

Красный плоский лишай и ассоциированные психосоматические расстройства

И.Ю. Дороженок^{1,2}, Е.С. Снарская¹, В.Г. Шенберг¹

¹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

² ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34

Актуальность темы обусловлена широким спектром психосоматической коморбидности красного плоского лишая (КПЛ). Цель: определение клинических взаимосвязей КПЛ с коморбидными психосоматическими расстройствами. Проведено проспективное клиническое исследование у 93 (58 женщин, 35 мужчин; средний возраст 47,6 года) больных КПЛ преимущественно кожной локализации с использованием клинко-дерматологического (шкалы: индекс клинических симптомов — ИКС и опросник дерматологического индекса качества жизни — ДИКЖ), психопатологического, экспериментально-психологического, клинко-катамнестического, статистического методов. Выявлены и клинически верифицированы психогенные манифестации кожного процесса у 28 (30,1%) больных; нозогенные реакции (F43) у 56 (60,2%), рекуррентные депрессии (F33) у 9 (9,7%). Определены клинические взаимосвязи КПЛ различных форм, характера течения, степени тяжести, локализации и распространенности с выраженностью и структурой коморбидных психосоматических расстройств.

Ключевые слова: красный плоский лишай, психосоматические расстройства, стрессогенные (психогенные) манифестации, нозогенные реакции (вторичные психические расстройства), депрессии, расстройства личности.

Контактная информация: snarskaya-dok@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2016; (4): 27—32.

Lichen planus and associated psychosomatic disorders

I.Yu. Dorozhenok^{1,2}, E.S. Snarskaya¹, V.G. Shenberg¹

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Trubetskaya str., 8, bldg 2, Moscow, 119991, Russia

² Mental Health Research Center

Kashirskoe Rte, 34, Moscow, 115522, Russia

The urgency is due to a wide range of psychosomatic comorbidity lichen planus (LP). Objective: to determine the clinical relationships of the LP with comorbid psychosomatic disorders. The present prospective clinical study 93 (58 women, 35 men; middle age. 47, 6 years) of patients with LP predominantly dermal localization clinical-dermatological (using scales: the index of clinical symptoms -ICS and questionnaire dermatology quality of life index — DIQL), psychopathological, experimental-psychological, clinical and follow-up, statistical methods. Identified and clinically verified psychogenic manifestation of skin lesions in 28 (30.1%); nosogenic reactions (F43) 56 (60.2%); recurrent depression (F33) — in 9 (9.7%) cases. Defined clinical the relationship of various forms of the LP, the nature of the flow, severity, location and extent of the severity and structure of comorbid psychosomatic disorders.

Key words: lichen planus, psychosomatic disorders, stress manifestations, secondary mental disorders, depression, personality disorders.

Corresponding author: snarskaya-dok@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 4: 27—32.

■ Среди различных областей психосоматической медицины наиболее показательной моделью для клинического изучения является психодерматология благодаря высокой распространенности психосоматической патологии, а также обширности представленности психических расстройств, не имеющих соматического обоснования. В амбулаторной дерматологической практике распространенность психических расстройств в среднем составляет 21—34% [1], в то время как среди стационарных пациентов этот показатель достигает 31—60% [2]. В отличие от других областей психосоматики (например, психокardiологии, где преобладают психогенно спровоцированные тревожно-депрессивные нарушения) психическая патология в дерматологической практике представлена в рамках завершеного (включающего все классификационные составляющие) психосоматического континуума: от психотических и соматоформных расстройств, не имеющих дерматологического обоснования, до неглубоких психогений при хронических дерматозах [3].

Детальное изучение патогенеза кожных заболеваний (в частности, исследование обмена и функций нейропептидов, во многом предопределяющих течение патофизиологических процессов при atopическом дерматите, псориазе, рецидивирующем простом герпесе и ряде других дерматозов) позволяет объективизировать механизмы психогенного воздействия на кожный процесс. Полученные данные подтверждают значимую роль психических травм и неблагоприятных ситуаций в развитии и течении заболеваний, относимых к психосоматическим [4, 5].

