

ПСИХОЛОГИЯ ПРАКТИКЕ — АКТУАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ

УДК: 159.9.072

doi: 10.11621/vsp.2020.04.01

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С COVID-19 В «КРАСНОЙ ЗОНЕ» В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ БЛИЗКИХ ВЗРОСЛЫХ

Т.В. Свиридова^{1,2*}, С.Б. Лазуренко^{1,2},
А.Л. Венгер³, А.П. Фисенко¹, А.Г. Долгих⁴

¹ ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия.

² ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», Москва, Россия.

³ Кафедра психологии ГБОУ ВО МО «Университет «Дубна», Московская обл., Россия.

⁴ Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия.

* Для контактов. E-mail: tvsviridova@gmail.com

Актуальность. В статье впервые определены направления психологической помощи детям с COVID-19 в «красной зоне» в ситуации болезни близких взрослых.

Цель: изучение психологического состояния детей с COVID-19 в «красной зоне» в ситуации болезни близких взрослых и определение направлений психологической помощи.

Методики и выборка: анализ 36 клинических случаев детей 7–17 лет в ситуации болезни близких взрослых, которые находились в тяжелом состоянии в реанимации (первая группа, 28 детей), либо в удовлетворительном состоянии и получали лечение на дому (вторая группа, 8 детей). Проведено: изучение медицинской документации; скрининг-диагностика, включавшая методику «Три желания», адаптированную методику «Незаконченные предложения» (для подростков), рисунок на свободную

тему; анкета из 10 вопросов, направленных на выяснение физического самочувствия ребенка, его пожеланий к организации быта и досуговой деятельности в палате и т.п.

Результаты исследования. У большинства пациентов выявилось неблагоприятное психологическое состояние (близкое к состоянию острого стресса либо нестабильное), которое проявлялось в трех различных вариантах: выраженная тревога; повышенное возбуждение; сниженный фон настроения. Эти проявления были постоянны и ярко выражены у детей, чьи близкие находились в тяжелом состоянии в отделении реанимации; у детей, чьи близкие имели удовлетворительное состояние и лечились на дому, они наблюдались эпизодически при воздействии дополнительных стрессоров.

Выводы. Учет психологических различий, как и ряда других факторов (возраста, уровня психологической зрелости, тяжести физического состояния), позволяет оказать детям и подросткам дифференцированную психологическую помощь в особых условиях «красной зоны».

Ключевые слова: психология чрезвычайных ситуаций, «красная зона», дети с COVID-19, психолого-педагогическая служба в педиатрии.

Благодарности. Исследование выполнено благодаря самоотверженному труду сотрудников ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, в том числе медицинских психологов Афониной М.С., Рабинович М.Б., Складневой В.М., Еротиевич М.С., Павловой Н.Н.

Для цитирования: Свиридова Т.В., Лазуренко С.Б., Венгер А.Л., Фисенко А.П., Долгих А.Г. Психологическая помощь детям с COVID-19 в «красной зоне» в ситуации болезни близких взрослых // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2020. № 4. С. 4–21. doi: 10.11621/vsp.2020.04.01

Поступила в редакцию: 21.07.2020 / Принята к публикации: 23.09.2020

PSYCHOLOGICAL AID FOR CHILDREN INFECTED WITH COVID-19 IN “RED ZONE” IN THE CONTEXT OF ILLNESS OF CLOSE ADULTS

**Tatiana V. Sviridova^{1,2*}, Svetlana B. Lazurenko^{1,2},
A.L. Venger³, A.P. Fisenko¹, Alexandra G. Dolgikh⁴**

¹ Federal State Autonomous Institution “National Medical Research Center for Children’s Health” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

² Federal State Budgetary Scientific Institution “Institute of Correctional Pedagogy of Russian Education Academy”, Moscow, Russia.

³ State Budgetary Educational Institution of Higher Education of Moscow Region “Dubna University”, Moscow, Russia.

⁴ Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia.

*Corresponding author. E-mail: tvsviridova@gmail.com

Relevance. The article defines the first-ever directions of psychological aid for children infected with COVID-19 in “red zone” in the context of illness of close adult people.

The goal of the research is psychological state of children infected with COVID-19 in “red zone” in the context of illness of close adults and determination of the required psychological aid.

