

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-3-49-59>

Специфика психологического функционирования пациентов с интерстициальным циститом

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.И. Мелехин

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина; д. 12/11, корп. 20, 1-я ул. Бухвостова, Москва, 107076, Россия

Контакт: Мелехин Алексей Игоревич, clinmelehin@yandex.ru

Аннотация:

Введение. Применение психотерапевтических стратегий может быть предпочтительным для пациентов с интерстициальным циститом (ИЦ), которые не реагируют на психотерапию и даже после соматотропной терапии хирургических вмешательств продолжают испытывать дискомфортные ощущения. Однако многие урологи, учитывая наличие психосоциальной этиологии ИЦ у некоторых пациентов, продолжают выступать за хирургическое лечение.

Цель. Ознакомление врачей урологов, гинекологов и специалистов в области психического здоровья с тем, что клиническая картина ИЦ представлена различными гетерогенными подтипами с соответствующими патогенными путями, коморбидными психическими расстройствами и эмоциональными особенностями. Среди этих подтипов следует выделять психосоциальный фенотип, который обладает своей спецификой, психодинамикой и требует соответствующей комплексной тактики лечения.

Материалы и методы. Обследованы 35 женщин от 25 до 48 лет, страдающих рецидивирующим ИЦ на протяжении 7-12 лет, и 35 женщин без урологических нарушений. У пациенток диагностированы следующие заболевания: соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы (F45.34); психологические факторы при хроническом рецидивирующем цистите (F54); рецидивирующее депрессивное расстройство, эпизод средней тяжести (F33.1). Обследование пациенток проводилось с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и шкалы диагностики ранних дезадаптивных схем (YSQ-S3R).

Результаты. Психосоциальный фенотип пациенток с ИЦ представлен высокой соматизацией, наличием обсессивно-компульсивных черт, межличностной чувствительностью, склонностью к развитию депрессии и тревожного спектра расстройств. Среди дезадаптивно когнитивно-поведенческих схем преобладают: «негативизм/пессимизм», «поиск одобрения», «ощущение уязвимости», «недостаток самоконтроля», «покорность», «самопожертвование», «ощущение покинутости и нестабильности», «недоверие к другим людям».

Заключение. В дополнение к психотерапии для лечения тревожных и депрессивных симптомов у пациенток с ИЦ, психотерапия, направленная на минимизацию трудностей в эмоциональном осознании (алекситимии) и неразрешенную детскую травму отношений, должна быть включена в программу лечения. Мультиформальная психодинамическая психотерапия и когнитивно-поведенческая терапия способны уменьшить симптомы, повлиять на иммунную и нервную системы, психологическое благополучие пациенток с ИЦ.

Ключевые слова: интерстициальный цистит; синдром боли в мочевом пузыре; соматоформное расстройство; психосоциальный фенотип; соматизация; алекситимия.

Для цитирования: Мелехин А.И. Специфика психологического функционирования пациентов с интерстициальным циститом. Экспериментальная и клиническая урология 2021;14(3):49-59; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-3-49-59>

<https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-3-49-59>

The specifics of the psychological functioning of patients with interstitial cystitis

CLINICAL STUDY

A.I. Melekhin

P.A. Stolypin Humanitarian Institute, 12/11, bldg. 20, 1-ya Bukhvostova str., Moscow, 107076, Russia

Contacts: Alexey I. Melekhin, clinmelehin@yandex.ru

Summary:

Introduction. The use of psychotherapeutic strategies may be preferable for patients with interstitial cystitis, who do not respond to psychopharmacotherapy and even after somatotrophic therapy. therapy, surgical interventions continue to experience uncomfortable sensations. However, many urologists, given the presence of the psychosocial etiology of cystitis in some patients, continue to advocate surgical treatment.

Goal. Familiarizing urologists, gynecologists, and mental health professionals with the fact that cystitis consists of heterogeneous subtypes with corresponding pathogenic pathways, comorbid mental disorders, and emotional characteristics. Among these subtypes, the psychosocial phenotype should be distinguished, which has its own specifics, psychodynamics and requires appropriate complex treatment tactics.

Materials and methods. 35 women from 25 to 48 years old suffering from recurrent cystitis for 7-12 years and 35 women without urological disorders. The following diagnoses are observed in patients: somatoform autonomic dysfunction of the genitourinary system (F45.34); psychological factors in chronic recurrent cystitis (F54); recurrent depressive disorder, an episode of moderate severity (F33.1). The patients were examined using the questionnaire of the severity of psychopathological symptoms (SCL-90-R) and the scale of diagnosis of early maladaptive schemes (YSQ S3R).

Results. The psychosocial phenotype of cystitis is represented by high somatization, the presence of obsessive-compulsive traits, interpersonal sensitivity, a tendency to develop depression and an anxiety spectrum of disorders. Among the maladaptive cognitive behavioral patterns, the following predominate: negativism/ pessimism, search for approval, feeling of vulnerability, lack of self-control, submission, self-sacrifice, feeling of abandonment and instability, distrust of other people.

Conclusion. In addition to psychopharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive symptoms in patients with cystitis, psychotherapy aimed at minimizing difficulties in emotional awareness (alexithymia) and unresolved childhood trauma of relationships should be included in the treatment program. Multimodal psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy can reduce symptoms, affect the immune and nervous systems, and the psychological well-being of patients with cystitis.

Key words: interstitial cystitis; bladder pain syndrome; somatoform disorder; psychosocial phenotype; somatization; alexithymia.

For citation: Melekhin A.I. The specificity of the psychological functioning of patients with interstitial cystitis. Experimental and Clinical Urology, 2021;14(3):49-59; <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-3-49-59>

ВВЕДЕНИЕ

Интерстициальный цистит (Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome), (ИЦ) долгое время характеризовался как урологическое заболевание, но с позиции нейроурологии его можно лучше понять, как *синдром сложного висцерального болевого синдрома* (complex visceral pain syndrome). ИЦ характеризуется хроническими неприятными ощущениями (боль, давление, дискомфорт, ощущение инородного тела) в области мочевого пузыря или тазовой области и симптомами нижних мочевыводящих путей, такими как постоянные позывы к мочеиспусканию, которые могут прогрессировать до изнурительной гипералгезии и

аллодинии [1]. В тяжелых случаях пациенты могут мочиться до 40-80 раз в день и описывать хроническое, интенсивное ощущение жжения в мочевом пузыре, инвалидизирующую боль, которая сопровождается спектром избегающего, перестраховочного поведения, катастрофизирующим стилем мышления («когда это закончится, больше так не могу, хочу умереть, не могу так жить, я устала... я бракованная/поломанная»), самоповреждающим поведением, бессонницей и рисками самоубийства [2].

Лабораторно-клинические исследования, направленные на диагностику ИЦ, сосредоточены в первую очередь на исследовании *мочевого пузыря* [3]. Однако помимо этого следует учитывать, что у пациентов с ИЦ

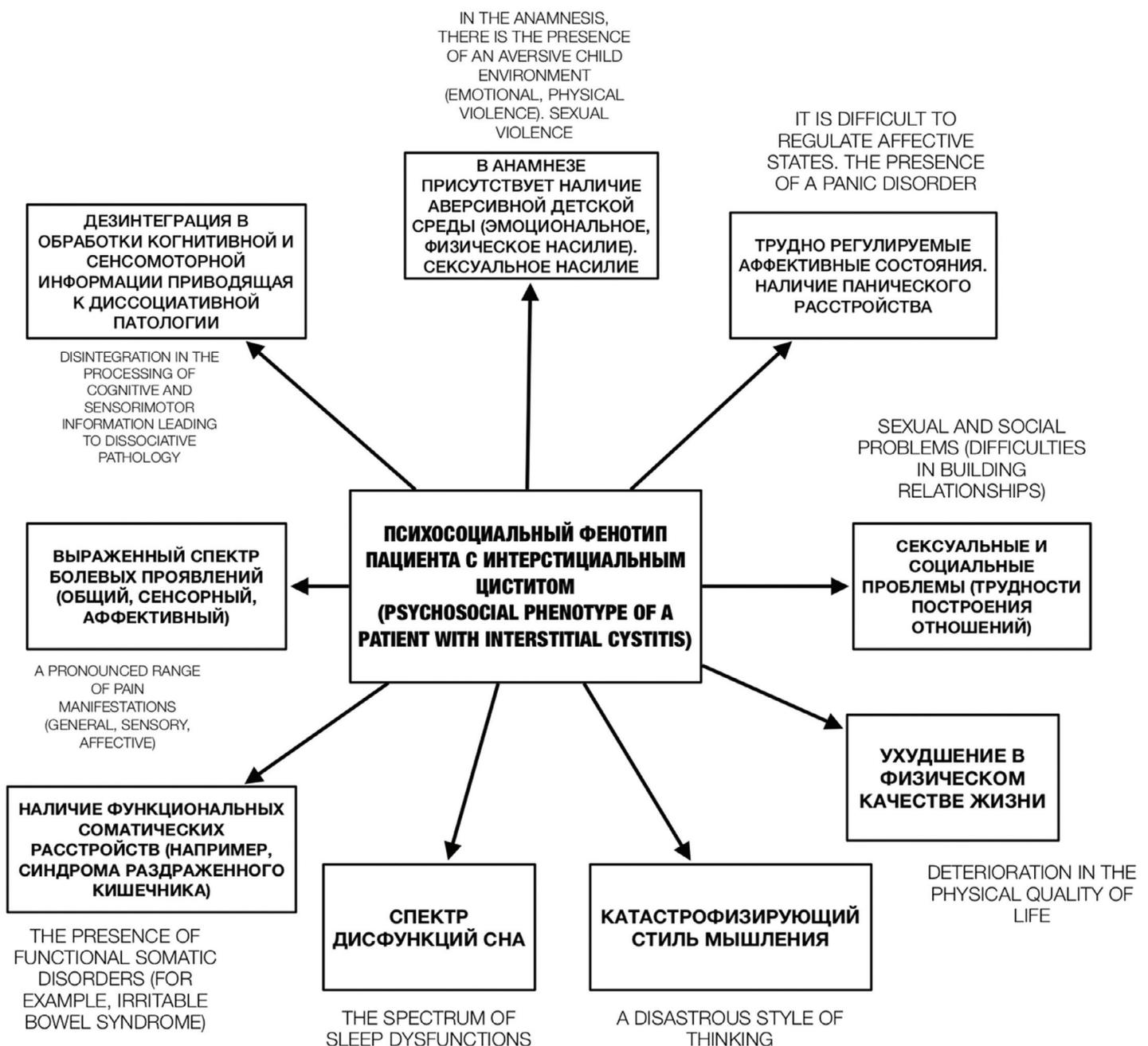


Рис. 1. Характеристики психосоциального фенотипа пациента с интерстициальным циститом
Fig. 1. Characteristics of the psychosocial phenotype of a patient with interstitial cystitis

часто наблюдается синдром хронической тазовой боли и функциональные соматические синдромы, такие как синдром раздраженного кишечника с болевыми проявлениями, вздутием, синдром хронической усталости, фибромиалгия, «классическая» мигрень и депрессивное расстройство [4]. Выделяют шесть клинических фенотипов ИЦ (phenotypes of IC/BPS): мочевыделительный, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический, системный и хронический (резистентный) [5, 6]. Пациентов с *психосоциальным фенотипом ИЦ* (psychosocial phenotype interstitial cystitis/painful bladder syndrome) характеризует множество особенностей, представленных на рисунке 1 (схема разработана автором) [7, 8].

Самые последние диагностические рекомендации по ИЦ отличают данный фенотип от цистита язвенного типа, III типа и цистита Ханнера [9]. Существуют предположения, что ИЦ следует относить к функциональному соматическому расстройству или даже к соматоформному расстройству [10]. Согласно данным R.L. Cohen, пациентов с ИЦ следует характеризовать как имеющих «психосоматический синдром» и дополнить, что «*интерстициальный цистит – это заболевание, которое вызывает насмешку в своем уклонении от понимания...это может представлять собой конечную стадию заболевания мочевого пузыря, который стал раздражительным из-за эмоционального расстройства как пути к разрядке бессознательной ненависти*» [11]. По сей день наблюдаются попытки сгруппировать ИЦ с другими хроническими болевыми расстройствами. Например, с синдромом *центральной чувствительности* (central sensitivity syndrome). Хотя концепция синдрома центральной чувствительности включает в себя роль *психологических факторов и процессов*, которые могут иметь место в развитии этих расстройств, она предлагает доказательства патофизиологических различий в нейронной обработке боли как основной причины [12]. Представление о том, что ИЦ является исключительно соматоформным расстройством, должно быть подробно рассмотрено, о чем мы и поговорим ниже.

В совокупности выше затронутые вопросы демонстрируют необходимость психологической оценки пациентов с акцентом на потенциальные соматоформные расстройства в качестве обязательного компонента диагностики и лечения. Те пациенты, которые соответствовали бы диагностическим критериям соматоформного расстройства в связи с жалобами на мочевой пузырь, лучше бы выздоравливали с помощью психологических вмешательств, психотерапии и минимально – с помощью инвазивных методов лечения. Также следует учитывать, что пациенты с ИЦ вероятно выиграют от психотерапевтического лечения (например, когнитивно-поведенческой терапии) из-за иногда инвалидизирующих симптомов самой болезни и основных ограничений в образе жизни.

Урологи и гинекологи выиграли бы от комплексного подхода, включающего оценку психологического компонента симптомов ИЦ у каждого из своих пациентов, поскольку это могло бы предоставить важную информацию с целью определения интенсивности предоставляемых медицинских вмешательств и ограничения потенциала ятрогенных эффектов у тех, чьи симптомы имеют этиологию, которая является скорее *психологической*, чем исключительно физиологической. Например, было показано, что при комплексной диагностике у пациентов с ИЦ использование шкал психологической оценки (например, стандартизированной многофакторного опросника исследования личности, ММРП) позволяет выявить реабилитационную эффективность от планируемого хирургического вмешательства. Ретроактивная психологическая оценка пациентов, которые продолжали испытывать боль в области таза после хирургического вмешательства, показала наличие *полисиндромного симптоматического паттерна*, указывающего на соматизацию, что отражает дисстресс, возникающий из-за ощущения телесной дисфункции. Эти телесные (соматические) эквиваленты тревожности требуют, наряду с хирургической, применения психотерапевтической тактики лечения [5, 13]. Эта тактика также важна в связи с тем, что психологический дистресс возникает в зависимости от фенотипа пациента с ИЦ, многие пациенты с умеренными симптомами имеют значительную психологическую нагрузку.

Недавнее обследование, проведенное под эгидой Ассоциации интерстициального цистита (Interstitial Cystitis Association) показало, что существует значительный интерес к осязаемым преимуществам использования когнитивно-поведенческой терапии для снижения стресса и улучшения качества психологической гибкости, чтобы облегчить симптомы у пациентов с ИЦ и улучшить приверженность к лечению. Эти стратегии могут быть предпочтительнее для пациентов, которые не реагируют на психофармакотерапию и даже после хирургического вмешательства продолжают испытывать дискомфортные ощущения [14]. Однако многие урологи, учитывая наличие психосоматической этиологии ИЦ у некоторых пациентов, продолжают выступать за хирургическое лечение. Таким образом *целью данной статьи* является ознакомление врачей урологов, гинекологов и специалистов в области психического здоровья с тем, что клиническая картина ИЦ представлена различными гетерогенными подтипами с соответствующими патогенными путями, коморбидными психическими расстройствами и эмоциональными особенностями. Среди этих подтипов следует выделять психосоциальный фенотип, который обладает своей спецификой, психодинамикой и требует соответствующей комплексной тактики лечения. ■

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено исследование, в котором участвовали 35 женщин от 25 до 48 лет, страдающих рецидивирующим ИЦ на протяжении 7-12 лет, и 35 женщин без урологических заболеваний. Симптомы врачами урологами, гинекологами были определены как бактериальные поллакиурия и дизурия, сопровождающиеся наличием бактерий в моче и вагинальных мазках, которые в основном состояли из кишечной палочки и энтерококков. Урологическое обследование и уродинамика нарушений выявила только гипертонический мочевого пузыря. У пациентов наблюдаются следующие диагнозы: соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы (F45.34); психологические факторы при хроническом рецидивирующем цистите (F54); рецидивирующее депрессивное расстройство, эпизод средней тяжести (F33.1).

Методики исследования: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90 Revised, SCL-90-R), диагностика ранних дезадаптивных схем (Young Shema Questionnaire-Short Form Revised, YSQ S3R). Анализ полученных данных проводился с использованием SPSS v. 26 for Mac OS. Статистически значимость данных считалась при $p < 0,05$. Для расчета нормальности распределения полученных данных применялся метод Колмогорова-Смирнова. Применялись критерии U-Манна-Уитни.

Для литературного обзора автором были проанализированы публикации по данной теме в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru, КиберЛенинке, но основной акцент был сделан на зарубежные публикации в Pubmed. Было найдено более 67 публикаций и из них отобраны 42 зарубежных публикации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты нашего исследования показали, что по данным SCL-90-R у пациенток с ИЦ наблюдаются высокие показатели по соматизации, депрессивности и межличностной сензитивности (табл. 1).

Пациенты с ИЦ отмечают, что многое в повседневной жизни дается с чрезмерным усилием, наблюдается потеря сексуального интереса или удовольствия, много беспокойства о разных вещах, ощущение сниженной энергичности и усталости, чувство одиночества и тоски. Присутствуют обсессивно-компульсивные проявления, склонность к застреванию. Нужно делать все очень медленно, перепроверять, чтобы обеспечить безошибочность и точность. Наличие повторяющихся неприятных мыслей («а вдруг, а если»), которые не покидают голову. Необходимость проверять и перепроверять то, что делают. Тревога с чувством страха, раздражительности, дрожи, спонтанными приступами паники. Межличностная чувствительность у пациентов с ИЦ проявляется в выраженном дискомфорте, напряжении в процессе об-

Таблица 1. Показатели психологического благополучия пациентов с рецидивирующим ИЦ по данным опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)

Table 1. Indicators of psychological well-being of patients with recurrent cystitis according to the questionnaire on the severity of psychopathological symptoms (SCL-90-R)

Параметры оценки Evaluation parameters	Пациенты с рецидивирующим ИЦ Patients with recurrent cystitis	Нормативные данные Regulatory data	p
	M±SD, (n=35)	M±SD, (n=35)	
Соматизация Somatization	1,28±0,16	0,41±0,12	>0,05
Обсессивность-компульсивность Obsessive-compulsive behavior	1,67±0,30	0,76±0,16	>0,05
Межличностная сензитивность Interpersonal sensitivity	1,89±0,35	0,62±0,23	>0,05
Депрессивность Depression	1,87±0,38	0,68±0,39	>0,05
Тревожность Anxiety	1,81±0,48	0,62±0,22	>0,05
Враждебность Hostility	0,72±0,23	0,55±0,61	<0,05
Фобическая настороженность Phobic alertness	0,55± 0,46	0,30±0,18	<0,05
Паранойяльность Phobic alertness	0,62±0,34	0,67±0,11	<0,05
Психотизм Psychoticism	0,62±0,34	0,38 ± 0,21	<0,05

щения с другими людьми, обидчивости, чувстве, что другие меня не понимают, негативных ожиданиях относительно любого общения с другими людьми. Наблюдается высокий общий индекс тяжести психопатологической симптоматики (GSI) – $1,92 \pm 0,26$, наличие выраженного симптоматического дистресса (PTSD) –

$1,63 \pm 0,42$ и большое количество беспокоящих симптомов (PST) – $38,29 \pm 19,23$.

По данным YSQ S3R, у пациентов с ИЦ наблюдаются высокие показатели по всем дезадаптивным когнитивно-поведенческим схемам, кроме «привилегированности» и «пунитивности» (табл. 2). ■

Таблица 2. Специфика ранних дезадаптивных когнитивно-поведенческих схем у пациентов с ИЦ
Table 2. Specificity of early maladaptive cognitive behavioral patterns in patients with cystitis

Ранние дезадаптивные схемы Early maladaptive schemes	Пациенты с рецидивирующим ИЦ Patients with recurrent cystitis	Нормативные данные Regulatory data	p
	M±SD, (n=35)	M±SD, (n=35)	
Негативизм, пессимизм Negativism. Pessimism	2,79±1,33	1,84±0,69	>0,05
Поиск одобрения Search for approval	2,88±0,98	1,02±0,63	>0,05
Уязвимость Vulnerability	2,75±0,93	1,31±0,39	>0,05
Недоверие Distrust	2,87±1,01	1,63±0,50	>0,05
Жесткие стандарты Strict standards	2,67±1,28	1,54±0,77	>0,05
Неспешность Slowness	2,33±1,05	1,68±0,67	>0,05
Самопожертвование Self-sacrifice	2,81±1,10	1,21±0,37	>0,05
Покинутость/нестабильность Abandonment/instability	2,81±1,25	1,59±0,55	>0,05
Недостаток самоконтроля Lack of self-control	2,89±0,91	1,87±0,52	>0,05
Привилегированность Privilege	2,16±0,78	2,11±0,86	<0,05
Социальная изоляция/отчуждение Social isolation/alienation	2,62±0,63	1,34±0,52	>0,05
Покорность Submission	2,77±1,11	1,62±0,60	>0,05
Пунитивность Punitivity	2,07±0,97	1,38±0,56	<0,05
Подавление эмоций Suppression of emotions	2,64±0,28	1,72±0,58	>0,05
Зависимость/беспомощность Dependence/helplessness	2,43±0,74	1,24±0,36	>0,05
Неразвитая идентичность Undeveloped identity	2,21±0,97	1,20±0,43	>0,05
Дефективность/стыд Defectiveness/shame	2,53±1,02	1,86±0,65	>0,05
Эмоциональная депривация Emotional deprivation	2,64±1,28	1,72±0,14	>0,05

Наивысшие средние баллы в группе пациентов с ИЦ были для схем:

- *Негативизм/пессимизм.* Сосредоточенность на проблемах, возможных неудачах, обесценивание хорошего в настоящем.

- *Поиск одобрения со стороны другого.* «Я хорошая?» Самооценка зависит от мнения людей, озабоченность тем, как на меня смотрят другие люди; пациенты отмечают, что присутствует чрезмерное сомнение что-то сделать пока не спросят мнение ряда людей.

- *Ощущение уязвимости.* «А вдруг что-то произойдет»; ожидание беды, катастрофы; мир ощущается небезопасным, нужно всего предостерегаться.

- *Недостаток самоконтроля.* «Не могу удержаться»; избегание скуки; проблемы со злоупотреблением и безответственность.

- *Покорность и самопожертвование.* Все ради другого. В начале думать о себе плохо, а прежде всего нужно думать о желаниях других.

- *Ощущение покинутости и нестабильности.* «Не бросай меня!»; убежденность, что в любой момент близкие отношения могут оборваться;

- *Недоверие к другим людям.* Ожидание обмана, манипуляций, подвоха и предательства.

На основании результатов исследования нами были выработаны **практические рекомендации** в работе с пациентами с ИЦ:

- Включение многомерного подхода при лечении ИЦ, отражающего оценку тяжести не только соматических, так и психических дисфункций (депрессия, тревожный спектр расстройств, посттравматическое стрессовое расстройство), стили регуляции аффекта, алекситимии, соматизации может повысить прогностическую валидность и клиническую полезность.

- Прошлый анамнез соматоформных расстройств должен быть включен при оценке пациентов с ИЦ, а также обращено внимание на наличие синдрома хронической газовой боли, синдрома раздраженного кишечника, синдрома хронической усталости, фибромиалгии или «классической» мигрени.

- В дополнение к психофармакотерапии, для лечения тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с ИЦ, психотерапия, направленная на минимизацию трудностей в эмоциональном осознании и неразрешенную детскую травму отношений, должна быть включена в программу лечения. Мультиформальная психодинамическая психотерапия и когнитивно-поведенческая терапия способны уменьшить симптомы, повлиять на иммунную и нервную системы, психологическое благополучие пациентов.

- У пациентов с ИЦ следует проводить комплексную оценку психического состояния, а также систематически оценивать специфику ранних дезадаптивных когнитивно-поведенческих схем с помощью шкалы

YSQ S3R, что дает дополнительное преимущество для понимания тактики лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Интерстициальный цистит — это форма психосоматического функционирования пациента или соматоформное расстройство?

Соматоформные расстройства, как и соматизация как один из уровней совладания с травматизацией, в урологической практике вызывают тревогу и у пациентов, и у врачей. Показано влияние «умеренного» или «тяжелого» соматоформного расстройства, в том числе и соматизации (по шкале PHQ-15 и SSS-8) на развитие ИЦ [9]. Сам ИЦ является значимым предиктором тревоги, депрессии и хронической инсомнии. Поэтому разумно предположить, что ИЦ приводит к психологической нагрузке у пациента. Хотя это может показаться спорным, в связи с тем, что соматоформное расстройство заметно перекликается с тревогой, депрессией и инсомнией, и что эти состояния, по сути, одинаковые. Хотя соматоформное расстройство в основном связано с болевым синдромом, имеются сообщения о пациентах с ИЦ с изменениями вегетативной функции и изменениями спровоцированных болевых симптомов и механических болевых порогов с течением времени [15, 16]. Соматоформное расстройство не просто совпадает с ИЦ, но также служит одним из триггеров для этого состояния. Связь между соматоформным расстройством и ИЦ не просто обусловлена наложением специфических симптомов, которые могут привести к ранней диагностике органической патологии мочевыводящих путей. Все больше доказательств указывает на изменение болевых путей при соматоформном расстройстве и наличии нейровоспаления, а также на изменение ноцицептивных сенсорных входов [17]. Эта ассоциация может быть основана на независимых переменных (например, генетических), связанных с предрасположенностью пациентов к депрессии, а не на «патофизиологическом мосте» между стандартными нарушениями нервной проводимости и периферическими осложнениями. Таким образом, соматоформное расстройство является чувствительным *психиатрическим фенотипом*, который может быть использован для прогнозирования ИЦ у пациента [9].

