

*В.А. Филин¹, Н.И. Кузнецова¹, И.Г. Михеева¹, В.В. Николаева²,
А.Б. Мусеев¹, О.Б. Кольбе, С.А. Багяева³, К.Б. Паршина³*

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ ДЕВОЧЕК С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

¹ Российский государственный медицинский университет,

² Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,

³ Измайловская детская городская клиническая больница, Москва

Бесспорна огромная роль семьи, ближайших взрослых в поддержании психического и физического здоровья ребенка. Проведено исследование особенностей детско-родительских отношений в семьях девочек, страдающих нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП). Установлено влияние стилей родительского воспитания в семьях на особенности клинического течения НДМП и формирование психологических характеристик у девочек (высокая привязанность к матери и сиблингам у девочек-подростков с недержанием мочи). Возможно, имеет место взаимовлияние детско-родительских отношений и особенностей течения НДМП. В семьях девочек с НДМП наиболее характерным является симбиотический стиль воспитания.

Role of family and close grown-up relatives in maintenance of child's physical and physic health is self-evident. Study of children-parental interrelations was performed in families of girls with neurogenic bladder (NB). The study showed that style of parental education in family influenced upon NB clinical presentation and upon forming of patient's psychological characteristics (high attachment to mother and siblings in female adolescents with enuresis). May be, interference of children-parental interrelations and peculiarities of NB clinical presentation occurs in these families. Symbiotic style of education is more typical for families of female patients with NB.

Распространенность заболеваний мочевыделительной системы, связанных с нарушением уродинамики нижних мочевых путей, с каждым годом увеличивается [1]. Первое место по частоте занимают нейрогенные дисфункции мочевого пузыря (НДМП). Данное заболевание встречается у 10% детского населения и у каждого второго ребенка с нефроурологической патологией. Рост НДМП связан не только с увеличением частоты заболевания, но и с улучшением качества диагностики. НДМП может быть одной из причин недержания мочи (НМ), которое влияет на психологический статус ребенка, детско-родительские отношения и снижает качество жизни всей семьи.

Риск отклонений в формировании психологических особенностей личности при соматической патологии, связанной с нарушением мочеиспускания, бесспорно высок. Болезнь не прекращает психическое развитие ребенка, но она, как правило, искажает, отягощает и замедляет его ход [2–4]. Доказано существование «психосоматической» семьи, как целостной структуры, в которой происходит развитие и становление личности ребенка, страдающего психосоматической патологией, и где болезнь выполняет определенные функции по поддержанию семейного равновесия [2, 4–6]. Симптом, встраиваясь в систему «мать — ребенок», становится условно необходимым для разрешения жизненных ситуаций и семейных конфликтов. Эти исследования представляют научно-практический интерес, но, по данным отечественной и зарубежной литературы, таких работ немного. Они посвящены изучению психологических особенностей детей с энурезом и детско-родительских отношений в их семьях [7–9].

До 90% всех расстройств мочеиспускания являются функциональными, что расширяет возможности врача эффективно использовать в лечении не только медикаментозное, но и психологическое воздействие. Междисциплинарный подход будет способствовать оптимизации лечения детей с НДМП. Следовательно, изучение клинико-психологических особенностей детей, страдающих НДМП, и детско-родительских отношений в их семьях является актуальной задачей, как нефроурологии, так и практической психологии.

Материалы и методы исследования

В работе представлены материалы наблюдения и обследования 98 девочек 7–12-летнего возраста с НДМП и психологического тестирования их мате-

рей за период с 2003 по 2006 гг. Повышенный интерес к данной возрастной категории больных определялся тем, что младший и средний школьный возраст является периодом становления характера и формирования социально-психологической адаптации личности.

Выборка девочек была разделена на группы в зависимости от возраста и наличия или отсутствия клинических проявлений в виде НМ. Выделены 2 возрастные группы: 1-ю — составили девочки 7–9 лет (младший школьный возраст), 2-ю — девочки 10–12 лет (средний школьный возраст, или предпубертатный). Кроме того, каждая из групп была разделена на 2 подгруппы в зависимости от наличия НМ, которые в дальнейшем будут именоваться как подгруппы девочек с НДМП с НМ и без него. Таким образом, при обработке результатов исследования мы учитывали такой важный клинический симптом НДМП, как НМ, которое может влиять на психологический статус ребенка и его адаптацию в обществе.