Methods and sample. Analysis of 36 clinical cases of 7–17 years old children in the context of illness of close adults, who were in critical condition in intensive care department (first group — 28 children) or in satisfactory condition being treated at home (second group — 8 children). The research included the following: observation of medical records; screening diagnostics, which included the “Three Wishes” technique, an adapted method of “Unfinished sentences” (for adolescents), a drawing (any topic); 10-questions questionnaire focused on child’s physical well-being, its wishes for organization of everyday life and leisure activities in hospital ward, etc.

Results. The majority of patients appeared to be in unfavorable psychological state (close to acute stress or unstable state), which manifested itself in three different ways: severe anxiety; over-excitement, impaired mood. These symptoms were constant and illustrative for children whose relatives were in critical condition in the intensive care department. Children, whose relatives were in satisfactory condition and were treated at home were observed during periods when they were influenced by additional stressors.

Conclusions. Taking into account psychological differences and other factors (such as age, level of psychological maturity, severity of physical condition) provides an opportunity to give children and adolescents in “red zone” differentiated psychological aid.

Keywords: emergency psychology, “red zone”, children infected with COVID-19, psychological and pedagogical service in Pediatrics.

Acknowledgments. This research was carried out with the aid of officers of FSAI “NMRC of Children’s Health” of the Ministry of Health of the Russian Federation and medical psychologists M.S. Afonina, M.B. Rabinovich, V.M. Sklyadneva, M.S. Erotievich, and N.N. Pavlova.

For citation: Sviridova, T.V., Lazurenko, S.B., Venger, A.L., Fisenko, A.P., Dolgikh, A.G. (2020) Psychological aid for children infected with COVID-19 in “Red zone” in the context of illness of close adults. *Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14. Psikhologiya [Moscow University Psychology Bulletin]*, 4, P. 4–21. doi: 10.11621/vsp.2020.04.01

Received: July 21, 2020 / Accepted: September 23, 2020

Введение

Согласно данным многочисленных исследований, госпитализация, связанная с ухудшением физического состояния, становится для многих детей существенным стрессором, снижающим их адаптационные возможности и тем самым косвенно усугубляющим течение болезни (Исаев, 2005).

Особенно ярко это проявляется у детей в «красной зоне». Высокий риск возникновения дистресса обусловлен такими медицинскими и социальными факторами, как нестабильное физическое состояние, скачкообразное течение и неясный прогноз болезни; пребывание в инфекционных палатах с организацией быта в условиях карантина, невозможность посещения родными; большой объем психотравмирующей информации, поступающей детям из СМИ и от ближайшего окружения (Brooks S., 2020; Danese A., 2002; Jiao W., 2020).

В силу высокой контагиозности болезни COVID-19, многие близкие взрослые ребенка были инфицированы, а некоторые находились в реанимации в тяжелом состоянии, с неопределенным прогнозом. Все это определяет особый, психотравмирующий характер социальной ситуации, в которой оказываются дети, и делает необходимой организацию неотложной психологической помощи. Выраженная специфика и несопоставимость с другими чрезвычайными ситуациями, отсутствие в литературе подобного опыта (как

исследований психологического состояния детей с COVID-19, так и психологической помощи в детском инфекционном стационаре) на фоне острой необходимости реализации задач, поставленных практикой, побудило нас к поиску результативного решения этой актуальной для нашего времени проблемы.

Гипотеза

Содержание психологической помощи, оказываемой в «красной зоне» детям, чьи родители или близкие родственники болеют, зависит от тяжести соматического состояния детей, их психологического возраста, актуальных психологических потребностей и типа реакции на психотравмирующее событие, а также социальной ситуации, обусловленной тяжестью состояния близких.

Методы

Психологическое состояние детей в «красной зоне» выявлялось с помощью изучения медицинской документации, бесед со здоровыми родственниками (очно или дистанционно), либо представителями органов социальной опеки и психологического обследования. Условием отбора клинических случаев для анализа являлось наличие у ребенка знания о болезни близкого родственника.

Тяжесть психологического состояния детей и особенности режима работы инфекционного отделения исключали возможность стандартной процедуры психологического обследования (Лазуренко, 2020). Для изучения психологического состояния и основных психологических переживаний/трудностей ребенка в «красной зоне» нами была разработана особая техника психологического скрининг-обследования.

Скрининг-диагностика включала методику «Три желания» (Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 2005), адаптированную методику «Незаконченные предложения» (Практикум по возрастной психологии, 2002), рисунок на свободную тему с инструкцией: «Придумай и нарисуй рисунок, как умеешь. Напиши, что на нем изображено и как он называется» и анкету из 10 вопросов. Вопросы были направлены на выяснение физического самочувствия ребенка, его пожеланий к организации быта и досуговой деятельности в палате и т.п. Ответы записывались или самим ребенком, или психологом с его слов.

