

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В.ЛОМОНОСОВА

На правах рукописи



Киселева Мария Георгиевна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ
МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
В ПЕРИОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

19.00.04 - Медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Москва – 2017

Работа выполнена на кафедре методологии психологии факультета психологии
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Московский государственный университет имени
М.В.Ломоносова»

Официальные оппоненты:

Щелкова Ольга Юрьевна – доктор психологических наук, профессор;
профессор с возложенным исполнением
обязанностей заведующего кафедрой
медицинской психологии и психофизиологии
факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-
Петербургский государственный университет»;

Ковязина Мария Станиславовна – доктор психологических наук, доцент,
член-корреспондент РАО; профессор,
исполняющий обязанности заведующего
лабораторией нейропсихологии факультета
психологии ФГБОУ ВО «Московский
государственный университет имени
М.В.Ломоносова»;

Спиваковская Алла Семеновна - доктор психологических наук, профессор;
профессор кафедры нейро- и патопсихологии
факультета психологии ФГБОУ ВО
«Московский государственный университет
имени М.В.Ломоносова».

Защита диссертации состоится «02» марта 2018 г. в 15.00 на заседании
диссертационного совета МГУ.19.01 ФГБОУ ВО «Московский государственный
университет имени М.В.Ломоносова» по адресу: 125009, г. Москва, ул. Моховая,
д. 11, стр. 9, аудитория 102.

E-mail: us@psy.msu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в отделе диссертаций научной библиотеки
МГУ имени М.В.Ломоносова (Ломоносовский просп., д. 27), на сайте ИАС
«ИСТИНА» (<https://istina.msu.ru/dissertations/90342959/>) и на сайте Научно-
консультативного совета РПО и РАО (<http://psy-science-council.ru/dissertaions/>).

Автореферат разослан 28 декабря 2017 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета МГУ.19.01,
кандидат психологических наук



А.А. Кисельников

Введение

Частота врожденных пороков сердца (ВПС) не имеет тенденции к снижению и составляет 8 случаев на 1000 живорожденных детей (Бокерия, 2016). Стремительное развитие медицины позволяет существенно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни детей с ВПС за счет кардиохирургических вмешательств в младенческом и раннем возрасте. При этом, несмотря на высокий клинический эффект кардиохирургического лечения, более половины детей с ВПС имеют низкие показатели психологической адаптации, а более 80% - задержки в психическом развитии (Davis et al., 1998; Re et al, 2002; Wray et al, 2004; Bevilacqua et al, 2013; Coelho et al, 2013; Muscara et al, 2015; Киселева, 2016), что делает крайне актуальным введение этапа психологической реабилитации детей с ВПС в общий лечебно-реабилитационный процесс.

ВПС у ребенка младенческого и раннего возраста сужает пространство возможностей его деятельности, создает дефицитарные условия для его развития, то есть качественно изменяет социальную ситуацию развития. Особенности развития детей с ВПС младенческого и раннего возраста включают в себя специфику болезни, ее возможные последствия, необходимость пребывания в стационаре, медицинские процедуры, разлучение с матерью на период лечения, ограничения жизнедеятельности, искаженные интерперсональные взаимоотношения. Развитие детей с ВПС младенческого и раннего возраста характеризуется изменениями протекания биологических процессов (например, гипоксия, связанная с ВПС); противоречивостью детско-родительского взаимодействия (например, тревога родителей за состояние здоровья ребенка с ВПС и низкий уровень чуткости к его эмоциональным потребностям; изменение эскиза будущего у родителей детей с ВПС (будущее кажется неопределенным); специфика роли ребенка с ВПС в семейных отношениях (несоответствие состояния здоровья и возможностей ребенка с ВПС преморбидным ожиданиям родителей)).

Инвалидизирующее заболевание, к которому относится ВПС, часто является причиной нарушения психического развития ребенка (соматогенная задержка развития), в том числе оказывает негативное влияние на развитие его эмоциональной сферы (Лебединский, 1985). Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности ребенка с ВПС. При этом немаловажный вклад в нарушение психического развития ребенка с ВПС вносит особый режим ухода, который обеспечивает лицо, ухаживающее за ребенком (мать).

Чуткий, адекватный возрастным потребностям уход за ребенком с ВПС младенческого и раннего возраста способствует компенсации имеющихся

дефектов и, напротив, нарушенные детско-родительские отношения лишь усугубляют имеющееся недоразвитие психических функций ребенка с ВПС. Известно, что от 30% до 80% родителей испытывают сильный дистресс, связанный с обнаружением ВПС у их ребенка, который чаще всего выражается в повышенном/высоком уровне депрессии, тревоги, соматизации, чувстве безнадежности и беспомощности, развитии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Kolaitis, Meetken, Utens, 2017). В таком состоянии родителям не всегда удается сохранять столь необходимую их детям с ВПС эмоциональную доступность и чуткость, которая является важным фактором нормального развития детей в младенческом и раннем возрасте.

Одним из важнейших параметров дизонтогенеза является время поражения. Известно, что младенческий и ранний возраст (от 0 до 3-х лет) является сензитивным периодом, то есть периодом наибольшей уязвимости к вредным воздействиям среды. При этом, в отечественной и зарубежной психологической науке уделено несправедливо мало внимания роли серьезной болезни, к которой относится ВПС, в дизонтогенезе детей данного возраста.

Таким образом, актуальной задачей представляется выработка и апробация единых критериев диагностики психического функционирования и нарушений у детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения; разработка и апробация программы психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения с включением в этот процесс ухаживающих за ребенком лиц. Современные исследования показывают, что психотерапевтические вмешательства на раннем этапе развития имеют большое значение для предотвращения трудностей в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах в будущем (Cohen, 1999, Carter, 2000; Spinrad, Stifter, 2006; Lieberman et al., 2007).

Цель исследования – разработка научно обоснованной теоретической модели и практической программы психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Объект исследования – психологическая реабилитация детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Предмет исследования – мишени психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Гипотезы исследования:

1. ВПС у детей младенческого и раннего возраста может приводить к негативным изменениям в функционировании семьи, а именно: к коммуникативным нарушениям, снижению семейной сплоченности, снижению социального функционирования, ухудшению

эмоционального фона у родителей, снижению качества детско-родительского взаимодействия.

Негативные изменения в функционировании семьи являются фактором нарушений психического развития ребенка с ВПС младенческого и раннего возраста (особенно его эмоционального развития).

2. Неблагоприятное эмоциональное состояние ухаживающего лица негативно влияет на психическое развитие и функционирование ребенка с ВПС младенческого и раннего возраста.
3. Предложенная программа психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения является эффективной, так как способствует улучшению эмоционального состояния матерей, семейного функционирования, качества детско-родительского взаимодействия.
4. Предложенная программа психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения является эффективной для восстановления нарушенных параметров психического развития детей младенческого и раннего возраста.

Задачи исследования

1. Анализ теорий развития детей младенческого и раннего возраста; возможностей использования психокоррекционных и психотерапевтических техник при работе с детьми младенческого и раннего возраста, а также членов их семей; роли хронического заболевания, в частности ВПС, в дизонтогенезе детей младенческого и раннего возраста, психологической адаптации семьи к обнаруженному у ребенка ВПС.
2. Проведение исследования эмоционального состояния, копинг-стратегий, отношения к болезни, характера детско-родительского взаимодействия, характера семейного функционирования матерей детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.
3. Проведение исследования уровня психического развития детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.
4. Изучение связи эмоционального состояния матери и уровня психического функционирования детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.
5. Определение мишеней психологического воздействия для эффективной психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

6. Разработка теоретической модели системы психологической реабилитации и практической программы психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.
7. Апробация и оценка эффективности предложенной программы психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Методологической основой исследования являются: постнеклассический подход, характеризующийся представлением об объекте как саморегулирующейся и развивающейся системе (Степин, 2011; Зинченко, 2012); культурно-историческая концепция развития психики (Выготский Л.С., 1931; Гальперин, 1959, 1966; Лурия А.Р., 1969; Эльконин, 1960, 1989; Леонтьев А.Н., 1975, 1981; Лисина, 1980, 1983, 1997); теория деятельности (Леонтьев А.Н., 1972); концепции психологии телесности (Николаева, 1987, 1991, 1995, 2003, 2004; Тхостов, 1990, 1993, 1994, 2002, 2003; Арина, 1990, 1993, 2003, 2004); концепции внутренней картины болезни (Лурия, 1944; Личко, Иванов, 1980; Вассерман, 1987; Николаева, 1987, 1990, 1991, 1993, 1994, 2003, 2004; Тхостов, 1990, 2002; Арина, 2002); положение отечественной патопсихологии о единстве механизмов психического развития, действующих как в норме, так и в патологии (Зейгарник, 1948, 1962; Братусь, 1974, 1986; Соколова, 1976); психоаналитические теории развития (Тайсон, Тайсон, 2006; Фрейд, 2011), в частности, теория объектных отношений (Winnicott, 1953, 1960, 1965, 1988; Stern, 1985, 1991; Шпиц, Коблинер, 2006; Малер, Пайн, Баргман, 2011; Кляйн, 2011; Винникот, 2015); теория привязанности (Ainsworth, Blehar, Stayton, 1971; Main, Solomon, 1986; Мухамедрахимов, 1998, 1999, 2007; Боулби, 2003; McElwain, Booth-Laforce, 2006); теории семейной системной терапии (Ashby, 1959; Palazzoli, 1983; Черников, 1997; Минухин, Фишман, 1998; Вацлавик, Бивин, Джексон, 2000; Варга, 2001 и др.); теория работы горя (Klein, 1940; Bowlby, 1960, 1980; Eisenbruch, 1984; Bloch, 1991, 1994; Byng-Hall, 1991; Kissan, 1994; Фрейд, 1998; Steinglass, 2000; Weihs, Reiss, 2000; Кюблер-Рос, 2001; Worden, 2002; Волкан, 2007; Сидорова, 2010 и др.).

Эмпирический аппарат исследования составили методики: 1) клиническая беседа, разработанная автором; 2) опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман, Иовлев, Карпова, Вукс, 2005); 3) шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D) (Андрющенко, Дробижев, Добровольская, 2003); 4) методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина; 5) методика самооценки Дембо-Рубинштейн; 6) «Опросник совладания со стрессом» (COPE) К. Карвер, М. Шейер, Дж. Вейнрауб, в обработке Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой (Рассказова, Гордеева, Осин, 2013); 7) «Опросник детско-родительского эмоционального

взаимодействия» (ОДРЭВ) (Захарова, 1966; 2002); 8) «Диагностика психического развития детей от рождения до 3-х лет», разработанная Смирновой Е.А., Галигузовой Л.Н., Ермоловой Т.В., Мещеряковой С.Ю. (Смирнова, 2005); 9) «Диагностика нервно-психического развития» (ДНПР) (Пантюхина, Печора, Фрухт, 1983); 10) «The Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers» (DECA) (Devereux Early Childhood Assessment (Deca) Infant And Toddler Program, 2012) – «Деверская шкала оценки развития детей младенческого и раннего возраста»; 11) Шкала оценки реакции детей младенческого и раннего возраста на разлуку с матерью в связи с хирургическим лечением, (Bowlby J., 1959, 1960, 1973); 12) анализ истории болезни ребенка и беседа с лечащим врачом.

Экспериментальная база исследования. Исследование проведено в 2013-2017 гг. в ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева» Минздрава России (НМИЦ ССХ им. А.Н.Бакулева, директор – доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, академик РАН Л.А. Бокерия) в следующих отделениях: Отделение экстренной хирургии новорожденных (ОЭХН), Отделение хирургии детей раннего возраста (ДРВ), Отделение хирургии врожденных пороков сердца (ВПС), Отделение хирургического лечения интерактивной патологии (ОХЛИП), Первое педиатрическое отделение Реабилитационного центра для детей с врожденными пороками сердца.

Всего в исследовании приняли участие 1380 человек - 690 диад (ребенок младенческого и раннего возраста с врожденным пороком сердца в период хирургического лечения и ухаживающее за ним лицо – мать). Все дети имели сложные врожденные пороки сердца, требующие раннего и часто неоднократного хирургического лечения, негативно сказывающиеся на качестве жизни детей. В 100% случаев пациентам проводилась открытая операция на сердце.

Исследование включало в себя два этапа. На первом этапе исследование проходило по следующим направлениям: эмоциональное состояние матерей детей с ВПС в период хирургического лечения; представление матери о болезни ребенка; оценка стратегий совладания у матерей детей с ВПС; оценка уровня развития детей младенческого и раннего возраста с ВПС в период хирургического лечения; анализ связи характера эмоционального состояния матери с уровнем психического развития ребенка.

Первая клиническая группа состоит из 233 диад, в которую вошли дети с ВПС первого года жизни на стадии хирургического лечения и их матери. Средний возраст детей составил $6,61 \pm 2,22$ месяца (минимальный возраст – 3 месяца, максимальный возраст 9 месяцев), из них 24,1% девочки. Средний

период госпитализации составил 24 дня, средний период нахождения в блоке интенсивной терапии без матери – 8 дней.

Средний возраст матерей в данной группе составил $29,81 \pm 3,86$ лет. 80% матерей на момент исследования находились в декретном отпуске; 20% - продолжали работать. 98% матерей состоят в официальном браке.

Во *вторую клиническую группу* вошло 84 диады: матери и дети с ВПС второго года жизни, проходившие хирургическое лечение в стационаре; средний возраст пациентов составил $14,52 \pm 1,50$ месяцев; минимальный возраст – 12,50 месяцев, максимальный – 17,00 месяцев; среди пациентов 43,50% девочек. Средний период госпитализации составил 16 дней, средний период нахождения в блоке интенсивной терапии без матери – 4 дня.

В *третью клиническую группу* вошли 96 диад: матери и дети с ВПС третьего года жизни, проходившие хирургическое лечение в стационаре; средний возраст пациентов составил $28,52 \pm 1,60$ месяцев; минимальный возраст 24,50 месяцев, максимальный – 30,00 месяцев; среди пациентов 46,40% девочек. Средний период госпитализации – 14 дней, средний период нахождения в блоке интенсивной терапии без матери – 3 дня.

