

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

**Романов Д.В., Иванов С.В., Волель Б.А., Воронова Е.И.**

**Технология диагностики**

**ИПОХОНДРИЯ – ТРАНСНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ**

**Методические рекомендации**

**Москва  
ФГБНУ РНЦПЗ  
2026**

**УДК 616.89;615.832.9;615.851**

**ББК 56.14**

**Авторы:**

**Романов Д.В.**, д.м.н., доцент, заведующий отделом клинической эпидемиологии

**Иванов С.В.**, д.м.н., профессор, заведующий отделом по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств

**Волель Б.А.**, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств

**Воронова Е.И.**, к.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств

Ипохондрия – транснозологическая патология: / Романов Д.В., Иванов С.В., Волель Б.А., Воронова Е.И. М.: ФГБНУ РНЦПЗ. – 2026. – 20 с.

Методические рекомендации посвящены описанию нового метода дифференциальной диагностики ипохондрических состояний как не ограничивающихся явлениями одного психопатологического ряда. Ипохондрия концептуализируется здесь как мультидименсиональное психопатологическое образование, формирующееся в результате перекрывания различных психопатологических рядов (козностезиопатического, идеаторного, патохарактерологического), поскольку тогда создаются условия для интерпретации соответствующего клинической реальности многообразия ее психопатологических проявлений. Разработанная типологическая дифференциация может применяться для повышения качества оказания помощи больным с соответствующей патологией как в условиях соматической, так и психиатрической сети. Данные методические рекомендации направлены на оптимизацию дифференцированной диагностики пациентов с ипохондрическими расстройствами.

*Технология утверждена Ученым советом ФГБНУ РНЦПЗ  
(протокол №8 от 22.10.2025)*

ISBN 978-5-6051425-9-1



9 785605 142591 >

© ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», 2026

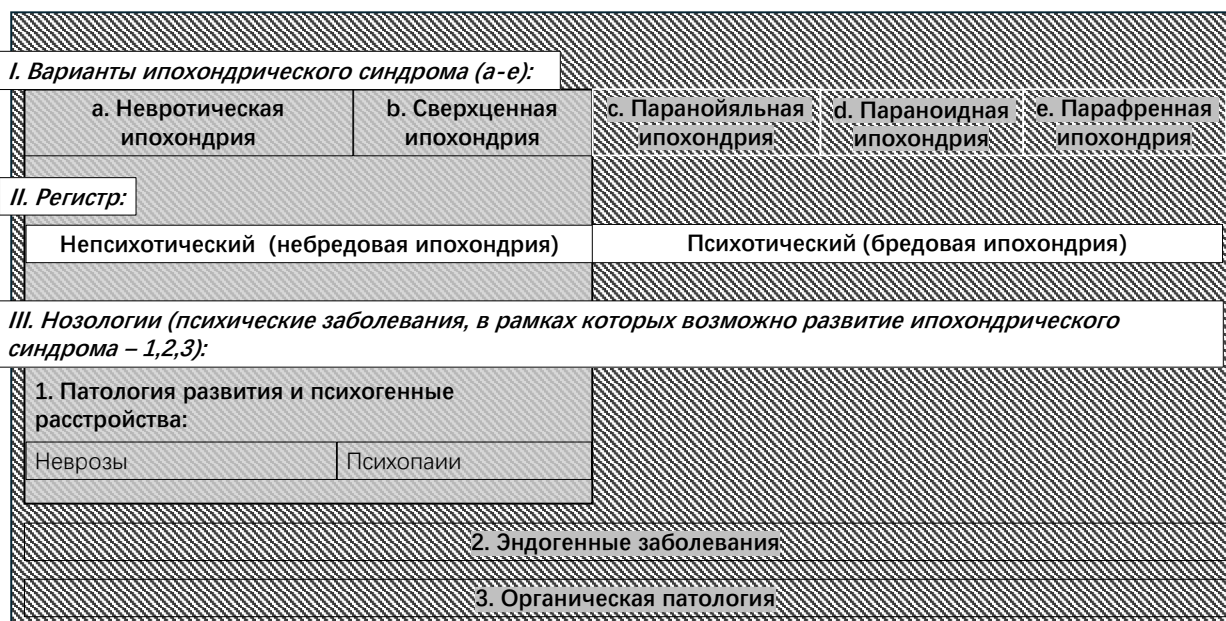
© Коллектив авторов, 2026

## Введение

Актуальность проблемы ипохондрии связана не только со значительной распространенностью ипохондрических феноменов, но и их широкой представленностью как при соматической патологии (ипохондрия *cum materia*), так и при психических заболеваниях различной нозологической принадлежности (ипохондрия *sine materia*).