Из-за карантинных мер пациентам было запрещено выходить из палаты, поэтому обследование проводилось прямо там, в присутствии других детей, а иногда и их родителей. Дополнительную

сложность создавала необходимость работать с использованием средств индивидуальной защиты. Так, наблюдение часто осложнялось конденсатом на защитной маске у специалиста, что мешало четко увидеть мимические проявления пациента; поэтому особое внимание уделялось пантомимике, положению тела, интонации голоса.

Все записи психолога, сделанные в ходе наблюдения за ребенком и беседы, а также заполненные бланки скрининг-обследования фотографировались с помощью планшета, предназначенного для работы в «красной зоне», и передавались по интернету двум-трем психологам-коллегам. Это позволяло быстро организовать психологический консилиум и принять решение о формах психологической поддержки «трудному» пациенту.

Работа проводилась в инфекционном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Из 119 детей с коронавирусной инфекцией, 36 (30%) пациентам было известно о болезни значимых взрослых, что могло служить источником дополнительных эмоциональных переживаний. В зависимости от тяжести сложившейся жизненной ситуации и степени возможного психотравмирующего влияния на детскую личность больные были распределены в две группы. Первую группу составили 28 детей, чьи близкие родственники находились в тяжелом состоянии и проходили лечение в отделениях реанимации других больниц (у 18 детей это были родители, у 10 — члены расширенной семьи: бабушки, дедушки, тети, дяди). Вторую группу — 8 детей, имеющие постоянный дистанционный контакт со значимыми близкими в удовлетворительном состоянии, лечение которых проходило на дому (у 6 детей — родители, у 2 детей — бабушки).

В табл. 1 представлено распределение детей по возрастам (младшие школьники: 7–10 лет, младшие подростки: 11–13 лет, старшие подростки: 14–18 лет). В табл. 2 — по тяжести физического состояния (тяжелое, среднетяжелое, удовлетворительное).

Таблица 1

Распределение пациентов по возрастам

Группа	Возраст			Всего
	Мл. школьн.	Мл. подрост.	Ст. подрост.	
I	6 (21,4%)	11 (39,3%)	11 (39,3%)	28 (100%)
II	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (50%)	8 (100%)

Таблица 2

Распределение пациентов по тяжести физического состояния

Группа	Физическое состояние			
	Тяжелое	Среднетяжелое	Удовлетворит.	Всего
I	1 (4%)	14 (50%)	13 (46%)	28 (100%)
II	–	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)

Результаты

На основе скрининг-диагностики была проведена экспертная оценка психологической зрелости детей по двум критериям: характер потребностей и интересов; степень психологической автономии в общении и поведении. Характеристика психического развития пациентов в соотношении с возрастными нормативами (нормативный, ненормативный) отражен в табл. 3.

Таблица 3

Распределение пациентов по характеристикам психического развития

Группа	Характеристика психического развития		
	Нормативное	Ненормативное	Всего
I	24 (86%)	4 (14%)	28 (100%)
II	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)

Как видно из таблицы, в 6 случаях (17%) психическое развитие детей не соответствовало их паспортному возрасту, что требовало учета при разработке содержания психологической помощи.

Психологическое состояние детей и подростков

Изучение психологического состояния пациентов выявило у подавляющего большинства из них эмоциональные нарушения и адаптационные трудности, характерные для переживания стресса той или иной степени остроты (Портнова, 2007). В первой группе (дети, чьи родные находились в тяжелом состоянии в отделении реанимации) было 26 таких детей (93%), во второй (дети, чьи родные находились в удовлетворительном состоянии и получали лечение на дому) — 7 детей (87,5%). У двух мальчиков из группы I (7%) и одного мальчика из группы II (12,5%) сохранялось относительно стабильное психологическое состояние.

В группе I у многих детей и подростков наблюдались снижение целенаправленности, пассивность (дети могли часами ничего не делать, разглядывать из окна палаты прохожих на улице), стереотипное выполнение простых действий (длительное бесцельное пролистывание видеофайлов на планшете, механическое переписывание конспектов), трудности организации элементарного быта в палате и выполнения гигиенических процедур. У некоторых детей имелись нарушения сна и пищевого поведения.

