що свідчить про можливість переходу до фази 3, є досягнення пацієнтом стабільного рівня маси тіла не менше 95 % від нормального для його зростання та віку, згідно з медичними нормами, а також зняття неадекватних харчових обмежень. Основним фокусом психотерапії на даному етапі лікування є повернення пацієнту цілісної ідентичності та нормативного для його віку ступеня автономії, підтримання здорових патернів взаємин у сім'ї, набутих у рамках психотерапії. Важливим завданням психотерапевта у межах роботи з батьками стає обговорення змін, які очікують після остаточного придбання дитиною незалежності.

Роль батьків, на думку психотерапевтів, що описують даний підхід [4],

полягає в активному забезпеченні позитивного емоційного середовища, що сприяє відновленню пацієнта як у фізичному, так і психологічному аспекті. Іншими словами, фахівцями можуть бути створені необхідні для одужання умови з метою забезпечення режиму харчування та необхідної медикаментозної підтримки, моніторингу стану здоров'я пацієнта, проте створення позитивного емоційного середовища забезпечується саме з боку сім'ї.

Доказова база.

Перше експериментальне підтвердження ефективності протоколу було отримано власне у рамках клініки Модслі. Вибірка включала неповнолітніх пацієнтів (вік менше 18 років), які страждають на нервову анорексію протягом трьох і більше років. Дослідження було проведено на жіночій вибірці, у ньому брало участь 80 випробуваних; завданням був порівняльний аналіз ефективності лікування за допомогою системи сімейної терапії Модслі та класичної індивідуальної психотерапії. 90% піддослідних у рамках даного дослідження, які проходили лікування згідно з принципами протоколу Модслі, досягли нормалізації ваги та відновлення менструального циклу на момент закінчення терапії. Результати свідчать про ефективність підходу, що було підтверджено у подальших дослідженнях. Так, дослідницькою групою Ейслера були отримані такі результати: у більш ніж 70% піддослідних в експериментальній та контрольній групах спостерігалася стабілізація маси тіла та нормалізація менструального циклу, що свідчить принаймні про порівнянну ефективність підходу Модслі порівняно з традиційною індивідуальною психотерапією. Результати недавнього дослідження, проведеного на рандомізованій контрольованій вибірці, додатково підтверджують ефективність системи сімейної психотерапії Модслі. Є також свідчення того, що короткий (6 місяців) та тривалий (1 рік) курс лікування призводять до аналогічного позитивного результату. Нарешті, позитивна динаміка при застосуванні протоколу Модслі спостерігаються також як у пацієнтів молодшого віку (9—12 років), так і у підлітків.

Важливо відзначити, що, хоча спочатку підхід застосовувався саме у роботі з пацієнтами, які страждають на нервову анорексію, надалі він був адаптований для терапії інших обмежувальних розладів харчової поведінки, зокрема нервової булімії. На даний момент існують дані емпіричних досліджень, що підтверджують ефективність протоколу Модслі в рамках психотерапії пацієнтів із нервовою булімією.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до відповіді на такі запитання:

- Участь сім'ї у процесі відновлення.
- Батьки та розлади харчової поведінки.
- Відносини та розлади харчової поведінки.
- Сестри, брати та розлади харчової поведінки.

- Подружжя та розлади харчової поведінки.
- Системна сімейна терапія.
- Протокол Модслі.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Які ролі членів сім'ї є ключовими у відновленні людини з анорексією?
2. Як залучення родини може вплинути на ефективність лікування?
3. Як стиль виховання та сімейні очікування можуть впливати на виникнення та перебіг анорексії?
4. Які техніки психоедукації можна застосувати для батьків?
5. Як партнерські або подружні відносини можуть впливати на відновлення людини з анорексією?
6. Які особливості роботи з подружжям у таких випадках?
7. Які проблеми найчастіше виникають у братів і сестер під час лікування анорексії?
8. Як можна допомогти братам і сестрам у процесі адаптації до ситуації в сім'ї?
9. Які основні принципи системної сімейної терапії важливі для роботи з родинами, в яких є анорексія?
10. Як залучити всіх членів сім'ї до терапевтичного процесу?
11. Які основні етапи протоколу Модслі?
12. Як заохочувати батьків до участі в годуванні під час першого етапу протоколу?

Індивідуальне практичне завдання

Письмово попрацювати над завданнями кейсу.

Кейс: «15-річна дівчина, Марина, має діагноз нервова анорексія, виявлений 8 місяців тому. Вона втратила 15% ваги за останній рік, постійно рахує калорії, відмовляється від сімейних обідів і часто свариться з матір'ю, яка змушує її їсти. Батько займає пасивну позицію, рідко втручається в конфлікти. Молодший брат (12 років) жаліється, що йому бракує уваги батьків через «проблеми Марини». Мати страждає від почуття провини, намагається повністю контролювати ситуацію, часто підвищує голос, коли Марина відмовляється їсти».

Завдання до кейсу:

- ✓ Визначте ключові проблеми в сімейній динаміці, які можуть підтримувати анорексію Марини.
- ✓ Запропонуйте план роботи з кожним членом родини.
- ✓ Сформулюйте три основні принципи психоедукації для батьків, які слід застосувати під час початкового етапу терапії.
- ✓ Як протокол Модслі може бути адаптований для роботи з цією родиною?

Література для підготовки

1. Wergeland, G.J., Ghaderi, A., Fjermestad, K. *et al.* Family therapy and cognitive behavior therapy for eating disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2024). <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02544-1>

2. Fisher, C., Skocic, S., Rutherford, K., & Hetrick, S. (2018). Family therapy approaches for anorexia nervosa.. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD004780 . <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub3>

3. Mor, A., & Grange, L. (2019). Family Therapy in the Treatment of Eating Disorders.

4. Preciados, S., Mayoral, D., & Sánchez, A. (2024). Family systemic therapy in patients with eating disorders. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1474>

5. Lock (2018) – Огляд доказів ефективності сімейної терапії, включаючи формат "родини-фокусованої терапії" для анорексії та булімії у підлітків ([Lock, 2018](#))

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:

- Участь сім'ї у процесі відновлення.
- Батьки та розлади харчової поведінки.
- Відносини та розлади харчової поведінки.
- Сестри, брати та розлади харчової поведінки.
- Подружжя та розлади харчової поведінки.
- Системна сімейна терапія.
- Протокол Модслі.

2. Рольова гра: «Перша консультація з батьками дівчини з анорексією».