Особое внимание было уделено сбору анамнеза и клиническому обследованию девочек. Каждому ребенку проведено комплексное нефроурологическое обследование, включающее клинико-биохимические исследования крови и мочи, анализ ритма спонтанных мочеиспусканий, ультразвуковые методы исследования почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи, рентгенконтрастные методы исследования почек и мочевыводящих путей (экскреторная урография и микционная цистоуретрография), уродинамические методы (урофлоуметрия и по показаниям урофлоуметрия с проведением фармакологических проб, ретроградная цистоманометрия и профилометрия уретры). Также по показаниям проводили эндоскопические методы исследования (цистоуретроскопия). Всех девочек консультировал невролог, уролог и гинеколог.

Раздел работы по психологии выполнен на кафедре нейропатопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова (зав. — докт. пед. наук, проф. А.Ш. Тхостов). Исследование особенностей межличностных отношений и характеристик поведения детей проведено с помощью теста Рене Жилия, а определение стиля родительского воспитания — по методике А.Я. Варги и В.В. Столина [10].

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ «Statistica for Windows». Для оценки корреляций непараметрических данных применяли коэффициент корреляции Спирмена, для определения достоверности различий показателей при сравнении двух независимых (несвязанных) групп (непараметрический метод) — критерий Манна-Уитни (U).

Результаты и их обсуждение

При анализе клинико-анамнестических данных девочек с НДМП акушерская патология была выявлена у 74 (76%) их матерей. Неблагоприятные факторы акушерского анамнеза, перинатального периода и периода раннего детства в подгруппе девочек с НМ встречались чаще, чем у девочек с НДМП без НМ, независимо от возраста.

Генеалогический анамнез по заболеваниям мочевыделительной системы в 2 раза чаще отягощен у девочек с НДМП с НМ, чем у девочек с НДМП без НМ.

В 1-й группе энурез и дневное НМ встречались у 33 (73%) девочек, у 12 (27%) — заболевание протекало без клинических проявлений в виде НМ, но наличие НДМП было подтверждено при уродинамическом обследовании. Энурез отмечался у 11 (24%), дневное НМ — у 9 (20%), а сочетание энуреза и дневного НМ было выявлено у 13 (29%) девочек. Во 2-й группе энурез и дневное НМ отмечались у 24 (45%) девочек, а у 29 (55%) — заболевание протекало без клинических проявлений. Энурез был диагностирован у 17 (32%), дневное НМ — у 2 (4%), а комбинированное расстройство мочеиспускания отмечалось у 5 (9%) пациенток. Девочки с НДМП 7–9-летнего возраста страдали НМ в 1,6 раза чаще, чем девочки 10–12-летнего возраста (73% и 45% соответственно, $p=0,006$).

В 1-й возрастной группе преобладали девочки с НДМП по гиперрефлекторному — 67%, а во 2-й — девочки с НДМП по гипорефлекторному типу — 66% ($p<0,01$). Распределение девочек по возрасту подтвердило известное положение об уменьшении числа пациентов с гиперрефлекторными нарушениями вследствие созревания микционных центров спинного мозга [11].

Семья играет огромную роль не только в формировании психологических особенностей ребенка, выступает как фактор риска возникновения психосоматических аномалий, но и зачастую способствует хронизации патологии, возникшей у ребенка.

С появлением у ребенка соматической симптоматики, в частности нарушения мочеиспускания, начинается осмысление, оценивание ее семейным окружением, в результате психологической обработки взрослыми формируется определенное отношение к заболеванию, которое транслируется ребенку. В результате симптоматика наделяется смыслом и становится значимой для всей семьи.

При обработке результатов опросника родительского отношения высокий тестовый балл по шкалам «принятие–отвержение», «кооперация», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация» и «маленький неудачник» интерпретируется соответственно как отвержение, социальная желательность, симбиоз, гиперсоциализация, инфантилизация (инвалидизация). Наиболее негармоничными для психического развития ребенка являются такие стили родительского воспитания, как гиперопека и отвержение ребенка в различных своих проявлениях. К гармоничным стилям родительского воспитания относятся принятие и кооперация.

Установлено, что в семьях девочек, страдающих НМ, стиль родительского отношения не зависел от возраста дочерей. Наиболее часто диагностировались следующие стили родительского отношения: симбиотический (39%), авторитарный и инфантилизирующий (в 1-й группе девочек — каждый по 29% и во 2-й — каждый по 26%). Таким образом, матери девочек с НМ стремятся к чрезмерной опеке (гиперопеке) и сохранению близкой межличностной дистанции в общении с дочерьми, строго контролируют их поведение, а также подавляют самостоятельность и индивидуальность дочерей.

