

*О. Ю. Лук'янцева, Н. М. Привалова*

## АНАЛІЗ ЗНАЧУЩИХ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ НЕВРОЗОПОДІБНОГО ЕНУРЕЗУ У ДІТЕЙ

*О. Ю. Лукьянцева, Н. Н. Привалова*

### Анализ значимых факторов формирования неврозоподобного энуреза у детей

*O. Y. Lukyantseva, N. N. Pryvalova*

### Analysis of significant factors of forming neurosis-like enuresis in children

Метою нашого дослідження був системний аналіз клінічної інформації з наданням більшої уваги соматичним чинникам, які можуть впливати на формування неврозоподібного енурезу, а також вивчення особливостей сімейних відносин та сімейного виховання хворих та їхнього впливу на особистісний розвиток дітей з урахуванням гендерних відмінностей. Обстежено 90 дітей з діагнозом «неврозоподібний енурез», віком від 6 до 17 років, 66 хлопчиків та 24 дівчинки за допомогою клініко-анамнестичних, неврологічних та психодіагностичних методів.

Результати досліджень показали, що до формування енурезу призводить сукупна дія різних чинників, серед яких важливу роль відіграють незрілість кори головного мозку, наявність системної сполучотканинної дисплазії, часті застудні захворювання, вітряна віспа в анамнезі та наявність хронічного риніту, суттєві порушення виховання в родині за типом домінування гіперпротекції, недостатність системи вимог, заборон, обов'язків, а також санкцій за порушення норм і правил поведінки; порушення сімейних відносин через наявність особистих проблем у батьків.

Були розроблені стратегічні напрямки та індивідуально орієнтовані методи клінічної та психологічної реабілітації дітей, хворих на енурез, та їхніх родин. Вони передбачають комплексне лікування, формування знань про хворобу і адекватного ставлення до неї, правильну організацію спільного життя в родині, навчання батьків адекватним методам спілкування з дитиною.

**Ключові слова:** діти, неврозоподібний енурез, родинні відносини, клінічна та психологічна реабілітація

Целью нашего исследования был системный анализ клинической информации с акцентом на соматические факторы, которые могут влиять на формирование неврозоподобного энуреза, изучение особенностей семейных отношений и семейного воспитания больных и их влияния на личностное развитие детей с учетом гендерных различий. Обследовано 90 детей с диагнозом «неврозоподобный энурез», в возрасте от 6 до 17 лет, 66 мальчиков и 24 девочки с помощью клинико-анамнестических, неврологических и психодиагностических методов.

Результаты исследований показали, что к формированию энуреза приводит совокупное действие разных факторов, среди которых важную роль играют незрелость коры головного мозга, наличие системной соединительнотканной дисплазии, частые простудные заболевания, ветряная оспа в анамнезе и наличие хронического ринита, существенные нарушения воспитания в семьях по типу доминирующей гиперпротекции, недостаточность системы требований, запретов, обязанностей, а также санкций за нарушения норм и правил поведения; нарушения семейных отношений из-за наличия личных проблем у родителей.

Были разработаны стратегические направления и индивидуально ориентированные методы клинической и психологической реабилитации детей, больных энурезом, и их семей. Они включали комплексное лечение, формирование знаний о болезни и адекватного отношения к ней, правильную организацию совместной жизни в семье, обучение родителей адекватным методам общения с ребенком.

**Ключевые слова:** дети, неврозоподобный энурез, семейные отношения, клиническая и психологическая реабилитация

Our research was focused on systemic analysis of clinical information with accent on somatic factors which caused forming of neurosis-like enuresis as well as on study of particularities of family relationship and their influence on personality development of children taking into account gender differences. Clinical and psychological examination of 90 children (66 boys and 24 girls) at age from 6 to 17 years with neurosis-like enuresis was carried out.

It was found that the whole complex of factors lead to forming of enuresis. They are: unripeness of cortex, systemic connective tissue dysplasia, frequent colds, chickenpox in anamnesis, chronic rhinitis as well as significant violations of upbringing in families such as dominant hyperprotection, failure of system of requirements, bans, duties and sanctions for disturbances of norms and rules of behavior; family relationship disorders due to personality problems in parents

Strategic directions and individual methods of clinical and psychological rehabilitation of children with enuresis and their families were elaborated. They included complex of therapy, forming of knowledge about illness and adequate attitude to it as well as correct organization of family life and communicative skills training for parents.

