

Социально-психологическое сопровождение детей, проходящих длительное лечение от туберкулёза в стационарных условиях медицинских учреждений

Введение

Понятие синдрома госпитализма, его причины и основные проявления. Психическая депривация.

Дети, которые в силу своего заболевания длительно находятся на лечении в условиях стационара, в отрыве от семьи, вынуждены соблюдать правила медицинского учреждения, которые зачастую противоречат закономерностям их развития, что повышает риск развития у них синдрома госпитализма.

Термин «синдром госпитализма» был сформулирован как замедление и искажение развития детей вследствие нахождения их в неблагоприятных условиях интернатных учреждений. Он характеризуется физической и психической отсталостью, особенно сильно возникающей в первые годы жизни ребенка из-за недостатка общения с близкими взрослыми. Понятие «госпитализм» появилось в 1945 году благодаря психоаналитику Р. Спитсу. Он выявил, что госпитализм у детей возникает преимущественно из-за разлуки с матерью. Поэтому госпитализм может возникать в учреждениях, где уход за ребенком происходит без матери, а также в семьях, где матери не уделяют детям должного внимания. В учреждениях, где дети находятся долгий срок (дом малютки, больницы и др.), сочетаются факторы, приводящие к госпитализму: бедный психологический климат, недостаток человеческого внимания и эмоциональных проявлений к ребенку со стороны персонала. Позже к термину «госпитализм» присоединился термин «депривация», дословно обозначающий «лишение чего-либо». В случаях длительной госпитализации речь идёт о психической депривации – значительном ограничении в общении с близкими людьми, невозможности жить привычной школьной жизнью и ограничении во взаимодействии со сверстниками. Классическое определение психической депривации следующее: «Психическая депривация является психическим состоянием, возникшем в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможность для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени» [3, стр.19].

Ряд авторов, исследовавших психологическое состояние детей, формирование госпитализма и связанную с ним психическую депривацию в условиях длительной госпитализации, отмечают появление у детей серьёзных психологических изменений, таких

как лёгкие когнитивные нарушения, ослабление концентрации внимания, снижение познавательных интересов, нарушение формирования навыков социализации, изменения в эмоциональной сфере [1, стр.148].

Не менее сложными являются состояния, когда ребёнок возвращается после длительной госпитализации в обычную жизнь и у него возникают трудности, связанные с ресоциализацией и психологической адаптации как в школьной среде, так и вне её, в том числе, и в собственной семье.

Актуальность и новизна изложенных в статье психосоциальных практик обуславливается ещё и тем, что до настоящего времени опубликовано лишь несколько статей и методических рекомендаций, посвящённых специфике психологических изменений и синдрома госпитализма, а также его последствий, связанных именно с длительным стационарным лечением по поводу туберкулёза (далее – ТБ). Единичными являются публикации, посвящённые психосоциальной реабилитации детей и подростков в период после госпитализации.

Целью данной статьи является демонстрация и подведение итогов многолетнего опыта практической работы по психосоциальной реабилитации детей и подростков, болеющих туберкулёзом и находящихся на длительном стационарном лечении.

Собственные наблюдения.

За многие годы работы организацией был накоплен большой опыт по профилактике синдрома госпитализма у больных туберкулёзом детей и снятию его последствий. Основные его результаты были положены в основу описания практики **“Детство в больнице”**: сопровождение семей с детьми, проходящими длительное стационарное лечение от ТБ и реабилитацию. В дальнейшем организация успешно апробировала этот опыт при социокультурной работе с детьми с инвалидностью в рамках развития инклюзивного кинофестивального движения. В данной статье авторы постарались выявить основные закономерности, которые касаются сопровождения детей с различной нозологией при длительном стационарном лечении, что может оказаться полезным для специалистов, работающих в социальных проектах по оказанию помощи детям с ОВЗ как в государственных, так и в общественных организациях.

1. Проблемы детей, страдающих от синдрома госпитализма, и проблемы их семей (на примере детей с ТБ)

При поступлении в больницу, ребенок не только отрывается от привычной обстановки и близких людей, он становится объектом болезненных манипуляций и процедур, его

ограничивают в движениях и общении. При длительном же нахождении в стационаре негативное воздействие этих факторов на психику ребенка накапливаются, что приводит к развитию синдрома госпитализма. Самое же главное в том, что в стационар поступает соматически больной, имеющий меньше резервов для приспособления, чем здоровый ребенок [1, с. 108]. Учитывая специфику нашей работы, мы понимаем госпитализм как замедление и изменение в худшую сторону личностного и психологического развития детей и потерю ими социальных навыков на фоне длительного лечения в больнице, разлуки со значимыми близкими и нарушении связи с социальным миром.

Синдром госпитализма может проявляться во всех важных сферах жизни ребенка: снижение мотивации к учебе и даже той успеваемости, которая уже была; ухудшение коммуникативных навыков; повышение уровня агрессии к сверстникам и больничному персоналу; зависимость от гаджетов и истерические реакции на попытку ограничить их использование; нарастающая физическая пассивность.

Стоит отметить, что когнитивные способности детей снижаются также из-за серьезной лекарственной нагрузки на организм, а организация учебного процесса в больнице осложняется физическим состоянием детей, различиями в уровне подготовки и интеллекта, плохим знанием русского языка у детей из семей мигрантов. Дошкольное образование и подготовка к школе в больницах, как правило, отсутствует. Не разрешение этой проблемы на начальном этапе приводит к дальнейшей социальной дезадаптации, низкой самооценке, увеличению количества страхов и повышении тревожности.

Кроме того, что дети страдают от синдрома госпитализма, их семьи тоже испытывают значительные трудности. Чтобы навещать ребенка, привозить ему нужные продукты и одежду, родители тратят дополнительные финансовые, физические и психологические ресурсы, которые, в силу их социального положения, могут быть и так ограничены. Некоторые заболевания, к числу которых относится ТБ, вызывают резкую негативную реакцию у представителей детских садов и школ, когда родители сообщают о том, что их дети проходят лечение. Эта реакция вводит родителей в еще больший стресс, приводя к эмоциональному выгоранию.

2. Психологические последствия синдрома госпитализма (на примере детей с ТБ)

После завершения длительного лечения в больнице дети испытывают нарушение связи с социальным миром и неуверенность в своих силах, потерю социальных навыков. Долгая жизнь по строгому больничному расписанию и страх возвращения болезни «парализует» их инициативность. Ощущение стигматизации, связанной с заболеванием, отрицательно влияет

на восстановление старых дружеских связей и построение новых. Все это вкуче выражается в страхах перед будущим в целом и новыми ситуациями в частности. В данном случае семья должна служить источником и основным звеном передачи ребенку знаний, опыта, уверенности в себе, которые необходимы ему для полноценного становления в современном социуме. Но, зачастую, родители сами дезориентированы, пассивны и не имеют достаточного уровня родительских компетенций. Социальная стигматизация, связанная с болезнью ребенка, мешает им обращаться за советом и поддержкой к ближайшему окружению, тем самым снижая активность и круг общения. Кроме этого, нарушение благоприятного фона взаимодействия родителей с детьми служит препятствием для обучения ими детей и передачи знаний. После выписки из больницы родители часто жалуются на конфликтную ситуацию своих детей в школе, отсутствие мотивации к учебе, подавленное состояние и сложности взаимодействия с детьми и взрослыми.

3. Пути смягчения отрицательных реакций ребенка на госпитализацию

Изложенные выше данные говорят о необходимости проведения мероприятий, улучшающих психологическую обстановку в стационаре. Важно создать в лечебном отделении такую доверительную обстановку, в которой дети чувствовали бы себя более защищенно. Работа специалистов помогающих профессий, направленная на стабилизацию эмоционально-психологического состояния детей, начинается в тот момент, когда ребенок поступает в отделение: специалисты знакомятся и беседуют с ребенком и его представителями, обеспечивают необходимой одеждой и обувью, санитарно-гигиеническими принадлежностями, дополнительным питанием. В дальнейшем дети привыкают к приходам и помощи специалистов, испытывают положительные эмоции от каждого контакта с ними, ждут любые занятия и мероприятия, чтобы иметь возможность пообщаться и поделиться своими новостями о лечении. Поэтому большую ценность представляет ежедневная работа специалистов для непрерывного сопровождения детей, которая компенсирует потерю домашней среды ребенка, помещенного на длительное время в изоляцию.

Создание на лечебных отделениях социокультурной атмосферы, способствующей повышению эмоционального тонуса, социальным коммуникациям, творческому развитию и личностной реализации детей, достигается благодаря проведению ежедневных творческих занятий и включению творческих элементов на всех этапах воспитательного и образовательного процессов. Уход в творчество помогает детям не замыкаться «внутри болезни», наполняться положительными эмоциями, поверить в свои силы.

Большое практическое значение имеет вопрос о посещении детей родителями. Для полноценной поддержки детей родителями необходимо повысить потенциал их семей, которые, возможно, испытывают кризисное состояние в связи с болезнью ребенка. Поэтому большое внимание необходимо уделять мотивированию семей на выход из кризисной ситуации, осуществляемый при помощи специалистов.

Родители не всегда понимают особенностей длительного пребывания ребенка в стационаре, не знают его потребностей и в довершение ко всему не решаются обращаться за помощью. Обучение родителей методам взаимодействия с детьми лучше всего происходит при совместных занятиях творчеством, ролевых играх, сказкотерапии, что улучшает внутри семейные отношения, а также служит адаптации детей к стационарным условиям, а в дальнейшем, после выписки, успешной интеграции в образовательную среду и в общество в целом.

Обзор методов и подходов психосоциальной реабилитации детей, находившихся на длительном лечении по поводу туберкулёза, (на примере собственного опыта)

1. Применение практики «Детство в больнице» Обществом Свт.Иоасафа в реабилитации детей, страдающих ТБ, и в социальном сопровождении их семей

Практика «**«Детство в больнице»**»: сопровождение семей с детьми, проходящими длительное стационарное лечение от ТБ и реабилитацию», разработана и используется Санкт-Петербургской общественной благотворительной организацией «Общество Свт.Иоасафа» начиная с 2005 года. Осуществление мероприятий Практики позволяет детям пройти длительное и сложное лечение с минимальными социальными и психологическими потерями, быстрее восстановить жизненные силы, сократить период адаптации после выписки из стационара и успешно включиться в образовательную среду и социум.

Практика направлена на создание системы поддержки детей, стоящей на четырех основаниях (базовых опорах), а именно:

- повышение благополучия семьи;
- улучшение детско-родительских отношений;
- стабилизация эмоционально-психологического состояния детей с ТБ;
- повышение уровня образованности и социально личностного развития детей с ТБ.

Таким образом, укрепляя эти четыре основания, мы создаем благоприятные условия для подготовки детей к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ.

Принцип комплексности оказания психосоциальной помощи детям и семьям является ведущим. Особое значение имеет оценка ситуации и определение индивидуального плана оказания помощи в каждом конкретном случае. Работа по психосоциальной реабилитации может проводиться как в стационарных условиях, так и после выписки детей из больницы. На примерах работы Практики мы покажем основные направления, подходы и методы работы с детьми и их семьями в условиях стационара.

2. Основные направления, подходы и методы работы с детьми и их семьями в условиях стационара

Для полноценной поддержки детей в рамках Практики необходимо повысить потенциал тех семей, которые нуждаются в помощи. Опыт организации показывает, что своевременная помощь, оказанная в начале кризиса, эффективна для его предотвращения. Однако для семей, находящихся в глубоком кризисе, профилактических мер недостаточно. Им требуется индивидуальный подход с учётом имеющихся ресурсов и возникающих трудностей, а также потребностей каждого из членов семьи. Главной ценностью для ребенка мы считаем сохранение семьи, способной самостоятельно решать трудные вопросы. Для чего необходимо мотивировать семью на участие в мероприятиях, направленных на повышение своей ресурсности и укрепление внутрисемейных связей.

Выявление детей и семей группы риска социально-опасного положения (СОП) и социального сиротства производится на основе регулярных наблюдений за поведением ребёнка на отделении, проведение бесед с ним, с его законными представителями, консультирование с медицинским персоналом. Длительное наблюдение за детьми в стационарных условиях позволяет выявить признаки социального сиротства у подопечных и выделить группу риска детей, родители которых не осуществляют должный контроль над их воспитанием, обучением, поведением и развитием. Сбором сведений о состоянии детей занимаются специалист по социальной работе и социальные работники.

Оказание этим семьям срочной актуальной помощи (социальной, юридической, психологической) помогает снять остроту проявления кризиса. Если же семья нуждается в длительном сопровождении, то оно осуществляется в соответствии с планом действий по выходу из кризиса (план реабилитации). План реабилитации разрабатывается представителями кризисных семей. Специалисты помогают откорректировать план, сделать его реальным и эффективным. В результате реализации плана должен быть достигнут тот уровень благополучия, который выбрала для себя сама семья. Обычно план реабилитации составляется на 6 месяцев и осуществляется семьей под руководством куратора.

