

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

«Педагогика и психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)**

на тему Исследование личностных особенностей подростков, страдающих энурезом

Обучающийся

О.Ю. Комарова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

канд. психол. наук, С.С. Белоусова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретическая основа личностных особенностей подростков, страдающих энурезом.....	9
1.1 Нарушения мочеиспускания у детей и подростков.....	9
1.2 Роль семьи в лечении подростков, страдающих энурезом.....	14
1.3 Лечение, профилактика и ранее распознавание психосоматических заболеваний в детском возрасте.....	22
1.4 Функциональное биологическое управление в терапии детей и подростков, страдающих энурезами.....	30
1.5 Психотерапия в лечении детей и подростков с энурезом.....	31
Глава 2. Эмпирическое исследование личностных особенностей подростков, страдающих энурезом	
2.1 Организация и методы исследования личностных особенностей подростков, страдающих энурезом	59
2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования личностных особенностей подростков, страдающих энурезом	61
2.3 Рекомендации для подростков, страдающих энурезом	90
Заключение	98
Список используемой литературы.....	102
Приложение А Результаты исследования по Методике Личностная агрессивность и конфликтность	107
Приложение Б Результаты исследования уровня агрессии по Опроснику враждебности Басса-Дарки	109
Приложение В Результаты исследования уровня тревожности по Шкале личностной тревожности учащихся	111
Приложение Г Результаты определения типов акцентуации личности старшеклассников в возрасте 14-18 лет по Методике Модифицированный ПДО (МПДО)	113

Приложение Д Рисунки подростков, страдающих энурезом	116
Приложение Е Компоненты и рекомендации по формированию здорового образа жизни	119
Приложение Ж Рекомендации по питьевому режиму детей и подростков, страдающих энурезами.....	122

Введение

Энурез является одним из распространенных расстройств мочеиспускания у детей и подростков, что создает социально-психологические сложности как для ребенка, так и для его родителей, приводя к снижению качества жизни.

Частота энуреза изменяется в зависимости от возраста: среди пятилетних детей он наблюдается у 15-20%, к десятилетнему возрасту уровень снижается до 5%, тогда как у подростков проблема затрагивает лишь 2% и среди взрослых старше 18 лет – 0,5%. Мальчики сталкиваются с энурезом в 1,5– 2 раза чаще, чем девочки [25].

Над решением проблемы энуреза работают специалисты самых разных областей – педиатры, урологи, нефрологи, неврологи, физиотерапевты, психологи и психиатры. В некоторых странах важное место в терапии энуреза занимают психологические подходы к работе с детьми и их родителями [17].

Актуальность и научная значимость настоящего исследования состоит в том, что недержание мочи является распространенной проблемой детско-подросткового возраста и причиной нарушения социальной адаптации, значительных психологических и эмоциональных трудностей у детей и членов их семей. Высокая распространенность энуреза, социально-психологическая и медицинская значимость проблемы нарушений мочеиспускания у детей, недостаток действенных способов терапии на сегодняшний день вызывает значительный интерес к данной проблеме.

Очевидно, что количество исследований, касающихся личностных особенностей детей и подростков с энурезом, весьма ограничено. Данная работа направлена на изучение этого важного вопроса.

Объект исследования: личность.

Предмет исследования: личностные особенности подростков, страдающих энурезом.

Цель исследования: исследовать личностные особенности подростков, страдающих энурезом.

Гипотеза исследования: состоит в предположении, что подросток, страдающий энурезом, обидчивый, подозрительный, ранимый, тонко чувствующий, несамостоятельный, инфантильный, склонный перекладывать ответственность на других.

Чтобы достичь заявленной цели, были поставлены следующие задачи:

- анализ литературы о детском недержании мочи (энурез);
- подбор подходящих методов и методик для исследования;
- выполнение как количественного, так и качественного анализа, для определения личностных особенностей подростков, страдающих недержанием мочи.
- составление рекомендаций, которые могут быть использованы в практическом здравоохранении и медико-социальной сфере.
- формирование выводов.

Теоретическо-методологической основой исследования являются работы авторов, раскрывающие основополагающие подходы к психологии здоровья ребенка: Е.Г. Ожоговой, Т.В. Малютиной, Л.С. Немых, В.А. Куташова, О.В. Ульяновой, Т.Ю. Хабаровой, А.А. Лифинцевой, А.Б. Холмогоровой, Т.В. Отпущенниковой, И.В. Горемыкина, Дерюгиной Л.А., В.В. Нагаева, Л.А. Жолковской, Дж Уайлда, Т.С. Кривоноговой, Н.А. Рыжаковой, Е.В. Михалёва, Н.А. Куропаткиной, У.В. Лебедевой, Н.Г. Незнановой, Л.И. Вассермана, В.В. Длина, Н.Б. Гусевой, А.Б. Моисеева, С.Л. Морозова, А.И. Захарова, Е.И. Минеевой, Ю.Ф. Антропова, Ю.С. Шевченко, З. Фрейда, Ю.Л. Солодовникова, И.Г. Малкиной-Пых, Е.В. Мельник, Ф. Александера, Г.В. Старшенбаума.

Базовыми для настоящего исследования явились также: следующий подход к заболеванию: энурез часто включает в себя сложное взаимодействие физических и психологических факторов. Разум и тело неразрывно связаны, и нарушения эмоционального благополучия могут проявляться в виде

физических симптомов. Понимание этой связи имеет решающее значение для разработки эффективных мер психологической помощи.

Методы исследования:

1. Методы анализа теории:

- Анализ научной методической литературы;
- Анализ диагностической и медицинской документации.

2. Методы диагностики:

- Методика Личностная агрессивность и конфликтность, определяющая склонность к конфликтности и агрессивности как личностных характеристик (Авторы: Е. П. Ильин, П.А. Ковалев (2004));
- Опросник враждебности Басса-Дарки, BDHI (Авторы: Арнольд Басс, Энн Дарки (1957)
- Шкала личностной тревожности учащихся оценивает уровень детской и подростковой тревоги, которая возникает в школьных условиях, в ситуациях общения, в отношении к самому себе. Адаптация: А. К. Осницкий (1998); А.А. Хван и др. (2005);
- Методика, известная как Модифицированный ПДО (МПДО), представляет собой упрощенную версию Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), созданного А.Е. Личко. Этот тест предназначен для определения типов акцентуации характера у учащихся старших классов в возрасте от 14 до 18 лет.;
- Оригинальный тест Сонди (Автор: Леопольд Сонди (1935)). Тест Сонди делает упор на то, что генетически заложенное в человеке так или иначе будет проявляться.

Опытно-экспериментальная база исследования: ГБУЗ «Детская городская клиническая Больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ». Отделение неврологии, Центр урологии, андрологии и патологии тазовых органов

Научная новизна исследования заключается в:

- изучении особенностей личности подростков (14-17 лет), страдающих недержанием мочи (энурезом);

Теоретическая значимость исследования заключается в:

- раскрытии тематического материала, предложение новых данных о причинах различных видов нарушения мочеиспускания у детей и подростков и особенностями личности таких подростков;
- анализе информации по изучаемой теме и подготовке информационной (теоретической) базы для практического исследования.

Практическая значимость исследования заключается в составлении рекомендаций по психопрофилактике, рекомендации по здоровому образу жизни и питьевому режиму для детей и подростков, страдающих недержанием мочи (энурезом), которые могут быть использованы в практическом здравоохранении и медико-социальной сфере.

Достоверность и аргументированность результатов исследования достигались:

- ясностью методологических основ, использованием актуальных теоретических подходов, соответствующих объекту, предмету, а также целям и задачам диссертации, природе рассматриваемого состояния здоровья, репрезентативностью источниковой базы исследования.
- использованием психологической и медицинской теории в области проблемы энуреза, опыта на практике; применением теоретических и эмпирических методов; адекватностью применяемых методик диагностики, репрезентативностью выборки; математикой обработкой статистических данных исследований.

Важнейшим аспектом активного участия автора в подготовке и осуществлении исследования является определение исследовательских методов, взаимодействие с пациентом и его законным представителем (получение информированного добровольного согласия подростка и его родителя, детальное разъяснение целей и тематики исследования, вопросов анонимности, добровольности участия и конфиденциальности данных. Кроме того, автор участвует в интерпретации и анализе собранной информации,

формирует выводы на основе результатов исследования, а также разрабатывает практические рекомендации. Таким образом, личное вовлечение автора охватывает все ключевые этапы от начала исследования до его анализа и конечного процесса создания рекомендаций.

Апробация и адаптация результатов исследования проводились на базе ГБУЗ «Детская клиническая городская больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» г. Москва; 16 февраля 2024 проведена онлайн-школа здоровья на тему «Психологическая подготовка и поддержка ребенка при проведении БОС-терапии в урологической практике», 16 декабря проведена онлайн-школа здоровья на тему «БОС-терапия по вопросам пациентов»; в журнале «Молодой ученый» № 40 октябрь 2023 г. опубликована статья «Психологическая подготовка и поддержка ребенка при проведении БОС-терапии в урологической и неврологической практике» [37], в журнале «Молодой ученый» № 43 октябрь 2023 г. опубликована статья «Велопрогулки как лекарство от стресса, тревожности и плохого настроения» [38].

На защиту выносятся следующие положения:

- энурез вызывает появление у ребенка большого числа разнообразных психологических трудностей;
- дети, страдающие энурезом имеют связь с определенными личностно-эмоциональными характеристиками;
- состояние физического здоровья, в частности энурез, влияет на психологическое здоровье ребенка;
- лечение энуреза базируется на здоровом образе жизни, поведенческой терапии – физиологической и аппаратной (БОС-терапия).

Структура магистерской диссертации включает введение, 2 главы, заключение, 12 рисунков, 2 таблицы, библиографический список (39 источников), 7 приложений. Основной текст работы изложен на 101 странице.

Глава 1. Теоретическая основа личностных особенностей подростков, страдающих энурезом

1.1. Нарушения мочеиспускания у детей

Мочеиспускание – неотъемлемый процесс нашей жизни, с которым мы сталкиваемся ежедневно, охватывающий анатомические, физиологические, философские и психологические аспекты. С физиологической точки зрения: мочеиспускание (лат. mictio, uresis, urinatio) представляет собой акт опорожнения мочевого пузыря через периодическое выделение физиологической жидкости (мочи) в окружающую среду. Этот процесс также можно рассматривать как познавательное психическое явление, которое отражает восприятие отдельными органами чувств различных аспектов, характеристик и явлений реального мира, влияющих на здоровье в конкретный точку времени.

Иммануил Кант отмечал: «Мочеиспускание – единственное из удовольствий, после которого не мучают угрызения совести». Врачи разных специализаций часто сталкиваются с нарушениями мочеиспускания, которые, как правило, не приносят радости [8].

Международное общество по проблеме недержания мочи (International Continence Society, ICS) определяет энурез как утрату контроля над мочеиспусканием во время сна. При этом, если у человека старше 5 лет наблюдается мочеиспускание во сне, это также квалифицируется как энурез.

Согласно международной классификации болезней Десятого пересмотра МКБ-10), которая представляет собой нормативный документ с общепринятой статистической классификацией медицинских диагнозов, используемый в здравоохранении для унификации методических подходов и международной сопоставимости материалов. Разработана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

По МКБ–10 проблема энуреза относится к диагнозу: F98 Другие расстройства эмоций и поведения, имеющие начало с детского возраста.

Заболевание, характеризующееся непроизвольным выделением мочи как в дневное, так и в ночное время, считается ненормальным для возраста ребенка и не обусловлено нарушениями неврологического характера, влияющими на контроль над мочевым пузырем или структурных аномалий мочевого тракта. Энурез может присутствовать с момента рождения (а именно как патологическая задержка нормального младенческого недержания) или развиваться после успешного освоения контроля. Вторичный энурез чаще всего возникает между 5 и 7 годами. Он может проявляться как изолированное состояние или же сочетаться с более широкими эмоциональными или поведенческими расстройствами. В таких случаях механизм связи остается неясным. Эмоциональные проблемы могут возникать как ответ на стресс или стыд по поводу энуреза, также недержание может способствовать развитию других психических расстройств, или же они могут возникать одновременно по схожим причинам. В каждом случае требуется тщательная диагностика, чтобы определить, что является основной проблемой: энурез или же эмоциональные/поведенческие расстройства.

Диагностические критерии гласят, что четкой грани между нормой и патологией при освоении контроля над мочевым пузырем не существует. Энурез не следует ставить в диагноз до достижения ребенком 5 лет. Если недержание возникает наряду с другими эмоциональными или поведенческими проблемами, основным диагнозом будет энурез, только если эпизоды происходят как минимум несколько раз в неделю. Иногда имеет место временный энурез, вызванный циститом или полиурией, но это не объясняет случаев, происходящих после лечения инфекции. Кроме того, цистит может развиваться вторично в результате энуреза из-за заноса инфекции в мочевой тракт.

Входят:

– функциональный энурез;

- психогенный энурез;
- недержание мочи неорганического происхождения;
- энурез первичный неорганической природы;
- энурез вторичный неорганической природы» [14, 20].

Основные известные причины энуреза:

- генетическая предрасположенность (риск возникновения энуреза у ребенка повышается, если оба родителя страдали энурезом на 75%, на 45% - если один из родителей страдал энурезом);
- органическая недостаточность центральной нервной системы, когда сохраняются последствия внутриутробных поражений центральной нервной системы;
- урологическая патология и инфекции мочевыделительной системы.

Энурез условно делят на первичный (ребенок не переставал писать ночью во с рождения) и вторичный (пациенты повторно начинают мочиться во сне после 5-ти летнего возраста).

При диагностике вторичного энуреза необходимо учитывать возможные психические и неврологические нарушения, поскольку это состояние часто является следствием стрессов или травм. Такие проявления как бессонница или изменения в поведении ребенка служат важными индикаторами, требующими комплексного подхода в использовании как терапевтических, так и психологических методов [25].

Генетически обусловленный энурез имеет свои особенности: он имеет первичный характер, у родственников в анамнезе присутствует энурез, пациент страдает никтурией, когда ночной диурез преобладает над дневным; так же снижен уровень антидиуретического гормона в ночное время.

Энурез при органической недостаточности центральной нервной системы характеризуется вегетативными дисфункциями, нейрогенной дисфункцией мочевой системы, гипервозбудимостью, также энурез регулярный, может быть несколько эпизодов за ночь, в то же время на фоне крепкого сна ребенка.

Энурез при неврозах имеет свои особенности: часто вторичный, возникает после психотравмирующего фактора; энурез часто сочетается с нейрогенной дисфункцией мочевой системы; нерегулярный, чаще однократно за ночь; ребенок переживает, тревожится из-за своего состояния, плохо засыпает, сон беспокойный, поверхностный, просыпание может сопровождаться головными болями, раздражительностью; энурез проходит или уменьшается при смене обстановки [25].

Особенности невротического недержания мочи.

Признаки невротического недержания мочи хорошо описаны авторами Л.С. Немых, В.А. Куташовым, О.В. Ульяновой, Т.Ю. Хабаровой в Учебно–методическом пособии для врачей психиатров, детских неврологов, медицинских психологов, клинических ординаторов и интернов «Эмоциональные и поведенческие расстройства детского возраста: системные неврозы заикание энурез энкопрез»: «периодичность ночных эпизодов недержания мочи непредсказуема, бывает редко, нерегулярно; происходит во время как дневного так и ночного сна; в благоприятной, спокойной обстановке с большой долей вероятности проходит; дети переживают из-за своего состояния.

Сон у данного пациента имеет свои характерные черты: он чаще всего поверхностный, сопровождающийся множеством тревожных сновидений. Нарушается баланс между фазами сна: фаза глубокого сна значительно сокращается, в то время как фаза легкого сна доминирует и длится почти всю ночь. Ребенка терзают тяжелые сны, наполненные чувством тревоги и страха, в которых он ощущает недостаток любви со стороны близких, испытывает печаль от утраты и комплекс неполноценности.

Часто ему снится, что кто-то его преследует, или он убегает от опасности, падает и страдает от незащитности, не в силах избежать преследователей. От страха, который он испытывает во время сна, на момент возникает потеря контроля над позывом к мочеиспусканию. Однако, как

только малыш пробуждается, эта функция вновь восстанавливается автоматически.

Специалисты в области психологии, психиатрии нейроурологии и психоневрологии способны выявить у ребенка различные симптомы невроза, и нередко причины его возникновения. Рассмотрим случай мальчика Г., которому 7 лет, страдающего от энуреза и аритмии с приступами сердечных сокращений от 140 до 220 и более в минуту (при норме для его возраста в покое 90 сокращений в минуту). В ходе разговора в стационаре детского психиатра его ответы сводились к следующему: «Что тебе нравится?» – «Когда мама улыбается и смеется». «Часто ли она улыбается?» – «Редко». «Что тебе не нравится?» – «Когда мама плачет, а папа кричит; когда они ругаются». «Ты хочешь быть дома?» – «Нет, хочу к бабушке». Пояснения здесь излишни. В таких случаях лечение энуреза происходит в детских санаториях, у заботливых бабушек или в стационаре.

Клинический пример: пятилетний мальчик И. развивался нормально, «сухой» с 2,5 лет, но после поступления в детский сад, куда он не хотел идти, стал капризным и часто плакал. За два месяца до этого в семье появилась сестра. По итогам обследования никаких патологий не обнаружили, однако лечение затруднилось из-за позднего обращения родителей. Ситуацию удалось исправить только при помощи психолога и психотерапевта. [17].

Если вы будете изучать сновидения маленьких детей с полутора лет, то заметите, что их легко и просто объяснить. Дети часто видят во сне реализацию желаний, формировавшихся в течение дня, которые не получили удовлетворения. Сны детей не требуют интерпретации: достаточно лишь узнать, какие переживания у них были накануне. В идеале самое удовлетворительное объяснение сновидений взрослых заключалось бы в том, что их сны не отличаются от детских и представляют собой исполнение нереализованных желаний, возникших накануне. На самом деле это действительно так; трудности, затрудняющие такое толкование, могут быть постепенно устранены через пошаговый анализ сновидений. [33].

1.2 Роль семьи в лечении детей, страдающих энурезом

Нельзя игнорировать влияние семьи на развитие проблем со здоровьем у детей.

Ф. Адлер утверждает, что «Семья – это общество в миниатюре, от целостности которого зависит безопасность большого человеческого общества».

Согласно психологии внутриутробного развития мать и ребенок являются единым целым и это влияет на все последующие этапы жизни ребенка. Нормально функционирующая семья – это семья, в которой удовлетворяется потребность в росте и изменениях семь в целом и каждого ее члена, которая гармонично и ответственно выполняет свои функции.

В условиях дисфункциональной семьи дети могут сталкиваться с различными трудностями в эмоциональной и социализационной сферах. Проблемы с выражением своих эмоций, трудности в установлении доверительных отношений и высокие уровни стресса становятся обычным явлением. Исследования подчеркивают, что дети, пережившие развод родителей, часто испытывают чувство утраты и неуверенности в собственной жизненной стабильности. Эти состояния могут вызвать у них невротические расстройства, депрессию или учебные проблемы.

В тоже время в браке или не в браке, родители, находясь в состоянии стресса и эмоционального напряжения, могут проявлять меньше внимания и заботы о своих детях, что усугубляет ситуацию. Невозможность адекватно воспринимать эмоции ребенка и его потребности в такие моменты приводит к формированию отрицательного опыта, который накладывает отпечаток на его будущее. При отсутствии должной поддержки со стороны взрослых, дети могут начать замыкаться в себе, становиться агрессивными или отчужденными.

Важно отметить, что психотерапевтическая поддержка необходима как для родителей, так и для детей в процессе адаптации к новой семейной

структуре. Применение подходов, нацеленных на восстановление эмоциональной связи и поддержку ребенка, может существенно снизить негативные последствия разрыва и помочь всем членам семьи взять курс на исцеление и гармонию.

Тема развода и его влияние на детей была рассмотрена в работах К. Кенфилда, К. Пикхарта, К. Роджерса, Г. Фигдора.

В Международном журнале научных и медицинских исследований за июнь 2023 опубликованы результаты установления причинно-следственной связи между психогенным стрессом и ночным энурезом. Для исследования были отобраны 40 пациентов обоего пола в возрасте от 6 до 18 лет, с энурезом и без. Родители детей прошли опросник и шкалу восприятия стресса – дети (PSS-C). Результат: 14 из 40 случаев, то есть 35% с ночным энурезом, также имели психогенный фактор стресса. 17,5% имели психогенные факторы стресса, но не имели ночного энуреза. 15% с энурезом не имели никаких факторов стресса. Данное исследование доказывает, что психогенные причины играют важную роль в ночном энурезе и другом регрессивном поведении [37].

В журнале «Global Journal of Health Science» апреле 2016 года опубликованы результаты исследования «Распространенность энуреза и его связь с психологическими факторами в Захедане, городе Ирана». По данным исследования распространенность энуреза составляет 17,18% для мальчиков и 11,82% для девочек, а общая распространенность составляет 14%. Развод родителей, смерть родителей, физическое наказание, проживание с отчимами (развод родителей), компьютерные игры, просмотр фильмов ужасов, а также стресс и домашнее насилие имели значительную корреляцию с энурезом. Психологические факторы, такие как смерть брата или сестры, рождение ребенка, курение в семье, употребление кофе и чая, были факторами, которые не показали никакой корреляции с энурезом [38].

В отечественной психологии теме развода и неполной семьи посвящены работы Ю.А. Алешиной, Е.П. Варламовой, Т.И. Дымновой, Т.В. Логушко, С.К. Нартовой-Бочавер, В.С. Собкина, В.М. Целуйко, Л.Б. Шнейдера.

Тема воздействия развода на детей требует более глубокого анализа, поскольку каждый случай уникален и зависит от множества факторов, включая возраст детей, их характер и эмоциональное состояние. Развод часто приводит к изменению привычного уклада жизни, что вызывает у детей усталость и тревогу. Они могут чувствовать себя брошенными и ненужными, что негативно сказывается на их самооценке и эмоциональном благополучии.

В некоторых случаях поддержка со стороны третьих лиц, таких как родственники, педагоги или психологи, может сыграть ключевую роль в адаптации ребенка к новой ситуации. Существует необходимость в создании программ поддержки для родителей, которые помогают им лучше понимать потребности своих детей в условиях нестабильности. Обучение умениям конструктивного общения и управления эмоциями становится важным шагом к смягчению последствий развода.

Долгосрочные исследования показывают, что у детей, которые получают достаточную эмоциональную поддержку после развода, меньше шансов развить серьезные психологические проблемы в будущем. Поддержание здоровых отношений с обоими родителями, насколько это возможно, критически важно для психоэмоционального развития ребенка. Понимание этих процессов поможет разработать эффективные стратегии для поддержки неполной семьи и минимизации негативных последствий.

Развод родителей может способствовать возникновению депрессивных расстройств у их детей. Такие состояния могут проявляться в поведении ребенка через капризность, потерю аппетита, а также различные страхи. Негативные эмоциональные переживания, возникающие в результате развода, могут привести к нескольким психосоматическим проблемам. У детей могут наблюдаться телесные симптомы, такие как нарушения работы кишечника (например, диарея или запоры), тошнота, рвота, энурез, головные боли, боли

в животе, проблемы со сном и ухудшение аппетита, а также моторные расстройства. У малышей в возрасте 2,5–3,5 лет могут иметь место истерики, нарушения сна, повышенная тревожность и страхи, а также снижение интереса к познанию. У более старших детей могут возникать проявления агрессии, чувство утраты, замкнутость и социальное отстранение.

Развод родителей также может стать катализатором изменения социальных взаимодействий ребенка. Дети часто испытывают одиночество и изоляцию, когда их привычная среда рушится. Потеря одного из родителей или постоянные конфликты между ними могут привести к формированию негативного опыта общения. Эти изменения могут затруднить установление доверительных отношений с другими детьми и взрослыми, что лишь усилит чувство тревожности и социальной неуверенности.

Важным аспектом является и то, что дети начинают идентифицировать себя с родителями, и их эмоциональные реакции становятся зеркалом родительских конфликтов. Они могут начать испытывать чувство вины, думая, что развод – это их вина. Это может привести к низкой самооценке и нежеланию принимать собственные решения, из-за страха снова попасть в ситуацию травмирующего опыта.

Для предотвращения таких последствий важно обеспечивать поддержку и внимание ребенку в период развода. Психологическая помощь может помочь детям лучше справляться с их эмоциями, а открытое общение с родителями о происходящих изменениях создаст условия для формирования безопасной среды, где ребенок сможет адаптироваться и строить здоровую самооценку.

Авторы И.В. Горемыкин, Л.А. Дерюгина и Т.В. Отпущенникова в статье «Конституциональные и психологические параллели при расстройствах мочеиспускания в паре «мать и дитя»» отмечают, что «неуверенный и склонный к сомнениям ребенок, обладающий робостью и беспокойством, проявляет нерешительность и недостаток самостоятельности, а иногда и инфантильность, при этом он легко поддается влиянию. Такой ребенок

опасается общества, ожидает нападок, насмешек и обид. Ему сложно справляться с выполнением заданий, просьб или инструкций, так как он боится возможного провала. Это приводит к возникновению защитных психологических реакций, выражающихся в агрессии»[8].

