

Психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении в условиях изоляции¹

Ю.Е. Куртанова

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: kurtanovayue@mgppu.ru

А.М. Щербак ова

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: shcherbakova.a.m@yandex.ru

А.Ю. Хохлова

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
e-mail: a.hohlova@so-edinenie.org

О.В. Белозерская

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
e-mail: belozerskaya@mail.ru

А.П. Щербаков

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
e-mail: felexel@gmail.com

Е.А. Васильева

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
e-mail: vasilevaea@mgppu.ru

К.Л. Мамина

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
e-mail: murzah@gmail.com

В статье представлен опыт работы специалистов с детьми, находящимися на длительном лечении в больницах. В связи с пандемией дети в больницах оказались в двойной изоляции. Они не только стали оторваны от привычного образа жизни в связи с пребыванием в стационаре, но и внутри больницы в карантинных условиях их контакты стали значитель-

¹ Текст поступил в редакцию журнала «Психолого-педагогические исследования» и рекомендован к публикации в № 3—2020.

но ограничены. Психологи, педагоги, дефектологи госпитальных школ были вынуждены перейти на дистанционный формат работы. В статье проанализированы особенности, ограничения и преимущества данного формата работы с детьми в стационарных условиях.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, дети с хроническими заболеваниями, длительное лечение, госпитальная педагогика, дистанционные формы взаимодействия.

Ребенок, который попадает в больницу, испытывает стресс, не только связанный с тяжелой болезнью, неприятными процедурами, ожиданием операции, мыслями о смерти, огорчением родителей и членов семьи. Он еще чувствует, как разрушаются не до конца сформированные связи с близкими друзьями, одноклассниками, другими социальными группами. Теряют актуальность планы, связанные с поездками, прогулками, желанием что-то увидеть, сделать, узнать. Когда ребенок попадает в больницу и осознает, что болезнь может стать серьезным препятствием для осуществления его планов, тревожность многократно увеличивается.

В условиях мировой пандемии, положение ребенка в больнице становится еще более сложным. В обычных условиях он психологически опирается на неизменность базовых конструкций его существования: дом, семья, родители и их занятия, его возможности в будущем, после выздоровления. В условиях всеобщего карантина сам мир становится слишком шатким и непредсказуемым местом, которое не дает прежнего чувства абсолютной опоры. Ребенок может понимать, что возвращение к прежнему образу жизни после выздоровления невозможно — класс переведен на дистанционное обучение, поехать в гости к бабушке нельзя из-за опасности заразить ее или самому заразиться, на улице люди ходят в масках, как в больнице. Больничный образ жизни как будто обретает большую силу, вырываясь за пределы привычного места обитания. Если раньше ребенок знал, что стоит ему выздороветь, и он вернется в прежнюю, «добольничную» жизнь, то сейчас возвращение невозможно, и это чувствуется во всем окружающем ребенка информационном и эмоциональном пространстве.

В условиях шаткости и изменчивости мира нам нужно предусмотреть для ребенка возможности стабилизации окружающего мира. Поэтому крайне важен контакт ребенка с миром, возможность, играя и обучаясь, чувствовать и понимать реальность, видеть, что, несмотря на все трудности и ограничения, мир все еще «находится на месте», что есть реальность и сообщество, куда ребенок сможет вернуться после выздоровления.

Система госпитальной педагогики помимо самоочевидной образовательной функции становится важным фактором стабилизации окружающего мира для ребенка, формирования его мотивации к выздоров-

лению. Фактически образование — как получение новых знаний — не только связывает ребенка с миром, внешним по отношению к стенам больницы или палаты, но и дает новую возможность думать о будущем, создает тоненькую ниточку, протянутую к новым возможностям, к тому, что будет «потом». Чем больше таких связей с пространством большого мира и с будущим, тем выше стремление выздороветь [5].