Контрольная группа состоит из 90 диад: дети без психической и физической патологии, без хирургической операции в анамнезе на момент исследования в возрасте от 1 до 30 месяцев (36,7% - девочки) и их матери.

На втором этапе исследования оценивалась эффективность предложенной программы психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста с ВПС в период хирургического лечения.

Первая клиническая группа состоит из 95 диад (190 чел.), в которую вошли дети с ВПС первого года жизни на стадии хирургического лечения и их матери. Средний возраст детей составил $6,21 \pm 1,02$ месяца (минимальный возраст – 4 месяца, максимальный возраст – 7 месяцев), из них 29,45% девочки.

Для оценки эффективности предложенной программы психологической реабилитации из диад первой клинической группы сформированы 2 группы:

- экспериментальная группа – 65 диад, согласившиеся на исследование и участвовавшие в программе психологической реабилитации;
- контрольная группа – 30 диад, согласившиеся на исследование, но не участвовавшие в программе психологической реабилитации.

Во *вторую клиническую группу* вошло 120 человек – 60 диад: матери и дети с ВПС раннего возраста, проходившие хирургическое лечение в стационаре; средний возраст пациентов составил $20,25 \pm 3,50$ месяцев; минимальный возраст 14,50 месяцев, максимальный – 28,00 месяцев; среди пациентов 48,50% девочек. Для оценки эффективности предложенной программы психологической реабилитации из диад первой клинической группы сформированы 2 группы:

- экспериментальная группа – 30 диад, согласившиеся на исследование и участвовавшие в программе психологической реабилитации;
- контрольная группа – 30 диад, согласившиеся на исследование, но не участвовавшие в программе психологической реабилитации.

Научная новизна исследования

Впервые построена теоретическая модель системы психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения и разработана и апробирована практическая программа психологической реабилитации, основанная на интегративном подходе, который подразумевает использование техник, свойственных разным психотерапевтическим направлениям, а именно: системная семейная терапия; краткосрочная терапия, направленная на решение; клиент-центрированная терапия; экзистенциальная терапия; арт-терапия; семейная психотерапия горя; психотерапия детско-родительских отношений.

Впервые проведено комплексное психологическое исследование детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения с целью диагностики уровня их психического развития для определения адекватных мишеней психологического воздействия.

Получены новые данные об уровне развития детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения и его динамике в периоперационном периоде.

Впервые описаны реакции детей с ВПС младенческого и раннего возраста на разлучение с матерью на период хирургического лечения.

Рассмотрены особенности эмоционального состояния матерей детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения с целью определения адекватных мишеней психологического воздействия. Впервые описаны особенности копинг-стратегий, типы отношения к болезни ребенка у матерей детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Выявлены особенности детско-родительского взаимодействия в семьях с ребенком с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Впервые описаны особенности работы горя у матерей детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Получены новые данные о выраженности тревоги и депрессии у матерей детей с ВПС в период хирургического лечения и их динамике в периоперационный период, а также о степени влияния этих факторов на психическое развитие детей с ВПС младенческого и раннего возраста.

Впервые определены мишени психологической реабилитации для повышения эффективности лечебно-реабилитационного процесса в периоперационный период детей с ВПС младенческого и раннего возраста.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что полученные в исследовании данные обогащают научные представления о развитии детей младенческого и раннего возраста; имеют значение для таких областей научного знания, как возрастная психология, коррекционная психология, клиническая психология, психология телесности, психосоматика. Результаты исследования вносят вклад в изучение роли психологического состояния ухаживающего лица в развитии ребенка младенческого и раннего возраста.

Практическое значение работы состоит в том, что полученные в результате исследования данные являются научным обоснованием для построения медико-психологических разделов программ реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста, нуждающихся в кардиохирургическом лечении. Положения и выводы работы могут использоваться в практической работе медицинских психологов в кардиохирургических учреждениях, позволяя индивидуализировать подход к оказанию психологической помощи детям с ВПС младенческого и раннего возраста в периоперационном периоде. Полученные результаты могут использоваться в учебных курсах «Клиническая психология», «Возрастная психология» в системе образования клинических психологов. На основании полученных данных разработаны «Научно-методические основания клинических рекомендаций для психологического сопровождения семей, имеющих ребенка с врожденным пороком сердца младенческого и раннего возраста».

Достоверность и надежность результатов обеспечена репрезентативностью выборки испытуемых, применением научно-обоснованных методов психологического исследования, корректной и адекватной обработкой полученных данных с помощью методов математико-статистической обработки данных (t-критерий, корреляционный анализ, регрессионный анализ и дисперсионный анализ со смешанными эффектами при повторных измерениях). Анализ клинических данных проводился с помощью стандартных методов статистики с использованием программных продуктов IBM SPSS for Mac OS, version 19.

Положения, выносимые на защиту:

1. Наличие врожденного порока сердца у ребенка младенческого и раннего возраста отрицательно сказывается на эмоциональном состоянии его матери; вносит негативные изменения в функционирование его семьи.
2. Неблагоприятное эмоциональное состояние матери ребенка с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения негативно

сказывается на детско-родительском взаимодействии, что, в свою очередь, наряду с биологическими факторами, может негативно влиять на психическое функционирование ребенка.

3. Построенная на основе разработанной теоретической модели практическая программа психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста, в основе которой лежит интегративный подход, подразумевающий использование техник, свойственных разным психотерапевтическим направлениям, а именно: системная семейная терапия; краткосрочная терапия, направленная на решение; клиент-центрированная терапия; экзистенциальная терапия; арт-терапия; семейная психотерапия горя; психотерапия детско-родительских отношений, является клинически эффективной, так как способствует улучшению эмоционального состояния матери, параметров детско-родительского взаимодействия, семейного функционирования, показателей психического функционирования детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

Апробация результатов работы. Основные положения и результаты исследования представлены на XX Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (г. Москва, 2014); XXI Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (г. Москва, 2015); XXII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (г. Москва, 2016); на Научно-практической конференции «Искусство-наука-медицина: феномен арт-терапии» (г. Москва, 2014); на 10-ой ежегодной научно-практической конференции Центра Практической психологии образования «Скрытые проблемы особых детей» (г. Москва, 2015 г.).

Описанная в работе программа психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста с врожденным пороком сердца эффективно используется в Реабилитационном центре для детей с врожденными пороками сердца Научного медицинского центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева.

Теоретические данные, полученные в исследовании, используются в учебном курсе «Психологическое сопровождение лечебного и реабилитационного процесса» (МГУ имени М.В.Ломоносова, 2015-2016 гг.); «Профессиональная супервизия по биопсихосоциальной концептуализации клинического случая» (МГУ имени М.В.Ломоносова 2017 г.); в курсе «Практические дисциплины» (психологическое сопровождение родителей, имеющих ребенка с врожденным пороком сердца на этапе реабилитации) в Частном Учреждении Дополнительного Профессионального Образования «Центр Системной Семейной Терапии» (ЧУ ДПО ЦССТ) (2013-2017 гг.).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, списка литературы (982 источника, из них 725 на

иностранном языке), 17 приложений. Общий объем работы – 534 с.

Глава 1 «Ребенок с врожденным пороком сердца в семейной системе» посвящена описанию основных видов врожденных пороков сердца, способах их лечения, а также эффектов их влияния на качество функционирования семьи.

Наиболее распространенными врожденными пороками сердца, которые составляют 66% всех пороков, являются: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП); открытый артериальный проток (АОТ); транспозиция магистральных артерий; дефект межпредсердной перегородки (ДМПП); тетрада Фалло, коарктация аорты. Сюда также относят сводную группу стеноза и атрезии легочной артерии (Бокерия, 2016). Современные возможности лечения ВПС весьма велики и представляют собой, в основном, хирургическое лечение, которое чаще всего происходит в младенческом и раннем возрасте.

В 2013 году в России хирургическое лечение ВПС было проведено 12544 пациентам в возрасте до 17 лет, что составило 86,1% от числа всех возрастных групп. При этом дети с ВПС до года стали самой многочисленной группой – 47% от числа оперированных детей с данной патологией в 2013 году (Бокерия, 2015).

Стресс является закономерной реакцией родителей на тяжелое заболевание ребенка; степень его проявления зависит от многих факторов: тяжести заболевания, возраста, предшествующих психологических травм (Davis et al, 1998; Re et al, 2002; Wray et al, 2004; Coelho et al, 2013; Bevilacqua et al, 2013; Muscara et al, 2015). Характер стресса родителей при обнаружении у ребенка врожденного порока сердца имеет ряд особенностей. Так, даже после удачного хирургического лечения врожденного порока сердца, источник стресса (болезнь) не исчезает полностью и требует постоянного наблюдения, вызывая не исчезающую до конца тревогу и страх рецидива – эффект «дамоклова меча» (Menahem et al, 2008, Hearps et al, 2014; Landolt et al, 2014; Drakouli et al, 2015).

Для изучения семьи ребенка с тяжелым хроническим заболеванием часто используется системный подход, который позволяет увидеть и учесть сложную систему взаимоотношений между ребенком, его семьей и медицинским персоналом.

Семья понимается как система, обладающая своей структурой, динамикой и реализующая совокупность функций, удовлетворяющих потребности ее членов, что в целом соответствует пониманию семьи в системном подходе (Варга, 2001). Под влиянием стрессора, в данном случае – врожденный порок сердца у ребенка – происходят системные изменения в семье, которые не могут не оказывать влияние на социальную ситуацию развития больного ребенка. Под воздействием

стресса, связанного с болезнью ребенка, взаимодействие в семье характеризуется, прежде всего, нестабильностью.

Для обеспечения лучшей адаптации ребенка к болезни важно понимать, какие факторы являются для него наиболее травмирующими. С одной стороны, это то, что непосредственно связано с процессом лечения: боль, побочные эффекты терапии. С другой – это факторы, определяемые той социальной ситуацией, в которой оказывается больной ребенок. Исследования показали, что именно эти факторы являются основным источником психологических проблем у детей младенческого и раннего возраста с ВПС. Ограничение активности, отрыв от семьи, изоляция имеют регрессивные последствия для ребенка (Соколова, Николаева, 1995; Davis et al., 1998; Re et al., 2002; Wray et al., 2004; Bonner, 2007, Dolgin, 2007; Coelho et al., 2013; Bevilacqua et al., 2013; Muscara et al., 2015).

В исследованиях J. Robertson описаны реакции детей младенческого и раннего возраста на временную разлуку с матерью в стационаре было показано, что при госпитализации ребенка раннего возраста с матерью, при условии ее присутствия при лечебных манипуляциях, психологический ущерб от госпитализации сводился к минимуму. И напротив, дети раннего возраста, оказавшиеся в стационаре без материнской поддержки, испытывали сильный дистресс, преодолеть который не удавалось и при возвращении ребенка домой (Robertson, 2010).

Большое значение имеет отношение к болезни родителей, которые часто испытывают чувство вины за поставленный диагноз и чувство собственной беспомощности, которое способствует возникновению чувства безнадежности у ребенка. Различные варианты поведения родителей оказывают значительное воздействие на стиль поведения детей с тяжелыми соматическими заболеваниями (Соколова, Николаева, 1995; Климова, Фисун, 2009; Киселева, 2016).

Многочисленные зарубежные исследования показали, что обнаружение врожденного порока сердца у ребенка крайне неблагоприятно сказывается на психическом состоянии родителей. Было обнаружено, что от 30% до 80% родителей испытывали сильный дистресс, связанный с заболеванием ребенка, который чаще всего выражался в повышенном/высоком уровне депрессии, тревоги, соматизации, чувстве безнадежности и беспомощности, симптомах посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Kolaitis, Meetken, Utens, 2017). При том, что существует нормальная работа горя, многие родители развивают патологический ее вариант. Это связано со спецификой переживания горя родителями при угрозе жизни их ребенку. При оценке по шкалам «Депрессия», «Острая реакция на стресс» у родителей детей с ВПС раннего

возраста в предоперационный период обнаружена гендерная специфика: повышенный уровень депрессии выявлен у 45,7% матерей и 20,0% отцов; острая реакция на стресс – у 60,6% отцов и 81,8% матерей (Bevilacqua, Palatta, 2013).

В другом исследовании было показано, что в предоперационном периоде 16,4% матерей и 13,63% отцов детей с ВПС первого года жизни испытывали острую реакцию на стресс; а 15,7% матерей и 13,3 % отцов детей с ВПС имели ПТСР (Herflich, Latal, 2008). Так же показано, что более 40% матерей и отцов и более 50% детей с ВПС в возрасте от 0 до 12 лет нуждались в психологическом сопровождении в период хирургического лечения (Levert, Helbing, 2017).

В целом, большая часть родителей не могут самостоятельно справиться со стрессом, связанным с врожденными пороками сердца ребенка, и полностью адаптироваться к ситуации. Это обстоятельство отрицательно сказывается на качестве жизни семьи; ведет к пропуску плановых посещений врача, увеличению риска пропуска начала возможного рецидива. Сильно страдает и способность родителей выполнять свои функции; показано, что родители детей с ВПС более пессимистично относятся к своей родительской роли (Brosig, Mussatto, 2007). Таким образом, врожденный порок сердца ребенка следует рассматривать как комплексную проблему, которая требует не только физического лечения недуга, но и психологического сопровождения всех участников лечебного процесса.

