

О. Ю. Лукьянцева, Н. Н. Привалова

ГЕНДЕРНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМ ЭНУРЕЗОМ

О. Ю. Лук'янцева, Н. М. Привалова

ГЕНДЕРНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З НЕВРОЗОПОДІБНИМ ЕНУРЕЗОМ

O. Yu. Lukjantseva, N. M. Pryvalova

SOME GENDER DEFINED PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES IN CHILDREN WITH NEUROSIS-LIKE ENURESIS

Исучены некоторые психологические особенности 72 детей, больных неврозоподобным энурезом, с учетом гендерных различий. Результаты исследования позволяют сделать вывод о наличии более выраженных признаков невротического развития личности в группе девочек, больных энурезом, по сравнению с мальчиками: нарушения системы самооценки, расстройства психической и социальной адаптации. Кроме того, в семьях девочек были выявлены нарушения воспитания по типу доминирующей гиперпротекции, в то время как восприятие собственной семьи как конфликтной, переживание чувства неполноценности в семейной ситуации было в большей степени характерно для мальчиков.

Ключевые слова: гендерные различия, дети, энурез, взаимоотношения в семье, «вторичная» невротизация.

Вивчено деякі психологічні особливості 72 дітей, хворих на неврозоподібний енурез, з урахуванням гендерних відмінностей. Результати дослідження дозволяють зробити висновок про наявність більш виражених ознак невротичного розвитку особистості у групі дівчаток, хворих на енурез, в порівнянні з хлопчиками: порушення системи самооцінки, розлади психічної та соціальної адаптації. Крім того, в родинах дівчаток були виявлені порушення виховання по типу домінуючої гіперпротекції, в той час як сприйняття власної родини як конфліктної, переживання почуття неповноцінності в родинній ситуації було здебільш характерним для хлопчиків.

Ключові слова: гендерні відмінності, діти, енурез, взаємовідносини у родині, «вторинна» невротизація.

Our research was focused on studying some gender peculiarities in 72 children with neurosis-like enuresis. Conclusion derived from the results allows to state that girls have more severe signs of personality neurotic development compared to boys: distortion of self-appraisal system, disorders of psychological and social adaptation. Moreover, upbringing was distorted by dominated hyperprotection type in girls' families, while for boys characteristic was perception of their families as conflicting and having a feeling of defectiveness.

Keywords: gender differences, children, enuresis, intrafamily relations, "secondary" neurotization.

При неврозоподобном энурезе определяющую роль играет фактор ранней резидуально-органической неполноценности нервной системы в результате патологии беременности и родов или разрушения сформировавшейся функции регуляции мочеиспускания вследствие различных заболеваний мозга: нейроинфекции, черепно-мозговых травм в постнатальном периоде, в ряде случаев отмечается наследственная отягощенность. Из всех больных с различными видами недержания мочи самыми невосприимчивыми к лечению являются больные с неврозоподобными формами.

Кроме того авторы многих клинических исследований обращали внимание на наличие проблем психической адаптации у детей, больных энурезом.

Так, Фесенко Ю. А. (2010), Трошин В. М. (1999), Колесников Г. Ф. (1989) пришли к выводу, что неврозоподобный энурез — это не моносимптомное заболевание, а сложный комплекс тесно связанных симптомов, составляющих целостный синдром, в который входят, помимо клинических симптомов (непроизвольное мочеиспускание во сне, нарушение процесса сна, изменение двигательной активности днем и др.), психологические и поведенческие расстройства (нарушение эмоционально-волевого поведения, неадекватное отношение больного к своему дефекту и т. п.) [2, 7, 8]. Однако не был проведен дифференцированный анализ особенностей семейных отношений, психологических характеристик детей, больных неврозоподобным энурезом, которые могут оказывать влияние как на течение заболевания, так и на эффективность лечения.

Исходя из этого, целью нашего исследования было изучение некоторых клинических и психологических

особенностей детей данной клинической группы с учетом гендерных различий.

Задачи исследования:

- 1) изучение клинико-неврологических особенностей у детей с неврозоподобным энурезом;
- 2) изучение особенностей воспитания и взаимоотношений в семьях детей, больных энурезом;
- 3) изучение системы самооценки, основных моделей поведения и возможностей социальной адаптации детей, больных энурезом.

Всем детям было проведено клинико-anamnestическое, неврологическое обследование по стандартной схеме, использованы дополнительные методы исследования. Изучение особенностей воспитания ребенка в семье и проблем у родителей, которые могут влиять на качество воспитательного процесса, проводили с использованием опросника Эйдмиллера Э. Г. (1996) [9]; изучение восприятия семейной ситуации ребенком — с помощью теста «Рисунок семьи» Беляускайте Р. Ф. (1987) [1]. Психологическое обследование включало также изучение важнейших личностных характеристик ребенка — когнитивной самооценки (по методике Дембо), аффективной самооценки (методика КИСС Соколовой Е. Т.) [5]; изучены основные модели поведения ребенка и возможности его социальной адаптации по методу Rosenzweig S. (Тарабрина Н., 1994) [6]. Полученные данные анализировали при помощи стандартных процедур. Обработку групповых данных проводили с использованием программы SPSS. Были подсчитаны дескриптивные статистики для каждого изучаемого параметра в каждой группе, выделены параметры, по которым обнаружались значимые межгрупповые различия по критерию Вилкоксона — Манна — Уитни при $p < 0,05$.

Объектом исследования были 72 больных с энурезом, 24 девочки и 48 мальчиков, в возрасте от 6 до 17 лет. Анализ жалоб показал, что стойкий ежедневный энурез был у 13-ти девочек и 27-ми мальчиков. У 6-ти девочек и 11-ти мальчиков энурез отмечался до двух раз в неделю. У 5-ти девочек и 10-ти мальчиков энурез наблюдался 2—3 раза в месяц. Наряду с жалобами на энурез, который отмечался с рождения, дети уже с 3—4 лет предъявляли жалобы на головные боли (70 %).

Во время проведения клинично-анамнестического обследования у всех детей основной причиной поражения центральной нервной системы (ЦНС) была антенатальная патология, обусловленная патологией беременности, протекавшей с угрозой прерывания — 80 % матерей находились на сохранении. По данным обменных карт при выписке из роддома детям были выставлены следующие диагнозы: хроническая внутриутробная гипоксия плода, асфиксия различных степеней с нарушением гемо- и ликвородинамики, синдромами угнетения или возбуждения ЦНС. 50 % детей, страдающих энурезом, перенесли детские инфекции: ветряную оспу, краснуху, скарлатину различной степени тяжести. У 90 % детей были частые простудные заболевания, ангины, бронхиты, отиты. У всех детей родители отрицали наличие черепно-мозговых травм.

При неврологическом обследовании у всех мальчиков регистрировалась рассеянная очаговая микросимптоматика, у 40 детей (83,3 %) были зафиксированы признаки повышенного внутричерепного давления, 14 (29,2 %) — неуверенно выполняли различные координаторные пробы, у 6 (12,5 %) имело место нарушение поведения в виде гипердинамического (табл. 1).

У 18 девочек (75,0 %) отмечалась микроочаговая неврологическая симптоматика, обусловленная патологией беременности, родов и постнатального периода. Эти дети с рождения наблюдались у детского невролога по поводу перинатальной энцефалопатии. У 20 девочек (83,3 %) наблюдались признаки повышенного внутричерепного давления, диффузной мышечной гипотонии, легкой гиперрефлексии; неуверенность при выполнении различных координаторных проб — 5 детей (20,8 %); гипердинамическое поведение — 7 детей (29,2 %).

Таблица 1

Неврологическая симптоматика у детей

| Признаки поражения нервной системы | Мальчики (n = 48) | | Девочки (n = 24) | |
|---|-------------------|-------|------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Рассеянная очаговая микросимптоматика | 48 | 100,0 | 18 | 75,0 |
| Признаки повышенного внутричерепного давления | 40 | 83,3 | 20 | 83,3 |
| Неточность координаторных проб | 14 | 29,2 | 5 | 20,8 |
| Гипердинамическое поведение | 6 | 12,5 | 7 | 29,2 |

Изучение особенностей воспитания ребенка в семье показало, что уровень протекции в процессе воспитания у родителей обследованных мальчиков в среднем был в пределах нормы, в то время как в семьях девочек отмечалась гиперпротекция со стороны матери и гипопротекция со стороны отца. Кроме того, для семей девочек были характерны недостаточность системы требований,

запретов, обязанностей, а также санкций за нарушение норм и правил поведения. У матерей девочек, больных энурезом, отмечалось также значимо большее, чем у матерей мальчиков, искажение сферы родительских чувств: расширение (возникающее чаще всего из-за нарушенных супружеских отношений) или неразвитость, — что усугубляет нарушения воспитания по типу доминирующей гиперпротекции или эмоционального отвержения.

Обследованные дети с энурезом свою семейную ситуацию воспринимают как конфликтную (причем такое восприятие в большей степени характерно для девочек), мальчики в большей степени, чем девочки испытывают чувство неполноценности в семейной ситуации (табл. 2).

Таблица 2

Восприятие семейной ситуации детьми с энурезом (в баллах) по методике «Кинетический рисунок семьи»

| Показатели | Мальчики | Девочки |
|--|----------|---------|
| Восприятие семейной ситуации как неблагоприятной | 2,8 | 5,0 |
| Тревога по поводу семейной ситуации | 1,5 | 0,7 |
| Восприятие семейной ситуации как конфликтной | 5,0 | 3,3 |
| Чувство неполноценности в семейной ситуации | 2,7 | 0,7 |
| Враждебность в семейной ситуации | 0,7 | 1,0 |

При этом общий уровень тревожности, конфликтности, враждебности по данным методики «Дом — дерево — человек» у всех обследованных детей был невысоким.

Таблица 3

Некоторые параметры системы самооценки детей, больных энурезом (в баллах)

| Параметры самооценки | Мальчики | Девочки |
|----------------------------------|----------|---------|
| Ум | 4,4* | 5,7* |
| Доброта | 5,4 | 6,0 |
| Здоровье | 6,0 | 4,0 |
| Общительность | 5,8 | 6,0 |
| Счастье | 5,4* | 7,0* |
| Школьная успеваемость | 3,9 | 5,0 |
| Внешность | 4,5 | 6,3 |
| Умение постоять за себя | 5,7 | 6,7 |
| Умение отвечать за свои поступки | 4,3 | 6,3 |
| Умение добиваться своих целей | 5,5 | 6,3 |
| Когнитивная самооценка | 5,2* | 5,9* |
| Аффективная самооценка | 0,51 | 0,32 |

Примечание: средний балл по показателям когнитивной самооценки в норме — 5,0 (от 4 до 6); средний балл по показателю аффективной самооценки — 0,5; * — межгрупповые достоверные различия

Из данных таблицы 3 видно, что у обследованных нами мальчиков, больных с энурезом, показатели самооценки — в пределах нормы. Обращает на себя внимание тот факт, что довольно высоко мальчики оценивали

здоров'я (т. е. энурез, по їх мнению, не превращает их в больных серьезным заболеванием). У девочек, больных энурезом, когнитивная самооценка по абсолютному большинству параметров завышена относительно нормативных показателей, за исключением здоровья (т. е. они, возможно, считают себя серьезно больными). Достоверные межгрупповые различия обнаруживаются по параметрам «ум», «счастье» и общая когнитивная самооценка. При этом общая аффективная самооценка у девочек несколько занижена (при существенно завышенной когнитивной). Это говорит о наличии психической дезадаптации, поскольку переживание проблем не сопровождается их осознанием и попытками изменить что-либо в себе или в реальной ситуации, а приводит к формированию психологических защит разного типа (например, к вытеснению негативной информации из сферы осознаваемого).

У большинства обследованных детей доминирует мотивация получения социального признания, желание быть исключительным в сочетании со страхом утраты репутации при значительно менее выраженной ориентации на реальный результат деятельности, на получение новых знаний и умений. Из-за отсутствия позитивной мотивации внешние ситуации воспринимаются как ситуации чрезмерного давления, завышенных требований. Все это говорит о том, что сложившаяся у детей мотивационная иерархия не работает как адекватный регулятор поведения.

При исследовании особенностей поведения в конфликтных и стрессовых ситуациях по тесту Розенцвейга у каждого ребенка анализировали количество реакций каждого типа (с фиксацией на препятствии, с фиксацией на самозащите и с фиксацией на удовлетворении потребности) и направления — (экстрапунитивных, интрапунитивных и импунитивных), соотношение реакций различных типов.

Количество реакций экстрапунитивного направления — реакций эмоциональной фиксации на препятствии, реакций внешней агрессии, реакций, связанных с активным привлечением окружающих к решению возникших конфликтных ситуаций, — в пределах нормы (норма — 2—4) у всех обследованных нами детей (табл. 4).

Таблица 4

Количество реакций экстрапунитивного направления

| Группа | ΣE | E^* | E | e |
|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Мальчики | $7,2 \pm 0,75$ | $1,8 \pm 0,39$ | $2,3 \pm 0,77$ | $3,1 \pm 0,45$ |
| Девочки | $7,3 \pm 1,01$ | $1,3 \pm 0,38$ | $3,2 \pm 0,78$ | $2,8 \pm 0,24$ |

Показатели: ΣE — общее число реакций экстрапунитивного направления; E^* — количество реакций фиксации на препятствии; E — количество гетероагрессивных реакций; e — количество обращений за разрешением проблемы к окружающим

Общее количество реакций интрапунитивного направления примерно одинаково у мальчиков и девочек. Достаточно количество попыток самостоятельно разрешить возникшую проблему. При этом существенно снижено число реакций позитивного переосмысления фрустрирующей ситуации (особенно у девочек), завышено количество самообвинительных (аутоагрессивных) реакций (в большей степени у девочек). Достоверные межгрупповые различия отсутствуют (табл. 5).

Таблица 5

Количество реакций интрапунитивного направления

| Группа | ΣI | I^* | I | i |
|----------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Мальчики | $8,8 \pm 0,64$ | $0,53 \pm 0,26$ | $3,51 \pm 0,34$ | $4,80 \pm 0,62$ |
| Девочки | $8,3 \pm 0,77$ | $0,21 \pm 0,19$ | $4,30 \pm 0,49$ | $3,80 \pm 0,61$ |

Показатели: ΣI — суммарное количество реакций интрапунитивного направления; I^* — количество реакций типа переосмысления фрустрирующей ситуации с поиском в ней благоприятных для себя обстоятельств; I — количество аутоагрессивных реакций; i — количество попыток самостоятельного разрешения конфликтной ситуации с принятием ответственности за ее возникновение

Общее количество реакций импунитивного направления (табл. 6) больше у девочек за счет большего числа реакций с обесцениванием исходной потребности и отрицанием возникшей проблемы (количество таких реакций в обеих группах выше, чем в норме); реакций примирения с отрицанием ответственности участников конфликта недостаточно в обеих группах (у девочек такие реакции отсутствуют).

Таблица 6

Количество реакций импунитивного направления

| Группа | ΣM | M^* | M | m |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Мальчики | $7,86 \pm 0,58$ | $6,75 \pm 0,33$ | $0,80 \pm 0,36$ | $0,31 \pm 0,39$ |
| Девочки | $8,38 \pm 0,47$ | $7,67 \pm 0,49$ | 0 | $0,71 \pm 0,26$ |

Показатели: ΣM — общее количество реакций импунитивного направления; M^* — количество реакций с обесцениванием исходной потребности, отрицанием возникшей проблемы; M — количество реакций примирения с отрицанием ответственности участников конфликта за возникшую ситуацию; m — количество реакций пассивного ожидания спонтанного разрешения возникшей проблемы

У всех обследованных нами больных с энурезом доминируют реакции с фиксацией на препятствии, при этом у мальчиков больше реакций, направленных на удовлетворение потребности, а у девочек — реакций с фиксацией на самозащите (табл. 7).

Таблица 7

Суммарное количество реакций разного типа

| Группа | ΣOD | ΣED | ΣNP |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Мальчики | $9,29 \pm 0,42$ | $6,64 \pm 0,70$ | $8,25 \pm 0,87$ |
| Девочки | $9,17 \pm 0,63$ | $7,51 \pm 0,78$ | $7,01 \pm 0,73$ |

Показатели: ΣOD — общее количество реакций с фиксацией на препятствии; ΣED — общее количество реакций с фиксацией на самозащите; ΣNP — общее количество реакций с фиксацией на удовлетворении потребности

Таким образом, доминирующие поведенческие паттерны в конфликтных и стрессовых ситуациях у всех обследованных нами больных с энурезом — психологическая защита по типу отрицания значимости возникшей проблемы при неумении позитивно переосмыслить неблагоприятную ситуацию — можно считать адаптивными лишь условно. Эффективность защитных форм преодоления, выражающихся в искаженном понимании действительности, оценивается исследователями неоднозначно. Так, Наан N. считает, что эти формы

поведення являються совершенно дезадаптивними, порушують орієнтацію людини в дійсності, а Becker P. і Carver C., навпаки, вважають, що ілюзорне ослаблення сприймаемого стресу сприяють зниженню рівня тривожності особистості (Нартова-Бочавер С. К., 1997) [3]. Крім того, для досліджуваних хворих характерні реакції самообвинення, аутоагресії (в більшій ступені для дівчаток), провокують формування невротическої і психосоматическої симптоматики.

При цьому о достаточних можливостях адаптації дітей (хлопчиків в більшій ступені) свідчить орієнтація на реальне самостійне рішення проблем або активний пошук соціальної підтримки.

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволяють зробити наступні висновки.

Аналіз клініко-анамнестических даних у дітей з невротоподобним енурезом показав, що ведучу роль в виникненні захворювання грає незрілість кори головного мозку, за рахунок хроніческої внутрішньої гіпоксії плоду, асфіксії різної ступені вираженості, ускладнених частими простудними захворюваннями. Признаки підвищення внутрішньочерепного тиску були однакові у хлопчиків і дівчаток. У хлопчиків більш виражена розсіяна очагова мікросимптоматика і неточність в виконанні координаторних проб. У дівчаток в більшій ступені було виражено гіпердинамічне поведіння.

В сім'ях дівчаток були виявлені порушення харчування по типу домінуючої гіперпротекції, в той час як сприйняття власної сім'ї як конфліктної, переживання почуття неповноцінності в сімейній ситуації було в більшій ступені характерно для хлопчиків.

Порушення системи самооцінки в групі хлопчиків, хворих енурезом, не виявлені, в той час як у дівчаток з подібною патологією відзначалась підвищена когнітивна самооцінка при зниженій афективній.

Домінуючі поведінческі паттерни в конфліктних і стресових ситуаціях у всіх досліджуваних нами хворих з енурезом — психологіческі захист по типу отрицання значимості виниклої проблеми при неумінні позитивно переосмислити неприємну ситуацію, а також реакції самообвинення і аутоагресії (в більшій ступені виражені у дівчаток), провокують формування невротическої і психосоматическої симптоматики. При цьому о достаточних можливостях адаптації дітей (хлопчиків в більшій ступені) свідчить орієнтація на реальне само-

стійке рішення проблем або пошук соціальної підтримки.

Результати дослідження дозволяють зробити висновок о наявності більш виражених ознак невротического розвитку особистості в групі дівчаток, хворих енурезом, по порівнянню з хлопчиками. При цьому «вторична» невротизація в вказаних групах формується по різним механізмам.

Список літератури

1. Беляускайте Р. Ф. Рисуночні проби як засіб діагностики розвитку особистості дитини / Р. Ф. Беляускайте // Діагностическія і коррекційна робота шкільного психолога. — М., 1987. — С. 67—80.
2. Колесников Г. Ф. Ночное недержание мочи / Г. Ф. Колесников. — Киев : «Здоровье», 1989. — 168 с.
3. Нартова-Бочавер С. К. «Coping Behavior» в системі понятій психології особистості / С. К. Нартова-Бочавер // Психологіческія журнал. — 1997. — Т. 18. — № 5. — С. 20—30.
4. Рубинштейн С. Я. Експериментальні методи патопсихології / С. Я. Рубинштейн. — М.: Медицина 1970. — 215 с.
5. Соколова Е. Т. Апробація методики косвенного вимірювання системи самооцінки (КИСС) / Е. Т. Соколова, Е. О. Федотова // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. «Психологія». — 1982. — № 3. — С. 77—81.
6. Тарабрина Н. В. Техніка вивчення реакцій на фруструючу ситуацію / Н. В. Тарабрина // Іноземна психологія. — 1994. — Т. 2. — № 2 (4). — С. 68—76.
7. Трошин В. М. Розлади сечовипускання у дітей : монографія / Трошин В. М., Радаєва Т. М., Куркіна С. А. — Н. Новгород, 1999. — 49 с.
8. Фесенко Ю. А. Енурез і енкопрез у дітей : монографія / Ю. А. Фесенко. — СПб.: Наука і техніка, 2010. — 272 с.
9. Эйдмиллер Э. Г. Методи сімейної діагностики і психотерапії. — М.; СПб.: «Форум», 1996 — 63 с.

Надійшла до редакції 15.08.2014 р.

ЛУКЬЯНЦЕВА Ольга Юрьевна, молодший науковий співробітник відділу дитячої психоневрології і пароксизмальних станів Державного закладу «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медических наук України» (ГУ «ІНПН НАМН України»), г. Харків; e-mail: Lukyanc@ukr.net

ПРИВАЛОВА Наталья Николаевна, старший науковий співробітник відділу нейропсихокібернетики ГУ «ІНПН НАМН України», г. Харків; e-mail: npryvalova@gmail.com

LUKJANTSEVA Olga Yuriivna, Junior Researcher of Department of child psychoneurology and paroxysmal conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine", SI), Kharkiv; e mail: Lukyanc@ukr.net

PRYVALOVA Nataliya Mykolaivna, Senior Researcher of Department of neuropsychocybernetics of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: npryvalova@gmail.com