В случае, когда ввиду специфики заболевания физический доступ к ребенку ограничен или невозможен вовсе, необходимо разрабатывать новые методы поддержки, которые, в свою очередь, не предполагают непосредственное присутствие специалиста в палате или ином месте, где на данный момент находится ребенок. В случае вынужденной изоляции необходимо искать способы психологической, эмоциональной поддержки ребенка. Если же мы имеем дело с тяжелым заболеванием и сопутствующим ему лечением в больнице, то такого рода поддержка становится жизненно необходимой составляющей процесса лечения в целом. Нет необходимости доказывать важность стабилизации эмоционального состояния в процессе выздоровления. Таким образом, разработка разнообразных способов психоэмоциональной поддержки ребенка в условиях длительной госпитализации представляется крайне актуальной.

Применение различных методик, имеющих терапевтический эффект, кажется верным направлением в данной ситуации. Однако специалисту необходимо понимать, что ситуация дистанционного общения, вне возможности непосредственного контакта с ребенком, довольно сильно меняет привычный процесс взаимодействия. Опыт работы с помощью дистанционных технологий позволил выделить ряд отличительных особенностей дистанционной работы психолога с ребенком, находящимся в больнице.

При психолого-педагогической дистанционной работе специалист «приходит в гости» к ребенку, и очень важно, как он выглядит на экране. Необходимо со вниманием отнестись к своему внешнему виду: одежде, причёске, макияжу и пр. Так как пребывание в больничном пространстве вызывает определенную депривацию у ребенка, необходимо продумать цветовую гамму образа, стремиться к тому, чтобы она была жизнерадостной, светлой, вызывающей позитивные чувства. Фон рабочего места специалиста также имеет значение: он должен быть нейтральным, не отвлекать внимание ребенка. Рабочее место важно организовать заранее, чтобы не вызывать прерывания контакта с ребенком.

Должен быть продуман стабильный план занятий и созданы условия для его реализации. Специалист продумывает содержательную связь между занятиями, опирается на уже освоенный материал и создает основу для будущей встречи.

Структура занятия определяется тем, что единовременное внимание ребенка, направленное на экран, не может превышать 15–20 мин. Между этими интервалами нужно обязательно делать небольшие перерывы. В таких перерывах будет очень полезна детям гимнастика для глаз, снижающая напряжение в мышцах, различные кинезиологические упражнения (с учетом возможностей ребенка в связи с состоянием его здоровья).

Необходимо отметить особенности нахождения контакта с ребенком. В дистанционной форме вступление в контакт требует особого подхода от психолога. В случае дистанционно организованной терапевтической сессии взаимодействие ограничено рамкой экрана, характер восприятия такого рода контакта в корне иной, нежели контакт, который мы можем наладить при непосредственном физическом присутствии. Присутствие специалиста воспринимается условно, так как весь наш сенсорный опыт противоречит такому общению. За последние десятилетия мы проводим больше времени у экранов всевозможных технических устройств, но все же мы четко разделяем два вида присутствия: онлайн коммуникация и коммуникация в реальном присутствии. То, что воспринимает наш мозг в качестве партнера для диалога, — это отцифрованное изображение реального человека. Прежде всего важно чувствовать эту разницу. Важно указывать на нее. Специалист должен понимать, что его присутствие виртуально, т. е. частично.

Рамка экрана задает контекст такого общения — есть некий портал, который насыщен определенным организованным контентом. Но есть и окружающее нас реальное пространство — в случае, о котором мы говорим: это больничная палата. Это пространство для ребенка насыщено определенными смыслами и переживаниями. Ситуация, в которой находится ребенок, принадлежит этому пространству, все сенсорные стимулы, которые он испытывает, связаны именно с этим пространством. Специалист не находится в пространстве ребенка и воспринимает это пространство условно, не чувствует его сенсорно. Это важное ограничение, которое накладывает на специалиста определенные обязательства — он должен чувствовать пространство ребенка максимально точно, работать как бы из пространства ребенка.

С семиотической точки зрения такого рода контакт требует «особого языка». Языка, который мы используем при непосредственном общении, недостаточно. Необходимо выстраивать дополнительные способы коммуникации — прежде всего это действия и задачи, которые может использовать специалист для более полного вовлечения ребенка в процесс коммуникации, — которая в свою очередь должна быть максимально невербальной.