В свою очередь, девочки с НМ в качестве самого близкого человека называли мать, брата или сестру (тест Рене Жиля), подтверждая предположение об эмоциональной значимости отношений внутри материнско-детской диады. В 1-й возрастной группе девочек выявлены достоверные различия в материнской привязанности ($U=105, 500$; $p=0,028$) (табл. 1). Девочки 7–9 лет с НДМП, страдающие НМ, более

Таблица 1

Особенности межличностных отношений девочек с НДМП в зависимости от возраста и клинических проявлений

Факторы	7–9 лет (1-я группа)		10–12 лет (2-я группа)	
	с НМ (n=31)	без НМ (n=12)	с НМ (n=23)	без НМ (n=27)
Отношение к матери	51,0* #	37,5*	37,8#	45,8
Отношение к отцу	13,7	11,4	19,1	12,3
Отношение к родителям как чете	32,8	42,3	31,6	37,6
Отношение к братьям и сестрам	23,8	25,2	36,2	34,5
Отношение к бабушке, дедушке и другим родственникам	10,8	9,5	11,1	9,2
Отношение к другу, подруге	16,0	13,0	16,1	21,6
Отношение к учителю	25,7	27,0	30,3	29,5

* $p=0,028$; # $p=0,004$; здесь и в табл. 2 и 3: данные представлены в %.

Таблица 2

Межгрупповые различия детско-родительских отношений в семьях у девочек с НДМП в зависимости от клинических проявлений (средний процентильный ранг)

Факторы	с НМ (n=54)	без НМ (n=39)
Принятие–отвержение	58,07	49,7
Кооперация	42,45	40,63
Симбиоз	75,91	75,72
Авторитарная гиперсоциализация	69,72	67,93
Инфантилизация (инвалидизация)	75,43*	67,2

* $p=0,03$.

привязаны к матери, чем их сверстницы с НДМП без НМ. В группе девочек с НМ установлена положительная корреляционная связь между симбиотическим стилем воспитания и отношением к родителям как чете ($R=0,357$; $p=0,019$). Помимо этого, в группе девочек с НМ выявлены возрастные различия в материнской привязанности ($U=193,000$; $p=0,004$): у девочек 10–12 лет потребность в эмоциональной близости с матерью ослабевает в связи с присущим данному возрасту стремлением к автономии, но в то же время возрастает значимость отношений с сиблингами (табл. 1). Они предпочитают общаться с родными братьями и/или сестрами, а не со сверстниками, что не характерно для здоровых подростков.

Нами были выявлены межгрупповые различия по шкале «маленький неудачник» ($U=774,000$; $p=0,030$) (табл. 2). Матери девочек с НДМП с НМ 7–12-летнего возраста достоверно чаще реализуют инфантилизирующий стиль воспитания в отличие от матерей их сверстниц из группы сравнения. Кроме того, по шкале «Авторитарная гиперсоциализация» получены возрастные различия в подгруппах девочек с НДМП без НМ ($U=97,000$; $p=0,049$). В нашем исследовании средний процентильный ранг по данной шкале с возрастом повышался (56,29%

и 73,11% соответственно) (табл. 3). Возможно, полученные результаты связаны с большей желательностью для матери социальных достижений ее дочери-подростка с НДМП без НМ.

Таким образом, для матерей девочек 7–12-летнего возраста наиболее характерным, как по частоте встречаемости, так и по преобладающему значению среднего процентильного ранга, является симбиотический стиль воспитания. Возможно, преобладание симбиотического стиля воспитания взаимосвязано с хронической психосоматической патологией, требующей повторных госпитализаций и длительного амбулаторного наблюдения и лечения. В сложившейся ситуации мать ощущает тревогу за здоровье ребенка и как следствие стремится к чрезмерной опеке и заботе. Матери девочек, страдающих НМ, чаще реализуют инфантилизирующий стиль воспитания в отличие от матерей их сверстниц из группы сравнения. Возможно, это связано со специфическими проявлениями заболевания, но не исключено, что болезнь является «условно желательной», и ее течение поддерживают установившиеся детско-родительские взаимодействия. Нами показано, что у девочек имелось значительное количество эпизодов НМ как при инфантилизирующем, так и при симбиотическом стиле родительского воспитания (67% и 62% соответственно). Важно, что достижение положительной динамики заболевания (прекращение и урежение эпизодов энуреза и дневного НМ) у девочек после комплексного лечения отмечалось в 25% случаев чаще при симбиотических отношениях с матерью.

Взаимосвязь стилей родительского отношения и психологических особенностей детей (тест Рене Жиля) определялась с помощью анализа коэффициентов ранговой корреляции Спирмена между характеристиками детей и родителей. У девочек 10–12 лет с НДМП с НМ оценка матери по шкале «принятие — отвержение» прямо связана со стремлением к уединению, отгороженностью ребенка ($R=0,495$; $p=0,016$). Следовательно, при преобладании отвергающего компонента в материнском отношении к дочери степень социальной адекватности ребенка

Таблица 3

Межгрупповые различия детско-родительских отношений в семьях у девочек с НДМП в зависимости от возраста и клинических проявлений (средний процентильный ранг)

Факторы	7–9 лет (1-я группа)		10–12 лет (2-я группа)	
	с НМ (n=31)	без НМ (n=12)	с НМ (n=23)	без НМ (n=27)
Принятие — отвержение	58,14	50,89	57,98	49,18
Кооперация	40,96	39,95	44,47	40,94
Симбиоз	73,24	77,23	79,50	75,05
Авторитарная гиперсоциализация	69,90	56,29*	69,49	73,11
Инфантилизация (инвалидизация)	74,44	64,87	76,77	68,24

* $p=0,049$ при сравнении показателей у девочек без НМ 7–9 и 10–12 лет.

снижается. Установлено, что отношение к сиблингам девочек подросткового возраста с НМ тоже зависит от выраженности отвергающего компонента в материнском отношении ($R = -0,746$; $p = 0,003$). То есть при симпатии родителей к ребенку и признании его индивидуальности взаимодействия с родными братьями (сестрами) складываются благоприятно. При отвергающем стиле родительского воспитания девочки наиболее привязаны к отцу (46,7%), а не к эмоционально отвергающей их матери (26%).

В группе девочек 7–9 лет с НДМП без НМ выявлена положительная корреляционная связь между инфантилизирующим стилем родительского воспитания и стремлением ребенка к уединению ($R = 0,600$; $p = 0,039$). Недоверие к дочери со стороны матери, убежденность в ее неуспешности и несамостоятельности приводит к замкнутости и снижению коммуникабельности ребенка в коллективе сверстников.

Заключение

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что существенное влияние на формирование психологических особенностей девочек с НДМП и

течение этого заболевания оказывает стиль родительского отношения. Чем младше ребенок, тем более значительно это влияние. Выявлена взаимосвязь реализуемого стиля родительского воспитания в семьях с особенностями течения НДМП у девочек. Возможно, имеет место взаимовлияние детско-родительских отношений и особенностей течения НДМП.

Для больного ребенка очень важен психологический климат в семье. Ребенок с хроническим соматическим заболеванием требует большой заботы и контроля со стороны всех членов семьи, особенно матери. Это создает дополнительную эмоциональную нагрузку, а иногда и провоцирует стрессовые ситуации в семье. Поэтому важно, чтобы психологическая коррекционная помощь оказывалась не только самому ребенку, страдающему НДМП, но и всей семье больного, в первую очередь — матери, так как качество жизни больного ребенка зависит от адаптации родителей к ситуации болезни. Таким образом, назрела необходимость организации центров психологической помощи на базе детских нефроурологических отделений и лечебно-диагностических учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джавад-Заде М.Д., Державин В.М., Вишневский Е.Л. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. Под ред. М.Д. Джавад-Заде, В.М. Державина. М.: Медицина. 1989.
2. Арина Г.А. Психосоматический онтогенез: закономерности становления и аномалий. 1-я Всерос. научн. конф. по психологии «Психология сегодня». Ежегодник Рос. психол. общества. М., 1996; 2 (4): 32–35.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей. СПб.: Питер. 2000.
4. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 1992.
5. Иванова Е.В. Семейные психологические факторы в течение atopических дерматитов у детей: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1992.
6. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт. Пер. с англ., нем. М.: Смысл, 1993.
7. Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. Рук-во для врачей и логопедов. М.: Рос. об-во медиков-литераторов, 1995: 51–60.
8. Квашнер К., Маттеят Ф. Энурез и энкопрез. В кн.: Психотерапия у детей и подростков. Под ред. Х.Ремшмидта. Пер. с англ. М.: Мир, 2000: 408–428.
9. Moffat M.E. Nocturnal enuresis: Psychologic implications of treatment and nontreatment. J. Pediatr. 1989; 114: 697–704.
10. Варга А.Я. Структура и тип родительского отношения: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1987.
11. Вишневский Е.Л. Диагностика и лечение нейрогенных дисфункций мочевого пузыря у детей. В кн.: «Лечение соматических заболеваний у детей». М.: Старко, 1996: 165–176.