Клиническая интерпретация особенностей накопления психопатологических нарушений, спровоцированных кожным заболеванием (вторичных психических расстройств), также существенно выделяет психодерматологию из других разделов психосоматической медицины. Прежде всего речь идет о формирующихся при незначительной тяжести кожного заболевания нарушениях образа тела — латентного или акцентуированного конституционального паттерна самовосприятия в виде уникального «интрапсихического представления» о собственной физической внешности [6].

Несмотря на большой объем литературы по данной проблеме, до сих пор остается нерешенным вопрос предпочтительности психических нарушений, накапливающихся при объективно регистрируемых дерматозах. Уродующий эффект дерматозов рассматривается зарубежными авторами в качестве стрессорного фактора, провоцирующего целый спектр вторичных психических расстройств [7]. Хотя большинство кожных заболеваний с точки зрения угрозы жизни относятся к легким, не сопровождающимся риском летального исхода, тем не менее психотравмирующее воздействие ряда дерматозов существенно превосходит влияние других лишающих внешней привлека-

тельности признаков (пигментация, ожирение, рубцы на открытых участках тела) и может достигать уровня, сопоставимого с последствиями жизнеугрожающих или инвалидизирующих заболеваний [7].

Коморбидные психические расстройства (прежде всего эндогенные депрессии), совпадающие во времени с эксацербацией кожного заболевания, утяжеляют течение дерматоза, продлевают сроки пребывания больных в стационаре, негативно влияют на качество жизни. Экономический аспект данной проблемы определяется чрезмерными затратами на частые визиты к врачам различных специальностей, проведением необоснованных дорогостоящих диагностических процедур, массивной высокочастотной терапии, длительными сроками снижения или утраты работоспособности [3].

Красный плоский лишай (лат. *lichen ruber planus*; красный лишай, или плоский лишай) — хронический рецидивирующий воспалительный дерматоз с окончательно не установленными этиологией и патогенезом, отличающийся многообразием триггерных факторов [8]. Заболевание проявляется зудящей узелковой сыпью, располагающейся симметрично преимущественно на сгибательных поверхностях верхних конечностей, слизистых половых органов, рта и под ногтями пластинами [8]. Развитие дерматоза наблюдается преимущественно у женщин возрастной группы от 30 до 50 лет, при этом в общей структуре дерматологических заболеваний он составляет от 1,5 до 2,5%, а поражение слизистых оболочек полости рта может достигать 32% [9, 10].

Среди триггерных факторов манифестации КПЛ традиционно фигурируют инфекционные, нейрогенные, токсико-аллергические, иммунопатологические. В то же время некоторые исследователи отводят ведущую роль в манифестации КПЛ психогенному воздействию, допуская возможное участие в данном процессе коморбидных депрессивных и тревожных расстройств [11].

В свою очередь, развитию психических нарушений способствуют нозогенные проявления кожного заболевания. Так, у пациентов с КПЛ выявляются проблемы со сном, снижение настроения и наличие тревожности по сравнению с контрольной группой, что расценивалось в качестве симптомов тревожных и депрессивных нарушений, спровоцированных проявлениями КПЛ [12].

Таким образом, клиническое изучение спектра психосоматической коморбидности КПЛ представляется весьма востребованным благодаря нередкой стрессогенной (психогенной) манифестации/эксацербации дерматоза; наличию обширного круга провоцирующих вторичные психические расстройства нозогенных факторов, как сходных с другими областями психосоматики (тяжело протекающие формы заболевания, мучительный зуд, возможность злокачественной трансформации очагов поражения), так и специ-

фичных для дерматологической практики (локализация высыпаний на открытых участках тела, в области половых органов, слизистой рта); а также представленности в структуре коморбидной патологии аффективных расстройств.

Цель исследования: определение клинических взаимосвязей КПЛ с коморбидными психосоматическими расстройствами, направленное на разработку их типологии.

Материал и методы

В рамках одобренного локальным этическим комитетом проспективного клинического исследования обследованы 93 (58 женщин, 35 мужчин; средний возраст $47,6 \pm 8,6$ года) больных КПЛ преимущественно кожной локализации с коморбидными психосоматическими расстройствами.