**Keywords:** children, neurosis-like enuresis, relations in family, clinical and psychological rehabilitation

Різні аспекти проблеми енурезу на сьогоднішній день ґрунтовно вивчені медичною наукою (А. Гольбін, В. Ковальов, В. Комісарів, С. Сазонов та ін.), [1—3]. Однак дослідження щодо пояснення природи цього розладу, додаткових чинників його ускладнення та пошуки оптимальних стратегій лікування не втрачають своєї актуальності, оскільки кількість дітей, які хворіють на енурез, зокрема й неврозоподібний, є надзвичайно великою та постійно збільшується, водночас характер перебігу захворювання змінюється.

Посилаючись на дослідження А. Беловой, Г. Колесникова, К. Косилова, В. Трошина, Ю. Фесенко та інших вчених [4—8], зауважимо, що неврозоподібний енурез — це складний комплекс міцно пов'язаних симптомів, що становлять цілісний синдром, в який входять, крім клінічних симптомів (мимовільне сечовипускання

в період неспання та уві сні, порушення процесу сну, зміна рухової активності вдень тощо), порушення психологічної та соціальної адаптації хворих.

У нашому попередньому дослідженні [9] було проведено вивчення деяких клінічних та психологічних особливостей дітей, хворих на неврозоподібний енурез, з урахуванням гендерних відмінностей. Результати дослідження показали, що провідну роль у виникненні захворювання відіграє незрілість кори головного мозку, на тлі якої спостерігаються ознаки невротичного розвитку особистості та соціальної дезадаптації в усіх досліджених хворих, причому ці ознаки були більш суттєвими у групі дівчаток, хворих на енурез, порівняно з хлопчиками. Крім того, в родині дівчаток були виявлені порушення виховання за типом домінування гіперпротекції, тоді як сприйняття власної родини як конфліктної, переживання почуття неповноцінності в родинній ситуації було більш характерним для хлопчиків.

Виходячи з цього, метою нашого дослідження став системний аналіз клінічної інформації з наданням більшої уваги соматичним чинникам, які можуть впливати на формування неврозоподібного енурезу, а також вивчення особливостей сімейних відносин та сімейного виховання хворих, їхнього впливу на особистісний розвиток дітей і розроблення стратегічних напрямків та індивідуально орієнтованих методів клінічної та психологічної реабілітації хворих з урахуванням гендерних відмінностей.

Основну групу склали 90 дітей з діагнозом «неврозоподібний енурез» віком від 6 до 17 років, 66 хлопчиків та 24 дівчинки. Всі обстежені діти проходили лікування в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України».

В процесі дослідження використовували клініко-анамнестичний метод із застосуванням розробленої «Карти комплексного медичного обстеження дитини з енурезом», який передбачав системний аналіз медичної документації (амбулаторних карток, виписок з історій хвороби та ін.), а також бесіди з пацієнтами, опитування батьків і родичів. За допомогою анкети виявляли дані, що свідчили про ранню резидуально-органічну неповноцінність з боку нервової системи пацієнтів або руйнування вже сформованої у дитини функції регуляції сечовиділення внаслідок різних захворювань мозку. В розробленій карті велику увагу надавали виявленню чинників, що зумовили розвиток гіпоксії плода під час вагітності матері; особливостей народження; соматичних патологій (гострих та хронічних інфекцій, глистних інвазій, захворювань серцево-судинної системи, системної дисплазії сполучної тканини, хронічних патологій шлунково-кишкового тракту).

Неврологічне обстеження пацієнтів проводили за загальноприйнятною схемою.

Вивчення особливостей виховання дитини в родині і проблем батьків, які можуть впливати на якість виховного процесу, проводили з використанням опитувальника Ейдемільера Е. Г. [10]; вивчення сприйняття родинної ситуації дитиною — за допомогою тесту «Малюнок родини» Беляускайте Р. Ф. (1987) [11]. Психологічне обстеження охоплювало також вивчення найважливіших особистісних характеристик дитини — когнітивної самооцінки (за методикою Дембо), афективної самооцінки за методикою Соколовой О. Т.) [12]; проведено вивчення основних моделей поведінки дитини і можливостей її соціальної адаптації за методом Rosenzweig S. [13]. Отримані дані були проаналізовані за допомогою стандартних процедур.

При неврологічному обстеженні у хворих здебільшого незалежно від статі реєстрували розсіяну мікросимптоматику та ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску.

Щодо частоти соматичних розладів у пацієнтів (таблиця), до трійки найбільш поширених форм патологій в усіх досліджених входять системна дисплазія сполучної тканини, часті застудні захворювання (ці обидві ознаки були більш вираженими у дівчаток) та вітряна віспа.