Соответственно, представляется обоснованным и целесообразным анализ психопатологической структуры и типологическая дифференциация психических расстройств, реализующихся ипохондрическими феноменами с позиций транснозологического подхода, в целях разработки технологии дифференциальной диагностики в пределах, собственно, клинически гетерогенных ипохондрических расстройств, направленной на осуществление в дальнейшем комплексной дифференцированной терапии.

Традиционная клиническая трактовка ипохондрии (греч. *hypochondrion* - подреберье) как психопатологического синдрома, отличающегося многообразием феноменологических проявлений и различной нозологической принадлежностью, исходит из представления о том, что это состояние определяется необоснованным беспокойством по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания, нередко тесно связанным с патологическими телесными ощущениями и протекающим на уровне невротических, сверхценных либо бредовых идей [1]. Как следствие выделяются невротическая, сверхценная и бредовая ипохондрия, синдромы ипохондрической депрессии и эйфорической ипохондрии, ипохондрия *cum* и *sine materia*, т. е. ипохондрия, имеющая определенные соматические основания, и совершенно без таковых, соответственно (см. рис. 1).



**Рисунок 1. Традиционная синдромальная модель ипохондрии (соотношение вариантов ипохондрического синдрома, регистра и нозологической принадлежности ипохондрии).** Варианты ипохондрического синдрома - невротический (астено-ипохондрический, тревожно-ипохондрический, обсессивно-ипохондрический), сверхценный и бредовой (паранойяльный, параноидный, парафренный) - могут встречаться при психических заболеваниях широкого круга. Однако обнаруживают некоторую нозологическую предпочтительность. Если при эндогенных и органических психических заболеваниях в зависимости от этапа болезни и других факторов фактически возможно возникновение любых вариантов ипохондрического синдрома, то патология развития и психогенные заболевания (психопатии и неврозы) ограничены регистром небредовой ипохондрии (невротическая и сверхценная).

Учитывая разнообразие состояний, в структуре которых включаются идеи ипохондрического содержания, некоторые авторы отказывают ипохондрии в клинической самостоятельности, относя ее к метасиндромальным образованиям, выступающим в виде содержательного психопатологического феномена – денотативного комплекса [2-6], фактически сужая представления об этом состоянии до идеоипохондрии. Так, среди отечественных авторов, приверженцев такого подхода, академик АМН СССР А.В. Снежневский, который определяя ипохондрию как «чрезмерную заботу о своем здоровье», и отмечая, что она не имеет самостоятельного нозологического значения, а входит в состав разнообразных синдромов, предлагает на основании психопатологической характеристики ипохондрических идей

выделять навязчивую, депрессивную, паранойяльную и параноидную ипохондрию, но не ипохондрию *per se* [7].

В свою очередь в работах альтернативного направления приводится обоснование самостоятельности ипохондрии как психопатологического образования с выделением «первичной» формы расстройства [2, 8] в основном представленного сенсоипохондрией, ограниченной сферой телесных ощущений – коэнестезий [9-13].

Однако наряду с такими полярными точками зрения существуют концепции, согласно которым ипохондрия, хотя зачастую и базируется на коэнестезиопатических феноменах, однако не ограничивается явлениями одного психопатологического ряда. В этом ключе выполнена серия исследований академика РАН А.Б. Смулевича и соавт. [14-17]. Ипохондрия, рассматривается авторами как самостоятельное (примарное) психопатологическое образование, которое однако реализуется в коморбидном пространстве различных психопатологических рядов – различных осей (многоосевая структура): 1) базисного коэнестезиопатического (соматопсихическая сфера) и ипохондрических (соматоперцептивных) личностных акцентуаций в случае ипохондрии *cum materia* [15]; либо 2) базисного коэнестезиопатического и идеаторных (аутопсихическая сфера) рядов в случае ипохондрии *sine materia* [18]. Согласно позиции, изложенной в руководстве «Психические расстройства в клинической практике» (2010), [19] «структура» небредовой ипохондрии формируется в результате перекрывания различных психопатологических рядов и может быть рассмотрена на основе многомерного подхода», поскольку тогда «создаются условия для интерпретации соответствующего клинической реальности многообразия психопатологических проявлений».

Концепция мультидименсиональной структуры ипохондрии соотносится с представлениями и подходами ряда современных авторов и классификаций психических расстройств. Так, Neuveldt et al., анализируя новую концептуальную парадигму ипохондрии в МКБ-11, высказывают мнение, что ипохондрическое расстройство — отдельная диагностическая категория, которая находится на стыке трёх конструкторов: «перекресток» соматоформных, тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств [20], — фактически включая дименсии каждого из этих состояний. В этом плане

отражением сложности проблемы стала смена парадигмы в квалификации ипохондрии в МКБ-11, где явления идеоипохондрии теперь действительно квалифицируются в рамках нарушений обсессивно-компульсивного спектра [20,21], перейдя из упразднённой категории соматоформных расстройств, существовавших в МКБ-10 и DSM-IV [22,23], и объединявших «под единым зонтиком» сенсо- и идеоипохондрические феномены. Фактически, при переходе к МКБ-11, ипохондрия разделилась на ипохондрию в «узком смысле» (идеоипохондрию), где содержательная суть расстройства на феноменологическом уровне отошла к явлениям обсессивно-компульсивного спектра, и синдром телесного дистресса (сенсоипохондрию), где с псевдосоматическими (телесными) симптомами ассоциировано аномальное ипохондрическое поведение [24]. При этом в МКБ-11 сохраняется возможность установления коморбидных диагнозов – ипохондрического расстройства и синдрома телесного дистресса, не являющихся взаимоисключающими, но нередко представляющих собой перекрывающиеся категории [25]. Данному переходу способствовали такие основания как нейробиологическое и феноменологическое сходство ипохондрии с другими расстройствами: паническим и обсессивно-компульсивным, во многом за счет тенденции к фокусировке внимания на информации, связанной с угрозой организму и идеей болезни, а также за счет обнаруженной в биологических исследованиях дисфункции лобно-стриарных и лимбических мозговых цепей [26-28].

Исходя из дименсионального подхода, предполагающего перекрывание нескольких психопатологических рядов, в настоящей технологии предлагается собственная концепция ипохондрии, включающей 1) базисные коэнестезиопатические (соматопсихические); 2) идеаторные (аутопсихические); 3) личностные (патохарактерологические) дименсии.

**Новизна предлагаемого подхода** обусловлена тем, что впервые предлагается симультанный учет трех дименсиональных рядов, ранее оценивавшихся в пределах бинарных моделей (коэнестезиопатический – идеоипохондрический либо коэнестезиопатический – патохарактерологический).