Глава 2 «Закономерности психического развития детей младенческого и раннего возраста» посвящена описанию основных теорий развития детей указанного возраста, таких как: культурно-историческая концепция развития психики (Выготский Л.С., 1931; Гальперин, 1959, 1966; Эльконин, 1960, 1989; Лурия А.Р., 1969; Леонтьев, А.Н., 1975, 1981; Лисина, 1980, 1983, 1997); модель созревания (Gesell, Armatruda, 1947); социозэкологический подход У. Бронфенбреннера (Bronfenbrenner, 1979); модель «конвоя» (Antonucci, Kahn, 1980); модель конвергенции (Stern, Stern, 1911); темпераментные модели (Buss, Plomin, 1984, Rothbart, Bates, 1998); модель взаимодействия между генами и средой (Auerbach et al., 2001; Ebstein, 2002; Caspi et al., 2003; Fox et al., 2005; Kluger, Siegfried, Ghera, Hana, Malesa, 2006); психоаналитические теории развития (Тайсон, Тайсон, 2006; Фрейд, 2011), в частности, теория объектных отношений (Winnicott, 1953, 1960, 1965, 1988; Stern, 1985, 1991; Шпиц, Коблинер, 2006; Малер, Пайн, Баргман, 2011; Кляйн, 2011; Винникот, 2015); теория привязанности J. Bowlby (Ainthworth, Blehar, Stayton, 1971; Main, Solomon, 1986; Мухамедрахимов, 1994, 2007; Боулби, 2003; McElwain, Booth-Laforce, 2006); психосоциальная концепция развития личности, разработанная Е. Erikson (Эриксон, 2000) и др.

Многочисленные исследования подтвердили, что важнейшим фактором развития в младенческом возрасте являются взаимоотношения ребенка с матерью или замещающим ее лицом (мать). По мнению Л.С. Выготского, первый контакт ребенка с действительностью оказывается целиком и полностью социально опосредованным (Выготский, 2006). В первом полугодии жизни непосредственное эмоциональное общение со взрослыми является ведущей деятельностью детей и определяет развитие всех других видов деятельности, в частности познавательной (Лисина, 1974), а также аффективных процессов (Мещерякова, 1982) и первых манипулятивных действий (Лисина, 1997). По мере роста ребенка, соответственно характеру его действий перестраивается и его общение с окружающими людьми, а общение, в свою очередь, существенно влияет на ведущую деятельность детей.

Контекст родительской заботы играет важную роль в психическом развитии младенца и его ранней социально-эмоциональной компетенции. Многие исследования, начиная с новаторского наблюдения за поведением детей и родителей дома, которое проводила М. Ainsworth, указывают на то, что чуткость матери (например, тепло, настроенность на ребенка и принятие) является основным механизмом формирования привязанности у ребенка (Ainsworth et al., 1978). Важность роли чуткости матери, в частности, ее реакции на негативные эмоции ребенка, и других аспектов контекста детско-родительского взаимодействия в психическом развитии детей с тех пор подтверждена многими исследованиями (Божович, 1968; Мещерякова, 1975; Царегородцева, 1979; Бауэр, 1985; Баженова, Баз, Копыл, 1993; Батуев, Соколова, 1994; Мухамедрахимов, 1994, 2007; Баркан, 1999; Belski, Fearon, 2002; Atkinson et al., 2005; Cole et al., 2006; Calkins, Hill, 2007; Захарова, 2008; Бурменская, 2009; Васягина, 2011; Карабанова, 2012; Бриш, 2014; Реан, Баранов, Махмутова, 2016).

Негативным фактором в развитии детей младенческого и раннего возраста является материнская депрессия. Депрессивные симптомы осложняют материнство (Hammen, 1991), притупляя или замедляя реакцию матери на сигналы ее ребенка, либо провоцируя раздраженные или навязчивые реакции, не соответствующие сигналам ребенка (Weinberg et al., 2008). Мать, у которой депрессия притупила реакции, может отказываться взаимодействовать с ребенком или же общаться с ним реже и короче, реже прикасаться к малышу и менее внимательно реагировать на его сигналы. (Zeanah, Boris, Larrieu, 1997). У некоторых матерей реакции настолько отстают, что совсем не сочетаются с сигналами ребенка (Breznitz, Sherman, 1987; Bettes, 1988). Эта задержка реакции мешает матери регулировать плач младенца и учить ребенка младенческого и раннего возраста управлять своими действиями и справляться с гневом (Cicchetti

et al., 1997; Toth et al., 2006). Депрессивные симптомы притупляют проявления радости у матери и позитивную аффективность, а также аффективную доступность. Такие матери говорят с ребенком медленно и редко, монотонным голосом, что затрудняет языковое развитие, нарушает внимание, регуляцию эмоций и возбуждение у младенцев и детей раннего возраста. Депрессивные симптомы ведут к неспособности матери к игровому взаимодействию с младенцем и уменьшают ее возможности по вознаграждению ребенка младенческого и раннего возраста за правильное поведение. Некоторые матери, страдающие депрессивными симптомами, общаются со своими малышами раздраженно и навязчиво – в чрезмерно возбуждающей, авторитарной, но бессистемной манере. Раздражительность матери частично объясняется ее нереалистичными ожиданиями в отношении ребенка, наличием критических суждений в отношении его поведения и низким чувством удовлетворенности своей эффективностью как матери. У таких матерей не получается действовать в соответствии с сигналами, которые подает ребенок, из-за чего теряется ситуационное взаимодействие, которое требуется младенцу для развития. Иными словами, взаимодействие с ребенком в этом случае не способствует познанию и развитию регуляции поведения (Beardslee, Gladstone, 2001; Keren, Feldman, Tyano, 2001; Field, Diego, Hernandez-Reif, 2009; O’Hara, 2009).

Многочисленные исследования показали, что младенцы и дети раннего возраста остро реагируют на депрессивное состояние матери (Hay et al., 2001; Lyons-Ruth et al., 2002; Goodman, 2003; Huet et al., 2004; Mezulis, Hyde, Clark, 2004). Изначально младенец пытается протестовать, в надежде получить от матери эмоциональную реакцию, но со временем просто начинает компенсировать недостаток общения – у него появляются защитные механизмы, такие как отчуждение или повышенная активность, направленная на привлечение внимания. Эти механизмы, вместе с вмешательством матери, провоцируемым ее депрессивным состоянием, приводят к уменьшению стимуляции развития и в результате – к видимым изменениям в психическом функционировании ребенка (Moore, Cohn, Campbell, 2001; Bogat et al., 2006).

Младенцы, матери которых страдают от симптомов депрессии, реже смотрят на мать, меньше издают звуков, демонстрируют больше отрицательных эмоций, имеют меньше игрового и исследовательского поведения (Cohn et al., 1986; Field et al., 1988; Cohn, Tronick, 1989; Field, 1998). Кроме того, поскольку в речи матери, страдающей от симптомов депрессии, обращенной к ребенку, отсутствуют качества, способствующие ассоциативному познанию, их дети отстают от других по стандартной шкале речевого и умственного развития, и это отставание продолжается после года, особенно если эти симптомы у матери не проходят более шести месяцев (Breznitz, Sherman, 1987; Lyons-Ruth et al., 1990;

Murray, 1992; Murray et al., 1993; Murray et al., 1996; Lang et al., 1996; Field, 1998; Kaplan, Bachorowski, Zarlengo-Strouse, 1999). Дети младенческого и раннего возраста, матери которых страдают от симптомов депрессии, демонстрируют меньшую вовлеченность в социальную активность и большую представленность отрицательных эмоций, включая сильные вспышки гнева и истерики (Needlman, Stevenson, Zuckerman, 1991; Radke-Yarrow et al., 1993; Gross et al., 1995; Cicchetti et al., 1997; Hart et al., 1999). В сравнении с детьми того же возраста, чьи матери не страдают депрессией, эти дети демонстрируют менее устойчивое внимание, слишком высокую активность, неподчинение, задержки речевого развития. (Needlman et al., 1991; Field et al., 2009;). Данные виды поведения в дальнейшем коррелировали с проблемами адаптации в детском саду и в школе (Campbell, Shaw, Gilliom, 2000). Таким образом, материнская депрессия негативно сказывается на развитии ребенка младенческого и раннего возраста.

В Главе 3 «Негативные факторы психического развития детей младенческого и раннего возраста» описаны типы событий, приводящие к дизонтогенезу у детей младенческого и раннего возраста.

Понимание того, насколько серьезные и важные последствия может иметь стресс на первом году жизни ребенка, чрезвычайно важно. В частности, понимание последствий стресса, испытанного в младенчестве, может объяснить, почему у более старших детей и даже взрослых, у которых, вроде бы, не было никаких травмирующих событий в относительно недавней истории, проявляются поведенческие, когнитивные и эмоциональные проблемы (Couperus, Nelson, 2006).

На протяжении многих лет различные исследователи уделяли большое внимание изучению природы стресса (Selye, 1956; Mason, 1968; Lazarus, Folkman, 1984). Выделено три категории потенциальных факторов стресса – непосредственная угроза, потенциальная угроза и сигналы, связанные с угрозами (Bowlby, 1969; Cameron et al., 2005).

По предположению J. Bowlby (Bowlby, 1958), одним из естественных сигналов опасности для ребенка младенческого и раннего возраста является разлучение с матерью, особенно в новой обстановке, что является частым явлением при хирургическом лечении детей младенческого и раннего возраста с врожденными пороками сердца.

При небольшой длительности разлучения, реакция гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников (ГГКН) может смягчаться способностью ребенка найти менее затратное решение. В частности, было показано, что у годовалых детей, разлученных с матерями, не увеличивался уровень кортизола, когда они использовали возможность общения с нянями, однако увеличивался у тех, кто не имел такой возможности или даже спал (Gunnar et al., 1992).

Поскольку низкочастотные поведенческие стратегии могут оказаться ограниченными в долгие периоды разлучения со взрослым, обеспечивающим уход (так как ребенок не может обратиться к матери за утешением), следует ожидать повышения эндокринной активности. Как показывают исследования, когда дети начинают ходить в ясли (один из видов разлучения малыша с родителями), у многих детей наблюдается повышенный уровень кортизола в течение всего дня (Tout et al., 1998; de Naan et al., 1998; Dettling et al., 2000; Watanabe et al., 2003). В исследовании Ahnert et al. (2004), проведенном на семидесяти детях в возрасте 15 месяцев, сообщается, что у них наблюдалось 75-100% повышение уровня кортизола по сравнению с «домашним» детьми в течение первых двух недель, когда они оставались на день без матерей.

На разлучение со значимым взрослым дети раннего и младенческого возраста реагируют «гореванием», которое включает в себя следующие симптомы (Bowlby, 1980):

- ребенок плачет, зовет и ищет мать;
- ребенок не принимает помощь других взрослых для успокоения;
- ребенок выглядит эмоционально отстраненным, имеет грустное выражение лица, не проявляет интереса к соответствующим возрасту занятиям;
- нарушения питания;
- нарушения сна;
- задержка в развитии, регресс, потеря ранее приобретенных навыков;
- подавленность, снижение диапазона эмоциональных проявлений;
- выраженное беспокойство при напоминании об ухаживающем лице.

Если минимум три описанных симптома продолжают более двух недель и занимают большую часть дня в поведении ребенка, можно говорить о патологической реакции горя, которая требует психотерапевтического вмешательства.

В соответствии с идеей J. Bowlby (Bowlby, 1958) о том, что у ребенка будет больший шанс выжить при опасности, если он сможет найти «фигуру для привязанности», некоторые неоптимальные формы родительского поведения по отношению к ребенку (недостаточное внимание, отчуждение) могут говорить о пониженных шансах на выживание, поскольку могут указывать на возможную недоступность родителей в момент угрозы (Bugental, Martorell, Barraza, 2003).

При экспериментальном моделировании воздействия материнской депрессии на поведение младенца обнаружено, что, если у матери снижалась мимика во время общения лицом к лицу с трехмесячными детьми, младенцы становились беспокойными и недоверчивыми, и это состояние не проходило

даже после того, как матери снова начинали нормально общаться с детьми (Cohn, Tronick, 1983). Кроме того, было обнаружено (Haley, Stansbury, 2003) повышение уровня кортизола и частоты сердечных сокращений у пятишестимесячных детей, которые вместе с мамами принимали участие в эксперименте «Каменное лицо» (Still Face Paradigm). Исходя из этих данных, можно заключить, что эмоциональная недоступность, отчуждение родителей может считаться угрозой, для которой у ребенка нет низкочастотного поведенческого решения.

С неоптимальным родительским уходом также ассоциируются ненадежная привязанность и депрессия молодой матери (Fish, 2004; Field, Hernandez-Reif, Diego, 2006; Madigan et al., 2006; Cutrona, Wallace, Wesner, 2006). Депрессия матери ассоциируется с сопутствующим повышением базального уровня кортизола у ее ребенка (Field et al., 1988). Также у детей матерей, страдающих депрессией и сравнительно часто производящих навязчивое вмешательство, наблюдается повышенный уровень норэпинефрина (НЭ), эпинефрина (ЭПИ) и дофамина (ДА) в шестимесячном возрасте (Jones et al., 1997).

Глава 4 «Психотерапевтические технологии, задействованные в программе психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения» посвящена описанию психотерапевтических практик, элементы которых включены в разработанную нами программу психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста с ВПС, а именно: системная семейная терапия; семейная психотерапия горя; краткосрочная терапия, направленная на решение; клиент-центрированная терапия; экзистенциальная терапия; арт-терапия; психотерапия детско-родительских отношений.

В **Главе 5 «Эмпирическое исследование связи эмоционального состояния матери с уровнем развития детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения»** приведен анализ данных, полученных на первом этапе эмпирического исследования, целью которого была диагностика эмоционального состояния, копинг-стратегий, отношения к болезни, характера детско-родительского взаимодействия, характера семейного функционирования матерей детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения; диагностика уровня психического развития детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения; изучение связи эмоционального состояния матери и уровня психического функционирования детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения; определение мишеней психологического воздействия для эффективной психологической реабилитации

детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения.