Ситуація - психолог проводить першу консультацію з батьками дівчини з анорексією.

Завдання для здобувача-психолога:

- ✓ Провести психоедукацію для батьків (на основі принципів системної сімейної терапії).
- ✓ Навчити батьків основам протоколу Модслі для участі у процесі відновлення.
- ✓ Запропонувати інтервенції для зменшення конфліктів у сім'ї.

3. Робота в парах. Прийняття участі у діагностичній вправі. Здобувачі працюють у парах.

Кожна пара розробляє деталізований кейс-короткий опис сімейної ситуації (наприклад, конфлікт між братами/сестрами через відчуття «нерівного ставлення» до хворого члена родини). Обмінюється кейсом з іншою парою.

Завдання:

- ✓ Визначити, які аспекти сімейних відносин можуть бути деструктивними.
- ✓ Запропонувати терапевтичні втручання для покращення взаємодії.

4. Презентація результатів виконаного індивідуального завдання.

5. Підбиття підсумків практичного заняття.



ТЕМА 8.
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ,
В ЯКОЇ Є ЧЛЕН РОДИНИ З ТРИВОЖНИМ РОЗЛАДОМ, ОБСЕСИВНО-
КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Досвід сімблінгів пацієнтів з ОКР.
 2. Досвід дітей батьків з ОКР.
 3. Досвід батьків пацієнтів з ОКР.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Досвід сімблінгів пацієнтів з ОКР

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) характеризується довготривалими, постійними, тривожними та заважаючими нав'язливими думками, образами, потягами або сумнівами (нав'язливі ідеї) і повторюваною поведінкою (компульсії) (DSM-V; Американська психіатрична асоціація, [2013](#)). У Сполученому Королівстві серед дітей віком 5–15 років поширеність ОКР становить від 0,02% до 0,63% (Neuman et al., [2001](#)).

ОКР може змусити сім'ю змінити свою поведінку безліччю способів пом'якшити страждання хворого на ОКР (Lebowitz та ін., [2016](#)). Сімейне пристосування означає спосіб, у який члени сім'ї можуть діяти, щоб полегшити симптоми та страждання родича (Kagan et al., [2017](#)). При ОКР це може бути у формі заспокоєння, залучення до поведінкових ритуалів або полегшення уникнення ситуацій, які викликають тривогу. Дослідження показали, що від 60% до 96% родичів дорослих і дітей, які страждають на ОКР, повідомляють про пристосування до ОКР (Allsopp & Verduyn, [1990](#); Amir et al., [2000](#); Calvocoressi et al., [1999](#); Lebowitz et al., [2016](#); Peris) та ін., [2008](#); Шафран та ін., [1995](#); Stewart et al., [2008](#); Storch et al., [2007](#)).

На додаток до високого рівня сімейної акомодатії ОКР, сімейне функціонування може бути порушено як прямий наслідок труднощів ОКР (Lochner et al., [2003](#)). Використовуючи кілька показників якості життя, Lochner et al. ([2003](#)) виявили, що дорослі люди, які страждають на ОКР, повідомили про більше погіршення сімейного функціонування, ніж ті, хто страждає соціальною фобією або панічним розладом. Стюарт та ін. ([2017](#)), також виявили значний вплив на функціонування сім'ї, особливо на режим ранку та відходу до сну внаслідок симптомів ОКР у дитини. Подібним чином Kenyon and Eaton ([2015](#)) виявили, що погане функціонування сім'ї було пов'язане з тяжкістю симптомів ОКР.

2. Досвід дітей батьків з ОКР

Багато досліджень спрямовані на те, щоб окреслити вплив ОКР на «членів сім'ї», але вибірки майже виключно стосуються опікунів або подружжя. Важливо розглядати стосунки між братами та сестрами окремо, оскільки вони унікальні тим, що є найдовшими і, отже, потенційно одними з найвпливовіших стосунків протягом життя людини (Orsmond & Seltzer, [2007](#)).

Результати досліджень показали, що всі брати та сестри брали участь у пристосуванні симптомів ОКР або брали участь у ритуалах, що відповідає літературі про ОКР/подружжя (Allsopp & Verduyn, 1990 ; Amir et al., 2000 ; Calvocoressi et al., 1999 ; Lebowitz та ін., 2016 ; Періс та ін., 2008 ; Shafran et al., 1995 ; Stewart et al., 2008 ; Storch et al., 2007). Пристосування до братів і сестер часто було у формі сприяння униканню тригерів, підвищеної пильності та усунення тригерів або надання предметів чи заспокоєння їхнім тривожним братам і сестрам. Подібним чином Storch та ін. (2007), використовуючи кількісні показники, повідомили, що пристосування батьків часто було у формі надання впевненості їхній дитині з ОКР або допомоги в уникненні предметів або ситуацій, які лякають. Обидва Kagan та ін. (2017) і Caporino et al. (2012) повідомили, що низька толерантність батьків до дистресу пов'язана з більшою адаптацією батьків до симптомів ОКР. Таким чином, можна припустити, що подібний процес уникнення дистресу відбувається як у братів, так і у батьків молодих людей з ОКР. Відчуття загрози та безпорадності братів і сестер, як описано вище, спонукало братів і сестер, які боялися, пристосуватися до ОКР, щоб полегшити власні страждання та страждання членів родини. З іншого боку, важкі рівні навантаження (Cooper, 1996 ; Magliano et al., 1996), порушення соціальних стосунків і почуття депресії (Magliano et al., 1996), про які повідомлялося у опікунів, у тому числі братів і сестер, могли означати, що учасники братів і сестер мали менший когнітивний ресурс терпіти та кинути виклик симптомам ОКР, які страждають, і, отже, пристосувався до них відчув необхідність.

