

ПСИХОГЕННАЯ ДИЗУРИЯ

© В.В. Шишков, П.А. Кокурenkova, А.Б. Ильичёв, С.В. Гречаный, В.В. Поздняк, Ю.В. Хуторянская
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Санкт-Петербург

Для цитирования: Шишков В.В., Кокурenkova П.А., Ильичёв А.Б., Гречаный С.В., Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В. Психогенная дизурия // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – № 5. – С. 73–79. <https://doi.org/10.17816/PED11573-79>

Поступила: 10.09.2020

Одобрена: 05.10.2020

Принята к печати: 23.10.2020

Причины возникновения дизурии могут быть разные, причем случаи психогенной дизурии не считают казуистикой в общей медицинской практике. Такие пациенты предъявляют жалобы на учащения позывов на мочеиспускание (поллакиурию), недержание мочи (энурез), задержку мочи или потерю ощущения позывов на мочеиспускание. Как правило, впервые такие пациенты обращаются к педиатру (терапевту), затем к урологу, который после всестороннего обследования исключает какое-либо органическое нарушение мочеполовой системы. Психогенная дизурия может отмечаться в структуре общих неврозов, быть соматоформным расстройством или невротическим (как правило, конверсионным) моносимптомом. Истерические (конверсионные) расстройства по определению являются не симулятивными, а манипулятивными — либо как способ привлечения внимания к своей персоне, либо как своеобразный неосознанный выход из безвыходной — с точки зрения пациента — ситуации, как и было в описываемом случае. По этим же причинам лечение пациентов с истерией остается одной из наиболее трудных проблем, требующих привлечения профильного специалиста — врача-психотерапевта. Интегративная психотерапия (рациональная, поведенческая и суггестивная) здесь достаточно эффективна, однако для достижения хорошего эффекта обычно требуется длительное лечение. Приведенный клинический пример представляет научный и практический интерес, так как полный эффект был достигнут после первой консультации и одного сеанса гипносуггестивной терапии.

Ключевые слова: психогенная дизурия; энурез; соматоформное расстройство; конверсионное расстройство; психогенная задержка мочеиспускания; невроз.

PSYCHOGENIC DYSURIA

© V.V. Shishkov, P.A. Kokurenkova, A.B. Ilyichev, S.V. Grechaniy, V.V. Pozdnyak, Yu.V. Khutoryanskaya
St. Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Saint Petersburg, Russia

For citation: Shishkov VV, Kokurenkova PA, Ilyichev AB, Grechaniy SV, Pozdnyak VV, Khutoryanskaya YuV. Psychogenic dysuria. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2020;11(5):73-79. <https://doi.org/10.17816/PED11573-79>

Received: 10.09.2020

Revised: 05.10.2020

Accepted: 23.10.2020

The causes of dysuria can be different, moreover, cases of psychogenic dysuria are not casuistry in general medical practice. Such patients complain of increased urination (pollakiuria), urinary incontinence (enuresis), urinary retention, or loss of urination. As a rule, for the first time, such patients turn to a pediatrician (therapist), then to a urologist who, after a comprehensive examination, excludes any organic violation of the genitourinary system. Psychogenic dysuria can be noted in the structure of general neurosis, be a somatoform disorder, or be a neurotic (usually conversion) monosymptom. Hysterical (conversion) disorders, by definition, are not simulative, but manipulative, representing either a way to draw attention to your person, which is typical for females, or being a kind of unconscious way out of a hopeless — from the patient's point of view — situation, as it was in this case. For the same reasons, the treatment of patients with hysteria remains one of the most difficult problems, requiring the involvement of a specialized specialist — a psychotherapist or psychiatrist. Integrative psychotherapy (rational, behavioral and suggestive) is quite effective here, however, long-term treatment is usually required to achieve a good effect. Which consists of consultation with confrontational and paradoxical techniques, and the way out of such a confrontation is usually the same behavioral therapy and 5–10 sessions of hypnotherapy. The given clinical example is of scientific and practical interest, since the full effect was achieved after the first consultation and one session of hypnotic suggestive therapy.

Keywords: psychogenic dysuria; enuresis; somatoform disorder; conversion disorder; psychogenic urinary retention; neurosis.