В пункте 5.2.1 «Анализ и сравнение результатов исследования в первой контрольной и клинической группах (первый год жизни)» приведен анализ результатов, полученных в первой клинической группе (дети первого года жизни). Анализ результатов исследования эмоционального состояния в первой клинической и контрольной группах выявил статистически значимые отличия по всем исследованным позициям ($p < 0,01$). Уровень депрессии в клинической группе составил $19,38 \pm 7,18$ баллов; в контрольной группе $11,22 \pm 6,23$ баллов; ситуативной тревоги в клинической группе составил $38,68 \pm 8,64$; в контрольной группе - $22,42 \pm 9,22$. В клинической группе 27,1% матерей имели признаки субклинической депрессии (более 9 баллов по ЦЭС), а 17,7% - выраженной депрессии (более 25 баллов по ЦЭС) за два дня до хирургической операции на сердце у ребенка. Через две недели после операции в клинической группе 30,04% матерей имели признаки субклинической депрессии (более 9 баллов по ЦЭС), а 18,22% - выраженной депрессии (более 25 баллов по ЦЭС). Таким образом, депрессивная симптоматика увеличивалась после проведенной хирургической операции. Корреляционный анализ не выявил статистически значимой взаимосвязи уровня депрессивной симптоматики до и после операции.

За два дня до операции в клинической группе 48,5% матерей имели высокий уровень ситуативной тревоги; 22,3% - повышенный; через две недели после операции в клинической группе 30,54% матерей имели высокий уровень; тревога снижалась после проведенной хирургической операции.

Матери детей первого года жизни с ВПС статистически значимо ниже ($p < 0,05$), по сравнению с матерями из контрольной группы, описывали своего ребенка как самостоятельного, требовательного, довольного, здорового, ловкого, уравновешенного. Оценки по таким характеристикам, как: долгожданный, ребенок-подарок, ребенок-надежда, ребенок-радость имели максимальные значения как в контрольной, так и в первой клинической группах.

Матери детей с ВПС первого года жизни в ситуации хирургического лечения наиболее часто использовали следующие копинг-стратегии: обращение к религии, планирование, принятие, подавление конкурирующей деятельности. Самыми непопулярными копинг-стратегиями были: юмор, использование «успокоительных», отрицание.

Во внутренней картине болезни (ВКБ) матерей детей с ВПС первого года жизни чаще представлены сенситивный, эргопатический и тревожные типы ВКБ; менее всего представлены дисфорический, апатический и эгоцентрические типы ВКБ.

В первой клинической группе такие характеристики эмоционального детско-родительского взаимодействия, как: способность воспринимать состояние ребенка, понимание причин состояния ребенка, эмпатия, оказание эмоциональной поддержки, ориентация на состояние ребенка имели статистически значимо более низкие показатели, чем в контрольной группе.

Матери из первой клинической группы в 56% случаев были не удовлетворены поддержкой, получаемой от семьи; 63% оценивали сплоченность семьи ниже 50 баллов.

Анализ данных, полученных при применении методики «Диагностика нервно-психического развития детей 1-го года жизни», показал следующие результаты. В первой клинической группе 34% детей с ВПС попали в первую группу развития – они имели развитие, близкое к возрастной норме; 23,1% детей попали вторую группу развития – они имели отставание в развитии на 1 эпикризный срок; 19,0% детей попали в 3-ю группу развития – они имели отставание в развитии на 2 эпикризных срока; 23,8% детей отнесены в 4-ю группу – они имели отставание на 3 эпикризных срока. В контрольной группе 85,7% (30 детей) детей попали первую группу развития, из них 8 детей имели опережающее развитие; 14,3% попали вторую группу развития – они имели задержку в развитии на 1 эпикризный срок (Рисунок 1).

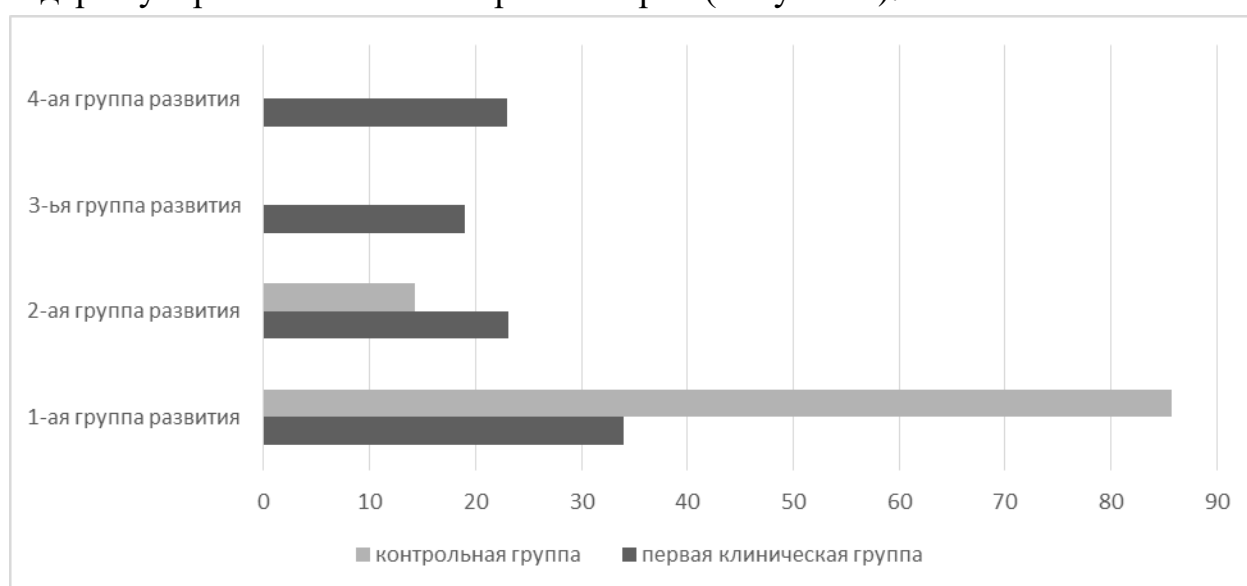


Рисунок 1. Распределение детей из первой клинической и контрольной групп по степени задержки общего нервно-психического развития (в%). По методике «Диагностика нервно-психического развития» (Пантюхина, Печора, Фрухт, 1983).

Анализ оценки реакции младенцев с ВПС в период хирургического лечения на разлучение с матерью (на период хирургической операции и нахождения в

блоке интенсивной терапии) выявил, что все обследованные младенцы реагировали отчуждением на встречу с матерью. Они не узнавали мать; комплекс оживления, присутствующий до разлуки с матерью, отсутствовал, так же как и улыбка. Более того, большинство детей избегали телесного контакта с матерью, что крайне расстраивало матерей. В среднем, период отчуждения длился 4,5 дней.

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня депрессии матери с показателями развития детей с ВПС первого года жизни в период хирургического лечения выявил статистически значимую положительную корреляцию между уровнем депрессии матери и общим уровнем задержки нервно-психического развития у ребенка ($r=0,399$; $p=0,000$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня депрессии матери с показателями развития детей с ВПС первого года жизни в период хирургического лечения выявил следующие статистически значимые положительные корреляции между уровнем депрессии матери и уровнем задержки в таких областях, как:

- подготовительный этап речи ($r=0,581$; $p=0,037$);
- эмоции и социальное поведение ($r=0,619$; $p=0,024$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня депрессии матери с показателями развития детей с ВПС первого года жизни в период хирургического лечения выявил статистически значимые отрицательные корреляции между уровнем депрессии матери и уровнем развития таких характеристик ее ребенка как:

- инициативность в общении ($r = - 0,870$; $p=0,000$);
- вокализация ($r=-0,730$; $p=0,003$);
- двигательное оживление ($r= - 0,630$; $p=0,016$);
- комплекс оживления ($r= - 0,755$; $p=0,002$);
- познавательная активность в игре ($r = - 0,749$; $p=0,002$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня ситуативной тревоги матери с показателями развития детей с ВПС первого года жизни в период хирургического лечения выявил статистически значимую положительную корреляцию между уровнем ситуативной тревоги матери и общим уровнем задержки нервно-психического развития у ребенка ($r=0,440$; $p=0,000$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня ситуативной тревоги матери с показателями развития детей с ВПС первого года жизни в период хирургического лечения выявил следующие статистически значимые положительные корреляции: между уровнем ситуативной тревоги матери и

общим уровнем развития у ребенка негативной реакции на разлуку с матерью ($r=0,607$; $p=0,028$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня ситуативной тревоги матери с показателями развития детей с ВПС первого года жизни в период хирургического лечения выявил статистически значимые отрицательные корреляции между уровнем ситуативной тревоги матери и уровнем развития таких характеристик ее ребенка, как:

- инициативность в общении ($r= - 0,709$; $p=0,007$);
- сосредоточение ($r=-0,628$; $p=0,021$);
- комплекс оживления ($r= - 0,695$; $p=0,008$).

Для оценки влияния уровня депрессии матери на параметры развития ее ребенка с ВПС в период хирургического лечения проведен простой регрессионный анализ. В качестве предикторов использовались уровни депрессии и ситуативной тревоги у матери; в качестве зависимых переменных – параметры психического развития ребенка с ВПС младенческого и раннего возраста.

В ходе регрессионного анализа выявлено, что предиктор «депрессия матери» оказывает значимое влияние на многие показатели развития ее ребенка. Выявлено, что депрессия матери в большей степени детерминирует такие параметры развития, как инициативность ребенка в общении (78%), представленность комплекса оживления (63%) и вовлеченность ребенка в общение (59%). Установлено, что высокий уровень депрессии матери вносит негативный вклад в такие параметры игры ребенка, как: интерес к предметам в игре ($F=10,183$; $p=0,008$); эмоциональная вовлеченность в игру ($F=9,029$; $p=0,011$); познавательные действия в игре ($F=17,475$; $p=0,001$); общая познавательная активность в игре ($F=15,867$; $p=0,002$).

При этом, анализ предсказания развития различных параметров привязанности ребенка с ВПС в период хирургического лечения в зависимости от уровня депрессии его матери не показал, что уровень депрессии матери оказывает влияние на развитие параметров привязанности, таких как ориентация на мать, слежение за матерью, реакция на разлуку с матерью.

В ходе регрессионного анализа выявлено, что предиктор «ситуативная тревога матери» оказывает значимое влияние на многие показатели развития ее ребенка первого года жизни, хотя и не так сильно, как депрессия матери. Выявлено, что ситуативная тревога матери в большей степени детерминирует такие параметры развития, как вокализация ребенка в общении (65%), познавательные действия (62%) и ориентация на мать (58%). Так же установлено, что высокий уровень ситуативной тревоги матери вносит

негативный вклад в такие параметры общения ребенка, как: инициативность в общении ($F=11,676$; $p=0,006$); вовлеченность в общение ($F=7,898$; $p=0,017$); двигательное оживление ($F=5,575$; $p=0,035$); вокализация ($F=20,163$; $p=0,001$); комплекс оживления ($F=13,204$, $p=0,004$).

Таким образом, в ходе анализа результатов, полученных при применении к полученным данным метода линейной регрессии, нами получены доказательства значимого влияния эмоционального состояния матери (уровень депрессии и ситуативной тревоги) на различные параметры развития ее ребенка с ВПС первого года жизни. Высокий уровень депрессивной симптоматики, прежде всего, оказывает негативное влияние на развитие инициативы у младенца с ВПС, что проявляется как во взаимодействии с матерью, так и с экспериментатором. У малыша депрессивной матери менее выражен комплекс оживления, особенно за счет снижения вокализации. Высокий уровень депрессивной симптоматики матери отрицательно сказывается на всех элементах игры ее ребенка: интерес (инициатива) к игре, эмоциональная вовлеченность в игру, представленность познавательных действий (зрительные, оральные, мануальные). Оказывает негативное влияние депрессивная симптоматика матери и на параметры общего нервно-психологического развития, в частности, на развитие эмоций и социальное развитие, а также на подготовительный этап развития речи.

Высокий уровень ситуативной тревоги матерей детей с ВПС так же негативно, хотя и не так сильно, влияет на многие параметры развития ребенка с ВПС. Особое отрицательное влияние зафиксировано на такие характеристики развития ребенка, как вокализация ребенка в общении, познавательные действия. Важно отметить, что более высокий уровень ситуативной тревоги матери влияет на более выраженную у ее ребенка ориентацию на эмоциональное состояние матери.

В пункте 5.2.2 «Анализ и сравнение результатов исследования во второй клинической группе (второй год жизни)» приведен анализ данных, полученных во второй клинической группе, в которую вошли дети второго года жизни. Анализ результатов исследования эмоционального состояния во второй клинической и контрольной группах выявил статистически значимые отличия по всем исследованным позициям ($p<0,01$). Уровень депрессии во второй клинической группе составил $24,52\pm 12,02$ баллов; в контрольной группе $10,12\pm 5,43$ баллов. Уровень ситуативной тревоги во второй клинической группе составил $41,48\pm 19,08$; в контрольной группе – $18,12\pm 9,62$. Во второй клинической группе 43,5% матерей имели признаки субклинической депрессии (более 9 баллов по ЦЭС), а 21,7% - выраженной депрессии (более 25 баллов по ЦЭС) за два дня до хирургической операции на сердце у ребенка. Через две

недели после операции во второй клинической группе 30,04% матерей имели признаки субклинической депрессии (более 9 баллов по ЦЭС), а 18,22% – выраженной депрессии (более 25 баллов по ЦЭС). Таким образом, депрессивная симптоматика увеличивалась после проведенной хирургической операции. Корреляционный анализ не выявил статистически значимой взаимосвязи уровня депрессивной симптоматики до и после операции.

За два дня до операции во второй клинической группе 26,6% матерей имели высокий уровень ситуативной тревоги; 40,1% - повышенный. Через две недели после операции во второй клинической группе 30,54% матерей имели высокий уровень ситуативной тревоги; 14,28% - повышенный. Таким образом, ситуативная тревога снижалась после проведенной хирургической операции.

Матери детей второго года жизни статистически значимо ниже ($p < 0,05$) оценивали своего ребенка как самостоятельного, сильного, здорового, спокойного, удачливого, ребенок-спасение, ребенок-надежда, ребенок-радость. Оценки по таким характеристикам, как: долгожданный, умный и красивый – имели максимальные значения как в контрольной, так и во второй клинической группах.

Во второй клинической группе такие характеристики эмоционального детско-родительского взаимодействия, как: умение воздействовать на состояние ребенка, способность воспринимать состояние ребенка, понимание причин состояния ребенка, оказание эмоциональной поддержки, безусловное принятие имели статистически значимо более низкие показатели, чем в контрольной группе.