Багато братів і сестер-учасників описали порушення здатності функціонувати та проводити час із сім'єю через охоплення ОКР. Це передбачало ізоляцію у своїй спальні, скорочення процедур особистого догляду, щоб уникнути запізнення на школу/роботу або спровокувати ОКР і уникати запрошувати друзів додому або ОКР, забороняючи їм заходити в певні кімнати в домі. Це узгоджується з повідомленнями про порушення функціонування опікунів ОКР у попередніх дослідженнях (Lochner та ін., 2003 ; Stewart та ін., 2017). Lochner та ін. (2003) повідомляють про порушення сімейного життя та повсякденної діяльності батьків внаслідок народження дитини з ОКР. Подібним чином Stewart et al. (2017) описав порушення ранкового розпорядку для батьків через страх запізнитися на роботу. Wu et al. також підкреслили вплив на соціальні стосунки серед опікунів молоді з ОКР. (2018). Vu та ін. (2018) повідомили, що розвиток опікунів і соціальні стосунки зазнавали негативного впливу, коли пацієнт, який страждає на ОКР, відчував виражені порушення, пов'язані з ОКР. Ці аспекти, раніше не продемонстровані в літературі про ОКР братів і сестер, потенційно підкреслюють важливу роль, яку система освіти може

відігравати в психічному здоров'ї та розвитку братів і сестер. Заохочення позашкільних клубів і розуміння негативного впливу ОКР може мати на такі аспекти, як втома братів і сестер, пунктуальність, співчуття та підтримка батьків, може бути життєво важливим для підтримки їхнього здоров'я та благополуччя під час навчання в школі.

3. Досвід батьків пацієнтів з ОКР

Батьківський ОКР ставив перед учасниками проблеми та клав на них тягар, за який вони не отримували належної підтримки. Проблеми, які піднімає батьківський ОКР, здавалося, схожі на інші проблеми психічного здоров'я батьків, але результати свідчать про те, що стадія розвитку дитини може мати значний вплив.

Порівняли психічне здоров'я, адаптацію та функціонування сім'ї у батьків молодих людей з обсесивно-компульсивним розладом (ОКР), тривожними розладами та без відомих проблем психічного здоров'я.

Батьки дітей з ОКР і тривожними розладами мали гірше психічне здоров'я та застосовували більш унікальний спосіб подолання, ніж батьки не клінічних дітей. Групових відмінностей у сімейному функціонуванні не було.

Сім'я відіграє дуже важливу роль в одужанні людини із тривожним розладом. В ідеалі сім'я повинна підтримувати своїх рідних, а не сприяти закріпленню в них симптомів. Члени родини не повинні спрощувати проблему, роблячи вигляд, ніби вона не варта виїденого яйця; не повинні вимагати одужання без лікування.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до відповіді на такі запитання:

- Досвід сімблінгів пацієнтів з ОКР.
- Досвід дітей батьків з ОКР.
- Досвід батьків пацієнтів з ОКР.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Які виклики можуть виникати в родині, якщо хтось із членів має тривожний розлад або ОКР?
2. Як сімейна система може впливати на перебіг розладу?
3. Назвіть особливості сімейної динаміки.
4. Роль сімейної підтримки та емоційного клімату в лікуванні.
5. Типові реакції членів сім'ї (надмірна турбота, уникнення теми, конфлікти).
6. Які основні завдання клініко-психологічного супроводу?
7. Психоедукація родини про природу тривожних розладів та ОКР.

8. Навчання родини основам спілкування та конструктивної підтримки.
9. Техніки подолання співзалежності у сімейній системі.

Індивідуальне практичне завдання

Розробити план психоедукації для родини де є хворий на ОКР.

Література для підготовки

1. Exploring the experiences and responses of siblings living with a brother or sister with obsessive compulsive disorder. Stuart Brownings, Lucy Hale, Laura M. Simonds, Amita Jassi Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice Volume 96, Issue 2. First published: 08 March 2023

2. Does parental anxiety cause biases in the processing of child-relevant threat material? Sam Cartwright-Hatton, Paul Abeles, Clare Dixon, Christine Holliday, Becky Hills. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice Volume 87, Issue 2. First published: 27 March 2013

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:
 - Досвід сімблінгів пацієнтів з ОКР.
 - Досвід дітей батьків з ОКР.
 - Досвід батьків пацієнтів з ОКР.

2. Робота в підгрупах.

Завдання:

- ✓ Створити кейс, що описує сімейну динаміку при хворому на ОКР.

Приклад кейсу: Мати з ОКР часто просить доньку «перевіряти двері або вимикачі, що призводить до напруги в стосунках.

- ✓ Виявити ключові проблеми в такій родині.
- ✓ Розробити план психоедукації для родини.
- ✓ Узагальнити техніки підтримки для членів родини.
- ✓ Підготувати психоедукаційний буклет для родини, в якій є член із тривожним .

3. Обговорення результатів виконання індивідуального завдання.

4. Підбиття підсумків практичного заняття.



ТЕМА 8.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОДИНИ З
ПАЛІАТИВНИМ ХВОРИМ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Паліативна допомога.
 2. Виклики, що стають перед родиною паліативного пацієнта.
 3. Супровід родини.
 4. Методи та підходи при психологічному супроводі.
 5. Особливості роботи з різними членами родини.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Паліативна допомога

Паліативна допомога – це активна, всеосяжна турбота про пацієнтів із невиліковними хворобами та обмеженим прогнозом життя, яка охоплює медичні, психологічні, соціальні та духовні аспекти. Родина паліативного хворого нерідко стикається з психологічними труднощами, які впливають на її функціонування. Завдання психолога – допомогти зберегти емоційне благополуччя родини, покращити комунікацію та підтримати їх у цей складний період.

Паліативна допомога – це не лише про полегшення фізичних симптомів (наприклад, болю), а й про підтримку психологічного стану пацієнта та його родини. Вона зосереджена на якості життя, навіть якщо прогноз невтішний.

Термін «паліативний» походить від латинського слова «pallium», що має значення «плащ», «покривало». У цій метафорі можна розпізнати зміст і філософію паліативної допомоги: окутати турботою, захистити від несприятливих обставин, не подолати їх, а знайти спосіб максимально комфортного перебування у них.

Паліативна допомога переважно асоціюється з супроводом пацієнта у термінальних станах: як знеболення та заспокоєння у кінцевій стадії життя. Частіше, навіть, сприймається як частина помирання, а не життя.

Звичайно, що паліативна допомога включає в себе так звану турботу наприкінці життя, однак, поняття значно ширше.

Всесвітня організація охорони здоров'я подає таке визначення паліативної допомоги:

Паліативна допомога — це підхід, що допомагає покращити якість життя пацієнтів та членів їхніх сімей, що стикаються з проблемами смертельного захворювання, шляхом запобігання і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та вирішенню інших фізичних ,

психосоціальних та духовних проблем.