Дефицит материнского внимания, душевного тепла, заброшенность и беспризорность детей являются причинами возникновения психической патологии в раннем и последующем детстве, так считают многие исследователи (A Adler, 1974; L Frankl., 1961; A Freud, 1970; А Корчак, 1979; L Kreisler., 1994; E Miller, 1961; Э Пиклер, 1989; G.F. Vaughan, 1961). В связи с этим взаимоотношение «родители – ребенок» рассматривается некоторыми авторами в качестве объекта психоаналитической терапии (M Klein, 1932; A. Freud, 1991; M.R. Colucci, 1994; S. Lebovici).

Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко в своей книге «Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков» считают, что так же: «возникновению неврозов у детей, согласно данным D. Levy (1966), способствует также «материнская сверхзабота», проявляющаяся в потакании или властности; если в первом случае формируются инфантильность и эгоцентризм с затруднением в преодолении жизненных ситуаций, то во втором у детей появляются признаки невроза – застенчивость, страх, тревога, излишняя покорность, склонность к одиночеству» [2].

Если в следствие развода дети остаются без общения с отцом – это негативно отражается на психическом развитии этих детей, что показано в исследованиях отечественного психолога, специалиста по неврозам детей и подростков А.И. Захарова. Он провел сравнительное исследование молодых людей мужского и женского пола от 15 до 17 лет из семей, где родители развелись и полных семей. В своей книге «Происхождение детских неврозов и психотерапия» А.И. Захаров утверждает следующее: «Статистически значимые различия между ними получены по ряду факторов характерологического опросника Кеттэла (форма «С»). У обследуемых из неполных семей меньше сила «я», большая эмоциональная нестабильность и

личностная незрелость, повышена эмоциональная чувствительность, они более пассивны, робки, пугливы, нерешительны. Эти нарушения обусловлены не только отсутствием идентификации с отцом, но и замещающим влиянием матери, нередко избыточно продолжающей опекать своих взрослеющих детей. Отсутствие доступной модели поведения, соответствующего полу, приводит к затруднениям в общении у юношей, не пользующихся, по данным социометрии, популярностью среди сверстников. Наибольшие затруднения они испытывают при общении с девушками, идеализируя их и находясь в тревожной зависимости от их расположения. Из изложенного следует, что подростки-мальчики из неполных семей нуждаются в более осязаемом руководстве и авторитете врача-мужчины, выступающего в роли наставника, развивающего их собственную активность, веру в себя и утверждение себя как представителя мужского пола».

Взаимодействие с мужчинами, имеющими опыт и знания, может значительно снизить уровень тревожности у подростков и помочь им в построении более здоровых межличностных отношений. На таких встречах могут обсуждаться примеры мужского поведения, стратегии преодоления трудностей в общении и подходы к взаимодействию с противоположным полом, что создаст для них безопасную и доверительную атмосферу [7].

Стрессы, переживаемые в раннем детстве, могут оказать значительное влияние на психическое здоровье ребенка. Психологи считают, что именно в возрасте 4 – 6 лет закладываются основы эмоционального благополучия. Когда ребенок сталкивается с такими травмирующими событиями, как развод родителей или смерть близких, его психика не всегда способна адекватно справиться с возникшими переживаниями. Эти ситуации приводят к ощущению незащищенности и тревоги.

Согласно концепции Ф. Александера о специфическом для заболевания психодинамическом конфликте, задержка на симбиотической стадии и связанная с этим недостаточная разделение субъекта и объекта приводят к неспособности устанавливать подлинные отношения с объектом и

осуществлять процесс переноса. Вместо этого происходит полное отождествление с объектом; психосоматический пациент, можно сказать, существует лишь благодаря присутствию другого человека, его «ключевой фигуры». Это объясняет, почему утрата (реальная или воображаемая) данной «ключевой фигуры» («потеря объекта») так часто выступает в роли провоцирующего фактора, запускающего начало заболевания или его обострение [12].

Если у педиатра, уролога, психолога есть подозрения на невротическую природу энуреза, они могут рекомендовать работу с психологом, а психолог в свою очередь в случае необходимости – с психиатром.

Неврозы у детей становятся отражением сложных конфликтов поколений родственников и проблем, идя от прародителей через родителей к детям. Эти нарушения формируются на основе взаимодействия родителей с детьми, которое зачастую искажено из-за недовольства собственными жизнями и эмоциональных переживаний. Родители, будучи наследниками определенных черт характера, таких как тревожность и авторитаризм, могут непреднамеренно передавать эти особенности своим детям, создавая замкнутый круг патологических отношений.

Во взаимодействии с детьми важно понимать, что неврозы не возникают на пустом месте – они являются следствием системных нарушений в семейной динамике. Начало корректирующей терапии и консультации с опытными специалистами могут стать первыми шагами к улучшению ситуации. Необходимо создать для ребенка поддерживающую и безопасную атмосферу, в которой он сможет раскрыть свою индивидуальность, а семья – наладить более гармоничные отношения. Важно помнить, что осознание и работа над собой – это ключевые элементы в процессе исцеления не только для детей, но и для их родителей.

А.И. Захаров в своей книге «Происхождение и психотерапия детских неврозов» утверждает следующее: «В плане воспитания авторитарность прародителей сказывается у родителей безоговорочным навязыванием своего

мнения, гиперсоциализация – чрезмерной принципиальностью в отношениях с детьми, сензитивность – склонностью к образованию рудиментарных идей отношения в виде недоверчивости и настороженности к собственному опыту ребенка, к влиянию на него сверстников и воспитателей, повышенной обидчивости во взаимоотношениях с ним, ревности к вниманию другого родителя. Тревожность звучит в защите ребенка от невротически воображаемых опасностей, мнительность – в ритуально-педантичном предопределении его образа жизни. Чем выше тревожность матерей и чем они старше по возрасту, тем больше тревожность у детей, клинически проявляемая неврозом страха и неврозом навязчивых состояний. В то же время пунктуальность и педантичность отцов коррелируют со степенью выраженности у детей психомоторных расстройств (в первую очередь навязчивых тиков).

Невротическая, большей частью тревожная, основа паранойяльного настроя мотивирована травмирующим жизненным опытом родителей в прошлом, низкой степенью их самопринятия в настоящем и стремлением предотвратить подобный опыт у ребенка в будущем.

Основная патогенная роль паранойяльного настроя родителей заключается в недоверии к возможностям ребенка, его опыту формирования «я» что приводит к неприятию его индивидуальности, несоответствию требований и ожиданий родителей реальным возможностям детей, их возрастным потребностям, наиболее адекватному для них ритму и темпу психического развития. Недоверие к формирующемуся опыту детей, неприятие их индивидуальности и несоответствие воспитания возрастным возможностям и потребностям развития вместе с конфликтными отношениями в семье представляют собой главные психотравмирующие аспекты существования детей в семье.

Навязывание родителями своей характерологически и невротически измененной «я–концепции» и возникающий вследствие этого внутренний конфликт у детей составляет сущность психогенного механизма

происхождения их невроза, когда они воспринимают навязываемый опыт как неестественный для них, несовместимый с возможностями и потребностями развития и отличающийся от норм общения, принятых среди сверстников, то есть от «я-образа» представления о себе, с точки зрения других. Навязанный и тем более внушенный опыт не может быть отторгнут усилием воли. Его можно пережить или, как это происходит в изучаемых нами случаях, переболеть им, когда он, подобно инородному телу, может быть отторгнут посредством невроза, выражением чего является аффект – эмоциональное расстройство.

В психологическом отношении невроз – парадоксальное средство решения проблем, реактивно-защитный способ их переработки, неосознаваемая попытка избавиться от них и обрести душевное равновесие. Неосуществимость такой попытки порождает пессимизм, неверие в свои силы и личностный регресс. Вместо присущих детям доверчивости, наивности и непосредственности развиваются недоверчивость, настороженность и страх, представляющие собой неадекватную форму приспособления к действительности, основу для тревожно-мнительного и паранойяльно-защитного развития их личности и создающие среди сверстников мнение о таких детях как о «недотрогах» [7].

1.3 Лечение, профилактика и ранее распознавание психосоматических заболеваний в детском возрасте

Лечение энуреза является актуальной клинической и социальной проблемой, требующей для ее решения комплексного, междисциплинарного подхода. Энурез в качестве болезни начинают рассматривать при достижении ребенком возраста пяти лет. В более младшем возрасте непроизвольное мочеиспускание принято считать физиологическим явлением, которое возникает в силу низкой произвольности и несформированности навыков опрятности у ребенка. В настоящее время в исследованиях ведущих

отечественных и зарубежных ученых чаще всего указываются две патофизиологические основы энуреза как расстройства неорганической природы: в первом случае ею является морфофункциональная незрелость центральной нервной системы, во втором – анатомо-функциональные изменения мочевыделительной системы. В любом случае акт непроизвольного мочеиспускания напрямую связан с механизмом сна (нарушением реакции активации), общим соматическим и неврологическим состоянием ребенка. В каждом из этих случаев значительное негативное влияние на прогрессирование энуреза оказывают патологические психологических факторы, а также длительный стресс. Для определения этиологии заболевания применяются современные методы инструментальной и лабораторной диагностики. По результатам анализа комплекса клинических данных назначается лечение с целью достижения стойкого, продолжительного отсутствия симптомов и полного излечения. При этом достичь положительного восстановительного эффекта удастся только при высокой комплаентности больного и его близких (так как реализацию медицинских назначений, контроль лечения детей осуществляют родители). Независимо от этиологии и патогенеза заболевание в определенной мере изменяет обычный образ жизни семьи, искажает социальную ситуацию развития ребенка, вызывает появление у него большого числа разнообразных психолого-педагогических трудностей. Возможность контроля акта мочеиспускания является важным гигиеническим навыком, который определяет социальное функционирование индивида. В большинстве случаев (не менее 2/3 пациентов, преимущественно младшего школьного и подросткового возрастов) симптомы болезни становятся причиной значительного физического и эмоционального дискомфорта, разнообразных психологических проблем. У больных нередко наблюдается снижение настроения различной степени тяжести (вплоть до депрессии), фиксация на чувстве стыда и физическом дискомфорте, конфликтная самооценка. Это в свою очередь часто приводит к возникновению внутренних барьеров в общении и постепенному нарастанию трудностей социальной

адаптации. Например, школьники отказываются ночевать вне дома, ездить в групповые поездки со сверстниками, боятся говорить о своих проблемах с друзьями. При длительном течении болезни происходит хронизация эмоциональных и адаптационных трудностей (чаще у школьников), что изменяет ход психического и индивидуального личностного развития, а также затрудняет процесс выздоровления.

Так, попустительский стиль воспитания либо низкий уровень родительской компетентности в вопросах воспитания детей раннего возраста (от года до трех лет) приводят к медленному становлению зрелого типа мочеиспускания и неустойчивому соблюдению ребенком туалетных навыков, вплоть до их отсутствия в дошкольном возрасте. Также нередко причиной становится длительное периодическое/постоянное применение подгузников. В противоположность этому форсирование и чрезмерная настойчивость в стремлении как можно быстрее сформировать у ребенка привычку оставаться «сухим» является источником стресса и эмоциональной травматизации в силу постоянных нравоучений и конфликтов, приводит к напряжению детско-родительских отношений и обратному результату в виде недержания мочи по причине истощения нервной системы.

В связи с появляющимся половым влечением подростки чрезвычайно внимательны к своим телесным изменениям и психофизическим ощущениям. Чрезмерная значимость интимной сферы обуславливает повышенную ранимость подростков при появлении первых симптомов болезни. Они могут длительное время скрывать их от взрослых, сглаживать или искажать ситуацию, отказываться обсуждать проблему (особенно с родителями). Поэтому отсутствие деликатности в общении с подростком нередко приводит к трудностям диагностики и становится препятствием для своевременного назначения эффективной терапии, что существенно увеличивает длительность лечения. Кроме того, подростки с периодическим обострением болезни начинают с недоверием относиться к процессу лечения, что затрудняет их контакт и результативность сотрудничества со специалистами, снижает

мотивацию соблюдения рекомендаций врача. Поэтому родителям подростков, у которых энурез имел место в дошкольном или школьном возрасте, важно сохранять с ними теплые эмоциональные отношения и тесный межличностный контакт, быть внимательными к их физическому и психическому состоянию, оперативно реагировать на жалобы и изменения в состоянии здоровья, регулярно осуществлять профилактические мероприятия, следить за режимом дня и стараться не допускать чрезмерных психофизических перегрузок. Хотелось бы отметить, что лишь в единичных случаях встречаются психологически зрелые школьники и подростки с ситуативными эмоциональными трудностями, связанными с обострением болезни. Как правило, заболевание у таких детей рецидивирует в старшем школьном возрасте. Длительное время их образ жизни практически не отличался от обычного. В дополнение к этому развитые компенсаторные механизмы личности, включенность в социум и доверительные детско-родительские отношения обеспечивают надежную основу для преодоления временных физиологических и социальных проблем, являются источником оптимальной адаптации в сложившейся ситуации. В основном же специфические социальные условия среды и недостаточная медико-психолого-педагогическая подготовка родителей в вопросах воспитания и ухода за детьми с вторичным рецидивирующим энурезом негативно влияют.

Психологическое состояние больного часто затрудняют процесс выздоровления. Например, излишняя фиксация внимания взрослых на проблеме, в том числе сужение содержания общения и погружение всех членов семьи в вопросы лечения в ущерб удовлетворению возрастных и индивидуальных потребностей ребенка, нередко приводит к появлению у больного комплекса несостоятельности, а иногда – к ситуации использования болезни для собственной вторичной выгоды, что может стать причиной его психологической инвалидизации. Известно, что повышенный уровень тревоги близких за здоровье ребенка негативно влияет на его психологическое состояние и имеет зеркальное отражение в виде повышения тревожности и

ухудшения настроения. И наоборот, неправильная оценка физического и психического состояния ребенка, высокий уровень педагогических требований невротизируют больного ребенка, затрудняя процесс выздоровления и повышая риск рецидива энуреза. Все вышесказанное определяет содержание психолого-педагогической помощи детям с периодически возникающим энурезом. Так, в первую очередь психолого-педагогическая помощь направлена на снижение уровня эмоциональных переживаний, связанных с симптомами болезни, и профилактики/устранение проблем, препятствующих полноценному социальному функционированию больного и социальной адаптации. Психолого-педагогическая работа с детьми реализуется в виде еженедельных индивидуальных/групповых занятий с применением методов игровой, арт-, библио- и музыкотерапии. В ситуации выраженных эмоциональных переживаний детям требуется длительная индивидуальная, реже групповая психологическая поддержка (от трех недель). Ее можно осуществлять как в процессе восстановительного лечения, так и по его окончании (при необходимости). В качестве целей для такой работы служат улучшение эмоционального фона, формирование конструктивных механизмов преодоления психологических и социальных барьеров, в том числе связанных с заболеванием и лечением, развитие самосознания и положительного телесного «я», помощь в построении жизненных и профессиональных планов с учетом особенностей здоровья. При достаточной личной зрелости пациентов школьного возраста проводится обучение базовым методам психической саморегуляции, направленным на управление дыханием, произвольное расслабление и активизацию мышц тела (основы аутогенной тренировки). Это способствует как улучшению самочувствия, так и повышению самоконтроля за психофизическими ощущениями. С целью оптимизации социальных условий развития и предотвращения рецидива болезни проводятся индивидуальные консультации для родителей по результатам комплексного исследования семейной обстановки. Специалисты оказывают помощь родителям в создании

благоприятной обстановки для развития ребенка с учетом возраста и индивидуальных психофизических особенностей, знакомят с наиболее конструктивными стилями взаимодействия. При выявлении нарушений детско-родительских отношений родителям и ребенку рекомендуется посещение психологических тренингов, которые способствуют снижению напряжения в отношениях и улучшению взаимопонимания (Клинический пример). Клинический пример. Пациент: Вика, 15 л. Диагноз: хронический цистит, стадия обострения, энурез. Социальная характеристика: проживает в полной семье, учится в 9-м классе, успеваемость хорошая. Дополнительно занимается с репетиторами. В свободное время любит общаться с одноклассниками. На фоне обострения болезни и рецидива энуреза стала избегать контактов с друзьями, замкнулась в себе. Попытки родителей обсудить проблему избегает. На консультации врача рецидив энуреза отрицает. Данные наблюдения: девушка нормального телосложения, выглядит в соответствии с паспортным возрастом. Одета в молодежную одежду, аккуратно. Мимика живая. Взгляд грустный. При обсуждении эмоционально значимой темы (рецидива болезни) с трудом сдерживает слезы. Жалуется на страх упустить мочу в школе, быть осмеянной одноклассниками. Переживает, что тщательный контроль за объемом выпитого, использование памперсов не дают ощущения управления ситуацией. По характеру сензитивная, склонна к фиксации на негативных переживаниях. С теплотой относится к близким, однако в силу возрастных особенностей уязвима в ситуации нарушения психологических границ, соблюдает дистанцию в общении. Результаты психолого-педагогического обследования (2 диагностические консультации: консультация подростка психологом, консультация семейного психолога мамы): сниженный фон настроения, фиксация на болезни у девушки с сензитивным характером на фоне подросткового кризиса в ситуации обострения заболевания. Направления психологической реабилитации (14 занятий): оптимизация эмоционального состояния и внутриличностных адаптационных механизмов (индивидуальные/групповые психологические

занятия – 12 занятий), информирование родителей об актуальных потребностях подростка и конструктивных способах взаимодействия (работа психолога и родителя – 2 сессии), повышение нацеленности на положительный результат лечения. Работа с психологом приводит к улучшению эмоционального состояния ребенка; гармонизации отношений со сверстниками и позволили девочке стать более уверенной в себе, открыто поговорить о своих проблемах с врачом, что дало возможность правильно поставить диагноз и назначить эффективную схему лечения. Поскольку процесс выздоровления и качество жизни ребенка во многом зависят от точности соблюдения схемы лечения (в том числе прием препаратов, соблюдение режима, самоуход), то успешность лечения зависит от принятия ответственности за свое заболевание и желания лечиться и соблюдать рекомендации врачей-специалистов, что дает психоэмоциональные ресурсы для лечения. Чем ниже уровень комплаентности родителя и ребенка, тем больше времени и контроля необходимо для медицинского и психологического консультирования и вмешательства. Поэтому низкая комплаентность со стороны родителей является дополнительным основанием для помещения ребенка с обострением заболевания в круглосуточный стационар. Таким образом, работа психолога с родителями и детьми, страдающими энурезом является неотъемлемым и важным звеном комплексного лечения энуреза как восстановительной терапии так и профилактики возможных рецидивов заболевания и возникновения негативных социально-психологических последствий болезни, успешной социализации ребенка и повышения качества жизни.[13].

Лечение детей, страдающих энурезом, проводится медикаментозными препаратами терапевтом, гинекологом, урологом, неврологом, дерматологом и т.д., но обязательно с участием психолога и психотерапевта. Психолог осуществляет диагностическую деятельность, исследуя индивидуальность и специфические психические аспекты пациента. В его задачи также входит оценка семейных обстоятельств, в которых находится больной, а также анализ

его роли в группе сверстников. Вся эта информация станет основой для формирования психотерапевтом наиболее эффективного терапевтического подхода к человеку, его семье и более широкому социальному окружению.

С целью профилактики психосоматических расстройств необходимо:

- распознавать неблагоприятные ситуации, в которых существует ребенок, и пытаться помочь семье и ребенку исправить их;
- своевременно выявлять детей и подростков с признаками расстройств поведения, эмоционального неблагополучия.

Тревожность у подростков часто воспринимается как чувство беспокойства и внутреннего дискомфорта, тогда как у детей младшего возраста наблюдаются разнообразные симптомы дистимии (апатии), а также повышенная суетливость и двигательная активность. Психологическое обследование, которое показывает высокий уровень тревожности, может подтвердить наличие потенциала к развитию заболеваний или впервые поднять этот вопрос.

Для достижения этой цели применяются различные методики: опросник личностных характеристик Айзенка; личностный опросник Кеттелла (14-факторный для подростков и 12-факторный для детей); шкала тревожности Спилбергера; тест на восприятие цветов Люшера; специфический метод незавершённых предложений; опросник детской тревожности, разработанный Рейнольдсом; опросник детской тревожности Клинединста; Торонтская алекситимическая шкала; рисунок семьи. Обладая материалами наблюдений и исследований, составляют комплексную программу предупреждения развития психосоматических расстройств [9].

Авторы Руководства для врачей «Метод биологической обратной связи в педиатрической практике» В.В. Длина, Н.Б. Гусева, А.В. Моисеев, С.Л. Морозов отмечают, что «Успешность лечения зависит от ряда предварительных условий, положительно влияющих на динамику отношений в семье. Уменьшение или предотвращение конфликтов между родителями достигается за счет следующих факторов: 1) понимания психологических

причин болезни ребенка и связи с семейными трудностями; 2) равного участия обоих родителей в заботе о ребенке; 3) соблюдения врачебных рекомендаций; 4) соблюдения "бесконфликтный мораторий" как необходимое условие для успешного лечения; 5) переноса внимания на взаимодействие с ребенком и неосознанного использования врача для разрешения прошлых разногласий; 6) получения индивидуальной психологической помощи; 7) закрепления позитивных изменений в отношениях благодаря улучшению состояния ребенка.

Основные принципы семейной психотерапии можно выразить следующим образом: 1) психологическая поддержка всех членов семьи в решении их проблем при взаимодействии с лечащим врачом; 2) осознание родителями причин невротического состояния ребенка и формирование оптимистичного настроя; 3) объединяющая роль врача в разрешении семейных конфликтов; 4) совместное определение целей терапии с родителями; 5) соблюдение графика посещения врача; 6) одновременная работа с детьми и родителями; 7) улучшение межличностных отношений через совместную терапию и обучение эффективным способам общения» [13].

1.4. Функциональное биологическое управление в терапии детей, страдающих энурезами

БОС-терапию (ФБУ–терапию) начал применять в 1930 е годы Э. Джекобсон. Биологическая обратная связь представляет собой простой, хорошо переносящийся метод лечения у детей с различными дисфункциями мочевого пузыря. Мотивация и воля пациентов к участию в сеансах биообратной связи – важный критерий отбора пациентов. Метод биологической обратной связи, как зеркало отображает физиологические параметры организма неинвазивными средствами. Аппарат для БОС терапии отмечает биологические сигналы организма (частоту дыхания, пульса, ритмы головного мозга, электромиографические показатели – ЭМГ), не оказывая на

человека непосредственного воздействия. Метод БОС-терапии представляет собой современный и высокоэффективный немедикаментозный подход, основанный на комбинированном использовании миотренинга и обучении пациентов контролировать состояние мышц тазового дна. В процессе сеансов применяются видео материалы и игровые элементы, что значительно увеличивает мотивацию на протяжении лечения. Это имеет особое значение для обеспечения полноценной нервно-мышечной релаксации, которая создает оптимальные условия для формирования основных центральных механизмов, отвечающих за координацию мышц, необходимых для удержания мочи и кала. Данный метод также способствует улучшению периферического кровообращения, включая кровоснабжение мышц, расположенных в области таза. [40].

Преимуществом метода БОС-терапии являются безболезненность, неинвазивность, игровая форма, что является важным для поддержания интереса, особенно у детей и подростков, а также отсутствие абсолютных противопоказаний. Применение биологически обратной связи дает возможность волевого контроля пациентом функций мочевого пузыря тем самым поднимая самооценку [13].

1.5 Психотерапия в работе с детьми с детьми, страдающими энурезом

Психосоматическая медицина представляет собой научно-практическое направление, которое исследует влияние психосоциальных факторов на возникновение, развитие и ход соматических заболеваний, а также применяет такие знания для их профилактики и лечения.

В более широком смысле, психосоматическая медицина рассматривается как система, использующая интегрированный биопсихосоциальный подход к пациенту, принимая во внимание уникальные взаимодействия между психическим и физическим состоянием как в норме,

так и при наличии заболеваний.

Изучение психосоматических аспектов взаимодействия включает в себя, например, анализ воздействия острого или хронического эмоционального стресса на появление соматических заболеваний; исследование влияния личностных характеристик и динамики семейных отношений на развитие физической патологии; оценку эффекта эмоционального состояния на течение болезни; а также то, как отношение к заболеванию (внутренняя картина болезни) и индивидуальные отличия влияют на успешное преодоление стресса, соблюдение медицинских предписаний и, в конечном итоге, на результаты лечения.

Изучая соматопсихический аспект зависимостей между психическим и соматическим состояниями, внимание может быть сосредоточено на психических расстройствах, возникающих из нейротоксических эффектов телесных недугов. Также важно рассмотреть многоуровневое отражение болезни в психологии пациента, включая механизмы формирования его внутренней картины болезни; особенности развития личности и ценностных ориентиров в условиях хронического заболевания, такие как изменение приоритетов мотивов и ценностей под влиянием угрозы основным потребностям; переосмысление значимости здоровья и духовных ценностей; трансформацию системы межличностных отношений и другие аспекты.