В дополнение к «особому языку» необходимо добавить «особую эмоциональность» или «особую подачу», т. е. форму общения. Специалисту необходимо быть несколько более эмоциональным, речь о специфиче-

ской форме контакта, при которой требуется постоянно включать восприятие ребенка, вовлекать его, воздействовать на него эмоционально, в противном случае терапевтический или поддерживающий эффект будет минимальным, если вообще возникнет.

Существует еще одна проблема — это поддержание, сохранение установившегося контакта с ребенком. Самое сложное в этой работе — это сохранить контакт с ребенком, который находится на отдалении, несмотря на технические сложности, с которыми мы сталкиваемся (это и неустойчивость интернет-связи, окончание зарядки телефона, через который выходит на связь ребенок, и многое другое).

Хотелось бы отметить особую роль родителя при дистанционной форме работы психолога с ребенком. Помощником и посредником между психологом и ребенком непосредственно становится родитель. Если раньше ребенок мог выходить из палаты во время занятий, заниматься своими делами, то сейчас именно родитель обеспечивает как технические возможности для связи психолога с ребенком, пытается решить технические сложности при их возникновении, так и включается в процесс самих занятий, в их содержание. С одной стороны, это нагрузка на родителя, ему и так сложно находиться в тотальной изоляции вдали от близких, пытаясь сделать максимум для выздоровления ребенка. Родителю в этой ситуации психологически очень сложно, зачастую родители закрываются, отказываются от общения с психологом, так как у них нет сил и желания на поддержание социальной активности. Но с другой стороны, вовлекая родителя в совместную деятельность с ребенком в качестве посредника и помощника, а то и полноценного участника, мы можем помогать самому родителю, давать ему эмоциональную поддержку и ресурсы для совладания с ситуацией, наполняя эмоциями, жизнью ту атмосферу в палате, в которой находится маленький пациент и его близкий. Очень важно, когда в жизни помимо тяжелого лечения появляются источники, которые возвращают в обычную жизнь, отвлекают, дают силы, надежду. Таким источником может стать работа с психологом.

Если говорить о педагогической работе с ребенком, то при дистанционном взаимодействии с педагогом ребенку может понадобиться тьюторская помощь. В госпитальных условиях роль тьютора ложится на родителя, которому необходима помощь и рекомендации по выполнению этой роли.

Когда ребенок осваивает материал с помощью родителей, он воспринимает его несколько иначе, чем когда этот же материал доносит специалист. Переход родителя в педагогическую позицию не всегда дается легко. Иногда родитель переживает свое несоответствие требованиям и ожиданиям специалиста, что проявляется в излишней требовательности

к ребенку, стремлению во что бы то ни стало обеспечить необходимый (по мнению родителя) результат. В этой ситуации родитель может стремиться выполнять задания за ребенка или порицать его за неуспешность, что снижает ценность проводимой педагогической работы.

Следует объяснить родителю, что результат деятельности ребенка определяется содержанием и уровнем отдельных действий, направленных на определенную, понятную ему цель. Следовательно, при оценке основное внимание взрослого должно быть направлено на понимание ребенком цели деятельности, на соответствие действий ребенка и его усилий желаемому результату деятельности. Эффективным приемом одобрения действий ребенка является описание того, что тот сделал, сопровождаемое объяснением, почему то или иное действие было успешным, привело к положительному результату (который тоже следует описать). Такая форма обратной связи подчеркивает ценность активности ребенка, его ответственность за свои действия и результат деятельности в целом.

Еще одной отличительной особенностью дистанционной работы с детьми в больницах является ограниченное количество материалов, которые можно использовать. Зачастую в палате у ребенка нет красок, пластилина, мы не можем ребенку демонстрировать привычные для нас картинки в привычном их виде [2]. Психологический инструментарий необходимо перерабатывать в соответствии с ситуацией, подбирать из него самые подходящие, с которыми можно работать в онлайн-формате.

Еще одна особенность, которую важно учесть — это то, что цели работы с ребенком, находящимся в изоляции, могут расширяться из-за усиления состояния депривации у детей. Речь идет, как о сенсорной, так и социальной, эмоциональной, двигательной депривации. Необходимо это учитывать, расширяя спектр сенсорных стимулов, эмоциональных воздействий, контактов, применяя по возможности элементы психогимнастики.

Для развития ребенка в условиях изоляции крайне важным является сохранение социальных контактов. Однако при коммуникации в онлайн-режиме возникает много дефицитов. Первый из них связан с критичным снижением возможностей использования средств невербальной коммуникации. Исходя из этого, можно рекомендовать специалисту, ведущему занятие, повысить экспрессию своего общения, корректно усилить выразительность голоса, мимики и жестов.

Существует определенная специфика представления информации в условиях дистанционного обучения: оно ориентировано преимущественно на визуальное восприятие и, как следствие уменьшение комфортности обучения для детей-аудиалов и детей-кинестетиков. Такое положение дел требует от специалиста, как способности оценить доминирующий вид восприятия ребенка, так и учитывать его в построении своей коммуни-

кации с ним, так как ведущий канал восприятия информации у ребенка наиболее эффективно позволяет активизировать психические процессы: внимание, память, мыслительную деятельность, воображение.

При взаимодействии психолога с ребенком в дистанционном формате необходимо учитывать возрастной аспект. В каждом возрастном периоде есть специфические психологические потребности, которые необходимо удовлетворять, несмотря на изменение внешних условий.

В дошкольном возрасте такой потребностью является игра. Ребенок от игры получает удовольствие, посредством игры он развивается. В условиях изоляции игра проявляется фрагментарно. Участником ролевых игр в палате помимо ребенка может стать только родитель, который в силу собственной травматизации зачастую устраняется от игрового процесса. Психолог может помогать, может играть с ребенком даже через дистанционную связь, применяя в игре самые разные подручные средства, которые ребенок может найти в палате. Психолог может поддерживать контакт с дошкольником, как через игру, так и совместное рисование, посредством сказки. Все это может помочь ребенку сохранять привычные, необходимые условия развития [3].

В младшем школьном возрасте, как известно, на первый план выходит учебная деятельность. И фигура учителя приобретает особую значимость для ребенка. Психолог также может сопровождать учебный процесс и поддерживать ребенка посредством различных методов, несмотря на изоляцию: придумывать с детьми истории; играть в настольные игры, не требующие специального оборудования, например, морской бой; проводить игры на развитие внимания, памяти. Для тех детей, у которых нет технических возможностей для онлайн-встреч можно закупать и передавать им различные конструкторы, книги, альбомы для разукрашивания, специальные дневники по отреагированию негативных эмоций, которые они могут заполнять самостоятельно или с помощью близкого взрослого.

В ситуации изоляции в очень сложном положении оказываются подростки с их потребностью в личностном общении, необходимостью выстраивать межличностные связи. Обычно они самостоятельно справляются с этой задачей, поддерживая значимые связи в социальных сетях, группируясь в компании. Но, находясь в больнице, это делать не всегда легко. Ребенок, находясь на карантине, может даже не знать, кто лежит в соседней палате. Здесь поможет работа онлайн в малых группах. Посредством такой групповой работы можно знакомить детей друг с другом. И потом они уже будут продолжать общаться и вне контакта с психологом. Крайне значимой оказывается поддержка подростков, с участием известных людей, кумиров. Такое общение дает подростком огромное воодушевление и силы справиться с трудностями.

Ну и, безусловно, при работе в дистанционном формате с детьми в больницах не следует забывать про опору на субъектную позицию ребенка. Главным участником занятия является сам ребенок. Занятие им субъектной позиции в ситуации дистантного взаимодействия невозможно без помощи ему в самоорганизации. Речь идет о подготовке к занятию, включающей подбор необходимых пособий, материалов, организации рабочего места. Первоначально это может осуществляться родителем, но при обязательном привлечении ребенка. Субъектная позиция формируется при условии ясного представления о цели и смысле занятия, понимания и принятия сформулированной педагогом-психологом задачи. Ребенок должен иметь возможность выразить свое отношение к содержанию и задачам занятия; доопределять и переопределять их для себя; самостоятельно ставить перед собой задачу, видеть проблемы. В этом случае участие ребенка в занятии будет осознанным и эффективным.

Опишем условия работы с детьми в дистанционном формате с точки зрения применения различных коррекционных подходов.

Эффективность применения *арт-терапии* в работе с детьми с хроническими соматическими заболеваниями давно была доказана. Еще Адриан Хилл в середине 20 века писал: «Побуждая больного человека выражать свои переживания в визуальной форме, можно «вылечить» его душевные, связанные с патологической интроспекцией раны... это приводит к снижению тревоги и напряжения и формированию более оптимистического взгляда на мир. Благодаря созданию новых образов и целой серии художественных работ, человек... отвлекается от своих физических недостатков и концентрирует внимание на том, что помогает ему освободиться от страданий» [7].

Опыт дистанционных коррекционных и развивающих занятий с применением методов арт-терапии показал, что, несмотря на очевидные ограничения, можно достигать поставленных целей и решать те же задачи, которые стоят перед специалистом в режиме реальной работы и при непосредственном «живом» контакте с ребенком. Более того, в особенностях восприятия детьми дистанционного общения с психологом, отмечается большой интерес к новизне этого формата, при котором использование любого средства связи с выходом в Интернет восполняет дефицит общения и заполняет досуг новыми интересными заданиями. Эмоциональное подкрепление со стороны психолога усиливает мотивацию к занятиям, и дети демонстрируют повышенную концентрацию внимания.

Едва ли не единственным существенным ограничением в применении методов арт-терапии и арт-педагогике в дистанционной работе является использование максимально простых изобразительных техник, преимущественно графических — цветных карандашей, фломастеров, мелков.

И перспективы развития дистанционной работы заключаются в усилении интерактивной направленности, которая должна быть нацелена на постоянную обратную связь с ребенком и на то, чтобы создаваемые ребенком «арт-объекты» становились для него значимыми и ценными, так как именно они являются средством общения между ребенком и специалистом.

Перейдем к описанию применения метода *фототерапии* с детьми в условиях больницы, проведения дистанционных фототерапевтических сессий. Каким же образом стандартные формы работы трансформируются при дистанционном подходе, можно рассмотреть на примере занятия «Мое пространство». Данное занятие предполагает работу по актуализации пространства, в котором на данный момент находится ребенок. Сама тема занятия не специфична — она присутствует и в обычном, не дистанционном терапевтическом процессе. Однако в случае изоляции тема пространства имеет совсем другое значение. Пространство палаты становится «микромиром», в котором ребенок не только учится или лечится, но и живет. В данном случае это все пространство, которым ребенок располагает. Таким образом, цель занятия — актуализировать пространство именно с этой точки зрения; важно включить ребенка в процесс наполнения пространства ресурсным для него содержанием, т. е. таким содержанием, которое позволит ребенку повышать его психологическую устойчивость и эмоционально его поддерживать. Актуализировать и наполнять положительным содержанием пространство необходимо в несколько этапов:

Первичная актуализация пространства. Эта часть занятия довольно проста — важно лишь обратить взгляд ребенка на пространство и его нюансы. Зафиксировать их с помощью фотоаппарата и понять отношение ребенка к пространству в целом и его отдельным частям. В этой части занятия важно обратить внимание ребенка на как можно большее количество различных нюансов и найти как отрицательные и нейтральные, так и положительные аспекты этого пространства.

«Расширение пространства». Эта часть занятия предполагает наполнение пространства с точки зрения возможных активностей. Для этого важно выяснить, какие активности могут являться ресурсными по отношению к ребенку. Важно понимать ограничения в передвижении, если они есть у ребенка; учитывать специфику заболевания и предлагать активность в соответствии с возможностями ребенка. Однако важно максимально задействовать все доступное пространство и включить в это пространство как можно более полный список поддерживающих активностей. Например, это могут быть различные игры, чтение, отработка каких-либо навыков, занятие тем или иным видом творчества, звонки близким, просмотр фильмов, занятие зарядкой (возможно лишь одно упражнение), медитация и т. п. Таким образом, «размеченное» про-

странство будет более упорядоченным и контролируемым и будет восприниматься ребенком как собственное.

В режиме изоляции становятся актуальны формы работы, которые мобилизуют внутренние ресурсы человека, настраивают его на позитивные перемены. Одной из таких форм является *сказкотерапия*. Метод сказкотерапии рассчитан на любой возраст и, что самое главное, может быть использован в режиме онлайн.

Основной целью работы становится создание позитивного настроения у ребенка и родителя в режиме самоизоляции и гармонизация отношений между членами семьи, поэтому необходимым условием является активное участие близкого взрослого.

Основные моменты, которые надо учитывать при организации онлайн-взаимодействия, это различные условия, с которыми мы сталкиваемся при работе с каждым отдельным ребенком. Среди таких условий можно выделить следующие.

1. Наличие или отсутствие современной техники.
2. Наличие либо отсутствие материалов для творческой деятельности.
3. Различная продолжительность занятий, так как у детей лабильное самочувствие, важно учитывать режимные моменты, наличие медицинских процедур и прочее.

4. Изменение отношения к техническому устройству, как со стороны родителей, так и со стороны детей. Телефон, планшет, становятся необходимым звеном при взаимодействии. Пристальное внимание следует обратить также на размещение технического устройства во время встречи. При проведении игрового взаимодействия, например сказкотерапии, идеальными местами для установки веб-камеры, ноутбука, планшета являются стол или подоконник.

5. Динамичность встречи: занятие нельзя затягивать, а инструкции должны быть четкими и короткими. Это особенно актуально при работе с дошкольниками. Внимание детей быстро рассеивается, так как они вовлечены в сюжет игры-сказки и одновременно должны обращать внимание на монитор.

При взаимодействии с детьми дошкольного возраста присутствие родителя обязательно. Родитель является непосредственными участниками сказочного процесса. Поэтому важно оговорить заранее правила и условия участия родителя в занятии.

Безусловно, в начале занятия, нужно провести вступительную беседу, обсудить, какие сказки любит ребенок, какие сюжеты ему близки, помнит ли он названия сказочных персонажей, сказочных государств.

Если в ходе встречи возникают вопросы, на решение которых не хватает времени, лучше перенести их на следующий раз или дать домаш-

нее задание (подумать, как развернуть сказочный сюжет, например, как встречать гостей в сказочном государстве, нарисовать жителей сказочной страны, подготовить план сказочного праздника).

При учете вышеназванных условий применение метода сказкотерапии в дистанционном формате будет наиболее эффективным.

Наконец, рассмотрим опыт работы с детьми с нарушениями в развитии в ситуации изоляции, те условия, которые мы предлагаем взять на вооружение специалистам при проведении занятий с маленькими детьми, имеющими тяжелые множественные нарушения развития в режиме онлайн.

1. Занятие проводится родителями в «присутствии» и под руководством педагога.

2. План занятия и список материалов сообщаются родителям заранее.

3. В качестве материалов используются игрушки ребенка или бытовые предметы, которые есть в палате.

4. Подготовка к занятию со стороны родителей не должна вызывать затруднений и занимать много времени.

5. Продолжительность занятия зависит от возможностей родителей и состояния ребенка.

6. Специалист максимально точно дает инструкции, максимально детально «дирижирует» действиями родителя, комментируя все реакции ребенка и отвечая на вопросы родителя.

7. Специалист старается использовать удобные для родителей каналы связи.

8. Специалист стимулирует родителей давать обратную связь о самочувствии и вовлеченности ребенка в процессе занятий, а также о личных впечатлениях самих родителей.

Если описывать принципы и технологии работы специалиста с маленькими детьми, имеющими тяжелые и множественные нарушения развития, в очном формате, то необходимо принимать во внимание замедленные или отсроченные реакции на многие виды стимулов [1], неочевидные коммуникативные действия, особую значимость близкого тактильного контакта [6]. Задачами такой работы являются: поддержка коммуникативной инициативы [4], познавательного интереса, целенаправленных движений и знакомство с характеристиками предметов.

В ситуации онлайн-занятий проводниками становятся родители. Важно понимать, что разъяснение родителям технологии перед тем, как они приступят к практике, не всегда эффективно. Поэтому регуляцию поведения родителя как партнера по общению и игре целесообразно осуществлять уже в процессе занятий. И инструментами этой регуляции становятся, во-первых, очень четкие инструкции, во-вторых, темп речи

специалиста и интонация также могут задавать определенный ритм и темп движениям и поведению родителя. В-третьих, мы помогаем родителю замечать и интерпретировать действия ребенка («*Ребенок приподнял руку, кажется, он хочет, чтобы вы помогли ему схватить веревочку еще раз*»). Для этого важно, чтобы камера устройства, которое использует родитель, была обращена на ребенка, и специалисту были видны его лицо и тело. Нужно сказать, что родители постепенно лучше и лучше замечают реакции ребенка, осваивают нужный темп и подстраиваются под него.

По результатам опроса родителей и собственным наблюдениям можно сделать **выводы** о некоторых возможностях и ограничениях занятий в дистанционном режиме с детьми с нарушениями в развитии.

Возможности:

- поддержание контакта с семьей ребенка;
- включенность родителей в процесс обучения;
- возможность наблюдать ребенка в естественной среде;
- возможность «подключаться» к режимным моментам;
- возможность эмоционально поддерживать родителей;
- возможность разнообразить повседневную жизнь ребенка, предотвращать сенсорную депривацию, учитывать познавательные и коммуникативные потребности ребенка.

Ограничения:

- прямой контакт с ребенком затруднен или невозможен, ребенок ограничен только контактами с членами семьи;
- регулирование тактильного взаимодействия родителя и ребенка значительно затруднено;
- большая нагрузка ложится на плечи родителей (эмоциональная, организационная, техническая);
- набор материалов для занятий ограничен;
- возможны технические проблемы;
- формировать новые навыки сложно без непосредственного контакта педагога с ребенком, но возможно поддерживать уже сформированные.

Литература

1. *Басилова Г.А., Михайлова Т.М., Пайкова А.М.* Ян ван Дайк о детях с врожденными нарушениями зрения и слуха: вопросы обучения и исследование проблем. М.: Теревинф, 2018. 128 с.
2. *Бутывиченко Ю.* Чем занять детей в больнице? [Электронный ресурс] URL: <https://volonter-school.ru/2016/06/chem-zanyat-detej-v-bolnitse/> (дата обращения: 30.06.2020).
3. Психологическая поддержка и игротерапия в детской паллиативной помощи. М., 2015. 96 с.

4. *Пташник Е.* Несимволическая и Символическая коммуникация слепоглохих детей (системы, средства, оценка, методические приемы работы). Сергиев Посад, 2005. 80 с.
5. *Шариков С.В.* Создание образовательной среды для детей, находящихся на длительном лечении в стационарах медицинских учреждений. // Вопросы детской гематологии и онкологии. 2015. Т. 2. № 4.
6. *Ask Larsen F.* (2013) Acquisition of a Bodily-Tactile Language as First Language. In: Dammeyer J, Nielsen A (eds.) Kropslig og taktil sprogudvikling [Bodily and Tactile Language Development]. Aalborg, Denmark: Materialecentret pp. 91–119.
7. *Hill A.* Art Versus Illness/ A.Hill. — G. Allen and Unwin, 1945. 88 p.

Информация об авторах

Куртанова Юлия Евгеньевна, кандидат психологических наук, заведующая кафедрой специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: kurtanovayue@mgppu.ru

Щербакowa Анна Михайловна, кандидат педагогических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: shcherbakova.a.m@yandex.ru

Хохлова Алина Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: a.hohlova@so-edinenie.org

Белозерская Ольга Валентиновна, старший преподаватель кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: belozerskaya@mail.ru

Щербаков Алексей Павлович, старший преподаватель кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: felexel@gmail.com

Васильева Елена Аркадьевна, преподаватель кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: vasilevaea@mgppu.ru

Мамина Ксения Леонидовна, преподаватель кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: murzax@gmail.com

Psychological Support for Children Undergoing Long-term Treatment in Isolation²

Yulia E. Kurtanova

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: kurtanovayue@mgppu.ru

Anna M. Shcherbakova

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: shcherbakova.a.m@yandex.ru

Alina Yu. Khokhlova

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
e-mail: a.hohlova@so-edinenie.org

Olga V. Belozerskaya

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
e-mail: belozerskaya@mail.ru

Alexey P. Shcherbakov

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
e-mail: felexel@gmail.com

Elena A. Vasileva

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
e-mail: vasilevaea@mgppu.ru

Ksenia L. Mamina

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
e-mail: murzax@gmail.com

The article presents the experience of specialists working with children who are on long-term treatment in hospitals. Due to the pandemic, children in hospitals were placed in “double” isolation. Not only have they become separated from their usual lifestyle due to their stay in the hospital, but their contacts inside the hospital in quarantine conditions have become significantly limited. Psychologists, teachers, and speech pathologists of hospital schools were forced to switch to a remote format of work. The article analyzes the features, limitations and advantages of this format of work with children in stationary conditions.

Keywords: psychological support, children with chronic diseases, long-term treatment, hospital pedagogy, remote forms of interaction.

References

1. Basilova T.A., Mihajlova T.M., Pajkova A.M. Yan van Dajk o detyah s vrozhdennymi narusheniyami zreniya i sluha: voprosy obucheniya i issledovanie problem. M.: Terevinf, 2018. 128.

² The text has been received and accepted for publication in the “Psychological-Educational Studies” #3, 2020.

2. *Butyuchenko YU.* Chem zanyat' detej v bol'nice? [Elektronnyj resurs] URL: <https://volonter-school.ru/2016/06/chem-zanyat-detey-v-bolnitse/> (Accessed 30.06.2020)
3. Psihologicheskaya podderzhka i igroterapiya v detskoj palliativnoj pomoshchi. M., 2015. 96 s.
4. *Ptashnik E.* Nesimvolicheskaja i Simvolicheskaja kommunikacija slepogluhih detej (sistemy, sredstva, ocenka, metodicheskie prijomny raboty) [Non-symbolic and symbolic Communication Deafblind Children (Systems, Tools, Assessment, Teaching Methods of Work)]. Sergiev Posad, 2005. 80 p.
5. *Sharikov S.V.* Sozdanie obrazovatel'noj sredy dlya detej, nahodyashchihsya na dlitel'nom lechenii v stacionarah medicinskih uchrezhdenij. // Voprosy detskoj gematologii i onkologii. 2015. T. 2. № 4.
6. *Ask Larsen F.* (2013) Acquisition of a Bodily-Tactile Language as First Language. In: Dammeyer J, Nielsen A (eds.) Kropslig og taktil sprogudvikling [Bodily and Tactile Language Development]. Aalborg, Denmark: Materialecentret pp. 91–119.
7. *Hill A.* Art Versus Illness/ A.Hill. G. Allen and Unwin, 1945. 88 p.

Information about the authors

Yulia E. Kurtanova, PhD in Psychology, head of chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: kurtanovayue@mgppu.ru

Anna M. Shcherbakova, PhD in Pedagogy, professor of chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: shcherbakova.a.m@yandex.ru

Alina Yu. Khokhlova, PhD in Psychology, of chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: a.hohllova@so-edinenie.org

Olga V. Belozerskaya, assistant professor of chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: belozerskaya@mail.ru

Alexey P. Shcherbakov, assistant professor of chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: felexel@gmail.com

Elena A. Vasileva, teacher of chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: vasilevaea@mgppu.ru

Ksenia L. Mamina, teacher of chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: murzax@gmail.com

Получена 14.07.2020

Received 14.07.2020

Принята в печать 10.08.2020

Accepted 10.08.2020