ВВЕДЕНИЕ

Традиционно, говоря о психогенных расстройствах мочеиспускания, подразумевают дневное и/или ночное недержание мочи невротического

генеза и невротическое увеличение частоты мочеиспусканий — поллакиурию. Однако правильнее будет рассматривать более широкий комплекс невротических нарушений: невротические дизурии

[энурез, поллакиурия, невротическая задержка мочеиспускания и «мочевое заикание» (прерывистая струя), невротическая полиурия, невротическая никтурия] [8, 13].

В ряде случаев данные расстройства отмечают в структуре общих неврозов (истерического, обсессивно-фобического или неврастенического) — синдром невротической дизурии. Неврастеники с расстройствами функции почек и мочевого пузыря часто не придают серьезного значения физическим потребностям и праву на их удовлетворение, поскольку на то, чтобы сходить в туалет, у них просто нет времени, так как у них на первом месте — работа. Потребление жидкости сознательно ограничивается, чтобы не было необходимости часто отлучаться. Из-за своей брезгливости и вызванным ей нежеланием посещать общественные туалеты у психастеников моча длительно удерживается; это же бывает обусловлено нежеланием показать окружающим слабость своего мочевого пузыря (сенситивность) или даже опасением доставить неудобство другим, часто занимая туалет (самоосуждение). В профессиональной сфере эти пациенты обычно очень активны, хотят «чего-то» добиться, иметь успех. В сфере межличностных отношений они, наоборот, очень сдержанные, скованные и неуверенные. Преобладает лабильный аффект, преимущественно тревожное настроение с опасениями неудачи и склонностью к депрессиям. Родители таких пациентов обычно очень высоко ценили чистоплотность и достижения. Ребенок очень быстро осваивал навыки контроля за своими физиологическими отправлениями, подчиняя их принципу достижения [9, 10]. В детстве у таких детей был повышен уровень тревоги, выявлялись генерализованное тревожное расстройство, фобическое тревожное расстройство, тревожное расстройство, связанное с разлукой, или социальное фобическое расстройство [11].

В других случаях психогенные расстройства мочеиспускания выступают в качестве самостоятельного расстройства, становясь невротическим моносимптомом, системным [4] или органическим неврозом [15]. В последнем случае это расстройство можно классифицировать как соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы (F45.34) или как другое диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44.8). Допустимо и сочетание у одного и того же пациента соматоформной вегетативной дисфункции и другого невротического расстройства [3], что и отмечалось в нашем клиническом примере. Собственно энурез рекомендовано классифицировать как недержание мочи неорганической природы (F98.0), но с обязательной

подробной расшифровкой диагноза в плане его формы и генеза [5, 13].

Известно, что на функцию мочеотделения большое влияние оказывают психические факторы. В частности, на фоне выраженных эмоциональных потрясений, при сильном страхе, нередко отмечается непроизвольное мочеиспускание. Поскольку мочеиспускание — основная функция мочевого пузыря, то единственно возможной, адекватной для него реакцией на значимые психические стимулы будут различные формы и степени нарушения диуреза (аналогично одышке при гипервентиляционном синдроме или кардиалгии и аритмии при нейроциркуляторной дистонии по кардиальному типу в структуре аффективных расстройств). Хроническое психоэмоциональное напряжение, дистресс или одномоментный сильный аффект приводят к повышенной возбудимости мышц мочевого пузыря или, наоборот, к его атонии, а следовательно, к усиленному/частому диурезу или спастической задержке мочи [9, 10].

Известно, что «очень частая или почти постоянная эмоция, как это бывает в некоторых случаях тоски или навязчивых идей» обуславливает, соответственно, все более частые и стойкие висцеральные нарушения, принимающие хроническое течение [10]. Постоянная озабоченность, «навязчивость», связанная с каким-либо органом, «вызывает в этом органе те же явления, которые шоковая эмоция может произвести непосредственно и быстро» [10]. Основоположник рациональной психотерапии Пьер Дюбуа, говоря о психогенных расстройствах мочеиспускания, отмечал: «Ничто так не вызывает позыва к мочеиспусканию, как вечная мысль о нем» [2]. Охваченные страхами и сомнениями по поводу своего мочеиспускания больные с более или менее выраженными аффективными расстройствами могут испытывать неодолимые и частые позывы к нему лишь «вследствие излишней заботы и малейшего волнения» [9, 10].