Сложные связи между психическим и соматическим состояниями, обеспечивающие нормальное функционирование человека, обозначаются понятием кольцевых психосоматических и соматопсихических зависимостей. В качестве примера можно рассмотреть, как депрессия увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний и ухудшает результаты лечения из-за нейроэндокринных изменений, снижения приверженности к терапии, повышения стресса в семейных отношениях и трудностей в общении с врачом. С другой стороны, соматические болезни могут вызывать физиологические и биохимические нарушения, выступая источником эмоционального стресса, который, в свою очередь, может способствовать развитию депрессии и

ухудшению уже имеющихся психических расстройств.

Связь между психикой и телесным (соматическим) состоянием представляет собой естественный механизм, обеспечивающий функционирование человека. Однако наибольшее внимание привлекают психосоматические и соматопсихические взаимосвязи, особенно в контексте проявлений болезней и патологических явлений. В сфере «психосоматической медицины», соматопсихиатрии и неврологии можно выделить несколько типов нарушений:

- Психосоматические расстройства – телесные нарушения, возникающие под воздействием комплекса психосоциальных факторов при наличии предрасположенности на биологическом уровне.
- Нозогенные расстройства – патологические реакции личности на травмирующие события, связанные с болезнью и её последствиями.
- Ятрогенные расстройства – эмоциональные и личностные расстройства, возникающие из-за неосторожных высказываний врача, проявляющиеся в неправильной интерпретации симптомов заболевания и уверенности в наличии серьезного заболевания.
- Соматогенные расстройства – психические нарушения, возникающие вследствие нейротоксического воздействия соматической болезни.
- Психические расстройства, усугубленные соматическими проблемами (например, алкоголизм, расстройства пищевого поведения).
- Соматоформные расстройства – психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами без объективных органических проявлений или не соответствующие градации выявленных телесных нарушений.
- Диссоциативные расстройства движения и ощущений – психические расстройства, проявляющиеся нарушением двигательных и сенсорных функций, имитирующие органическое заболевание без структурных поражений нервной системы.

Соматовегетативные расстройства присутствуют при любом типе неврозов. Эти расстройства могут становиться ведущими в клиническом изображении патологии, принимая форму устойчивого функционального расстройства, касающегося определенного органа или системы.

Невротические проблемы, связанные с процессом мочеиспускания, могут проявляться в виде учащенных позывов к мочеиспусканию по типу императивного побуждения, особенно в общественных местах, что сопровождается повышенной тревожностью. Кроме того, наблюдаются затруднения или задержка мочеиспускания в присутствии незнакомых людей или при угрозе их появления, а также невротическая полиурия и полидипсия. Эпизоды невротического энуреза чаще возникают при обострении стрессовых ситуаций, после переживаний и являются связными с нарушениями сна, нестабильным настроением, повышенной раздражительностью и капризностью, а также страхами [19].

Тело никогда не выберет болезнь, потому что это совершенно противоестественно для него даже в разрезе аутоиммунных заболеваний, когда иммунные клетки начинают атаковать собственные ткани организма. Одно время в интернете стала очень популярной теория вторичной выгоды в развитии психосоматических заболеваний (вторичные выгоды это когда человека делают ответственным за то, что у него развилось определенное заболевание). Однако в нормальной психосоматике, где изучаются нейросенсорные и физико-эмотивные связи, нейрофизиология, нейроанатомия, психология и другие фундаментальные науки, вторичных выгод не бывает.

Сам по себе термин «вторичная выгода» подразумевает, что организм сознательно принимает правила игры и создает условия для того, чтобы заболеть. Но на деле это не так, поэтому работа со вторичными выгодами не дает результата, а лишь повышает эмоциональную нагрузку на человека, которого обвиняют в том, чего он не делал и даже не замыслил.

Болезнь – это не выбор тела, а следствие бессознательных реакций, происходящих у него внутри. Как будто кто-то посторонний наводит беспорядок и никак не получается воспитать этого хулигана. Это бессознательный процесс.

Совокупность негативных мыслей, порой направленных против самого себя, множество темных, вязких эмоций, заполняющих все внутри человека, и выбор, всегда трудный и неизбежно неприятный – вот что истинно находится в основе болезни. Даже когда ребенок начинает болеть, чтобы не ходить в школу, он делает это не для того, чтобы заболеть!

Функция мочевого пузыря – удержание и выведение мочи. То же самое происходит и с «отработанными эмоциями прошлого», которые нужно отпустить и вывести из самого себя. Но сделать это сложно, потому что нельзя просить о помощи, нельзя рассказывать личное о себе, и в целом стыдно про такое говорить вслух.

Какие это эмоции? А вот это уже другой вопрос. Тут включается личная история, и у каждого пациента, который нередко сопровождает проблемы с мочеиспусканием, всегда свои эмоции, свои мысли, свои повреждающие ситуации прошлого. Чтобы до них докопаться, нужно вспомнить, что вас когда-то повредило, и разобраться с тем, что происходит внутри сейчас.

Затем нужно выбрать лучший вариант проживания этой боли. В первую очередь смотреть именно на состояние потери самооценности – это все наши глубокие переживания, которые мы прячем от других людей, связанные с установками «я не смогу», «я не справлюсь», «мне страшно за это взяться».

Надо понимать, что локализация воспаления также связана и с эмоциональными переживаниями, возникшими в тот момент, когда заболевание развилось в первый раз. Это важно для комплексной работы и понимания первичных причин. Также можно использовать позитивные аффирмации (но только в русле комплексной работы с негативными установками):

- «Я несу ответственность за свою жизнь, именно я могу сделать ее счастливой».
- «Я нахожусь в полной безопасности».
- «Я способен приложить усилия для разрешения разногласий в отношениях».
- «Я понимаю свои чувства и могу найти им адекватное объяснение».

Работа с эмоциями будет связана как с поиском негативных установок, так и с внутренней опорой, а именно с постепенным повышением эмоционального резерва для проживания травмы [31].

Ф. Александер (Franz Alexander) в своей книге «Психосоматическая медицина. Принципы и применение» (Psychosomatic medicine. It's principles and applications) отмечает, что «энурез как невротический симптом является проявлением бисексуальной тенденции. И мальчики, и девочки страдают от ночного ужаса, содержанием которого является страх нападения взрослого противоположного пола. Этот страх мобилизует садомазохистское возбуждение, разрядкой которого является мочеиспускание. Поведение мальчиков является регрессивным, пассивным и самоуничижительным; девочки проявляют гиперкомпенсаторную активность, мотивирующуюся их маскулинной идентификацией. Из многих возможных вариантов эдипова комплекса мы выбираем один, который, повышая в мальчике феминные, а в девочке маскулинные наклонности, усиливает бисексуальные устремления личности.

Тот факт, что уретральный эротизм тесно переплетен с инфантильным генитальным эротизмом, несет ответственность за симптом энуреза. Энурез обычно возникает в латентный период и в подавляющем большинстве случаев прекращается с началом полового созревания. Исчезновение энуреза в подростковом возрасте является, по-видимому, результатом созревания половых органов. Возбуждение, привыкшее к разрядке путем догенитального уретрального эротизма, смещается к гениталиям и начинает разряжаться с

помощью поллюций. Однако бывают случаи сохранения энуреза и после пубертата.

Преобладание уретрального эротизма в детстве оставляет след в психосексуальном развитии, который может быть оживлен с помощью несексуальной стимуляции. Не только либидинальное удовлетворение вызывает озабоченность ребенка мочеиспусканием; первое удовлетворение эго и ощущение власти также связаны с обучением управлению сфинктером. Таким образом, самоуважение ребенка во многом развивается в связи с его первым достижением в этом отношении. Позднее, во время латентного периода, стремление эго к власти, к успеху в соревновании, выражается с помощью уретрального эротизма и навсегда остается с ним связанным. Поэтому возбуждение, несексуальное по своей изначальной природе, разряжается через мочевые пути. К примеру, тревожная напряженность, особенно если тревога связана с выполнением и достижением, может стать причиной повышенного диуреза. Почки наполняют мочевой пузырь большим количеством мочи. Эквивалент поллюций у девочек – оргазм – едва ли может нести ответственность за прекращение энуреза с наступлением пубертата. В процессе созревания половых органов приобретают интенсивность другие тенденции, которые и берут на себя разрядку сексуального возбуждения посредством мочи, тем самым усиливая озабоченность человека в отношении контроля своего мочевого пузыря и мочеиспускания. Иногда этот процесс эротизирован до такой степени, что выливание большого количества воды и последующая разрядка большого количества мочи имитируют несахарный диабет. В других случаях полиурия сама по себе вызывает тревогу в отношении контроля над мочевым пузырем; страх «опоздать» усиливает садомазохистское напряжение и частоту мочеиспускания» [38].

Психосоматические вмешательства в клинической психологии.

Психологические вмешательства (интервенции) применяют в медицине и психологии. В медицине они составляют сущность психотерапевтического процесса, то есть психотерапии. В психологии психологические

вмешательства можно поделить на педагого-психологические; организационно-психологические и клинико-психологические.

Клинико-психологические вмешательства включают в себя: методы и средства; функциями (профилактика, лечение и реабилитация); цели; проверкой эмпирики; теорией в качестве базы.

Клинические психологические вмешательства в клинической психологии применяются для личностного развития, профилактики, коррекции психических нарушений и реабилитации. Существуют разнообразные подходы: вербальные и невербальные, а также стратегии, сосредоточенные на когнитивных, эмоциональных или поведенческих элементах. Они развиваются в рамках взаимодействия между клиентом и психотерапевтом. Среди распространенных психологических приемов в работе клинического психолога можно выделить такие психотерапевтические техники как беседа, разъяснение, интерпретация, конфронтация, обучение и консультации, тренинги, межличностное взаимодействие и пр.

В зависимости от вида нарушенного развития и конкретных проблем ребенка и семьи клинический психолог может использовать различные методы, практикуемые в разных психотерапевтических школах. Можно выделить три основных направления в психотерапии, соответствующие основным направлениям психологии. Каждое из них отличается уникальным способом восприятия индивидуальности, её отклонений и осуществляемых в связи с этим подходов к психотерапевтическому вмешательству, представленных в таблице № 1.

Таблица 1 – Направление психотерапии

Направление психотерапии	Особенности направления	Мишени воздействия в терапии
Психодинамическое	Фокус внимания направлен на причинно-следственные связи между симптомом/ проблемой и системой отношений человека	Внутренний конфликт и его причина

Продолжение таблицы 1

КПТ	Фокус внимания направлен на неадаптивное мышление: мысли и поведенческие паттерны, которые снижают эффективную социализацию и влияют на эмоциональную сферу	Неадаптивное мышление, поведенческие стратегии, эмоциональные реакции
Гуманистическое	Фокус внимания направлен на специфические особенности личности (создание, потребность в самореализации, уникальность и самооценку, жизненный смысл, вопросы выбора и ответственности)	Бытие, жизнь личности и того, как человек проживает эту жизнь в комплексе

Подробнее рассмотрим каждое из трех направлений психотерапии. В таблице 2 представлено психодинамическое направление.

Таблица 2 – Психодинамическое направление психотерапии

ОНО	Я-ЭГО	СУПЕР-ЭГО
Состоит из инстинктов. Бессознательная энергия	Формируется из –ОНО– Поддерживает баланс между «хочу» и «должен». Отвечает за –Я– концепции	Формируется из социальных норм, правил и требований семьи. Стимулирует чувство вины.
Следует принципу удовольствия	Следует принципу реальности	Следует моральному принципу

Согласно личности в этом подходе каждая часть психики имеет свои собственные желания и принципы организации. Когда эти желания вступают в конфликт, появляется внутреннее противоречие. Я-ЭГО участвует в формировании самооценки, которая представляет собой стабильную систему восприятия человека о самом себе. Любое вмешательство в эту стабильность инициирует механизмы психической защиты, что приводит к тому, что личность оказывается в «замкнутом круге», где конфликт не имеет решения.

Основные принципы работы в данном направлении заключаются в следующем:

- содействовать человеку в осознании своего внутреннего конфликта;
- установить, каким образом этот конфликт отражается на его поведении и взаимоотношениях в текущий момент времени.

Методы направления: психоанализ, теория объектных отношений.

Модель когнитивно-поведенческого направления представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии

Человек обладает основными представлениями о себе, окружающем мире и других людях. Благодаря избирательному вниманию он сосредотачивается на определённых аспектах жизни, оценивает их через субъективные фильтры и формирует выводы. Нередко восприятие ограничивается единственной интерпретацией, которая может быть искажена. Это провоцирует отрицательные эмоции, что влечёт за собой неэффективное поведение. Такой цикл лишь укрепляет изначальные убеждения.

Принципы работы в данном направлении:

- выявить неэффективные модели мышления, эмоциональные реакции и поведение;
- осознать искажения и скорректировать их;
- разработать новые продуктивные способы мышления;
- применить их на практике и закрепить достигнутые изменения.

Методы, используемые в этом направлении: нейролингвистическое программирование (НЛП), техники саморегуляции, десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ).

Гуманистическое направление. Каждый человек обладает уникальностью и врожденной потребностью раскрывать свои способности. Однако искаженное восприятие реальности и нездоровые эмоциональные реакции препятствуют реализации этого потенциала. Это приводит к чувству утраты смысла жизни, ощущению потерянности и неспособности испытывать радость.

Основные принципы работы включают:

- восстановление естественного внутреннего равновесия;
- обучение самовыражению и поведению, соответствующему своей сути, а не ожиданиям окружающих;
- осознание подавленных эмоций, которые тормозят личностное развитие;
- получение опыта принятия и поддержки в рамках терапевтических отношений [9].

Психотерапия при невротических и соматорных состояниях детей и подростков

Комплексное лечебно-психолого-педагогическое воздействие на психику с целью устранения болезненных проявлений улучшает психологическое состояние клиента, раскрывает внутренний потенциал личности, укрепляет психику, избавляет от негативных эмоций. Эти изменения не всегда происходят в заранее определенные сроки, так как каждый человек отличается своей восприимчивостью, что позволяет достичь прогресса только через закрепление полученных результатов и открытие новых возможностей для личного роста.

Эффективность терапии зависит от множества факторов: 1) желания пациента принять помощь и стремления к выздоровлению; 2) доверия к специалисту и его методикам; 3) открытости к изменениям и готовности к внутренней работе; 4) клинических и личностных характеристик пациента; 5) способности адекватно реагировать на эмоциональные переживания, учитывая возрастные особенности и разрешая душевные конфликты; 6)

поднятия самооценки, принятия себя; 7) раскрепощение внутреннего потенциала, формирования уверенности на основе личных способностей, нового опыта и освоения адаптивных навыков поведения [7].

У всех детей с ночным энурезом в подавляющем числе случаев выявлялось наличие акцентуации характера [18].

Перед началом психокоррекционной работы с родителями специалисту важно не только понять внутреннюю картину заболевания и отношение ребенка к нему, но и исследовать стиль семейного воспитания для выявления психологических трудностей в семье. Психолог должен помочь родителям осознать их недостатки в воспитании и мотивировать их к их преодолению.

Ребёнок – это не просто объект исследований, а личность, которую необходимо воспринимать в контексте её развития. Он не является проблемой, требующей анализа, а существом, с которым нужно взаимодействовать и понимать. Все дети должны испытывать радость в повседневной жизни, и это должно стать приоритетом для взрослых, работающих с ними.

Успешность психологической терапии напрямую связано с открытым диалогом с родителями, принятия ответственности; важно избегать наказаний и запугиваний ребенка, не возлагая на него вину за физические симптомы; помочь ему осознать свои телесные реакции; создать условия для более конструктивного выражения своих потребностей; вовлечь родственников в терапевтический процесс и перейти к семейной терапии.

Невроз приводит к трудностям в межличностных отношениях, и человек стремится справиться с этими проблемами, компенсируя их. В основе невроза лежит психологическая травма, которую необходимо проработать иногда через болезненные переживания, соматические, эмоциональные и поведенческие расстройства.

В.В. Нагаев и Л.А. Жолковская в учебном пособии для студентов вузов «Основы клинической психологии» указывают, что «под неврозами принято понимать психогенные заболевания, при которых в отличие от реактивных психозов сохраняется способность критически оценивать свое состояние,

происходящие события, руководить своими поступками и действиями. Болезнь проявляется главным образом в виде вегетативных, сенсомоторных и эмоциональных нарушений. Эти нарушения частичны и воспринимаются больным как чуждые, вызванные болезнью. При всех неврозах наблюдаются астенические симптомы: снижение работоспособности, повышенная утомляемость, вегето-сосудистая и эмоциональная лабильность. К возникновению неврозов обычно приводят длительные психотравмирующие ситуации. Если невроз развивается после острой психической травмы, то имеют значение ее сила и внезапность. Иногда острой психической травме предшествует длительная психотравмирующая ситуация, ведущая к ослаблению организма больного которая может спровоцировать, облегчить возникновение невроза. Формированию невроза предшествуют невротические реакции, представленные вегетативной и соматической симптоматикой. С вегетативными и соматическими расстройствами, которые наблюдаются на начальных этапах развития невроза, больные, как правило, обращаются к терапевтам и невропатологам. При осмотре следует обращать внимание на начальный этап развития невроза» [16].

Характер как фактор возникновения невроза. Неврозы развиваются на основе конкретного сочетания личностных черт: 1) низкая самооценка, мнительность, страх; 2) зависимость от других, отсутствие ответственности; 3) недоверие к окружающим; 4) низкая активность, высокая внушаемость, обидчивость, беспокойство, фиксация на неудачах и тому подобное.

Каждому виду невроза в целом соответствует особый набор характерных качеств. Считается, что при истерическом неврозе у ребенка наблюдается демонстративность, капризность, эгоизм и эмоциональная нестабильность. При обсессивно-компульсивном неврозе у ребенка преобладают педантичность, страхи, тревожность, мнительность, он отличается высоким уровнем самосохранения, чрезмерно рассудителен и «правилен». Предрасположенные к неврастению дети чаще всего физически слабы, быстро устают, стеснительны и внушаемы. При неврозах страха, как и

при неврастении, ребенок демонстрирует слабость, боязливость, впечатлительность и склонность к фантазированию.

Общим признаком всех невротических расстройств является страх. Он служит важным адаптивным процессом, но при неврозе теряет свою адекватность, становится неуместным или застревает, переставая выполнять свою адаптивную функцию. Невротические страхи, в отличие от возрастных, отличаются большей эмоциональной интенсивностью, продолжаются долго и негативно сказываются на формировании личности, что усиливает взаимосвязь с другими невротическими симптомами [9].

В журнале «Профессиональная психотерапевтическая газета» № 6 за 2017 год были представлены результаты исследования, посвященного эффективности психотерапии в лечении энуреза. «В исследовании участвовали 20 детей в возрасте 4-6 лет, страдающих этой проблемой с использованием графической методики «Кактус», позволяющая выявить уровень эмоционального состояния и агрессивности у детей.

Результаты показали, что у 25% детей с энурезом наблюдается высокий уровень агрессии, средний 40% и 35% - низкий. Выводы такие, что множество детей, страдающих энурезом, сталкиваются с эмоциональными трудностями, проявляющимися в замкнутости и пессимистичном настроении. Более половины из них проявляют замкнутость (60%) и пессимизм (55%). Учитывая возраст участников исследования, можно видеть, что большинство детей переживают эмоциональное неблагополучие, что может способствовать развитию невротического ночного недержания мочи» [34].

Одна из главных причин недержания мочи у детей – сильное эмоциональное напряжение. Это может быть связано с такими факторами как:

- стрессовые ситуации в семье, в круге социального общения, например, в школе, детском саду, кружках, которые вызывают чувство беспокойства, страха, депрессии, гнева.
- ситуации неопределенности и перемен, такие как, например, переезд и переход в новую школу, развод родителей, смерть близкого человека.

– сильное эмоциональное возбуждение (компьютерные игры, фильмы и др.).

Все эти факторы и реакции на них взрослых, которые их окружают могут быть сильным стрессом для детей. Ребенок может испытывать чувство беспомощности и неуверенности в себе, что дополнительно усиливает проблему недержания мочи.

Родителям необходимо обратить внимание на психологическое состояние своего ребенка и помочь ему справиться с эмоциональным напряжением. Обсуждать открыто ситуации, в результате которых ребенок испытал стресс, помочь решить проблему, учить экологично утилизировать отрицательные эмоции. Детям полезно заниматься спокойными видами деятельности, помогающими расслабиться, такими как прогулки на свежем воздухе, рисование и т.д..

С 12, а иногда и с 10–11 лет ребенок должен отделиться, то есть окончательно избавиться от родительской опеки. С этого момента выстраиваются новые отношения с родителем – отношения уважения и равноправия.

Этот возраст называют периодом повышенной конфликтности и уязвимости детско-родительских отношений, так как сам конфликт – это способ отделения ребенка от родителей. Он проверяет себя на прочность. Формируются свои собственные убеждения, которые взяты из семьи и прошли проверку. То есть конфликты неизбежны. Но конфликт – это не ссора, это несостыковка мнений. И перерастет ли конфликт в ссору зависит от родителя.

В подростковом возрасте у ребенка происходит освоение новой целостности, связанное с процессами полового созревания. Формируется ролевая идентичность – основа телесного образа «Я».

У подростков еще больше развивается абстрактное мышление, происходит самоопределение и начинает выстраиваться мировоззрение. Они приобретают навыки межличностного общения, устанавливают новые отношения в семье на основе освобождения от родительской опеки, автономии

и независимости. Им необходимо преодолеть эмоциональную зависимость со стороны родителей при сохранении потребности в психологической и материальной поддержке до определенного возраста.

В двух словах: ребенок взрослеет. У него появляются свои ценности, свои понимания, свои желания и т.д.

И вот на основе этих изменений и строятся конфликты. Но важно понять, что изменения даже в чем-то одном – это всегда стресс для семьи. Будь то рождение ребенка, переезд, новая работа, взросление и т.д. Мозг начинает нервничать и подает сигналы, что надо все вернуть обратно. Но изменения – это нормально. Важно вовремя себя поймать и принять изменения ребенка. Ведь именно от родительской реакции будет зависеть его дальнейшее развитие, и жизненный путь в целом [15].

Психологические проблемы детей могут проявляться по-разному в зависимости от темперамента, возраста и характера ребенка и особенностями его окружения, окружающей обстановки. Однако есть ряд признаков, наличие которых косвенно может говорить о наличии проблем:

- Избегание контакта с другими людьми. Замкнутость ребенка. Ребенок не хочет общаться с другими детьми, избегает новых знакомств, не хочет общаться, участвовать в социальных активностях, не проявляет интереса к играм, развлечениям ровесников.
- Повышенная тревожность и беспокойство.
- Негативное отношение к себе.

Психологическая помощь является важной частью комплексного лечения энуреза. Его цель – помочь ребенку наладить психологическое равновесие, устранить стресс, тревожность, повысить самооценку и увеличить мотивацию к преодолению недержания мочи.

Один из популярных методов – бихевиоральная терапия, которая направлена на устранение негативных привычек и установление новых позитивных. К примеру, ребенок может быть обучен управлять своими чувствами и изменять поведенческие реакции на стрессовые ситуации. Также

может быть разработан план регулярного мочеиспускания и установлен позитивный обратный отсчет от 7 до 1 для ребенка перед этим процессом.

Другой метод – когнитивно-поведенческая терапия, которая основана на изменении мышления ребенка и замене негативных мыслей на позитивные. В рамках этого подхода психолог может использовать методики, которые помогут ребенку осознать свои мысли и потребности, а также научить его справляться со своими эмоциями и решать конфликты.

Также существуют групповые занятия, на которых дети учатся общаться друг с другом, вырабатывать социальные навыки и развивать эмпатию. Это позволяет детям чувствовать себя не такими одинокими и изолированными в своей проблеме, а почувствовать поддержку и эмоциональную связь с другими людьми.

Как помочь ребенку побороть психологические причины энуреза дома

Если ребенок страдает от энуреза, то его состояние может быть связано с психологическими причинами. Возможно, у ребенка есть страх или сопротивление к использованию туалета. В таком случае, необходимо помочь ему разобраться с этими проблемами в домашних условиях. Первое, что необходимо сделать, это установить регулярный распорядок дня ребенка. Это позволит ему организовать свой день и увеличить его чувство безопасности. Также необходимо поощрять ребенка ходить в туалет в определенное время. Это позволит ему создать связь между временем дня и естественными потребностями.

Другой способ помочь ребенку побороть психологические причины недержания, это создавать мирное, спокойное и расслабленное окружение вокруг

В чем-то дети и подростки не отличаются друг от друга, а в чем-то они совершенно разные. И такие различия следует иметь в виду при планировании терапевтических интервенций.

Наиболее важное различие между детьми и подростками (в отношении психотерапии) заключается в уровне способности к абстрактному мышлению.

Если ученик не может мыслить абстрактно, рассчитывать на эффективность интервенций, подразумевающих применение абстрактных рассуждений для изменения иррациональных представлений, было бы неразумно. Большинство семилетних детей были бы безнадежно сбиты с толку, если бы консультант стал объяснять, что говорить «родители не должны запира́ть меня дома» иррационально. Для конкретного мышления невозможно усвоить принцип «все происходит так, как должно происходить». Действительно, родители должны делать именно то, что они делают просто потому, что они делают именно это.