Младшие школьники и психологически незрелые подростки довольно подробно рассказывали о своих родителях, их тяжелом состоянии и госпитализации в реанимацию. В ходе разговора сообщали о собственных потребностях и проблемах. Например, ребенок высказывал желание скорейшего выздоровления близких, чтобы он мог поскорее вернуться домой. Таким образом, младшие школьники и психологически незрелые подростки не могли в полной мере осознать тяжесть сложившейся жизненной ситуации и возможные последствия.

В отличие от этого, личностно более зрелые подростки старались избегать в беседе столь болезненной для них темы. Они практически не упоминали состояния родителей ни в беседах, ни в анкете, либо делали это мельком, формально, тяготясь лишними расспросами. Это может свидетельствовать о том, что глубина переживаний связана со степенью личностной зрелости. Такое поведение подростков часто приводило в замешательство медицинских работников, поскольку было понятно, что объективная ситуация вызывает у ребенка тяжелые переживания, однако внешне они почти не проявлялись. Психологу требовалось объяснять медицинским работникам причины этого мнимого противоречия.

В группе II в поведении детей наблюдались периодические трудности эмоционально-волевой регуляции, сужение/снижение целенаправленности деятельности и общения, что свидетельствовало о том, что психологическое состояние детей и подростков было крайне нестабильным. Это выражалось в повышенной интенсивности переживаний и реактивности, чувствительности к внешним воздействиям, трудностях эмоционально-волевой регуляции. Младшие школьники и подростки испытывали повышенную потребность в общении с близкими, многократно им звонили/писали, делились своими чувствами и ситуативными переживаниями, жаловались на тоску по дому, просили передать им домашнюю еду и личные вещи. Находясь в больнице 14 дней и более, многие дети практи-

чески не стремились завязывать общение с соседями по палате, старались не раскладывать привезенные из дома вещи, поскольку все их размышления и переживания были сфокусированы на семье и ожидании выписки.

Нами было выделено три варианта проявлений психологического неблагополучия у детей: выраженная тревога; повышенное возбуждение; сниженный фон настроения. Эти варианты наблюдались в обеих группах, однако между группами имелось и существенное различие. В группе I описанные проявления у большинства детей были устойчивыми и ярко выраженными. В группе II они носили преходящий, транзиторный характер и возникали под воздействием новых, в том числе, незначительных стрессоров (например, изменение графика медицинских обходов).

Распределение пациентов по выделенным вариантам психологического состояния (тревожное, возбужденное, снижение настроения, относительно стабильное) отражено в табл. 4.

Таблица 4

Психологическое состояние двух групп пациентов

Группа	Психологическое состояние				
	Тревожное	Возбужд.	Сниж. настр.	Относит. стабильн.	Всего
I	10 (36%)	8 (28,5%)	8 (28,5%)	2 (7%)	28 (100%)
II	3 (37,5%)	2 (25%)	2 (25%)	1 (12,5%)	8 (100%)

Статистический анализ полученных данных был невозможен из-за малочисленности выборки и множества факторов, потенциально влияющих на психологическое состояние пациентов: возраст, пол, тяжесть течения болезни, состав семьи, тяжесть состояния родственников, предшествующий опыт и т.п. Поэтому мы были вынуждены ограничиться качественным анализом клинических случаев. Он показал, что в зависимости от возраста, степени личностной зрелости, индивидуально-психологических особенностей, соматического статуса дети по-разному реагируют на ситуацию тяжелой болезни родителей и фрустрацию базовой потребности в общении со значимым близким.

В группе I выраженное состояние тревоги наблюдалось у 10 детей (36%), в том числе у трех младших школьников, трех младших подростков и четырех старших подростков. Оно проявлялось в высоком эмоциональном и мышечном напряжении, отсутствии возможности

расслабиться, фиксации на различных опасениях без объективных оснований. Половина этих детей находилась в среднетяжелом состоянии, половина — в удовлетворительном (по 5 детей).

У детей младшего школьного возраста переживание тревоги было связано с конкретными жизненными событиями. Так, в одной из палат психологи при обходе обнаружили троих детей, сидящих на одной кровати и дрожащих от страха из-за незнакомого шума в вентиляционном проеме душевой комнаты.