Коморбидные психические расстройства у пациентов с ИЦ

У женщин с ИЦ в 2-6 раз чаще диагностируют депрессию, а точнее такую форму как *эссенциальная депрессия* и в 4 раза чаще назначают психотропные препараты, которые имеют ограничительный эффект. Депрессия постоянно ассоциируется с ухудшением

урологической симптоматики, особенно на ранних стадиях заболевания. Пациенты, страдающие депрессией, реже работают, у них наблюдаются трудности в отношениях, они чаще предъявляют полисимптомные жалобы. Беспомощность, депрессивность, изолированность у пациентов с ИЦ были связаны с ухудшением психического функционирования [18]. В исследовании D.A. Türr и соавт. ряд пациенток с ИЦ признали, что у них есть суицидальные мысли, которые сопровождаются внутренней болью, что ухудшает их психическое благополучие [19].

Показатель распространенности *тревожных симптомов* у женщин с ИЦ колебался от 14 до 55%. Что касается диагностированных состояний, то у людей в 5 раз выше вероятность наличия ранее существовавшего тревожного расстройства до развития ИЦ и в 2,4 раза выше вероятность развития тревожного расстройства после постановки диагноза. Паническое расстройство было диагностировано в 27-30% случаев, что указывает на то, что женщины с ИЦ в 4 раза чаще, чем женщины с другими урологическими заболеваниями развивают паническое расстройство в течение своей жизни [20].

Катастрофизация или внутреннее преувеличение событий, депрессивные руминации, чувство беспомощности в ответ на боль при ИЦ связаны с ухудшением психического и физического функционирования. Кроме того, катастрофизация повышает уязвимость к суицидальным мыслям у женщин с ИЦ. Оба пола при ИЦ демонстрируют повышенный уровень накопленного стресса, часто несмотря на тяжесть симптомов [21]. Те, у кого была большая психологическая гибкость и социальная поддержка, испытывают меньше боли и депрессии. Общие показатели распространенности жестокого обращения среди пациенток с ИЦ колеблются от 25% до 49%. Наличие сексуального насилия было связано с изменением представления симптомов, когда пациенты испытывают большую сенсорную боль, меньшую дневную частоту симптомов и ноктурию, большие объемы опорожнения и ухудшение в сексуальной активности [22]. Следует учитывать, что для пациенток с историей сексуального насилия, наличием посттравматического стрессового расстройства, плановые осмотры, урологические диагностические процедуры и (или) мануальная физиотерапия могут вызвать повторную травму и ухудшить психическое функционирование.

Когнитивно-эмоциональные особенности пациентов с ИЦ

В повседневной клинической практике мы как клинические психологи наблюдаем, что у пациентов с ИЦ наблюдаются:

- обилие негативной симптоматики;
- повышенный уровень распространенности межличностных травм;

- императив комформности «Я»;
- сложный спектр психических расстройств (наличие эссенциальной депрессии), включая усиленные колебания настроения и диссоциативную патологию (выявленную с помощью шкалы DES);
 - ослабленная эмоциональная осведомленность (алекситимия, по TAS-20);
 - недоверие к телу;
 - нарциссическая хрупкость, дефицитарный первичный нарциссизм;
 - трудности сексуализации;
 - изменения в ментализации (по данным шкалы MentS, присутствует дementализация);
 - операторное функционирование, пациентам трудно дается воображение, как и галлюцинаторное исполнение желаний;
 - слабая сновидческая активность (бедность, отсутствие снов или «сырые» сновидения);
 - могут присутствовать кошмары как попытка проработки травмы.

B.D. Naliboff и соавт. сообщили, что пациенты с ИЦ испытывают больше трудностей в преодолении болезни, чаще сообщают о когнитивно-эмоциональном дефиците и более распространенных болевых симптомах, а также искажают рекомендации по лечению [23]. Исследование, проведенное R.L. Fazio и соавт. по выявлению психических особенностей 60 пациентов с интерстициальным циститом/болевым синдромом мочевого пузыря (возраст $48,4 \pm 14,2$ лет) с помощью опросника MMPI-2-RF, показало высокие баллы по соматическим шкалам, связанные с чрезмерным сообщением о симптомах, соматической и когнитивной дисфункциях, эмоциональной дисфункции и социальным избеганием. Присутствует значительное эмоциональное наложение на их соматические проблемы. Ряд пациентов соответствовали критериям конверсионного расстройства [13].

Сочетание высоких стандартов у пациентов с ИЦ и готовности отбросить собственные желания образуют самоотверженный стиль поведения, который часто характеризует пациентов с соматоформными расстройствами. Можно предположить, что сочетание данных дезадаптивных когнитивно-поведенческих схем может привести к хроническому стрессу, который, как известно, способствует развитию психических заболеваний. Исследования фибромиалгии показали, что перфекционистский и самоотверженный образ жизни играет решающую роль в развитии и сохранении фибромиалгии [24]. T. Saarialho и соавт. в своем исследовании хронической боли обнаружили «предрасполагающий и поддерживающий фактор боли», включающий схемы «жесткие стандарты» и «самопожертвование», что согласуется с полученными нами данными (табл. 2) [25]. Самопожертвование у пациентов с ИЦ может быть связано с переживаниями смены ролей в детстве, которые называются *парентификацией* ■

(parentification). К. Schier и соавт. показали, что эмоциональная парентификация с одним из родителей связана с вегетативными симптомами и болью в зрелом возрасте [26]. А. Martin и W. Rief описали катастрофический когнитивный стиль у пациентов с соматоформным расстройством, что можно отнести к крайне негативным убеждениям, выраженным в схеме «негатив/пессимизм» (табл. 2) [27]. А.В. Lind и соавт. описали культуру эмоционального избегания у соматоформных пациентов, что можно сравнить со схемой «недостаточный самоконтроль», которая в своей более мягкой форме отражает избегание конфликтов или конфронтации [28].