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня депрессии с показателями развития эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия выявил статистически значимую положительную корреляцию между уровнем депрессии и уровнем развития характеристики «стремление к телесному контакту» ($R=0,500$; $p=0,025$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня депрессии с показателями развития эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия выявил статистически значимые отрицательные корреляции между уровнем депрессии и уровнем развития таких характеристик, как:

- «принятие себя в качестве родителя» ($r = -0,833$; $p = 0,000$);
- «оказание эмоциональной поддержки» ($r = -0,528$; $p = 0,000$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня ситуативной тревоги с показателями развития эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия не выявил статистически значимых корреляций.

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня ситуативной тревоги с показателями развития эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия выявил статистически значимые отрицательные корреляции между уровнем ситуативной тревоги и уровнем развития характеристики «оказание эмоциональной поддержки» ($r=-0,945$; $p=0,000$).

Наиболее часто матери детей с ВПС второго года жизни использовали следующие копинг-стратегии: активное совладание, планирование, подавление конкурирующей деятельности, позитивное переформулирование. Самыми непопулярными копинг-стратегиями в этой группе оказались: юмор, использование «успокоительных», поведенческий уход.

Анализ данных, полученных при применении методики «Диагностика нервно-психического развития детей от 1-го года до 3-х лет», показал следующие результаты. Во второй клинической группе 21,7% детей с ВПС второго года жизни были отнесены в первую группу развития – они имели развитие, близкое к возрастной норме; 34,8% детей отнесены во вторую группу – они имели отставание в развитии на 1 эпикризный срок; 43,5% детей отнесены в 3-ю группу – они имели отставание в развитии на 2 эпикризных срока. В контрольной группе 87,3% детей были отнесены в первую группу: из них 6 детей имели опережающее развитие; 12,7% отнесены во вторую группу – они имели задержку в развитии на 1 эпикризный срок (Рисунок 2).

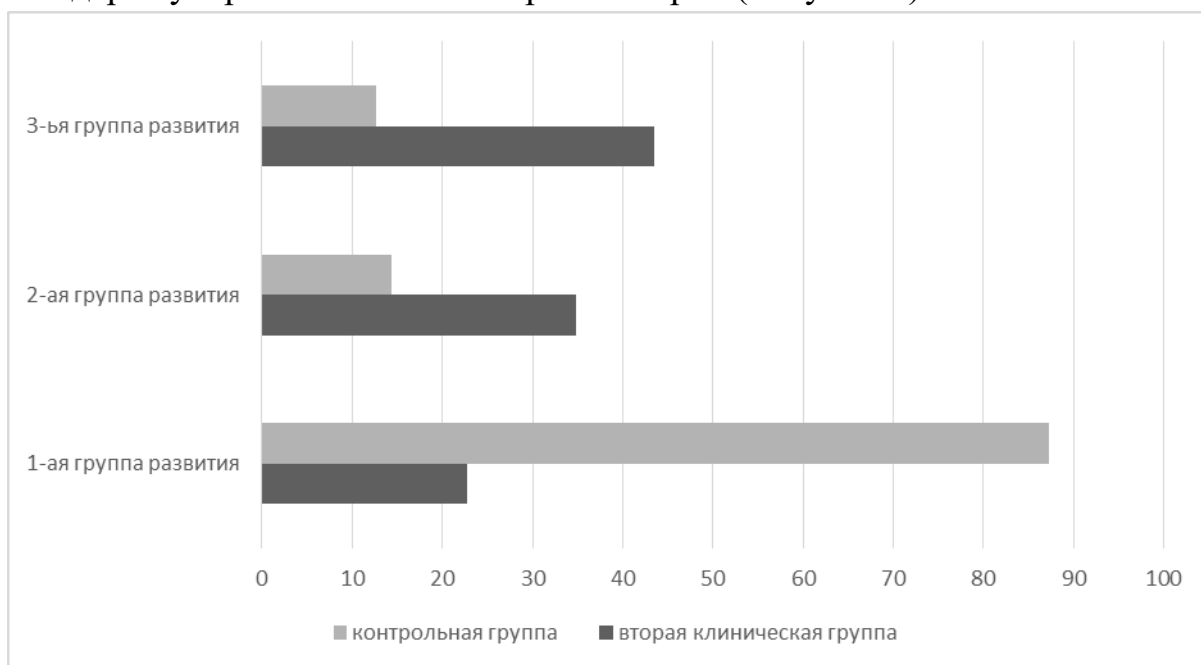


Рисунок 2. Распределение детей второго года жизни из клинической и контрольной групп по степени задержки общего нервно-психического развития (в%).

Анализ оценки реакции детей второго года жизни с ВПС в период хирургического лечения на разлучение с матерью (на период хирургической операции и нахождения в блоке интенсивной терапии) выявил, что:

- 10% детей второго года жизни реагировали отчуждением (негативная реакция) на встречу с матерью; в среднем, период отчуждения длился 2,5 дней;

- 60% детей второго года жизни реагировали протестом (негативная реакция), который выражался в нежелании отпустить мать ни на минуту из поля зрения, плачем и негативной реакцией на медицинский персонал и медицинские процедуры, нежеланием находиться в постели; в среднем, такой период длился 8 дней, а иногда – вплоть до выписки из стационара;

- 30% детей второго года жизни реагировали умеренным протестом, который выражался в тревоге при исчезновении матери, при приближении медицинского персонала, однако такая реакция была выражена не сильно и исчезала при эмоциональной поддержке матери.

В ходе регрессионного анализа выявлено, что предиктор «депрессия матери» оказывает значимое влияние на многие показатели развития ее ребенка. Выявлено, что депрессия матери в большей степени детерминирует такие параметры развития, как понимание речи взрослого (пассивная речь 44%), инициативность ребенка в общении (40%). Важно отметить, что уровень влияния депрессии матери на параметры развития ее ребенка с ВПС на втором году жизни значительно ниже, чем подобный показатель, полученный при исследовании диад на первом году жизни.

В ходе регрессионного анализа выявлено, что предиктор «ситуативная тревога матери» оказывает значимое влияние на многие показатели развития ее ребенка, хотя и не так сильно, как депрессия матери. Выявлено, что ситуативная тревога матери в большей степени детерминирует такие параметры развития, как вокализация ребенка в общении (65%), познавательные действия (62%) и ориентация на мать (58%).

В пункте 5.2.3. «Анализ и сравнение результатов исследования в третьей контрольной и клинической группах (дети третьего года жизни)» приведены данные, полученные в третьей клинической группе, в которую вошли дети третьего года жизни.

Анализ результатов исследования эмоционального состояния в третьей клинической и контрольной группах выявил статистически значимые отличия по всем исследованным позициям ($p < 0,01$). Уровень депрессии в третьей клинической группе составил $19,45 \pm 11,32$ баллов; в контрольной группе $8,02 \pm 5,13$ баллов. Уровень ситуативной тревоги в клинической группе составил $33,58 \pm 17,18$, а в контрольной группе - $16,14 \pm 9,12$. В третьей клинической группе 23,5% матерей имели признаки субклинической депрессии (более 9 баллов по

ЦЭС); а 11,6% - выраженной депрессии (более 25 баллов по ЦЭС) за два дня до хирургической операции на сердце у ребенка. Через две недели после операции в третьей клинической группе 20,14% матерей имели признаки субклинической депрессии (более 9 баллов по ЦЭС); а 10,22% - выраженной депрессии (более 25 баллов по ЦЭС). Таким образом, депрессивная симптоматика незначительно снижалась после проведенной хирургической операции. Корреляционный анализ не выявил статистически значимой взаимосвязи уровня депрессивной симптоматики до и после операции. Уровень до- и послеоперационной депрессии был самым низким из трех клинических групп.

За два дня до операции в третьей клинической группе 28,61% матерей имели высокий уровень ситуативной тревоги; 34,14% - повышенный. Через две недели после операции в клинической группе 22,14% матерей имели высокий уровень ситуативной тревоги; 12,25% - повышенный. Таким образом, ситуативная тревога снижалась после проведенной хирургической операции.

Анализ результатов методики «Семантический дифференциал» выявил значимые различия в описании ребенка в третьей клинической и контрольной группах. Так, испытуемые из третьей клинической группы статистически значимо ниже ($p < 0,05$) оценивали своего ребенка как самостоятельного, сильного, здорового, ловкого, любопытного, ребенок-надежда, ребенок-радость. Оценки по таким характеристика, как красивый, добрый, имели максимальные значения как в контрольной, так и в клинической группах.

В третьей клинической группе такие характеристики эмоционального детско-родительского взаимодействия, как: умение воздействовать на состояние ребенка, способность воспринимать состояние ребенка, понимание причин состояния ребенка, оказание эмоциональной поддержки, ориентация на состояние ребенка – имели статистически значимо более низкие показатели, чем в контрольной группе. При этом показатель «стремление к телесному контакту» представлен статистически значимо выше в третьей клинической группе, по сравнению с контрольной группой.

Наиболее часто матери детей с ВПС в период хирургического лечения использовали следующие копинг-стратегии: активное совладание, планирование, подавление конкурирующей деятельности, позитивное переформулирование. Самыми непопулярными копинг-стратегиями в этих группах оказались: юмор, использование «успокоительных», поведенческий уход. При этом, в этой клинической группе данные стратегии статистически значимо более популярны, нежели в первой и во второй клинических группах.

Анализ данных, полученных при применении методики «Диагностика нервно-психического развития детей от 1-го года до 3-х лет», показал следующие результаты. В третьей клинической группе 25,7% детей с ВПС были

отнесены в первую группу развития – они имели развитие, близкое к возрастной норме; 38,8% детей отнесены во вторую группу – они имели отставание в развитии на 1 эпикризный срок; 35,5 % детей отнесены в 3-ю группу – они имели отставание в развитии на 2 эпикризных срока; В контрольной группе 82,5% детей отнесены в первую группу, из них 6 детей имели опережающее развитие; 17,5% отнесены во вторую группу – они имели задержку в развитии на 1 эпикризный срок (Рисунок 3).

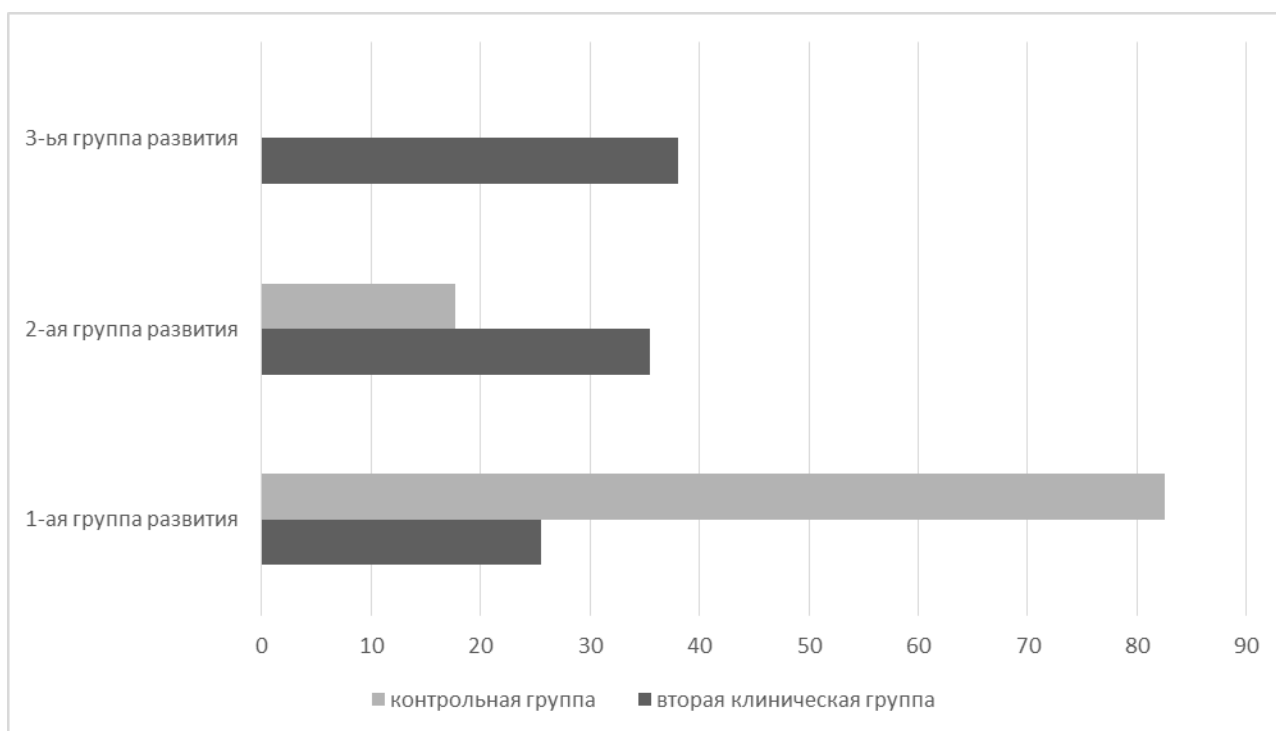


Рисунок 3. Распределение детей в третьего года жизни из клинической и контрольной групп по степени задержки общего нервно-психического развития (в%).

Анализ оценки реакции детей третьего года жизни с ВПС в период хирургического лечения на разлучение с матерью (на период хирургической операции и нахождения в блоке интенсивной терапии) выявил, что:

- 17% детей второго года жизни реагировали отчуждением (негативная реакция) на встречу с матерью, которая проявлялась в обиде на мать, нежеланием иметь с ней телесный контакт, говорить и играть; в среднем, период отчуждения длился 4,5 дней;

- 25% детей второго года жизни реагировали протестом (негативная реакция), который выражался в нежелании отпускать мать ни на минуту из поля зрения, плачем и негативной реакцией на медицинский персонал и медицинские

процедуры, нежеланием находиться в постели; в среднем, такой период длился 6 дней;

- 58% детей второго года жизни реагировали умеренным протестом, который выражался в тревоге при исчезновении матери, при приближении медицинского персонала, однако такая реакция была выражена не ярко и исчезала при эмоциональной поддержке матери.