О степени аффективной напряженности пациента свидетельствует обычно сопутствующий «настойчивой потребности мочиться» ряд неприятных ощущений и симптомов вегето-сосудистого генеза (что и позволяет нам [13, 14] все же настаивать на отнесении данных расстройств преимущественно к группе соматоформных вегетативных дисфункций), таких как: озноб, похолодание кистей и стоп или ощущение жара в лице, гиперемия или, наоборот, бледность кожных покровов и, главное, чувство страха. Тревога и страх больных за свое состояние становятся в свою очередь объектом ипохондрической фиксации.

Невротическая поллакиурия проявляется резким учащением мочеиспускания после психической травмы, волнений, при мысли о чем-то неприятном. Встречается чаще всего у лиц женского пола, возможно, вследствие большей эмоциональности, впечатлительности, демонстративности и других свойств характера, типичных для женщин. Иногда все та же демонстративность становится причиной того, что появившаяся в структуре обсессивно-фобического или неврастенического невроза поллакиурия у девочек закрепляется и поддерживается в рамках манипулятивного реагирования. Нередко также невротическая поллакиурия закрепляется по типу условного рефлекса [13].

Невротическая никтурия — перемещение выделения основного количества мочи с дневного времени на ночное. Невротическая полиурия — одно из наименее изученных редких невротических расстройств мочеиспускания.

Задержка мочеиспускания и мочеоводное заикание (прерывистая струя) отмечаются в общественных туалетах, то есть в присутствии посторонних, у мужчин. Расстройство начинается в детстве и связано с особенностями воспитания и психастенической структурой личности. С психодинамических позиций у мужчин, страдающих этим расстройством, отмечаются проблемы в конкуренции с другими мужчинами (известно, что маленькие мальчики соревнуются, кто дальше пописает [8], а более старшие «меряются пенисами»). Возможно, что ряд таких пациентов воспитывался по типу повышенной моральной ответственности в строгих пуританских семьях, вследствие чего обычный процесс мочеиспускания у них переживался противоречиво, как бессознательно связанный со «стыдными» половыми органами [8–10].

Существует и уретральная ипохондрия — неприятные и тягостные ощущения у больных в области уретры и половых органов. Она может отмечаться и в структуре соматизированной депрессии, когда пациент жалуется на болезненные ощущения и в других органах: «сердце ноет», «не хватает воздуха», «в животе — спазмы», «голову давит», «кости ломит». Сама степень ипохондрической фиксации таких пациентов отражает аффективную вовлеченность в тревогу и страхи по поводу собственной неполноценности, от которой зависит якобы вся их жизнь, все их дальнейшее существование. Они действительно не могут заниматься ничем другим и отказываются от любой работы даже не из страха, что она помешает их мочеиспусканию, а в силу невозможности думать о чем-нибудь другом, кроме туалета, вообще отойти от туалета; вследствие чего их социальная жизнь полностью нарушается [7, 9, 10].

Дизурия — психогенная дисфункция мочевого пузыря, проявляется в виде задержки мочи, вызванной спазмами сфинктеров мочевого пузыря, потерей позывов на мочеиспускание или недержанием мочи. Расстройство может наблюдаться в структуре астенических состояний, конверсионного синдрома у истероидных личностей и в рамках соматизированной депрессии [7, 8].

Причиной появления описанных выше расстройств могут быть сексуальное насилие [19], депрессия, тревога [18]; они отмечаются в структуре общих неврозов (истерического, обсессивно-фобического или неврастенического) [19] или выступают в роли относительно самостоятельного расстройства как невротический моносимптом, системный или органический невроз [4, 5, 13, 15].

Согласно принципу негативной диагностики невроза, невротическую задержку мочи / дизурию диагностируют только в тех случаях, когда не обнаружено органической патологии [13, 14, 17, 18]. Часто такие пациенты обращаются за помощью к урологам [17, 18], они могут быть весьма настойчивы, требовать весьма радикальные методы лечения, например, цистэктомии [17].

Психогенная острая задержка мочи (ОЗМ) [6] не входит в число наиболее частых причин ОЗМ у мужчин, занимая последнее место среди таковых у женщин.

Исследования урологов центрированы на урологические или нейроурологические причины задержки мочи. Однако и они отмечают, что «сложнее дело обстоит с поведенческим расстройством (синдром Фоулера, в основе которого лежит увеличение функционального объема мочевого пузыря более 500 мл вследствие вынужденных длительных перерывов между мочеиспусканиями и повышением порога ощущения позыва) и психогенной задержкой мочи. Однако, исходя из механизмов действия психотропных средств, применяемых для купирования этих состояний, можно с большой долей вероятности предполагать участие коры головного мозга в формировании ОЗМ» [6]. Данное снижение чувствительности мочевого пузыря описано и у детей как причина дневного недержания мочи. Причиной этого расстройства выступают, очевидно, не только особенности иннервации мочевого пузыря, но также изменение порога сенсорных восприятий центральной нервной системы при определенном функциональном состоянии последней [9, 10].

Дифференциально-диагностическим критерием при психогенных дизурических расстройствах может являться отсутствие терапевтического эффекта в ответ на нейроурологические препараты

и, наоборот, хорошая положительная динамика на фоне назначения психотропных средств (анксиолитиков, антидепрессантов) [18].

Терапия любых дизурических расстройств должна быть направлена на устранение общевегетативных симптомов или аффективных расстройств, собственно нормализацию рефлекторной деятельности мочевого пузыря и коррекцию нарушенной системы отношений личности. С успехом применяется сочетанная терапия, включающая как дифференцированную фармакотерапию (транквилизаторы, антидепрессанты), так и комплексную психотерапию (рациональную, поведенческую), гипнотерапию, методы психорегуляции (самовнушение, аутотренинг, релаксацию, ряд медитативных техник), семейную психотерапию [5, 12, 13].

При проведении аутотренинга и гипноза используют следующие формулировки внушения (самовнушения): «У меня нет никаких болезней, мешающих мне нормально ходить в туалет. Ритм мочеиспускания приходит в норму. Ложные позывы к мочеиспусканию уйдут. Мне не нужно ходить в туалет так часто. Всегда своевременно, в ответ на наполнение мочевого пузыря, почувствую позыв к мочеиспусканию и сразу пойду в туалет; смогу удержаться пока не дойду до туалета. В туалете или там, где можно пописать, мой мочевой пузырь сразу расслабляется. Моча льется легко и свободно. У меня хорошая непрерывная струя» [8, 12, 13]. Симптом-центрированные формулировки, естественно, могут варьироваться в зависимости от особенностей симптоматики, перемежаясь с личностно-ориентированными [12, 13].

В последнее время все чаще применяют метод биологической обратной связи, с помощью которого пациенты учатся контролировать удержание мочи [16]. Описаны случаи успешного сочетанного применения поведенческой терапии и физиотерапии [20].

В сложных случаях может понадобиться динамическая психотерапия [8].

Для истеро-конверсионных расстройств характерны их чрезмерность, нетипичность, экспрессивность, интенсивность клинических проявлений; выбор больного органа или системы в связи с его функциональной недостаточностью (врожденной или приобретенной, применительно к нашему примеру, посткатетеризационной); особая динамика (изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения); возможность имитации любых заболеваний; исчезновение или ослабление симптоматики по прошествии трудной ситуации или удовлетворении эмоциональных потребностей [1].

Со своими жалобами такие пациенты, как правило, попадают к узкому специалисту. Так, в рассматриваемом нами контексте, к урологу они обращаются либо с учащением позывов на мочеиспускание, либо с недержанием мочи, либо — как и было в нашем примере — с задержкой мочи или потерей ощущения позывов на мочеиспускание.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

К нам обратился курсант военного училища, 1998 г. р., с единственной жалобой на то, что он вообще не чувствует позыв к мочеиспусканию. Прицельными вопросами удалось выяснить, что примерно раз в месяц пациент реально упускает мочу (по типу дневного недержания мочи), но чаще ему удается подгадывать время очередного мочеиспускания, ориентируясь на имевший место до болезни спонтанный ритм мочеиспусканий. При этом помочиться стоя ему удавалось только в состоянии легкого алкогольного опьянения, когда и сам позыв он хорошо чувствует (об этом он рассказал в самом конце консультации). Во всех остальных случаях молодому человеку приходится долго сидеть на унитазе, чтобы расслабиться, а то и вообще выдавливать из себя мочу нажатием на низ живота.

Из анамнеза известно, что пациент родился и вырос в семье военнослужащего. Семья полная, патриархальная. Воспитание с элементами доминирующей гиперпротекции со стороны отца — подполковника. Последние годы семья жила в маленьком городке-гарнизоне.

