

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСМОРФОФОБИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА С ДРУГИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Елена Б. Сетянова

Донской государственный технический университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: elena.setyanova@yandex.ru

Данная статья посвящена вопросам взаимосвязи дисморфофобии с другими психическими расстройствами. Обозначена актуальность данной проблематики. Рассмотрены различные точки зрения, относящиеся к данной теме. Приведены новейшие данные и исследования, обоснована связь дисморфофобии с обсессивно-компульсивным расстройством, депрессией, расстройством гендерной идентичности и специфическими актами самоповреждения. Предлагаются меры для решения данной проблемы.

Ключевые слова

дисморфофобия, обсессивно-компульсивное расстройство, образ тела, депрессия, расстройство, внешность, восприятие

Для цитирования: Сетянова Е. Б. Взаимосвязь дисморфофобического расстройства с другими психическими расстройствами // Северо-Кавказский психологический вестник. 2019. № 17/2. С. 13–19.

COMORBIDITY OF BODY DYSMORPHIC DISORDER

Elena B. Setyanova

Don State Technical University, Rostov-on-Don, Russia

E-mail: elena.setyanova@yandex.ru

This article is devoted to the relationship of dysmorphophobia with other mental disorders. The urgency of this problem is indicated. Various points of view related to this topic are considered.

The latest data and research are presented; the connection of dysmorphophobia with obsessive-compulsive disorder, depression, gender identity disorder and specific acts of self-harm is substantiated.

Measures are proposed to address this problem.

Keywords

body dysmorphic disorder, obsessive-compulsive disorder, body image, depression, disorder, appearance, perception

For citation: Setyanova E. B. Comorbidity of body dysmorphic disorder. Severo-Kavkazskii psikhologicheskii vestnik – North-Caucasian Psychological Bulletin, 2019, no. 17/2, pp. 13–19 (in Russian).

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день проблема дисморфофобии стоит как никогда остро. В постоянно динамично меняющемся мире также стремительно меняются и эталоны красоты, тем самым внушая нам, как необходимо выглядеть сегодня. Не на каждого человека индустрия красоты и средства массовой информации могут оказать влияние, но под большим воздействием оказываются определенные группы лиц. В большинстве своем это дети, подростки, люди с отсутствием критического мышления, либо имеющие психические или психологические проблемы. Культура массового потребления диктует определенные тенденции, вследствие которых эталоны красоты и привлекательности меняются слишком часто и даже слишком кардинально. То, как выглядел эталон красивого человека еще 10 лет назад, совершенно не сходится с эталонами привлекательности сегодня.

В этих условиях многие молодые люди задумываются об идеальности собственного тела. Сопоставляя его с картинками из гляцевых журналов либо внешним обликом знаменитого человека, у них зачастую возникает мысль о несовершенности собственного тела [1].

Не каждый человек осознает временность определенных течений и тенденций в моде и делает выводы не в собственную пользу. Бесконечные рекламы клиник пластической хирургии, косметологических кабинетов и имиджевых центров, которые говорят о быстром результате, отсутствии последствий и относительно небольшой стоимости услуг, заставляют размышлять над тем, как просто получить новое модное тело [2].

Наиболее этому подвержены девушки и женщины, которые в погоне за идеальной внешностью готовы заплатить любые деньги. При этом в зарубежной психологической литературе отмечается, что мужчины и женщины в равной степени подвержены дисморфофобии, в отечественной же утверждается, что женщины больше подвержены, чем мужчины. Но авторы единодушны в одном: в подростковом возрасте это проявляется наиболее ярко, в связи с видоизменением собственного тела, и далее в норме должно сойти на нет [3].

По триаде М. В. Коркиной, дисморфофобия включает в себя: идею физического недостат-

ка, объективно отсутствующего или слишком преувеличенного, идею отношений и общий депрессивный фон настроения. По данным американских исследователей, более 2,5 % жителей Земли имеют дисморфофобическое расстройство. Несмотря на то, что выявить данное заболевание крайне трудно вследствие ряда причин, исследователи сходятся во мнении, что истинной дисморфофобией страдает не более 5 % населения [4].