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня депрессии с показателями развития эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия выявил статистически значимую положительную корреляцию между уровнем депрессии и уровнем развития характеристики «стремление к телесному контакту» ($r=0,454$; $p=0,030$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня депрессии с показателями развития эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия выявил статистически значимые отрицательные корреляции между уровнем депрессии и уровнем развития таких характеристик как:

- «понимание причин состояния ребенка» ($r= - 0,803$; $p=0,000$);
- «эмпатия» ($r=-0,662$; $p=0,000$).

Корреляционный анализ взаимосвязи уровня ситуативной тревоги с показателями развития эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия выявил статистически значимые отрицательные корреляции между уровнем ситуативной тревоги и уровнем развития характеристики «принятие себя в качестве родителя» ($r=-0,845$; $p=0,000$).

В ходе регрессионного анализа выявлено, что предиктор «депрессия матери» оказывает значимое влияние на некоторые показатели развития ее ребенка. Выявлено, что депрессия матери может детерминировать такие параметры развития ребенка, как активная речь, познавательная активность. Важно отметить, что уровень влияния депрессии матери на параметры развития ее ребенка с ВПС на третьем году жизни значительно ниже, чем подобный показатель, полученный при исследовании диад на первом и втором году жизни.

ГЛАВА 6 «Эмпирическое исследование эффективности применения программы психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения» посвящена описанию программы психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста и оценке ее эффективности.

Под психологической реабилитацией понимается система мероприятий, направленных на восстановление и коррекцию нарушенных психических функций и состояний детей с ВПС в период хирургического лечения. Основной

целью психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста с ВПС в период хирургического лечения является преодоление отрицательных реакций со стороны психики ребенка с ВПС, связанных с болезнью и процессом лечения, которая осуществляется через психологическое консультирование, психокоррекционные и образовательные мероприятия (Перре, Бауман, 2012, Киселева, 2015).

Задачи психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста с ВПС в период хирургического лечения:

1. Компенсация нарушенных психических функций у ребенка с ВПС.
2. Формирование средовых (семейных) условий, стимулирующих развитие ребенка.
3. Психологическое обеспечение оптимальной позиции ребенка в отношении других реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных и т.д.) (Киселева, 2015).

Программа психологической реабилитации включает в себя следующие объекты воздействия :

1. Ребенок с ВПС в период хирургического лечения – проведение с ним патопсихологической диагностики, диагностики развития, психокоррекционных мероприятий.
2. Семья (ухаживающее лицо) ребенка с ВПС в период хирургического лечения – использование психологическое консультирование, психотерапия, психообразовательной работы. Семья является важным участником реабилитационного процесса, поскольку родители не могут быть восприимчивыми к своему ребенку, когда им самим срочно нужна психологическая помощь.
3. Команда специалистов кардиохирургического стационара – использование психообразовательной работы (Киселева, 2016).

Основными этапами программы психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения являются:

- Подготовительный этап - состоит из отбора участников реабилитационной программы, их психологической диагностики; определения основных мишеней психологического воздействия. Включает две встречи, а также анализ психологом истории болезни ребенка и беседу психолога с лечащим врачом.
- Основной этап – проведение основных психореабилитационных мероприятий. Включает от 3-х до 7-ми встреч.

- Заключительный этап – оценка эффективности программы психологической реабилитации для каждого ее участника.

Для достижения поставленных задач в программе психологической реабилитации применен интегративный подход, который подразумевает использование техник, свойственных разным психотерапевтическим направлениям, а именно: системная семейная терапия; краткосрочная терапия, направленная на решение; клиент-центрированная терапия; экзистенциальная терапия; арт-терапия; семейная психотерапия горя; психотерапия детско-родительских отношений (ПДРО). Данные направления выбраны после тщательного анализа соответствующей литературы; опыта практического применения в кардиохирургическом стационаре и их максимального соответствия целям программы психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста с ВПС в период хирургического лечения.

Так, основная задача ПДРО – это обеспечение психического здоровья ребенка. Взаимоотношения «родитель-ребенок» рассматриваются как экономичный механизм достижения данной цели, поскольку родители являются первыми источниками формирования поведения и развития ребенка (Cicchetti, Walker, 2001; Cook et al., 2003). Основная гипотеза заключается в том, что наиболее близкой и непосредственной угрозой психологическому благополучию маленького ребенка является прямое или косвенное родительское сообщение о том, что ребенок является недостаточно хорошим, наряду с отношением к детям, наполненным активными отрицательными эмоциями родителя (нетерпение, раздражительность, гнев, враждебность и склонность к наказанию), пассивные эмоции (печаль, апатия и безразличие к сигналам со стороны ребенка), или комбинация этих моделей поведения и психических состояний (Emde, Wolf, Oppenheim, 2003). Дети, имеющие тяжелые заболевания, конституционные проблемы с сенсомоторной интеграцией или регулятивные трудности, такие как эмоциональная отстраненность, трудности в переключении, или сильные, отрицательные и немодулированные эмоциональные реакции, могут с большей готовностью вызывать дистанционирующие, отвергающие или наказывающие реакции со стороны родителей и других заботящихся о них людей, особенно в тех случаях, когда взрослый человек также является по своей конституции уязвимым для эмоциональных стрессов или окружен ими (Lieberman, 1999; Feldman, 2007), что случается во время хирургического лечения ребенка младенческого и раннего возраста с врожденным пороком сердца. Ее долгосрочная цель заключается в обеспечении ребенка и родителя психологическими ресурсами для поддержания партнерских отношений, когда

после окончания лечения родители действуют в качестве эффективных защитников, адвокатов и руководителей развития своих детей (Greenspen, 1999).

В ПДРО существуют два основных направления вмешательства: первое – это усилия, направленные на поощрение надежды посредством поддержки чувства безопасности, нормализации чувств, повышения компетенции родителя и ребенка; второе – включает в себя интерпретацию психологом происходящего между ребенком и родителем, которая имеет своей целью включение родителя в то, что становится известным при общении психолога и ребенка между собой, и включение ребенка в то, что становится известным при общении психолога и родителя между собой. Основными психотерапевтическими средствами становятся игра, вербализация чувств, телесный контакт, информирование о возрастных особенностях развития, интерпретация, рассказывание историй о пугающем событии, восстановление в памяти благоприятных воспоминаний, эмоциональная поддержка (Lieberman, 2011).

Игра. Игра – важнейшая психокоррекционная техника по причине ее важной роли в жизни детей. Когда родитель и ребенок играют друг с другом, спонтанность и радость от игры могут сами по себе произвести терапевтический эффект, способствовать развитию надежной привязанности. Психолог, присутствующий при игре младенца и родителя, может выбрать между ролью простого наблюдателя или вступить в игру в качестве нового игрока, предлагая новое направление игры или тип взаимодействия. Особенно это важно для организации игры между родителем и ребенком младенческого возраста.

Вербализация чувств (Преобразование в слова). Вербальная артикуляция чувства может помочь детям раннего возраста понять сильные эмоции и управлять ими. Сильные чувства всегда ощущаются детьми раннего возраста через телесные ощущения. Обучение переводу этих телесных ощущений в слова представляет собой важный строительный блок в управлении аффектами. Эмоциональное регулирование родителей улучшается, когда они принимают участие в оказании помощи своему ребенку в вербализации трудного опыта. Преобразование чувств в слова также создает тесную связь, поскольку заставляет ребенка и родителя соединяться с эмоцией другого лица (Lieberman, 2011).

Для преобразования чувств в слова используются разнообразные средства, адаптированные к возрасту ребенка. Наиболее распространенной практикой является чтение невербальных сигналов ребенка и предложение чувств, которые может испытывать ребенок в этот момент (Baradon, 2005).

Телесный контакт. Телесные ощущения представляют собой первичную площадку эмоций и могут быть переданы словами или игрой лишь в неполном виде. При благоприятном развитии в теле ощущается внутренний опыт любви,

близости и безопасности. И наоборот, стресс и травма ребенка и родителя переполняют их ужасом, беспомощностью и телесными ощущениями, которые могут повторно переживаться в настоящем без сознательного знания об истоках и корнях первоначального стрессора (Cohen et al., 2006).

Информирование о возрастных особенностях развития – техника, которая предлагает родителю информацию о соответствующем возрасту поведении, потребностях и чувствах ребенка, когда они самопроизвольно возникают во время сеансов. Руководство развитием носит неструктурированный характер, поскольку оно не следует предписанному расписанию. Оно является рефлексивным, потому что оно поощряет родителя к интеграции мыслей и чувств в новое и более эмпатическое по своей сути понимание процессов развития ребенка (Emde, Fonagy, Gergely, Jurist, 2002).

Еще одной техникой реабилитационных мероприятий является *интерпретация*. Ее цель заключается в объяснении бессознательного или символического значения поведения родителя с целью лучшего понимания себя. Часто встречающийся тип интерпретации включает в себя объяснение связей между чувством своего эго у родителей, их чувствами по отношению к своим детям и их родительским поведением. Например, родители, которых часто критиковали, и на которых не обращали внимания, могут бессознательно повторять данные паттерны в отношении своих детей (Fraiberg, 1980; Lieberman et al., 2000). Своевременная интерпретация может помочь родителям осознать бессознательное повторение в настоящем своего прошлого, исправить их нарушенное восприятие своего ребенка.

Рассказывание историй о пугающем событии является существенным компонентом психореабилитационного процесса (Cohen et al., 2006). Для очень маленьких детей, имеющих ограниченные возможности для выражения опыта при помощи слов, игры и символических представлений, создание описания очень редко становится четким процессом с каким-либо определенным готовым продуктом на выходе. Дети раннего возраста для выражения своего травматического опыта используют разрозненные слова и игру. Чем меньше ребенок, тем сложнее для него провести дифференциацию между реальными событиями и ролью недопонимания и фантазии.

Рассказывание историй может стать мощным инструментом для того, чтобы дети раннего возраста получили возможность внести связность в свой травматический опыт. Клинический психолог может рассказывать историю травматического события, в нашем случае – разлучения с матерью на период хирургического лечения, по частям, наблюдая при этом за реакцией ребенка. В историю можно ввести элементы защиты. Для детей раннего возраста, которые

еще не научились использовать слова «я» и «ты», можно использовать имя ребенка.

Очень важно, чтобы у подобных рассказов был безопасный конец. При рассказывании историй будет полезным использовать специальные книжки и сказки (Emde et al., 2004).

Восстановление в памяти благоприятных воспоминаний – еще одна техника психореабилитационных мероприятий. Разлука с матерью может серьезно повредить восприятие ребенка раннего возраста матери как лица, заслуживающего доверия (Lieberman, 2011).

Важным средством психореабилитационных мероприятий служит *эмоциональная поддержка*. Эмоциональная доступность клинического психолога является необходимым компонентом психологической реабилитации. Она принимает формы сообщения в виде слов и действий, реалистичной надежды на то, что цели психологической реабилитации могут быть выполнены (Luborsky, 1984; Wallerstein, 1986). Заботливое и уважительное отношение – это цель лечения родителя и ребенка, а также средство, используемое для реализации данной цели посредством взаимоотношений «ребенок-родитель-психолог». Клинический психолог не только поощряет взаимодействие и взаимную настройку матери и ребенка, но и служит воплощением их существования путем использования эмоционально поддерживающей терапевтической установки.

Важность эмоциональной поддержки трудно переоценить в лечении родителей и детей, у которых чувство самоуважения подрывается условиями болезни и бессилия. В подобных ситуациях эмпатическая установка становится подтверждением человеческого достоинства в качестве терапевтического инструмента. Когда травма является частью клинической картины, эмоциональная поддержка терапевта и эмоциональное понимание им представляют собой дополнительный источник силы эго, укрепляющей деятельность индивида и дающей надежду на будущее (Киселева, 2015).

Семейная психотерапия горя (СПГ)/Family focused grief therapy (FFGT) предлагает модель психотерапии, где семейное функционирование является первичной схемой вмешательства, и основывается на том, что семья является источником заботы и поддержки в ситуации тяжелой болезни (Bloch, 1994). Ее основными задачами являются улучшение функционирования семьи и содействие адаптивному горю, связанному с болезнью ребенка. Первая цель сосредоточивается на трех основных параметрах, определяющих адаптивное функционирование: сплоченность семьи, экспрессивность мыслей и чувств и разрешение конфликтов. Улучшения в любом или во всех этих параметрах влекут за собой общее улучшение функционирования семьи в целом. Вторая

цель сложным образом переплетена с первой, поскольку стремление поделиться горем зависит от эффективности коммуникации. Более того, горе, которым делятся, неизбежно легче переносится благодаря чувству солидарности (Bloch, 1991).

В программе психологической реабилитации детей младенческого и раннего возраста с ВПС были так же использованы следующие методики и техники: эмпатическое слушание; безусловное позитивное принятие; контейнирование и отзеркаливание чувств; техники на осознание и выражение экзистенциальных тревог и иллюзий; фасилитация осознания и выражения чувств; нормализация чувств; рационализация чувства вины; переопределение проблемы; домашние задания; ведение дневника; рисование; релаксационные методики; шкалирование и т.д.

Для оценки эффективности программы психологической реабилитации были выделены две группы детей младенческого и раннего возраста с врожденными пороками сердца и их матери. Произведена оценка параметров психического развития ребенка до и после хирургической операции; до и после участия в программе психологической реабилитации. В экспериментальную группу вошли матери и дети с ВПС младенческого и раннего возраста, участвовавшие в программе психологической реабилитации («вмешательство»). До и после вмешательства были измерены показатели эмоционального состояния матерей и параметры их эмоционального взаимодействия с ребенком.