Анамнез болезни: первые жалобы отмечались в мае 2016 г. (подростку было 17 лет), когда появились боли в животе, на фоне которых юношу увезли в госпиталь, где взяли анализы крови, а мочу — поскольку мальчик не смог помочиться самостоятельно — взяли резиновым катетером. С тех пор и начала проявляться вышеуказанная симптоматика. Обращает внимание четкая временная связь возникновения и поддержания данной симптоматики с поступлением в иногороднюю военную академию и нахождением там. Сам мальчик хотел быть художником, но родители настояли на продолжении военной династии. В самой академии физически крепкий, но эмоционально лабильный, сенситивный юноша с первых дней начал сталкиваться с далекими от романтики резкостью, грубостью, несправедливостью. Во время первого отпуска домой, где пациент имел успешный первый сексуальный опыт с девушкой, он вновь начал чувствовать позыв к мочеиспусканию, который повторно исчез, как только он вернулся обратно в академию. На фоне нахождения в академии сим-

птоматика усугубилась, в связи с чем курсант дважды госпитализировался, а затем и вообще — из-за болезни (!) бросил академию и вернулся домой, где поступил — также по инициативе родителей — в расположенный в его городе филиал авиационного института по специальности военный инженер. В институте, где ему также не нравилось учиться, обстановка была спокойнее, чем в академии, при этом симптоматика, пусть и менее яркая, сохранялась. Пациент был всесторонне обследован урологически — никаких патологических изменений не выявлено. Юноша в плановом порядке был госпитализирован в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, где помимо повторного урологического обследования был консультирован психиатром, который, диагностировав у пациента «другое диссоциативное (конверсионное) расстройство», направил юношу к психотерапевту КДЦ СПбГПМУ.

Данные электроэнцефалограммы: умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга, без очаговых и пароксизмальных изменений. Ультразвуковая диагностика: виллизиев круг замкнут, брахицефальные сосуды без патологических изменений, кровоснабжение головного мозга без грубых гемодинамических изменений.

Объективно: на приеме пациент гиперстенического телосложения, в месте и времени ориентирован, психоинтеллектуальное развитие в норме, память, внимание не нарушены; мышление без структурных нарушений, другой невротической симптоматики не предъявляет. Психотической симптоматики не выявлено. Критика к своему состоянию есть. В принципе, связывает появившуюся у него симптоматику с необходимостью учиться там, где он сам учиться не хочет. Эго-синтонен в плане терапии, настроен на гипнозуггестивную терапию. На момент консультации длительно получает сертралин по 100 мг утром и по 25 мг гидрохлорида на ночь.

Поскольку в МКБ-10 отсутствует рубрика, позволяющая четко определить данное состояние с учетом одновременно как его генеза, так и клинической картины, — нами был поставлен сочетанный диагноз: «Другое диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44.8) в сочетании с соматоформной вегетативной дисфункцией уrogenитальной системы (F45.34)».

Уже в ходе консультации пациенту была уточнена связь возникшей его симптоматики с необходимостью выполнять волю своего отца, учиться там, где он скажет; был сделан акцент на отсутствии необходимости сохранять невротическую симптоматику, поскольку он уже взрослый человек и имеет право выбирать, где ему учиться и кем

работать. Пациенту был разъяснен механизм конверсионного/органного реагирования, как и то, что более зрелым — соответствующим его возрасту — было бы реагирование на поведенческом уровне, причем, любое. То есть, он может закончить институт, получив профессию военного инженера, попробовать поработать некоторое время в этой сфере; пойти учиться на художника сразу после окончания вуза; бросить вуз и пойти учиться на художника сейчас же; выбрать третий, четвертый, пятый варианты. И для всего этого ему больше не надо искать оправдания, тем более болеть.

Пациенту были даны рекомендации в структуре поведенческой терапии. Так ему было предписано рисовать рисунки, схематично изображая свои проблемы с одновременным указанием их ранее неосознаваемых (частично или полностью) причин.

Учитывая максимальную мотивацию пациента на гипнозуггестивную терапию, буквально через день с ним был проведен сеанс классического гипноза (третья стадия по Форелю), в ходе которого в достаточно императивной форме ему были сделаны внушения как симптом-центрированные (нормальная работа мочевого пузыря и всей системы мочеиспускания), так и личностно-ориентированные, основная идея которых состояла в том, что для принятия самостоятельных решений, ему не нужно болеть.