Паліативна допомога:

- забезпечує полегшення від болю та інших симптомів;
- стверджує життя і вважає смерть нормальним природним процесом;
- не має наміру ні пришвидшити, ні відтермінувати смерть;
- інтегрує психологічні та духовні аспекти догляду за пацієнтами;
- пропонує систему підтримки, яка допоможе пацієнтам жити якомога активніше до смерті;
- пропонує систему підтримки близьких пацієнта під час його хвороби, а також у період тяжкої втрати;
- використовує мультидисциплінарний підхід для задоволення потреб пацієнтів та членів їх сімей, включаючи консультації, пов'язані зі пережиттям втрати, якщо вони необхідні;
- підвищує якість життя, що також може позитивно вплинути на перебіг хвороби;
- застосовується вже на ранніх стадіях невиліковної хвороби у поєднанні з іншими методами терапії, призначеними для продовження життя, такими як хіміотерапія або променева терапія, і включає дослідження, необхідні для кращого розуміння та керування важкими клінічними ускладненнями.

Паліативний пацієнт – пацієнт з обмеженим прогнозом життя, який страждає на невиліковні прогресуючі захворювання, що не можуть бути вилікувані сучасними методами та засобами і супроводжуються вираженим больовим синдромом, тяжкими розладами життєдіяльності, потребують медичної допомоги, догляду, психологічного супроводу та духовної підтримки.

Паліативна допомога надається у будь-якому віці та стадії невилікового захворювання, вдома чи в стаціонарі. Основна мета – турбуючись про гідність, покращити якість життя паліативного хворого, полегшити його страждання, підтримати його близьких. Важливо, що в її основі закладено холістичний принцип: єдність усіх вимірів людини – фізичного, інтелектуального, емоційного, суспільного та духовного.

Діагноз не повинен затьмарювати особистості пацієнта. Допомога має включати окрім медичного також психологічний, соціальний, духовний супровід. Охоплює турботою самого пацієнта, а також його рідних та опікунів. Вимагає спеціальної освітньої підготовки осіб, що надають послуги паліативної допомоги. Допомога наприкінці життя як складова паліативної починається, коли пацієнт з високою ймовірністю може померти протягом наступного року життя (звісно, передбачення завжди є відносним). До таких пацієнтів відносять тих, чия скоро смерть є очевидною, хто загалом дуже немічний, хто має високий ризик померти від раптової кризи у наявному стані, хто має гострий стан, що загрожує життю, спричинений катастрофічною подією як аварія чи інсульт, наприклад.



2. Виклики, що стають перед родиною паліативного пацієнта

Родина часто стає основною підтримкою для хворого, виконуючи функції доглядальника.

Члени родини можуть переживати емоційне вигорання, страх втрати, провину або навіть конфлікти через нерівномірний розподіл обов'язків.

Підтримка психолога важлива як для самого хворого, так і для його близьких.

Особливими викликами для родини є:

- Постійний стрес через догляд.
- Емоційне напруження від очікування смерті близької людини.
- Соціальна ізоляція (зменшення контактів із друзями, суспільством).
- Фінансові труднощі, пов'язані з лікуванням та доглядом.

Психологічні реакції членів родини у паліативному контексті

1. Стадії переживання втрати (Е. Кюблер-Росс):

- **Заперечення:** “Це не може бути правдою, діагноз помилковий.”
- **Гнів:** Обурення, агресія, пошук винних.
- **Торг:** “Ми зробимо все, щоб вилікувати його/її.”
- **Депресія:** Відчуття безнадійності, смуток.
- **Прийняття:** Усвідомлення ситуації та адаптація до неї.

2. Емоційні реакції

- **Страх:** Перед невідомим, майбутньою втратою.
- **Провина:** За можливі помилки у догляді.
- **Злість:** На лікарів, долю, інших членів родини.
- **Відчай:** Безпорадність перед ситуацією.

3. Особливості роботи з кожною реакцією:

- Прийняття та емпатійне вислуховування.
- Надання інформації про прогноз та процес догляду.
- Допомога у формуванні позитивних стратегій адаптації.



3. Супровід родини

Основні завдання психолога при роботі з родиною

1. Психоедукація

• Надання інформації про паліативний стан, можливі фізичні та емоційні зміни.

- Формування реалістичних очікувань щодо перебігу хвороби.

2. Емоційна підтримка

- Створення безпечного простору для вираження почуттів.
- Допомога у зменшенні почуття провини чи сорому.

3. Покращення комунікації

- Вирішення конфліктів у родині.
- Формування конструктивної комунікації між хворим і членами родини.

4. Допомога у створенні плану дій

- Розподіл обов'язків між членами родини.

- Розробка графіка догляду.



4. Методи та підходи при психологічному супроводі

1. Системна сімейна терапія

- Аналіз ролей у сімейній системі.
- Виявлення та вирішення деструктивних моделей взаємодії.
- Підтримка гармонійного функціонування сім'ї у кризовий період.

2. Екзистенціальний підхід

- Обговорення питань життя і смерті.
- Пошук сенсу в складних життєвих обставинах.
- Підтримка процесу прийняття неминучого.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) осіб, що є близькими чи опікунами паліативних пацієнтів.

4. Групи підтримки.

- Організація та модерація груп для членів родин паліативних хворих.
- Обмін досвідом, підтримка з боку людей із подібними труднощами.



5. Особливості роботи з різними членами родини

1. Робота з батьками

- Допомога у зниженні почуття провини та надмірного контролю.
- Навчання навичок самодопомоги для збереження їхнього емоційного ресурсу.

2. Робота з дітьми

- Надання інформації у відповідній формі.
- Підтримка у подоланні страху втрати.
- Допомога у вираженні емоцій (малюнки, історії).

3. Робота з подружжям

- Підтримка емоційної близькості.
- Вирішення можливих конфліктів через нерівномірний розподіл обов'язків.

4. Робота з братами і сестрами

- Врахування їхніх почуттів (ревності, образу, провини).
- Підтримка у збереженні їхнього соціального життя.

Профілактика емоційного вигорання членів родини

1. Ознаки емоційного вигорання

- Хронічна втома.
- Емоційна відстороненість.
- Підвищена дратівливість.

2. Стратегії профілактики

- Забезпечення часу для відпочинку.
- Навчання технік релаксації.
- Рекомендація звернутися до груп підтримки чи спеціалістів.

Робота з родиною паліативного хворого – це складний, але надзвичайно важливий процес. Завдання психолога полягає не лише в підтримці хворого, а й у допомозі родині адаптуватися до складних обставин. Психологічний супровід

родини допомагає знизити рівень стресу, покращити емоційний клімат та забезпечити гідну якість життя хворого на останньому етапі.