Для оценки различий в показателях между двумя группами использован двухвыборочный t-критерий для независимых выборок. При оценке эффекта экспериментального воздействия важно убедиться в том, что экспериментальная и контрольная группа изначально не различаются по важным факторам. Если нет статистически значимых различий между группами, можно говорить о соблюдении требований рандомизированного эксперимента. Поэтому на первом этапе проанализированы различия между двумя группами по всем показателям развития ребенка и данным, собранным от матерей: показателям эмоционального состояния, копинг-стратегиям, отношению к болезни ребенка и их оценкам эмоциональных отношений с ребенком.

Также проанализированы различия между группами после участия в программе психологической реабилитации. Для того, чтобы показать значимость различий в произошедших изменениях между двумя группами, использован анализ вариаций со смешанными эффектами при повторных измерениях (mixed ANOVA with repeated measures).

Результаты сравнения параметров психического развития ребенка в экспериментальной и контрольной группах до хирургического лечения и участия в программе психологической реабилитации показывают, что ни по

одному параметру в дооперационный период значимых различий между двумя группами нет.

Анализ изменений в психическом состоянии ребенка с ВПС до и после хирургической операции в обеих группах показал, что в послеоперационном периоде в обеих группах произошло значимое снижение всех показателей психического развития ребенка. Однако в контрольной группе это снижение было больше (по сравнению с экспериментальной группой) по таким показателям как:

- вовлеченность в общение (для первой группы снижение составило 0,82; ст. ошибка 0,06; 95% ДИ 0,70 – 0,94; для второй группы – 1,13 № ст. ошибка 0,09; 95% ДИ 0,942 – 1,31);

- улыбка (для первой группы снижение составило 0,57; ст. ошибка 0,05; 95% ДИ 0,47 – 0,66; для второй группы – 0,91; ст. ошибка 0,09; 95% ДИ 0,75 – 1,06);

- интерес к предмету (для первой группы снижение составило 0,54; ст. ошибка 0,04; 95% ДИ 0,46 – 0,62; для второй группы – 1,07; ст. ошибка 0,38; 95% ДИ 0,94 – 1,22).

После хирургической операции в экспериментальной группе значимо выше по сравнению с контрольной группой следующие показатели психического развития:

- вовлеченности в общение (разница средних равна 0,18; ст. ошибка 0,08; $p < 0,05$);

- инициативности в общении (разница средних равна 0,26; ст. ошибка 0,09; $p < 0,01$);

- улыбки (разница средних равна 0,22; ст. ошибка 0,09; $p < 0,05$);

- вокализации (разница средних равна 0,25, ст. ошибка 0,09; $p < 0,01$);

- интереса к предмету (разница средних равна 0,50; ст. ошибка 0,09; $p < 0,01$).

Представленные выше результаты свидетельствуют о том, что после хирургической операции у детей из экспериментальной группы снижение показателей психического развития наблюдается в меньшей степени, чем в контрольной группе, что может свидетельствовать об эффективности предложенной программы психологической реабилитации.

Таблица №1.

Результаты анализа смешанных эффектов для показателей развития ребенка

Переменные		Эффект времени	Эффект группы	Время*Группа
Интерес к предмету	F	484,04**	6,96*	52,66**
	η^2	0,77	0,07	0,08
Вовлеченность в	F	323,43**	0,09	8,26**

общение	η^2	0,77	0,001	0,02
Инициатива в общении	F	257,42**	2,09	5,97*
	η^2	0,73	0,02	0,02
Сосредоточенность общения	F	488,47**	0,19	0,11
	η^2	0,84	0,002	0,0001
Улыбка	F	303,97**	0,26	16,35**
	η^2	0,74	0,003	0,04
Двигательное оживление	F	266,06**	0,48	0,05
	η^2	0,75	0,005	0,001
Вокализация	F	20,85**	2,65	2,96
	η^2	0,66	0,03	0,01
Комплекс ления	F	353,36**	0,006	0,13
	η^2	0,80	0,00	0,0003
Игровая вовлеченность	F	263,21**	1,20	3,58
	η^2	0,75	0,013	0,01

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Как видно из таблицы, для всех показателей развития ребенка эффект временных изменений (время, проведенное в стационаре) является значимым. Размер эффекта (η^2) является большим и колеблется от 0,66 (для вокализации) до 0,77 (для интереса к предмету). Главный эффект группы (различия между группами без учета изменений во времени) является значимым только для интереса к предмету. Эффект взаимодействия между эффектами группы и изменений во времени является значимым для интереса к предмету, вовлеченности в общении и улыбки. Однако размер эффекта является небольшим. Это подтверждает сделанные ранее выводы о том, что изменения до и после операции по этим трем показателям значимо отличаются в контрольной и экспериментальной группах.

Также нами проанализированы графики изменений средних показателей в каждой группе до и после операции с учетом 95% доверительных интервалов для каждого показателя (Рисунок 4). Как видно из графиков, снижение уровня многих показателей психического развития после хирургической операции в контрольной группе выражено сильнее, чем в экспериментальной.

Сравнение экспериментальной и контрольной групп по показателям эмоционального состояния матерей детей с ВПС в дооперационный период, использованных ими копинг-стратегий, отношения к болезни ребенка и параметрам детско-родительского взаимодействия показало, что до участия в программе психологической реабилитации значимых различий между двумя группами нет ни по одному показателю.

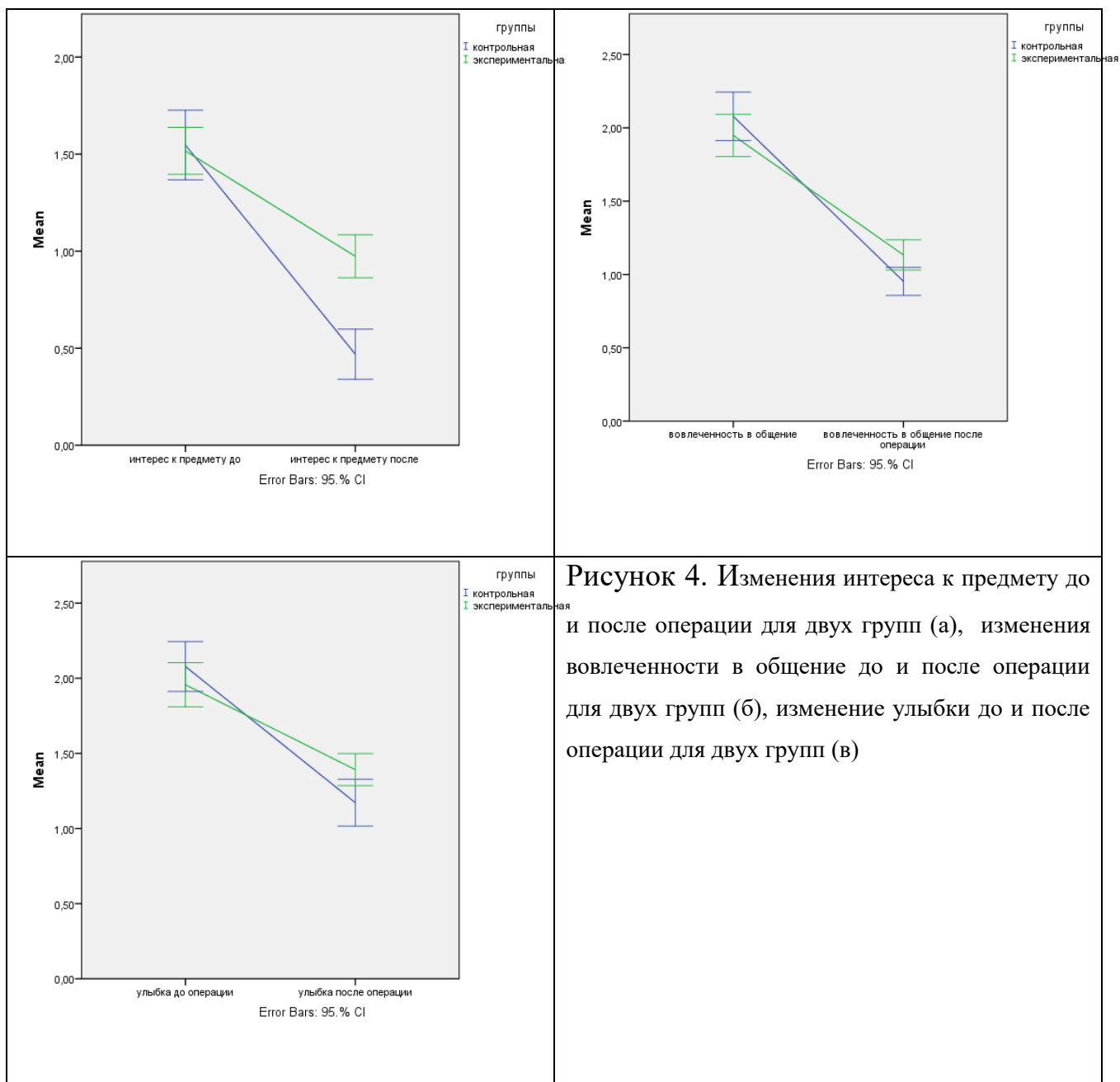


Рисунок 4. Изменения интереса к предмету до и после операции для двух групп (а), изменения вовлеченности в общение до и после операции для двух групп (б), изменение улыбки до и после операции для двух групп (в)

Анализ значимости изменений в эмоциональном состоянии матерей детей с ВПС первого года жизни и параметрах детско-родительского взаимодействия до и после хирургической операции показал, что у матерей детей с ВПС первого года жизни в послеоперационном периоде, участвовавших в программе психологической реабилитации, уровень депрессии снизился по сравнению с дооперационным; а у матерей детей с ВПС в период хирургического лечения, не участвовавших в программе психологической реабилитации, уровень депрессии повысился по сравнению с дооперационным. Уровень депрессии в основной группе значимо ниже, чем в группе сравнения ($U=348,000$; $Z=-2,271$; $p=0,023$).

Оценка уровня ситуативной тревоги показала, что у матерей детей с ВПС первого года жизни в послеоперационном периоде, участвовавших в программе

психологической реабилитации, и у матерей детей с ВПС в период хирургического лечения, не участвовавших в программе психологической реабилитации, уровень ситуативной тревоги снизился по сравнению с дооперационным показателем. Уровень ситуативной тревоги в основной группе значимо ниже, чем в группе сравнения ($U=156,000$; $Z=-2,188$; $p=0,029$).

В послеоперационный период матери из экспериментальной группы имеют выше показатели самооценки параметров семейных коммуникаций и сплоченности по сравнению с контрольной группой.

В послеоперационный период матери из экспериментальной группы имеют выше показатели, по сравнению с контрольной группой, по многим параметрам детско-родительского взаимодействия. В частности, в экспериментальной группе выше показатели:

- Способность воспринимать состояние ребенка (разница средних равна 0,37; ст. ошибка 0,13; $p<0,01$),
- Понимание причин состояния ребенка (разница средних равна 1,32; ст. ошибка 0,18; $p<0,01$);
- Сопереживание (разница средних равна 0,38, ст. ошибка 0,14; $p<0,01$);
- Чувства родителей при взаимодействии (разница средних равна 0,50; ст. ошибка 0,12; $p<0,01$);
- Безусловное принятие (разница средних равна 0,40; ст. ошибка 0,13; $p<0,01$);
- Принятие себя в качестве родителей (разница средних равна 0,46; ст. ошибка 0,12; $p<0,01$);
- Стремление к телесному контакту (разница средних равна 0,63; ст. ошибка 0,14; $p<0,01$);
- Оказание эмоциональной поддержки (разница средних равна 0,49; ст. ошибка 0,13; $p<0,01$),
- Ориентация на состояние ребенка (разница средних равна 0,47; ст. ошибка 0,21; $p<0,05$).

Таким образом, в экспериментальной группе в послеоперационный период большинство показателей эмоциональной стороны детско-родительских отношений значимо лучше, чем во второй группе.

Для оценки значимости эффектов изменения показателей до и после вмешательства, различий между группами и взаимодействия между двумя факторами применен анализ вариаций со смешанными эффектами при повторных измерениях (mixed ANOVA with repeated measures). Результаты представлены в таблице (Таблица 2).

Таблица №2.

Результаты анализа смешанных эффектов для показателей состояния матерей

Переменные		Эффект времени	Эффект группы	Время*Группа
Понимание причин состояния ребенка	F	1,02	15,35**	12,49**
	η^2	0,01	0,17	0,14

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Анализ показал, что эффект группы значим для понимания причин состояния ребенка (размер эффект 0,17). Из графика (Рисунок 5) видно, что тренды изменений понимания причин состояния ребенка расходятся в двух группах, и эти различия являются статистически значимыми. В то время как для контрольной группы характерно снижение понимания причин состояния ребенка, в экспериментальной группе этот показатель возрос.

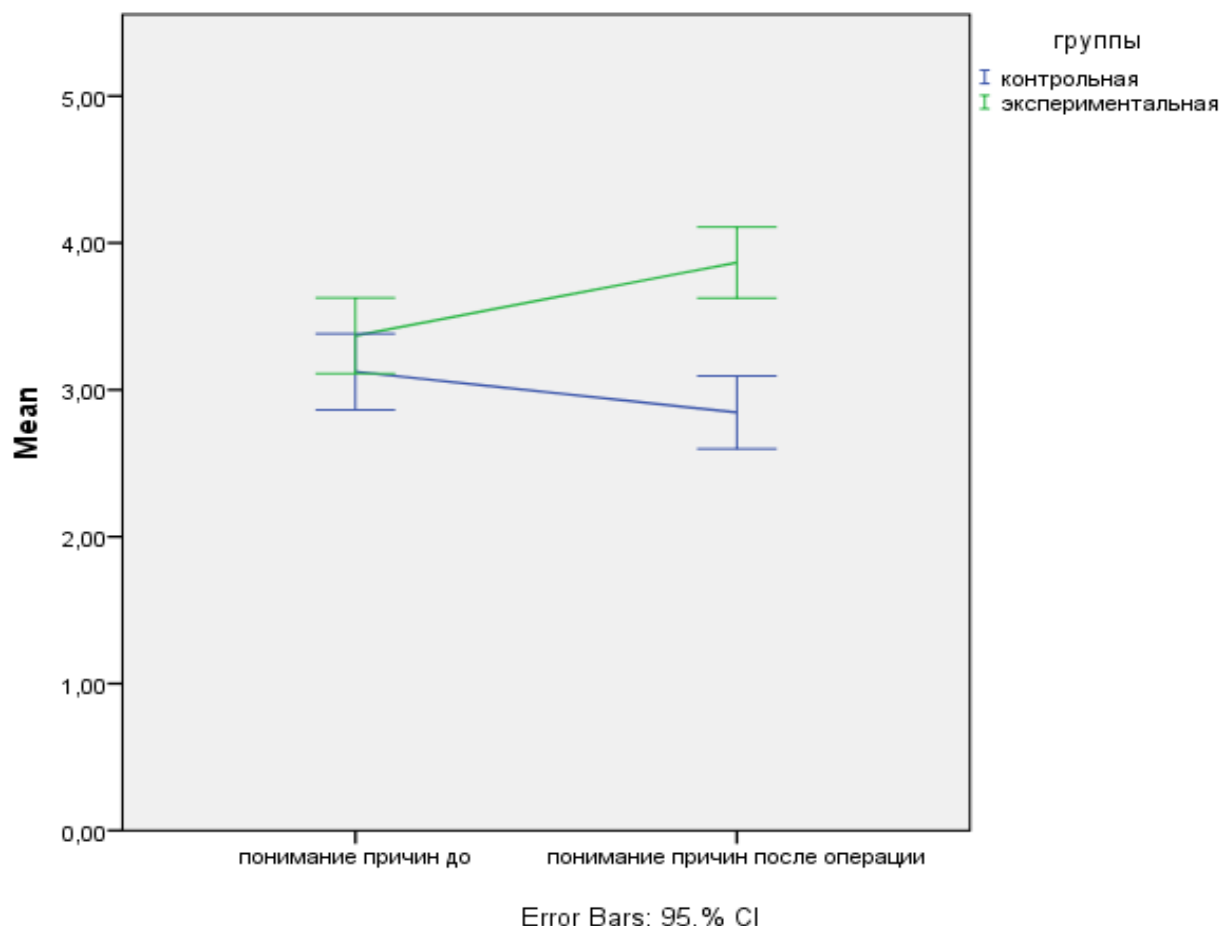


Рисунок 5. Изменение понимания причин состояния ребенка до и после хирургической операции в экспериментальной и контрольной группах.

Обобщая различия между экспериментальной и контрольной группами до и после участия в программе психологической реабилитации и произошедшие изменения, можно сделать основные **выводы**:

1. До хирургической операции и участия в программе психологической реабилитации нет значимых различий между группами в оценке психического состояния ребенка и различных показателях состояния матерей, их отношения к болезни и оценках эмоциональной стороны детско-родительских отношений.

2. После хирургической операции оценки психического состояния ребенка снижаются в обеих группах. Однако в экспериментальной группе снижение по таким параметрам, как вовлеченность в общение, интерес к предмету и улыбка, снижаются в меньшей степени, по сравнению с контрольной группой. Наибольшие различия между двумя группами наблюдаются в таком показателе, как интерес к предмету.

3. После хирургической операции у матерей из обеих групп наблюдается увеличение уровня депрессивной симптоматики и ситуативной тревоги. При этом фактор времени (время, проведенное ребенком без матери в Отделении реанимации и интенсивной терапии) оказывает значимое влияние на степень ухудшения эмоционального состояния матери после хирургического лечения ребенка.

4. В экспериментальной группе наблюдается увеличение уровня понимания причин состояния ребенка после участия в программе психологической реабилитации. В контрольной группе рост уровня понимания причин состояния ребенка не наблюдается.

5. В период после хирургической операции в экспериментальной группе достоверно выше показатели понимания причин состояния ребенка, способности воспринимать состояние ребенка, сопереживания, эмоциональной поддержки, стремления к телесному контакту, принятия себя в качестве родителя. При этом значимые изменения в экспериментальной группе произошли только в такой характеристике, как понимание причин состояния ребенка. В контрольной группе таких изменений нет.

Таким образом, учитывая отсутствие различий между экспериментальной и контрольной группой по всем характеристикам до участия в программе психологической реабилитации и наличие значимых различий после, можно утверждать, что участие в программе психологической реабилитации привело к улучшению показателя «понимание матерью причин состояния своего ребенка» и, одновременно, к более высоким показателям индикаторов психического развития детей с ВПС младенческого возраста в экспериментальной группе, по сравнению с контрольной.

Выводы.

- 1.** Анализ научной литературы показывает, что разлука с матерью, отсутствие материнской чуткости, материнская депрессия являются негативными факторами в психическом функционировании и развитии детей младенческого и раннего возраста.
- 2.** Наличие врожденного порока сердца у ребенка младенческого и раннего возраста вносит негативные изменения в функционирование семьи, может отрицательно сказываться на внутрисемейной коммуникации и сплоченности.
- 3.** Наличие врожденного порока сердца у ребенка младенческого и раннего возраста и связанное с ним хирургическое лечение негативно сказывается на эмоциональном состоянии матери. Большинство матерей таких детей имеют повышенный и высокий уровни депрессивной симптоматики, ситуативной тревоги, испытывают чувство вины, беспомощность.
- 4.** Выраженность негативных параметров эмоционального состояния особенно высока у матерей детей с ВПС первого года жизни.
- 5.** Неблагоприятное эмоциональное состояние (в частности, повышенный и высокий уровни депрессивной симптоматики, ситуативной тревоги) матерей детей с врожденным пороком сердца в период хирургического лечения негативно влияет на психическое развитие детей.
- 6.** Выраженность негативного влияния эмоционального состояния матерей на параметры психического развития детей с ВПС особенно высока на первом году жизни ребенка.
- 7.** Основными задачами психологической реабилитации детей с врожденными пороками сердца младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения являются: компенсация нарушенных психических функций у ребенка с ВПС; формирование средовых (семейных) условий, стимулирующих его развитие; психологическое обеспечение оптимальной позиции ребенка с ВПС в отношении других реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных).
- 8.** Для эффективного психологического сопровождения детей младенческого и раннего возраста в период хирургического лечения выделены основные мишени психологического воздействия: нарушенные психические функции у ребенка с ВПС; нарушенные внутрисемейные коммуникации; недостаточная сплоченность семьи; нарушения эмоционального состояния как у матерей, так и у детей с ВПС в период хирургического лечения; патологическое горе; нарушения параметров детско-родительского взаимодействия; неэффективные копинг-стратегии; неэффективные

формы коммуникации с медицинским персоналом; низкий комплаенс; неадаптивная внутренняя картина болезни ребенка.

9. Построенная на основе разработанной теоретической модели практическая программа психологической реабилитации детей с ВПС младенческого и раннего возраста с ВПС в период хирургического лечения является эффективной при включении в нее техник системной семейной терапии; семейной психотерапии горя; краткосрочной терапии, направленной на решение; клиент-центрированной терапии; экзистенциальной терапии; арт-терапии; психотерапии детско-родительских отношений.
10. Использование программы психологической реабилитации позволяет улучшить параметры эмоционального состояния матери ребенка младенческого и раннего возраста с ВПС в период хирургического лечения, параметры детско-родительского взаимодействия, параметры психического развития ребенка.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Основное содержание диссертации отражено в 23 публикациях (общий объем – 42,83 п.л.; авторский вклад – 41,63 п.л.).

Публикации в изданиях, индексируемых в Web of Science, Scopus, RSCI, а также в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных к защите в диссертационном совете МГУ по специальности 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки).

1. Киселева, М.Г. Психологические факторы в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний / Л.А. Бокерия, М.Г. Киселева // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. - 2011. - Т.12. - №6.– С. 24-31. (0,76 п.л./ 0,64 п.л.). (RSCI) ИФ РИНЦ – 0,650
2. Киселева, М.Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний / М.Г. Киселева // Национальный психологический журнал. - 2012. - №1(7). – С. 124-130. (0,94 п.л.). ИФ РИНЦ – 1,323
3. Киселева, М.Г. Роль психологических факторов в течении периоперационного периода / М.Г. Киселева // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2012. - №2(84). – С. 69-73. (0,33п.л.). ИФ РИНЦ – 0,647
4. Kiseleva, Maria G. Psychological factors and outcomes of coronary surgery / Leo A. Bokeria, Yuri P. Zinchenko Maria G. Kiseleva // Psychology in Russia: State of the Art. - 2013. – №6(4). - P. 160-167. (0,6 п.л./0,2 п.л.) (SCOPUS SJR – 0,212.)
5. Kiseleva, Maria G. The role of maternal depression symptoms in psychological functioning of infants with congenital heart disease subjected to heart surgery / Maria G. Kiseleva, Yury P. Zinchenko // Procedia - Social and

- Behavioral Sciences. - 2016. – V. 233. - P. 445-449. (1 п.л./0,5 п.л.) (Web of Science)
6. Киселева, М.Г. Роль отношения матери к болезни ребенка с ВПС первого года жизни в его психическом развитии / М.Г. Киселева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. - 2016. - Т. 5. - №1(14). – С. 169-171. (0,34 п.л.) ИФ РИНЦ – 2,250
 7. Киселева, М.Г. Особенности психического развития детей раннего возраста с врожденным пороком сердца / М.Г. Киселева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. - 2016. - Т. 5. - №4(17). - С. 358-361. (0,55 п.л.) ИФ РИНЦ – 2,250
 8. Киселева, М.Г. Совладающее поведение в период хирургического лечения у матерей детей второго года жизни с врожденным пороком сердца / М.Г. Киселева / Высшее образование сегодня. – 2016. - №10. - С. 52-54. (0,5 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,505
 9. Киселева, М.Г. Эмоциональный статус детей с врожденными пороками сердца в период хирургического лечения / М.Г. Киселева / Научное мнение. – 2016. - №4-5. - С. 89-91. (0,7 п.л.) ИФ РИНЦ - 0,111
 10. Киселева, М.Г. Психологические особенности детей второго года жизни с врожденными пороками сердца / М.Г. Киселева // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. - 2017. – 18(5). - С. 501-506. (0,6 п.л.) DOI: 0.24022/1810-0694-2017-18-5-501-506. ИФ РИНЦ – 0,650 (RSCI)
 11. Киселева, М.Г. Врожденный порок сердца ребенка в семейной системе [электронный ресурс] / М.Г. Киселева // Письма в Эмиссия. Оффлайн (The Emissia. Offline Letters): электронный научный журнал. - 2017. - Вып. 5. - ART 2522. <http://www.emissia.org/offline/2017/2522.htm> (0,7 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,206
 12. Киселева М.Г. Особенности психического развития детей раннего возраста с врожденным пороком сердца [электронный ресурс] / М.Г. Киселева // Письма в Эмиссия. Оффлайн (The Emissia. Offline Letters): электронный научный журнал. - 2017. - Вып. 6. - ART 2527. <http://www.emissia.org/offline/2017/2527.htm> (0,57 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,206
 13. Киселева М.Г. Психологическая реабилитация детей с ВПС младенческого возраста в период хирургического лечения / М.Г. Киселева // Азимут научных исследований: психология и педагогика. – 2017. – Т. 6. - №3(20). - С. 301-303. (0,33 п.л.) ИФ РИНЦ – 2,250
 14. Киселева М.Г. Психологический этап реабилитации детей с ВПС раннего возраста в период хирургического лечения / М.Г. Киселева // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия «Познание» – 2017. - № 7-8 (июль-август); <http://www.vipstd.ru/index.php/1856-pzn-2017-07-8> (0,25 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,105
 15. Киселева, М.Г. Особенности психического функционирования младенцев с врожденным пороком сердца в период хирургического

- лечения / М.Г. Киселева // Человеческий капитал. – 2017. – №10. - №10(106). - С. 3-8. (0,8 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,337
16. Киселева, М.Г. Депрессия у детей младенческого и раннего возраста / М.Г. Киселева // Национальный психологический журнал. – 2017. – №4(28). – С. 95-104. (1,5 п.л.) DOI: 10.11621/nprj.2017.0400. ИФ РИНЦ – 1,323
17. Киселева, М.Г. Особенности детско-родительского взаимодействия матери и младенца с врожденным пороком сердца / М.Г. Киселева // Современное дошкольное образование. Теория и практика. – 2017. - №10. - С. 33-37. (0,53 п.л.) ИФ РИНЦ – 1,000
18. Киселева, М.Г. Негативные факторы в психологическом развитии детей младенческого и раннего возраста / М.Г. Киселева // Высшее образование сегодня. - 2017. - №10. – С. 63-65. (0,5 п.л.) DOI: 10.25586/RNU.NET.17.10.P.63. ИФ РИНЦ – 0,505.
19. Киселева, М.Г. Использование техник психотерапии детско-родительских отношений в этапе психологической реабилитации детей раннего возраста с врожденным пороком сердца в период хирургического лечения / М.Г. Киселева // Человеческий капитал. – 2017. – №11(107). – С. 26-31. (0,9 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,337
20. Киселева, М.Г. Возможности применения семейной психотерапии горя в психологической реабилитации семей с ребенком, имеющим врожденный порок сердца / М.Г. Киселева // Теоретическая и экспериментальная психология. - 2017. - Т. 10. - № 3. - С. 54–62. (0,9 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,460

Публикации в изданиях из перечня рекомендуемых Минобрнауки России:

21. Киселева, М.Г. Роль материнской депрессии в психическом развитии детей раннего возраста / М.Г. Киселева // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. - № 4а. – С. 146-155. (0,6 п.л.) ИФ РИНЦ -0,432

Монографии

22. Киселева М.Г. Если ребенок болеет. Психологическая помощь тяжелобольным детям и их семьям. – М: Генезис, 2016. – 176с. (10,23 п.л.) ISBN 978-5-98563-351-1.
23. Киселева, М.Г. Психология отношений матери и ребенка с врожденным пороком сердца (младенческий и ранний возраст). Монография / М: Издательство Московского университета, 2017. – 320 с. (20 п.л.) ISBN 978-5-19-011232-0