

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ПОЛИДИПСИИ

А.С. БУСЛАЕВА

В статье обсуждается опыт психологического сопровождения одиннадцатилетней девочки, страдающей психогенной полидипсией. Показана необходимость реализации комплексного подхода на этапе диагностики и реабилитации для оказания всесторонней помощи болеющему ребенку и его семье. Выделены этапы оказания психологической помощи ребенку, описаны направления и техники работы, а также показаны результаты на разных этапах работы.

Ключевые слова: психологическая реабилитация детей и подростков, детская психотерапия, психологическая помощь в медицинских учреждениях, междисциплинарный подход, психогенная полидипсия.

Авторы настоящей статьи хотели бы поделиться опытом психологического сопровождения ребенка, болеющего психогенной полидипсией. Данный случай наглядно демонстрирует взаимное влияние соматического и психологического факторов при возникновении невротических симптомов у детей и подростков.

Полидипсия — это патологически усиленная жажда, удовлетворяемая приемом воды в чрезмерно больших количествах. Она может проявляться при разных соматических или психических заболеваниях [Dundas, Harris, Narasimhan, 2007; Kohli, Verma, Sharma, 2011]. В психологической литературе детально описан симптом, сходный с полидипсией: булимия — расстройство приёма пищи, характеризующееся резким усилением аппетита, наступающим обычно в виде приступа и сопровождающимся чувством мучительного голода. Для детей и взрослых, страдающих нервной булимией, разработаны как психологические, так и медицинские подходы к лечению и реабилитации. Данные, раскрывающие цели, задачи и методики работы психолога с людьми, страдающими психогенной полидипсией, в литературе обнаружить не удалось.

Описание случая

В дневной стационар Научного центра здоровья детей (отделение восстановительного лечения детей с нефро-урологическими заболеваниями, ожирением и метаболическими болезнями) поступила девочка 11 лет с жалобами на чувство жажды, чрезмерное употребление воды (6—7 литров в сутки, в редких случаях — до 9 л.), учащенное мочеиспускание. За один прием девочка выпивает 1—3 стакана, ночью просыпается два раза из-за жажды, выпивает два стакана воды.

Важно отметить, что объем употребляемой за сутки жидкости, рекомендуемый подростку, определяется в зависимости от веса и в данном случае составляет около 2 литров. Таким образом, превышение допустимого количества воды подростком составило более 5 литров, что наносит значительный вред здоровью и чревато жизнеугрожающими последствиями.

История развития

Девочка родилась в срок от второй беременности, первых физиологических родов. Возраст матери на момент рождения ребенка — 26 лет, отца — 23 года. Вес при рождении — 3100 г., рост — 51 см. Закричала самостоятельно. Грудное вскармливание до 11 месяцев. Дошкольное образовательное учреждение не посещала, учится в общеобразовательной школе с 7 лет. В настоящее время проживает вместе с мамой. Мать по характеру вспыльчивая, отходчивая, работает частным предпринимателем. Родители в разводе в течение 9 лет. Отец проживает отдельно, общение с дочерью редкое. По характеру склонен к авантюрам, рискованному поведению. Девочка в каникулярное время приезжает к отцу в гости. Мама девочки вышла второй раз замуж, отчим проживает отдельно в другой стране, семья воссоединяется в период летних каникул. Родственники по линии матери проживают на территории США, в течение года девочка с мамой неоднократно посещают их. В возрасте с 8 до 10 лет девочка училась в Америке, проживала в семье родственников по материнской линии. Мама навещала ребенка несколько раз в год. Отношения с двоюродной бабушкой у девочки не складывались, ребенок испытывал страх при общении с ней, опасался быть неуспешным. Со стороны взрослого наблюдались строгость, высокий уровень требований по отношению к школьным достижениям ребенка. Эпизоды потребления большого количества воды впервые стали появляться в дошкольном детстве, однако именно в период обучения в Америке у девочки сформировался и укрепился поведенческий стереотип употребления воды. На момент первичного обследования девочка посещала 4 класс общеобразовательной школы.

Медико-диагностический этап

В Научном центре здоровья детей реализуется междисциплинарный подход к диагностике и реабилитации соматически больных детей. Лечащий врач определяет круг необходимых ребенку исследований, что позволяет в короткие сроки установить медицинский диагноз, выявить психолого-педагогические особенности, определить объем и направления необходимой помощи ребенку.