Вовлеченность родителей в преодоление кризисной ситуации проводится в течение всего периода сопровождения и достигается благодаря проведению бесед и тренингов по их мотивированию на изменение жизненной ситуации, занятий по повышению родительских и социальных компетенций, участию в совместных с детьми арт-терапевтических занятиях, сюжетно-ролевых играх и сказкотерапии.

Стабилизация эмоционально-психологического состояния детей достигается за счет быстрого удовлетворения базовых социально-бытовых нужд ребенка, особенно в момент первичного поступления ребенка в отделение больницы, а также за счет индивидуальных и коррекционно-развивающих занятия специалистов Практики и участия в творческих мероприятиях и играх (иногда совместно с родителями).

Повышение уровня образованности и социально-личностного развития детей происходит благодаря проведению мероприятий:

- подготовка к школе и восполнение пробелов школьной программы;
- сюжетно-ролевые игры для младших детей по освоению социально-бытовых навыков, а для подростков – тренинги по развитию навыков коммуникации, стабилизации эмоционально психологического состояния, личностного роста;
- арт-терапия;
- индивидуальные психологические консультации для помощи детям и подросткам по личным вопросам, которые их волнуют.

Результаты применения Практики в стационарных условиях показывают достаточно высокую степень преодоления синдрома госпитализма, чтобы большинство детей после завершения длительного стационарного лечения успешно включились в образовательную среду и социум. Если семья с ребенком нуждается в продолжении социального сопровождения, то она поступает в Реабилитационный центр организации.

3. Социальное сопровождение семей с детьми на примере работы Реабилитационного центра «Китеж-град»

После длительного лечения от ТБ в стационарах Санкт-Петербурга дети и подростки из социально-неблагополучных условий проживания поступают в Реабилитационный Центр «Китеж-град» для прохождения курса реабилитации и ре-интеграции по письменному заявлению их законных представителей. Центр создан Санкт-Петербургской общественной благотворительной организацией «Общество Свт. Иоасафа» как структурное подразделение в пределах штатного расписания. Решение о приёме детей и их семей для участия в

реабилитационной программе Центра «Китеж-град» принимает Совет Организации на основе рекомендаций постоянно действующей в рамках организации комиссии по социально-психологической помощи семье и детям.

В основном, это семьи, находящиеся в трудной жизненной ситуации, на ранней стадии семейного неблагополучия или в социально-опасном положении, взятые на сопровождения в период пребывания ребенка в больнице.

Занятия в Реабилитационном Центре «Китеж-град» проводятся для детей и их семей по субботам в полустационарном режиме.

При сопровождении семей специалисты сталкиваются с трудностями формирования заинтересованности у родителей на изменение ситуации в семье, и даже просто, на участие в групповых и индивидуальных занятиях. Сопровождение каждой семьи курируется специалистом Практики.

Индивидуальная работа куратора с семьей включает в себя:

- диагностика семейной ситуации и выявление причин неблагополучия;
- составление и согласование плана реабилитации с семьей;
- представление информации о семье на комиссии;
- координация выполнения плана реабилитации всеми сторонами;
- мониторинг ситуации в семье.

Групповые занятия с родителями проходят по программе «Школа осознанного родительства» с периодичностью 1-2 раза в месяц. Группы – непостоянные, состав участников может меняться от занятия к занятию. Поэтому тема занятия выбирается в соответствии с запросами родителей или известными специалистам проблемами семей. Задачами групповых занятий являются как повышение родительской компетентности и формирование культуры ответственного родительства, также и снижение уровня конфликтности в семьях и формирование навыков конструктивного взаимодействия.

Для всех детей, поступающих в Центр, проводятся:

Социальная диагностика направлена на анализ социальной среды и разработку индивидуального плана социального сопровождения ребенка с учётом его психологических особенностей развития, медицинских показаний, особенностей семьи и т. п.

Психологическая диагностика посвящена изучению личностных особенностей детей, уровня психического развития, степени развития социальной компетентности. По результатам тестирования психолог составляет психологический портрет воспитанника и даёт сотрудникам Центра рекомендации по взаимодействию с ним.

Индивидуальные и групповые занятия с психологом направлены на улучшение психоэмоционального состояния детей, повышение уровня развития, навыков, эмоционального интеллекта, в том числе эмпатии и знаний о своих эмоциях. Индивидуальные занятия каждого ребенка с психологом необходимы для разрешения конкретных и актуальных детских проблем: конфликты между сиблингами, возрастные страхи и др. В них чаще всего используется арт-терапия с привычными ребенку материалами. Групповые занятия включают в себя элементы тренингов, где дети в безопасной обстановке разыгрывают сцены из сказок или реальные жизненные ситуации, в которые может попасть любой ребенок, чтобы закрепить эффективные модели поведения.

Профилактика социально-педагогической запущенности включает в себя еженедельные занятия по подготовке к школе и восполнению пробелов в образовании по индивидуальным маршрутам, по привитию детям навыков: обще-учебных, социально-бытовых, безопасного поведения, коммуникативности, психологической стабильности. Занятия проводятся с интенсивным использованием методов арт-терапии, в игровой и развлекательной форме.

4. Роль социокультурных методов в реабилитации детей, имеющих синдром госпитализма, с акцентом на улучшение детско-родительских отношений

После долгого пребывания в больнице, где дети сильно ограничены в свободе перемещения и вариантах досуга, остро встает вопрос не только мотивации этих детей к дальнейшей деятельности. За время лечения дети отвыкают общаться с родными, родители теряют с ними контакт, перестают быть авторитетами.

Одним из мощных методов, способствующих как объединению семей и их укреплению, так и улучшению психосоциальной реабилитации детей, является арт-терапия. Занятия по арт-терапии раскрывают творческий потенциал каждого ребенка, а когда к ним подключаются родители, то процесс становится полезным для обеих сторон. Изготовление поделок из различных материалов, песочная терапия с использованием цветного песка, лепка из пластилина и глины, рисование акварелью – позволяют родителям увидеть своего ребенка с новой стороны, положительно оценить его креативность и выражение себя в творчестве.

Посещение любых культурных мероприятий, например, кукольных спектаклей, также меняет детско-родительские отношения в лучшую сторону. Наблюдая эмоции ребенка во время представления, родитель сам вовлекается в действие и разделяет с ним радость и впечатления. При этом спектакли ненавязчиво выполняют и воспитательную функцию, закладывая у детей позитивные модели поведения.

Особую роль в укреплении отношений в семье часто играет участие в создании мультфильмов. Родители и дети проходят весь процесс вместе: придумывают персонажей, рисуют их, проводят съемки с помощью специалиста, озвучивают героев. А потом видят результат общей работы на экране. И могут увидеть его еще много раз. То есть у семей остается не только память о моментах совместного творчества, но и доказательства его, которым всегда можно поделиться со знакомыми, испытывая гордость за своего ребенка. Подробное описание методов мульт-терапии, применяемых в инклюзии детей с ОВЗ, представлены в статье [2].

5. Позитивные изменения в жизни детей, прошедших длительное стационарное лечение от ТБ, и их семей благодаря применению практики «Детство в больнице»

В результате применения практики «Детство в больнице» у детей, прошедших длительное лечение от ТБ в стационарных условиях и последующую социальную реабилитацию в РЦ «Китеж-град», и их родителей наблюдаются следующие позитивные изменения:

1. Повышение уровня благополучия их семей;
2. Улучшение детско-родительских отношений в семьях с детьми с ТБ;
3. Стабилизация эмоционально психологического состояния детей с ТБ;
4. Повышение уровня образованности и социально личностного развития детей с ТБ;
5. Готовность детей к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ.

Уровень благополучия семей повышается в первую очередь благодаря раннему выявлению признаков кризиса у семей, чьи дети поступили на лечение в ТБ отделение больницы, и оказанию семьям срочной помощи в соответствии с выявленными нуждами. Так в 2019-2020 годах был проведен скрининг более 400 детей, в результате которого выявлено около 100 детей, чьи семьи имеют признаки социального неблагополучия в явной или в скрытой форме. Срочная помощь была оказана всем этим семьям (консультации социально психологического и юридического характера, материальная помощь), что помогло снять

остроту кризиса. Часть семей были взяты на длительное социальное сопровождение базового уровня до восстановления способности семьи самостоятельно обеспечивать базовые потребности ребенка и соблюдение его прав. Базовое сопровождение, как правило, длится от 6 до 12 месяцев. Если ситуация в семье требует юридического сопровождения и более пристального внимания специалистов, то социальное сопровождение семьи осуществляется по «Технологии ведения случая». За обозначенный период времени было открыто 8 «случаев» и успешно разрешено 7.

Главным образом, родители видят необходимость и полезность оказываемой им помощи, особенно, если она направлена на детей. Но всегда есть часть родителей, действия которых устремлены только на получение материальной помощи, что происходит из-за сформированной у них иждивенческой установки или позиции «жертвы». В редких случаях родители испытывают фрустрацию, если не происходит быстрое улучшение качества жизни семьи после использования ресурсов Практики. Во всех подобных ситуациях специалисты ведут разъяснительную работу с родителями, корректируя их поведение. Один раз помощь семье даже была приостановлена, когда после частичного разрешения проблем родители отказались следовать реабилитационному плану.

Улучшение детско-родительских отношений было отмечено в 70-80% семей. Достижение столь высокого результата мы объясняем эффективностью проведения раздельной и совместной работы с детьми и их родителями в индивидуальном и групповом формате с использованием социокультурных методов Практики.

Уровень образованности повышается практически у всех детей, так как занятия проводятся индивидуально и в малых группах с учетом актуального уровня знаний, что позволяет выявить и восполнить пробелы образования. Вследствие этого дети чувствуют себя увереннее, активнее проявляют себя на занятиях, пробуют себя в новых видах деятельности, у них появляются разнообразные увлечения.

Социально-личностное развитие детей с ТБ происходит весьма успешно благодаря созданию в отделении доверительной творческой обстановки, что приводит к заинтересованному участию детей в арт-терапии, подготовке и проведении праздников вместе с родителями, а также к участию в индивидуальных психологических консультациях по личным вопросам, которые их волнуют. Для подростков проводятся тренинги по развитию навыков коммуникации, стабилизации и развитию эмоционально психологической сферы, личностного роста, что позволяет им успешно адаптироваться к домашней и школьной обстановке после выписки.

По результатам действия Практики был оценен долгосрочный интегральный результат — готовность детей к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения. Этот результат оценивался по степени достижения всех ключевых показателей Практики. В случае 4х положительных результатов мы говорим о высокой готовности, 3х результатов - достаточной. В отношении 2х результатов тоже можно говорить о готовности, но только базовой, например, повышение благосостояния семьи и улучшение детско-родительских отношений может быть хорошей почвой для включения в социум, но пока ещё не может полностью гарантировать высокую готовность. Таким образом было выявлено, что у 20 % детей, завершивших лечение в больнице в 2019-2020 годах, сформирована высокая степень готовности к включению в социум и образовательную среду.

Это означает, что после окончания лечения в течение первого года ребенок осваивается в жизни дома: возвращается в школу/детский сад, начинает посещать кружки и/или дополнительные занятия. Ребенок справляется с образовательной нагрузкой, завел новых друзей и/или возобновил общение со старыми. Его коммуникативные навыки после пребывания в больнице не только не пострадали, а стали лучше – ребенок знает, как налаживать контакт со сверстниками и умеет справляться с конфликтными ситуациями. В адаптации ему помогают родители, прошедшие обучение в Практике. Благодаря изменениям в детско-родительских отношениях ребенок ощущает поддержку и принятие своей семьей, что позволяет ему чувствовать себя увереннее и переносить этот позитивный опыт на другие сферы своей жизни. Например, выбрать после окончания школы то учебное заведение, в котором ему будет действительно интересно продолжить образование. Информация о состоянии ребенка и его семьи была получена на основании бесед по телефону, общению в мессенджерах и при личных встречах с ребенком и/или членами его семьи.

Заключение

Таким образом, комплексное психосоциальное сопровождение детей ОВЗ и их семей способствует не только профилактике синдрома госпитализма у детей, но и стабилизации эмоционального состояния всех членов семьи, закреплению конструктивных жизненных навыков у родителей и укреплению семейных отношений в целом. Для достижения этих результатов важным является оказание психосоциальной помощи детям и семьям на всех этапах длительного лечения туберкулёза — при нахождении ребёнка в стационаре, санатории и после выписки из медицинских учреждений. Комплексность сопровождения включает в себя различные методы: психологическая и социальная диагностика семьи и ребёнка на начальном этапе сопровождения, использование различных видов социальной поддержки, индивидуального и группового психологического консультирования, социокультурных

методов работы с акцентом на арт-терапию не только с детьми, но и с активным привлечением родителей.

Литература

1. Исаев, Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. / Д.Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2004. — 384с.
2. Изотова М. Х. А. А. Румянцев Мульти-терапия как средство инклюзии детей и молодежи с ОВЗ — Электронный журнал «Практика социальной работы. Открытый методический ресурс»: сетевое издание, 2020, № 3 / СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья» URL: <http://xn--e1aavcpgf3a5d4a.xn--p1ai/taxonomy/term/248>
3. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. /Авиценум, Медицинское издательство, Прага, 1984.- 334 стр.