Водночас для хлопчиків були більш характерними хронічні риніти, а для дівчаток — ангіни та аденоїдні вегетації.

Інші чинники мають менше значення для всієї групи досліджених хворих, хоча можуть мати суттєву вагу у випадку конкретного пацієнта.

#### Частота соматичних розладів у дітей з неврозоподібним енурезом

Соматична патологія	Хлопчики		Дівчатка	
	абс.	%	абс.	%
Системна дисплазія сполучної тканини	31	46,8	18	75,0
Часті застудні захворювання	26	39,3	14	58,3
Вітряна віспа	27	40,9	10	41,6
Хронічний риніт	33	50,0	7	29,1
Часті отити	20	30,3	7	29,1
Аденоїдні вегетації	18	27,2	9	37,5
Хронічні захворювання бронхів та легень	17	25,7	7	29,1
Ангіни	14	21,2	9	37,5
Хронічний риносинусит, гайморит	10	15,1	5	20,8
Патологія хребта	19	28,7	5	20,8
Хронічні патології шлунково-кишкового тракту	13	19,6	8	33,3
Хронічна патологія серцево-судинної системи	7	10,6	3	12,5
Глистні інвазії	4	6,06	3	12,5

Вивчення особливостей виховання дитини в родині показало, що рівень протекції у батьків досліджених хлопчиків в середньому був в межах норми, тоді як в родин дівчаток спостерігалась гіперпротекція з боку матері та гіпопротекція з боку батька. Крім того, для родин дівчаток були характерні недостатні системи вимог та заборон, обов'язків, а також санкцій за порушення норм і правил поведінки. У матерів дівчаток, хворих на енурез, спостерігалось також набагато більше, ніж у матерів хлопчиків, спотворення сфери батьківських почуттів: розширення (що виникає найчастіше через порушення подружніх відносин) або нерозвиненість, що поглиблює порушення виховання за типом домінування гіперпротекції або емоційного відторгнення.

Досліджені діти свою родинну ситуацію сприймають як конфліктну (причому таке сприйняття є більш типовим для дівчаток), хлопчики більше відчують неповноцінність в сімейній ситуації.

У досліджених нами хлопчиків, хворих на енурез, показники самооцінки були в межах норми (зокрема й оцінка стану здоров'я). У дівчаток когнітивна самооцінка за абсолютною більшою частиною параметрів завищена порівняно з нормативними показниками, за винятком здоров'я (тобто вони вважали себе серйозно хворими) на тлі зниженої афективної. Здебільшого у досліджених дітей домінує мотивація отримання соціального визнання, бажання бути визначним в поєднанні зі страхом втрати репутації або прагненням до особистої безпеки при куди менш вираженій мотивації досягнення успіху в діяльності, набуття нових знань та вмінь. Домінантні поведінкові паттерни в конфліктних і стресових ситуаціях в усіх хворих — психологічний захист за типом заперечення значущості проблеми, що виникла, при невмінні позитивно переосмислити несприятливу ситуацію, реакції самозвинувачення, аутоагресії (здебільшого характерні для дівчаток). Водночас для хлопчиків більш характерною є орієнтація на реальне самостійне розв'язання проблем або активний пошук соціальної підтримки.

Результати дослідження показали, що провідну роль у виникненні неврозоподібного енурезу відіграє незрілість кори головного мозку внаслідок хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода, асфіксії різного ступеня вираженості. Крім того, до провідних чинників, які сприяють розвитку неврозоподібного енурезу, належать системна дисплазія сполучної тканини, часті застудні захворювання, вітряна віспа в анамнезі. Синдром дисплазії сполучної тканини проявляється зниженням її міцності внаслідок несприятливих впливів середовища в період внутрішньоутробного розвитку плода, що сприяє слабкості січового міхура загалом та є чинником його недостатньої скоротності та великого залишкового об'єму сечі після акту сечовипускання. Віддалені наслідки вітряної віспи, яку спричиняє достатньо агресивний вірус *Varicella zoster* з сімейства герпесвірусів (герпесвірус 3-го типу), можуть впливати на виникнення різних проблем в центральній і периферичній нервових системах. Можливо, у таких дітей більш повільно йде дозрівання клітин кори головного мозку та через це частіше виникає енурез. Часті застудні захворювання (гостра респіраторна вірусна інфекція, грип, трахеїт, фарингіт, ринофарингіт, аденоїдит та ін.) та отити знижують опірність та реактивність організму дітей, що також сприяє розвитку енурезу. Інші соматичні патології можуть бути додатковими провокаційними чинниками, тому їхню наявність у пацієнтів з неврозоподібним енурезом треба враховувати, надаючи достатню увагу їх терапії та профілактиці.

