

# ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕОРГАНИЧЕСКИМ НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

С. А. САЗОНОВ

## PATHOCHARACTERISTIC PECULIARITIES OF CHILDREN WITH INORGANIC NOCTURNAL ENURESIS

S. A. SAZONOV

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков, Украина*

**При обследовании детей с энурезом выявлен ряд отклонений от популяционных норм, аналогичных отклонениям при расстройствах поведения, а также противоположных и превышающих их. Сделан вывод, что ночной энурез в детском возрасте может быть одним из факторов риска развития расстройства личности.**

*Ключевые слова: ночной энурез, дети, психология, характер.*

**Investigation of children with enuresis revealed a number of deviations from the population standards similar to behavior disorders as well as opposite and exceeding them. The author concludes that nocturnal enuresis in children can be a risk factor of personality disorders development.**

*Key words: nocturnal enuresis, children, psychology, character.*

Среди актуальных аспектов проблемы ночного недержания мочи у детей важное значение имеет вопрос о влиянии энуреза на формирование психики и личности ребенка. В литературе это влияние оценивается по-разному — от определения его как катастрофического до полного нивелирования [цит. по 1]. Так, von Gontard [2] отмечает, что ночной энурез сочетается с эмоциональными расстройствами. Уровень поведенческих расстройств у детей с энурезом, особенно дневным и вторичным ночным, выше, чем в популяции. Вместе с тем большинство детей с энурезом не больны психически. В другой работе того же автора с соавторами [3] приводятся данные о клинически значимых поведенческих проблемах в сочетании с различными психическими расстройствами, установленными согласно МКБ-10. В смешанной группе детей (с дневным и ночным энурезом) такие отклонения были диагностированы у 1/3 пациентов. Ряд работ, в частности исследование Р. Brieger et al. [4], посвящены изучению долгосрочного психиатрического анамнеза больных, лечившихся от энуреза. Различий по сравнению со здоровыми обследованными не было выявлено, анамнез оценен как положительный.

Большая часть авторов склоняется к тому, что психическая патология при энурезе чаще является следствием страдания энурезом, а не наоборот (Cristy, 1981). Низкая самооценка детей с энурезом скорее вторична действию хронического стресса, связанного с ночным энурезом, а не является его причиной (Moffatt et al., 1987) [цит. по 1].

В ряде исследований у детей с энурезом выявлены отклонения в виде значительных изменений поведения, эмоционально-волевой сферы, неадекватности в отношении к своей проблеме.

Двигательная активность у этих детей отличается медлительностью, вялостью, заторможенностью либо, чаще, суетливостью, значительными колебаниями настроения в течение дня, вялостью с утра, приступами сонливости в течение дня и крайним возбуждением в вечерние часы. Нарушения эмоционально-волевой сферы выражаются в изменении влечений (повышенная жажда, изменения аппетита, вредные привычки как формы психопатоподобного поведения), аффективных нарушениях, ночных страхах [4]. У этих детей чаще, чем в популяции, в поведении отмечаются агрессивность и демонстративность, а также дефицит внимания с гиперактивностью [5]. Эмпирически отмечена положительная зависимость между возрастом и выраженностью поведенческих проблем [6].

У части детей с энурезом выявлена задержка развития, которая может проявляться в трудностях при обучении чтению, дизлексии (Wakwin, 1971). По имеющимся данным 66,5% (Крупнова, 1985) или 81% (Гольбин, 1979) детей, страдающих ночным энурезом, не осознавали свой дефект либо относились к лечению формально, 3,3% активно сопротивлялись лечению и только 15,7% (Гольбин, 1979) или 33,5% (Крупнова, 1985) переживали свое состояние, причем интеллект у 94% детей был не изменен (Гольбин, 1979) [цит. по 1].

Восприятие себя детьми с энурезом в целом не отличается от такового у здоровых сверстников, кроме такого показателя, как интерпретация себя, самотолкование. Больные дети склонны интерпретировать, толковать свою личность более негативно [7].

Успешное лечение приводит к повышению самооценки детей, страдающих энурезом (Moffatt et al., 1987) [цит. по 1]. Самооценка повышается

при лечении различными методами вне зависимости от его результатов. Восприятие родителями поведения ребенка, получающего лечение, также улучшается вне зависимости от результата терапии [8].

Половым различиям психологических особенностей при энурезе в литературе уделяется мало внимания, психоаналитические же объяснения психогенеза энуреза нелогичны [2].