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до відповіді на такі запитання:

- Паліативна допомога.
- Виклики, що стають перед родиною паліативного пацієнта.
- Супровід родини.
- Методи та підходи при психологічному супроводі.
- Особливості роботи з різними членами родини.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Які найбільш поширені психологічні реакції у членів родини паліативного хворого?
2. Як допомогти родині адаптуватися до ролі доглядальника?
3. Які стратегії можна запропонувати для запобігання емоційному вигоранню?
4. Як залучати родину до процесу прийняття рішень щодо догляду за хворим?
5. Чому важливо забезпечити психоедукацію для дітей у сім'ї паліативного хворого?
6. Як може впливати на родину соціальна ізоляція через догляд за паліативним хворим?

Індивідуальне практичне завдання

Здійснити аналіз кейсу. Результати аналізу кейсу записати в робочому зошиті.

Кейс: Вас запросили до родини, де мати 52 років перебуває на паліативному лікуванні через онкологічне захворювання. У родині є чоловік, який займається доглядом, і двоє дорослих дітей, які живуть окремо, але постійно телефонують і вимагають від батька «зробити більше». Батько відчуває емоційне вигорання, часто свариться з дітьми. Хвора боїться залишатися одна і страждає від болю, попри прийом медикаментів.

Завдання:

- ✓ Визначте основні емоційні та соціальні труднощі, з якими стикаються члени родини.
- ✓ Сформулюйте рекомендації для кожного члена родини.
- ✓ Які техніки можливо використати в цій ситуації?

Література для підготовки

1. Кривоніс Т. Прояви тривоги та депресії у родичів пацієнтів з онкологічними захворюваннями – Scientific Journal «ScienceRise: Medical

Science», №2. 2020.

2. Мартиненко Б. Когнітивно-поведінкова терапія пацієнтів, що потребують паліативної допомоги. УІКПТ, Львів, 2020.

3. Шаттенбург Л. , Кульчинський Я. Психодинаміка болю – Журнал «Нейро News». №4. 2019.

4. WHO Definition of Palliative Care.
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:

- Паліативна допомога.
- Виклики, що стають перед родиною паліативного пацієнта.
- Супровід родини.
- Методи та підходи при психологічному супроводі.
- Особливості роботи з різними членами родини.

2: Робота у підгрупах.

Кожна група отримує кейс (наприклад, сім'я з маленькими дітьми, у якій хтось із батьків має паліативний діагноз).

Завдання – створить план психологічного супроводу родини на трьох основних етапах:

- Початковому (психоедукація та оцінка потреб).
- Основному (робота з емоційним станом родини).
- Завершальному (підтримка на етапі втрати).

3. Презентація результатів групової роботи.

4. Презентація результатів виконання індивідуального завдання.

5. Підбиття підсумків практичного заняття.



ТЕМА 10.
ОСОБЛИВОСТІ СУПРОВОДУ РОДИНИ З ХВОРИМ ПОХИЛОГО ВІКУ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Особливості вікових змін у літніх людей.
 2. Виклики для родини у догляді за літнім хворим.
 3. Роль психолога у супроводі родини з хворим похилого віку.
 4. Методи та підходи у роботі з родиною.
 5. Практичні рекомендації для родин.
 6. Профілактика емоційного вигорання у членів родини.
-

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ЛЕКЦІЇ

1. Особливості вікових змін у літніх людей

1. Фізіологічні зміни:
 - Зниження фізичної активності та працездатності.
 - Хронічні захворювання (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, артрити тощо).
 - Погіршення сенсорних функцій (зір, слух).
 - Підвищена вразливість до інфекцій та травм.
 2. Психологічні зміни:
 - Когнітивні порушення (деменція, зниження пам'яті, уваги).
 - Емоційна нестабільність (підвищена тривожність, дратівливість, депресія).
 - Потреба у визнанні та прийнятті, страх самотності.
 3. Соціальні зміни:
 - Соціальна ізоляція через втрату друзів, відсутність активної професійної діяльності.
 - Залежність від допомоги інших.
 - Конфлікти в родині через зміну ролей ("дитина стає батьком").
-

2. Виклики для родини у догляді за літнім хворим

1. Емоційне навантаження:
 - Постійний стрес через потребу догляду за літнім родичем.
 - Почуття провини через недостатню увагу або через власні негативні емоції.
 - Відчуття безпорадності у ситуаціях, пов'язаних із погіршенням стану хворого.
2. Фізичне та фінансове навантаження:

- Догляд може потребувати значних фізичних зусиль (пересування, годування).
- Витрати на лікування, спеціальні засоби догляду, адаптацію житлових умов.

3. Соціальні труднощі:

- Втрата особистого часу та соціальних контактів членами родини.
- Конфлікти між членами сім'ї щодо розподілу обов'язків.

4. Емоційне вигорання:

- Постійне почуття виснаження та апатії.
- Зниження рівня емпатії до хворого.

3. Роль психолога у супроводі родини з хворим похилого віку

1. Психоедукація:

- Надання інформації про вікові зміни та їхній вплив на емоційний і фізичний стан літньої людини.

- Роз'яснення типових психологічних реакцій хворого.

2. Підтримка емоційного стану родини:

- Допомога у вираженні та прийнятті почуттів (гнів, провина, смуток).
- Створення простору для відкритої комунікації між членами родини.

3. Допомога у вирішенні конфліктів:

- Робота з міжособистісними конфліктами через розподіл обов'язків.
- Навчання конструктивних способів спілкування.

4. Навчання навичок самодопомоги:

- Використання технік релаксації для зменшення стресу.
- Підтримка у створенні особистого часу для відпочинку та відновлення.

4. Методи та підходи у роботі з родиною

1. Системна сімейна терапія:

- Аналіз ролей у родині та їх впливу на догляд за літнім хворим.
- Допомога у встановленні рівноваги між потребами хворого та решти членів родини.

2. Когнітивно-поведінковий підхід:

- Робота з ірраціональними переконаннями родини ("Я завжди повинен бути поруч", "Моїх зусиль недостатньо").
- Формування ефективних стратегій поведінки у стресових ситуаціях.

3. Групова терапія:

- Організація груп підтримки для родин, які доглядають за літніми хворими.

- Обмін досвідом, пошук спільних рішень.

4. Екзистенціальний підхід:

- Робота з питаннями сенсу життя та прийняття старіння.
- Допомога у переосмисленні втрат та змін у житті.