Выборку составили пациенты, обратившиеся в клинику кожных и венерических болезней Университетской клинической больницы №2 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова за период с декабря 2013 г. по октябрь 2015 г. и давшие информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование всех пациентов проводилось совместно сотрудниками кафедры психиатрии и психосоматики института профессионального образования (зав. — акад. РАН А. Б. Смулевич) и кафедры кожных и венерических болезней (зав. — профессор О. Ю. Олисова) Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

Критерии включения: наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании; возраст 18—65 лет; пол — мужчины и женщины; установленный диагноз красный плоский лишай; признаки коморбидной психосоматической и психической патологии непсихотических регистров.

Критерии исключения: возраст моложе 18 лет и старше 65 лет; беременность, кормление грудью; признаки манифестного шизофренического/шизоаффективного психоза, органического поражения ЦНС, тяжелой инвалидизирующей соматической патологии, алкоголизма или наркомании.

Методы исследования: клинико-дерматологический, психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический, статистический (вариационный и непараметрический). Исследование кожного статуса проводилось с использованием универсальной шкалы — Индекса клинических симптомов (ИКС), а также опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Катамнестически обследованы все 93 больных, продолжительность катамнестического периода — от 6 мес. до 2 лет.

Полученные данные обрабатывались с помощью методов математической статистики (лицензионных статистических пакетов SPSS 13.0, Statistica 7.0.), точного двустороннего теста Фишера, достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Среди изученных случаев КПЛ преобладали папулезная (43 наблюдения) и гипертрофическая (39 наблюдений) клинические формы, которые в 52% случаев сопровождались поражением слизистых оболочек ротовой полости и видимых слизистых оболочек гениталий. Другие клинические формы были представлены в значительно меньшей степени: эритематозная (4 наблюдения), атрофическая (3), линейная (2), пигментная (2). Патологический процесс носил преимущественно распространенный характер, локализуясь на сгибательной поверхности запястий, поясницы, голеней, коже волосистой части головы, половых органах, губах, видимых слизистых оболочках. Элементы сыпи были представлены плоскими гладкими блестящими папулами и бляшками диаметром 1—10 мм с четкими границами. Цвет красновато-розовый с сиреневым или фиолетовым оттенком и белесой исчерченностью. Форма папулезных элементов многоугольная или овальная, располагаются группами, сливаясь между собой и образуя линии (феномен Кебнера — свежие высыпания в месте травмы) и кольца. Местами встречались беспорядочно обособленные элементы. Субъективно — зуд от легкого до интенсивного в местах высыпаний. При гипертрофической форме КПЛ элементы сыпи были покрыты роговыми мелкопластинчатыми наслоениями.

Результаты и обсуждение

Анализ психосоматических соотношений свидетельствует о наличии психогенных манифестаций/экзацербаций кожного процесса в 28 (30,1%) изученных случаях КПЛ разных клинических форм ($p < 0,05$). Среднее значение ИКС — 14, что говорит о средней тяжести кожного процесса и умеренной — по ДИКЖ — 11 баллов (частичная социальная дезадаптация).

При анализе психогенных обострений установлено, что лишь у 6 (21% от числа пациентов с психогенными обострениями) больных КПЛ экзацербация кожного заболевания возникала в ответ на объективно значимую острую либо протрагированную во времени психическую травму: смерть или инвалидизация близких, тяжелые угрожающие жизни заболевания, физическое насилие вне прямой связи с определенной личностной акцентуацией.

В 22 (79%) наблюдениях в качестве триггера обострения КПЛ выступали субъективно значимые психогенные факторы: межличностные и производственные конфликты, смена/потеря работы, изменение брачного статуса (развод), проблемы с недвижимостью и выплатой банковского кредита, необходимость уложиться в жесткие рамки исполнения важного производственного проекта. Психическая травма в этих случаях непосредственно предшествовала манифестации дерматоза у больных с повышенной чувствительностью к негативным внешнесредовым воздействиям и соматопсихической лабильностью (склонно-

стью к соматизированным реакциям) в сфере кожных покровов: аллергические кожные реакции (17 наблюдений), психогенный зуд (5 наблюдений), в течение жизни выявляющиеся при реализации стрессогенных воздействий.

В 56 (60,2%) случаях выявлены нозогенные реакции ($p < 0,05$), квалифицирующиеся в рамках расстройства адаптации (F43). Необходимо отметить, что психосоматические соотношения при нозогениях, процированных КПЛ, реализуются различными путями.

Один из этих путей — формирование нозогении вследствие непосредственного стрессогенного воздействия кожного заболевания: выраженность проявлений дерматоза (острота возникновения высыпаний, их распространенность, тенденция к диссеминации и др.), субъективная тяжесть симптоматики (зуд, жжение, стягивание кожи и др.), характер течения (хроническое с частыми эксацербациями, резистентность к терапии). Нозогенные реакции, развивающиеся в рамках рассмотренных соотношений, сопоставимы с нозогениями при тяжелых соматических заболеваниях и клинически проявляются тревожно-депрессивными расстройствами.

В других случаях роль ключевого триггера приобретает не тяжесть дерматоза, как при нозогенных депрессиях, но субъективно значимая открытая локализация высыпаний.

Сходные представления приводят и зарубежные авторы. Так, 70% больных с косметическими дефектами имеют повышенный уровень психологического дистресса, причем локализация высыпаний (прежде всего фациальная) — стрессогенный фактор, особенно значимый для молодых женщин [1]. Указывается также, что социальная дезадаптация в подобных случаях в большей степени опосредована аномальными чертами личности пациента, повышающими уязвимость к стрессу, тогда как тяжесть кожного заболевания представляет собой менее значимый предиктор риска развития нозогений [13].

Нозогении в нашем исследовании были представлены социофобическими реакциями, а также реакциями по типу ипохондрии красоты, в формирование которых существенный вклад вносят конституционально обусловленные соматоцептивные акцентуации с деформацией образа тела [13].

Депрессивные нозогенные реакции — 16 наблюдений (28,6% от числа пациентов с нозогениями). Степень выраженности депрессивных нарушений (умеренной тяжести, длительностью 2—4 мес.) соотносилась с обширной площадью поражения кожи и высокой суммой баллов по ИКС (среднее значение — 18, что говорит о тяжести кожного процесса) и умеренной — по ДИКЖ — 13 баллов (частичная социальная дезадаптация). По мере угасания активности кожного процесса происходила постепенная редукция депрессивной симптоматики. Кожные проявления характери-

зовались распространенными островоспалительными полигональными высыпаниями, сопровождаемыми выраженным мучительным зудом, жжением, стягиванием кожи. Психопатологическая структура нозогении определялась тревожно-ипохондрической депрессивной реакцией со сниженным настроением, плаксивостью, раздражительностью, нарушениями сна, явлениями соматопсихической гиперестезии, способствующей амплификации кожного зуда. Наряду с внутренним напряжением, неопределенным беспокойством выявлялись гипертрофированные опасения по поводу исхода заболевания («тревога вперед»), сопряженные с чувством безнадежности.

Социофобические нозогенные реакции — 26 наблюдений (46,4% от числа пациентов с нозогениями) имели обсессивно-фобическую структуру, включающую социальную тревогу с навязчивым страхом негативной оценки (критики, обсуждения) внешности окружающими и ситуационным избегающим поведением (профессиональные контакты, публичные выступления, неформальное общение). Высыпания средней степени тяжести носили ограниченный характер, локализуясь преимущественно на открытых участках кожного покрова: на сгибательной поверхности запястий, плечах, голенях, а также видимых слизистых оболочках ротовой полости и гениталий. Элементы сыпи были представлены множественными блестящими папулами с пупковидными вдавлениями в центре, а также массивными бляшками красно-бурого и сиренево-лилового оттенка с четкими границами, неправильной формы, местами напоминающими узлы. Субъективно иногда присутствовал невыраженный зуд в местах высыпаний. ИКС — 13; ДИКЖ — 14 баллов (частичная социальная дезадаптация).

Отмечались навязчивости повторного контроля в виде неоднократного возвращения к оценке своего отражения в зеркале; защитные ритуалы, нацеленные на маскировку изъянов кожи. Преобладали лица с истеротревожным преморбидом: инфантилизм, преувеличенная эмоциональность, гиперконформность, тенденция к подражанию и следованию моде, обостренная мнительность со страхом опозориться, склонность к тревожным опасениям, представления об эластичной гладкой коже как необходимом условии, позволяющем добиться успеха в жизни путем принятия и одобрения окружающими.

Нозогенные реакции с явлениями ипохондрии красоты — 14 наблюдений (25,0% от числа пациентов с нозогениями).

Высокий средний показатель ДИКЖ (16 баллов) контрастировал с легкой степенью тяжести кожного процесса (ИКС — 9). Высыпания носили ограниченный характер, локализуясь преимущественно на открытых участках тела в виде единичных мелких плоских папул розового и сиреневого цвета, местами сливающихся в бляшки. На месте разрешившихся эле-

ментов визуализировались гиперпигментированные пятна без тенденции к слиянию с мелкопластинчатым шелушением.

Содержание нозогении определялось аффективно заряженными идеями несоответствия собственного облика идеалу безупречной внешности. Озабоченность внешним видом, определяемая в психодерматологической литературе термином «повышенная эстетичность», имела (в отличие от сенситивных и социофобических нозогений) интернальную направленность: «главное — нравиться себе». На публике пациенты не испытывали выраженного дискомфорта, неловкости или ограничения социальной активности и соответственно у них не выявлялось социальной тревоги, отсутствовали повторные действия (перепроверки, прикосновения к коже, ритуальный камуфляж). Субъективное недовольство внешностью — «тяга к перфекционистскому идеалу» — сопровождалось активным стремлением любым путем добиться «безупречной кожи». Однако в отличие от развитий по типу сверхценной ипохондрии красоты (описанных у пациентов с угревой болезнью при дисморфофобии [13]) помимо временного параллелизма с экзацербацией КПЛ в изученных случаях не происходило перестраивания всего жизненного уклада (установление особого режима по уходу за кожей, отслеживание появления новых методов лечения, чтение специальной медицинской литературы), отсутствовала активная борьба с незначительным дефектом в виде многочисленных инвазивных обследований, строгих изнуряющих диет. Не выявлялось также одержимости незначительными кожными высыпаниями как «чуждым элементом», от которого нужно непременно избавиться нанесением обширных глубоких экскориацій.

Реакции по типу ипохондрии красоты выявлялись у лиц с акцентуацией адаптивного полюса экспансивных шизоидов — сугубо рациональных, самоуверенных, лишенных эмпатии, неспособных к проявлениям глубоких эмоций, полностью посвятивших себя карье-

ре, с гиперконтролем как ключевым способом коммуникации, перфекционизмом в отношении собственного внешнего облика, которому придается несоразмерное значение.

В 9 (9,7%) случаях КПЛ манифестировал на фоне коморбидного аффективного расстройства — монополярной **рекуррентной депрессии** (F33) ($p < 0,05$). Кожный процесс во всех случаях носил распространенный воспалительный характер в виде мономорфной сыпи с милиарно-лентиккулярными папулами плоской формы, полигональных очертаний сиреневатозового цвета с гладкой блестящей поверхностью и пупковидным вдавлением в центре. Субъективно отмечался умеренный зуд в местах высыпаний.

В клинической картине депрессии отмечались подавленность, тоска, тревога, раздражительность, мысли о бесперспективности, суточный ритм с ухудшением самочувствия в утренние часы, нарушения сна, навязчивые размышления о кожном заболевании в контексте собственной неполноценности.

Заключение

В случаях стрессогенных манифестаций КПЛ выявлялось преобладание субъективно значимых психогенных факторов у лиц с чертами невропатической конституции [13]. Депрессивные нозогении зависели в большей степени от распространенности и тяжести кожного процесса, в то время как социофобические реакции и реакции с явлениями ипохондрии красоты были ассоциированы с конституциональным предрасположением, развиваясь на фоне дерматозов умеренной и незначительной тяжести с преимущественной локализацией на открытых участках тела. Рекуррентные депрессии, совпадающие с экзацербацией КПЛ, сохраняли основные свойства классической аффективной фазы, утяжеляясь за счет симптомов дерматоза, чья фабула включалась в идеаторный депрессивный комплекс наряду с идеями малоценности. ■■

Литература

1. Picardi A., Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychoter Psychosom* 2001; 70 (3): 118—136.
2. Andriushchenko A.V. Rasprostranennost' i struktura psichicheskikh rasstrojstv v obshhej medicine. *Psichicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. Andriushchenko AV Prevalence and structure of mental disorders in general medicine. *Mental disorders in general medicine* 2011; 1: 4—13. [Андрющенко А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине. *Психические расстройства в общей медицине* 2011; 1: 4—13.]
3. Smulevich A.B., Ivanov O.L., L'vov A.N., Dorozhenok I.Yu. *Psikhodermatologicheskie rasstrojstva* [Psychodermatological disorders]. In: Butov Yu.S., Skripkin Yu.K., Ivanov O.L., editors. *Dermatovenerologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie* [Dermatovenerology: national guidance. The short edition]. Moscow: GEOTAR-Meditsina; 2013; 406—13 (in Russian). [Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматологические расстройства. В: Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание*. М.: ГЭОТАР-Медицина 2013; 406—13.]
4. Gieler U., Niemeier V., Kupfer J., Brosig B. Psychophysiological Aspects of Atopic Dermatitis. In: Koo J.Y.M., Lee C.S. (eds.). *Psychocutaneous Medicine* New York: Marcel Dekker 2003; 97—118.
5. L'vov A.N. K voprosu o psichosomaticheskikh zabojevanijah v dermatologii. *Psichiatrija i psihofarmakoterapija: zhurnal dlja psihatrov i vrachej obshhej praktiki* 2004; 6: 272—274. Lions A.N. On the issue of psychosomatic diseases in dermatology. *Psychiatry and pharmacotherapy: journal for psychiatrists and general practitioners* 2004; 6: 272—274. [Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболева-

- ниях в дерматологии. Психиатрия и психофармакотерапия: журнал для психиатров и врачей общей практики 2004; 6: 272—274.]
6. Gupta M.A., Psychiatric comorbidity in dermatologic disorders // In: Walker C., Papadopoulos L. Psychodermatology 2005. Cambridge University Press 158: 29—43.
 7. Gieler U. Psychodermatology and cosmetic-surgical dermatology a contradiction? J Dtsch Dermatol Ges 2007; Sep; 5 (9): 729—34.
 8. Snarskaja E.S., Proskurina N.V., Bobrov M.A., Molochkova Ju.V. The clinical-morphological features of pigmented forms of lichen planus Rus J skin venereal diseases 2013; 5: 40—43. [Снарская Е.С., Проскурина Н.В., Бобров М.А., Молочкова Ю.В. Клинико-морфологические особенности пигментной формы красного плоского лишая. Рос журн кожн и венерич болезней 2013; 5: 40—43.]
 9. Manolache L., Secoleanu-Petrescu D., Benea V. Lichen planus patients and stressful events. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22: 437—441.
 10. Adamo D., Ruoppo E., Leuci S., Aria M., Amato M., Mignogna M.D. Sleep disturbances, anxiety and depression in patients with oral lichen planus: a case-control study. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2014. doi: 10.1111/jdv.12525.
 11. Smulevich A.B Psihosomaticheskie rasstrojstva. Psihiatrija. Ruk-vo dlja vrachej. Tom 2 (pod. red. A.S. Tiganova), Moskva. Medicina 2012: 567—614. [Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Психиатрия. Рук-во для врачей. Том 2 (под. ред. А.С. Тиганова), Москва. Медицина 2012: 567—614.]
 12. Veale D., Neziroglu F. Body dysmorphic disorder: a treatment manual. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.; 2010.
 13. Dorozhenok I.Yu., Matyushenko E.N., Olisova O.Yu. Dismorfofobiya u dermatologicheskikh bol'nykh s fatsial'noy lokalizatsiey protsessa [Dysmorphophobia in dermatological practice]. Rus J Skin and Venereal Diseases 2014; (1): 42—7 (in Russian). [Дороженок И.Ю., Матюшенко Е.Н., Олисова О.Ю. Дисморфобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса. Рос журн кожн и венерич болезней 2014; (1): 42—7.]

об авторах:

И.Ю. Дороженок — к.м.н., доцент, кафедра психиатрии и психосоматики Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Е.С. Снарская — д.м.н., профессор, кафедра кожных и венерических болезней Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

В.Г. Шенберг — врач-дерматовенеролог, соискатель кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье