

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ДИСМОРФИЧЕСКОГО И ИПОХОНДРИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВ

А.Е. Тверитина<sup>1,2\*</sup>, Е.И. Воронова<sup>1,3</sup>, Д.В. Романов<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Институт клинической медицины им Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

<sup>2</sup> ООО «Меднанотех» (Heartman clinic), Москва

<sup>3</sup> ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

<sup>4</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

## A CLINICAL CASE OF BODY DYSMORPHIC DISORDERS AND HYPOCHONDRIASIS COMORBIDITY

A.E. Tveritina<sup>1,2\*</sup>, E.I. Voronova<sup>1,3</sup>, D.V. Romanov<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> N.V. Sklifosovsky Clinical Medicine Institute, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>2</sup> LLC «Mednanotech» (Heartman Clinic), Moscow, Russia

<sup>3</sup> Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

<sup>4</sup> Mental Health Research Center, Moscow, Russia

\*E-mail: an\_tveritina@bk.ru

### Аннотация

Представлен клинический случай сочетания дисморфического и ипохондрического расстройств. Проанализирована динамика указанных нарушений, их взаимосвязь, а также особенности ассоциации с другими психопатологическими феноменами. Приведено сопоставление с данными литературы.

**Ключевые слова:** дисморфия, дисморфофобия, дисморфомания, дисморфическое расстройство, ипохондрия, шизотипическое расстройство.

### Abstract

The article presents a clinical case of combined dysmorphic disorder and hypochondriasis. The authors analyze dynamics of these disorders, their interrelations, and their association with other psychopathological phenomena. They also compare their findings with those available in the literature.

**Keywords:** dysmorphia, dysmorphophobia, dysmorphomania, dysmorphic disorder, hypochondriasis, schizotypal disorder.

**Ссылка для цитирования:** Тверитина А.Е., Воронова Е.И., Романов Д.В. Клинический случай сочетания дисморфического и ипохондрического расстройств. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2024; 3: 70–74.

### Введение

Дисморфические и ипохондрические расстройства являются актуальной и существенной проблемой прежде всего за пределами психиатрической практики – в косметологии и соматической медицине, поскольку в большинстве случаев при этой патологии пациенты в первую очередь обращаются к соответствующим специалистам непсихиатрического профиля [1–6].

С феноменологической точки зрения дисморфические и ипохондрические идеи (о мнимом косметическом дефекте либо соматической болезни соответственно) формируют спектры психопатологических феноменов, ранжируемых от невротического к бредовому регистру, и могут носить характер озабоченности, тревожных опасений, фобий, obsessions, сверхценных/бредовых феноменов. Применительно к дисморфии (термин по аналогии с понятием «ипохондрия» здесь используется в широком смысле, объединяя всю совокупность идей соответствующего содержания) на одном полюсе указанного континуума находятся синдромы

дисморфофобии, включающей наряду с опасениями/фобиями/obsessions также избегающее и ограничительное поведение [7], а на противоположном – дисморфомании [8] со сверхценными/бредовыми расстройствами, в том числе идеями отношения, малоценности, суицидальной идеацией и соответствующим бредовым поведением. В этом отношении концепция небредовой и бредовой дисморфии соотносится с представлениями о небредовой и бредовой ипохондрии [9]. При этом в случае обоих спектров (и дисморфии, и ипохондрии) речь идет о сфокусированных на сфере соматопсихики телесно-ориентированных, идеаторных феноменах, что закономерно может приводить к их перекрытию.

В этом плане иллюстративно положение упомянутых выше симптомокомплексов в актуальных классификациях болезней. Так, в МКБ-10 дисморфофобия включена в структуру ипохондрического расстройства (F45.2) в пределах категории невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, где речь идет либо об «оза-

боченности возможным серьезным прогрессирующим соматическим заболеванием» (нозофобия, ипохондрический невроз), либо «дефектом внешности» (небредовая дисморфофобия). При этом указывается, что в случае бредовой ипохондрии / дисморфии состояние следует квалифицировать как бредовое расстройство соматического типа (F22.0). В МКБ-11 ввиду сопоставимости симптоматики с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) дисморфофобия выделена в отдельное дисморфическое расстройство (6B21) и группу обсессивно-компульсивных и близких расстройств. Аналогичным образом в DSM-5 дисморфофобия расположена в группе ОКР и обозначена как телесное дисморфическое расстройство (300.7). Ипохондрическое расстройство в МКБ-11 и DSM-5 также включено в спектр ОКР как рядоположенное дисморфическому (фактически дисморфофобии). В свою очередь квалификация бредовой дисморфии/ипохондрии в МКБ-11 и DSM-5 не изменилась (бредовое расстройство).

Соответственно, ассоциация дисморфии/ипохондрии с учетом их квалификации либо в пределах единой диагностической категории (МКБ-10), либо в рамках спектра ОКР (МКБ-11, DSM-5), либо среди бредовых симптомокомплексов (бредовое расстройство) нуждается в уточнении закономерностей коморбидности указанных феноменов/симптомокомплексов как друг с другом, так и с другими психопатологическими и патохарактерологическими образованиями.

Далее приведен случай сочетания дисморфических и ипохондрических идей у больной с эпизодами рекуррентной депрессии и шизотипическим расстройством.

### Анамнез

Пациентка А., 35 лет. Наследственность отягощена патохарактерологически по линии матери (шизоидные черты личности на уровне акцентуации) и алкоголизмом по линии отца. Пробанд родилась в срок, от первой по счету, нормально протекающей беременности и родов. Раннее развитие в соответствии с возрастными нормами. Отмечались явления невропатии, ввиду чего часто возникали обмороки, головокружения, расстройства пищеварения (поносы, запоры). Часто болела простудными заболеваниями с повышением температуры. На высоте лихорадки возникали эпизоды измененного сознания: окружающее казалось нереальным, перевернутым вверх ногами. По инициативе матери наблюдалась у узких специалистов: эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога. Патологические находки при обследовании ограничивались повышенным внутричерепным давлением. При этом, со слов матери, несмотря на болезненность, мнительностью в вопросах здоровья в детстве не отличалась.

Была зависимой. Испытывала интенсивную тревогу при разлуке с матерью, если та задерживалась на работе, что сопровождалось навязчивыми мыслями и представлениями о возможном несчастье. Отличалась впечатлительностью, стеснительностью, безынициативностью. В общении с детьми держалась ведомо, податливо. Придерживалась малых компаний из одной-двух подруг. В уединении отдавала предпочтение играм в куклы. Кратковременно посещала творческие кружки, однако прекращала ввиду скорого угасания интереса. Училась посредственно, без интереса. На уроках часто отвлекалась на собственные размышления. По окончании школы поступила на заочное отделение факультета мировой экономики в связи с нали-

чием бюджетных мест. После окончания вуза работала по профессии, часто меняла места трудоустройства, подолгу на рабочем месте не удерживалась, нередко увольнялась в связи с частыми больничными по поводу простудных заболеваний и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

Менсис – с 12 лет. Интерес к противоположному полу – с подросткового возраста, несколько раз меняла романтических партнеров, порой делинквентного круга, в том числе склонных к употреблению психоактивных веществ. Чувств не питала, расставалась по причине угасания интереса. В брак не вступала, беременностей не было.

В старшей школе (13 лет) подвергалась насмешкам одноклассников из-за высокого роста, ввиду чего начала сравнивать собственную внешность с другими, впервые появилась убежденность в увеличенном объеме щек, из-за которых глаза казались слишком маленькими, а общее телосложение – слишком крупным. Несколько раз замечала, что сверстники обсуждают и негативно оценивают ее внешний вид, после чего переставала с ними общаться. Подкрашивала глаза, чтобы те казались больше относительно щек. В университетские годы также стала обращать внимание на разрежение волос, в связи с чем прибегала к их наращиванию. При этом продолжала учебу, к косметологам не обращалась.

В возрасте 19 лет узнала, что дед по линии матери пропал без вести. Несмотря на то что не поддерживала с ним отношения, известие перенесла со стойким снижением настроения с преобладанием тревоги. Ощущала сжатие за грудиной, ком в горле, нехватку воздуха, сопровождавшиеся страхом смерти. Навязчиво прокручивала мысли – опасения за мать, боялась, что она тоже может умереть и оставить ее одну. Контролировала ее местонахождение многочисленными звонками. Была плаксива, легко возникали истерики. Пребывала в состоянии, когда окружающий мир казался серым, нереальным, «как в тумане». Звуки казались приглушенными. Испытывала головокружения, шаткость походки, чувство потери контроля над собственным телом. Перестала выходить из дома, по необходимости выбиралась в сопровождении матери. Снижился аппетит. Изменился сон с тенденцией к гиперсомнии, подолгу заживалась в постели. Хуже чувствовала себя в утренние часы. Уволилась с работы. К специалистам не обращалась. Настроение выровнялось самостоятельно спустя два года, в течение которых не работала, фактически жила на иждивении матери.

Однако, несмотря на редукцию депрессивной симптоматики, сохранилась фиксация на собственном физическом самочувствии, усилились черты зависимости: постоянно тревожилась из-за местонахождения и здоровья матери. С тех пор стала более ипохондрична, регулярно посещала специалистов узкого профиля, проводила лабораторные и инструментальные обследования, искала в интернете болезни и симптомы. Отметила снижение работоспособности, быстро уставала при повышении нагрузки, болела простудными заболеваниями и ОРВИ. В этой связи часто меняла места работы, замечала непродолжительное улучшение самочувствия после очередного увольнения.

В 27 лет, сравнивая себя с коллегами и девушками в социальных сетях, впервые, а затем на постоянной основе начала обращаться к врачу-косметологу. Без явной провокации вновь актуализировалась возникшая в подростковом возрасте идея дефекта внешности: была недовольна

излишней припухлостью щек и связанным с этим узким разрезом глаз. Стала постоянно прибегать к процедуре коррекции лица с помощью филлеров с гиалуроновой кислотой. Изменила таким образом форму и объем губ, скул, подбородка, углов челюсти, носослезной борозды с целью визуально уменьшить лицо. Посещала консультации пластических хирургов с целью изменить, приоткрыть глаза. Также обратила внимание на морщины в области лба, регулярно обращалась за ботулинотерапией.

Значительное ухудшение психического состояния возникло у пациентки в возрасте 34 лет после известия о тяжелом заболевании матери, которое проявилось в снижении настроения с клишированной депрессивной и тревожно-ипохондрической симптоматикой. В этот период впервые обратилась к психотерапевту – без эффекта. Спустя три месяца ограничила контакты, большую часть времени находилась дома за однообразной деятельностью. Отслеживала ощущения в теле от влияния кофе, алкоголя, сигарет, а также слишком долгого сидения/лежания / просмотра сериалов. Обращалась к специалистам общесоматического профиля, по назначению терапевта принимала фенибут с непродолжительным эффектом. Затем обратилась к психиатру, по назначению принимала перфеназин, циталопрам с положительным эффектом в отношении настроения. Будучи убежденной в «изношенности» организма и ухудшении внешнего вида из-за перенесенных стрессов, вновь обратилась к врачу-косметологу. Была рекомендована повторная консультация психиатра.

### Психический статус

На беседу соглашается охотно. Выглядит в соответствии с возрастом. Нормостенического телосложения. Одеты по молодежной моде. Носит аксессуары. Волосы убраны в хвост. Губы увеличены косметологической коррекцией.

Зрительный контакт устанавливает и поддерживает. Мимика и жесты оживленные. Суетлива, взволнованна. Не всегда понимает суть вопросов, застывает. Выражение лица наивное, детское, по ходу беседы округляет глаза, поджимает губы. Речь сбивчивая, с соскальзываниями и элементами резонерства. Словарный запас скудный, использует просторечные выражения, сленг. Апеллирует к плохой памяти на давние события. обстоятельно рассказывает о состоянии здоровья и связанных с ним проблемах внешней привлекательности.

Жалуется на сниженное настроение, подавленность, которые объясняет собственным плохим физическим самочувствием. Сообщает, что не может отвлечься от размышлений на тему вероятного заболевания, опасений за здоровье. Жалуется на тревогу, которую ощущает в виде «дрожь в груди», учащенного сердцебиения. Фиксирована на симптомах, ведет список жалоб. Сообщает о снижении зрения («через мутное стекло»), ощущении «головы под куполом», потере координации и равновесия; беспокоят головокружения, шаткость и неустойчивость походки. Прокручивает в голове катастрофические исходы своих телесных ощущений и явлений: колет за грудной – значит инфаркт, зевает – «кислород на поступает в голову». Сообщает, что погружена в поиск информации о здоровье в интернете. Описывает многочисленные визиты к врачам, в результате которых серьезная патология внутренних органов и неврологические заболевания были исключены. Признается, что это лишь на время уменьшает интенсивность тревоги о здоровье. При этом идеи относительно

какого-либо конкретного недиагностированного заболевания не имеет.

Беспокоят апатия, быстрая утомляемость, ввиду чего проводит время однообразно – дома, по ее словам, «как овощ». Жалуется на безрадостность: перестала получать удовольствие от ранее любимых дел, поездок на машине под музыку, шопинга. Не испытывает потребности в общении, ограничила контакты. Сон в избытке, отмечает дневную сонливость, в связи с чем нуждается в дневном сне. Аппетит несколько снижен.

Испытывает трудности с концентрацией внимания и принятием решений, беспокоит забывчивость, отмечает обрывы мыслей, ощущение потери контроля над мыслительной деятельностью, наплывы мыслей.

Сообщает, что наряду с проблемами здоровья ежедневно тяготеет размышлениями о собственном внешнем виде. Беспокоят горизонтальные морщины на лбу, в то же время считает это поправимым, в отличие от избыточного объема щек, из-за которых глаза визуально кажутся меньше. Сосредоточена на форме и объеме губ: не удовлетворяют пропорции верхней относительно нижней, беспокоят естественная выпуклость посередине, опущение уголков губ – пристально рассматривает, просит врача о проведении осмотров и дополнительных коррекций. Убеждена, что на фоне большего объема губ, если их увеличить, щеки будут казаться меньше. Рассказывает, что активно пользуется социальными сетями, уделяя им пять – семь часов ежедневно. Подбирает удачные ракурсы для публикации собственных фотографий. Использует фото- и видеоредакторы. Отмечает, как внешний вид влияет на настроение. Может отказаться от похода в общественное место при высокой неудовлетворенности отражением в зеркале.

Также сообщает, что не удовлетворена потерей эластичности кожи тела, что характеризует как «все висит», тяготеет «лишним весом» (58 кг при росте 172 см), малым объемом ягодич.

Убеждена в «изношенности» организма вследствие перенесенных стрессов, в чем находит причину ухудшения внешнего вида. Считает, что, прибегая к инъекциям, выглядит здоровее, менее уставшей. Упоминает, что не раз обследовалась у нефролога, чтобы проверить, не вызваны ли отеки щек почечной патологией. При этом из-за опасений за здоровье вынуждена отказываться от желанных пластических операций на глаза, грудь: боится, что «задан нерв», что «не выйдет из наркоза».

### Данные психометрического обследования

- DCQ (опросник дисморфической озабоченности) – 18 баллов, что соответствует выраженной дисморфии (пороговое значение – девять баллов);
- BDD-YBOCS (обсессивно-компульсивная шкала Йеля Брауна на выявление дисморфии) – 27 баллов, что соответствует выраженной дисморфии (пороговое значение – 20 баллов);
- GAD-7 (опросник генерализованного тревожного расстройства): набран максимально возможный балл – 21, что свидетельствует о тяжелой тревоге;
- PHQ-9 (шкала депрессии) – 27 баллов: соответствует тяжелой депрессии;
- SCID-2-PD (структурированный опросник личности): высокие баллы по подшкале шизотипического (STPD – шесть пунктов при пороговом значении пять пунктов) и зависимого расстройства личности (DEPD – шесть пунктов при пороговом значении пять пунктов).

### Косметологический статус

Лицо симметрично. Кожные покровы нормальной окраски. Тонус в норме. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Выраженные морщины, складки, заломы не обнаружены. При пальпации определяются уплотнения в местах введения гиалуроновой кислоты: в губах, подбородке. В области верхних век незначительный избыток кожи, который не доходит до ресничного края, прячется в естественной складке век. Грыжи не визуализируются, в том числе при пальпации. В нижней трети лица обнаружен гипертонус жевательной мышцы, платизмы, подбородочной мышцы. Наблюдается умеренное провисание брылевой области из-за мышечного компонента, визуально соответствующее птозу II стадии, что соответствует возрасту пациентки. Относительно других черт лица – явные признаки возрастных изменений отсутствуют.

Статус в динамике на фоне лечения: по результату приема психофармакотерапии (циталопрам 20 мг/сут, алимемазин 5 мг/сут) отмечается редукция депрессивных симптомов – выровнялся фон настроения, снизилась тревога, в том числе соматизированная, редуцировалась апатия, нормализовались дневная активность, сон, аппетит, однако по-прежнему сохранялась фиксация на собственной внешности и состоянии здоровья. От рекомендованного курса когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) пациентка отказалась, продолжила обращаться к врачам эстетической медицины и общесоматического профиля.

### Клинический разбор и обсуждение

Диагноз сверхценной дисморфии и невротической ипохондрии при рекуррентном депрессивном расстройстве у шизотипической личности обоснован следующими соображениями.

Структура личности больной соответствует шизотипическому расстройству с чертами зависимости (тревога сепарации), что подтверждается данными структурированного личностного интервью (SCID-II-PD). На принадлежность к расстройству личности эксцентрического кластера А указывают свойственные больной с детства черты сенситивной шизоидии (впечатлительность, стеснительность, интровертированность, предпочтение уединенных занятий, погруженность в размышления), а также следующие полчерты-симптомы, реализующиеся в течение жизни [10]: эмоциональная дефицитарность (отсутствие близких внешних контактов и потребности в них, за исключением рациональных – зависимость от матери), неадекватность эмоциональных реакций (например, парадоксальная реакция на смерть родственника, с которым не поддерживала общение в течение жизни), узкая направленность интересов (изолированные и ограниченные увлечения – интернет-серфинг) и формирование сверхценных убеждений (например, о косметическом дефекте), странности поведения в профессиональной сфере, быту, при выборе романтических партнеров (частые смены мест работы, партнеров делинквентного круга) [11], квазипсихотические эпизоды в детском возрасте (транзиторные психосенсорные расстройства на высоте лихорадки) [12]. Также чертами кластера А отягощена наследственность – шизоидность отца.

В подтверждение дисморфии у больной выступают избыточная озабоченность собственным внешним видом

(прежде всего размером глаз на фоне объема щек), тогда как жалобы на косметический дефект не соответствуют объективно выявляемым при осмотре пластического хирурга изменениям. Наличие дисморфии также подтверждается соответствующими опросниками (DCQ, BDD-YBOCS). Впервые дисморфические идеи появились с подросткового возраста (13 лет) и были ассоциированы с сенситивными идеями отношения, а затем сохранялись в латентном виде и обострились в 27 лет аутохтонно, когда достигли уровня сверхценной дисморфии, заняв ведущее место в системе мотивов больной и по аналогии с бредовым поведением начав определять ее активность (посещение врачей эстетической медицины, проведение и планирование инъекционных и хирургических косметических вмешательств).

Дебют ипохондрического симптомокомплекса состоялся в 19 лет в структуре первого эпизода реактивно спровоцированной эндогенной депрессии (тоска, апатия, суточный ритм, психическая анестезия, деперсонализация), развившейся по типу шизофренической реакции в ответ на триггер, не соответствующий интенсивности и содержанию депрессии [13]. Ипохондрические нарушения тогда и в дальнейшем соответствовали картине тревожно-фобической (невротической) ипохондрии – конверсионные и соматизированные феномены, достигавшие на высоте тревоги интенсивности панических атак. Состояние сопровождалось нозофобиями, агорафобией и «медицинской одиссеей», выраженной социальной дезадаптацией. Несмотря на редукцию тревожно-депрессивного аффекта (самопроизвольное купирование первого эпизода депрессии), ипохондрические феномены сохранялись: на фоне изменений личности с усилением черт зависимости сформировалась невротическая ипохондрия по типу развития личности. В плане значимости прекурсора ипохондрии необходимо отметить, что с детства у пациентки отмечались явления невропатии с квазисоматическими эпизодами (обмороки, головокружения, диарея/констипация и пр.), но без явлений идеопсихоза [14], что соответствует картине проприоцептивного диатеза [15], в ряде публикаций рассматриваемого в качестве прекурсора клинически очерченных ипохондрических симптомокомплексов при шизотипическом расстройстве.

В возрасте 34 лет у больной также реактивно спровоцированно манифестировал второй эпизод клишированной тревожно-ипохондрической депрессии. Однако на этот раз в структуре депрессивного эпизода наряду с ипохондрическими персистировали дисморфические идеи, а обратное развитие депрессии не сопровождалось редукцией ни первых, ни вторых.

Фактически сформировался единый дисморфический ипохондрический симптомокомплекс. При этом особенностью последнего является парадоксальность соотношения дисморфии и ипохондрии. Тем не менее имеет место синергизм соответствующих фабул, фактически дополняющих друг друга (убежденность в том, что ухудшение внешнего вида отчасти следствие «изношенности» организма вследствие перенесенных стрессов; опасения относительно связи избыточной отечности щек с патологией почек и обследования у нефролога). В то же время отмечается антагонизм обсуждаемых дисморфических и ипохондрических феноменов – из-за ипохондрических опасений за здоровье пациентка отказывается от желанных пластических операций.

### Заключение

Представленное в статье клиническое наблюдение течения аффективного заболевания при шизотипическом расстройстве с развитием дисморфии и ипохондрии поначалу в виде относительно изолированных синдромов, а затем – сочетанных, не только дополняющих друг друга, но и конкурирующих между собой, в плане идеаторной составляющей имеет не только теоретическую, но и практическую значимость. Если собственно депрессивная симптоматика поддается обратному развитию в результате проводимой тимоаналептической психофармакотерапии, то дисморфический и ипохондрический синдромы являются значительно более стойкими с необходимостью комплексного подхода к ним. Речь может идти о комбинированном лечении – сочетании психофармакотерапии с психотерапевтическими воздействиями, например КПТ. При этом с учетом частичного антагонизма дисморфического и ипохондрического симптомокомплексов возможной мишенью для психотерапии, направленной, например, на предотвращение необоснованных косметических операций, могут выступать не только дисморфические феномены (вернее, входящие в их структуру «дисфункциональные убеждения», «когнитивные искажения» по терминологии КПТ), но и ипохондрические, потенциально лимитирующие объемы доверенной косметическим хирургам аутодеструкции.

### Литература

1. Круглик Е.В. и др. Дисморфии (дисморфофобии и дисморфомании) в косметологии и эстетической медицине // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. – 2021. – № 1. – С. 58–64. [Kruglik E.V. et al. Dysmorphia (body dysmorphic disorder and dysmorphomania) in cosmetology and aesthetic medicine. Plastic Surgery and Aesthetic Medicine. – 2021. – No 1. – P. 58–64. In Russian].
2. Медведев В.Э. Дисморфическое расстройство: гетерогенные факторы риска и клинико-динамические характеристики // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2021. – Т. 23. – № 2. – С. 29–36. [Medvedev V.E. Dysmorphic disorder: heterogeneous risk factors and clinical-dynamic characteristics. Psychiatry and psychopharmacotherapy. – 2021. – No 2. – P. 29–36. In Russian].
3. Матюшенко Е.Н. Дисморфофобия в дерматологической практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3–4. – С. 11–17. [Matyushenko E.N. Body dysmorphic disorder in dermatology // Psikhicheskie rasstroistva v obshei meditsine. – 2011. – No 3–4. – P. 11–17. In Russian].
4. Смугевич А.Б. и др. Ипохондрия *sine materia* как психосоматическая проблема (на модели ипохондрических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112. – № 1. – С. 14–25. [Smulevich A.B. et al. Hypochondria sine materia as a psychosomatic problem (on the model of hypochondria disorders that occur in the space of the skin integument). Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2012. – 112. – No 1. – P. 14–25. In Russian].
5. Иванов С.В. и др. Ипохондрические развития по типу паранойи борьбы у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями (длительное катамнестическое наблюдение) // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 2. – С. 4–10. [Ivanov S.V. et al. Hypochondriacal developments of the type of paranoia of struggle in patients suffering from malignant neoplasms (long-term follow-up observation). // Mental disorders in general medicine. – 2010. – No 2. – P. 4–10]
6. Шахнович А.А. и др. Психический статус пациентов в косметологии как предиктор удовлетворенности эстетическими процедурами и психометрические шкалы для его оценки (обзор литературы) // Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 2. – № 26 (401). – С. 5–11. [Shakhnovich A.A. et al. Mental status of patients in cosmetology as a predictor of satisfaction with aesthetic procedures and psychometric scales for its assessment (literature review) // Medical alphabet. – 2019. – V. 2. – No 26 (401). – P. 5–11].
7. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Bollettino della R // Accademia medica di Genova. – 1886. – No 6. – P. 110–119.
8. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984. – С. 12. [Korkina M.V. Dysmorphomania in adolescence and youth. – Moscow: Medicine, 1984. – P. 12. In Russian].
9. Смугевич А.Б. Вялотекущая ипохондрическая шизофрения // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 1. – С. 4–10. [Smulevich A.B. et al. Low-grade hypochondriacal schizophrenia // Psychiatry and psychopharmacotherapy. – 2009. – V. 11. – No 1. – P. 4–9. In Russian].
10. Смугевич А.Б. Расстройства личности и шизофрения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. – № 1 (8). – С. 9. [Smulevich A.B. Personality disorders and schizophrenia // Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. – 2011. – V. 111. – No 1 (8). – P. 9. In Russian].
11. Смугевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. – Москва: МИА. – 2012. – С. 81. [Smulevich A.B. Personality disorders. Trajectory in the space of mental and somatic pathology. Moscow: MIA. – 2012. – P. 81. In Russian].
12. Дубницкая Э.Б., Волель Б.А., Серебрякова Е.В. Небредовая ипохондрия: история и современное состояние проблемы (обзор литературы-часть I) // Психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 44–54. [Dubnitskaya E.B., Volel B.A., Serebryakova E.V. Non-brave hypochondria: history and current state of the problem (literature review-part I) // Psychiatry. – 2008. – No 1. – P. 44–54. In Russian].
13. Leonhard K. Individual therapie und Prophylaxe der hysterische, anankastischen und sensohypochondrischen Neurosen. – Wien, 1959.
14. Rado S. Dynamics and classification of disturbances of behavior // Am. J. Psych. – 1953. – P. 6.
15. Смугевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. [Smulevich A.B. Personality psychopathology and comorbid disorders: textbook. Moscow: MEDpress-inform, 2009. In Russian].