В целом анализ литературы указывает на недостаточное количество верифицированных данных о поведенческих проблемах и самооценке детей при энурезе [6].

Настоящее исследование проведено с целью изучить характерологические особенности детей, страдающих неорганическим ночным энурезом. Для ее достижения поставлены следующие задачи: изучить характерологические особенности детей, страдающих неорганическим ночным энурезом; сравнить результаты патопсихологического исследования с клинико-психопатологическими особенностями этих детей; оценить связь показателей патопсихологического исследования с полом детей; сравнить показатели патопсихологического обследования детей с энурезом с данными обследования детей, страдающих расстройствами поведения (F91) и нормативными популяционными половозрастными показателями [9].

Под наблюдением находились дети в возрасте 7–13 лет, страдающие неорганическим ночным энурезом (F98.00 согласно МКБ-10).

Основную группу составили 110 детей (80 мальчиков и 30 девочек), страдавших энурезом; средний возраст их был равен  $10,1 \pm 1,8$  лет. В контрольную группу вошли 40 детей (20 мальчиков и 20 девочек того же возраста) с расстройствами поведения (F91).

При обследовании были применены патопсихологический метод личностных тестов-вопросников, клинико-психопатологический и статистический методы, у всех детей исследованы анамнез и психический статус. При патопсихологическом обследовании использован адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттела [9].

При клинико-психопатологическом обследовании у всех детей с энурезом на синдромальном уровне обнаружено наличие церебрального синдрома той или иной степени выраженности. У части детей, преимущественно младшего школьного возраста, отмечалось наличие синдрома гиперактивности и дефицита внимания. В интеллектуальной сфере — разный уровень развития познавательных навыков — от высокого для своего возраста до задержки формирования отдельных когнитивных функций (дискалькулия, дисграфия и др.). В эмоциональной сфере выявлялась эмоциональная лабильность разной степени выраженности. В волевой сфере и поведении у части детей основной группы отмечались непоследовательность, неустойчивость мотивации в учебной

деятельности, непослушание, упрямство, порой негативизм. Эти дети часто с трудом адаптировались в среде сверстников, обнаруживая конфликтность, несговорчивость, требовательность, демонстративность. В контакте со взрослыми они отличались скрытностью, недоверием и иногда лживостью. В отношении факта страдания энурезом наблюдалось нарастание с возрастом полноты осознания его как проблемы, что сопровождалось стеснительностью, обидчивостью, снижением самооценки. У части детей основной группы (13,75% мальчиков и 16,7% девочек) выявлялись клинические признаки расстройств поведения (F91).

Специфичные, патогномичные для детей с энурезом психические и личностные изменения на клинико-психопатологическом уровне не были выявлены. Разнообразие форм и степени эмоциональных, волевых, личностных изменений и поведенческих особенностей у этих детей вызвали необходимость верификации симптоматики с помощью теста-вопросника Р. Кеттела. Полученные данные оценивались отдельно для детей обоего пола. Результаты исследования приведены на рис. 1 и 2.

Как видно из рисунка 1, по факторам С и D показатели у мальчиков, страдающих энурезом, и у мальчиков с расстройствами поведения однонаправленно отличаются от популяционных норм, причем показатели детей с энурезом находятся между нормативными показателями и контролем, достоверно отличаясь от последнего.

По фактору С наиболее низкие показатели выявлены у мальчиков контрольной группы, достоверно отличающиеся от показателей основной группы и популяционных норм, что говорит о максимальной выраженности в этой подгруппе детей таких характерологических черт, как неуверенность в себе, ранимость, эмоциональная

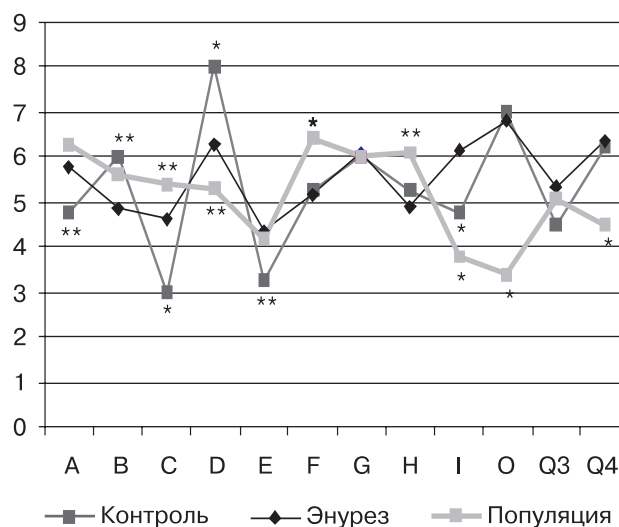


Рис. 1. Средние показатели теста Р. Кеттела (мальчики)

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,1$

неустойчивость, низкая фрустрационная толерантность, раздражительность. У детей с энурезом обнаруживаются аналогичные, но достоверно менее выраженные ( $p < 0,05$ ) отклонения от популяционной нормы (различия с ней носят характер тенденции,  $p < 0,1$ ).