На запланированный перед самым его отъездом повторный сеанс пациент не пришел, сообщив по телефону, что стал нормально чувствовать позыв к мочеиспусканию и ритм спонтанных мочеиспусканий полностью восстановился.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Случаи успешной поведенческой и гипнозуггестивной терапии длительно существующих дизурических расстройств в нашей практике встречаются довольно часто [12–14]. Однако этому обычно предшествует тяжелая энергозатратная консультация с конфронтационными и парадоксальными техниками, где, к примеру, пациенту предлагается всю жизнь проводить в туалете, приковав себя туда цепью; при истерической поллакиурии у девочек — изобразить себя принцессой с короной в виде унитаза и т. п. Выходом из такой конфронтации обычно является все та же поведенческая терапия и 5–10 сеансов гипнотерапии. В приведенном случае эффект был достигнут практически мгновенно, на что повлияло уже имевшее место или индуцированное врачом-психиатром частичное осознание пациентом истоков своей болезни, его эго-синтонность в плане терапии и максимальная мотивированность на гипнотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиндикин В.Я. Справочник: соматоформные и соматоформные расстройства. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с. [Gindikin VYa. Spravochnik: somatogennyye i somatoformnyye rasstrojstva. M.: Triada-H; 2000. 256 p. (In Russ.)]
2. Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение / под ред. В.П. Осипова. – СПб.: К.Л. Риккер, 1912. – 397 с. [Dyubua P. Psihonevrozy i ih psihicheskoe lechenie. V.P. Osipov, editor. Saint Petersburg: K.L. Rikker; 1912. 397 p. (In Russ.)]
3. Коцюбинский А.П., Петрова Н.Н. Соматоформные, соматопсихические и психосоматические расстройства: учебное пособие. – СПб.: Санкт-Петербургский Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015. – 109 с. [Kocubinskij AP, Petrova NN. Somatoformnyye, somatopsicheskies i psihosomaticheskie rasstrojstva: uchebnoe posobie. Saint Petersburg: Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. V.M. Bekhtereva; 2015. 109 p. (In Russ.)]
4. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Ленинградский университет, 1960. – 426 с. [Myasishchev VN. Lichnost' i nevrozy. Leningrad: Izd-vo Leningradstskogo universiteta, 1960. 426 p. (In Russ.)]
5. Нахимовский А.И., Шишков В.В. Практическая психотерапия детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. – 384 с. [Nahimovskij AI, Shishkov VV. Prakticheskaya psihoterapiya detej i podrostkov. Saint Petersburg: Rech'; 2003. 383 p. (In Russ.)]
6. Попов С.В. Нейрогенная задержка мочи (этиология, диагностика, лечение). Дис. ... канд. мед наук. – М.: 2016. – 261 с. [Popov SV. Nejrogennaya zaderzhka mochi (etiologiya, diagnostika, lechenie) [dissertation]. Moscow; 2016. 261 p. (In Russ.)]. Режим доступа: https://www.neurology.ru/sites/default/files/assets/documents/2016/09/popov-sergey-vitalevich-dissertaciya-02.09.2016_0.pdf?download=1. Дата обращения: 25.12.2020.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Рапопорт С.И., и др. Органные неврозы как психосоматическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100. – № 12. – С. 4–12. [Smulevich AB, Syrkin AL, Rapoport SI, et al. Organ neuroses as a psychosomatic problem. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2000;100(12):4-12. (In Russ.)]
8. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с. [Starshenbaum GV. Psihosomatika i psihoterapiya: iscelenie dushi i tela. Moscow: Izd-vo Instituta psihoterapii; 2005. 496 p. (In Russ.)]
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства: учебник. 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с. [Topolyanskij VD, Strukovskaya MV. Psihosomaticheskie rasstrojstva: uchebnik. 2-e izd. – M.: GEOTAR-Media; 2015. 544 p. (In Russ.)]
10. Узеиров А.А. Психосоматические расстройства: учебно-методическое пособие. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. – 27 с. [Uzeirov AA. Psihosomaticheskie rasstrojstva: uchebno-metodicheskoe posobie. Rostov on Don: Izd-vo RostGMU; 2016. 27 p. (In Russ.)]
11. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., и др. Расстройства невротического спектра у детей с ночным энурезом // Педиатр. – 2013. – Т. IV. – № 3. – С. 70–73. [Chutko LS, Surushkina SYu, Nikishena IS, et al. Neurotic spectrum disorders in children with nocturnal enuresis. *Pediatrician*. 2013;4(3):70-73. (In Russ.)]
12. Шишков В.В. Выше стресса! Школа саморегуляции. Аутотренинг. Медитация. Биоэнергетика. Йога. Гипноз. Психорегуляция в спорте. – СПб.: Скифия, 2019. – 396 с. [Shishkov VV. Vyshe stressa! Shkola samoregulyacii. Autotrening. Meditaciya. Bioenergetika. Joga. Gipnoz. Psihoregulyaciya v sporte. Saint Petersburg: Skifia; 2019. 396 p. (In Russ.)]
13. Шишков В.В. Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога. – СПб.: Скифия, 2013. – 496 с. [Shishkov VV. Psihoterapiya funkcional'nyh rasstrojstv. Karmannyj spravochnik vracha i psihologa. Saint Petersburg: Skifia; 2013. 496 p. (In Russ.)]
14. Шишков В.В., Кощавцев А.Г., Поздняк В.В., Ильичёв А.Б. Пограничные психические расстройства в детском возрасте: учебное пособие / под ред. С.В. Гречаного. СПб.: Изд-во СПбГПМУ, 2015. – 59 с. [Shishkov VV, Koshchavcev AG, Pozdnyak VV, Il'ichyov AB. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva v detskom vozraste: uchebnoe posobie. S.V. Grechaniy, editor. Saint Petersburg: Izd-vo SPbGPMU, 2015. – 59 p. (In Russ.)]
15. Von Bergman G. Funktionelle Pathologie. Eine klinische Sammlung Sammlung von Ergebnissen und Anschauen einer Arbeitsrichtung. Berlin: Von Bergman G. Unter Mitarbeit von Goldner; 1932. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-49910-4>.
16. Ebiloglu T, Kaya E, Köprü B, et al. Biofeedback as a first-line treatment for overactive bladder syndrome refractory to standard urotherapy in children. *J Pediatr Urol*. 2016;12(5):290.e1-290.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.02.018>.
17. Kuffel A, Kapitza KP, Löwe B, et al. [Chronic pollakiuria: cystectomy or psychotherapy]. *Der Urologe Ausg A*. 2014;53(10):1495-1499 (In German). <https://doi.org/10.1007/s00120-014-3618-x>.
18. Shvarts PG, Goriachev FK, Plotnikov AN, et al. Differential diagnosis and treatment of neurogenic and psychogenic dysuria in case of overactive bladder syndrome. *Ter Arkh*. 2013;85(9):86-92.

19. Susset J. Psychogenic dysuria. *Ann Urol (Paris)*. 1993;27(6-7):327-328.
20. Wolz-Beck M, Reisenauer C, Kolenic GE, et al. Physiotherapy and behavior therapy for the treatment of overactive bladder syndrome: a prospective cohort study. *J Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(5): 1211-1217. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4357-1>.

◆ Информация об авторах

Валерий Витальевич Шишков — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: vvshishkov@yandex.ru.

Полина Андреевна Кокуренкова — ординатор кафедры психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: poly.kokurenkova@yandex.ru.

Алексей Борисович Ильичёв — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: alexbori@rambler.ru.

Северин Вячеславович Гречаный — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: svgrechany@mail.ru.

Вера Владимировна Поздняк — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: egodoe@yandex.ru.

Юлия Валерьевна Хуторянская — ассистент кафедры психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: julia.khutoryanskaya@gmail.com.

◆ Information about the authors

Valery V. Shishkov — MD, PhD, Associate Professor Department of Psychiatry and Addiction. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: vvshishkov@yandex.ru.

Polina A. Kokurenkova — Resident doctor of the Department of Psychiatry and Addiction. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: poly.kokurenkova@yandex.ru.

Alexey B. Ilyichev — MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Addiction. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: alexbori@rambler.ru.

Severin V. Grechanyy — MD, PhD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head, Department of Psychiatry and Addiction. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: svgrechany@mail.ru.

Vera V. Pozdnyak — MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Addiction. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: egodoe@yandex.ru.

Yulia V. Khutoryanskaya — Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Addiction. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: julia.khutoryanskaya@gmail.com.