В родинях дівчаток були виявлені порушення виховання за типом домінування гіперпротекції, тоді як сприйняття власної родини як конфліктної, почуття неповноцінності в родинній ситуації були більш характерними для хлопчиків. Порушення системи самооцінки в групі хлопчиків, хворих на енурез, не виявлені, тоді як у дівчаток з подібною патологією визначалася завищена когнітивна самооцінка при зниженій афективній. Це є ознакою психічної дезадаптації, оскільки переживання проблем не супроводжується їхнім усвідомленням і спробами змінити щось в собі або в реальній ситуації, а призводить до формування психологічного захисту різного типу. Виявлені також ознаки мотиваційного конфлікту між потребою у соціальному визнанні та відсутністю мотивації реального досягнення успіху, саморозвитку.

Домінантні поведінкові паттерни в конфліктних і стресових ситуаціях — психологічний захист за типом заперечення значущості проблеми, що виникла, при невмінні позитивно переосмислити несприятливу ситуацію, а також реакції самозвинувачення, аутоагресії (здебільшого притаманні дівчаткам) сприяють формуванню та розвитку невротичної та психосоматичної симптоматики. Про більшу адаптованість хлопчиків свідчить більша орієнтація на реальне самостійне розв'язання проблем або активний пошук соціальної підтримки.

Виходячи з наявності суттєвих розладів особистісного розвитку у дітей з неврозоподібним енурезом та патологічних відносин в родинях, ми розробили стратегічні напрямки та індивідуально орієнтовані методи клінічної та психологічної реабілітації дітей, хворих на енурез.

Клінічна реабілітація повинна містити метаболічну терапію, яка поліпшує функціональний стан та дозрівання клітин головного мозку; комплексне лікування,

спрямоване на укріплення сполучної тканини, яке передбачає відповідну медикаментозну терапію, лікувальну фізкультуру та корекцію харчування; своєчасне виявлення вогнищ інфекції та їх лікування.

Для психологічної реабілітації, на нашу думку, треба зосередитися на чотирьох основних цілях.

По-перше, треба забезпечити дітям та батькам достатні знання про хворобу (її причини, чинники, які можуть провокувати загострення, обмеження життєдіяльності), режим праці і відпочинку, адекватні фізичні і розумові навантаження. Ця інформація варто доносити у вигляді індивідуальних клінічних рекомендацій (з урахуванням ступеня важкості і перебігу хвороби в кожному конкретному випадку).

По-друге, треба формувати правильне ставлення до хвороби у дитини та її рідних, запобігаючи ставленню до неї як до провідного чинника, який визначає життя всіх членів родини, унеможливити використання симптомів хвороби як засобів отримання будь-яких переваг з боку дитини та виправдань гіперпротекції з боку батьків (це більш стосується хворих дівчаток та їхніх родин).

По-третє, виходячи з розуміння основних цілей виховання, тобто формування відповідальності, самостійності, цілеспрямованості, а також вміння відшукувати адекватні засоби для досягнення своїх цілей, потрібна відповідна організація спільного життя в родині. Для цього треба вчити батьків відшукувати баланс між необхідністю формулювання і прийняття меж відповідальності, режимних та дисциплінарних правил, які регулюють поведінку не тільки дитини, а й усіх членів родини, та врахуванням бажань і звичок кожного; не переходити межу у стосунках, не зловживати владою та не здійснювати нав'язливий контроль, який заважає дитині приймати власні рішення та нести відповідальність за них (коли дитина бачить зв'язок між власною поведінкою та наслідками, вона робить правильні висновки зі своїх помилок та невдач).

По-четверте, робота з батьками має бути спрямована на навчання ефективним методам спілкування з дитиною, які б не провокували страх та агресію, спротив та демонстративну непокору, не призводили до зниження самооцінки та аутоагресії у дитини, а навпаки, вчили розуміти та виражати свої почуття, розуміти причини проблем та конфліктів, що виникають, та шукати їх розв'язання з урахуванням інтересів усіх зацікавлених осіб, вчитися розуміти свої можливості та формулювати реальні цілі та об'єктивні критерії оцінки своєї діяльності та поведінки.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

Результати клінічних досліджень показали, що до формування енурезу призводить сукупна дія різних чинників, серед яких важливу роль відіграють: незрілість кори головного мозку, наявність системної сполучнотканинної дисплазії, часті застудні захворювання, вітряна віспа в анамнезі та наявність хронічного риніту. Інші соматичні патології можуть бути додатковими провокаційними чинниками, тому їх наявність у пацієнтів треба враховувати в процесі лікування неврозоподібного енурезу.

Виходячи з результатів досліджень, клінічна реабілітація повинна мати у своєму складі метаболічну терапію, яка поліпшує функціональний стан та дозрівання клітин головного мозку; комплексне лікування, спрямоване на укріплення сполучної тканини, ліку-

вальну фізкультуру та корекцію харчування; своєчасне виявлення вогнищ інфекції та їх лікування.

3. Результати психодіагностичних досліджень дозволили зробити висновок про наявність ознак невротичного розвитку особистості та соціальної дезадаптації в усіх дітей, що були більш суттєвими у групі дівчаток, хворих на енурез, порівняно з хлопчиками. В родині досліджених хворих були виявлені суттєві порушення виховання за типом домінування гіперпротекції, недостатність системи вимог, заборон, обов'язків, а також санкцій за порушення норм і правил поведінки; порушення сімейних відносин через наявність особистих проблем у батьків, що призвело до сприйняття дитиною власної родини як конфліктної, до переживання почуття неповноцінності в родинній ситуації.

Виходячи з доказів суттєвого впливу особливостей родинного виховання та сімейних відносин, а також сприйняття їх дитиною не тільки на її особистісний розвиток, а і на перебіг захворювання, ми розробили стратегічні напрямки та індивідуально орієнтовані методи психологічної реабілітації родин дітей, хворих на енурез. Вони містять формування знань про хворобу і правильного ставлення до неї, правильну організацію спільного життя в родині, навчання батьків ефективним методам спілкування з дитиною.

#### Список літератури

1. Гольбин А. Ц. Патологический сон у детей. Л. : Медицина, 1979. 248 с.
2. Ковалев В. В. Педиатрия детского возраста. М., 1979. С. 19.
3. Сазонов С. А. Особенности возникновения и терапии ночного энуреза у детей // Український вісник психоневрології. 2006. Т. 14, вип. 3 (80). С. 46—50
4. Трошин В. М., Радаева Т. Н., Куркина С. А. Расстройства мочеиспускания у детей : монография. Н. Новгород, 1999. 49 с.
5. Косилов К. В., Антоненко Ф. Ф., Штыфлюк М. В. Реактивность вегетативной нервной системы у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2002. № 6. С. 48—49.

6. Колесников Г. Ф. Ночное недержание мочи. Киев : «Здоровье», 1989. 168 с.

7. Белова А. Н. Крупин В. Н. Нейрогенный мочевого пузыря // Неврологический журнал. 2004. № 6. С. 4—10.

8. Фесенко Ю. А. Энурез и энкопрез у детей : монография. СПб. : Наука и техника, 2010. 272 с.

9. Лукьянцева О. Ю., Привалова Н. Н. Гендерные психологические особенности детей с неврозоподобным энурезом / Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 4 (81). С. 72—75.

10. Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии : методическое пособие. М.; СПб. : «Форум», 1996. 63 с.

11. Беляускайте Р. Ф. Рисуночные пробы как средство диагностики развития личности ребенка // Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога. М., 1987. С. 67—80.

12. Соколова Е. Т., Федотова Е. Апробация методики косвенного измерения системы самооценки (КИСС) // Вестник Моск. ун-та. Серия 14. «Психология». 1982. № 3. С. 77—81.

13. Тарабрина Н. В. Техника изучения реакций на фрустрирующую ситуацию // Иностранная психология. 1994. Т. 2, № 2 (4). С. 68—76.

*Надійшла до редакції 26.07.2019 р.*

**ЛУК'ЯНЦЕВА Ольга Юріївна**, молодший науковий співробітник відділу\*; e-mail lukuanc@ukr.net

**ПРИВАЛОВА Наталія Миколаївна**, старший науковий співробітник відділу\*; e-mail: npryvalova@gmail.com

\* відділ дитячої психоневрології та пароксизмальних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

**LUKYANTSEVA Olga**, Junior Researcher of Department\*; e-mail lukuanc@ukr.net

**PRYVALOVA Nataliya**, senior researcher of Department\*; e-mail: npryvalova@gmail.com

\* Department of child psychoneurology and paroxysmal states of the State Institution "Institute of neurology, psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine