

На правах рукописи
УДК 613.86 + 615.851

Грошева Елена Владимировна

**Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка
(в связи с задачами психологического сопровождения семьи)**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург
2009

Работа выполнена на кафедре клинической психологии ГОУ высшего профессионального образования «Российский государственный педагогический университета им. А.И. Герцена»

Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор,
АЛЕХИН АНАТОЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ

Официальные оппоненты: Доктор психологических наук, профессор,
КОРАБЛИНА ЕЛЕНА ПАВЛОВНА

Доктор психологических наук, профессор
СОЛОВЬЕВА СВЕТЛАНА ЛЕОНИДОВНА

Ведущая организация: Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая медицинская академия

Защита состоится «5» марта 2009 года в 15 часов 30 минут на заседании совета по защите кандидатских и докторских диссертаций Д 212.199.25 Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп. 11, ауд. 37 .

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена

Автореферат разослан « _____ » _____ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент

З.Ф.Семенова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования:

Развитие психического расстройства у ребенка является, безусловно, стрессовой ситуацией для его родителей. Нередко родители не осознают болезненного происхождения изменений в поведении ребенка, пытаются найти ему рациональное объяснение, не понимают необходимости обращения к специалисту. Это отодвигает сроки диагностики, квалифицированного медицинского вмешательства и, как следствие, снижает эффективность лечения (Грошева Е.В., Алехин А.Н., 2008). Диагноз психического расстройства оказывается для родителей психотравмирующим событием. Родители психически больного ребенка, в особенности матери, испытывают фрустрацию, чувство вины перед ребенком, часто смешанное с чувством враждебности и стыда за него (Чистохина А.В., 1998; Шипицына Л.М., 2005). Нередкими последствиями психического расстройства у ребенка становятся ухудшение взаимоотношений в его семье, снижение материального благополучия и нарушение контактов с привычным социальным окружением (Кабанов М.М., 1998; Печникова Л.С., 1998; Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А., 2000; Шипицына Л.М., 1998, 2005).

Роль родителей в стабилизации течения психического заболевания, вторичной профилактике и реабилитации ребенка чрезвычайно велика. Так же существенны и последствия неадекватного отношения в семье к заболеванию. непонимание родителями сущности психического расстройства и болезненного характера отклонений в поведении ребенка с нарушениями развития, предъявление ему требований, не соответствующих его возможностям, может приводить к формированию у ребенка вторичных психических нарушений и декомпенсации состояния (Гурович И.Я., 1978; Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А., 2000, Шипицына Л.М., 1998, 2005).

Обеспокоенность родителей состоянием ребенка зачастую вынуждает их ограничивать его активность, что еще более затрудняет его адаптацию, препятствует формированию социальных навыков, создает предпосылки для стигматизации и самостигматизации (Шипицына Л.М., 1998; Савина Е.А., Чарова О.Б., 2002; Добряков И.В., 2007). Исследователи отмечают, что такое отношение свойственно не только семьям, воспитывающим ребенка с тяжелым, инвалидизирующим заболеванием. Часто семью дезадаптируют даже незначительные отклонения в эмоционально-волевой сфере ребенка, небольшая задержка в интеллектуальном и речевом развитии, нарушения способности к обучению (Чепурных Е.Е., 1998, Шипицына Л.М., 1998; Осипова А.К., 1998, Заширинская О.В., 1997; Добряков И.В., 2007).

К характерным неблагоприятным последствиям неосведомленности родителей о специфике психического заболевания у ребенка и неадекватного отношения к нему можно отнести также отказы от госпитализации и специализированного лечения, игнорирование врачебных и психолого-педагогических рекомендаций. Актуальность данной проблемы, как правило, осознается врачами-

специалистами и клиническими психологами, работающими с соответствующим контингентом детей. Вместе с тем психосоциальные факторы и механизмы формирования подобных тенденций в структуре отношения родителей к психическому заболеванию у ребенка пока недостаточно изучены.

Кроме того, несмотря на признание врачебным сообществом необходимости разработки и реализации программ психологического сопровождения семьи психически больного ребенка, соответствующая работа проводится пока только в рамках амбулаторных служб и кризисных центров. В стационарах, где родители часто впервые вынуждены признать болезненность состояния ребенка, служба психологической помощи семье развита недостаточно.

Особенности понимания родителями специфики состояния ребенка, страдающего психическим расстройством, характер изменения системы их отношений в связи с его болезнью, переживания, связанные с госпитализацией в психиатрический стационар, их установки в отношении лечения, как правило, остаются вне поля зрения специалистов. Однако они выступают в качестве факторов, оказывающих существенное влияние на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Исследования, посвященные научному обоснованию направлений и содержания консультативной и психокоррекционной работы с родителями психически больных детей немногочисленны. Еще меньше работ, описывающих специфику психологических трудностей и принципов сопровождения в психиатрическом стационаре семей детей с различными формами психической патологии – прогрессирующими психотическими заболеваниями, поведенческими расстройствами, интеллектуальной недостаточностью и др.

Определение специфики семейной ситуации и условий воспитания психически больного ребенка, исследование отношения родителей к его психическому заболеванию, выявление связи этого отношения с клиническими характеристиками психического расстройства и успешностью лечебно-реабилитационных мероприятий представляется весьма актуальным, прежде всего, в связи с возможностью научного обоснования программ психологического сопровождения семей детей с психическими заболеваниями в условиях психиатрического стационара.

Изложенное выше определило **цель данного исследования**: изучение отношения родителей к психическому расстройству у ребенка с целью научного обоснования направлений психологического сопровождения семьи.

Проведенный теоретический анализ позволил сформулировать **гипотезу исследования**:

Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка и их поведение в лечебно-реабилитационном процессе определяются, в большей степени, сложившимися в семье установками по отношению к ребенку, его воспитанию и лечению, нежели клинической тяжестью состояния ребенка.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Клинико-психологическое исследование уровня психического развития, особенностей поведения и тяжести психического статуса детей с психическими расстройствами, проходящими лечение в стационаре.

2. Исследование отношения родителей к психическому расстройству у ребенка.

3. Анализ родительских установок и воспитательных стратегий в семьях детей с психическими расстройствами.

4. Исследование взаимосвязей между клиническими характеристиками психического статуса ребенка и отношением к его болезни у родителей.

5. Разработка практических рекомендаций по психологическому сопровождению родителей детей, госпитализированных в психиатрический стационар.

Методологической и теоретической основой исследования стали принципы интегративной биопсихосоциальной модели болезни и здоровья (Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д., Ковалев В.В., Коцюбинский А.П., Мнухин С.С., Эйдемиллер Э.Г., Варга А.Я., Добряков И.В., Захаров А.И., Мастюкова Е.М. и др.); клинико-психологический подход (Исаев Д.Н., Кулаков С.А., Алешина Ю.Е.), системно-семейный подход (Э.Г.Эйдемиллер, Варга А.Я.).

Объект исследования: Всего было обследовано 116 человек: 110 родителей (из которых – 104 матери и шестеро отцов) и 106 детей от 6 до 15 лет, из которых 42 мальчика и 49 девочек. В четырех случаях в семье были обследованы оба родителя. В основном исследовании приняло участие 186 человек: 95 родителей и 91 ребенок, остальные – в пилотажном.

У 67% детей была диагностированы нарушения поведения, преимущественно психопатоподобного характера, сочетанные с резидуально-органической патологией; у 13% детей - умственная отсталость легкой степени, сопровождающаяся нарушениями поведения и школьной дезадаптацией; еще у 13% - невротические расстройства (преимущественно сочетанные с резидуально-органической патологией), сопровождающиеся социальной и школьной дезадаптацией и у 7% - психозы различной этиологии.

Предмет исследования: Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка.

Для реализации поставленных целей использовались следующие **методы и методики исследования:**

1. Клинико-биографический метод:

- Анкетирование и интервьюирование родителей;
- Исследование медицинской документации (история болезни ребенка);
- Исследование единичного случая.

2. Экспериментально-психологический метод:

• «Незаконченные предложения». Вариант, использованный в нашей работе, разработан Л.М. Шипициной на основе методики, созданной В.Е.Каганом и И.К.Шацем.

• Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е.Кагана и И.П.Журавлевой.

- Методика полярных профилей, разработанная В.Е.Каганом и И.К.Шацем.
- Опросник родительского отношения А.Я.Варги и В.В.Столина.
- Методика Люшера.
- Методика исследования интеллекта у детей Д.Векслера (WISC).

3. Клинико-психологический метод:

- Шкала общей оценки тяжести состояния у детей и подростков (MAS).

Математическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA, версия 6.0. Производился процентный подсчет результатов. Достоверность различий показателей определялась при помощи U-критерия Манна-Уитни, углового преобразования Фишера, сравнение средних значений по t-критерию Стьюдента, корреляционный и факторный анализ.

Научная новизна. В результате анализа взаимосвязей между отношением родителей к больному ребёнку и его клинико-психологическими характеристиками впервые выявлена относительная независимость отношения родителей к психически больному ребёнку, его болезни и лечению от клинической тяжести заболевания ребёнка.

Доказано, что наибольшую роль в формировании высокой напряженности и тревоги у родителей в отношении заболевания ребёнка играют такие факторы, как гипернозогнозическое отношение родителей к болезни ребёнка, высокий уровень эмоционального отвержения ребёнка родителями, нетерпимое отношение всех членов семьи к болезненным проявлениям у ребёнка, негативная оценка родителями характерологических особенностей ребёнка, склонность к использованию жестких, авторитарных воспитательных стратегий.

Доказано, что эмоциональное отвержение является общим фактором риска увеличения количества и/или длительности госпитализаций у детей с поведенческими, невротическими, психотическими расстройствами и легкой умственной отсталостью.

Теоретическая значимость результатов диссертационного исследования

Исследование отношения родителей к психическому расстройству у ребёнка, его лечению и госпитализации в психиатрический стационар углубляет представления о психологическом сопровождении семьи психически больного человека в целом. Сравнительный аспект изучения отношения родителей к психическому расстройству у ребёнка позволяет выделить общие и специфические черты эмоциональных и поведенческих реакций в семьях, воспитывающих детей с разными формами психических расстройств.

Практическая значимость исследования. Показана зависимость отношения родителей к психическому заболеванию ребёнка от доминирующих родительских установок и воспитательных стратегий, принятых в семье. Научно доказана взаимосвязь отношения родителей к психическому расстройству у ребёнка с эффективностью лечебно - реабилитационных мероприятий. На основании этого выделены общие и специфические для исследованных нозологических форм факторы риска снижения эффективности лечебно-

реабилитационных мероприятий и повышения количества и/или длительности заболевания у детей, связанные с родительским отношением к ребенку с психическим расстройством, его болезни и лечению. Выделены факторы риска возникновения дезадаптивных эмоционально-личностных реакций у родителей детей, госпитализированных в психиатрический стационар. Это позволило разработать дифференцированные практические рекомендации по психологическому сопровождению родителей детей с разными формами психических расстройств, проходящих лечение в психиатрическом стационаре.

Использование результатов исследования повысит эффективность психологической службы в системе психиатрии.

Результаты исследования могут быть использованы клиническими психологами, психиатрами, психотерапевтами, педагогами психологами, работающими в системе психиатрической помощи. Результаты также представляют интерес для клинко-психологической, педагогической, психотерапевтической практики, могут быть широко использованы при создании спецкурсов и специализированных практикумов для студентов клинко-психологических и психолого-педагогических специальностей.

Положения, выносимые на защиту:

1. Основными особенностями отношения родителей к психическому расстройству у ребенка, госпитализированного в психиатрический стационар, являются чувства растерянности и недоверия к врачебным рекомендациям, неадекватное представление об особенностях, тяжести и причинах состояния ребенка, эмоциональное напряжение и стремление снять с себя ответственность за состояние ребенка.

2. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка и их поведение в лечебно-реабилитационном процессе относительно независимы от клинических характеристик его заболевания. Определяются оно, преимущественно, личностными особенностями родителей, особенностями воспитательных установок и психологического климата в семье, а также степенью соответствия представлений родителей о происхождении, тяжести и последствиях психического расстройства у ребенка клиническим особенностям его состояния.

3. Содержанием мероприятий психологической помощи родителям детей с психическими расстройствами должны быть коррекция дезадаптивных эмоционально-личностных реакций родителей; подробное информирование родителей о характере психического расстройства у ребенка: клинической тяжести состояния, течении, причинах, возможных последствиях, характере лечения; повышение активности родителей в лечебно-реабилитационном процессе; коррекция привычных, неконструктивных воспитательных стратегий в отношении больного ребенка.

Апробация работы. Материалы диссертации были представлены и апробированы в виде докладов на научных и научно-практических конференциях:

Третий национальный конгресс «Интегративная медицина: основа национальной системы подготовки медицинских кадров» (Санкт-Петербург, апрель

2006); «Мнухинские чтения». Научная конференция памяти С.С.Мнухина. «СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств» (Санкт-Петербург, 2006); «Мнухинские чтения». Научная конференция памяти С.С.Мнухина и 50-летию детской психиатрической больницы №9. «Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии» (Санкт-Петербург, 2007); Всероссийская научно-практическая конференция «Теоретические и прикладные вопросы организации психологического, педагогического и медико-социального сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья» (Санкт-Петербург, декабрь 2007); Международная научная конференция «Актуальные вопросы коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии» (Санкт-Петербург, апрель 2008); Международная научно-практическая конференция «Системный подход в оказании социально-психологической помощи семье». (Минск, 28-29 ноября 2007); Международная конференция, посвященная памяти С.С.Мнухина и 40-летию городского отделения невротиков у детей «VII Мнухинские чтения. Междисциплинарный подход в детской неврологии». (Санкт-Петербург, ноябрь 2008); Городской семинар «Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних и молодежи». (Санкт-Петербург, май 2008).

В настоящее время основные идеи работы используются в деятельности медицинских психологов стационарных отделений ЦВЛ «Детская психиатрия».

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 235 страницах, состоит из введения, обзора литературы, характеристики материала и методов исследования, результатов исследования, заключения, выводов, списка литературы, состоящего из 193 источников (172 на русском языке и 21 на английском) и приложений. Работа иллюстрирована 42 таблицами и 26 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены цель, задачи, объект, предмет, основная гипотеза, научная новизна и практическая значимость диссертационного исследования.

Глава 1. Анализ состояния проблемы психологической помощи семьям, воспитывающим ребенка с психическим расстройством

В главе 1 представлен обзор современных исследований, описывающих особенности и проблемы семей, воспитывающих детей с психическим расстройством.

1.1. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте как социальная и медико-психологическая проблема

1.1.1. Распространенность психических расстройств у детей и подростков

В России и во всем мире происходит неуклонный рост заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами, из которых $\frac{3}{4}$ от всех случаев составляют непсихотические психические расстройства (Гурович И.Я., 2000; Ма-

каров И.В., 2007). Рассмотрена концепция Чепурных Е.Е. (1998), который выделил три группы детей, нуждающихся в психиатрической помощи. В эту классификацию вошли не только дети с традиционными психическими расстройствами, но и дети, «особое» положение которых определяется тем, что они в силу исключительных обстоятельств оказались в трудных условиях существования, а также дети с различными отклонениями от усредненного уровня развития и жизнедеятельности здорового ребенка.

1.1.2. Факторы риска психических расстройств у детей и подростков

Рассмотрена роль биологических, социальных, семейных факторов в этиопатогенезе психических расстройств у детей. Наиболее распространенными являются теории, описывающие переплетение биологических и социальных факторов в происхождении психических расстройств у детей (Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н., 1977; Ковалев В.В., 1995; Эйдемиллер Э.Г., 2000, 2005). Подчеркивается, что в зависимости от тяжести расстройства и возраста ребенка различна и роль биологических и социальных факторов в его происхождении. Описывается негативное влияние аномального воспитания в семье: гипер- и гипопеки, авторитарности матери, отвержения ребенка родителями, разногласия членов семьи по вопросам воспитания ребенка, внутрисемейного соперничества, асоциальных тенденций в семье и т.д. в происхождении невротических и поведенческих расстройств у детей (Исаев Д.Н., 2004; Егоров А.Ю., Игумнов С.А., 2005; Эйдемиллер Э.Г., 2000 и др.).

1.2. Психологические проблемы семей детей и подростков с психическими расстройствами

1.2.1. Функции семьи и ее роль в процессе формирования личности

В результате анализа литературы выделены основные функции здоровой семьи: (Эйдемиллер Э.Г., 2000; Гуров В.Н., 1996): первичная (базовая) социализация ребенка, генеративная функция, рекреативная, сексуально-эротическая, коммуникативная, регулятивная, фелицитологическая, экономическая, хозяйственно-бытовая. Отмечено, что все эти функции могут быть нарушены психическим заболеванием у ребенка.

1.2.2. Отношение родителей к детям с психическим расстройством

При анализе литературы не было выявлено, казалось бы, наиболее очевидных закономерностей переживания родителями психического расстройства у ребенка. Например, взаимосвязи характера отношения к ребенку с характером и глубиной расстройства. Рассмотрено исследование Осиповой А.К. (1998), изучавшей отношение родителей к детям с задержкой психического развития, работа Печниковой Л.С. (1998), исследовавшей отношение родителей к детям с аутизмом, работа Смирновой А.Н. (1967), изучавшей отношение родителей к детям с тяжелым интеллектуальным недоразвитием.

Гуровичем И.Я. (1989) отмечается значительная роль личностных особенностей родителей, воспитывающих психически больного ребенка, для формирования адекватного отношения к его состоянию. Савиной А.Е., Чаровой О.Б. (2002) отмечается, что независимо от психического статуса детей с нарушениями

ми психического развития, материнское отношение к ним характеризуется формированием инвалидизированного образа ребенка.

1.2.3. Проблемы адаптации членов семьи к психическому расстройству у ребенка

Сорокиным В.М. (1998), Шипицыной Л.М. (2005), Зинкевич-Евстигнеевой Т.Д. (2000) и другими описаны тягостные чувства горя, безнадежности, растерянности, вины перед ребенком и в тоже время стыда за него, ощущение несбывшихся надежд, переживаемые родителями психически больного ребенка. Описаны сложности, возникающие внутри семьи: между родителями или между родителями и прародителями ребенка. Seligman M., и Darling R.B. (1989) в рамках системной семейной теории описывают возможные варианты дисфункциональной динамики, которые могут быть вызваны появлением особого ребенка в семье.

Гурович И.Я. (2002), Зайцев В.В. (1999), Коцубинский А.П. (2004) отмечают, что общество также склонно стигматизировать детей с психическими расстройствами и их семьи. Это выражается в ограничении общения с такими семьями, запретах детям дружить с членами таких семей, дискриминации ребенка в детских учреждениях (детских садах, школах), презрительном отношении к больным детям и их родителями. Зайцев В.В. отмечает, что параллельно идет процесс самостигматизации семьи (1999).

1.2.4. Отношение родителей к лечению и проблема комплайенса

Отмечается, что часто родители неадекватно оценивают психическое состояние больного ребенка. Голиком А.Н. (1998) выделено три вида неадекватного отношения родителей к психическому заболеванию у ребенка: диссимуляция, аггравация психических нарушений у ребенка и недооценка тяжести его расстройства. Бурдаковым А.Н. (2005) и др. отмечается настороженность или амбивалентность родителей в отношении медикаментозного лечения.

1.3. Основные направления медицинской, психологической и социальной помощи психически детям с психическими расстройствами и их родителям

1.3.1. Организационные формы оказания психиатрической помощи детям и подросткам в России

Описаны сформулированные В.В.Ковалевым (1995) общие принципы организации психиатрической помощи детям и подросткам, дан список основных показаний (R.Dalton et al., 1987) и противопоказаний (Гурович И.Я., 1992) к госпитализации в психический стационар. Рассмотрены некоторые варианты амбулаторной помощи, преимущества частичной госпитализации (ночные и дневные стационары).

1.3.2. Проблема психологического сопровождения семьи ребенка с нарушениями психического развития

Рассмотрены выделенные Н.М. Иовчук (2002) основные этапы работы с семьей психически больного ребенка. Рассмотрены основные методические подходы, которые традиционно используются при работе с такими семьями:

психологическое сопровождение, семейная психотерапия, работа в рамках психообразовательного подхода, групповое и индивидуальное консультирование родителей, которые могут использоваться отдельно или комбинироваться на разных этапах работы с семьей.

Глава 2. Организация и методы исследования

В главе 2 описаны материал, процедура и методы исследования.

2.1. Характеристика семей, воспитывающих детей с психическими расстройствами

2.1.1. Социально-демографические характеристики обследованных семей

Был выявлен высокий уровень наследственной отягощенности у детей (53%). Еще в 11% случаев есть признаки тяжелых дезадаптирующих расстройств характера, однако нет верифицированного диагноза психического расстройства. Наиболее часто встречается отягощенность алкоголизмом родителей и прародителей (18%), психозами (11%). В полных семьях живут 34% детей.

2.1.2. Половозрастные, клинические и социально-демографические характеристики обследованных детей и подростков

Всего было обследовано 116 человек: 110 родителей (из которых – 104 матери и шестеро отцов) и 106 детей от 6 до 15 лет, из которых 42 мальчика и 49 девочек. В четырех случаях в семье были обследованы оба родителя. В основном исследовании приняло участие 186 человек: 95 родителей и 91 ребенок, остальные – в пилотажном. Все дети поступили для обследования и лечения на стационарные отделения ЦВЛ «Детская психиатрия».

По нозологическим формам расстройства у детей распределились следующим образом:

- нарушения поведения, преимущественно психопатоподобного характера, сочетанные с резидуально-органической патологией – 67%
- умственная отсталость легкой степени, сопровождающаяся нарушениями поведения и школьной дезадаптацией – 13%
- психозы различной этиологии – 7%
- невротические расстройства (преимущественно сочетанные с резидуально-органической патологией), сопровождающиеся социальной и школьной дезадаптацией – 13%.

Все обследованные дети имели признаки резидуально-органического поражения головного мозга по результатам электроэнцефалографии.

2.2. Процедура и методы исследования

Исследование проходило в два этапа. На первом этапе было проведено пилотажное исследование особенностей установок родителей по отношению к их детям, госпитализированным в психиатрический стационар, их болезни и лечению, а также клинико-психологическое исследование уровня психического развития, особенностей поведения и тяжести психического статуса детей. В обследовании приняли участие 30 человек: 15 родителей и 15 детей. На втором этапе были обследованы еще 186 человек – 95 родителей и 91 ребенок. Обследование детей проводилось психологом отделения. В оценке тяжести общего состояния

ребенка на момент поступления и перед выпиской принимал участие его лечащий врач.

В качестве методов исследования были использованы клинико-биографический метод (включивший в себя анкетирование и интервьюирование пациентов, а также исследование единичного случая); клинико-психологический метод, включивший с себя шкалу общей оценки тяжести состояния у детей и подростков (MAS). Был использован ряд экспериментально-психологических методик: «Незаконченные предложения» а варианте Л.М. Шипициной разработанной на основе методики, созданной В.Е.Каганом и И.К.Шацем; методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е.Кагана и И.П.Журавлевой; методика полярных профилей, разработанная В.Е.Каганом и И.К.Шацем; опросник родительского отношения А.Я.Варги и В.В.Столина, методика Люшера; методика исследования интеллекта у детей Д.Векслера (WISC).

2.3. Методы анализа результатов исследования

Статистическая обработка данных начиналась с оценки эмпирических кривых распределения показателей. Для выявления различий между рядами количественных признаков использовался **критерий Манна-Уитни (U)**. Критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню какого-либо признака, количественно измеренного. В случае, если распределение признака соответствовало законам нормального, то для оценки значимости различий в выраженности признака нами использовался **критерий Стьюдента (t)** для независимых выборок. Для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего признака применялся **критерий Фишера (φ)**.

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

В главе 3 представлены результаты проведенного исследования.

3.1. Анализ клинико-психологических характеристик детей и подростков, госпитализированных в связи с психическим расстройством

Отражены данные, полученные в ходе клинико-психологического и экспериментального исследования особенностей эмоционально-волевой, интеллектуальной сфер и поведения детей с различными типами психических расстройств и разной тяжестью заболевания.

3.2. Особенности отношения родителей к болезни ребенка и лечению

3.2.1. Особенности отцовского отношения к психическому расстройству у ребенка

В исследовании приняли участие всего шестеро отцов, все они воспитывают ребенка с поведенческим расстройством. Было выявлено, что все отцы стремятся максимально устраниваться из лечебно-реабилитационного процесса, передать ответственность за ребенка матери или же обвинить ее или другое окружение ребенка в возникновении проблемы. В семье у них возникают проблемы, которые мужчины признают, однако также отрицают свой вклад в возникновении напряженности, не желают ничего делать, чтобы изменить ситуацию. Отцы стыдятся госпитализации ребенка в психиатрический стационар, боятся огла-

ски, поэтому склонны отказываться от необходимой ребенку помощи. Эти мужчины испытывают напряженность, тревогу, страх будущего, который, однако, считают «неприличным» признавать и, тем более, обсуждать с «посторонними», которыми считают и врачей. Поэтому возможность получить помощь у этих мужчин крайне ограничена.

3.2.2. Особенности переживания родителями госпитализации ребенка

Родителями, как правило, описывались разные переживания, в которых доминировало (36%) ощущение растерянности. Особенно характерно это было для родителей детей при манифестации психозов (86%). Весьма распространены были недоверие (15%), надежда на ошибку (13%). Родители детей с умственной отсталостью чаще надеются на ошибку, чем родители детей с поведенческими расстройствами ($p < 0,01$; $\varphi = 2,32$). Спокойно реагировали на диагноз психического расстройства лишь пятая часть родителей, это родители детей с поведенческими расстройствами и неврозами. 7% родителей сразу определили ситуацию, как безнадежную.

Высокая тревожность (по методике Люшера) у родителей детей с психозами встречается достоверно чаще, чем у родителей детей с другими нозологическими формами. По сравнению с родителями детей с поведенческими расстройствами – на уровне $p \leq 0,015$ ($\varphi = 2,16$), по сравнению с родителями умственно отсталых детей – на уровне $p \leq 0,035$ ($\varphi = 1,81$), и с родителями детей с невротическими расстройствами – на уровне $p \leq 0,007$ ($\varphi = 2,39$).

3.2.3. Особенности представлений о расстройстве родителей госпитализированных детей

Все родители называли, как правило, по несколько причин, которые могли по их мнению стать решающими для развития заболевания у ребенка.

У родителей детей с поведенческими расстройствами самым популярным объяснением возникновения расстройства у ребенка были несвоевременное обращение родителей к специалистам (17%), недостаточное внимание к ребенку (15%) и, наконец, плохой характер самого ребенка (15%). При этом изначально плохим характером ребенка родители девочек достоверно чаще объясняют состояние ребенка, чем родители мальчиков ($\varphi = 1,83$, $p \leq 0,034$). В недостаточном внимании к ребенку родители девочек также упрекают себя достоверно чаще ($\varphi = 1,83$, $p \leq 0,034$). Популярны у родителей детей с поведенческими расстройствами такие объяснения, как проблемы в семье (12,5%), дурная компания у ребенка (12,5%), патологическая наследственность (11%), дурное влияние родственников (11%) и непонимание окружающих (11%). Причем проблемы в семье как значимый фактор для формирования болезненного состояния у ребенка упоминается только родителями мальчиков. Дурную компанию ($\varphi = 2,29$; $p \leq 0,011$), патологическую наследственность ($\varphi = 2,03$; $p \leq 0,02$) и дурное влияние родственников ($\varphi = 2,03$; $p \leq 0,02$) достоверно чаще отмечают родители девочек, непонимание окружающих – родители мальчиков ($\varphi = 2,19$; $p \leq 0,014$). Также родителями упоминались такие возможные причины возникновения расстройства у ребенка, как курение матери, рождение в семье младших братьев и сестер, от-

сутствие грудного вскармливания, «обстоятельства жизни», невезение, «тяжелые времена» и др.

28% родителей детей с психозами основной причиной заболевания считают родовую травму и столько же - невезение в жизни у ребенка. 58% считают причиной болезни комплекс причин, но затрудняются их назвать. Еще 28% упрекают себя за «неадекватный выбор отца для ребенка».

Родители детей с умственной отсталостью в 50% основной причиной заболевания считают патологию беременности и родов. 16% родителей, считая основной причиной перинатальную патологию, важной причиной формирования расстройства у ребенка считают непонимание и конфликты в семье. Родителями детей с умственной отсталостью называются и такие возможные причины, как «тревога матери во время беременности» и даже «переезд из деревни в город».

Родители детей с невротическими расстройствами в 42% случаев основной причиной расстройства у ребенка считают патологию беременности и родов, в 25% - несвоевременное обращение к специалистам, в 16% - плохой аппетит, 16% основной причиной считают «трудные времена и плохую экологию». Также называются такие причины, как непонимание окружающих, сопутствующая соматическая патология, недавняя черепно-мозговая травма.

3.2.4. Отношение к ребенку и воспитательные стратегии, используемые семьей

В результате анкетирования и беседы были выявлены основные типы семейного воспитания и наиболее популярные способы наказания, присущие семьям детей с разными формами психических расстройств.

В семьях детей с поведенческими расстройствами ($p \leq 0,03$; $\varphi = 1,79$) и в семьях детей, страдающих психозами ($p \leq 0,018$; $\varphi = 2,10$) достоверно чаще, чем в семьях детей с умственной отсталостью и невротическими расстройствами воспитание носит неравный, противоречивый характер. Дети с психотическим расстройством воспитываются в обстановке повышенной ответственности чаще, чем дети с поведенческими расстройствами ($p \leq 0,016$ $\varphi = 2,15$) и умственной отсталостью ($p \leq 0,036$ $\varphi = 1,80$). При этом им чаще, чем другим детям, прощают все проступки, реже ругают. По сравнению с семьями детей с поведенческими расстройствами достоверность различий достигает уровня $p \leq 0,034$ ($\varphi = 1,82$). В семьях детей с невротическими расстройствами родители не отмечают использования всепрощения как воспитательной стратегии.

Дети с поведенческими расстройствами чаще, чем другие воспитываются в жесткой, гипоопекающей обстановке, где проступки редко прощаются, детей часто ругают или лишают значимых для них благ. По сравнению с детьми с психотическими и невротическими расстройствами различие достоверно на уровне $p < 0,001$ ($\varphi = 3,50$ и $\varphi = 4,72$ соответственно), а по сравнению с семьями умственно отсталых детей - на уровне $p < 0,004$ ($\varphi = 2,55$).

Воспитание детей с умственной отсталостью также непоследовательно. С одной стороны, воспитание в этих семьях чаще, чем, например, у детей с пове-

денческими расстройствами, носит изнеживающий характер ($p \leq 0,002$; $\varphi = 2,78$). С другой стороны, используются жесткие методы воспитания, детей с умственной отсталостью значительно чаще, чем в семьях детей с поведенческими и невротическими расстройствами наказывают физически ($p < 0,001$; $\varphi = 3,54$). В семьях детей с психотическими расстройствами использование физических наказаний родители отрицали. В семьях детей с невротизмом в нашей выборке обстановка более стабильная: воспитательные воздействия относительно систематизированы, но часто воспитание носит мягкий, изнеживающий характер ($p \leq 0,002$; $\varphi = 2,78$).

С помощью методики ОРО было выявлено, что самый высокий уровень эмоционального отвержения наблюдается в семьях, воспитывающих ребенка с поведенческими расстройствами, самый низкий – в семьях, где ребенок страдает психозом. Данная тенденция достоверна на уровне $p < 0,001$. Уровень симбиоза между детьми и родителями в семьях детей с невротическими расстройствами выше, чем в семьях детей с поведенческими ($p < 0,01$) расстройствами и психозами ($p < 0,001$). В семьях детей с умственной отсталостью данный показатель достоверно выше, чем в семьях, воспитывающих ребенка с психотическим расстройством ($p < 0,01$). Авторитарность в воспитании ребенка в семьях детей с поведенческими расстройствами выше, чем в семьях, воспитывающих ребенка, больного психозом ($p < 0,001$) или невротическим расстройством ($p < 0,01$). В семьях детей с умственной отсталостью данный показатель достоверно выше, чем в семьях, воспитывающих ребенка с психозами ($p < 0,01$), или невротизмом ($p < 0,05$).

3.2.5. Отношение членов семьи к медицинской помощи и проводимому лечению детей

При анализе предпочитаемых родителями видов лечения было выявлено, что на первом месте стоит потребность родителей в подробной информации о заболевании вообще и состоянии их ребенка в частности. 100% родителей отмечают дефицит подобных знаний. Лишь 35% родителей хотели бы получить медикаментозное лечение. Несмотря на преобладание в выборке детей с поведенческими расстройствами, психологическую помощь хотели бы получить лишь 21% родителей. Практически все родители (96%) настаивали на психотерапии с ребенком. Желательность педагогической коррекции признавали 54% обследованных родителей.

Анализировалось поведение 23 человек, родителей, чьи дети госпитализировались повторно. Значительная часть родителей после первой госпитализации продолжали выполнять врачебные рекомендации. Однако 30% полностью отказались от лечения в связи с недоверием к врачебным рекомендациям, еще 9% лечились нерегулярно. Незначительная часть родителей, преимущественно – детей с невротическими расстройствами, стремилась проконсультироваться в других учреждениях, при этом они все продолжали выполнять полученные в стационаре рекомендации.

При выписке ребёнка из стационара большинство родителей (79%) предполагают продолжить рекомендованное лечение. Лишь 9% родителей говорят о том, что еще не решили точно. То есть 12% детей в домашних условиях не будут получать рекомендованное лечение. 17% родителей настаивают на дополнительных консультациях в других учреждениях. Незначительная часть родителей надеются на средства народной медицины или помощь экстрасенса (4%).

Анализ отношений родителей к психическому расстройству у ребёнка свидетельствует о том, что нетерпимость к болезненным проявлениям в семьях, воспитывающих детей с легкой умственной отсталостью встречается гораздо чаще, чем в семьях, где дети страдают психозами, неврозами ($p < 0,05$) или поведенческими расстройствами ($p < 0,01$). При том родители детей с поведенческими нарушениями демонстрируют положительное отношение к госпитализации чаще, чем родители детей с умственной отсталостью ($p < 0,05$) или с невротическими расстройствами ($p < 0,01$). Родители детей с психозами также более позитивно настроены по отношению к госпитализации, чем родители детей с невротическими расстройствами ($p < 0,05$).

Самые низкие показатели тревоги в отношении болезни ребенка демонстрируют родители детей с поведенческими расстройствами, самые высокие – родители детей с неврозами ($p < 0,05$). Гипонозогностическая установка по отношению к болезни ребенка чаще всего встречается в семьях детей с поведенческими расстройствами, гипернозогнозия – в семьях детей с умственной отсталостью ($p < 0,01$). Самые низкие показатели общей напряженности в отношении болезни ребенка выявлены у родителей детей с поведенческими расстройствами, самые высокие – у родителей детей с умственной отсталостью ($p < 0,05$).

3.2.6. Анализ факторов, определяющих отношение родителей к болезни ребенка и необходимости его лечения

Анализ полученных диагностических признаков с помощью факторного анализа свидетельствует о том, что характер переживания родителями психического заболевания ребенка обусловлен, скорее, с личностными особенностями родителей, их воспитательными установками и отношением к болезни и лечению ребенка, нежели тяжестью и характером психического расстройства.

Первый, самый сильный фактор, детерминирует такие психодиагностические показатели, как: с высоким отрицательным вкладом - отвержение ребенка родителями (методика ОРО), напряженность в отношении болезни ребенка и уровень нозогнозии (методика ДОБР), с небольшим отрицательным вкладом – тревога в отношении болезни ребенка и контроль активности ребенка (ДОБР), с невысоким положительным вкладом – отношение родителей и всей семьи к болезни ребенка (незаконченные предложения), оценка родителями характера ребенка в целом и его стремления и способности к сотрудничеству (полярные профили). По содержанию включённых показателей этот фактор обобщённо отражает параметры, сопряженные с развитием низкой напряженности и позитивного отношения к болезни ребенка. В нашем исследовании такими факторами явились гипонозогностическое отношение к болезни ребенка у родителей, та-

кие особенности эмоционального климата в семье, как принятие ребенка родителями, терпимое отношение всей семьи к болезненным особенностям ребенка, позитивная оценка родителями его характерологических особенностей, а также достаточно низкий контроль родителями активности ребенка, т.е. предоставление ему свободы, допустимой при его психическом состоянии.

Во второй фактор вошли параметры, описывающих особенности самооценки родителей (методика «полярные профили»): с высоким положительным вкладом - их общая оценка своих характерологических особенностей, оценка своих когнитивных способностей, навыков сотрудничества, способности контролировать собственное поведение. Также во второй фактор с положительным вкладом вошли параметры «симбиоз» и «авторитарная госпитализация» из методики «ОРО». Таким образом, второй фактор отражает склонность к формированию высокой самооценки у родителей, сопряженную с предпочтением использованием ими авторитарных стратегий воспитания и высокую симбиотичность детско-родительских отношений в этих семьях.

Третий фактор объединяет исключительно объективные характеристики состояния ребенка: с большим положительным вкладом - уровень интеллектуального развития и тяжесть состояния при поступлении и при выписке (чем выше оценка, тем легче расстройство); с небольшим отрицательным вкладом – длительность госпитализации и порядковый номер беременности и родов, уровень тревоги родителей.

Глава 4. Разработка практических рекомендаций: основные направления просветительской и психокоррекционной работы с родителями психически больных детей и подростков

В главе 4 на основе анализа имеющихся данных даны рекомендации по основным направлениям психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с поведенческими и невротическими расстройствами, умственной отсталостью и психозами.

В результате анализа особенностей установок и реакций родителей, связанных с состоянием, госпитализацией и лечением ребенка в психиатрическом стационаре, нами были выявлены следующие основные направления работы:

1. Проведение психопрофилактических мероприятий и коррекция дезадаптивных эмоционально-личностных реакций родителей на диагноз психического расстройства у ребенка.

2. Оптимизация процесса адаптации родителей к болезни ребенка, которая включает в себя:

- Работу с родителями, связанную с повышением эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.
- Работу с родителями с целью профилактики повторных госпитализаций у ребенка.

4.1. Психологическая профилактика и коррекция дезадаптивных эмоционально-личностных реакций родителей на диагноз психического расстройства у ребенка

В результате анализа полученных данных выделены факторы риска возникновения дезадаптивных эмоционально-личностных реакций у родителей детей, госпитализированных в психиатрический стационар:

- Неадекватная оценка родителями состояния ребенка, гипер- или гипозогнозия;
- Высокий уровень эмоционального отвержения ребенка родителями;
- Растерянность перед лицом болезни, ощущение «краха надежд», отсутствие планов на будущее;
- Неадекватная, заниженная самооценка родителей;
- Предпочтение в воспитании таких стратегий, как высокий уровень авторитарности, гиперконтроль или высокий уровень симбиотичности детско-родительских отношений;
- Вменение ребенку ответственности за его состояние, желание убраться из лечебно-реабилитационного процесса.

4.2. Оптимизация процесса адаптации родителей к болезни ребенка

В результате проведенных исследований выявлены общие и специфические факторы, оказывающие влияние на эффективность лечения, которые связаны, главным образом, с отношением родителей к болезни ребенка.

Общие факторы риска:

- Неадекватный «образ ребенка» у родителей, непонимание его особенностей и возможностей;
- Дефицит информации о психическом состоянии ребенка, его прогнозе, лечении, последствиях, возможности излечения;
- Эмоциональное отвержение ребенка родителями;
- Недоверие к лечению и врачебным рекомендациям;
- Пассивность родителей, нежелание принимать активное участие в лечебно-реабилитационном процессе.

При поведенческих расстройствах у ребенка специфическими факторами родительского отношения, связанными с особенностями психического расстройства, являются: гипозогнозия, непонимание родителями болезненности специфических проявлений у ребенка. Особенно негативно на течении заболевания у этих детей отражается эмоциональное отвержение ребенка родителями.

Особенностью родительского отношения к ребенку с невротическим расстройством является особая значимость терпимого отношения всех членов семьи к состоянию ребенка. Благоприятный психологический климат, ощущение ребенком комфорта и безопасности в семье является главным специфическим для этих детей фактором, способствующим улучшению состояния ребенка, повышению доверия родителей к лечению и препятствующим развитию у родителей эмоционального отвержения.

Для родителей детей с умственной отсталостью характерны:

- Гипернозогнозия, восприятие своего ребенка как «тяжело больного», формирование «инвалидизированного образа ребенка»;

- Высокий уровень переживания чувства вины в отношении заболевания ребенка;

- Высокий уровень авторитарности семейного воспитания, жесткое ограничение активности ребенка.

Особенно ярко проявляются особенности отношения родителей к ребенку с психотическим расстройством, препятствующие лечебно-реабилитационному процессу. Для них свойственны:

- Гипернозогностическое отношение к болезни ребенка, формирование «инвалидизированного образа ребенка»;

- Ощущение своей беспомощности перед заболеванием;

- Низкая оценка родителями характерологических особенностей ребенка;

- Нетерпимость членов семьи к болезненным проявлениям ребенка;

- Высокая авторитарность в воспитании, жесткое ограничение активности ребенка.

Полученные данные позволяют обосновать направления и содержание мероприятий психологической помощи родителям при госпитализации детей в психиатрический стационар:

1. Тщательное и подробное информирование родителей о психическом состоянии ребенка, его прогнозе, лечении, последствиях, возможности излечения.

2. Формирование у родителей адекватного образа ребенка с целью:

- Повышения доверия родителей к лечению и врачебным рекомендациям, развитие сотрудничества между родителями и бригадой специалистов, работающих с ребенком;

- Преодоления высокого уровня эмоционального отвержения ребенка родителями.

3. Повышение активности родителей в лечебно-реабилитационном процессе.

4. Коррекция воспитательных установок родителей в отношении ребенка.

При доминировании в клинической картине **поведенческих расстройств**, главным направлением коррекции является формирование адекватной картины болезни ребенка у родителей, содействие пониманию родителями болезненного происхождения нарушений поведения, то есть преодоление гипнозогнозии. Существенным является формирование способности у родителей различать патологические признаки в поведении детей и их личностные особенности.

Коррекционная работа с родителями детей с **легкой умственной отсталостью**, помимо формирования адекватной картины болезни, должна быть сосредоточена на преодолении гипернозогнозии, профилактике создания у родителей инвалидизированного образа ребенка. Другими задачами работы в этих случаях становится индивидуальная работа с родителями с целью преодоления чувства вины и коррекция воспитательных установок: снижение до разумного уровня авторитарности, жесткости семейного воспитания.

При **невротических расстройствах** у детей на первый план выходит задача формирования толерантного отношения у всех членов семьи к психологиче-

ским особенностям ребенка, создание благоприятного психологического климата в семье.

Задачи коррекционной работы существенно расширяются при взаимодействии с родителями детей, страдающих **психотическим** расстройством. Важными целями и задачами работы являются:

- Коррекция образа ребенка в системе отношений родителей: преодоление гипернозогнозической установки в отношении болезни, разделение его психологических и болезненных особенностей, оказание помощи в адекватном оценивании его реальных возможностей, обучение родителей новым формам взаимодействия с ребенком;
- Повышение терпимости всех членов семьи к болезненным проявлениям у ребенка, работа в направлении принятия родителями его личностных особенностей;
- Коррекция эмоциональных реакций родителей, связанных с ощущением тревоги, растерянности, беспомощности перед заболеванием.

В заключении подводятся итоги проделанной работы, указывается, что в ходе исследования были решены поставленные задачи и подтверждена справедливость выдвинутой гипотезы, намечаются перспективы дальнейшего исследования.

Выводы:

1. Доминирующими общими особенностями отношения родителей к психическому расстройству у ребенка являются формирование неадекватного представления о тяжести состояния ребенка (гипер- или гипонозогнозия), эмоциональное напряжение, недоверие, тревога, стремление снять с себя ответственность за его состояние. В формировании такого отношения наибольшее значение имеют слабая осведомленность родителей и безуспешные попытки психологического объяснения поведенческих нарушений, обусловленных болезненным состоянием ребенка.

2. В семьях, воспитывающих детей с разными формами психических расстройств, доминируют различные воспитательные стратегии. В семьях детей с психотическими и поведенческими расстройствами преобладает противоречивое, неровное воспитание. В семьях детей с умственной отсталостью преобладает авторитарный стиль воспитания. В семьях детей, больных психозами отмечаются также неадекватные, завышенные ожидания к успешности социального функционирования ребенка. Для семей детей с невротическими расстройствами более характерны гиперопека и потакающее воспитание.

3. Несмотря на различия психиатрического диагноза, половозрастных характеристик, психического состояния и особенностей поведения, общими для большинства детей клинико-психологическими особенностями явились слабость эмоционально-волевой регуляции, конфликтность, возбудимость, эмоциональная незрелость и неустойчивость, школьная и социальная дезадаптация, семейно-педагогическая запущенность.

4. Отношение родителей к психическому расстройству у ребёнка относительно независимо от клинической тяжести заболевания.

5. Напряженность и тревога родителей в отношении заболевания ребенка сопряжены с гипернозогностическим отношением родителей к болезни ребенка, высоким уровнем эмоционального отвержения ребенка родителями, нетерпимым отношением семьи к болезненным проявлениям у ребенка, негативной оценкой родителями характерологических особенностей ребенка, склонностью к использованию жестких, авторитарных воспитательных стратегий.

6. Такие характеристики течения заболевания, как количество и / или длительность госпитализаций только у детей с психотическими и поведенческими расстройствами оказались связаны, в том числе, и с клинической тяжестью состояния ребенка. У детей с невротическими расстройствами и умственной отсталостью эти характеристики сопряжены исключительно с особенностями родительского отношения к ребенку, его воспитанию и лечению.

7. Общим для всех нозологических форм заболевания у детей фактором риска увеличения количества и/или длительности госпитализаций являются высокий уровень отвержения ребенка родителями. Для детей с психозами дополнительными факторами риска являются, также, низкая оценка родителями характерологических особенностей ребенка, гипернозогностическое отношение к заболеванию, предпочтение авторитарных воспитательных стратегий; у детей с

умственной отсталостью – также высокая авторитарность семейного воспитания.

8. Проведение мероприятий психологической помощи родителям детей с психическими расстройствами должно дифференцироваться с учетом выявленных особенностей и его содержанием должны быть:

- Коррекция дезадаптивных эмоционально-личностных реакций родителей;
- Информирование родителей по существу психического расстройства у ребенка;
- Повышение активности родителей в лечебно-реабилитационном процессе;
- Коррекция привычных воспитательных стратегий в отношении больного ребенка.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Грошева Е.В., Алехин А.Н. Особенности течения шизофрении у подростков в зависимости от сопутствующих социально-психологических факторов // Вестник Балтийской Педагогической академии. СПб, № 61. – 2005. – с.75-78 (0,25 / 0,1 п.л.).
2. Грошева Е.В. Интегративный подход в лечении детей с синдромом гиперактивности // Интегративная медицина: основа национальной системы подготовки медицинских кадров. 11 апреля 2006 г. Материалы 3 национального конгресса (приложение к журналу «Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова») / под общ.ред. А.В.Шаброва, С.А.Парценьяка, П.И.Юнацкевича. – СПб, 2006. с.103-105 (0,18 п.л.).
3. Грошева Е.В. Коррекция эмоциональных нарушений у детей с СДВГ // Мнухинские чтения. СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств. Конференция, посвященная памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина. – СПб, 2006. – с.16 – 19 (0,25 п.л.).
4. Грошева Е.В. Особенности родительского отношения к болезни лечения детей, госпитализированных в психиатрический стационар // Вестник Балтийской Педагогической академии. СПб, Выпуск 71, 2006. – с.42 – 47 (0,37 п.л.).
5. Грошева Е.В. Особенности отношения к ребенку с нарушениями психического развития в семье // Мнухинские чтения. Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) / Материалы конференции, 23 – 24 апреля 2007 г. – СПб, 2007. - С.180 – 184 (0,31 п.л.).
6. Грошева Е.В. Психообразовательный подход в работе родителями, воспитывающими ребенка с отклонениями в психическом развитии // Психология человека: интегративный подход. Сборник статей. – СПб, 2007. – с.49 – 55 (0,42 п.л.).
7. Грошева Е.В., Фесенко Ю.А. Ребенок с нарушениями психического развития и отношение к нему в семье // Теоретические и прикладные вопросы организации психологического, педагогического и медико-социального сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья: Всероссийская научно-практическая конференция, 18 декабря 2007 г. Сборник статей. / под общ.ред. В.Н.Скворцова. – СПб., 2007. - С.57 – 61 (0,31 / 0,25 п.л.).
8. Грошева Е.В. Психологическое сопровождение семьи психически больного ребенка // Системный подход в оказании социально-психологической помощи семье: материалы Международной научно-практической конференции, Минск, 28-29 ноября 2007г. / ГУ "Минский городской центр социального обслуживания семьи и детей", ЮНИСЕФ. Под ред. А.А.Туровец, Ж.И.Мицкевич, Н.И.Муфель и др. - Минск: БГПУ, 2008. - с.74-76 (0,18 п.л.).
9. Грошева Е.В., Алексеева А.М., Краснов Б.Ю. Профилактика аддиктивного поведения у детей и подростков с нарушениями психического развития в

условиях психиатрического стационара // Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних и молодежи. Материалы городского семинара для организаторов и специалистов. Под ред. Л.П.Богданова, Б.Д.Карвасарского, Л.П.Рубиной и др. СПб., май 2008 с.42 – 45 (0,25 / 0,13 п.л.).

10. Грошева Е.В., Алексеева А.М., Краснов Б.Ю. Психокоррекционная работа с умственно отсталыми детьми с неврозоподобными проявлениями в условиях психиатрического стационара // VII Мнухинские чтения. Междисциплинарный подход в детской неврологии (успехи детской психиатрии, неврологии, психотерапии и клинической психологии). Материалы конференции, посвященной памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и 40-летию городского отделения невротиков у детей. – СПб., октябрь 2008. с.44-49 (0,37 / 0,25 п.л.).

11. Грошева Е.В., Алехин А.Н. Психологические реакции родителей при психических расстройствах у детей и задачи психологического сопровождения лечебного процесса // Актуальные вопросы коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии. Международная научная конференция. / Под общ. ред. В.Н.Скворцова. – СПб., апрель 2008. С.468 – 472 (0,31 / 0,2 п.л.).

12. Грошева Е.В. Задачи психологического сопровождения семьи психически больного ребенка в условиях психиатрического стационара // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена № 34 (74). Ч.II. (Педагогика, психология, теория и методика обучения): Научный журнал. – СПб., 2008, с.109-112 (0,25 п.л.).