Мазохистические черты у пациентов с ИЦ

В повседневной клинической практике мы замечаем, что наличие урогинекологических, желудочно-кишечных симптомов как формы соматизации у пациентов служит «хорошим» путем, «органом выбора», который является индикатором наличия как сексуальных, так и пассивно-агрессивных проблем у пациентов [29]. Сексуальность подрывается компульсивными защитными механизмами, а в сексуальных отношениях с другим возникает борьба за власть. Мочевой пузырь является органом для высвобождения негативных эмоций (например, ненависти). Достаточными факторами для развития хронического ИЦ вместе с инфекцией в различные периоды жизни пациентов могут быть порочный круг негативных эмоций, подавление, энурез, наложенная инфекция, воспаления и ятрогенные травмы. В анамнезе у пациентов с ИЦ наблюдается опыт многочисленных наказаний со стороны значимых других, и многочисленные болезни (например, со стороны желудочно-кишечного тракта). Присутствует стремление отмежеваться от любого очевидного осознания враждебности по отношению к значимым членам своей семьи или любому из своих врачей. Присутствует равнодушие по отношению к будущему. Часто присутствуют кошмары. Тематика сновидений является «высота», «дом», «лестница», «преследование кого-то», «попадание в пропасть», «попадание в темную непрозрачную воду», «забота о больном ребенке», «смерть» или «падение кого-то близкого», что является индикатором изменений в психическом благополучии, отношении к себе и другим людям. Отношения с матерью пациентки описывают как то, что она никогда не была доброй и не проявляла никакой привязанности («Я никогда не смогу плакать или отвечать ... она говорила: «Это для слабых»). Когда у пациенток проявлялись телесные проявления (спазмы в животе, позывы), матери могли шлепать их, наказывать, кричать. Депрессивные матери таких пациентов часто ищут у них утешения и близости, но не могут обеспечить им никакого чувства безопасности и доверия к

собственному телу. Отношение к «доминирующему» отцу (или отчиму) описывают следующим образом: «стыдно за него», «я никогда не целовала и не обнимала его», «не выносила его запаха», «не могла с ним находиться», что сопровождается сокрытой агрессией. Подавленная агрессия часто в форме переноса сохраняется по отношению к партнеру (мужу) и вызывает появление урологических симптомов. Приступы цистита усугублялись, когда пациентки сталкивались с садистической фигурой (начальник, партнер, тетя), которая проявляла двойственное враждебное отношение. Эти фигуры получают косвенное удовлетворение от проблем с мочеиспусканием пациентов. Медицинская помощь оказывается садистическими фигурами при многих других жалобах и заболеваниях, но никогда – при затруднении мочевого пузыря. Описано, что только когда пациентка стала взрослой и ее мочевой пузырь был разрушен, тетя охотно заплатила за необходимое хирургическое лечение. Тетя пациентки впадала в ярость без всякой видимой причины и никогда не позволяла пациентке открыто выражать свое негодование или даже плакать. В психической реальности пациентов часто присутствует горькая обида и потребность отомстить садистической фигуре. Пациенткам свойственно подавлять свою огромную ненависть. Однако враждебность не могла быть сдержана только симптомами мочевого пузыря, и потребность пациентки в наказании, как средстве успокоения ее тревоги и искупления ненавистных импульсов, которые она испытывала по отношению к другим, могла быть частично удовлетворена ее многочисленными болезнями, полихирургией и множественными цистоскопиями, не говоря уже о серьезных характерологических проблемах. Пациентки с ИЦ также понимали последствия своего мазохизма для межличностных отношений. Они всегда считают, что могут добиться признания или получить власть только взяв на себя определенную роль. Таким образом, враждебность по отношению к родительским фигурам решается мазохистски через симптомы со стороны мочевого пузыря и урогинекологической сферы [29, 30].

Эмоциональная осведомленность у пациентов с ИЦ

Напомним, что алекситимия как сниженная эмоциональная осведомленность, которая характеризуется отсутствием слов для описания чувств и эмоций, считается одной из основных причин нарушения регуляции аффекта у пациентов с ИЦ. Это указывает на то, что сохраненная способность испытывать эмоции вместе с неспособностью когнитивно обрабатывать переживаемые эмоции, жизненно важны для понимания патогенеза ИЦ. Показано, что *детская реляционная травма* (childhood relational trauma, например, недостаточные материнские эмоциональные инвестиции)

более распространена у пациентов с ИЦ, чем у пациентов с другими урогенитальными симптомами [7, 31]. Алекситимия положительно связана с детской травмой, психическими расстройствами. Более конкретно, сочетание высокой когнитивной и низкой аффективной алекситимии было обратно связано с фактором, ориентированным на мочевой пузырь. Эти результаты согласуются с данными, которые показали критическую роль алекситимии во взаимосвязанных отношениях детского опыта отношений, психических расстройств и соматических жалоб [32]. Опосредующая роль алекситимии дает дополнительные доказательства того, что ИЦ может представлять функциональный соматический синдром [33]. Хотя алекситимия была концептуализирована как психологический механизм, связывающий аверсивную детскую среду отношений с соматическими и психическими дисфункциями, могут быть задействованы и другие патогенные траектории. Ранний травматический стресс связан с изменениями в структуре и функциях центральной нервной системы такими, как аномалии серого вещества в вентролатеральных префронтально-лимбико-височных областях, которые участвуют в регуляции аффекта [34, 35]. Уменьшение объема серого вещества в миндалевидном теле, островке, гиппокампе и парагиппокампе также связано с когнитивной алекситимией [36]. При обследовании пациентов в связи с хроническим ИЦ рекомендуется проводить оценку не только соматизации (PHQ-15), но и алекситимии с помощью шкалы TAS-20.

Психосоматическая модель хронического ИЦ

Повторяющиеся проблемы с мочевым пузырем (гиперактивная форма), жжение, ощущение инородного тела в генитальной области, «странные выделения» были тесно связаны у пациентов с ИЦ с проблемой партнерства, наличием избыточного напряжения. Пациенты подавляют личные желания и потребности, в частности агрессивные импульсы и усилия по индивидуализации (феминизации), с помощью жестких защитных механизмов. Эти подавленные аффекты и импульсы, по-видимому, изменились и проявили себя как эквивалент проблем с мочевым пузырем. Орган выбора также указывал на сексуальную проблему [29]. В контексте вторичной выгоды от своей болезни, пациенты могут использовать сексуальное отрицание по отношению к партнеру под прикрытием соматического симптома из-за отсутствия доверия к нему. Одновременные депрессивные симптомы легко объяснить механизмом обращения агрессии против самого себя. Кроме того, пациенты в значительной степени неосознанно отождествляют себя со своей депрессивной матерью, что подкрепляется чувством вины [37].

Последние несколько лет начали говорить о наличии психосоматической модели ИЦ (psychosomatic model in IC/BPS) [7]. Существует «двухуровневая улица» как психосоматическая, так и соматопсихическая, с точки зрения производства и переживания функциональных урогенитальных симптомов [38]. Исследования путей связи иммунной системы с мозгом представили новые захватывающие исследования патофизиологии симптомов, связанных с воспалением при соматоформных расстройствах [39]. Результаты нейровизуализационных исследований подтверждают значимость изменений регуляции стресса, приводящих к катастрофическим последствиям и совладением с соматоформными болевыми расстройствами, наряду с релевантностью истории физического или сексуального насилия в функциональных расстройствах [40, 41]. Показана положительная связь между анестезирующей емкостью мочевого пузыря и психосоциальными факторами риска у пациентов с ИЦ. Увеличение емкости мочевого пузыря связано с детской реляционной травмой и диссоциативной патологией, которые характеризовали психосоциальный фенотип пациентов с ИЦ, с соматической и когнитивной дисфункцией, а также эмоциональными и социальными проблемами [13]. В совокупности эти результаты подтверждают существование *психосоциального фенотипа* ИЦ с четко выраженным патогенным путем.

Психические и соматические симптомы у этих пациентов возникают из-за искаженного восприятия и неэффективной регуляции усиленного эмоционального возбуждения и физиологических реакций. Опосредующая роль алекситимии в соматических и психических симптомах ИЦ подтверждается ее связью с детской реляционной травмой. Алекситимия была положена как неунитарная черта личности, состоящая из двух латентных факторов. Когнитивное измерение относится к неспособности идентифицировать, анализировать и различать эмоции. Аффективное измерение относится к уменьшенному эмоциональному опыту, включая отсутствие эмоциональной реактивности и фантазирования. Эти два измерения представляют собой различные типы алекситимии, каждый из которых включает в себя отдельный набор нейронных субстратов [36]. Тип с сохраненной и даже усиленной способностью испытывать эмоции, но без способности обрабатывать испытываемые эмоции, алекситимией 2 типа, может иметь особое значение в ИЦ. Этот тип алекситимии связан с клиническим профилем, который обычно встречается у пациентов с ИЦ (например, повышенные соматические жалобы и изнуряющая тревога). Кроме того, неспособность обрабатывать переживаемые эмоции коррелировала с диссоциативной патологией. Показано, что анестетическая емкость мочевого пузыря положительно коррелирует с нерегулируемыми аффективными состояниями и другими функциональными соматическими расстройствами (например, ■

синдром раздраженного кишечника) [42]. Дисрегуляция аффекта, а не дефект, ориентированный на мочевой пузырь, может лежать в основе психосоциального фенотипа ИЦ. Однако несколько ключевых переменных, таких как дисрегуляции психосоциальных факторов риска, включая детскую реляционную травму и диссоциативную патологию, положительно связаны с анестезирующей емкостью мочевого пузыря, предполагая, что пациенты с ИЦ с увеличенной емкостью мочевого пузыря имели более тяжелую детскую травму и больше психических расстройств. Кроме того, взаимосвязь между психосоциальными факторами риска и увеличением емкости мочевого пузыря была опосредована алекситимией. Таким образом, ИЦ состоит из гетерогенных подтипов/фенотипов с соответствующими патогенными путями, что требует индивидуальной траектории лечения.

ВЫВОДЫ

1. Среди коморбидных психических расстройств у пациентов с ИЦ выделяют депрессии, паническое расстройство и посттравматическое расстройство. Имеется высокая распространенность жестокого обращения и наличие сексуального насилия, которое скрывается пациентами.

2. У пациентов с ИЦ наблюдается повышенный уровень распространенности межличностных травм, сложный спектр психических расстройств, включая усиленные колебания настроения и диссоциативную патологию, а также ослабленную эмоциональную осведомленность, недоверие к телу, трудности сексуализации и мазохистические черты.

3. В дополнение к психофармакотерапии для лечения тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с ИЦ, психотерапия, направленная на минимизацию трудностей в эмоциональном осознании и неразрешенную детскую травму отношений, должна быть включена в программу лечения. Мультимодальная психодинамическая психотерапия и когнитивно-поведенческая терапия способны уменьшить симптомы, повлиять на иммунную и нервную системы, психологическое благополучие пациентов.

4. У пациентов с ИЦ следует проводить комплексную оценку психического состояния, а также систематически оценивать специфику ранних дезадаптивных когнитивно-поведенческих схем с помощью шкалы Young Shema Questionnaire-Short Form Revised (YSQ S3R), что дает дополнительное преимущество для понимания тактики лечения. ■

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Brookoff D., Bennett, D.S. Neuromodulation in Intractable Interstitial Cystitis and Related Pelvic Pain Syndromes. *Pain Medicine* 2006;7(2):166-S184. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2006.00132>.
2. Hanno P.M., Erickson D., Moldwin R. American urological association, diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol* 2015;193(1):1545–1553.
3. Colaco M. Koslov. D.S., Keys T. Correlation of gene expression with bladder capacity in interstitial Cystitis/bladder pain syndrome. *Urol* 2014;192(2):1123–1129.
4. McKernan L.C, Walsh C.G, Reynolds W.S. Psychosocial co-morbidities in Interstitial Cystitis/Bladder Pain syndrome (IC/BPS): A systematic review. *NeuroUrol Urodyn* 2018;37(3):926-941. <https://doi.org/10.1002/nau.23421>.
5. Lotenfue R.R., Christie J., Parsons A., Burkett P., Helal M., Lockhart J.L. Absence of neuropathic pelvic pain and favorable psychological profile in the surgical selection of patients with disabling interstitial cystitis. *J Urol Dec* 1995(154):2039-42.
6. Lai H.H, North C.S, Andriole G.L. Polysymptomatic, polysyndromic presentation of patients with urological chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2012;187(2):2106–2012.
7. Nickel J.C., Tripp D.A., Pontari M. Psychosocial phenotyping in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a case control study. *J Urol* 2010;183(1):167-72. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.08.133>.
8. Nickel J.C., Tripp D.A. International Interstitial Cystitis Study Group. Clinical and psychological parameters associated with pain pattern phenotypes in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *J Urol* 2015;193(1):138-44. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.07.108>.
9. Chen I.C., Lee M.H., Lin H.H. Somatoform disorder as a predictor of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Evidence from a nested case-control study and a retrospective cohort study. *Medicine* 2017;96(18):63-74. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006304>.
10. Fall M., Baranowski A.P, Elneil S., Engeler D., Hughes J., Messelink E.J., et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010;57:35–48.
11. Cohen R.L. The treatment of «interstitial cystitis» as a migraine equivalent: report of four cases. *Compr Psychiatry* 1963(4):58–61.
12. Kindler L.L., Bennett R.M., Jones K.D. Central sensitivity syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. *Pain Manag Nurs Mar* 2011(12):15-24.
13. Fazio R.L., Wunderlich T., Wilson N. MMPI-2-RF characteristics of individuals with interstitial cystitis. *J Psychosom Res* 2014;77(5):359-62. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.010>.
14. Han E., Nguyen L., Sirls L. Current best practice management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Therapeutic advances in urology* 2018;10(7):197–211. <https://doi.org/10.1177/1756287218761574>.
15. Williams D.P, Chelimsky G., McCabe N.P, Koenig J., Singh P., Janata J., et al. Effects of chronic pelvic pain on heart rate variability in women. *J Urol* 2015(194):1289–94.
16. Hellman K.M., Patanwala I.Y, Pozolo K.E, Tu F.F. Multimodal nociceptive mechanisms underlying chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 2015(213):827-836.
17. Dantzer R., O'Connor J.C, Freund G.G, Johnson R.W., Kelley K.W.. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008(9):46-56.
18. Chung K.H., Liu S.P., Lin H.C. Bladder pain syndrome/ interstitial cystitis is associated

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- with anxiety disorder. *Neurol Urolog* 2014(33):101-105.
19. Tripp D.A., Nickel J.C., Krstanovic A., Pontari M., Moldwin R., Mayer R.. Depression and catastrophizing predict suicidal ideation in tertiary care patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Can Urol Assoc J* 2016(10):383-388.
20. Hsieh K-L, Chin H-Y, Lo T-S, Long C-Y, Ho C-H, Huang SK-H, et al. (2021) Interstitial cystitis/bladder pain syndrome patient is associated with subsequent increased risks of outpatient visits and hospitalizations: A population-based study. *PLoS ONE* 16(9):e0256800. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256800>
21. Tripp D.A., Nickel J.C., Wong J., Pontari M., Moldwin R., Mayer R., et al. Mapping of pain phenotypes in female patients with Bladder Pain syndrome/Interstitial Cystitis and controls. *Eur Urol* 2012(62):1188-1194.
22. Nickel J.C, Tripp D.A, Pontari M., Moldwin R., Mayer R., Carr L.K., et al. Childhood sexual trauma in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a case control study. *Can Urol Assoc J* 2011(5):410-415.
23. Naliboff B.D., Stephens A.J., Afari N., Lai H., Krieger J.N., Hong B., et al. Widespread psychosocial difficulties in men and women with urologic chronic pelvic pain syndromes: case-control findings from the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain research network. *Urology* 2015(85):1319-27.
24. Henker J., Keller A., Reiss N. Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. *Clin Psychol Psychother* 2019;26(4):418-429. <https://doi.org/10.1002/cpp.2363>.
25. Saariaho T., Saariaho A., Karila I., Joukamaa, M. Early maladaptive schema factors, chronic pain and depressiveness: A study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2012;19(3):214-223. <https://doi.org/10.1002/cpp.737>.
26. Schier K., Herke M., Nickel R. Long-term sequelae of emotional parentification: A cross-validation study using sequences of regressions. *Journal of Child and Family Studies* 2015;24(5):1307-1321. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9938-z>.
27. Martin A., Rief W. Relevance of cognitive and behavioral factors in medically unexplained syndromes and somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 2011;34(3):565-578. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.007>.
28. Lind A.B., Delmar C., Nielsen K. Struggling in an emotional avoidance culture: A qualitative study of stress as a predisposing factor for somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2014(76):94-98.
29. Bowers J, Schwarz B. Masochism and interstitial cystitis; report of a case. *Psychosom Med* 1958;20(4):296-302. <https://doi.org/10.1097/00006842-195807000-00003>.
30. Williams G., Ghnson A.M. Recurrent urinary retention due 10 emotional factors. *Psychosom Med* 1956(1):18-32.
31. Chiu C.D., Lee M.H., Chen W.C. Alexithymia and anesthetic bladder capacity in interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *J Psychosom Res* 2017(100):15-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.019>.
32. Taylor G.J. Affects, trauma, and mechanisms of symptom formation: a tribute to John C. Nemiah, MD (1918-2009). *Psychother Psychosom* 2010(79):339-349.
33. Leue C.J., Kruimel D., Vrijens, A Functional urological disorders: a sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis. *Nat Rev Urol* 2017(14):153-163.
34. Heim C., Shugart M., Craighead W.E. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol* 2010(52):671-690.
35. Lim L., Radua J., Rubia K. Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: a voxel-wise meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2014(171):854-863.
36. Goerlich-Dobre K.S., Votinov M., Habel U. Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Hum Brain Mapp* 2015(36):3805-3818.
37. Noll-Hussong M., Autenrieth M., Pokorny D. The subject, its biology, and the chronic recurrent cystitis. *Case Rep Psychiatry* 2012;2(1):19-38. <https://doi.org/10.1155/2012/601705>.
38. Andersen A.V., Granlund P., Schultz A. Long-term experience with surgical treatment of selected patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Scand J Urol Nephrol* 2012(46):284-289.
39. Clemens J.Q., Meenan R.T., O'Keeffe M.C. Case control study of medical comorbidities in women with interstitial cystitis. *J Urol* 2008(179):2222-2247.
40. Warren J.W., Howard F.M., Cross R.K. Antecedent nonbladder syndromes in case-control study of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology* 2009(73):52-57.
41. Nickel J.C., Tripp D.A., Interstitial cystitis/painful bladder syndrome and associated medical conditions with an emphasis on irritable bowel syndrome, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *J Urol* 2010(184):1358-1363.
42. Walker S.J., Zambon J., Andersson K.E. Bladder capacity is a biomarker for a bladder-centric versus systemic manifestation in interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *J Urol* 2017;34(1):11-23.

Сведения об авторе:

Мелехин А.И. – кандидат психологических наук, доцент, психоаналитик; Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина; Москва, Россия; clinmelehin@yandex.ru; РИНЦ Author ID 762868

Вклад автора:

Мелехин А.И. – написание текста рукописи, концепция и дизайн исследования, сбор и анализ данных, 100%

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Статья поступила: 28.04.21

Результаты рецензирования: 03.06.21

Исправления получены: 11.07.21

Принята к публикации: 21.07.21

Information about author:

Melekhin A.I. – Dr. Sc., Associate Professor, psychoanalyst; Humanitarian Institute. P.A. Stolypin; Moscow, Russia; clinmelehin@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>

Author's contribution:

Melekhin A.I. – writing the text of the manuscript, concept and design of the study, data collection and analysis, 100%

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Received: 28.04.21

Peer review: 03.06.21

Corrections received: 11.07.21

Accepted for publication: 21.07.21