5. Практичні рекомендації для родин

1. Організація догляду:
 - Розподіл обов'язків між членами родини для уникнення перевантаження.
 - Використання допоміжних засобів (медичне обладнання, соціальні служби).
 2. Підтримка емоційного стану:
 - Регулярні бесіди з літнім хворим, підтримання емоційного контакту.
 - Врахування його бажань і потреб у повсякденному житті.
 3. Турбота про себе:
 - Збереження власного здоров'я та емоційного балансу.
 - Виділення часу на відпочинок, хобі, спілкування з друзями.
- 

6. Профілактика емоційного вигорання у членів родини

1. Ознаки вигорання:
 - Постійна втома, дратівливість, апатія.
 - Зниження якості догляду за хворим.
2. Стратегії профілактики:
 - Делегування обов'язків іншим членам родини або професіоналам.
 - Участь у групах підтримки.
 - Навчання технік стрес-менеджменту.

Сім'я, у якій є літній хворий, стикається з численними викликами, які можуть впливати на її емоційний стан, функціонування та якість життя. Роль психолога полягає у підтримці кожного члена родини, допомозі в організації догляду та створенні умов для гармонійного співіснування в умовах кризової ситуації. Ефективний психологічний супровід дозволяє знизити рівень стресу, покращити комунікацію в родині та забезпечити гідний рівень життя для хворого



ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ В МЕЖАХ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНИМ МАТЕРІАЛОМ

Завдання для опанування навчальним матеріалом

Підготуватися до відповіді на такі запитання:

- Особливості вікових змін у літніх людей.
- Виклики для родини у догляді за літнім хворим.
- Роль психолога у супроводі родини з хворим похилого віку.
- Методи та підходи у роботі з родиною.
- Практичні рекомендації для родин.
- Профілактика емоційного вигорання у членів родини.

Питання для контролю знань і вмінь

1. Які основні психологічні зміни виникають у людей похилого віку?
2. Як вікові зміни впливають на взаємодію літньої людини з членами сім'ї?
3. Які симптоми емоційного вигорання характерні для членів родини?
4. Як психолог може допомогти у профілактиці емоційного вигорання родичів пацієнта похилого віку?
5. Як врахувати емоційний стан і ресурсність родини при розробці плану?
6. Психологічна підтримка у період погіршення стану хворого.

Індивідуальне практичне завдання

Розробити практичні рекомендації для родин з хворим похилого віку.

Література для підготовки

1. Догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією: навчально-методичний посібник. / Тимошенко Н. Є., Романова Н.Ф., Орпер М.Ю., Патинок О.П.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. – К.: Вид-во РПА «51 Паралель», 2020. – 350 с.
2. Савчук, В. (2021). Медико-психологічний супровід пацієнтів похилого віку при хронічному больовому синдромі з емоційними та когнітивними порушеннями. Психосоматична медицина та загальна практика, 6(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i2.342>
3. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Спілкування з людьми похилого віку: методичні матеріали до тренінгу / Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. – К.: Вид-во, 2018. – 152 с.
4. Condon, S. E., Parmelee, P. A., & Smith, D. M. (2021). Examining emotional intelligence in older adults with chronic pain: a factor analysis approach. *Aging & mental health*, 25(2), 213-218.
5. Shevchenko-Bitenskyi KV. Cognitive disturbances in patients with mixed dementia of different degree of expression complicated by hallucinator-paranoid disorders. *Experimental and clinical medicine*. 2019;3(84):46-53. DOI: 10.35339/ekm.2019.84.03.07.
6. Kaminska A. System of medical-psychological support of the family where a patient with endogenous mental disorder lives. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2019;1(37):15-21.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Обговорення теоретичних питань:
 - Особливості вікових змін у літніх людей.
 - Виклики для родини у догляді за літнім хворим.
 - Роль психолога у супроводі родини з хворим похилого віку.
 - Методи та підходи у роботі з родиною.
 - Практичні рекомендації для родин.
 - Профілактика емоційного вигорання у членів родини.

2. Робота у підгрупах. Здобувачі в підгрупах формулюють типовий кейс, наприклад, конфлікти через залежність хворого похилого віку від допомоги або недостатнє розуміння членом родини стану літньої людини).

Завдання:

- ✓ визначити джерело стресу для членів родини з хворим похилого віку;
- ✓ складання плану індивідуальної та групової роботи з членами родини з хворим похилого віку.

3. Обговорення результатів групової роботи.

4. Презентація результатів виконання індивідуального завдання.

5. Підбиття підсумків практичного заняття.





ПИТАННЯ ДО ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Які основні психологічні зміни виникають у людей похилого віку?
2. Як вікові зміни впливають на взаємодію літньої людини з членами сім'ї?
3. Які симптоми емоційного вигорання характерні для членів родини?
4. Як психолог може допомогти у профілактиці емоційного вигорання родичів пацієнта похилого віку?
5. Як врахувати емоційний стан і ресурсність родини при розробці плану?
6. Психологічна підтримка у період погіршення стану хворого.
7. Особливості вікових змін у літніх людей.
8. Виклики для родини у догляді за літнім хворим.
9. Роль психолога у супроводі родини з хворим похилого віку.
10. Методи та підходи у роботі з родиною.
11. Практичні рекомендації для родин.
12. Профілактика емоційного вигорання у членів родини.
13. Які найбільш поширені психологічні реакції у членів родини паліативного хворого?
14. Як допомогти родині адаптуватися до ролі доглядальника?
15. Які стратегії можна запропонувати для запобігання емоційному вигоранню?
16. Як залучати родину до процесу прийняття рішень щодо догляду за хворим?
17. Чому важливо забезпечити психоедукацію для дітей у сім'ї паліативного хворого?
18. Як може впливати на родину соціальна ізоляція через догляд за паліативним хворим?
19. Паліативна допомога.
20. Виклики, що стають перед родиною паліативного пацієнта.
21. Супровід родини.
22. Методи та підходи при психологічному супроводі.
23. Особливості роботи з різними членами родини.
24. Які виклики можуть виникати в родині, якщо хтось із членів має тривожний розлад або ОКР?
25. Як сімейна система може впливати на перебіг розладу?
26. Назвіть особливості сімейної динаміки.
27. Роль сімейної підтримки та емоційного клімату в лікуванні.
28. Типові реакції членів сім'ї (надмірна турбота, уникнення теми, конфлікти).
29. Які основні завдання клініко-психологічного супроводу?
30. Психоедукація родини про природу тривожних розладів та ОКР.
31. Навчання родини основам спілкування та конструктивної підтримки.
32. Техніки подолання співзалежності у сімейній системі.
33. Досвід сімблінгів пацієнтів з ОКР.
34. Досвід дітей батьків з ОКР.

35. Досвід батьків пацієнтів з ОКР.
36. Які основні виклики можуть виникати у родини, в якій є член з особливими потребами?
37. Які етапи супроводу родини є ключовими у роботі клінічного психолога?
38. Як правильно організувати психоосвіту для членів родини?
39. Які техніки психологічної допомоги є найбільш ефективними для попередження емоційного вигорання членів родини?
40. Наведіть приклади того, як соціальна підтримка може впливати на емоційний стан родини.
41. Які фактори потрібно враховувати під час розробки індивідуалізованої стратегії супроводу?
42. Чому важливо включати дорослого з особливими потребами у процес прийняття рішень щодо сімейного функціонування?
43. Які ролі членів сім'ї є ключовими у відновленні людини з анорексією?
44. Як залучення родини може вплинути на ефективність лікування?
45. Як стиль виховання та сімейні очікування можуть впливати на виникнення та перебіг анорексії?
46. Які техніки психоедукації можна застосувати для батьків?
47. Як партнерські або подружні відносини можуть впливати на відновлення людини з анорексією?
48. Які особливості роботи з подружжям у таких випадках?
49. Які проблеми найчастіше виникають у братів і сестер під час лікування анорексії?
50. Як можна допомогти братам і сестрам у процесі адаптації до ситуації в сім'ї?
51. Які основні принципи системної сімейної терапії важливі для роботи з родинами, в яких є анорексія?
52. Як залучити всіх членів сім'ї до терапевтичного процесу?
53. Які основні етапи протоколу Моделі?
54. Як заохочувати батьків до участі в годуванні під час першого етапу протоколу?
55. Конвенція про права людини з особливими потребами.
56. Мета, завдання, принципи та методи психологічного супроводу родини з дитиною, яка має особливі потреби.
57. Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах закладу освіти.
58. Що таке психологічний супровід вагітності та які його основні завдання?
59. Які психологічні особливості притаманні періоду вагітності як кризовому етапу в житті жінки?
60. Які основні проблеми можуть виникати у майбутніх матерів та батьків у період вагітності? Як їх можна вирішувати?
61. Які методи діагностики психоемоційного стану вагітних найчастіше використовують психологи?
62. Як арт-терапія сприяє покращенню психоемоційного стану вагітної жінки? Наведіть приклади арт-терапевтичних технік.

63. Які етапи можна виділити у процесі психологічного консультування вагітних? Які задачі вирішуються на кожному з етапів?
64. Як психологічне консультування допомагає майбутнім батькам адаптуватися до їхньої нової ролі?
65. Що таке технологія соціально-психологічної адаптації, і як вона може використовуватися у роботі з вагітними жінками?
66. Які психотерапевтичні підходи (психодинамічний, гуманістичний, когнітивно-поведінковий, гештальт) можуть бути застосовані під час роботи з вагітними? Чим вони відрізняються?
67. Як врахування індивідуально-психологічних особливостей вагітної жінки впливає на вибір методів психологічної допомоги? Наведіть приклади.
68. Охарактеризуйте основні симптоми РДУГ за DSM-5. Які ознаки є визначальними для діагностики?
69. Опишіть основні підходи та методи клініко-психологічного супроводу сімей з дитиною з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
70. Охарактеризуйте корекційно-розвивальні методи для дітей з РДУГ. Які методи вважаються найбільш ефективними?
71. До вас звернулися батьки, занепокоєні гіперактивністю своєї семеричної дитини. Як ви поясните їм сутність діагнозу РДУГ і його особливості?
72. Опишіть ваші дії у разі, якщо батьки не визнають діагноз - розлад дефіциту уваги та гіперактивності у дитини та відмовляються від психологічного супроводу.
73. Розробіть план початкової психоосвітньої консультації для родини, яка вперше дізналася про РДУГ у дитини.
74. Які етичні принципи важливо дотримуватись під час супроводу сімей з дітьми, що мають РДУГ?
75. Як ви вирішуватимете етичну дилему у разі конфлікту між рекомендаціями психолога та переконаннями батьків?
76. Як, на вашу думку, можна покращити системну підтримку сімей з дітьми з РДУГ в українському суспільстві?
77. Діагностика розладу дефіциту уваги та гіперактивності.
78. Модель допомоги дітям та підліткам з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
79. Що таке невизначена втрата?
80. Які існують типи цієї втрати?
81. Опишіть психологічний вплив невизначеної втрати на членів родини.
82. Яку роль відіграє амбівалентність у переживанні невизначеної втрати?
83. Які психологічні труднощі виникають у сімей при фізичній присутності, але психологічній відсутності близької людини?
84. Як би ви організували першу зустріч із родиною, яка стикається з невизначеною втратою?
85. Які методи психологічної підтримки є найефективнішими у випадках невизначеної втрати?
86. Розробіть план підтримки для членів родини, які переживають втрату близького через прогресуючу деменцію.

87. Як можна використовувати соціальні та психологічні ресурси для допомоги родинам, що стикаються з невизначеною втратою?

88. Як підтримати родину, яка переживає невизначену втрату через тривалу відсутність інформації про зниклого родича?

89. Уявіть, що до вас звернулася родина, яка переживає невизначену втрату через зникнення близької людини безвісти. Які етапи консультування ви запропонували б?

90. Які труднощі можуть виникнути у родині, де один з батьків страждає на хронічне психічне захворювання? Як психолог може допомогти членам цієї родини?

91. Розробіть психологічні рекомендації для групи підтримки родин, які переживають невизначену втрату.

92. Поясніть модель п'яти стадій горя за Елізабет Кюблер-Росс. Які етапи вона включає, та як їх можна використовувати в роботі психолога з родиною?

93. Охарактеризуйте модель подвійного процесу переживання горя Стробе М. і Шут Х. Як вона відрізняється від інших моделей?

94. Яку роль відіграє емпатія у роботі психолога з родинами, які переживають втрату? Наведіть приклади ефективних технік емпатійного слухання.

95. Охарактеризуйте основні потреби дітей різного віку під час процесу горювання. Які підходи можуть застосовуватися для надання психологічної підтримки дітям?