Но те же самые семилетки, наверное, смогут понять, что лучше хотеть, чтобы их не запирали. Они могут понять, что глупо требовать, чтобы тебя не запирали, потому что правила устанавливают взрослые, а не дети.

С подростками ситуация другая. Их трудно понимать, потому что во многих отношениях они парадоксальны. Рассмотрим несколько примеров проявления противоречивой природы подростков:

- Подросткам свойственны эгоцентризм, или сосредоточенность на себе. У многих недостаточно опыта для того, чтобы понимать или принимать в расчет точки зрения, отличающиеся от их собственной. Все, кто видит мир по-другому, воспринимаются как неправильные.
- Подросткам свойственно неверие в свои способности и умения и одновременно отчаянное стремление никому не показывать свою неуверенность.
- Тинейджеры чрезвычайно легко ранимы, и травматичность их переживаний объясняется постоянной сосредоточенностью на своих внутренних состояниях. Их само-отношение может серьезно пострадать из-за мимолетного взгляда или обидного слова, а малейшее выражение принятия со стороны значимого человека исцеляет.
- Не имея четкого представления о том, кто он такой, подросток склонен определять себя через принадлежность к своей группе или в соответствии с тем, что в нем видят окружающие. Всем людям

свойственно стремление к группированию, но в подростковом возрасте оно выражено в наибольшей степени.

– Подростковому возрасту свойственны резкие перепады настроения от эйфории до депрессии в течение нескольких минут.

– Подросток постоянно озабочен тем, чтобы быть как можно более похожим на других, даже вопреки своим собственным склонностям и идентичности. Ему не хочется отличаться от других или выделяться. В этом отношении «зона комфорта» у него очень ограниченная.

– Он стесняется своих родителей, поскольку все еще сильно зависит от них. Ему не нравится, что родители слишком хорошо знают его слабые стороны и уязвимые места.

– Многие тинейджеры испытывают социальную тревогу и предпочитают избегать социальных контактов, даже если это делает невозможной деятельность, приносящую удовольствие. При этом поведение пребывающего в изоляции подростка строится с расчетом на некую воображаемую аудиторию.

– Подростки склонны к идеализации и много времени и сил тратят на воображение того, как что-то «должно быть», а не как оно есть на самом деле. Поэтому их ожидания по поводу себя, других людей и мира в целом являются нереалистичными [30].

Полярность психологических качеств особенно ярко проявляется в подростковом возрасте. У подростков целеустремленность и настойчивость нередко соседствуют с импульсивностью и переменчивостью, высокая самоуверенность и категоричность в суждениях сочетаются с уязвимостью и неуверенностью. Желание общаться чередуется с потребностью в уединении, легкость общения – с застенчивостью, романтические мечты – с бескомпромиссным рационализмом и цинизмом, искренняя нежность – с черствостью и агрессивностью.

Этот конфликт противоположных личностных характеристик зачастую порождает внутренние терзания. Для гештальт-терапевта критически важно,

чтобы клиент осознал свои противоречивые аспекты и, что не менее важно, эмоции, сопровождающие конфликт этих сторон.

В гештальт-терапии применяется метод «двух стульев» для решения внутреннего конфликта. Участник начинает с одного стула, где он делится своими чувствами в роли Нападающего, а затем перемещается на противоположный стул, чтобы выступить как Защищающийся. Нападающий высказывает критику и предписывает, что оппоненту следует «делать» и как «вести себя», в то время как Защищающийся выражает, что он «может сделать» и как ему «хочется действовать».

Так возникает диалог, в котором клиент воссоздаёт противоречие между своими противоположными эмоциями и стремится их осознать. Когда обе крайние позиции внутреннего конфликта становятся ярко ощутимыми и понятными, пациенту становится значительно проще интегрировать их в рамках своей личности.

Методику «двух стульев» можно использовать и для групповой терапии, когда имеют место межличностные конфликты, причины которых непонятны участникам конфликта [11].

Ребенку с вторичным энурезом, находящемуся в открытой оппозиции к родителям, можно дать парадоксальное предписание: он может и даже должен мочиться в постель. Применение этого приема требует установления дружелюбных отношений с пациентом, позволяющим использовать его чувство юмора и уверенность в том, что вы хотите помочь ему.

Можно предложить ребенку пари: психотерапевт будет давать ему конфету или жвачку за каждый раз, когда тот сможет помочиться в постель. При этом мотивация поведения меняется – с вызова родителям на шутливое противодействие психотерапевту, а подсознательный контроль за сфинктером мочевого пузыря заменяется на сознательный. Указанный прием может быть эффективным лишь на фоне успешной семейной терапии [28].

При работе с явно тревожными детьми полезно предоставить им возможность какой-либо физической активности, например рисования или

раскрашивания. Использование арт-терапии имеет следующие эффекты:

- позволяет ребенку расслабиться благодаря физической активности;
- может явиться источником важной информации. Интерпретация рисунков ребенка может способствовать пониманию его проблемы.

Многие дети и подростки считают, что неподконтрольные им ситуации порождают их эмоции. Это представление распространяется на все и каждое эмоциональное состояние, включая гнев. Обычно дети считают, что в их гнев виноваты другие люди или какие-то обстоятельства, которые им не нравятся.

Каждый день слышишь множество высказываний, подтверждающих точку зрения, что другие могут заставить человека гневаться: – «Она меня дико раздражает». – «Что мне делать, когда он это говорит? – Только отругать его». – «Меня цепляет, если такое говорят за моей спиной».

Наиболее известные теории гнева утверждают, что это эмоция, порождаемая фрустрацией (Frustration and aggression, 1939). Это представление, названное гипотезой фрустрации–агрессии, подразумевает, что, когда человек испытывает фрустрацию, агрессивный импульс возникает естественно и автоматически. Избавиться от такого агрессивного импульса можно, только совершив некоторые агрессивные действия.

Согласно теории РЭПТ источником гнева является не состояние фрустрации, а требование не испытывать фрустрацию. Так ли это?

Если гипотеза фрустрации-агрессии верна, каждый раз, испытывая фрустрацию, ученик должен чувствовать гнев, потому что фрустрация порождает гнев. Тогда возникает вопрос: «Могут ли ученики, переживающие что-то неприятное, например несправедливое обращение, не гневаться?» В то время как почти всем ученикам будет неприятно, если к ним относятся несправедливо, вполне вероятно, что кто-то из них, будучи объектом такого заслуживающего сожаления отношения, не будет расстроен в высшей степени. Ученики могут и будут реагировать на одну и ту же ситуацию по-разному.

Эллис (Ellis, 1973) описывает различия 1) между здоровым гневом – умеренным по интенсивности и переживаемым в виде таких состояний, как

раздражение, разочарование, досада, и 2) нездоровым гневом, который проявляется в таких переживаниях, как ярость, ненависть и злость. Эти эмоции считаются нездоровыми, потому что бесполезны для выживания и для разрешения жизненных проблем клиента. Если целью ребенка является избегание наказания, вспышка ярости, направленная на учителей, только препятствует ее достижению. Такие эмоции, несомненно, не помогут ребенку контролировать свое поведение.

Более здоровыми можно считать такие эмоции, как раздражение или разочарование, поскольку они мотивируют клиента на изменение [30].

А.И. Захаров в своей книге «Происхождение и психотерапия детских неврозов» указывает на то, что «Основанная на патогенезе неврозов психотерапия направлена на восстановление и укрепление психического единства личности в процессе семейной, индивидуальной и групповой психотерапии.

Задача семейной психотерапии заключается в восстановлении функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья ее членов. В первую очередь это относится к родителям, психотерапия у которых проводится одновременно с психотерапией у детей. Вместе с формированием оптимального настроения родителей на лечение, изменением их взглядов на воспитание и сотрудничество с врачом в разрешении ряда семейных проблем это создает необходимые предпосылки для психотерапии детей.

Задача индивидуальной психотерапии состоит в достижении психического единства и актуализации возможностей развития посредством перестройки отношений, разрешения внутреннего конфликта, устранения блокирующих личностное развитие страха изменения "я", неуверенности в себе и болезненного перенапряжения психофизиологических ресурсов организма. Действенность психотерапевтического вмешательства, включая внушение, объясняется принципиально обратимым характером невротических расстройств, когда усиление здорового «я», адаптивных систем организма в

процессе психотерапии сопровождается ослаблением и отторжением болезненного «я», клинических проявлений невроза, укрепляя тем самым ядро личности и ее психическое единство. Интеграции «я» способствует доверие врача и родителей к больному. Вместе с улучшением самочувствия это развивает доверие к себе и отзывчивость к другим, что создает веру в себя, выражаемую уверенностью в своих силах и возможностях, решительностью в действиях. В результате индивидуальной психотерапии развивается умение контролировать чувства и владеть собой» [7].

А.И. Захаров также отмечает, что «Необходимым условием для проведения групповой психотерапии является позитивная динамика личностных изменений при индивидуальной психотерапии ввиду улучшения нервно-психического состояния больного, в первую очередь уменьшения возбудимости, астении и психомоторных расстройств, разрешения в основных чертах внутреннего конфликта, развития доверия к себе и уверенности в своих силах. Задача групповой психотерапии заключается в укреплении психического единства личности посредством нормализации межличностных отношений. Обучающей моделью адаптивного взаимодействия служит сама психотерапевтическая группа, состоящая вначале из сверстников, а затем из сверстников и взрослых.

В рассматриваемом значении психотерапия означает не возврат к прошлому, а свободу от его посягательств на настоящее и будущее снятием зафиксированных в прошлом опыте страхов и тревог, уверенность в себе и одновременно в своей способности соответствовать другим, быть среди них. В этом плане особое значение приобретает коррекция недоверия родителей к детям (в процессе семейной психотерапии), недоверия детей к себе (в процессе индивидуальной психотерапии), недоверия к другим, выражаемого страхом изменения «я» в процессе групповой психотерапии, что приводит к разрешению личностной проблемы «быть собой среди других».

Таким образом, семейная, индивидуальная и групповая психотерапия представляет стадии единого, системно понимаемого психотерапевтического

процесса, направленного на восстановление и укрепление психического единства личности посредством нормализации отношений в семье (семейная психотерапия), разрешения внутреннего конфликта (индивидуальная психотерапия) и налаживания отношений со сверстниками (групповая психотерапия). Итогом психотерапевтического процесса является нормализация психического функционирования и актуализация возможностей личностного развития в социальном контексте отношений.

Без оказания соответствующей психотерапевтической помощи психогенные нарушения в формировании личности детей становятся устойчивыми, эгоцентрически заостренными и тормозимыми чертами характера, что способствует появлению у них в дальнейшем под влиянием тех или иных жизненных трудностей аффективно неразрешимых проблем общения и понимания других людей, которые, в свою очередь, могут оказывать неблагоприятное воздействие на взаимопонимание в браке и воспитание детей. Разорвать этот замкнутый круг можно только широким комплексом социальных, медико-педагогических, психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, включая дальнейшее развитие специализированной Службы семьи и организацию направленной психотерапевтической помощи детям и подросткам» [7].

Рисунок в психотерапии

Несовершеннолетние пациенты, страдающие неврозами, энурезом часто обладают более яркими ощущениями и пониманием, чем могут выразить посредством слов. Рисование служит не только средством невербального общения, своего рода проводником эмоций, но и развивает независимость. Процесс рисования позволяет ребенку сосредоточиться на собственных мыслях и лучше осмыслить свои эмоции. Выражение своих чувств и мыслей может быть весьма трудным, особенно в ситуации семейных конфликтов, недостатка родительской поддержки и тревожного отношения к жизненным трудностям. Задержка в проявлении эмоций, неестественная для детей, приводит к накоплению переживаний, что выступает преградой для развития

художественного таланта и снижает уверенность в себе. Так творчество может помочь восстановить душевный баланс, освобождая подавленные эмоции и выполняя функцию эстетического самовыражения. В семьях, где родители часто не ценят важность игры и рисования, заменяя их на словесные методы обучения, детские работы в ходе терапии могут открыть новые аспекты понимания творческих способностей и спонтанности ребенка. Наблюдение за детьми в этот момент может дать важную информацию о их эмоциональном состоянии и функциональных нарушениях [7].

Арт-терапия, как отдельная дисциплина, берет начало от психоанализа, что свойственно многим видам психотерапии. В традиционных подходах она выступает в роли дополнения к психоанализу, углубляя вербальное общение и акцентируя внимание на символах, выявляемых в творческих работах пациентов. Современные исследования подчеркивают важность рисунка для понимания личности клиента. Интерес к данной методике возрастает, когда традиционные тесты становятся малопродуктивными для решения сложных, часто утонченных психологических вопросов. Множество терапевтов считает, что рисунок – это уникальное и индивидуальное проявление внутреннего мира, способное предоставить важные данные как для диагностики, так и для терапевтического процесса. Несмотря на отсутствие четких критериев для интерпретации рисунков, а также влияние субъективного опыта терапевта, ценность данной практики в работе с пациентами, стремящимися к саморазвитию, остается высокой. Рисунок показывает внутренний мир личности терапевта и пациента. Он также служит эффективным инструментом для оценки психофизического состояния пациента и возможностью выразить его актуальные проблемы и конфликты.

Рисунок служит базой для постановки гипотез, способ выражения внутреннего мира. Диагноз и интерпретацию можно делать на основании собранного материала, опыта лично терапевта и теоретических источников. При интерпретации важно учитывать текущее состояние клиента, обсуждаемую ситуацию в жизни. В процессе рисования пациент погружается

в свои внутренние переживания, погружаясь в область бессознательного, личного опыта.

Если задание предполагает изображение человека, рисунок становится не просто отражением этапа развития личности, но и зеркалом ее эмоциональных конфликтов и внутренней позиции. Эти эмоциональные проявления условно делятся на три группы. Первая включает общие характеристики изображения: тип линий (прерывистые или сплошные), пропорции и соединение частей тела, а также использование цвета. Вторая группа охватывает необычные, специфические детали, такие как увеличенная или уменьшенная голова, зубы, скошенные плечи, асимметричные глаза, отсутствие ладоней или рук и т.д. Третья группа связана с типичными элементами, которые встречаются в большинстве работ. Например, у детей старше 10 лет и взрослых обычно изображаются глаза, нос, стопы и шея. Отсутствие этих деталей может быть значимым при анализе.

Задания могут варьироваться: дом, семья, фантастическое животное, кактус и др. Рисунок дома часто вызывает ассоциации с семейными отношениями и конфликтами, особенно в работе с детьми. Изображение семьи раскрывает, как ребенок воспринимает своих родителей и братьев с сестрами, а также свое место в семейной иерархии. Например, если ребенок чувствует себя важным, он изобразит себя рядом с родителями, а если ощущает отчуждение – в стороне. Рисунок дерева позволяет выразить более глубокие, подсознательные эмоции, связанные с самооценкой, так как дерево воспринимается менее личностно, чем человек.

Наблюдение за поведением рисующего во время работы с психологом или психотерапевтом дает очень ценную информацию, позволяющую сделать вывод о состоянии здоровья, душевного состояния, внутренних противоречиях и эмоциях, испытываемых пациентом. Дополнительную информацию дают ответы на вопросы о характере рисунка, значении деталей, смысла, который вкладывает рисующий.

Терапевт также может обращать внимание на проявление эмоций: гнев, слышимый в интонации, печаль, читаемая на лице, или беспокойство, выражающееся в дрожании рук, – всё это помогает понять внутренние переживания пациента. Однако не стоит полагаться исключительно на мимику или жесты, так как многие люди способны скрывать свои чувства, особенно в рамках ограниченного времени терапевтической сессии [5].

Рисунки детей, страдающих энурезами представлены в Приложении Д. Можно отметить, что все рисунки отличаются оптимизмом, выбором ярких или спокойных жизнерадостных тонов в рисунке. Кактус всеми кроме одного человека нарисован домашний в горшке, что говорит о стремлении к домашней защите, к семейной общности. Рисунки у всех расположены в середине листа и занимают более половины листа, что говорит об адекватной самооценке участников контрольной группы.

Выводы по первой главе

Расстройства мочеиспускания – это состояние, которое, несмотря на то что не угрожает жизни пациента, представляет собой важную социальную проблему. Оно может приводить к значительным нарушениям как психической, так и физической активности пациента, что затрудняет его интеграцию в общество. Важно отметить, что эта ситуация затрагивает не только самих больных, но и их ближайшее окружение, что, в свою очередь, может способствовать устойчивому течению расстройств мочеиспускания. Особенно актуальна рассмотренная проблема для детей, особенно в те моменты, которые можно назвать «критическими» с точки зрения психофизиологических изменений. Такие изменения могут оказывать глубокое влияние на их развитие и адаптацию в социуме, снижая качество жизни. Выделяют факторы риска, которые могут приводить к недержанию мочи, такие как: анатомо-физиологические особенности и патологии развития строения мочевыводящих путей, но чаще причинами нарушения мочеиспускания являются функциональные расстройства, в этом случае

имеют место задержка созревания высших центров нервной регуляции мочевого тракта.

Лечение энуреза проводится комплексно участием таких специалистов как невролог, уролог, врач функциональной диагностики, психолог, психотерапевт или психиатр и другие. Терапия энуреза является актуальной клинической и социальной проблемой, требующей для ее решения комплексного, междисциплинарного подхода. Негативное влияние на прогрессирование энуреза оказывают патологические психологических факторы, стрессы, негативная психологическая обстановка. Достичь положительного восстановительного эффекта удастся только при высокой вовлеченности в лечение ребенка, страдающего энурезом и его близких.

Независимо от этиологии и патогенеза заболевание в определенной мере изменяет обычный образ жизни семьи, искажает социальную ситуацию развития ребенка, вызывает появление у него большого числа разнообразных психолого-педагогических трудностей.

И самое главное, независимо от причины энуреза у ребенка, (конечно невозможно изменить врожденные физиологические причины энуреза), но ребенок отражение окружения, в котором он находится, своей семьи. Счастливая мама – здоровый ребенок! При условии осознанности данного постулата возможна эффективная работа с психологом, со стабильным положительным эффектом.

В связи с вышеизложенным, психолог является незаменимым специалистом в работе с ребенком, страдающим энурезом, решая следующие задачи: помощь в улучшении качества жизни пациента, улучшение психических ресурсов и возможностей адаптации ребенка, гармонизация психического роста, защита здоровья, профилактика заболеваний и психологическая реабилитация.

Глава 2. Эмпирическое исследование эмоциональной сферы детей, страдающих энурезом

2.1 Организация и методы исследования эмоциональной сферы детей, страдающих энурезами

Объект исследования: личность.

Предмет исследования: личностные особенности подростков, страдающих энурезом.

Цель исследовать личностные особенности подростков, страдающих энурезом.

Гипотеза состоит в предположении, что ребенок, страдающий энурезом, обидчивый, подозрительный, ранимый, тонко чувствующий, несамостоятельный, инфантильный, склонный перекладывать ответственность на других.

В качестве ключевых методов для подтверждения гипотезы использовались следующие диагностические техники:

- Методика Личностная агрессивность и конфликтность предназначена для выявления склонности к конфликтности и агрессивности как личностных характеристик (Авторы: Е.П. Ильин, П.А. Ковалев (2004)); Определяется суммарный показатель позитивной агрессивности по шкалам «наступательность, напористость», «неуступчивость»; показатель негативной агрессивности по шкалам «нетерпимость к мнению других», «мстительность»; общий показатель конфликтности по шкалам «бескомпромиссность», «вспыльчивость», «обидчивость», «подозрительность».
- Опросник враждебности Басса-Дарки, BDHI (Авторы: Арнольд Басс, Энн Дарки (1957), в котором авторы выделяют следующие виды реакций: физическая агрессия – применение физической силы против индивида; косвенная агрессия, обходным путем направленная на другое

лицо или ни на кого не направленная; раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость); негативизм – оппозиционная манера в поведении, нигилизм; обида – негативные мысли к окружающим за действительные и вымышленные действия; подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред; вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через крик, визг, так и через слова (проклятия, угрозы); чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает нехорошо, испытывает угрызения совести [23].

– Шкала личностной тревожности в адаптации А.К. Осницкого (1998); А.А. Хвана и др. (2005). Направлена на изучение детской и подростковой тревожности, связанную со школьными ситуациями, с ситуациями общения, с отношением к себе, а также с мистическими страхами. Методика разработана по принципу Шкалы социально-ситуационной тревоги О. Кондаша, в которой человек судит не по тому, есть ли у него какие-либо эмоции или симптомы, а по тому, насколько данная ситуация способна вызвать у него беспокойство.

– Методика Модифицированный ПДО (МПДО) является модифицированным вариантом Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), разработанного А.Е. Личко. Тест предназначен для диагностики типов акцентуации характера старшеклассников возраста 14-18 лет;

– Оригинальный тест Сонди (Автор: Леопольд Сонди (1935) в части индивидуально-личностной интерпретации: биологические предпосылки, конституциональный тип, характерологические особенности, личностные свойства и выбор профессии. Индивидуально-личностная интерпретация теста Сонди даёт сводные характеристики

личности на основе ярко выраженных факторов по методу портретных выборов.

В качестве статистического метода в исследовательской работе применена описательная статистика и корреляционный анализ.

Исследование проводилось в 2023 – 2024 г., на базе Отделения неврологии, Центра урологии, андрологии и патологии тазовых органов в ГБУЗ «Детская городская клиническая Больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» г. Москва. В исследовании принимало участие 34 респондентов в возрасте от 14 до 17 лет, имеющих диагноз энурез. Респонденты являлись пациентами стационара, где проводилось обследование и лечение по поводу своего заболевания. Фамилия, имя и отчество исследуемых скрыто и каждому пациенту назначен порядковый номер от 1 до 34 ввиду деликатности заболевания и соблюдения врачебной тайны, норм этики и деонтологии. В исследовании приняли участие 22 лица женского пола и 12 мужского пола.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования эмоциональной сферы детей, страдающих энурезом

Проанализированы результаты психодиагностических методик. На рисунке 2 (а также в приложении А, в таблице А1) представлены результаты методики диагностики личной агрессивности и конфликтности (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев), предназначенная для выявления склонности к конфликтности и агрессивности как личностных характеристик. Данные представлены в средних значения.

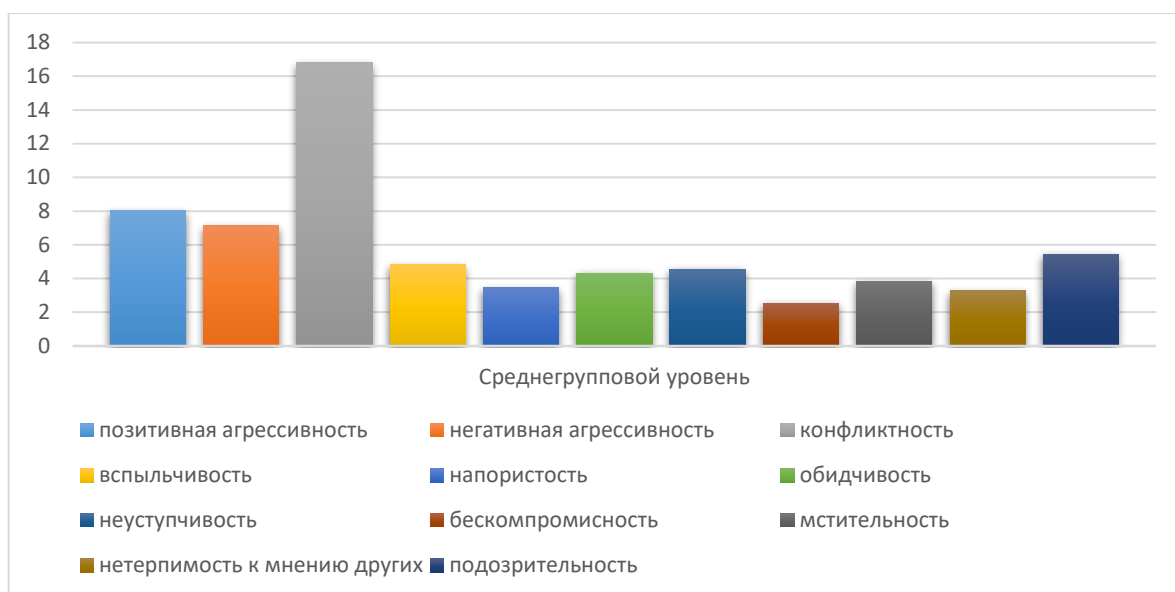


Рисунок 2 – Результаты ответов респондентов по Методике диагностики личной агрессивности и конфликтности.

В результате тестирования 34 респондентов был получен среднегрупповой уровень позитивной агрессивности 8,03 баллов из 20 максимальных (средний), среднегрупповой уровень негативной агрессивности 7,11 баллов из 20 максимальных (низкий), среднегрупповой уровень конфликтности 16,82 баллов из 40 максимальных (низкий), среднегрупповой уровень вспыльчивости 4,82 балла из 10 максимальных (средний), среднегрупповой уровень напористости 3,47 баллов из 10 максимальных (низкий), среднегрупповой уровень обидчивости 4,32 баллов из 10 максимальных (средний), среднегрупповой уровень неуступчивости 4,55 баллов из 10 максимальных (средний), среднегрупповой уровень бескомпромиссности 2,53 баллов из 10 максимальных (низкий), среднегрупповой уровень мстительности 3,85 баллов из 10 максимальных (низкий), среднегрупповой уровень нетерпимости к мнению других 3,27 баллов из 10 максимальных (средний).