У подростков тревога проявлялась, преимущественно, в устойчивых ипохондрических опасениях, связанных с возможными осложнениями болезни и негативным исходом ее течения, с мучительными сомнениями в эффективности лечения. Подростки очень внимательно следили за словами врача, старались перепроверять сказанное в интернете. Любые отклонения в состоянии своего здоровья и в ходе лечения (например, незначительный подъем температуры или незапланированное исследование) вызывали у них сильнейшее эмоциональное напряжение, вплоть до панических атак.

В группе II нестабильное психологическое состояние с тенденцией к быстрому возникновению тревоги было отмечено у трех пациентов (37,5%): двух младших школьников и одного старшего подростка; все трое находились в удовлетворительном физическом состоянии. Они периодически испытывали сильные переживания, связанные с ожиданием результатов анализов на коронавирусную инфекцию, тщательно соблюдали гигиенические нормы (многократно обрабатывали руки, мебель, письменные принадлежности) после контакта с соседями по палате и медицинским персоналом. В общении с врачом и с близкими (по телефону) нуждались в постоянном подтверждении благополучного исхода болезни и скорой выписки.

В группе I возбужденное эмоциональное состояние наблюдалось у 8 пациентов (29%). Из них один младший школьник, пять младших подростков и два старших подростка. Три пациента находились в состоянии средней тяжести, пятеро — в удовлетворительном состоянии. Согласно нашим наблюдениям, состояние повышенного возбуждения у детей разного возраста проявлялось сходным образом.

У этих детей и подростков практически постоянно было приподнятое настроение, они были чрезмерно активны, отличались импульсивным необдуманым поведением, сниженным уровнем самоконтроля. Их деятельность была мало целенаправлена.

Наблюдение за поведением этих детей в палате показало, что они часто нарушали нормы и правила социального взаимодействия. Четверо подростков проявляли повышенную враждебность в общении, которая выражалась в мелочных придирках, нетерпении и нередко приводила к конфликтам с детьми в палате и медработниками.

Некоторые подростки выражали амбивалентные чувства по отношению к близким, одновременно жалели их и обвиняли в сложившейся ситуации.

В группе II нестабильное психологическое состояние с тенденцией к возбуждению проявилось у двух пациентов (25%): одного младшего школьника и одного старшего подростка (физическое состояние — средней тяжести и удовлетворительное). У них периодически отмечались повышенный эмоциональный фон, снижение самоконтроля, импульсивность. В поведении ребят иногда прослеживалась повышенная конфликтность. Имелась склонность к отрицанию тяжести состояния и возможных негативных последствий болезни, как у себя, так и у близких. Младший школьник с увлечением рисовал план побега из больницы и обсуждал с соседом по палате, что он будет делать, когда его реализует. Старший подросток в состоянии средней тяжести, получающий кислородную поддержку, настойчиво просил врача его выписать и отправить домой болеть вместе с родителями.

В группе I сниженное настроение, подавленное состояние было выявлено у 8 детей (29%), в том числе у одного младшего школьника, трех младших подростков и четырех старших подростков. Оно проявлялось в повышенной слезливости, падении активности, обеднении интересов, замкнутости, замедленности движений и действий, фиксации на психофизическом дискомфорте. В тяжелом соматическом состоянии находился один из этих детей, в среднетяжелом — пятеро, в удовлетворительном — двое.

Эти дети и подростки практически не следили за своей внешностью и личными вещами, выглядели неопрятно. Из-за физической слабости и истощаемости часто бросали начатое. Вели себя замкнуто, врачей и соседей по палате игнорировали, либо поддерживали с ними чисто формальный контакт.

Дети младшего школьного возраста и психологически незрелые подростки большую часть времени спали либо лежали на кровати без какого-либо занятия. Старшие подростки слушали музыку, машинально играли в компьютерные игры, раскрашивали раскраски, смотрели фильмы. При звонках знакомых заметно оживлялись, на

лице проскальзывала улыбка. Поговорив с ними, снова становились грустными, пассивными. Складывалось впечатление, что дети как будто «замораживались» до получения хороших новостей от родителей.

В группе II нестабильное психологическое состояние с тенденцией к снижению настроения наблюдалось у одного младшего и одного старшего подростка (25%); оба находились в удовлетворительном физическом состоянии. Они эпизодически испытывали чувство тоски по друзьям и близким; у них часто актуализировались негативные переживания, не связанные с болезнью и госпитализацией. Так, девушка старшего подросткового возраста пожаловалась на внезапно нахлынувшие в больнице чувства грусти и одиночества из-за произошедшего два месяца назад разрыва с молодым человеком.