Полидипсией сопровождаются многие соматические, неврологические и психические заболевания: сахарный и несахарный диабет, почечная недостаточность, гиперпаратиреоз, органические поражения ЦНС, шизофрения, расстройства аутистического спектра и др. [Антропов, Антропов, Незнанов, 2010; Dundas, Harris, Narasimhan, 2007; Kohli, Verma, Sharma, 2011]. В ходе комплексного обследования ребенка были исключены соматические причины и тяжелые психические расстройства. Выявилась неврологическая симптоматика. Команда специалистов расценила состояние ребенка как комплекс невротических реакций, развившихся на резидуально-органической основе, и выдвинула предположение о психологических составляющих возникновения полидипсии. Была назначена медикаментозная терапия и консультация психолога. В качестве вспомогательных аппаратных средств реабилитации использовались бальнеотерапия и биологическая обратная связь.

Первичная психологическая консультация

Психологом было проведено психологическое обследование, задачами которого было выявление осознаваемых и неосознаваемых мотивов, лежащих за употреблением большого количества воды, определение стратегий, которыми пользуется ребенок для узнавания и реализации своих психологических потребностей и желаний. Нужно было выделить фрустрированные потребности и другие невротизирующие факторы, изучить способы, используемые девочкой для рефлексии и отреагирования своих переживаний; исключить или подтвердить предположение о том, что данный аутоагрессивный симптом возник в рамках реактивной депрессии. Необходимо было исследовать характер психологических границ в диаде «мать-ребенок», уровень контроля со стороны взрослого, способы реагирования матери на проблемную ситуацию, установить, существует ли вторичная выгода от данного симптома.

Методики: беседа в свободной форме с ребенком и с мамой, тест «Диагностика эмоциональных отношений в семье» Е. Бене и Д. Антони (под общей редакцией А.Г. Лидерса и И.В. Анисимовой), тест «Рисунок человека», методика «Диагностика самооценки» Т. Дембо — С.Я. Рубинштейн, тест «Три желания» [Энциклопедия психодиагностики, 2008].

Результаты. Девочка гиперстенического телосложения, высокого роста, выглядит чуть старше своего возраста, выражение лица инфантильное, испуганное, мимика разнообразная. В кабинет заходит молча, робко, чуть стесняется. В общение с незнакомым взрослым вступает с волнением. В незнакомом помещении и ситуации адаптируется довольно быстро, однако эмоциональное и телесное напряжение наблюдается в течение всей встречи. В моменты сильного эмоционального напряжения наблюдаются покраснение лица, невротические реакции; темп речи и тембр голоса меняются. Освоившись, девочка отвечает на вопросы развернутой фразой, склонна давать социально желательные ответы, сдерживать переживания. Подросток на обследовании тревожный, впечатлительный. Демонстрирует скромное, сдержанное поведение, с психологом общается с учетом норм и правил социального взаимодействия. Фон настроения положительный с элементами тревоги в ситуации обсуждения значимых тем.

Мотивы для уменьшения количества употребляемой воды не выявлены, за исключением внешних мотивов, воспроизводимых подростком со слов родителей. Угроза здоровью ребенком не осознается. Степень рефлексии собственных желаний снижена. По словам матери, временно снизить употребление воды помогает организация деятельности, интересной для ребенка, занимающей его внимание. Прямой контроль и введение ограничений со стороны взрослого не изменяют ситуации.

Круг значимого общения небольшой, девочка испытывает потребность в создании дружеских отношений, отмечает, что общение в Америке с ровесниками было более доброжелательным. Для подростка важны внешняя привлекательность, признание со стороны мальчиков. В общении со сверстниками испытывает неловкость, чувство стыда. В ситуации конфликта может быть заносчива, прямолинейна. Трудности адаптации к новому коллективу сверстников являются фактором невротизации ребенка. В настоящее время потребность в общении главным образом реализуется как в родительской семье, так и с лучшей подругой (вне класса).

В состав семьи включает себя и маму. Отношения с мамой носят амбивалентный характер, девочка эмоционально привязана к ней, но часто конфликтует, тяготится совместным пребыванием в квартире из-за небольшого пространства. Испытывает чувство обиды и злости на маму из-за длительной разлуки с ней, длительного пребывания в гостях у нелюбимых родственников. Мама признает негативное влияние длительного пребывания ребенка в другой стране, связывает возникновение полидипсии с трудностями при обучении на незнакомом языке, разлукой с мамой, конфликтными отношениями с родственниками, у которых

жила девочка. Мама крайне обеспокоена состоянием здоровья дочери, осознает риск развития тяжелых заболеваний почек и др. Испытывает чувство беспомощности, не понимает, как можно помочь ребенку.

Таким образом, история возникновения симптома, характер его проявления в настоящее время, данные психологического обследования, беседа с мамой и девочкой позволили сделать следующие выводы:

1. В данном случае полидипсия является невротической поведенческой реакцией, которая возникла и закрепилась в ситуации длительной сепарации от матери. Этот симптом выступает в качестве способа снижения эмоционального напряжения.

2. Девочка недостаточно чувствительна к ощущениям в собственном теле, разнообразные телесные ощущения она воспринимает как сигнал о неудовлетворенной потребности в воде. Существенную роль играют трудности волевой регуляции поведения.

3. Употребление чрезмерного количества воды служит способом построения взаимоотношений между демонстративным ребенком и родителем.

Опираясь на данные, полученные в ходе психологического обследования, и беседу с лечащим врачом, были определены первостепенные задачи психологической помощи. Необходимо создать новые способы (психологические инструменты), которые в кратчайшие сроки помогут уменьшить количество употребляемой ребенком воды и снизить риск развития тяжелой соматической патологии. Поэтому на данном этапе работы использовались методы когнитивно-бихевиоральной терапии [Шевченко, 2003]. Исходя из общих принципов данного подхода, были даны следующие **рекомендации**:

1. Употреблять желаемое количество воды в любое время суток без ограничений, используя чайную ложку. Данный прием, поданный с полугривой мотивацией, использован, чтобы затруднить процесс приема воды и повысить уровень его осознанности.

2. С целью лишить процесс питья приятных вкусовых ощущений, употреблять дистиллированную воду.

3. Вести дневник употребления воды с отметками о настроении и видах совершаемой деятельности с целью повышения рефлексии собственного физического и психологического состояния.

Уже спустя две недели был достигнут существенный прогресс, хотя до этого в течение длительного времени попытки только медикаментозного лечения не приводили к успеху. Сочетание медицинских и психологических мер помогло в короткие сроки снизить количество употребляемой воды до 3—4 литров в день. Данный показатель превышает оптимальное количество употребляемой жидкости примерно в 1,5 раза, однако не является жизнеугрожающим.

Мама отметила, что наиболее эффективной оказалась первая рекомендация, которой неукоснительно и с интересом следовала сама девочка (использование чайной ложки в качестве средства регуляции количества одномоментно выпитой воды). Качество употребляемой воды мама менять не стала. Анализ дневниковых записей не позволил нам увидеть однозначной взаимосвязи эпизодов употребления большого количества воды с определенными событиями или эмоциональными состояниями.

Спустя месяц ребенок был выписан с выраженной положительной динамикой в состоянии здоровья, с рекомендациями о получении систематической психологической помощи и динамическом наблюдении у невролога и эндокринолога.

Реабилитационный этап

Спустя полгода мама девочки обратилась повторно в реабилитационный центр для контроля за состоянием здоровья дочери и получения дальнейшей психологической помощи. Чтобы определить цели и формы длительного психологического сопровождения, мы сочли необходимым дополнительное диагностическое обследование, в котором использовали тот же набор методик, что и при первичном обследовании.

Результаты. Девочка имеет нормальное телосложение, высокий рост, выглядит чуть старше своего возраста, лицо симметричное, мимика разнообразная. В кабинет заходит энергично. В общение вступает возбужденно, приветливо, рада встрече со знакомым специалистом. В течение всей встречи наблюдаются эмоциональное и телесное напряжение, чрезмерная активность, несоответствие между мимическими проявлениями (улыбка) и содержанием рассказа подростка. Освоившись, девочка отвечает на вопросы развернутой фразой, стремится поделиться своими переживаниями, событиями из жизни. Эмоционально возбуждена, многословна. Фон настроения крайне лабильный, подросток высказывает и осмысливает широкий спектр разнообразных переживаний (обиды и злость по отношению к учителям, и др.).