96. Що таке когнітивно-поведінкова терапія у роботі з горем? Наведіть приклади когнітивно-поведінкових технік, які можуть бути корисними для роботи з втратою.

97. Опишіть, як психолог може залучити соціальні та сімейні ресурси для підтримки родини, яка переживає втрату. Які ресурси слід враховувати, і як допомогти родині ними скористатися?

98. Як варто працювати з почуттям провини у членів родини, які переживають втрату? Які техніки КПТ можна застосувати для унормування цього почуття?

99. Опишіть ваші дії як психолога, якщо під час консультації один із членів родини демонструє агресивну реакцію на втрату. Які етапи комунікації та підтримки доцільні у цьому випадку?

100. В яких випадках доцільно рекомендувати родині звернутися до групи підтримки для екологічного проживання горя? Які переваги і ризики можуть виникнути при залученні групової терапії?





РЕКОМЕНДОВАНИЙ ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ

Список основних джерел

1. Іваненко Б. Б. Психологія саморегуляції : навч. посіб. Київ: ФОП Ямчинський О.В., 2020
2. Короход Я. Д. Основи психологічної допомоги, психоконсультування та психокорекції : навчально-методичні рекомендації. Одеса : Фенікс, 2021
3. Магдисюк Л. та ін. Психологічна допомога дитині та сім'ї : практикум Луцьк : Вежа-Друк, 2022
4. Професійна комунікація. Протоколи спілкування "лікар-пацієнт": навч. Посібник. за ред. В. Г. Марічереда., Одеса: Олді+, 2024
5. Психологія сім'ї: підручник / за ред. В. М. Поліщука. Суми: Університетська книга, 2021. 248 с.
6. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї [Текст] : навч. посіб. / Раїса Петрівна Федоренко. – Вид. 2-ге, змін. та доповн.– Луцьк : Вежа-Друк, 2021. – 480 с.
7. Цільмак О.М., Лефтеров В.О. Психологія сім'ї та шлюбу: таблиці, схеми, коментарі: навчально-наочний підручник / за заг. ред. О. М. Цільмак. Київ : Видавництво Ліра-К, 2020, 266 с. - з іл.
8. Цільмак О.М. Психологія емоцій та почуттів: підручник / за заг. ред. О. М. Цільмак. Одеса : Видавництво: Гельветика, 2024, 266 с. - з іл.
9. Цільмак О.М. Методика проведення інтерактивних практичних занять з навчальної дисципліни «Психологія сім'ї та шлюбу»: навчально-методичний посібник. / О. М. Цільмак. Київ : Видавництво Ліра-К, 2020, 216 с.
10. Цільмак О.М. Технології психологічного консультування : підручник / О. М. Цільмак ; підрозд. 2.4.2 у співавт. з А. Д. Онішкевич. — Одеса : Астропринт, 2023. — 212 с. з іл. — (Серія «Психотехнології») ISBN 978–966–927–907–1

Список допоміжних джерел

1. Едіт Єва Егер Дар. 12 уроків, які врятовують ваше життя. Київ : Книголав, 2022
2. Лісовенко А.Ф., Третякова Т.М., Цільмак О.М. Чинники прокрастинації та її зв'язок з психологічним благополуччям особистості // Журнал «Перспективи та інновації науки» (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина») Київ, 2023. № 4(22), с.460-472. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/issue/archive>
3. Цільмак О.М. Провідні технології самодопомоги в процесі психологічної практики. / О.М. Цільмак // *Юридична психологія*. 2022. Том 30 № 1. С.37-47 DOI: <https://doi.org/10.33270/03223001.37>
4. Tsilmak O.M. Psychological profile of professionally important intellectual qualities of a consulting psychologist (Section 20). New impetus for the advancement of pedagogical and psychological sciences in Ukraine and EU countries: research

matters : Collective monograph. Vol. 2. Riga, Latvia: "Baltija Publishing", 2021. 440 p. (P.325-340) <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-032-2-44>

5. Tsilmak, O., Shcherbakova, I., Berezka, S., Formaniuk, Y., Rudenko, L., & Mateiko, N. (2021). Classification of Professionally Important Abilities and Skills of a Counseling Psychologist. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 12 (1), 363-377. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.1/187>

6. Цільмак О.М. Психологічні особливості егоцентричних особистісних установок. *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна.* / Серія: Психологія., 2011. № 981. С.226– 232

7. Цільмак О.М. Методи корекції невпевненості у собі. *Наука і освіта.* 2011. № 10/CVI (Психологія). С.72–75

8. Цільмак О.М. Алгоритм проведення психодіагностичної методики «Зернятко». *Наука і освіта.* 2012. № 1 (Педагогіка). С. 75–79

9. Цільмак О.М. Класифікація професійно важливих якостей психолога-консультанта. / О.М. Цільмак // *Юридична психологія.* 2020. № 2 (27). С.17-23. URL: <https://doi.org/10.33270/03202702>

10. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї : навч. посібник Луцьк : Вежа-Друк, 2021

11. Tsilmak O.M. Psychological profile of professionally important intellectual qualities of a consulting psychologist (Section 20). New impetus for the advancement of pedagogical and psychological sciences in Ukraine and EU countries: research matters : Collective monograph. Vol. 2. Riga, Latvia: "Baltija Publishing", 2021. 440 p. (P.325-340) <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-032-2-44>

12. Tsilmak, O., Shcherbakova, I., Berezka, S., Formaniuk, Y., Rudenko, L., & Mateiko, N. (2021). Classification of Professionally Important Abilities and Skills of a Counseling Psychologist. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 12 (1), 363-377. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.1/187>

Ресурси відкритого доступу

- ✓ <http://www.nbuv.gov.ua/> - Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського
- ✓ <http://dspace.onua.edu.ua> – Репозитарій бібліотеки НУ «Одеська юридична академія». URL:
- ✓ <http://inmeds.com.ua/> – веб-ресурс «Єдиний медичний простір»;
- ✓ <https://moz.gov.ua/> – офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України;
- ✓ <http://www.who.int/> – офіційний веб-сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я.5;
- ✓ <https://www.apa.org> - American Psychological Association (APA).
- ✓ <https://www.efpa.eu> - European Federation of Psychologists' Associations.
- ✓ <https://iaapsy.org> - International Association of Applied Psychology.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

**Олена Миколаївна Цільмак
Ніна Григорівна Бакурідзе**

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИНИ
навчально-методичний посібник

Електронне видання

В авторській редакції