Таким образом, при наличии поддержки значимых близких и достаточном уровне психической зрелости проявления у детей психического неблагополучия с тенденцией к снижению менее выражены и более ситуативны.

В группе I относительно стабильное психологическое состояние с положительным фоном настроения наблюдалось только у двух пациентов «красной зоны», родители которых находились в реанимации (7%). Это был один младший школьник в удовлетворительном физическом состоянии и старший подросток в состоянии средней тяжести. У этих пациентов сохранился достаточный самоконтроль, высокая целенаправленность, отмечался интерес к различным видам деятельности и общению.

Описываемый младший школьник был госпитализирован вместе со своей младшей сестрой дошкольного возраста (не вошедшей в группу исследования в силу возрастных ограничений) и осознанно исполнял роль старшего брата, к которой был приучен взрослыми. Недостаточная оценка ребенком в силу возраста тяжести жизненной ситуации и постоянная включенность в заботу о младшей сестре в качестве «взрослого» позволила этому личностно зрелому мальчику на некоторое время совладать с ситуацией госпитализации обоих родителей в отделение реанимации.

Во втором случае личностно зрелый склонный к рефлексии юноша, находясь на госпитализации повторно из-за ухудшения состояния и часто размышляя о своих профессиональных и личностных планах в связи с тяжелым состоянием мамы и бабушки, смог самостоятельно начать прорабатывать свои переживания. Со слов юноши, именно благодаря такой сложной жизненной ситуации

он вдруг понял свою личную ответственность за свою жизнь, выбор профессии и будущее. Подобный способ переживания описан Ф.Е. Василюком (1984) у зрелых личностей. Вместе с тем, согласно Г.Е. Сухаревой, дальнейшее воздействие психотравмирующей ситуации и/или дополнительное воздействие стрессоров может привести к полному истощению внутриличностных ресурсов и нарушению защитных механизмов детской психики (Сухарева Г.Е., 1959), что свидетельствует о необходимости отнесения данной категории детей к группе риска возникновения дистресса.

В группе II в относительно стабильном психологическом состоянии пребывал один из восьми детей (12,5%) — старший подросток в физическом состоянии средней тяжести. Юноша осознанно относился к госпитализации, воспринимал ее как эффективную меру в сохранении своего здоровья. Находясь в больнице, постоянно занимал себя привлекательной деятельностью: изучал программирование, читал, общался со сверстниками в социальных сетях, поддерживал близких (дистанционно) и соседей по палате.

Таким образом, осознание личностного смысла ситуации (в первом случае — забота о младшей сестре, во втором — стремление определиться со своим будущим, в третьем — лично значимая деятельность и общение) при высоком уровне личностной зрелости позволило определенное время младшему школьнику и подросткам самостоятельно справляться с переживаниями, вызванными психотравмирующими событиями.

Изучение психологического состояния и вариантов его проявления у детей и подростков с COVID-19 в зависимости от тяжести сложившейся жизненной ситуации и степени ее психотравмирующего влияния на личность позволило определить общие и специфические направления психологической помощи в детском инфекционном стационаре.

Тяжелое психологическое состояние многих детей, находящихся в инфекционном отделении (по нашим данным, в целом не менее 30%), не было очевидным для медицинских работников и родственников в силу отсутствия общепринятых его признаков в поведении (например, аффективного отреагирования). Это свидетельствует о необходимости систематического психологического мониторинга всех пациентов в отделении. Вне зависимости от типа реагирования, для всех детей в тяжелой жизненной ситуации показано систематическое психологическое консультирование с целью стабилизации психологического состояния. В ряде случаев, в силу особенностей

психофизического состояния (выраженности симптоматики и степени нарушения функционирования), психолог рекомендовал консультацию невролога. По результатам неврологического обследования более половины из 36 пациентов (19 человек, 53%) начали получать необходимую медикаментозную поддержку.

Важнейшими задачами психологической работы с детьми в инфекционном стационаре, госпитализированными без родителей, стали помощь в решении ситуативных психологических трудностей и профилактика развития дистресса. Это достигалось путем систематического краткосрочного консультирования (по мере необходимости), организации общения с соседями по палате и систематической деятельности: учебной, творческой, продуктивной.

С детьми и подростками, у которых преобладало **состояние тревоги**, осуществлялась работа, направленная на преодоление страхов, знакомство со способами контроля ситуации и эмоционального состояния.

С младшими школьниками и психологически незрелыми подростками осуществлялась систематическая работа по переключению их внимания с тревожных переживаний на посильные и интересные виды деятельности (творческую, познавательную, трудовую).

С подростками проводились беседы об особенностях их состояния как нормальной реакции организма на стрессовую ситуацию. При выраженных страхах использовалась техника «Уничтожение страха» (Венгер, Морозова, 2016).

При **высокой выраженности** тревожного состояния, характерной для пациентов из *первой группы* (чьи родные находились в отделении реанимации), требовалось более регулярное психологическое вмешательство.

При **возбужденном эмоциональном состоянии** осуществлялась психологическая работа по структурированию деятельности и режима дня, созданию условий для реализации потребности в деятельности и общении, а также внешнего контроля поведения и соблюдения социальных норм как средства восстановления регуляции и стабилизации эмоционального состояния.

При особо высоком и устойчивом эмоциональном возбуждении важным направлением работы было обсуждение с детьми вопросов, связанных с соблюдением правил поведения в палате: необходимость уважать потребности других детей во сне и отдыхе; спрашивать разрешения при желании послушать музыку без наушников или повеселиться; соблюдать чистоту в палате и т.п.

При **сниженном настроении** основным направлением работы с детьми и подростками становилась помощь в обогащении их деятельности, актуализации психологических потребностей, соответствующих их возрасту.

В *первой группе* как младшим школьникам, так и подросткам при особо сниженном, **подавленном эмоциональном состоянии** в начале работы было важно проявление по отношению к ним обычной человеческой заботы и внимания: помочь заправить постель, попросить санитарку подогреть остывший обед, рассказать про погоду и новости, побыть рядом, пока ребенок лежит под капельницей и т.п. Важно было предоставить ребенку возможность быть выслушанным, «выплеснуть» свои переживания, когда он сам захочет это сделать.

Большинство пациентов со сниженным настроением находилось в тяжелом и среднетяжелом физическом состоянии. Постепенно, по мере его улучшения, психологи включали ребят в посильную и положительно эмоционально окрашенную для них деятельность. Для многих детей и подростков такой деятельностью стало рисование. В частности, с успехом использовалась техника из арсенала арт-терапии «Гармонизация рисунка» (Венгер, Морозова, 2016).

Для стабилизации психологического состояния детей, родители которых находились в тяжелом состоянии в реанимации, осуществлялось ежедневное психологическое сопровождение. Дети второй группы, получая систематическую дистанционную психологическую поддержку от близких взрослых, нуждались в меньшем объеме помощи — мониторинге и консультировании по поводу ситуативных проблем.

Пациентам **в относительно устойчивом психологическом состоянии** требовалось систематическое психологическое сопровождение, направленное на мониторинг и помощь в решении ситуативных трудностей с целью сохранения внутриличностных ресурсов.

Проявление человеческой заботы и участия в ситуации ухудшения физического состояния или поступления тревожной информации о состоянии родителей способствует укреплению защитных механизмов личности. Особого внимания заслуживали ситуации ухудшения физического состояния детей или поступления тревожной информации о состоянии родителей. В этих случаях детям была нужна дополнительная эмоциональная поддержка, которую удавалось обеспечить благодаря тесному сотрудничеству психолога с лечащим врачом, медсестрой и родственниками пациентов.

Заключение

Исследование показало, что в ситуации болезни родителей пациенты детского возраста могут находиться в различном по степени тяжести психологическом состоянии (в тяжелом психологическом состоянии по типу острого стресса, нестабильном и относительно стабильном) и нуждаются в дифференцированной психологической помощи.

Тяжесть соматического состояния детей, их психологический возраст, актуальные психологические потребности и тип реакции на психотравмирующее событие, а также актуальная жизненная ситуация обуславливают содержание помощи.

В силу сочетания высокой стрессогенности ситуации, неясности прогноза, отсутствия родительской поддержки и незрелости адаптационных механизмов детской личности, особое внимание психологов должно быть приковано к пациентам «красной зоны», чьи родители находятся в тяжелом состоянии в отделении реанимации.

Во всех случаях, в силу неочевидности психологических переживаний детей для родственников и медицинского персонала, одной из важнейших задач психологической помощи является организация посредничества между ребенком, с одной стороны, и взрослыми — с другой, а также между детьми, находящимися в одной палате.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.

Венгер А.Л., Морозова Е.И. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам. Дубна, 2016.

Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб., 2005.

Лазуренко С.Б. Современное состояние и перспективы развития психолого-педагогической помощи в педиатрии // Российский педиатрический журнал. Т. 23. № 2. 2020. С.148–154.

Портнова А.А. Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях. М., 2007.

Практикум по возрастной психологии: Учеб. пособие / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. СПб., 2002.

Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 2-е издание. СПб.: Питер, 2005. 400 с.

Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II. Часть 2. М.: Медицина, 1959. 406 с.

Brooks S. at al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // *Lancet*. 2020. P. 912–920; URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

Jiao W. at al. Behavioral and emotional disorders in children during the Covid-19 Epidemic // *The Journal of Pediatrics*. 22. April.2020; URL: doi: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013.

Danese A. at al. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters.// *The British Journal of Psychiatry*. 2020. P. 159–162; URL: doi: 10.1192/bjp.2019.244.

REFERENCES

Vasilyuk F.E. Psihologiya perezhivaniya: Analiz preodoleniya kriticheskikh situacij. M., 1984 (in Russ.).

Venger A.L., Morozova E.I. Ekstrennaya psihologicheskaya pomoshch' detyam i podrostkam, Dubna, 2016.(in Russ.).

Isaev D.N. Emocional'nyj stress. Psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej. SPb., 2005. (in Russ.).

Lazurenko S.B. Sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya psihologo-pedagogicheskoy pomoshchi v pediatrii//Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2020. P. 148–154. (in Russ.).

Portnova A.A. Psihicheskie narusheniya u detej i podrostkov pri chrezvychajnyh situacijahM., 2007 (in Russ.).

Praktikum po vozrastnoj psihologii: Ucheb. Posobie / Pod red. L.A. Golovej, E.F. Rybalko SPb., 2002 (in Russ.).

Prihozhan A. M., Tolstyh N. N. Psihologiya sirotstva, SPb., 2005.

Suhareva G.E. Klinicheskie lekcii po psihiatrii detskogo vozrasta. T. II. M, 1959 (in Russ.).

Brooks S. at al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // *Lancet*. 2020; P. 912–920.

Jiao W. at al. Behavioral and emotional disorders in children during the Covid-19 Epidemic// *The Journal of Pediatrics*. 22. April.2020; URL: doi: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013.

Danese A. at al. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters//*The British Journal of Psychiatry*. 2020. P.159–162.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Татьяна Васильевна Свиридова — заведующая лабораторией специальной психологии и коррекционного обучения центра психолого-педагогической помощи в педиатрии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия; старший научный сотрудник ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», Москва, Россия. E-mail: tvsviridova@gmail.com

Светлана Борисовна Лазуренко — начальник центра психолого-педагогической помощи в педиатрии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия; главный научный сотрудник ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», Москва, Россия. E-mail: preeducation@gmail.com

Александр Леонидович Венгер — профессор кафедры психологии ГБОУ ВО МО «Университет «Дубна», Московская обл., Россия. E-mail: alvenger@gmail.com

Андрей Петрович Фисенко — директор ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия. E-mail: labspiko@gmail.com

Александра Георгиевна Долгих — доцент факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия. E-mail: ag.dolgikh@mail.ru

ABOUT AUTHORS

Tatiana V. Sviridova — head of the Laboratory of Special Psychology and Correctional Education of the center for psychological and pedagogical support in pediatrics Federal State Autonomous Institution “National Medical Research Center for Children’s Health” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; Federal State Budgetary Scientific Institution “Institute of Correctional Pedagogy of Russian Education Academy”, Moscow, Russia. E-mail: tvsviridova@gmail.com

Svetlana B. Lazurenko — head of the center for psychological and pedagogical support in pediatrics Federal State Autonomous Institution “National Medical Research Center for Children’s Health” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; Federal State Budgetary Scientific Institution “Institute of Correctional Pedagogy of Russian Education Academy”, Moscow, Russia. E-mail: preeducation@gmail.com

Alexander .L. Venger — professor of the department of psychology of State Budgetary Educational Institution of Higher Education of Moscow Region “Dubna University”, Moscow, Russia. E-mail: alvenger@gmail.com

Andrew P. Fisenko — director of Federal State Autonomous Institution “National Medical Research Center for Children’s Health” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. E-mail: labspiko@gmail.com

Alexandra G. Dolgikh — associate professor at faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: ag.dolgikh@mail.ru