Итого средний уровень агрессивности у 34 респондентов из 11 шкал низкий уровень агрессивности по 6 показателей из 11 (это 55%) и средний уровень 5 (это 45%). Таким образом в результате исследования по методике

Личностная агрессивность и конфликтность, большинство детей, страдающих энурезами, имеют низкий и средний уровень агрессивности.

Незначительно выражены шкалы позитивной агрессивности, вспыльчивости, обидчивости, неуступчивости и нетерпимости к мнению других. Остальные в низкой степени выраженности. Это характеризует подростков, страдающих энурезом как подростков, которым свойственно поведение, которое помогает им добиться желаемой цели, настойчивость, но при этом они могут наносить дискомфорт окружающим. В поведении проявляется напористость, наступательность и неуступчивость, обидчивость, что также может быть обусловлено, наличием сопутствующего заболевания и внутреннего желания доказать себе и окружающим, что подросток «такой, как все».

Далее, рассмотрим результаты методики Басса-Дарки, направленной на изучение степени агрессивности и враждебности у подростков, страдающих энурезом. Данные представлены в средних значениях баллов на рисунке 3 и в приложении Б.

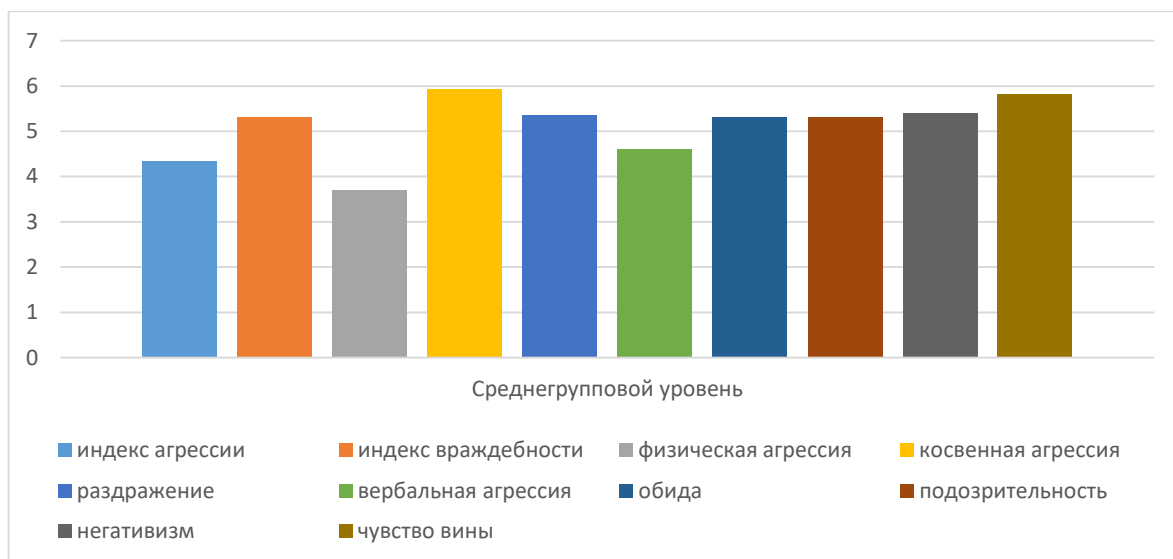


Рисунок 3 – Результаты ответов респондентов по Опроснику Басса-Дарки

Наиболее выражены шкалы «индекс враждебности», «косвенная агрессия», «раздражение», «обида», «подозрительность», «негативизм» и «чувство вины». Таким образом, подросток, страдающий энурезом, характеризуется как раздражительный, обидчивый, подозрительный, проявляющий негативизм, испытывающий чувство вины. Такой подросток может иногда сплетничать о людях, которых не любит, в раздражении может хлопать дверями, обижается, когда выходит не по его, также может быть настолько зол, что может сломать первую попавшуюся вещь; может легко раздражаться, но быстро успокаиваться, испытывают ярость, когда над ним надсмехаются, иногда раздражается только от одного присутствия некоторых людей или может чувствовать что взорвётся как пороховая бочка. Опрошенные подростки считают, что не всегда получают то, что им положено, респондентов немного огорчает их судьба, они могут не показывать, но иногда могут испытывать зависть и чувствуют, что с ними поступают несправедливо. Так же подросток выполняет просьбу только если их просят по-хорошему, могут поступать наперекор, если кто-то пытается им командовать; в тоже время подростка может мучать чувство вины и угрызения совести и жалеть о сделанном.

Выраженность шкал в результате проведения данной методики может говорить о тенденции к отказу соблюдать общественные нормы поведения, эгоцентризме, незрелости суждений, что в свою очередь говорит о чертах инфантилизма у подростков, страдающих энурезом.

В тоже время данные характеристики могут быть обусловлены физиологической незрелостью нервной системы, которая часто является спутником энуреза и психологическими трудностями с адаптацией в социальных группах и семье, сопутствующие энурезу.

В отличие от Методики диагностики личной агрессивности и конфликтности, где не было превышений от нормы, по Опроснику враждебности Басса-Дарки, вышеуказанные шкалы выражены и имеют повышенный уровень.

Далее в работе была применена Шкала личностной тревожности, определяющую подростковую тревожность, связанную со школьными ситуациями, с ситуациями общения, с отношением к себе, а также с мистическими страхами. В Приложении В представлены результаты тестирования 34 респондентов с использованием Шкалы личностной тревожности.

При обработке ответов на каждый из пунктов шкалы оценивался количеством баллов, равным округленной при ответе на него цифре. Подсчитывалась общая сумма баллов по шкале в целом и отдельно по каждой субшкале. Уровни тревожности можно охарактеризовать следующим образом: 1-2 балла указывают на отсутствие тревожности у испытуемого; 3-6 баллов означают нормальный уровень тревожности; 7-8 баллов свидетельствуют о легком повышении тревожности; 9 баллов отмечают заметно высокий уровень тревожности; 10 баллов соответствуют крайне высокой тревожности.

Итого по шкале общая тревожность средний показатель ответов респондентов равен 2,93, почти 3 балла, что говорит о нижней границе нормального уровня тревожности, который необходим для адаптации и продуктивной деятельности. Школьная, самооценочная, межличностная тревожность равны 3,3 баллам, что соответствует нормальному уровню тревожности; средний показатель респондентов по магической тревожности равен 2,56, что соответствует низкому уровню тревожности. Данные исследования по этой методике представлены на рисунке 4.

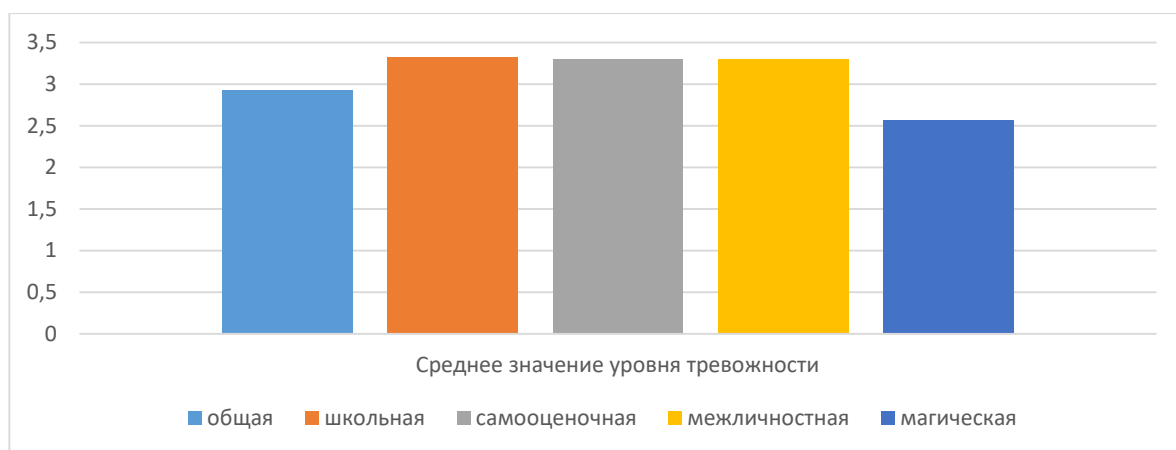


Рисунок 4 – Результаты ответов респондентов по Шкале личностной тревожности учащихся

Далее была применена Методика Модифицированный ПДО (МПДО) модифицированный (сильно упрощенный) вариант Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), разработанного А.Е. Личко. Тест применяется для определения типов акцентуации характера учащихся, 14-18 лет.

В Приложении Г и на рисунке 5 представлены результаты тестирования респондентов с использованием Модифицированного ПДО (МПДО).

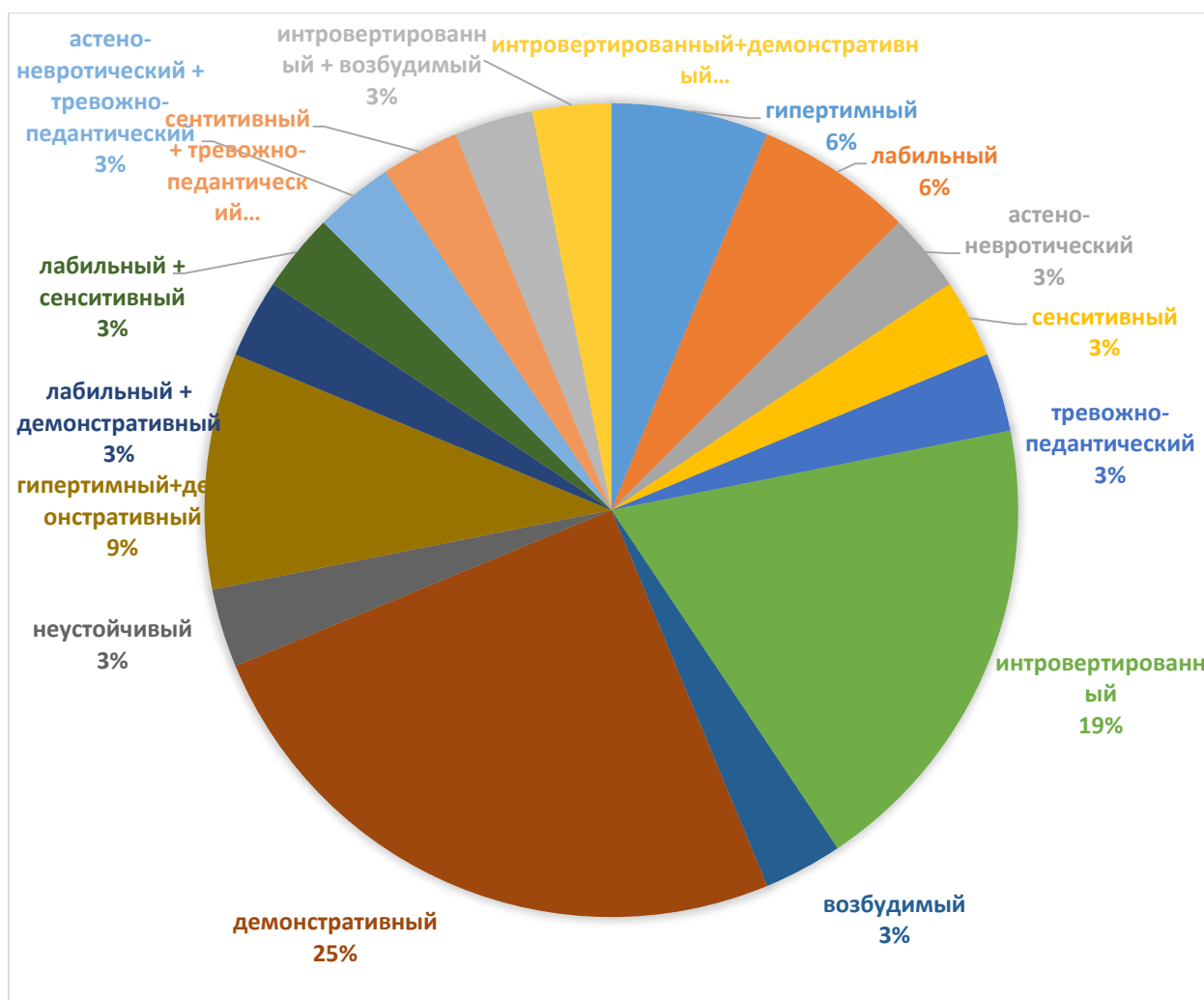


Рисунок 5 – Результаты тестирования респондентов с использованием Модифицированного ПДО / МПДО.

У всех подростков, страдающих энурезом, выявлены акцентуации характера, что говорит о том, что у подростков, страдающих энурезом, такое состояние личности, когда индивидуальный характер реакций на окружающее достигает особенной выраженности, что может говорить о возможности перехода из нормы в патологию. Из 17 типов акцентуации характера большее количество из 34 респондентов обладают демонстративным типом акцентуации характера – 8 человек, что составляет 23,53% от общего количества респондентов. Демонстративный тип склонен к инфантильному поведению, оно используется как способ манипуляции с целью получения желаемого. Выраженность демонстративного типа акцентуации у подростка,

страдающего энурезом подталкивает подростка на манипулятивное поведение, чтобы быть постоянно окруженным чужой заботой и опекой.

Жажда внимания к себе, восхищения, сочувствие к себе как черты демонстративного типа акцентуации у выраженной части подростков, страдающих энурезом, могут иметь корни из семейной обстановки, в которой находится такой подросток. Ребенок с таким заболеванием как энурез обязательно вносит свои коррективы в уклад жизни семьи, в совместного возможности отдыха, поездок, поездок на спортивные мероприятия или выступления. А если родители такого ребенка расстаются и у ребенка появляется отчим или мачеха (братик или сестра в новой семье), возможно и чувство вины перед ребенком у родителя, что тоже сказывается на желании ребенка в особом к себе отношении, базирующемся на ревности.

Интровертированный тип акцентуации характера у 6-х человек из 34 респондентов, что составляет 17,64 % от общего количества. Выраженность интровертированного типа у опрашиваемых респондентов может говорить о том, что некоторым подросткам, страдающих энурезом, свойственна замкнутость, отгороженность от окружающего мира, настороженность. Вполне возможно это такой выбор ребенка в связи с наличием заболевания; потому что наличие энуреза порицается среди сверстников, может быть поводом для насмешек и другим негативным проявлениям со стороны окружающего социального мира.

Гипертимный и демонстративный тип акцентуации в равных долях характера у 3-х человек из 34 респондентов, 8,82%. Характеризует часть детей, страдающих энурезом как общительных, желающих быть в центре внимания, есть вероятность к совершению импульсивных необдуманных поступков, что может быть показателем незрелого типа нервной системы и говорит об инфантилизме.

У 3-х человек из 34 респондентов не выявлен тип акцентуации характера. Циклоидного типа акцентуации нет ни одного человека из 34 респондентов. Остальные типы акцентуации характера встречаются у одного-

двух человек из 34 респондентов, в среднем это до 2,9% от общего количества акцентуаций характера.

Далее был применен Оригинальный тест Сонди. На рисунке 6 представлены результаты тестирования 34 респондентов по методике теста Сонди. Индивидуально-личностная интерпретация. Биологические предпосылки

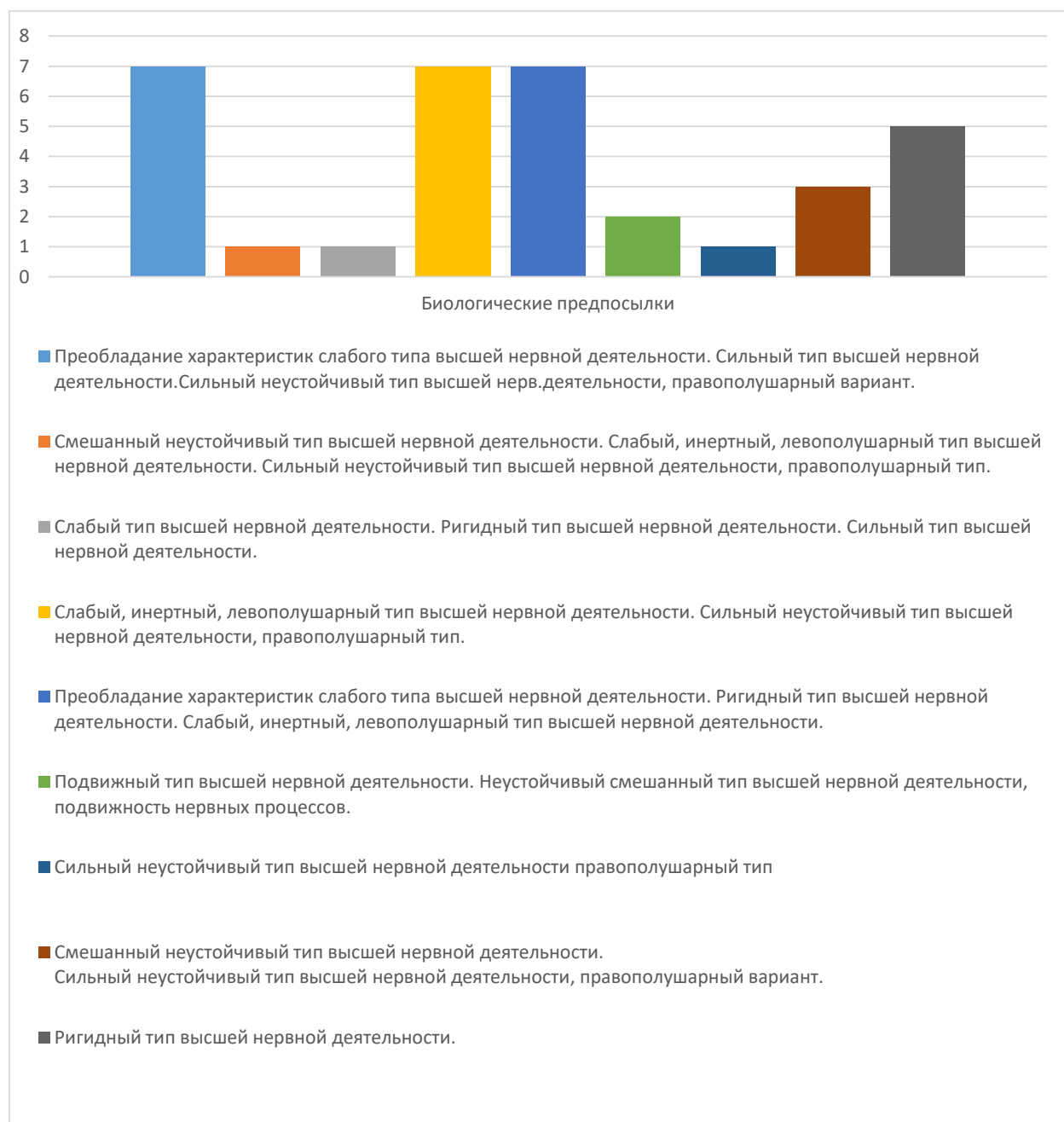


Рисунок 6 – Результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Биологические предпосылки

Результаты прохождения теста Сонди Индивидуально-личностная интерпретация / Биологические предпосылки: влечение к контакту следующие: 7 из 34 (20,59 %) респондентов имеют «Доминирование признаков типа слабого высшей нервной деятельности. Сильный тип высшей нервной деятельности. Неустойчивый и сильный тип высшей нервной деятельности, правополушарный вариант»; 7 из 34 (20,59 %) респондентов имеют «Слабый, инертный, левополушарный тип высшей нервной деятельности. Сильный неустойчивый тип высшей нервной деятельности, правополушарный вариант»; 7 из 34 (20,59 %) респондентов имеют «Доминирование характеристик слабого типа высшей нервной деятельности. Ригидный тип высшей нервной деятельности. Слабый, инертный, левополушарный тип высшей нервной деятельности»; 5 из 34 (14,71%) респондентов имеют «Ригидный тип высшей нервной деятельности»; 3 из 34 (8,82 %) респондентов имеют «Неустойчивый смешанный тип деятельности высшей нервной. Сильный неустойчивый тип высшей нервной деятельности, правополушарный вариант»; 2 из 34 (5,88 %) респондентов имеют «Тип высшей нервной деятельности подвижный. Смешанный неустойчивый тип высшей нервной деятельности, подвижность нервных процессов»; 1 из 34 (2,94 %) респондентов имеют «Смешанный неустойчивый тип высшей нервной деятельности. Инертный и слабый, левополушарный тип высшей нервной деятельности. Сильный неустойчивый тип высшей нервной деятельности, правополушарный вариант»; 1 из 34 (2,94 %) респондентов имеют «Тип высшей нервной деятельности слабый. Тип высшей нервной деятельности ригидный. Тип высшей нервной деятельности сильный»; 1 из 34 (2,94 %) респондентов имеют «Тип высшей нервной деятельности неустойчивый. Сильный, правополушарный вариант».

У подростков, страдающих энурезом, преобладают шкалы со слабым типом нервной деятельности, что характеризуется слабостью процессов возбуждения и торможения, это может говорить о плохой приспособляемости к условиям окружающей среды и подверженности

невротическим расстройствам. Также слабый тип нервной деятельности характеризуется сниженной деятельностью коры больших полушарий и подкорковых структур, поэтому особенностями детей, страдающих энурезом, являются высокая чувствительность и ранимость, застенчивость, быстрая утомляемость, невозможности сосредоточиться в шумной обстановке ввиду высокой чувствительности.

На рисунке 7 рассмотрим результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Конституциональный тип

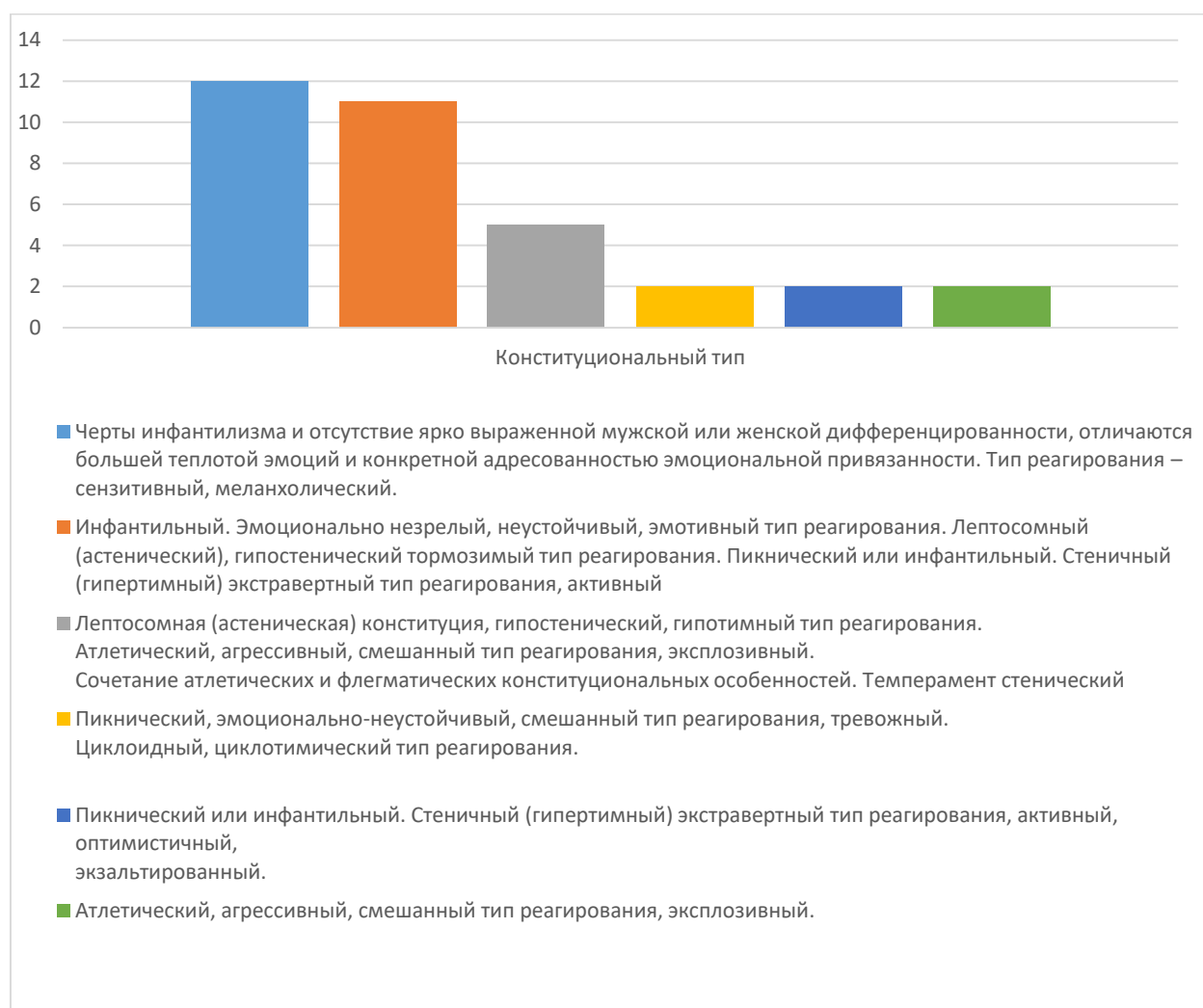


Рисунок 7 – Результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Конституциональный тип

Результаты прохождения теста Сонди Индивидуально-личностная интерпретация /Конституциональный тип следующие: 12 из 34 (35,29 %) респондентов имеют «Инфантильные черты и отсутствие выраженной

мужской или женской дифференцированности, отличаются значительной теплотой эмоций и конкретной адресованностью эмоциональной привязанности. Сензитивный, меланхолический тип реагирования. Атлетическая конституция, стеничный (гипертимный) тип реагирования. Пикнический или инфантильный. Стеничный (гипертимный) экстравертный тип реагирования, активный, оптимистичный, экспансивный»; 11 из 34 (32,35 %) респондентов имеют «Инфантильный. Эмоционально незрелый, неустойчивый, эмотивный тип реагирования. Лептосомный (астенический), гипостенический тормозимый тип реагирования. Пикнический или инфантильный. Тип реагирования гипертимный (стеничный) экстравертный, активный, оптимистичный, экзальтированный. Неустойчивая мотивация, эмоциональная лабильность, экстравертированность, гибкость и общительность в контактах с окружающими, наглядно-образное восприятие и художественное, реакция на стресс – эмоционально яркая со склонностью к страхам, защитный механизм – психосоматический или по типу вытеснения»; 5 из 34 (14,71%) респондентов имеют «Лептосомная (астеническая) конституция, гипостенический, гипотимный тип реагирования. Атлетический, агрессивный, смешанный тип реагирования, эксплозивный. Сочетание атлетических и флегматических конституциональных особенностей. Темперамент стенический, гипертимный»; 2 из 34 (5, 88 %) респондентов имеют «Неустойчивый эмоционально, пикнический, смешанный тип реагирования, тревожный. Циклоидный, циклотимический тип реагирования»; 2 из 34 (5, 88 %) респондентов «Инфантильный или пикнический. Гипертимный (стеничный) экстравертный тип реагирования, активный, оптимистичный, экзальтированный»; 2 из 34 (5, 88 %) респондентов имеют «Атлетический, агрессивный, смешанный тип реагирования, эксплозивный».

Наиболее выражены шкалы (это более 60% опрошенных подростков, страдающих энурезом) «черты инфантилизма и инфантилизм, незрелость, эмоциональная неустойчивость», что говорит о состоянии и подавляющего

большинства опрошенных, когда подросток мыслит и ведет себя как ребенок, не принимая ответственность за свои решения и действия. Он может отказываться от выполнения обязанностей по дому и домашних уроков, предпочитая, чтобы все было сделано за него. Истоки данной направленности в подростков, страдающих энурезом, могут лежать в гиперопекающих родителях, которые волнуются и тревожатся, и стараются решить проблемы со здоровьем и все сопутствующие развитию ребенка проблемы, соответственно перетягивая «одеяло ответственности» за поступки, решение, за лечение, обучение на себя. Не все родители готовы поэтапно давать возможность ребенку взрослеть и брать ответственность за поступки, за свою жизнь. Совершеннолетие наступает не резко по щелчку, от рождения до 18 лет ребенок идет к этому, а родитель помогает сначала встать на ноги в прямом смысле постепенно помогая встать на ноги в переносном смысле.

Такие преобладающие показатели как «незрелость и эмоциональная неустойчивость» с большой долей вероятности являются следствием врожденного типа нервной системы у детей, страдающих энурезом.

На рисунке 8 представлены результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Характерологические особенности



**Рисунок 8 – Результаты прохождения респондентами теста Сонди:
Индивидуально-личностная интерпретация. Характерологические
особенности**

Результаты прохождения теста Сонди Индивидуально-личностная интерпретация / Характерологические особенности следующие: 10 из 34 (29,41 %) респондентов имеют «Характеристики, отличающиеся сентиментальностью, экзальтированностью чувств, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, ведомые, нерешительные, склонные перекладывать принятие решений и ответственность на плечи окружающих, мнительные в отношении своего здоровья; их настроение в значительной мере зависит от отношения к ним окружающих; это люди ранимые, впечатлительные, эстетически ориентированные. Решимость, строгость, инициативность, способность вести за собой, эгоцентризм, прагматизм, самоуверенность, доминантность, автономность, безразличие к чужим эмоциям, отказ от самоограничений, восхищение технологическим прогрессом, любовь к быстрым темпам, аскетизм, боевой настрой, напористость, активность в интимной сфере без стремления к глубокой эмоциональной близости.

Независимость, самостоятельность, стремление к самореализации, выраженный индивидуализм, упорство в достижении целей, склонность идти на поводу у собственных желаний, избыточное увлечение развлечениями, поверхностные взаимоотношения с окружающими людьми, склонность к импульсивным словам и действиям

5 из 34 (14,71%) респондентов имеют «Отличается высокой тревожностью, капризностью, склонностью к драматизации имеющихся проблем. Сомнения в собственных силах, крайняя подозрительность, тревожность, сдержанность в выражении эмоций, ориентация на принятые в своем окружении нормы поведения, выраженное чувство вины, робость, старание уйти от конфликтных ситуаций. Стремление к одобрению, желание быть эмоционально вовлеченным, высокая восприимчивость, пугливость, склонность к сотрудничеству, желание быть частью коллективных интересов.

5 из 34 (14,71%) респондентов имеют «Конформность установок, декларация альтруизма, отзывчивость, стремление к взаимодействию,

доброта, готовность жертвовать собой, набожность, умение терпеть, желание поддерживать окружающих. Переменчивость эмоций, сильная подверженность влиянию внешних факторов; склонность к плаксивости и веселости; чрезмерная эмоциональность. /n/nГлубокие чувства привязанности, устойчивость в отношениях, преданность, приверженность традициям, склонность к аскетизму, правдивость и открытость.; 3 из 34 (8,82 %) респондентов имеют «Мнительность и тревожность, неуверенность в себе, сдержанность в эмоциях, скромность, стремление избегать конфликтных ситуаций, ориентация на принятые нормы поведения в ближайшем окружении, тенденция к чувству вины. Импульсивность в действиях и словах, самостоятельность, независимость, желание реализовать себя, выраженный индивидуализм, поверхностность в общении, упорство в достижении целей, склонность к потаканию своим слабостям, чрезмерное увлечение развлечениями. 2 из 34 (5, 88 %) респондентов имеют «Мягкость характера, нерешительность, зависимость от других, склонность идеализировать объект привязанности, готовность к самоограничению ради близких, конформность, сострадание к окружающим, глубокая привязанность при низком уровне сексуальной озабоченности, стремление к миру. Приоритет культурных ценностей. Тенденция к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой в виде приступов ярости, злопамятность, мстительность, завистливость, ревность, представление об окружающем мире как враждебно настроенном, чем оправдывается собственная жестокость. Импульсивность, непосредственность поведения, общительность, максимализм в эмоциях, амбициозность, стремление к лидированию, высокая самооценка, склонность к риску, чувство соперничества, предприимчивость, импульсивность»; 2 из 34 (5, 88 %) респондентов имеют «Желание получить одобрение, тяга к эмоциональной включенности, чувствительность, склонность к осторожности, стремление к взаимодействию, желание быть частью коллективных интересов. У 2 из 34 (5,88 %) опрошенных наблюдаются «высокая эмоциональная вовлеченность, нестабильность и переменчивость настроений,

демонстративные черты, противоречивость взглядов (желание участвовать в интересах группы и одновременно отстаивать личные эгоистичные цели, декларировать альтруизм, но удовлетворять эгоистичные потребности). Целеустремленность, независимость, индивидуализм, импульсивность в словах и действиях, склонность к потаканию своим слабостям, увлечённость развлечениями, поверхностность в общении». У 2 из 34 (5,88 %) респондентов выявлены «неуверенность в себе, повышенная мнительность и тревожность, сдержанность в выражении чувств, застенчивость, желание избегать конфликтов, ориентация на нормы поведения своего окружения, обостренное чувство вины. Общительность, спонтанность, естественность в поведении, максимализм в эмоциях, амбициозность, стремление к лидированию, высокая самооценка, склонность к риску, чувство соперничества, предприимчивость, импульсивность. Эмоциональная вовлеченность, поиск признания, впечатлительность, опасливость, стремление к сотрудничеству, к сопричастности групповым интересам»; 2 из 34 (5,88 %) респондентов «Черты инфантилизма и отсутствие ярко выраженной мужской или женской дифференцированности, отличаются большей теплотой эмоций и конкретной адресованностью эмоциональной привязанности. Тип реагирования – сензитивный, меланхолический. Сочетание атлетических и флегматических конституциональных особенностей. Темперамент стенический, гипертимный»; 1 из 34 (2,94 %) респондентов имеют «Тенденция к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой в виде приступов ярости, злопамятность, мстительность, завистливость, ревность, представление об окружающем мире как враждебно настроенном, чем оправдывается собственная жестокость».

Преобладание шкалы с такими чертами как «сентиментальность, экзальтированность чувств, высокая чувствительностью к средовым воздействиям, нерешительность, склонность перекладывать принятие решений и ответственность на плечи окружающих» у детей, страдающих энурезом, может говорить о повышенной чувствительности и эмоциональной

неустойчивости, что связано с физиологическими особенностями – зоны мозга, отвечающие за контроль над эмоциями еще не созрели и разум не способен управляться с интенсивностью эмоций. В то же время необходимо отметить, что сентиментальность – нормальное явление и его можно отнести к уникальности конкретной личности.

На рисунке 9 представлены Результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Личностные качества

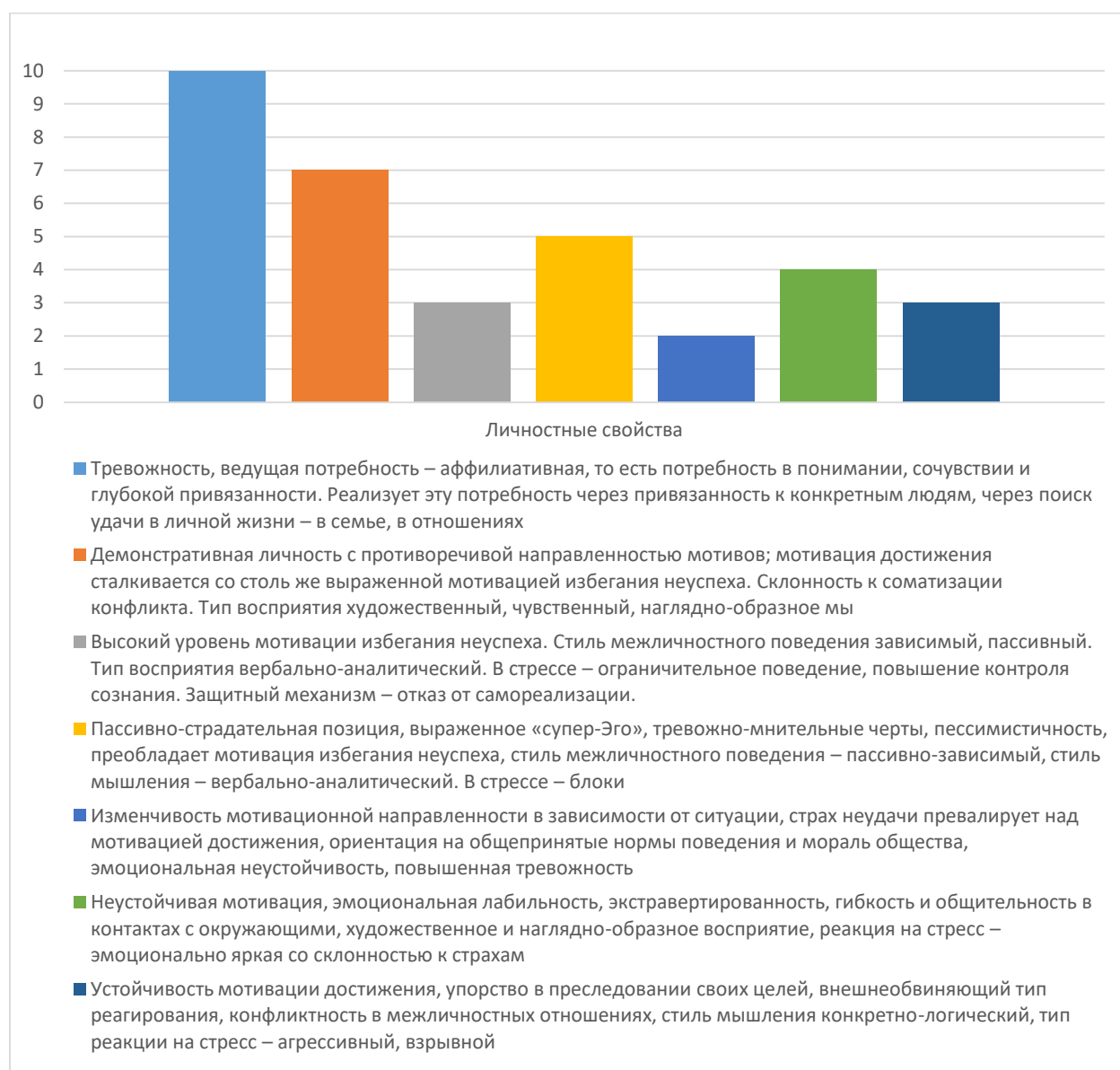


Рисунок 9 – Результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Личностные качества

Результаты прохождения теста Сонди Индивидуально-личностная интерпретация / Личностные свойства такие: 10 из 34 (29,41 %) респондентов имеют «тревожность, аффилиативная является ведущей потребностью, то есть потребность в понимании, сочувствии и глубокой привязанности. Данная потребность проявляется через привязанность к определенным людям, через стремление к счастью в личной жизни – в семье, в отношениях с супругом или детьми. Напряженность этой потребности объясняется ее ведущей ролью и невозможностью полного удовлетворения, так как ей могут препятствовать лишь внешние обстоятельства. Основной мотив – избегание неудач, поиск социальной защиты и опоры в лице более сильного и доброжелательного человека. Стиль межличностного поведения: за внешней зависимостью и покорностью скрывается стремление к независимости, желание избежать конфликтов и противостояния с доминирующими личностями, предпочтение гармоничных отношений. Застенчивость и чувствительность делают такого человека внешне мягким и уступчивым.

Стиль мышления сочетает творческий и аналитический подходы. Высокая мотивация к достижениям, активность, умеренная агрессивность, низкая внутренняя рефлексия. Эмоции, которые проявляются ярко – гнев, гордость, восхищение, но не оставляют глубокого следа. Стиль поведения – независимый, авторитарный, лидерский. Восприятие целостное, интуитивное, с опорой не на опыт, а на внутреннее чутье. Мотивы поведения эгоцентричны завышенная самооценка, эмоциональная жесткость, интуитивные восприятие опережают опыт. В стрессовых ситуациях – преобладают импульсивные реакции. Защитные механизмы – вытеснение или внешнее отреагирование. Преобладает тревожность, ведущая потребность – аффилиативная. Преобладание данной шкалы у подростков, страдающих энурезом, говорит о наличии у них базовой потребности в получении положительных эмоций от коммуникаций с окружающими людьми, в привязанности, чувства уважения и любви. С точки зрения социальной и семейной жизни вышеуказанные особенности имеют положительную направленность, так как сопровождаются

такими аспектами как желание вступать в контакты с людьми, оказание и принятие помощи, умение прощать и забывать обиды для поддержания добрых отношений. Аффiliationная привязанность формируется в детстве в присутствии родственников, друзей и дает ребенку ощущение безопасности и спокойствия. С большой долей вероятности у подростков, страдающих энурезом и его семьи, так как есть объединяющая семью небольшая тайна (энурез у члена семьи), возрастает сплоченность семьи. Следствием этого и формируются вышеуказанные личностные свойства.

7 из 34 (20,59 %) имеют «Личность с демонстративными чертами, характеризующаяся противоречивостью мотивационной сферы: стремление к успеху конфликтует с ярко выраженным желанием избежать неудач. Художественное эмоциональное восприятие с преобладанием наглядно-образного мышления Склонность к соматизации внутренних конфликтов. Гибкое межличностное поведение, с тенденцией к примерке на себя различных социальных ролей. Межличностное поведение пассивно-зависимое, вербально-аналитическое мышление. Высокий уровень самоконтроля и подавление указанных качеств формируют «матовые» черты характера, стремление к признанию, склонность к обману и лицемерию, а также повышенную тревожность и мнительность. Тревожно-мнительные черты, пессимизм, пассивно-страдательная позиция, гипертрофированное «супер-Эго», доминирование мотивации избегания неудач. Деятельность оторвана от повседневных нужд, окутана мистикой, искусством, эстетикой и логикой». В стрессовых ситуациях – блокировка действий и нерешительность, защитный механизм – уход в мир фантазий. Демонстрация альтруизма, участие в общественной жизни, стремление служить обществу. 5 из 34 (14,71%) показывают страдательно-пассивную тенденцию, пассивно-зависимое поведение, яркое «супер-Эго», мнительно-тревожные характеристики, негативизм, преобладание стремления избегания неудач, вербально-аналитическое мышление. В стрессовой ситуации – защитный механизм – уход от реальности, блокировка, нерешительность. Мотивы

поведения эгоцентричны, эмоциональная жесткость, завышенная самооценка, восприятие интуитивное, защитный механизм – отрицание проблем. 3 из 34 (8,82%) обладают ведомым и зависимым межличностным поведением, высоким уровнем мотивации избегания неудач, вербально-аналитическим восприятием. В стрессе – ограничительное поведение, усиление контроля сознания, защитный механизм – отказ от самореализации. Упорство в преследовании своих целей, внешнеобвиняющий тип реагирования, конфликтность в межличностных отношениях, стиль мышления конкретно-логический, тип реакции на стресс – агрессивный, взрывной; защитный механизм – враждебные поведенческие реакции или рациональная переработка. Высокое желание достижения успеха, активность, экстравертированность, ведущая потребность – власть, стиль межличностного поведения – доминирующий, стиль познавательной деятельности – целостный, эвристический, опережающий опыт. В стрессе – сверхактивность. Защитный механизм – отреагирование вовне и вытеснение из сознания негативной информации»; 3 из 34 (8,82 %) имеют «Упорство в преследовании своих целей, внешне обвиняющий тип реагирования, конфликтность в межличностных отношениях, стиль мышления конкретно-логический, тип реакции на стресс – агрессивный, взрывной; защитный механизм – враждебные поведенческие реакции или рациональная переработка»; 2 из 34 (5, 88 %) имеют «Направленность мотивации может направляться в зависимости от обстоятельств, при этом страх перед неудачей преобладает над стремлением к успеху. Индивид проявляет эмоциональную нестабильность и повышенную тревожность, ориентируется на общепринятые нормы и моральные ценности общества. Коммуникации с окружающими строятся на альтруизме и сотрудничестве, а восприятие мира имеет художественный и творческий характер. Стрессовая реакция выражается в чувстве страха, а защитным механизмом становится соматизация. Для личности характерны интроверсия, пессимистичный настрой и замкнутость, с доминированием избегания неудач. Блокировка активности и склонность к зависимому

поведению в стрессовых ситуациях. Защитные реакции включают отказ от собственных потребностей и самообвинения в ситуациях фрустрации. Деадаптация идет по депрессивному типу, что усугубляет трудности в социальной и эмоциональной сферах».

На рисунке 10 представлены результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Выбор профессии



Рисунок 10 – Результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Выбор профессии

8 из 34 рекомендованы профессии «Воспитатель детей младшего возраста, служба быта, сервиса. Сфера прикладного искусства, артистическая и творческая деятельность, легко увлекаются в роли ведомых в общественную деятельность, в самодеятельные кружки, увлечение танцами, пением, поэзией, религией. Преобладание такого выбора профессий у подростков, страдающих энурезом, логично в соответствии с результатами тестирования, рассмотренными выше. В сфере быта и сервиса, воспитания детей младшего возраста необходимы такие качества как доброжелательность, отзывчивость, способность к сопереживанию, умение улаживать разногласия между людьми. Артистическая деятельность рекомендована подросткам, страдающим энурезом в связи с наличием у большинства из них демонстративных черт личности / демонстративной акцентуации характера. Таким образом они реализуют свою потребность быть в центре внимания. Творческие профессии чаще всего и выбирают люди с «тонкой кожей», остро чувствующие окружающий мир, чаще всего такие черты свойственны подросткам, страдающим энурезом. Таким образом творчество, Арт-терапия является инструментом для самовыражения, для отражения окружающим красок и полутонов мира, которые не все люди могут уловить. В то же время творчество снимает тревожность, напряжение, выступая терапевтическим средством. Из 34 опрошенных (14,71%) 5 человек получили рекомендации к профессиям, связанным с охраной здоровья, религиозной деятельностью, образованием, юриспруденцией, обслуживанием и ремеслами, такими как священнослужитель, миссионер, учитель, воспитатель, адвокат, портной. 4 респондентам предложены профессии в сфере педагогики, филологии, науки, литературы, управления и предпринимательства, включая педагога, филолога, ученого, библиотекаря, чиновника, директора гостиницы, предпринимателя, геолога. Еще 4 участника получили рекомендации к профессиям, связанным с транспортом, экстремальными условиями и спортом, таким как моряк, летчик, пожарный, спортсмен, администратор. 4 респондентам предложены профессии в медицине, культуре, гуманитарных науках, включая врача,

медсестру, парикмахера, библиотекаря, филолога, искусствоведа. 3 человека (8,82%) получили рекомендации к профессиям в медицине, спорте, управлении, предпринимательстве, психологии, журналистике. Еще 3 участника (8,82%) – к преподаванию, музыке, кинорежиссуре, общественной деятельности. 1 респондент (2,94%) получил рекомендации к профессиям в искусстве, журналистике, дипломатии, торговле, образовании и управлении.и 1 из 34 (2, 94 %) респондентов рекомендована профессия «воспитатель»

На рисунке 11 представлены–результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Социальная активность.

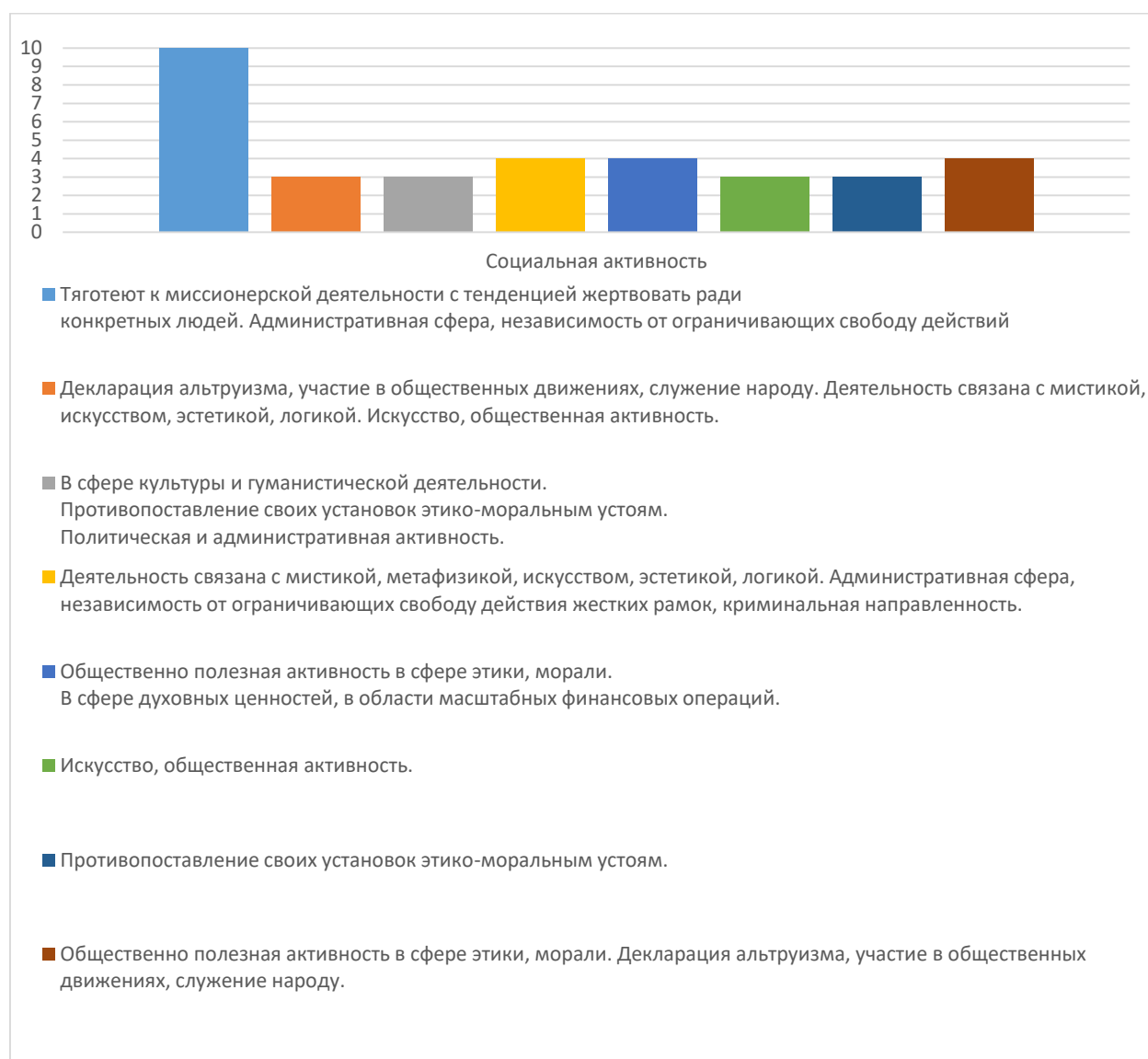


Рисунок 11 – Результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Социальная активность

Результаты прохождения теста Сонди Индивидуально-личностная интерпретация / Социальная активность следующие: 10 из 34 (29,41 %) респондентов «Тяготеют к миссионерской деятельности с тенденцией жертвовать эгоистическими потребностями ради конкретных людей. В сфере урбанизации и индустрии, приверженность к технократии. Административная сфера, независимость от ограничивающих свободу действия жестких рамок, криминальная направленность»; Выраженность этой шкалы у детей, страдающих энурезом Преобладание данной шкалы у подростков, страдающих энурезом, может говорить о таких чертах как органичная примерка в разные социальные роли, дипломатичность, коммуникабельность, стремление к деятельности, полезной для всех людей. Стойкость и смирение формируются как сопутствующие черты при принятии своего недуга. Энурез может длиться годами, может проявлять себя периодически, а может и остаться на всю жизнь, волей неволей формируются такие качества как терпение, смирение. Молитвенность и тяга к проповеднической работе могут формироваться у подростков, страдающих энурезом, и переходить во взрослый возраст при определенных формирующих факторах, предпосылках, изменениях в жизни, которые могут быть катализаторами миссионерской деятельности.

4 из 34 респондентов «Деятельность связана с оккультизмом, мистикой, искусством, эстетикой, логикой. Административная сфера, независимость от ограничивающих свободу действия жестких рамок, криминальная направленность». Преобладание такой шкалы у подростков, страдающих энурезом, может быть следствием высокой чувствительности к окружающему миру.

4 из 34 респондентов «Общественно полезная деятельность в сфере этики, морали. В сфере духовных ценностей, в области масштабных финансовых операций»: 4 из 34 респондентов «Общественно полезная деятельность в сфере этики, морали. Демонстрация бескорыстности и альтруизма, участие в общественных движениях, служение народу»; 3 из 34

(8,82 %) респондентов «Декларация альтруизма, участие в общественных движениях, служение народу. Деятельность носит оторванный от повседневных нужд характер и связана с мистикой, метафизикой, искусством, эстетикой, логикой. Искусство, общественная активность»; 3 из 34 (8,82 %) респондентов «В сфере культуры и гуманистической деятельности. Противопоставление своих установок этико-моральным устоям. Политическая и административная активность»; 3 из 34 (8,82 %) респондентов «Искусство, общественная активность»; 3 из 34 (8,82 %) респондентов «Противопоставление своих установок этико-моральным устоям».

На рисунке 12 представлены–результаты прохождения респондентами теста Сонди: Индивидуально-личностная интерпретация. Болезненная деформация влечения.



**Рисунок 12 – Результаты прохождения респондентами теста Сонди:
Индивидуально-личностная интерпретация. Болезненная деформация
влечения**

Результаты прохождения теста Сонди Индивидуально-личностная интерпретация / Болезненная деформация влечения следующие: у 10 из 34 (29,41 %) респондентов «Симптомы расстройств могут проявляться в виде сложностей с сексуальной адаптацией и различных форм сексуальных

отклонений. Такие индивиды часто склонны к божественному образу жизни. Девиантное поведение в данном случае имеет сексуальную основу. Характерны проявления садизма, антисоциальных поступков с элементами жестокости.

Наблюдается склонность к импульсивным действиям, экспансивно-шизоидным чертам личности, а также зависимостям, таким как алкоголизм и наркомания. Кроме того, отмечается склонность к аферам и мошенничеству». Затрудненная сексуальная адаптация у большинства подростков, страдающих энурезом, объясняется проблемами с физическим здоровьем, сопутствующие психологическими проблемами. Объясняется очень просто: проблемы с удержанием мочи происходят во сне и не контролируются при наличии энуреза. С одной стороны нормальное желание физического и морального контакта с объектом привязанности, привлекающим духовно и сексуально, а с другой стороны дискомфорт, вызываемый страхом отчуждения со стороны привлекательного лица в связи с сопутствующими энурезу проблемами (мокрое белье, запах мочи). В связи с невозможностью решить личные проблемы подросток и далее взрослый, страдающий энурезом может склонить свое поведение и тенденции в общении к жестоким проявлениям, усугублении психологических проблем. Почему важно и необходимо лечить энурез; прибегать к помощи психолога, психоаналитика, психиатра, если это необходимо. Решать проблемы, а не зарывать голову в песок.

У 5 из 34 (14,71%) респондентов «Эпилептоидная склонность к педантизму и вспыльчивость»; у 5 из 34 (14,71%) респондентов «Эпилептоидная склонность к педантизму и вспыльчивость. У данных респондентов отмечается вероятность перехода этих черт в тревожно-мнительные проявления, навязчивые состояния, а также депрессивно-ипохондрические расстройства. Поведенческие отклонения выражаются в абсолютной пассивности и замкнутости. Кроме того, у них могут присутствовать истероидные и психосоматические нарушения, устойчивые страхи и признаки гипомании»; Выраженность по данным шкалам у

подростков, страдающих энурезом может говорить о включении защитной реакции на окружающий мир: «если я буду делать все правильно и по порядку, дотошно и по полочкам – все будет хорошо», таким образом создается зона комфорта.

У 5 из 34 (14,71%) респондентов «Склонность к вегетативной неустойчивости, мигреням; эпилептоидная слащавость. Психосоматические расстройства, ханжество». Выраженность по данной шкале у подростков, страдающих энурезом говорит о незрелости нервной системы, которая чаще всего сопровождает энурез и косвенно доказывается обследованиям по методикам в данном исследовании; неустойчивости, чувствительности нервной системы при минимальных нагрузках.

У 3 из 34 (8,82 %) респондентов «Возможны изменения в сторону тревожно-подозрительных черт, навязчивых состояний, депрессивных и ипохондрических расстройств. Поведенческие отклонения проявляются в виде полной апатии, отгороженности от окружающих. Характерны импульсивные поступки, экспансивно-шизоидные черты личности, склонность к алкогольной и наркотической зависимости, а также авантюризм и склонность к обману»; у 3 из 34 (8,82 %) респондентов «Истероидные психосоматические нарушения, страхи, состояния, сходные с манией, но легче в своих проявлениях»; у 1 из 34 (2, 94 %) респондентов «Экспансивно-шизоидный тип личности с завышенной самооценкой и склонностью к мании величия; девиантное поведение, включающее злоупотребление алкоголем, наркотическую зависимость, а также противоправные действия: мошенничество и хулиганство»; у 1 из 34 (2, 94 %) респондентов «Садистские наклонности, сексуальные предпочтения, склонность к самобичеванию, мысли о самоубийстве. Истерические проявления, склонность к авантюрам и патологическая лживость как формы девиантного поведения»; у 1 из 34 (2, 94 %) респондентов «Истерические проявления конверсионного типа, склонность к авантюрам и склонность ко лжи как формы девиантного поведения. Импульсивные поступки, акцентуация экспансивно-шизоидного

типа, зависимость от алкоголя, наркотическая зависимость, аферистские наклонности и мошеннические действия». Выраженность по данным шкалам говорит о склонности к неустойчивости психики у подростков, страдающих энурезом.

Значимые корреляции у подростков, страдающих энурезом, выявлены между обидчивостью и позитивной и негативной агрессивностями, конфликтностью, вспыльчивостью, напористостью, неуступчивостью, бескомпромиссностью, мстительностью, подозрительностью, индексами агрессии и враждебности, раздражением. Также чувство вины имеет значимую корреляцию с бескомпромиссностью, индексом враждебности, обидой.

2.3 Рекомендации для подростков, страдающих энурезом

Лечение энуреза базируется на определенном образе жизни. «волшебной таблетки от энуреза нет; невозможно удалить энурез из жизни как хирург-стоматолог удаляет большой зуб. В лечении энуреза нет быстрого результата. Только долгий и упорный труд, здоровый образ жизни и режим дня, питья и привычек, формирование определенного поведения – аппаратным или физиологическим способом.

Низкая тревожность респондентов – подростков, страдающих энурезом, вместе с чертами инфантилизма, склонностью перекладывать ответственность на плечи других, дали основание для разработки рекомендаций, целью которых является задание вектора на повышение уровня вовлеченности своим здоровьем у подростков, страдающих энурезом.

В подростковом возрасте у ребенка происходит освоение новой целостности, связанное с процессами полового созревания. Формируется ролевая идентичность — основа телесного образа «Я». У подростков больше развивается абстрактное мышление, происходит самоопределение и начинает выстраиваться мировоззрение. Они приобретают навыки межличностного общения, устанавливают новые отношения в семье на основе освобождения от

родительской опеки, автономии и независимости. Им необходимо преодолеть эмоциональную зависимость со стороны родителей при сохранении потребности в психологической и материальной поддержке до определенного возраста.

Поглощенность собой делает подростка ранимым, любой повод — предмет долгих размышлений, самоедства. В результате он кажется себе «не таким, как все». Это чувство может меняться от ощущения гениальности и особой миссии до полной ничтожности и ненормальности. Обыкновенность переживается как отрицательная характеристика. Вышеуказанные характеристики могут гипертрофироваться у подростков, страдающих энурезом.

С учетом психологических особенностей подросткового периода в этом возрасте необходимо помогать быть самостоятельным в том числе и учиться брать ответственность за свое здоровье [15].

Аппаратным методом лечения энуреза, помощником в формировании поведенческих навыков, является БОС-терапия. Аппараты для БОС-терапии существуют для стационарного использования и портативные для домашнего использования. Процедура БОС-терапии направлена на функциональную стимуляцию нейронных путей, связанных с концентрацией внимания и формированием поведенческих навыков (формирование нервной дуги), и может способствовать достижению желаемых физиологических изменений (распознавать позыв к мочеиспусканию во сне и просыпаться в туалет).

Учет психологических особенностей подростка с энурезом является необходимым условием при определении цели, содержания и частоты применения метода БОС-терапии. Главная проблема состоит в том, что большинство детей не могут изолированно напрягать мышцы тазового дна. Решение этой задачи возможно только с использованием методов биологической обратной связи (БОС). В данном случае визуальная информация, представленная на экране компьютера или смартфона в форме игрового интерфейса, передается пациенту напрямую. Это позволяет легко

отслеживать правильность выполнения упражнений и контролировать процесс тренировки.

Сеанс БОС-терапии строится по принципу чередования периодов работы (сознательного напряжения мышц по команде игры) и отдыха, что позволяет избежать переутомления и утраты интереса к занятию. В процессе лечения одним из важнейших факторов является мотивация, поэтому для тренировки методом БОС-терапии у детей используется интерактивный мультипликационный видеоряд, что особенно важно для достижения общей нервно-мышечной релаксации, при которой создаются оптимальные условия для эффективной выработки необходимых центральных программ координированной работы мышц и сфинктерного аппарата, которые отвечают за то, чтобы удержание мочи подчинялось волевому контролю. Так же БОС-терапия улучшает кровоснабжение [13].

В подготовке к процедуре БОС терапии в очень важную роль играет поддержка ребенка ближайшими родственниками и специалистами. Пациент боится почти всего, что с ним делают. Это страх от незнания и от неизвестной опасности. В этом случае нужно доступное информирование пациента, ребенку необходимо создать ситуацию чтобы он был спокоен, не испытывал боли, ничего не отвлекало его от процедуры БОС-терапии. С этой целью рекомендовано перед процедурой БОС-терапии опорожнить мочевой пузырь.

Навыками поведенческой терапии для детей, страдающих энурезом является режим дня, режим соблюдения водного баланса, режима питья и мочеиспускания. Ярким примером необходимости соблюдения режима питья и мочеиспускания является такой: утром в отделении стационара, в котором лечат детей и подростков с энурезом, я спросила у нескольких детей, которые ожидали проведение процедуры БОС-терапии, сходили ли они в туалет перед процедурой и получив утвердительный ответ, спросила, когда последний раз (а на часах 10:30), один из детей ответил, что вчера вечером, другие, что утром после или до завтрака (около 8 утра). Это означает, что ребенок не пил и соответственно не писал. Делаю акцент: когда мы пьем и писаем – мы

тренируем мышцы нашей мочевыводящей системы. Если мы не пьем и соответственно писать нам нечем.

Когда мы пьем и опорожняем мочевого пузыря, происходит санация мочевыводящих путей.

Вода – основа жизни на Земле. Это жизнь для наших клеток организма. Не чай ни кофе, ни сладкая газированная вода. Чай и кофе обладают мочегонным действием, обезвоживают. Сладкая газированная вода содержит консерванты и огромное количество сахара, которые негативно влияют на поджелудочную железу и мочевыводящую систему. Газированная вода не восполняет запасы воды в организме, не утоляет жажду, а вызывает ее. Получается замкнутый круг, чем больше пьешь газировку, тем больше хочется еще и еще.

От нас зависит будет ли вода в нашем организме чистой рекой или болотом. Важный момент: признак нехватки жидкости в организме – концентрированный темно-желтый цвет мочи.

Вышеуказанные рекомендации относятся и ко взрослым, которые личным примером показывают детям, что такое хорошо, что такое плохо.

По мнению З. Фрейда, формирование способности управлять процессом мочеиспускания напрямую связано с участием родителей и представляет собой важный этап в становлении психики ребенка детей. Рекомендации по питьевому режиму детей, страдающих энурезом и поведенческой терапии представлены в Приложении Ж.

Дети с нарушениями мочеиспускания очень ранимы, поэтому работа с ними требует особой деликатности и уважения. Это пациенты, имеющие врожденные пороки развития, дети-инвалиды, дети после развода родителей, дети из многодетных семей, детских домов, неполных семей. Чаще всего параллельно с психосоматическими проявлениями такие дети имеют психологические проблемы и травмы, проблемы с социализацией. Например, как ребенку с энурезом отдыхать в летнем лагере или ездить на спортивные сборы, чтобы о его диагнозе не стало известно окружающим его детям? В моей

практической деятельности часто есть примеры, когда дети поступали на лечение в 16 и 17 лет, ожидая, конечно не без помощи взрослых, что энурез пройдет сам собой, «перерастет». Начинать лечение энуреза в 16 и 17 лет – это забег пациента «в последний вагон». Потому что чем раньше начинается лечение и диагностика тем успешнее лечение. Детям подросткового возраста, страдающим энурезом приходится бросать профессиональное занятие спортом. Такой семейный «скелет в шкафу» как вероятность неконтролируемого опорожнения мочевого пузыря во сне и последствия для постели, запахи испаряющейся мочи в помещении может стать очень явным и шокирующим неприятным событием для окружающих, которые не имеют такой проблемы. Так как сочувствие – когда сам сталкивался когда-то с данной проблемой. Соответственно ребенок боится стать причиной насмешек среди сверстников, а в условиях конкуренции в спорте это несет более негативное влияние на ребенка, страдающего энурезом, усугубляет его переживания.

В энурезе нет ничего постыдного для семьи! Нельзя терять драгоценное время пока нервная система ребенка и его здоровья еще формируются.

Тем более родителям нельзя наказывать за болезнь, унижать сына (дочь), стыдя его (ее) за «мокрое» и «грязное», снижая тем самым уровень его (ее) самооценки и самоуважения!

Значительная часть респондентов имеют потребность в понимании, сочувствии и глубокой привязанности, поэтому родителям подростков, страдающих энурезом, можно рекомендовать проживать каждый день вместе со своими детьми: делиться с ними тем, что волнует; спрашивать их мнение при принятии важных семейных решений; искренне интересоваться их делами; помогать им в разрешении проблем, жертвуя своим временем; беседовать с ними дома, гуляя в парке, выезжая за город.

Существует множество бесплатных вебинаров и образовательных мероприятий, организованных Центрами психологической помощи, клиническими городскими больницами и районными поликлиниками. Подросткам и родителям необходимо повышать свою психологическую

осведомленность и активность в сфере здравоохранения, интересоваться литературой для родителей, читать, учиться, делать открытия! [32]

В рамках психопрофилактики подростков, страдающих энурезом не могу оставить без внимания вопросы формирования здорового образа жизни. Если пациент изо дня в день чувствует усталость в таком случае это может означать, что у него есть недостаток сна, он не высыпается, или неправильно питается или пьет мало воды или недостаточно двигается. Если недосыпать несколько ночей подряд, организм начинает вырабатывать больше кортизола. В результате у такого подростка перестанут застегиваться джинсы (кортизол, помимо прочего, стимулирует накопление жира в области живота), появляется рассеянность [6]. Компоненты и рекомендации по формированию здорового образа жизни представлены в Приложении Е.

Выводы по второй главе

По результатам тестирования по методике диагностики личной агрессивности и конфликтности выяснилось, что большинство респондентов, страдающих энурезом, имеют низкий и средний уровень агрессивности.

В результате тестирования по Опроснику враждебности Басса-Дарки у респондентов уровень враждебности определен как повышенный. Превышение идет по частным показателям индекса агрессивности, таким как чувство вины, негативизм, обидчивость или подозрительность (склонность к образованию необоснованных представлений о той или иной форме умышленного вреда для себя или близких, исходящего от окружающих).

Зигмунд Фрейд рассматривал обиду как результат невыраженной эмоции, которая остается неотреагированной. В ходе исследований пациентов под гипнозом он обнаружил, что у многих из них присутствовали скрытые психологические травмы. При этом обидчивость он трактовал как манипулятивную черту, цель которой – заставить окружающих проявлять внимание и любовь. Большинство исследователей сходятся во мнении, что корни обиды уходят в детство, где она формируется из-за нарушений в

отношениях с родителями. Со временем это чувство закрепляется в структуре личности, превращаясь в устойчивую черту – обидчивость.

Обидчивость представляет собой личностное качество, выражающееся в склонности испытывать обиду даже в незначительных ситуациях, когда поведение собеседника не соответствует ожиданиям. Это состояние возникает при малейшем расхождении между желаемым и реальным, что делает человека особенно чувствительным к взаимодействиям с окружающими [3].

Респонденты не испытывают тревожности, ее уровень является низким или нормальным в результате прохождения Шкалы личностной тревожности.

У всех респондентов, страдающих энурезом, выявлена акцентуация характера. Из 17 типов акцентуации характера 8 респондентов из 34 (23,53%) имеют выраженный демонстративный тип акцентуации личности. Основные характеристики данного типа включают крайний эгоцентризм, постоянное стремление привлечь к себе внимание, а также потребность в восхищении, удивлении, уважении и сочувствии со стороны окружающих. Акцентуация характера интровертного типа. у 6 из 34 респондентов (17,64 %). Наиболее существенными чертами данного типа акцентуации считаются замкнутость, отгороженность от окружающего мира. Циклоидного типа акцентуации нет ни одного человека из контрольной группы.

По результатам прохождения респондентами теста Сонди значительный показатель по Индивидуально-личностная интерпретации /Конституциональному типу более 67 % опрошенных, то есть более половины имеют черты инфантилизма. Характерной чертой многих опрошенных является эмоциональная теплота, однако их реакции часто свидетельствуют о недостаточной зрелости и неустойчивости эмоционального фона. Для них свойственна сентиментальность, склонность к экзальтации и повышенная чувствительность к внешним воздействиям. Они предпочитают перекладывать ответственность и принятие решений на других, склонны к нерешительности, мнительны в вопросах своего здоровья. Это ранимые, обидчивые и впечатлительные личности, ориентированные на эстетические

ценности. Настроение часто зависит от отношения окружающих. Большинство респондентов желают, чтобы их понимали, сочувствовали и испытывают потребность в глубокой эмоциональной привязанности. Их поведение часто определяется внешними обстоятельствами, а внутренняя неуверенность делает их зависимыми от поддержки и одобрения со стороны других людей, что может порождать фрустрацию, связанную с трудностью реализации этой потребности.

Общая картина результатов тестирования подростков, страдающих энурезом, говорит о «тонкой коже» к окружающему миру, инфантильности.

Заключение

Энурез, широко известный как ночное недержание мочи, представляет собой заболевание, от которого страдают миллионы людей во всем мире, независимо от возраста.

В рамках настоящей диссертационной работы были решены следующие задачи:

В ходе выполнения обозначенных целей и задач были изучены и рассмотрены научные источники, затрагивающие вопрос детского и подросткового энуреза;

- выбраны релевантные методы и стратегии;
- выполнен качественный и количественный анализ, изучены особенности личности подростков с недержанием мочи;
- разработаны рекомендации в соответствии с поставленными задачами исследования;
- сделаны выводы

Произведён анализ научных публикаций и исследований, релевантных теме нашей работы. На основании проведенного анализа мы пришли к ряду выводов, представленных ниже.

Нарушения мочеиспускания представляют собой патологическое состояние, которое, хотя и не несет прямой угрозы жизни пациента, имеет значительную социальную важность. Такие расстройства приводят к различной степени ограничения как физической, так и психической активности человека, что в свою очередь затрудняет его адаптацию в обществе и полноценное участие в социальной жизни.

Лечение энуреза проводится комплексно участием таких специалистов как невролог, уролог, врач функциональной диагностики, психолог, психотерапевт или психиатр и других.

Лечение энуреза является актуальной клинической и социальной проблемой, требующей для ее решения комплексного, междисциплинарного

подхода. Негативное влияние на прогрессирование энуреза оказывают патологические психологических факторы, стрессы, негативная психологическая обстановка. Достичь положительного восстановительного эффекта удастся только при высокой вовлеченности в лечение подростка, страдающего энурезом и его близких, соблюдении рекомендаций лечащего врача, соблюдении режима здорового образа жизни и плана лечения.

Независимо от этиологии и патогенеза заболевание в определенной мере изменяет обычный образ жизни семьи, искажает социальную ситуацию развития ребенка, вызывает появление у него большого числа разнообразных психолого-педагогических трудностей.

В связи с вышеизложенным, психолог является незаменимым специалистом в работе с ребенком, страдающим энурезом, решая следующие задачи: помощь в улучшении качества жизни пациента, укрепление психологических ресурсов и адаптационных способностей личности, сбалансированное развитие психики, забота о здоровье, предупреждение нарушений и психологическое восстановление.

На основе чего были отобраны следующие диагностические методики:

- Методика "Личностная агрессивность и конфликтность" направлена на определение предрасположенности к проявлению конфликтности и агрессивности в качестве устойчивых черт личности (Авторы: Е. П. Ильин, П.А. Ковалев (2004));
- Опросник враждебности Басса-Дарки, BDHI (Авторы: Арнольд Басс, Энн Дарки (1957);
- Шкала личностной тревожности учащихся позволяет выявить беспокойство, обусловленное учебными обстоятельствами, взаимодействием с окружением, самовосприятием, а также иррациональными опасениями. Адаптация: А.К. Осницкий (1998); А.А. Хван и др. (2005);
- Методика Модифицированный ПДО (МПДО) – это очень упрощенный (модифицированный) вариант Патохарактерологического

диагностического опросника (ПДО), разработанного А.Е. Личко. Методика применяется для определения типов акцентуации характера учащихся возраста 14-18 лет;

– Оригинальный тест Сонди (Автор: Леопольд Сонди (1935).

В проведенном исследовании приняли участие 34 респондента, подростки в возрасте от 14 до 17 лет, страдающие недержанием мочи (энурезом).

В результате проведенного исследования личности подростков, страдающих энурезом было установлено, что исследуемые имеют низкий и средний уровень агрессивности; уровень враждебности определен как повышенный, в то же время превышение возникает по частным показателям индекса агрессивности, таким как чувство вины, негативизм, обидчивость или подозрительность; имеют низкий или нормальный уровень тревожности; большинство имеют демонстративный тип акцентуации характера, в тоже время в группе присутствуют другие типы акцентуации характера. Циклоидного типа акцентуации нет ни одного человека из 34 респондентов.

По результатам прохождения респондентами теста Сонди значительный показатель по Индивидуально-личностной интерпретации /Конституциональному типу более 67 % опрошенных, то есть более половины имеют черты инфантилизма, которые проявляются в теплых эмоциональных реакциях; эмоциональной незрелости, неустойчивости и эмпатическим типом поведения. По характеру значительная часть опрошенных склонна к сентиментальности, чрезмерной эмоциональности, впечатлительности. Обладая повышенной чувствительностью к окружающей среде, они склонны к зависимости и испытывают трудности с принятием самостоятельных решений. Зачастую они избегают ответственности, предпочитая, чтобы другие определяли их курс действий.