Выявлены внешние мотивы для уменьшения количества употребляемой воды. Девочка знает, что употребление большого количества воды угрожает здоровью, однако это не является для нее сдерживающим фактором. В качестве такового выступает контроль со стороны мамы. Подросток чувствует, что самостоятельно не всегда может контролировать количество выпиваемой воды.

Круг значимого общения небольшой, контакты со сверстниками важны для ребенка. В отношениях с окружающими детьми занимает вызывающую позицию, стремится показать собственное превосходство, устойчивость. Конкурирует за лидерские позиции в классе.

Характер взаимоотношений с учителями в школе воспринимается девочкой как психотравмирующий, вызывающий эмоциональное напряжение, стремление отстаивать собственную позицию, «мериться силами» и др. Рассказывая о событиях в школе, подросток чрезмерно возбужден, спешит рассказать о собственных переживаниях, на глаза наворачиваются слезы. Длительная ситуация острых конфликтов в школе негативно влияет на эмоциональное состояние девочки, является фактором риска в развитии и усугублении невротических реакций.

Подросток отмечает, что взаимоотношения с матерью доброжелательные, теплые, однако, в силу возрастных особенностей, не считает возможным делиться всеми мыслями и переживаниями с родителем. Реакции эмансипации в стадии формирования.

Таким образом, за прошедший период времени наблюдается, с одной стороны, сформированную способность контролировать количество употребляемой воды в пределах 3—4 литров в сутки, с другой стороны — увеличение количества невротизирующих факторов, негативно влияющих на эмоциональное состояние ребенка. В отношениях со сверстниками и с учителями в школе назревает конфликт. Девочка испытывает потребность в общении и признании со стороны сверстников, однако стремление занимать лидирующие позиции, соревновательный мотив не позволяют реализовать данную потребность в полной мере. Обращают на себя внимание изменения во взаимоотношениях с мамой: подросток демонстрирует потребность в сепарации, увеличении дистанции в общении, охране собственного психологического пространства.

При разработке программы психологической реабилитации психологи придерживались следующего принципа: в начале работы обеспечивать более структурированные, заранее подготовленные занятия с целью снижения напряжения, повышения чувства доверия в контакте с психологом. При сложившемся контакте стремились переходить на более спонтанную форму работы с ребенком с целью поддержки его интересов и потребностей, развития спонтанности, умения выдерживать чувство неопределенности.

После сбора дополнительной информации о психологическом состоянии ребенка и прояснения запроса на оказание психологической помощи была разработана программа занятий, которые проводились с периодичностью раз в неделю. Если на первом этапе работы использовались когнитивно-бихевиоральные методы коррекции поведения, то на втором этапе реабилитации применялся широкий спектр методов, позволяющих обеспечить более глубокие личностные изменения.

Направления и техники работы:

1. Повышение уровня внимательности и чувствительности к телесным ощущениям.

— Модифицированный вариант дидактической игры «Чудесный мешочек» позволяет обучать ребенка умению прислушиваться, быть внимательным к собственным телесным ощущениям, классифицировать их, называть, выразить чувства, связанные с полученными ощущениями [Стребелева, 2007].

2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции, отреагирование эмоциональных переживаний.

— Отреагирование сильных эмоциональных переживаний (импровизированное «сражение на саблях»);

— техника «пустой стул», заимствованная из психодрамы, использовалась нами для организации виртуального диалога подростка с родителями, учителями и сверстниками, а также использована для диалога различных субличностей при возникновении внутриличностного конфликта [Оклендер, 2012];

— нервно-мышечная релаксация по Э. Джекобсону [Щербатых, 2006].

3. Расширение способов вербальной и невербальной коммуникации, развитие спонтанности.

— Настольные игры «Крокодил», «Шарады», Alias, Активити.

4. Поиск ресурсов для преодоления сложившейся ситуации.

— Экстернализация — техника нарративного подхода, помогающая ребенку отделить собственную идентичность от сложностей, с которыми он столкнулся (от проблемы). Данная техника помогает снизить чувство вины, способствует сплочению семьи ребенка в борьбе с проблемой [Кутузова, 2007; Уайт, 2010];

— «уникальные эпизоды» — техника, позволяющая ребенку увидеть те случаи из жизни, где ему удавалось повлиять на ситуацию, справиться с возникшими сложностями [Кутузова, 2007; Уайт, 2010];

— упражнение «Опасное пространство — мое безопасное пространство» помогает ребенку четче увидеть те ситуации или отношения, которые являются психотравмирующими, а также найти те ресурсы, которые помогают справляться со сложностями, чувствовать себя более спокойным и защищенным [Оклендер, 2012].

5. Развитие самосознания, рефлексии, укрепление чувства своего Я.

— Метафорические карты (проекции Я в прошлое, настоящее и будущее) [Оклендер, 2012];

— арттерапевтические техники: коллажи «Герои фильмов и книг, на которых я хочу быть похожа», «Я глазами других — Я это Я»;

— работа с полярностями — исследование разных проявлений собственной личности, которые нравятся или не нравятся самому ребенку или окружающим [Оклендер, 2012].

6. Улучшение характера взаимоотношений со сверстниками (в групповой и индивидуальных формах), преодоление внутриличностных и межличностных конфликтов. Беседы на следующие темы:

- конкуренция и кооперация в отношениях с одноклассниками (причины, стремления и др.);
- потребность в общении с ровесниками;
- чувство одиночества и его связь с появлением симптома;
- конфликты с учителями и чувства, возникающие в связи с этим;
- перспектива поступления в новую школу (риски и надежды).

7. Преодоление трудностей во взаимодействии с мамой. Техники, позволяющие увидеть привычные способы взаимодействия в диаде «мать-дочь», а затем выстроить новый способ взаимодействия.

- Пробы на совместную деятельность [Бурменская, Захарова, Карабанова, Лидерс, 2002];
- задания на совместную деятельность: «общий рисунок», «твоя и моя территории», «незаконченные предложения для работы в паре» [Бурменская, Захарова, Карабанова, Лидерс, 2002].

Результаты

К настоящему времени проведено более 30 занятий и становится возможным подвести итоги работы. Мама девочки стала больше прислушиваться к психологическим потребностям ребенка, помогать в преодолении возникающих трудностей. Девочка перешла в новую школу, в которой чувствует себя более комфортно в общении и с учителями, и с ровесниками. У девочки повысились эмоциональная устойчивость, активность, спонтанность, снизилась тревожность, появились четко очерченные стремления и желания, образы желаемого будущего. Подросток лучше понимает собственные желания, стремится об этом сказать. В значительной степени уменьшилось влияние «проблемного поведения» на жизнь подростка. Среднее количество употребляемой воды в день снизилось до 2—3 литров и не угрожает физическому состоянию ребенка.

Одной из важнейших задач остается обучение подростка разным способам отслеживания собственного эмоционального состояния и способам психологической самопомощи с целью профилактики появления новых эпизодов психогенной полидипсии. В связи с этим продолжается психологическое сопровождение ребенка.

Заключение

Наибольшую эффективность обеспечивает комплексный подход к диагностике и реабилитации ребенка, страдающего психогенной полидипсией. Командная работа специалистов медицинского и психолого-

педагогического профиля на диагностическом этапе позволяет установить точный диагноз, определить необходимый объем медицинской помощи, а также психолого-педагогического сопровождения ребенка. В задачи диагностического этапа входит выявление основных причин психологических трудностей ребенка, соотнесение их с состоянием здоровья и определение направлений психокоррекционной работы.

Основная задача на первом этапе реабилитации — это снижение ежедневного употребления большого количества жидкости и уменьшение риска развития тяжелой соматической патологии. Наиболее эффективными на первом этапе реабилитации являются краткосрочные, когнитивно-бихевиоральные методы коррекции поведения.

Второй этап реабилитации характеризуется многозадачностью и требует более глубокой работы по исследованию переживаний и психологических потребностей ребенка, его взаимоотношений с родителями и более широким окружением. Оказание психологической помощи предполагает глубокую проработку личностных проблем ребенка. Описание данного случая показывает возможность использования на втором этапе реабилитации психологических техник из разных психологических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

- Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г.* Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. М.: ГЭОТАР — Медиа, 2010. 384 с.
- Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А., Лидерс А.Г.* Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карабанова, А.Г. Лидерс. М.: Академия, 2002. 416 с.
- Кутузова Д.А.* Вестник практической психологии образования // Нарративный подход в работе психолога образования. 2007. № 3. С. 98—102.
- Оклендер В.* Скрытые сокровища: Путеводитель по внутреннему миру ребенка / В. Оклендер. М.: Когито-центр, 2012. 271 с.
- Стребелева Е.А.* Коррекционно-развивающее обучение детей в процессе дидактических игр : пособие для учителя-дефектолога / Е.А. Стребелева. М.: Владос, 2007. 256 с.
- Шевченко Ю.С.* Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под ред. Ю. С. Шевченко. М.: Речь, 2003. 552 с.
- Щербатых Ю.В.* Психология стресса и методы коррекции / СПб.: Питер, 2006. 256 с.
- Уайт М.* Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / М.: Генезис, 2010. 326 с.
- Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей / Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2008. 624 с.

- Dundas B., Harris M., Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: Etiology, differential, and treatment // Current Psychiatric Reports. 2007. № 9. Pp. 236—241.
- Kohli A., Verma S.Jr., Sharma A.Jr. Psychogenic polydipsia // Indian Journal Psychiatry. 2011. № 53. Pp. 47—48.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN PSYCHOGENIC POLYDIPSIA

A.S. BUSLAEVA

The article presents a case of psychological support to a girl suffering from psychogenic polydipsia. It is shown the necessity of integrated approach at the stage of diagnosis and rehabilitation to provide comprehensive care to the child and her family. Stages, directions and techniques of psychological assistance to the child are described. The results at different stages of the work are presented.

Keywords: psychological rehabilitation of children and adolescents, child psychotherapy, psychological assistance in health care facilities, multidisciplinary approach, psychogenic polydipsia.

- Antropov Iu.A., Antropov A.Iu., Neznanov N.G. Osnovy diagnostiki psikhicheskikh rasstroistv: ruk. dlia vrachei / Iu. A. Antropov, A.Iu. Antropov, N.G. Neznanov. Moscow: GEOTAR — Media, 2010. 384 p.
- Burmenskaia G.V., Zakharova E.I., Karabanova O.A., Lidets A.G. Vozrastno-psikhologicheskii podkhod v konsul'tirovanii detei i podrostkov: Ucheb. posobie dlia stud. vyssh. ucheb. zavedenii / G.V. Burmenskaia, E.I. Zakharova, O.A. Karabanova, A.G. Lidets. Moscow: Akademiia, 2002. 416 p.
- Kutuzova D.A. Vestnik prakticheskoi psikhologii obrazovaniia. Narrativnyi podkhod v rabote psikhologa obrazovaniia. 2007. № 3. Pp. 98—102.
- Oklender V. Skrytye sokrovishcha: Putevoditel' po vnutrennemu miru rebenka / V. Oklender. Moscow: Kogito-tsentr, 2012. 271 p.
- Strebeleva E.A. Korreksionno-razvivaiushchee obuchenie detei v protsesse didakticheskikh igr : posobie dlia uchitelia-defektologa / E.A. Strebeleva. Moscow: Vlado, 2007. 256 p.
- Shevchenko Iu.S. Bikheviornal'no-kognitivnaia psikhoterapiia detei i podrostkov / Pod red. Iu. S. Shevchenko. Moscow: Rech', 2003. 552 p.
- Shcherbatykh Iu.V. Psikhologii stressa i metody korreksii / SPb.: Piter, 2006. 256 p.
- Uait M. Karty narrativnoi praktiki: Vvedenie v narrativnuiu terapiiu / Moscow: Genezis, 2010. 326 p.
- Entsiklopediia psikhodiagnostiki. Psikhodiagnostika detei / Samara: Izdatel'skii Dom "Bakhrakh-M", 2008. 624 p.
- Dundas B., Harris M., Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: Etiology, differential, and treatment. Current Psychiatric Reports. 2007. № 9. Pp. 236—241.
- Kohli A., Verma S.Jr., Sharma A.Jr. Psychogenic polydipsia. Indian Journal Psychiatry. 2011. № 53. Pp. 47—48.