По фактору D наиболее высокий показатель, указывающий на нетерпеливость, реактивность, легкую возбудимость, также выявлен в группе детей с поведенческими девиациями. Мальчики, страдающие энурезом, отличаются большей, нежели в популяции, представителем аналогичных качеств ( $p < 0,1$ ), но достоверно менее выраженных, чем при расстройствах поведения.

Показатели по факторам F, H, O и Q4 в основной и контрольной группах у мальчиков сходны и при энурезе достоверно отличаются от популяционных норм ( $p < 0,05$ ).

По фактору F мальчики той и другой группы отличаются от среднестатистических показателей благоразумием, осторожностью, рассудительностью в выборе партнера по общению, склонностью к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистичностью в восприятии действительности, сдержанностью в проявлении эмоций.

По показателям фактора H у мальчиков с энурезом максимально выражены робость, застенчивость в общении со взрослыми, осторожность, деликатность, социальная пассивность, повышенная чувствительность к угрозе, предпочтение индивидуального стиля деятельности и общения в условиях малых групп (2–3 человека).

Показатель фактора O характеризует мальчиков, страдающих энурезом, как тревожных, озабоченных, полных мрачных опасений, предчувствия неудач, ранимых, подверженных смене настроения, страху, неуверенности в себе, склонных к снижению настроению, чувству вины и недовольству собой. Их легко вывести из себя. По данному показателю эти дети, как и дети контрольной группы,

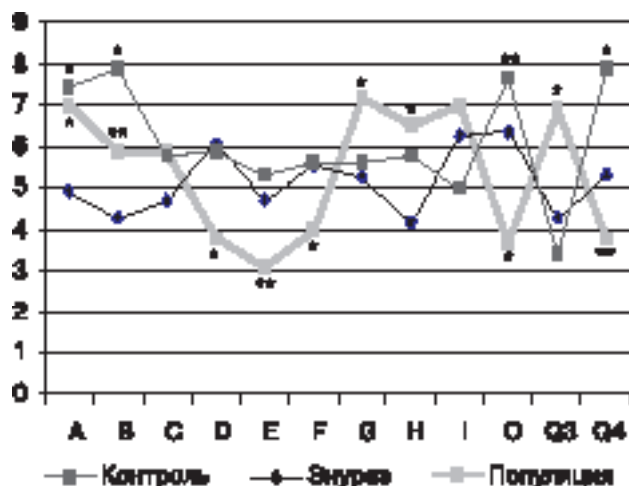


Рис. 2. Средние показатели теста Р. Кеттела (девочки)

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,1$

имеют высокий риск невротических, тревожных и депрессивных расстройств.

По фактору Q4 (расслабленность — напряженность) показатели у мальчиков, страдающих энурезом, как и у мальчиков с девиантным поведением, достоверно выше нормативных, что указывает на напряженность, раздражительность, фрустрированность, беспокойство.

Приведенные результаты позволяют оценить влияние страдания энурезом на формирование характера ребенка как в определенной степени психопатизирующее.

По факторам I и B отклонения показателей от популяционной нормы у мальчиков с энурезом превышают таковые у мальчиков с расстройствами поведения — достоверно для I ( $p < 0,05$ ) и вероятно для B ( $p < 0,1$ ). По фактору I дети, страдающие энурезом, характеризуются как чувствительные, нежные, зависимые от других, в большей степени подверженные влияниям окружающей среды. Этот фактор отражает их избыточную сенситивность, «женственную» мягкость и зависимость, доверчивость, нуждаемость в поддержке. Эти результаты могут указывать на более выраженную интеллектуальную и волевою незрелость мальчиков, страдающих энурезом, по сравнению с популяцией и детьми с девиантным поведением.

Учитывая половую специфичность факторов F и I, можно говорить об отклонении этих показателей у мальчиков с энурезом в сторону значений, более характерных для девочек. Это можно оценить как нетипичную для их пола, избыточную фемининность некоторых личностных черт.

Таким образом, ряд показателей (F, H, I) отражает особенности формирования характерологических радикалов, отличающие мальчиков с энурезом от мальчиков с девиациями поведения и популяции.

Ряд показателей, по которым мальчики, страдающие энурезом, приближаются (факторы C и D), а по факторам O и Q4 не отличаются от сверстников с девиантным поведением, указывают на определенное психопатизирующее влияние страдания энурезом на формирующуюся психику и характер ребенка.

По показателям, отражающим развитие ребенка, его интеллектуальную и личностную, волевою зрелость, дети с энурезом обнаруживают признаки ретардации по сравнению со своевременно развивающимися девиантными детьми, что является еще одним подтверждением оценки энуреза как болезни развития.

При энурезе мальчики по ряду показателей проявляют более фемининные черты, чем это ожидается от них с учетом нормативных показателей.

При обследовании девочек (рис. 2) показатели по фактам расположились последовательно от нормы к детям с расстройствами поведения, а девочки с энурезом заняли промежуточное положение. Рассмотрим их в порядке убывания различий между

основной группой и контролем — от максимальной разницы между показателями в основной группе и контроле до исчезновения статистических различий между ними.

Между контролем и нормой, ближе к последней ( $p < 0,1$ ) находится показатель Q4, по которому девочки с энурезом, вероятно, отличаются от нормы большей напряженностью, раздражительностью, фрустрированностью, беспокойством. Однако выраженность этих свойств достоверно не достигает уровня, выявленного у девочек с расстройствами поведения.

Фактор О уже достоверно отличается от нормы у девочек с энурезом, характеризующихся тревожностью, озабоченностью, неуверенностью в себе, сниженным настроением, эмоциональной неустойчивостью. Но эти особенности выражены у них меньше, чем у девочек контрольной группы ( $p < 0,1$ ).

Между показателями по факторам Q3, G и D статистические различия между основной и контрольной группами исчезают. Для обеих групп характерны низкие самоконтроль и дисциплинированность, плохое понимание социальных нормативов, зависимость от настроения, неумение контролировать свои эмоции и поведение (по фактору Q3). По фактору G от популяционных норм они отличаются недобросовестностью, безответственностью, пренебрежением к обязанностям, потворствованием своим желаниям, склонностью к неправильному поведению. В связи с этим у них часто возникают конфликты с учителями и родителями. По фактору D девочек основной и контрольной групп от нормы отличает нетерпеливость, реактивность, повышенная возбудимость, моторное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания.

Из характеристик факторов видно, что у девочек с энурезом формируются дезадаптивные личностные особенности, приближающие их к детям с расстройствами поведения. А это, как известно, является риском развития расстройства личности [10].

Однонаправленные изменения, которые могут свидетельствовать о деформирующем влиянии страдания энурезом на развитие личности, выявляются, но не носят статистически достоверного характера по факторам E (вероятно,  $p < 0,1$ ) и I. Показатели по фактору I недостоверны, но зеркально отражают взаимоотношение аналогичных показателей у мальчиков.

Среди характерологических особенностей девочек, страдающих энурезом, обнаруживается специфический симптомокомплекс личностных черт. По фактору F они, как и девочки с расстройствами поведения, обнаруживают склонность к риску, беспечность, храбрость, смелость, безрассудность в выборе партнеров по общению, эмоциональную значимость социальных контактов, экспансивность, стремление к лидерству в группе, импульсивность, что сопровождается и вероятны-

ми различиями с популяционной нормой у них по фактору E. По этому фактору у них ( $p < 0,1$ ) выражены стремление к доминированию, самостоятельности, независимости, самоутверждению, лидерству, противопоставлению себя окружающим, конфликтность. Одновременно с этим по фактору H они социально несмелы, робки, застенчивы в общении со взрослыми, чувствительны к угрозе с их стороны, чего не наблюдается в контроле. Сочетание этих качеств и достоверно низкий показатель по шкале A (скрытность, обособленность, обидчивость недоверчивость, низкая интуиция в межличностных отношениях) могут объяснять характерные для них паттерны поведения в коллективе и со взрослыми.

По наблюдениям и по свидетельству взрослых, эти девочки замкнуты, не делятся своими проблемами со взрослыми, скрытны с ними, недоверчивы, упрямые, своенравны. Родители редко знают, что происходит в настоящее время с ребенком, по поводу чего он расстроен сейчас. В то же время девочки пытаются взять инициативу в занятиях со сверстниками, проявляя настойчивость, вплоть до упрямства, что, несмотря на прилагаемые усилия, редко увенчивается успехом. Они стремятся к контакту со сверстниками, но не раскрываются в общении, что затрудняет его эффективность и редко приносит им желаемое самоутверждение.

Показатели по факторам F, E, H, клинические данные, а также показатели по фактору O можно расценивать как косвенное, через структуру характера, подтверждение низкой самооценки девочек, страдающих ночным недержанием мочи.

По ряду показателей, отличающихся выраженными половыми различиями нормативов (A, E, F), результаты можно трактовать как проявление нарушения формирования адекватных полу личностных особенностей у девочек, страдающих энурезом. Различия показателей по шкалам A и F у девочек основной группы с нормой достигают степени статистической достоверности. Отклонение показателя по фактору E носит вероятностный характер ( $p < 0,1$ ).

Ряд показателей, как и у мальчиков, отражает интеллектуальную (по фактору B) и волевою (факторы D, G, Q3, косвенно F и Q4) незрелость девочек с энурезом.

Несмотря на большой диапазон выявленных у детей с энурезом личностных отличий, нельзя говорить о наличии каких-либо патогномичных, типичных именно для энуреза личностных черт. Нам не удавалось по данным беседы и патопсихологического обследования, без прямых указаний родственников или ребенка на случай непроизвольного мочеиспускания во сне, не задавая прямых вопросов об этом, установить у обследуемого наличие ночного энуреза.

Таким образом, у детей с энурезом в процессе развития формируется личностный профиль, отличный от среднестатистической нормы и от манифестных клинически девиантных

форм поведения. В нем сочетаются как общие для детей с энурезом и с расстройствами поведения изменения, так и отличные от них, «условно характерные» для детей, страдающих энурезом, особенности. Это позволяет оценить страдание ночным недержанием мочи как один из психопатизирующих факторов.

Имеющиеся у детей с энурезом личностные изменения не носят специфического характера, от-

личаются чертами инфантилизма, волевой и личностной незрелости, что говорит об энурезе как болезни развития.

Страдание неорганическим ночным энурезом может приводить к нарушению формирования у детей адекватных полу личностных особенностей. Выявленные особенности требуют дальнейшего исследования, поскольку могут быть фактором риска нарушения половой аутоидентификации.

#### Литература

1. *Папаян А. В.* Энурез у детей / Под ред. акад. Ю. В. Наточина.— СПб.: Фолиант, 1998.— 68 с
2. *Von Gontard A.* Kinderpsychiatrische Aspekte der Enuresis nocturna // Wiener med. Wochenschrift.— 1998.— Vol. 148 (22).— P. 502–505.
3. Clinical behavioral problems in day- and night-wetting children // A. von Gontard, K. Mauer-Mucke, J. Pluck et al. // *Pediatr. Nephrol.*— 1999.— Vol. 13.— P. 662–668.
4. What becomes of children hospitalized for enuresis? Results of a catch-up study / P. Brieger, S. Sommer, R. Bloink, A. Marneros // *Eur. Psychiatr.*— 2001.— Vol. 16 (1).— P. 27–32.
5. Behavioral characteristics of children with daytime wetting / J. C. Kodman-Jones, L. Hawkins., S. L. Schulman // *J. of urol.*— 2001.— Vol. 166 (6).— P. 2392–2395.
6. *Redsell S. A., Collier J.* Bedwetting, behaviour and self-esteem: a review of the literature // *Child: Care, Health & Development.*— 2001.— Vol. 27.— P. 149 – 163.
7. Self-construing in children with primary mono-symptomatic nocturnal enuresis — an investigation of three measures / J. C. Robinson, R. J. Butler, P. Holland, D. Doherty-Williams // *Scand. J. Urol. Nephrol.*— 2003.— Vol. 37(2).— P. 124–128.
8. Behavioral and Self-Concept Changes After Six Months of Enuresis Treatment: A Randomized, Controlled Trial / S. Longstaffe, M. E. Moffatt, J. C. Whalen // *Pediatr.*— 2000.— Vol. 105.— P. 935 – 941.
9. *Александровская Э. М., Гильяшева И. Н.* Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла: Метод. рекоменд.— Л., 1985.— 34 с.
10. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руков. для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп.— М.: Медицина, 1995.— 560 с.
11. *Капустина А. Н.* Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла: Уч.-метод. пособие.— СПб.: Речь, 2004.— 104 с.

Поступила 20.07.2006