Признаки и симптомы расстройства широко варьируются от человека к человеку. Акцент обычно делается на одной конкретной части тела или воспринимаемом дефекте, таком как родинки или веснушки, воспринимаемые как слишком большие или слишком заметные. Другие области могут включать незначительные шрамы, акне, стрии, волосы на лице и теле, размер и форму груди, гениталий, асимметрию лица или тела [5].

У мужчин дисморфофобия заключается скорее в строении тела и развитости мускулатуры. Так, форму мышечной дисморфофобии называют «бигорексией», или комплексом Адониса. Общие признаки выходят за рамки обычных усилий по наращиванию мышечной массы и включают озабоченность ростом мышц, перенапряжение в тренажерном зале, чрезмерное употребление специального спортивного питания и биологически активных добавок; в крайних случаях даже прибегают к инъекциям стероидов [6].

Из-за своего сходства дисморфофобию часто рассматривают как обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). При обсессивно-компульсивном расстройстве человек страдает от повторяющихся мыслей, страхов и образов, которые не может контролировать. Любая тревога, которая чувствуется, приводит к выполнению ритуалов или специальных действий (известных как компульсии), которые помогают нивелировать тревогу. При дисморфофобии с человеком происходят похожие процессы. Для того чтобы убрать страхи и тревогу, выполняются определенные действия, которые помогают снять это напряжение на какой-то небольшой промежуток времени. Подобная одержимость своим внешним видом может негативно влиять на социальные, профессиональные или семейные отношения. Как и в случае с ОКР, дис-

морфофобическое расстройство тела часто включает в себя озабоченность симметрией и совершенством [7].

Как обсессивно-компульсивное расстройство, так и дисморфофобия обычно начинаются в подростковом возрасте, могут вызвать значительную инвалидизацию и реагировать на лечение антидепрессантами, включая селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также когнитивно-поведенческие методы [8].

В то время как фокус навязчивых идей и компульсий при обсессивно-компульсивном расстройстве может сильно варьироваться (например, загрязнение, смерть любимого человека, симметрия, вина, насилие, секс), симптомы дисморфофобического расстройства тела сосредоточены исключительно на внешности или теле. Люди с дисморфофобическим расстройством тела часто имеют более слабое понимание природы и иррациональности своих симптомов по сравнению с людьми с обсессивно-компульсивным расстройством [9].

Хотя люди с данными типами расстройств имеют неточные или иррациональные убеждения, эти убеждения различаются в том, признается ли факт их наличия. Например, некоторые люди с дисморфофобией с готовностью признают свою озабоченность внешним видом чрезмерной и нереалистичной. Тем не менее, это понимание не уменьшает их озабоченности и результирующего поведения. Другим людям не хватает этого понимания, они крепко держатся за свои искаженные убеждения, несмотря на доказательства, опровергающие обоснованность таких убеждений [10].

Обсессивно-компульсивное расстройство и дисморфофобия часто выступают вместе в симбиотической связи. Недавно американские клинические психологи опубликовали новые данные, которые включали 53 последних исследования о взаимосвязи между обсессивно-компульсивным расстройством и дисморфофобией. Исследование показало, что частота встречаемости обсессивно-компульсивного расстройства и дисморфофобии вместе (сопутствующая патология) составляет от 3 % до 43 % [11].

Согласно Американской ассоциации тревоги и депрессии (Anxiety and Depression Association of America), если пациент страдает от дисмор-

фофобии, он также может страдать от социального тревожного расстройства, депрессии или расстройства пищевого поведения. Поскольку многие симптомы перекликаются и перекрываются друг другом, расстройство может быть неверно диагностировано [12].

Дисморфофобия не выделяется как отдельный диагноз в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), а значит, как разновидность ипохондрического расстройства. В DSM-5 дисморфофобия определена как отдельное психическое расстройство в категории «обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства». Сверхценные или бредовые идеи о телесном недостатке называют «дисморфоманией» [13].

Американские ученые К. А. Phillips & W. Menard в 2006 г. провели исследование, в ходе которого пришли к выводу, что люди, страдающие дисморфофобией, совершают суицид в 45 раз чаще, чем при любых других психических расстройствах. Также они выяснили, что люди, прибегшие к услугам пластических хирургов, имеют более высокий риск совершения самоубийства, в сравнении с общей популяцией [14].

При расстройстве гендерной идентификации дисморфофобия более ярко выражена и связана не только с недовольством во внешнем облике. Биологический пол вступает в конфликт с полом, с которым себя идентифицирует сам пациент, что приводит к различным психологическим проблемам. Такие люди чаще других прибегают к косметологическим операциям, при этом после хирургической операции по смене пола риск суицида снижается на 20 % [15].

Дисморфофобия нередко связана с такими специфическими актами, как трихотилломания и невротическая экскорiation. Невротическая экскорiation, или дерматилломания – это компульсивные действия, которые направлены на повреждение кожных покровов с дальнейшим рубцеванием. Повреждения могут быть как легкими (расчесывания), так и крайне тяжелыми (отрезание целых пластов кожи). После подобного акта наступает облегчение и чувство удовлетворения. Вследствие этого может наступить инфицирование и загноение [16].

Трихотилломания – вырывание волосающего покрова на поверхности головы или тела, кото-

рое может выступать специфической реакцией на стресс. Чаще встречается у женщин и может сочетаться с трихофагией (навязчивым поеданием волос). В 2016 г. было обнаружено, что некоторые люди, страдающие трихотилломанией, имеют поврежденный ген, называемый SLITKR1 [17].

Также установлена связь между дисморфобией и депрессией, а также дисморфобией и расстройствами пищевого поведения. При дисморфобии человек может прибывать в длительной, затяжной, глубокой депрессии и проходить курс лечения, направленный лишь на устранение симптомов, но не основной причины. При данном расстройстве наблюдается клиническая депрессия в 73 % случаев. У более половины пациентов с расстройствами пищевого поведения диагностируется еще и дисморфобия [18].

Известно, что дисморфобическое расстройство может манифестировать в рамках шизофрении, бредовых, аффективных, личностных расстройств, а также при органических поражениях мозга [19].

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

В отечественной и зарубежной современной психологии дисморфобию связывают с искаженным восприятием и нарушениями в формировании Я-концепции. Также восприятие собственной внешности связывают с такими понятиями, как «самоотношение», «самовосприятие», «самосознание», «самооценка» и «самопринятие». В отечественной психологии самыми яркими представителями, исследовавшими данную проблематику, являются А. Ш. Тхостов, В. В. Столин, И. С. Кон, И. И. Чеснокова, А. В. Сухарев, В. А. Лабунская и мн. др. Необходимо выделить работы Е. В. Орестовой, а также Л. И. Мостовой, которые непосредственно посвящены восприятию собственной внешности женщин в зависимости от их возраста.

Среди зарубежных психологов, работавших в области изучения причин дисморфобии и ее связи с другими расстройствами, наиболее выделяются Р. Борнштейн, С. Хамман, К. Роббинсон, М. Циммерман, С. А. Хусеини, А. Т. Ханн, Г. Кребс, Д. Л. Гринберг и, конечно же, К. А. Филлипс.