Эти подростки легко поддаются влиянию извне, демонстрируя недостаток уверенности в собственных силах. Нередко они стремятся уйти от

необходимости брать на себя ответственность, делегируя ее или перекладывая бремя выбора на плечи окружающих.

Их настроение во многом зависит от отношения окружающих; это ранимые, впечатлительные личности с эстетической направленностью. Многие респонденты испытывают потребность в понимании, сочувствии и глубокой привязанности, что может вызывать фрустрацию из-за сложности реализации этих потребностей. Общая картина результатов тестирования подростков, страдающих энурезом, говорит о «тонкой коже» к окружающему миру, инфантильности.

Исходя из этого, психотерапевтические вмешательства при энурезе должны быть в первую очередь сосредоточены на улучшении психоэмоционального состояния ребенка и снижении его невротических симптомов

Таким образом, поставленная цель настоящего исследования, направленного на изучение личности подростков с энурезом, была успешно выполнена.

Гипотеза исследования, заключающаяся в том, что подросток, страдающий энурезом, обидчивый, подозрительный, ранимый, тонко чувствующий, несамостоятельный, инфантильный, склонный перекладывать ответственность на других доказана.

Список используемой литературы

1. Агрессия наших детей / Генри Паренс; Перевод с англ. Л.Г. Герциг, А.В. Решетникова. - Москва: Изд. дом «Форум»: ИНФРА-М, 1997. 152,[2] с.: ил.; 20 см. (Детская психология).
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. 320 с.
3. Бельтюкова А.В. Понятие обидчивости: природа возникновения, особенности проявления. Вестник Удмуртского университета, 262, 2019, Т29.
4. Гроголева О.Ю. Психология мотивации Омск: Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2015, 126 с.
5. Джеральд Остер, Патриция Гоулд. Рисунок в психотерапии. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». Москва, 2018, 184 с.
6. Диас Кэмерон, Барк Сандра, Книга о теле (The Body Book), Издательство Синдбад, 2019. 304 с.
7. Захаров А.И. Происхождение и психотерапия детских неврозов. Санкт-Петербург: изд-во КАРО, 2006, с. 671
8. Конституциональные и психологические параллели при расстройствах мочеиспускания в паре «мать и дитя» Отпущенникова Т.В., Горемыкин И.В., Дерюгина Л.А. Лечащий врач. 2015 № 1. С. 56.
9. Куропаткина Н.А. Основы клинической психологии детей и подростков. Волгоград: ВГАФК, 2017. 100 с. Текст: электронный// Лань: электронно-библиотечная система. URL: <https://e.lanbook.com/book/158133> (дата обращения: 26.10.2023).
10. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков Консультативная психология и психотерапия. 2015. № (84). С. 70-83.

11. Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога, Эксмо; Москва; 2006 г. 68 с.
12. Мельник Е.В. Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика. Челябинск: Активист, 2016. 123 с.
13. Метод биологической обратной связи в педиатрической практике: Руководство для врачей/под редакцией В.В. Длина, Н.Б. Гусевой, А.Б. Моисеева, С.Л. Морозова. М.: «Оверлей», 2023 г. 189 с.
14. Миелодисплазия у детей (организация и оказание специализированной медицинской помощи): Руководство для врачей. / Под ред. Розина В.М. М.: «Предание», 2017, 220 с.
15. Минеева Е.И. Мама, я тебе доверяю: как найти общий язык с ребенком, Ростов-на-Дону, Издательство Феникс, 2024, 151 с.
16. Нагаев В.В. Основы клинической психологии: учебное пособие для студентов вузов. Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2022. 463 с. ISBN 978-5-238-01156-1. Текст: электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART: [сайт]. URL: <https://www.iprbookshop.ru/81520.html> (дата обращения: 24.03.2023).
17. Немых Л.С., Куташов В.А., Ульянова О.В., Хабарова Т.Ю. Эмоциональные и поведенческие расстройства детского возраста: системные неврозы заикание энурез энкопрез / Воронеж, 2017, 224 с.
18. Ожогова Е.Г. Психология здоровья ребенка: практикум. Омск: Издательство ОмГПУ, 2017. 168 с.
19. Основы психосоматической медицины, разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов/ Под ред. У.В. Лебедевой, Н.Г. Незнанова, Л.И. Вассермана. СПб: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2008.
20. Официальный сайт Федерального Государственного Бюджетного Научного Учреждения Научный Центр Психического Здоровья ФГБНУ НЦПЗ ФГБНУ НЦПЗ. «Классификация психических расстройств по МКБ-10» (ncpz.ru).

21. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. СПб.: Речь, 2002. 694 с.: ил.
22. Проективные методы в психологии (тест Сонди / Метод портретных выборов): методические указания. Оренбургский гос. ун-т. Оренбург: ОГУ, 2018, 52 с.
23. Психологические тесты / под ред. А.А. Карелина: В 2 т. П86 М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2003. Т.2. 248 с.
24. Психологический журнал. Рисуночный тест «Кактус» Раздел: Тесты Дата публикации: 4-03-2017, 20:11 <https://psychojournal.ru/tests/1192-risunochnyy-test-kaktus.html>
25. Реабилитация последствий поражений центральной нервной системы у детей дошкольного возраста: учебное пособие / Т.С. Кривоногова, Н.А. Рыжакова, Е.В. Михалёв [и др.]; под редакцией Т.С. Кривоноговой, Н.А. Рыжаковой. – Томск: СибГМУ, 2014. 124 с. – ISBN 978-5-98591-090-2. – Текст: электронный// Лань: электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/105944> (дата обращения: 26.10.2023).
26. Ситуация развода как фактор возрастания уровня тревожности ребенка Алецкая И.А. В сборнике: Психологическая студия. Сборник статей студентов, магистрантов и преподавателей кафедры психологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова». Под редакцией С.Л. Богомаза, В.П. Волчок. Витебск, 2010. С. 6-8.
27. Солодовников Ю.Л., Гигиена и экология человека. М.: Издательство «Лань», 2021, 468 с.
28. Старшенбаум Г.В. Детская психосоматика. Подробное руководство по диагностике и терапии ООО «Издательство АСТ», 2022.
29. Сухонина Н.С., Ушакова В.Р. Психолого-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья методами арт-терапии / Саратов: Вузовское образование, 2020. 127 с. ISBN 978-5-4487-0596-0. Текст: электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART: [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/87588.html> (дата обращения: 23.03.2023).

30. Терапия гнева, тревоги и депрессии у детей и подростков. Когнитивно-бихевиоральный подход / Джерри Уайлд; пер. с англ. В.М. Астапова, Ю.М. Кузнецовой; под науч. ред. В.М. Астапова. М.: МПСУ; Воронеж: МОДЭК, 2013. 192 с.
31. Тур Екатерина Психосоматика. Тело говорит. Как научиться слушать свое тело и подобрать ключ к его исцелению ООО «Издательство «Эксмо», 2023.
32. Фесенко Ю.А. Возрастная физиология и психофизиология: энурез и энкопрез у детей. Москва, Юрайт 2019.
33. Фрейд З. Я и Оно. М.: Эксмо, 2014. 864 с. (Золотая библиотека мудрости).
34. Храмцов В.В. «Психотерапия энуреза у детей» Профессиональная психотерапевтическая газета. Выпуск 6 (июнь 2017) <https://oppl.ru/2017-vyipusk-6/hramtsov-vv-psihoterapiya-enureza-u-detey.html>
35. Чуднявцев .Е. Непослушное солнце, или как понять, что в голове у подростка. Ростов н/Д: Феникс, 2022, 218 с.: ил.
36. A Prospective Study to Explore the Association Between Psychogenic Causes and Nocturnal Enuresis in Paediatric Age Group, Using Perceived Stress Scale – Children June 2023 International Journal of Science and Healthcare Research 8(2):485-490 DOI:10.52403/ijshr.20230263
37. Ferrara P., Amodeo M.E., Sbordone A., Ianniello F., Verrotti A., Petitti T., Ruggiero A., The impact of motivational therapy in the management of enuretic children, <<TURKISH JOURNAL OF UROLOGY>>, 2018; 44 (4): 346-350. [doi:10.5152/tud.2018.50329] [<http://hdl.handle.net/10807/123499>]
38. Franz Alexander Psychosomatic Medicine It's Principles And Applications Перевод с английского С. Могилевского Серийное оформление художника Д. Сазонова Серия основана в 2001 году Александер Ф. А 46 Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. (Серия «Психология без границ»).

39. The Prevalence of Enuresis and Its Association with Psychological Factors in Zahedan, a City of Iran April 2016 Global Journal of Health Science 8(12):8 DOI:10.5539/gjhs.v8n12p8 License.
40. Rao S.S.C., Benninga M.A., Bharucha A.E., et al. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for ano rectal disorders. Neurogastroenterol Motil 2015; 27: 594–609.

Приложение А

Результаты анализа по Методике Личностная конфликтность и агрессивность (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев)

Таблица А.1 - Результаты тестирования респондентов с использованием
Методики Личностная агрессивность и конфликтность.

Мах балл ов	20	20	40	10	10	10	10	10	10	10	10
№	позитивная агрессивность	негативная агрессивность	конфликтность	вспыльчивость	напористость	обидчивость	неуступчивость	бескомпромиссность	мстительность	нетерпимость к мнению других	подозрительность
1	6	5	20	8	2	4	4	3	3	2	5
2	7	5	20	6	2	8	5	2	5	0	4
3	15	14	29	9	7	6	8	9	8	6	5
4	9	12	24	4	5	6	4	6	7	5	8
5	7	6	18	5	3	4	4	5	3	3	4
6	5	4	18	5	4	3	1	2	2	2	8
7	12	6	27	10	6	8	6	8	3	3	9
8	14	9	22	7	7	6	7	3	4	5	6
9	14	12	21	4	7	7	7	4	7	5	6
10	4	4	7	2	2	2	2	3	1	3	2
11	8	7	10	1	2	3	6	2	2	5	4
12	12	14	25	5	4	8	8	2	5	9	10
13	6	7	22	9	1	3	5	1	5	2	9
14	7	13	27	6	2	7	5	4	5	8	10
15	7	5	16	5	3	7	4	0	3	2	4
16	4	8	13	3	2	3	2	3	3	5	4
17	6	4	12	3	2	3	4	1	4	0	5
18	11	10	15	4	6	4	5	2	7	3	5
19	8	5	14	2	3	5	5	0	3	2	7
20	11	15	20	5	6	3	5	7	9	6	5
21	6	8	8	5	1	2	5	1	3	5	0

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

Мах балл ов	20	20	40	10	10	10	10	10	10	10	10
№	позитивная агрессивность	негативная агрессивность	конфликтность	вспыльчивость	напористость	обидчивость	неуступчивость	бескомпромисность	мстительность	нетерпимость к мнению других	подозрительность
22	7	4	15	5	2	4	5	1	3	1	5
23	1	2	10	2	1	1	0	1	1	1	6
24	12	6	24	10	5	5	7	2	2	4	7
25	11	4	10	3	5	2	6	1	3	1	4
26	8	6	18	5	4	4	4	3	3	3	6
27	13	12	20	5	5	6	8	4	6	6	5
28	5	3	9	2	2	3	3	0	3	0	4
29	7	9	7	4	4	1	3	0	3	6	2
30	9	9	19	5	4	5	5	0	6	3	9
31	7	5	11	0	3	2	4	3	3	2	6
32	6	1	9	3	2	3	4	1	1	0	2
33	5	2	9	4	2	2	3	1	1	1	2
34	3	6	23	8	2	7	1	1	4	2	7
Сред негр уппо вое знач ение	8,03	7,11	16,82	4,82	3,47	4,32	4,55	2,53	3,85	3,27	5,44
Уров ень	сред ний	низ кий	низк ий	сред ний	низ кий	сред ний	сред ний	низ кий	низк ий	низки й	сред ний

Приложение Б

Результаты исследования уровня агрессии по Опроснику враждебности

Басса-Дарки

Таблица Б 1 - Результаты тестирования респондентов с использованием
Опросника враждебности Басса-Дарки.

Максимум 10 баллов по каждой шкале

№	Индекс агрессии	Индекс враждебности	физическая агрессия	косвенная агрессия	раздражение	вербальная агрессия	обида	подозрительность	негативизм	чувство вины
1	5	6	3	7	5	5	6	6	5	8
2	5	4	5	5	6	5	6	2	3	6
3	7	8	6	9	8	9	9	7	7	2
4	6	5	6	2	8	4	3	6	5	4
5	4	4	7	4	4	3	3	5	2	5
6	3	6	2	5	4	5	6	7	2	6
7	6	5	4	8	9	5	3	6	7	4
8	4	6	2	6	4	5	6	6	9	7
9	6	4	7	10	6	7	3	5	5	3
10	2	3	2	4	2	3	5	2	3	5
11	3	3	3	2	2	4	3	2	3	4
12	6	9	2	10	8	7	9	9	7	6
13	5	9	3	5	9	4	10	8	7	9
14	4	8	4	8	6	2	8	8	3	7
15	3	6	1	6	4	5	6	6	7	6
16	3	4	3	5	4	2	6	3	5	4
17	3	4	2	5	4	3	2	5	5	7
18	6	8	4	8	6	7	8	8	5	5
19	4	9	6	4	4	3	8	9	7	9
20	7	7	7	7	9	7	8	7	9	7
21	5	2	4	4	5	5	2	2	2	7
22	4	4	3	5	5	5	5	3	9	7
23	2	8	1	4	4	1	9	8	3	6
24	3	5	2	8	5	4	5	5	7	8
25	4	2	2	5	4	7	2	2	5	4
26	6	7	7	6	7	5	6	8	9	7
27	6	7	4	10	8	6	8	6	9	7

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

Максимум 10 баллов по каждой шкале

№	Индекс агрессии	Индекс враждебности	физическая агрессия	косвенная агрессия	раздражение	вербальная агрессия	обида	подозрительность	негативизм	чувство вины
28	4	2	2	5	4	7	2	2	5	4
29	4	5	2	9	6	5	5	5	3	8
30	3	7	2	6	4	5	6	8	9	4
31	4	3	7	4	3	3	2	4	7	2
32	2	4	2	4	4	2	3	4	5	7
33	4	2	4	4	4	4	2	2	2	5
34	5	5	5	8	7	3	6	5	3	8
Средне групповое значение	4,35	5,32	3,70	5,94	5,35	4,61	5,32	5,32	5,41	5,82
Уровень	средний	повышенный	средний	повышенный	повышенный	средний	повышенный	повышенный	повышенный	повышенный

Приложение В

Результаты исследования уровня тревожности по Шкале личностной тревожности учащихся

Таблица В.1 - Результаты тестирования респондентов с использованием
Шкалы личностной тревожности.

Мах баллов 10 по каждой шкале

№	общая	школьная	самооценочная	межличностная	магическая
1	2	2	3	2	3
2	4	4	4	4	2
3	3	2	3	7	1
4	2	5	3	2	1
5	2	1	1	1	4
6	2	1	3	2	4
7	3	3	3	3	3
8	2	1	4	2	2
9	3	5	4	4	1
10	3	4	4	3	2
11	3	3	5	3	1
12	4	2	1	7	6
13	5	5	5	6	2
14	2	2	1	1	5
15	6	5	7	4	4
16	4	3	4	1	9
17	3	2	3	4	2
18	5	4	4	5	5
19	2	4	1	3	1
20	2	4	1	3	3
21	4	3	6	4	2
22	3	4	3	6	1
23	1	3	3	2	1
24	1	1	3	4	1
25	4	8	5	4	1
26	1	1	1	1	2
27	5	4	6	2	5
28	3	8	3	4	1
29	4	2	3	4	7
30	2	1	1	5	1
31	1	1	1	2	1
32	5	7	7	3	1
33	1	1	2	1	1

Продолжение Приложения В

Продолжение таблицы В.1

Мах баллов 10 по каждой шкале

№	общая	школьная	самооценочная	межличностная	магическая
34	4	7	4	3	1
Итого средние значения					
	2,93	3,32	3,3	3,3	2,56
Уровень	низкий	нормальный	нормальный	нормальный	низкий

Приложение Г

Результаты выявления типов акцентуации характера учащихся 14-18

лет по Методике ПДО (МПДО) А.Е. Личко

Таблица Г.1 - Результаты тестирования респондентов с использованием
Модифицированного ПДО / МПДО

Итого человек по данному типу акцентуации		2 чел	0 чел	2 чел	1 чел.	1 чел	1 чел.	6 чел	1 чел	8 чел.	1 чел
Полученный в результате тестирования тип акцентуации (ниже)	№ респондента	гипертимный	циклоидный	лабильный	астено-невротический	сенситивный	тревно- педантический	интровертированный	возбудимый	демонстративный	неустойчивый
демонстративный тип	1	7	5	9	7	8	9	7	5	11	4
интровертированный тип	2	10	4	8	7	6	4	10	8	7	5
демонстративный тип	3	5	5	9	7	6	5	7	5	11	4
интровертированный тип	4	9	4	8	7	6	4	10	7	8	5
демонстративный тип	5	5	5	7	8	6	4	9	7	11	7
лабильный тип	6	8	6	9	3	6	7	2	8	7	4
интровертированный тип	7	10	4	8	7	6	4	10	8	7	5
астено- невротический + тревожно- педантический	8	11	10	11	12	7	12	7	8	8	7
гипертимный тип	9	13	6	11	3	8	3	10	7	7	10
интровертированный тип	10	8	4	5	5	6	4	10	7	8	5
демонстративный тип	11	7	5	5	7	8	4	7	4	11	4
интровертированный тип	12	10	10	9	7	8	8	13	8	8	5

Продолжение Приложения Г

Продолжение таблицы Г.1

Итого человек по данному типу акцентуации		2 чел	0 чел	2 чел	1 чел.	1 чел	1 чел.	6 чел	1 чел	8 чел.	1 чел
Полученный в результате тестирования тип акцентуации (ниже)	№ респондента	гипертимный	циклоидный	лабильный	астено-невротический	сенситивный	тревожно-педантический	интровертированный	возбудимый	демонстративный	неустойчивый
интровертированный + возбудимый тип	13	7	10	8	10	9	10	11	10	2	8
демонстративный тип	14	4	6	5	5	6	7	9	4	10	5
демонстративный тип	15	4	10	11	10	10	11	8	10	12	5
демонстративный тип	16	7	5	9	7	8	9	7	5	11	4
акцентуации не выявлены	17	8	9	5	6	11	10	7	5	8	3
лабильный + демонстративный	18	9	7	10	6	7	9	8	8	11	8
демонстративный тип	19	11	10	6	8	7	12	9	7	12	5
возбудимый тип	20	8	6	6	8	6	6	6	10	6	9
гипертимный - демонстративный тип	21	12	4	5	4	7	5	5	5	12	4
сенситивный + тревожно-педантический тип	22	7	7	6	8	11	9	9	6	4	6
гипертимный + демонстративный	23	10	5	4	5	7	5	4	6	10	6
лабильный тип	24	8	6	9	3	6	7	2	8	7	4
гипертимный+демонстративный тип	25	10	6	7	4	3	8	7	5	9	7
неустойчивый тип	26	9	7	8	7	2	7	5	8	8	11
интровертированный +демонстративный	27	10	10	10	11	9	10	12	8	11	9
акцентуации не выявлены	28	9	5	5	4	4	6	8	7	7	3

Продолжение Приложения Г

Продолжение таблицы Г.1

Итого человек по данному типу акцентуации		2 чел	0 чел	2 чел	1 чел.	1 чел	1 чел.	6 чел	1 чел	8 чел.	1 чел
Полученный в результате тестирования тип акцентуации (ниже)	№ респондента	гипертимный	циклоидный	лабильный	астено-невротический	сенситивный	тревно-педантический	интровертированный	возбудимый	демонстративный	неустойчивый
тревно-педантический тип акцентуации не выявлены	29	7	6	10	8	8	12	7	8	7	5
гипертимный тип	30	8	11	7	8	11	7	12	6	8	8
интровертированный тип	31	11	5	5	2	1	3	8	3	7	6
сенситивный тип	32	10	10	9	7	8	4	13	5	7	5
лабильный + сенситивный	33	6	4	7	4	10	6	3	5	6	9
	34	6	9	9	3	9	8	6	6	8	8

Продолжение строки «Итого человек по данному типу акцентуации»

гипертимный+демонстративный тип	3 чел
лабильный + демонстративный	1 чел.
лабильный + сенситивный	1 чел.
астено-невротический + тревожно-педантический	1 чел.
сенситивный + тревожно-педантический тип	1 чел.
интровертированный + возбудимый тип	1 чел.
интровертированный+демонстративный	1 чел.

Приложение Д

Рисунки подростков, страдающих энурезом



Рисунок Д.1. Кактус и несуществующее животное, нарисованные девочкой 14 лет, страдающей энурезом.



Рисунок Д.2. Кактус и несуществующее животное, нарисованные девушкой 17 лет, страдающей энурезом.



Рисунок Д.3. Кактус и несуществующее животное, нарисованные молодым человеком 15 лет, страдающим энурезом.



Рисунок Д.4. Кактус и несуществующее животное, нарисованные молодым человеком 15 лет, страдающим энурезом.



Рисунок Д.5. Кактус и несуществующее животное, нарисованные девушкой 17 лет, страдающей энурезом.



Рисунок Д.6. Кактус и несуществующее животное, нарисованные девушкой 17 лет, страдающей энурезом.

Приложение Е

Компоненты и рекомендации по формированию здорового образа жизни у подростков

Чтобы сформировать здоровый образ жизни подростку необходимо победить в двух направленностях. Первая – создать личную программу ЗОЖ. Вторая – соблюдать программу. Побороть лень, пассивность, дискомфорт, низкую физическую активность, вредные привычки такие как – потребление алкоголя, курение, напряженные семейные отношения, низкую медицинскую активность и другие. Прийти к занятию любимым делом, занятию спортом, благополучию и гармонии в душе и с окружением. Для этого необходимо найти мотивы для здорового образа жизни. Такими мотивами могут быть желание быть привлекательным, чтобы соответствовать принятым в обществе физическим стандартам красоты, улучшить самочувствие, не тратить деньги на вредные привычки, высыпаться, соблюдать режим дня чтобы чувствовать себя отлично. Практика подтверждает, что внедрение и следование принципам здорового образа жизни (ЗОЖ) поначалу ощущается как принуждение, как борьба с собственными привычками. Однако со временем ЗОЖ интегрируется в повседневность, превращаясь в органичную часть жизни. Первоначальные усилия больше не требуются, действия выполняются на автомате и приносят удовлетворение. «Кто хочет, тот ищет возможности, кто не хочет — ищет причины» — цитата древнегреческого философа Сократа.

Таблица Е 1. Компоненты и рекомендации по формированию здорового образа жизни «7 нот ЗОЖ».

Компоненты ЗОЖ	Рекомендации по ЗОЖ
Режим дня	Учет возрастных и гендерных особенностей при распределении нагрузки; регламентированные паузы

		для отдыха, адаптированные к возрасту, состоянию здоровья и роду занятий. Режим дня: прием пищи в одно и то же время; длительность сна не менее 7-8 часов, нахождение на свежем воздухе не меньше 40 минут.
Спорт и физическая культура		Регулярные физические упражнения: фитнес или спортивный зал, по времени года на свежем воздухе (прогулки, езда на велосипеде или лыжные прогулки, плавание)
Рациональное питание		Сбалансированная еда по качеству и количеству в соответствии с полом, возрастом и физическими нагрузкам; по белкам, жирам и углеводам, микроэлементам и витаминам. Соблюдение режима питания (по времени)
Отказ от вредных привычек		Алкоголь и курение, еда на ночь, жевание жевательной резинки натошак, злоупотребление солеными и копчеными продуктами и др.
Профилактика и личная гигиена		Уход за волосами, ногтями, кожей, полостью рта, одеждой, обувью, рациональный распорядок дня.
Профилактика стресса		Аутотренинг, занятие хобби, путешествия, владение практическими приемами по снятию стресса и др. Профилактика стресса на работе. Обращение к психологу.
Медицинская вовлеченность в поддержание здоровья		Раннее выявление заболеваний (своевременное обращение за медицинской помощью при подозрении на заболевание); ежегодная диспансеризация; профилактические осмотры; выполнение лечебных рекомендаций

Приложение Ж

Рекомендации по питьевому режиму детей и подростков, страдающих энурезом. Формирование поведенческой терапии

1. Приготовление пищи и режим питания: блюда готовят отварными, запеченными, пища солится нормально. Пища должна быть теплая. Режим питания: не реже 4 раз в сутки, лучше 5-6 раз.
2. Дробное и достаточное потребление жидкости – для этого необходимо рассчитать объем жидкости по возрасту и весу (норма 50 мл на кг веса в сутки). При весе человека 41 кг и выше – 2 л в сутки. Разделить на приемы по 6-8 раз (через 2 часа);
3. Организовать режим питья и мочеиспусканий, начиная с пробуждения первый «стакан воды» натощак и первое мочеиспускание. Регулярный прием жидкости и мочеиспускание каждые 2 часа. Заключительный прием жидкости для детей и подростков, страдающих энурезом должен быть максимум за 3 часа до сна.
4. Перед сном с интервалом в 30 мин осуществить 2 принудительных мочеиспускания.