Существует множество методик, используемых для диагностики как самого дисморфобического расстройства, так и причин, которые с этим связаны. Перечислим некоторые из них: тест определения самооценки С. А. Будасси, опросник исследования тревожности Ч. Д. Спилбергера, методика исследования самоотношения С. Р. Пантилеева, тест на дисморфобию от ОКР центра Лос-Анжелеса от Т. Фосса и Д. Далтон. Отдельно стоит обратить внимание на авторские методики, разработанные Т. Ф. Кэшем. К ним относятся: мультимодальный опросник отношения к собственному телу MBSRQ, шкала состояний образа тела BISS, опросник представлений о внешности ASI, влияние образа тела на качество жизни BIQLI, ситуативная неудовлетворенность образом тела SIBID.

Эти методики помогают приблизиться к пониманию причин возникновения дисморфобии, а также дифференцировать саму дисморфобию от других психических расстройств, выявить уровень тревожности и самооценки, выявить отношение к своему телу, определить качество жизни, исходя из восприятия своей внешности, определить самоотношение не только к внешности, но и к собственной личности в целом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таким образом, проведенный анализ научной литературы позволил приблизиться к пониманию дисморфобического расстройства, а благодаря выделенным методикам мы сможем определить наличие дисморфобии, ее причины, уровень глубины и влияние расстройства на качество жизни человека, что позволит нам разобраться с тем, как далее будет проходить наша работа с клиентом, позволит нам максимально эффективно осуществить оптимальную диагностику, подобрать подход и скорректировать психотерапию в целом. Правильный выбор терапевтической и коррекционной тактики в дальнейшем будет способствовать успешному устранению симптомов дисморфобии, корректной адаптации, социализации и, в конечном счете, полному выздоровлению.

Наиболее распространенным планом лечения является сочетание психотерапии и медикаментозного лечения. Когнитивно-поведенческая

терапия была признана наиболее эффективной, а также было показано, что антидепрессанты действительно помогают быстрее преодолеть данное расстройство [20].

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В современном мире то, как ты выглядишь по мнению многих людей, имеет огромное значение. В ложных представлениях внешность имеет слишком большой вес. В обществе считается, что привлекательные люди более успешны, удачливы, счастливы, привилегированы. С «правильной» внешностью можно добиться большего, быстро взлететь по карьерной лестнице, найти любовь, обладать большей популярностью. Действительно, результаты исследований Е. А. Варлашкина показали, что образ привлекательной женщины в восприятии как мужчин, так и женщин, представлен большим количеством именно положительных описательных характеристик. Привлекательная женщина казалась более компетентной, уверенной, располагающей к себе, коммуникабельной, отзывчивой, благополучной.

Говоря о проблеме дисморфофобии в современном обществе, невозможно не обратить внимание на чрезвычайно высокий риск суицидов. Именно вследствие того, что дисморфофобия трудно диагностируема, ее путают с другими расстройствами, из-за чего выбирается неверная тактика лечения данного заболевания. Люди, страдающие дисморфофобией, могут вести отшельнический образ жизни и страдать социофобией. Именно вследствие недостаточности социального контактирования люди с данным расстройством не могут получить профессиональную помощь.

Часто пациенты с истинной дисморфофобией сохраняют навязчивые идеи и мысли в секрете из-за страха высмеивания и обесценивания их переживаний, вследствие боязни социальной стигмы. Подобные страдания приводят к усугублению ситуации, подключая дополнительно депрессивные состояния, низкую самооценку и чувство тревоги [21].

ЛИТЕРАТУРА

1. Albertini R. S., Phillips K. A. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents // *Child & Adolescent Psychiatry*. 2019. Vol. 38, Issue 4. P. 453–459. DOI: [10.1097/00004583-199904000-00019](https://doi.org/10.1097/00004583-199904000-00019)
2. Андриященко А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // *Психические расстройства в общей медицине*. 2011. № 1. С. 14–27.
3. Anson M., Veale D., de Silva P. Social-evaluative versus self-evaluative appearance concerns in Body Dysmorphic Disorder // *Behaviour research and therapy*. 2012. Vol. 50, Issue 12. P. 753–760. DOI: [10.1016/j.brat.2012.09.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.003)
4. Burke J. F. Observation on the development of an artificial skin: Presidential address, 1982 American Burn Association Meeting // *The Journal of Trauma*. 1983. Vol. 23, Issue 7. P. 543–551.
5. Beauty and body dysmorphic disorder / N. A. Vashi (Ed.). Springer, Cham, 2015. DOI: [10.1007/978-3-319-17867-7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-17867-7)
6. Gunderson J. G., Triebwasser J., Phillips K. A., Sullivan C. N. Personality and vulnerability to affective disorders // *Personality and Psychopathology* / C. R. Cloninger (Ed.). American Psychiatric Association, 1999. P. 3–32.
7. Keller K. E. Dysfunctional attitudes and the cognitive therapy for depression // *Cognitive Therapy and Research*. 1983. Vol. 7. P. 437–444.
8. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1984. 224 с.
9. Kendler K. S., Heath A. C., Martin N. G., Eaves L. J. Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments? // *Archives of General Psychiatry*. 1987. Vol. 44, Issue 5. P. 451–457. DOI: [10.1001/archpsyc.1987.01800170073010](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800170073010)
10. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2001. Issue 3. P. 311–332. DOI: [10.1017/S1352465801003058](https://doi.org/10.1017/S1352465801003058)
11. Перова Н. В., Метельская В. А., Мамедов М. Н., Оганов Р. Г. Методы раннего выявления и коррекции метаболического синдрома // *Профилактика заболеваний и укрепления здоровья*. 2001. Т. 4, № 1. С. 18–31.
12. Петрова Н. Н., Грибова О. М. Дисморфофобия в клинике эстетической хирургии // *Психические расстройства в общей медицине*. 2014. № 1. С. 26–30.

13. Sarwer D. B., Wadden T. A., Pertschuk M. J., Whitaker L. A. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients // *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1998. Vol. 101, Issue 6. P. 1644–1649. DOI: [10.1097/00006534-199805000-00035](https://doi.org/10.1097/00006534-199805000-00035)
14. Simmons R. G., Rosenberg F., Rosenberg M. Disturbance in the self-image at adolescence // *American Sociological Review*. 1973. Vol. 38, Issue 5. P. 553–568.
15. Соколова Е. Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // *Вопросы психологии*. 2009. № 1. С. 67–80.
16. Phillips K. A., Menard W., Fay C., Pagano M. E. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2005. Vol. 46, Issue 4. P. 254–260. DOI: [10.1016/j.comppsy.2004.10.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.10.004)
17. Phillips K. A., Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study // *American Journal of Psychiatry*. Vol. 163, Issue 7. P. 1280–1282. DOI: [10.1176/appi.ajp.163.7.1280](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1280)
18. Hollander E., Cohen L. J., Simeon D. Body dysmorphic disorder // *Psychiatric Annals*. 1993. Vol. 23, Issue 7. P. 359–364. DOI: [10.3928/0048-5713-19930701-06](https://doi.org/10.3928/0048-5713-19930701-06)
19. Hartmann H., Rapaport D. Ego psychology and the problem of adaptation. New York, 1958. 140 p.
20. Zimmerman M., Mattia J. I. Body dysmorphic disorder in psychiatry outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates // *Comprehensive Psychiatry*. 1998. Vol. 39, Issue 5. P. 265–270. DOI: [10.1016/S0010-440X\(98\)90034-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90034-7)
21. Hackmann A. Working with images in clinical psychology // *Comprehensive clinical psychology*. Vol. 6 / A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.). New York: Elsevier, 1998. P. 301–318.
2. Anson M., Veale D., de Silva P. Social-evaluative versus self-evaluative appearance concerns in Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour research and therapy*, 2012, V. 50, Issue 12, pp. 753–760. DOI: [10.1016/j.brat.2012.09.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.003)
4. Burke J. F. Observation on the development of an artificial skin: Presidential address, 1982 American Burn Association Meeting. *The Journal of Trauma*, 1983, V. 23, Issue 7, pp. 543–551.
5. Vashi N. A. (Ed.). *Beauty and body dysmorphic disorder*. Springer, Cham, 2015. DOI: [10.1007/978-3-319-17867-7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-17867-7)
6. Gunderson J. G., Triebwasser J., Phillips K. A., Sullivan C. N. Personality and vulnerability to affective disorders. In: C. R. Cloninger (Ed.) *Personality and Psychopathology*. American Psychiatric Association, 1999, pp. 3–32.
7. Keller K. E. Dysfunctional attitudes and the cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, V. 7, pp. 437–444.
8. Korkina M. V. *Dysmorphomania in Adolescence and Youth*. Moscow, Meditsina, 1984. 224 p. (in Russian).
9. Kendler K. S., Heath A. C., Martin N. G., Eaves L. J. Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry*, 1987, V. 44, Issue 5, pp. 451–457. DOI: [10.1001/archpsyc.1987.01800170073010](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800170073010)
10. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2001, Issue 3, pp. 311–332. DOI: [10.1017/S1352465801003058](https://doi.org/10.1017/S1352465801003058)
11. Perova N. V., Metel'skaya V. A., Mamedov M. N., Ogapov R. G. Methods for the early detection and correction of metabolic syndrome. *Profilaktika zabolevanii i ukrepleniya zdorov'ya – Disease Prevention and Health Promotion*, 2001, V. 4, no. 1, pp. 18–31. (in Russian).
12. Petrova N. N., Gribova O. M. Dysmorphophobia in the clinic of aesthetic surgery. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine – Mental Disorders in General Medicine*, 2014, no. 1, pp. 26–30 (in Russian).
13. Sarwer D. B., Wadden T. A., Pertschuk M. J., Whitaker L. A. Body image dissatisfaction and

REFERENCES

1. Albertini R. S., Phillips K. A. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Child & Adolescent Psychiatry*, 2019, V. 38, Issue 4, pp. 453–459. DOI: [10.1097/00004583-199904000-00019](https://doi.org/10.1097/00004583-199904000-00019)
2. Andryushchenko A. V. Prevalence and structure of mental disorders in general medicine. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine –*

- body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1998, V. 101, Issue 6, pp. 1644–1649. DOI: [10.1097/00006534-199805000-00035](https://doi.org/10.1097/00006534-199805000-00035)
14. Simmons R. G., Rosenberg F., Rosenberg M. Disturbance in the self-image at adolescence. *American Sociological Review*, 1973, V. 38, Issue 5, pp. 553–568.
15. Sokolova E. T. Narcissism as a clinical and sociocultural phenomenon. *Voprosy psikhologii*, 2009, no. 1, pp. 67–80. (in Russian).
16. Phillips K. A., Menard W., Fay C., Pagano M. E. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2005, V. 46, Issue 4, pp. 254–260. DOI: [10.1016/j.comppsy.2004.10.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.10.004)
17. Phillips K. A., Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, V. 163, Issue 7, pp. 1280–1282. DOI: [10.1176/appi.ajp.163.7.1280](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1280)
18. Hollander E., Cohen L. J., Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 1993, V. 23, Issue 7, pp. 359–364. DOI: [10.3928/0048-5713-19930701-06](https://doi.org/10.3928/0048-5713-19930701-06)
19. Hartmann H., Rapaport D. *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York, 1958. 140 p.
20. Zimmerman M., Mattia J. I. Body dysmorphic disorder in psychiatry outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 1998, V. 39, Issue 5, pp. 265–270. DOI: [10.1016/S0010-440X\(98\)90034-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90034-7)
21. Hackmann A. Working with images in clinical psychology. In: A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.) *Comprehensive Clinical Psychology*. New York, Elsevier, 1998, V. 6, pp. 301–318.