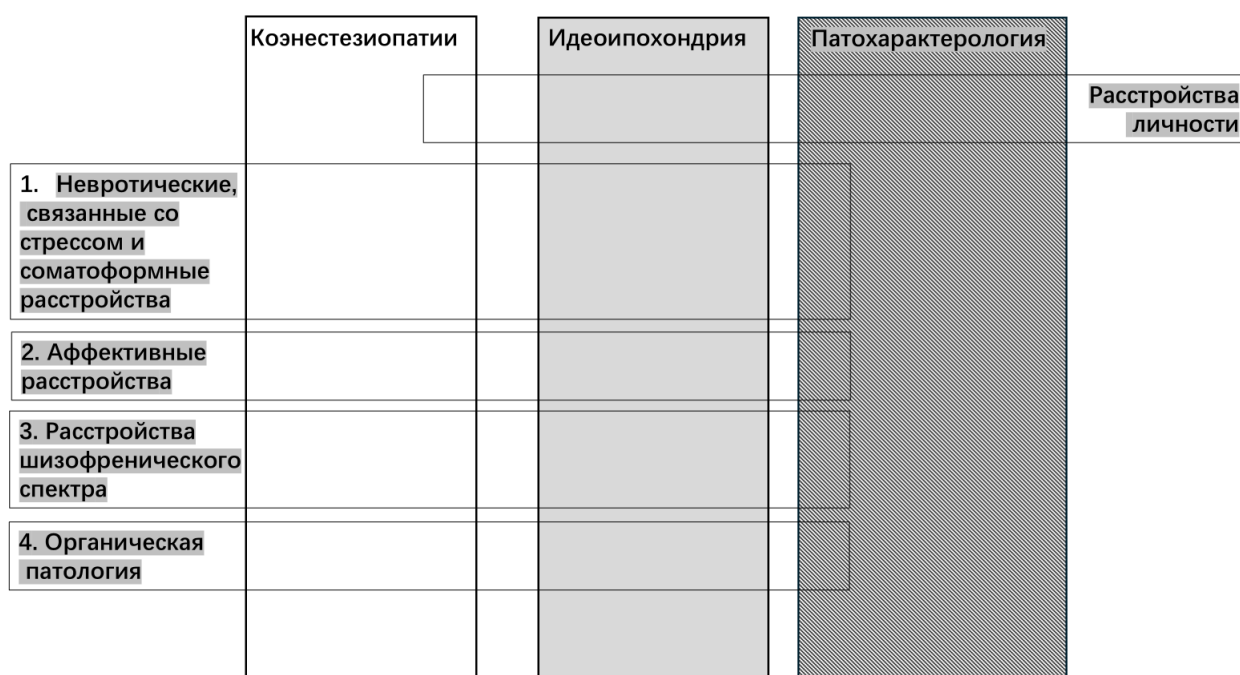
Таким образом, **цель технологии** – обеспечение дифференциальной диагностики, а соответственно и дифференцированной терапии ипохондрии как

транснозологического конструкта, включающего дименсии нескольких психопатологических рядов, требующих комплексного применения различных терапевтических модальностей, нацеленных на различные дименсиональные терапевтические мишени.

**Ожидаемый результат от внедрения данной технологии в клиническую практику** – повышение точности и ускорение диагностического процесса, оптимизация медицинского маршрута больных и снижение затрат системы здравоохранения за счет исключения нецелесообразных диагностических и терапевтических процедур. Разработанные комплексные диагностические критерии и типологическая дифференциация могут применяться для повышения качества оказания помощи больным с ипхондрией как в условиях соматической, так и психиатрической сети.

### **Описание медицинской технологии «Ипхондрия – транснозологическая патология: технология дифференциальной диагностики и терапии»**

На основе дименсионального подхода, предполагающего перекрывание нескольких психопатологических рядов, в настоящей технологии выделяются 1) коэнестезиопатические (соматопсихические); 2) идеаторные (аутопсихические); 3) личностные (патохарактерологические) домены (рис. 2).



**Рисунок 2. Общая схема соотношения доменов ипхондрии согласно дименсиональной транснозологической модели, включающей три**

**психопатологических ряда: коэнестезиопатический, идеопихондрический, патохарактерологический.**

В качестве наиболее иллюстративной модели ипохондрии с трансназологических позиций могут рассматриваться ипохондрические симптомокомплексы сверхценного и бредового регистров (концепции коэнестезиопатической и ипохондрической паранойи акад. А.Б. Смулевича). Соматическая (ипохондрическая) паранойя занимает значительную часть континуума между соматически обусловленными ипохондрическими реакциями/развитиями и процессуально обусловленной бредовой ипохондрией. При этом здесь речь идёт о психопатологических образованиях, не связанных по данным объективного обследования с соматической или неврологической патологией (ипохондриа *sine materia*).

I. В качестве **коэнестезиопатического домена**, характерного для мультидименсионального конструкта соматической (ипохондрической) паранойи, выступают аномальные перцептивные переживания. Психопатологическая структура этих коэнестезиопатических/психосоматических расстройств неоднородна, однако в качестве общего свойства выступают: манифестация не связанная с какой-либо реально существующей соматической/неврологической патологией; выраженное сходство с симптоматикой, обусловленной патологией внутренних органов (психосоматические симптомокомплексы, воспроизводящие синдромально очерченные проявления соматических/неврологических, дерматологических и др. заболеваний).

Симптомокомплексы коэнестезиопатической части модели могут быть представлены в рамках **двух групп**: 1) циркумскриптные телесные симптомокомплексы, формирующиеся на уровне относительно изолированных расстройств, ограниченных отдельными органами, частями тела, либо нарушениями определённых физиологических функций или органов чувств (синдром одержимости кожными паразитами, тинитус, глоссалгия и др.); 2) многообразные расстройства, представленные широким кругом соматизированных синдромов, эквивалентных клинически очерченным феноменам, чаще всего относящиеся к сфере кожной или аллергической патологии («псевдоаллергия»).

**Первая группа.** В рамках расстройств первой группы - циркумскриптных симптомокомплексов – рассматривается, например, **синдром одержимости кожными паразитами** [29], **тиннитус** [30], **глоссалгия** (синдром горящего рта) [31].

**Синдром одержимости кожными паразитами**, протекающий с явлениями идиопатического эссенциального зуда, тактильными и зрительными иллюзиями и явлениями тактильного галлюциноза. Клинические проявления этого ипохондрического синдрома составляют «кальку» расстройств, наблюдающихся при конкретных инвазиях – например, чесотке и педикулезе. Формирование тактильных и зрительных иллюзий, «верифицирующих» наличие паразитов, завершает феномен «анимации» – наделения «паразитов» свойствами живых существ. Идиопатический зуд в таких случаях, по аналогии с зудом при чесотке, обнаруживает суточную динамику с обострением в вечернее и ночное время. При этом зуд принимает характер интрадермальной дизестезии – как и при чесотке проецируется в глубину кожного покрова (где, в случаях реального заболевания, локализуется возбудитель). Аналогично чесотке проявления синдрома одержимости кожными паразитами сопровождаются интенсивными эксфолиациями, приводящими к эрозивным поражениям кожи.

**Тиннитус.** К группе циркумскриптных (локальных) коэнестезиопатий относятся телесные сенсации из сферы отоневрологических проявлений, сопоставимые по ряду клинических симптомокомплексов, с **ТИННИТУСОМ** – «эндогенным неэмиссионным» идиопатическим первичным субъективным ушным шумом. Ушной шум выступает в качестве относительно изолированного, локализованного внутри головы, психопатологического образования – «монотонный звон внутри головы», напоминающий шипение, шум в метро, звук счётчика Гейгера. В одних случаях превалируют жалобы на высокочастотный «писк» в ушах, похожий на свист («звук трансформаторной будки», «звон внутри головы»), в других – низкочастотный (монотонный, протяжный, преимущественно односторонний, локализующийся в правой, либо левой части, а также затылочной или лобной области). При этом психопатологическая квалификация ушного шума соответствует сенсопатиям по типу сенестезий. В большинстве случаев ушной шум возникает на фоне уже длительно протекающей невротической или сверхценной ипохондрии. Такая квалификация

подтверждает связь тиннитуса с психическими расстройствами. Таким образом, акустический феномен типа «шум в ушах / внутри головы» может манифестировать в рамках психических расстройств (психопатологические феномены ипохондрического круга), дублируя на клиническом уровне симптоматику тиннитуса, формирующуюся при оториноларингологической, неврологической и соматической патологии.

**Глоссалгия, глоссалгический синдром или синдром горящего рта**, манифестирующая в пространстве психосоматических расстройств, принимает формы, эквивалентные по характеристике телесных ощущений, дерматозам полости рта. В клинической картине (при отсутствии высыпаний – интактности слизистой оболочки полости рта) доминируют симптомокомплексы (чувство сухости, боли, жжение, печения, покалывания, стянутости), наблюдающиеся при ретикулярной и гиперкинетической формах красного плоского лишая (КПЛ). Психопатологическая квалификация таких локальных ощущений – тактильные иллюзии, сенесталгии и сенестезии. Локализованные телесные фантазии перцептивного типа включают «ощущение пореза слизистой оболочки рта ножом», «прокола иглой», «разлитой во рту кислоты». Такие телесные фантазии характеризуются стереотипностью и стабильностью, а также «построением с использованием механистических конструкций, вычурной схематизацией, утрированной детализацией», «оторванностью от реальности и прежнего телесного опыта сравнительных характеристик». Тактильные иллюзии представлены ощущениями «неровности» языка, отсутствия тактильной целостности слизистой оболочки рта, возникающего при прикосновении языка к другим участкам полости рта. Локализованные сенестезии представлены термическими ощущениями, носящими характер разлитого, диффузного жара, не только охватывающего пространство полости рта, но и распространяющегося вглубь пищеварительного тракта и/или дыхательных путей с ощущением «горячего воздуха», заполняющего» носоглотку, гортань, трахею, бронхи.

**Вторая группа** представлена синдромально организованной ассоциацией патологических телесных ощущений с соматовегетативными симптомокомплексами, принимающей форму распространённых (в отличие от циркумскриптных), обнаруживающих тенденцию к генерализации, персистирующих

соматопсихотических расстройств, эквивалентных выделяемым в общей медицине сложным по размерной структуре клиническим образованиям (здесь – на модели псевдоаллергии [32; 33]). Несмотря на копирующую проявления истинных аллергических реакций симптоматику (дерматологического, пульмонологического, оториноларингологического или иного «аллерго-ассоциированного» пула), данные анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований, результаты диагностических приемов, стандартного аллергологического исследования и специфических аллерготестов, исключают как аллергическую, так и иную, соматогенно обусловленную природу страдания. В ряду основных проявлений выступают доступные для непосредственного наблюдения уртикарная сыпь, ангионевротический отёк, эритемы, локальные гиперемии. По аналогии с истинной аллергией уртикарная сыпь и ангионевротический отёк носят транзиторный характер: манифестируют остро с последующей быстрой и полной обратной редукцией симптоматики. Как и при реальной крапивнице, выступающей в качестве «кальки» соматовегетативной дисфункции кожи и слизистых, свойственна эфемерность. Как и при истинной аллергии для псевдоаллергических реакций характерен рецидивирующий паттерн – клишированность реакций. Эритема и локальная гипертермия, будучи эквивалентными более лабильным, чем аллергические, нейро-сосудистым реакциям кожи/ангиодилатация сопоставимая с розацеей/могут наблюдаться не только во время приступа псевдоаллергии, но, например, и при конверсации, затрагивающей психотравмирующие темы.

**II. Идеаторный домен** представлен идеопсихотической размерией, составляющей аутопсихический компонент размерной модели, который ранжируется в диапазоне психопатологического континуума (сверхценные образования – бредоподобные фантазии – бред), при котором выражение признака (т. е. идеопсихотической) изменяется в зависимости от комплекса соматических размерий, эквивалентных клинической структуре различных соматических заболеваний. При этом коэнестезиопатические расстройства размерной модели выступают не исключительно в качестве телесных ощущений, лишь создающих условия для формирования сверхценной идеопсихотической/идеопсихотического бреда, но, наоборот, сами являются центральной фигурой формирования сверхценных идеопсихотических

идей либо бредообразования – соматическим эквивалентом сверхценной идеи либо бреда, т. е. проявлениями «соматической паранойи». Соматопсихические – не связанные с какой-либо патологией внутренних органов – аномальные перцептивные феномены эквивалентные комплексу расстройств, свойственных соматическому заболеванию, в отличие от «возникающих на основе непосредственных ощущений тела», не являют вид независимых – изолированных психопатологических образований. Иными словами, рассматриваемые соматопсихические-коэнестезиопатические симптомокомплексы, будучи лишены «соматической базы», не могут «существовать» в качестве независимой, эквивалентной структуре соматически обусловленных клинически завершённых синдромов, дименсии. Формирование и персистирование такого рода соматопсихических симптомокомплексов реализуется лишь при соучастии идеаторных образований. Соответственно, речь идёт об облигатной взаимосвязи соматопсихических – коэнестезиопатических и идеаторных (применительно к рассматриваемой проблеме) ипохондрических расстройств.

**III. Патохарактерологический домен** здесь будет охарактеризован в пределах шизотипического расстройства личности (ШТРЛ), имеющего некоторые общие конституциональные паттерны. На первом плане черты повышенного энергетического потенциала: гиперактивность, настойчивость, стремление к достижению максимальных «объемов» занятости в самых различных областях деятельности (склонность предпринимать слишком много дел одновременно). Доминирует культ собственной деловой успешности без каких-либо стойких сверхценных увлечений, целеполагания в построении производственной/научной карьеры и т.п. В отличие от статотимиков в патохарактерологической структуре которых также превалируют повышенная активность и трудоголизм, доминируют такие личностные свойства, как аффективная стабильность, скрупулезность и педантизм, здесь на первый план выступают признаки выраженной реактивной лабильности (психогении типа депрессивных, тревожных, сенситивных, параноидных реакции, ситуационно спровоцированные «подъемы настроения» и др.), а также соматовегетативной лабильности (проявления «экссудативного диатеза» в анамнезе, транзиторная эритема, эфемерные «уртикарии», пароксизмы зуда, невropатия, органно-невротические и конверсионные расстройства).

В ряду формирующихся в границах ШТРЛ психопатологических образований негативного круга, сопряженных с манифестирующими в последующем психосоматическими расстройствами типа псевдоаллергии, наиболее характерна особая, свойственная расстройствам шизофренического спектра эмоциональная дефицитарность, искажающая взаимодействие пациента с окружающими. Негативные дименсии формируются без грубых, свойственных доменам процессуального круга, изменений. На первом плане «обтекаемая», лишенная стойких (но не пересекающих, вместе с тем конвенциональных) границ привязанность даже к ближайшим родственникам. В качестве объекта любви в первую очередь выступает собственная личность («легкие», «без трагедии» разводы; дети, с которыми поддерживаются хорошие отношения, но которые живут с разведенным супругом в другой стране). В других случаях ШТРЛ на первом плане более выраженные, берущие начало в изменениях типа фершробен, негативные дименсии: аутизм, парадоксальные эмоциональные реакции с избирательными симбиотическими привязанностями, сугубый рационализм, прагматизм в лишенных синтонности межличностных и родственных отношениях.

В ряду свойственных рассматриваемому контингенту ШТРЛ позитивных психопатологических дименсий на первый план выступает стигматизация по линии тревожных/аффективных расстройств. При этом речь идет об особом варианте аффективных образований, определяющимся в рамках шизотипии с явлениями высокой позитивности («счастливые шизотайпы»). По данным целого ряда исследований к позитивной шизотипии, протекающей с преобладанием аффективной патологии, относятся в первую очередь расстройства типа гипомании. Однако речь идет о более широкой представленности аффективной патологии. Наряду с наблюдениями, определяющимися явлениями хронической гипертимии, лишь периодически прерывающейся психогенно/соматогенно, либо аутохтонно манифестирующими депрессивными фазами, в части случаев состояние определяется в рамках шизотипной биполярности. При этом в большинстве случаев депрессии формируются по механизму нажитой реактивной лабильности. Психопатология позитивной шизотипии независимо от модуса манифестации (хроническая гипертимия, полярная смена фаз), включает проявления, установленные в целом ряде исследований

для формирующихся в клиническом пространстве ШТРЛ аффективных расстройств. Наиболее существенная из них — неполнота спектра аффективных симптомокомплексов, ограниченных либо явлениями негативной аффективности, либо преимущественно тревожным аффектом, при отсутствии либо значительной редуцированности витальной составляющей.

Патохарактерологические дименсии ШТРЛ ассоциированы с функциональной активностью псевдоаллергических расстройств, включающих выше указанные коэнестезиопатическую и идеаторную дименсии. При этом выделяется два типа такой функциональной активности псевдоаллергических расстройств.

При **первом типе** отмечается амплификация клинической картины аффективных фаз в рамках динамики ШТРЛ псевдоаллергическими симптомокомплексами. Чаще всего наблюдается при депрессиях, определяющихся явлениями негативной аффективности — апатическая депрессия с ангедонией, нивелировкой побуждений, проявляющейся в первую очередь бездеятельностью, «нарушением самосознания активности». Усложнение клинической картины по мере развертывания депрессивной фазы происходит за счет присоединения явлений псевдоаллергии (мокнущая экзема, эпизоды спонтанной крапивницы, рецидивирующие ангиоотеки и др.), выступающих в качестве составляющих соматического комплекса депрессии. Депрессивные фазы, симптоматика которых амплифицирована проявлениями псевдоаллергии, обнаруживают тенденцию к рекуррентному течению. Как свидетельствуют наблюдения, они могут повторяться в среднем 2 раза в год, на протяжении 10 лет. При этом выраженность собственно депрессивных проявлений (анергия с повышенной утомляемостью, дисфория, симптомокомплексы психической анестезии и др.) не усугубляется, и по миновании фазы симптомы редуцируются.

При **втором типе** происходит перекрытие (частичное) аффективных/тревожных расстройств психосоматическими симптомокомплексами, принимающими форму «второй» болезни. Проявления «второй» болезни манифестируют при острых тревожно-депрессивных расстройствах, возникающих чаще всего на пике деловой активности на фоне хронической гипомании, анксиозные проявления которых достигают на высоте состояния уровня генерализованной тревоги. Тревожно-депрессивные фазы

провоцируются стрессорными, психогенно/ситуативно обусловленными событиями: реакции горя, траура, деморализации, каптуляции, реактивной шизотимии и др. В других случаях принимают форму аутохтонно манифестирующих депрессий (либо спровоцированных, но условно патогенными триггерами). Аутохтонно формирующиеся аффективные расстройства относятся к категории немеланхолических («самоистязующих» депрессий). В их клинической картине уже на первых этапах, на фоне персистирующих идей малоценности, собственной несостоятельности, провала, неспособности поддержания прежнего уровня работоспособности, на первый план выступает тревога, панические атаки, тревожные руминации, явления острой растерянности. Анксиозную симптоматику сопровождает нарастающая, достигающая уровня субступора, двигательная заторможенность. Симптомокомплексы псевдоаллергии манифестируют в форме острого соматического стресса с отеками различных частей тела: стоп, ладоней, языка, пятнами и мелкоточечными высыпаниями, сопровождающимися сильным зудом. При этом ритм течения депрессий сменяется заимствованным, свойственным психосоматическим расстройствам (ухудшение психического состояния параллельно нарастанию отеков и других проявлений аллергии). Доминируют явления «витальной ипохондрии» — страх распространения отеков, дальнейшего ухудшения соматического состояния, удушья, фатального исхода, опасения остаться без медицинской помощи. При этом тревога и подавленность, связанные с трагическими событиями либо с опасениями, паническим страхом полной утраты работоспособности, значительно редуцируется, остаются на периферии сознания. По завершении маскированной («психосоматический камуфляж») аффективной фазы псевдоаллергическая симптоматика (отеки, высыпания, зуд, соматическая тревога) постепенно нивелируются, а иногда исчезают мгновенно. Наряду с формированием коморбидных соотношений возможна (в случаях трансформации псевдоаллергических расстройств в структуры ипохондрических реакций и развитий) и элиминация связей с аффективными/тревожными образованиями.

Таким образом, все три домена ипохондрии взаимосвязаны — объединены в пространстве (например, кожным покровом, органом слуха при тиннитусе и пр.) и времени (сосуществуют симультанно),

формируя клинически значимые, прежде всего, для дифференциальной диагностики домены. – см. рис. 3.



**Рисунок 3. Домены транснозологической модели ипохондрии на примере «соматической паранойи» в оториноларингологической, дерматологической и аллергологической практике**

В **терапевтическом** аспекте явления ипохондрии, включающей три взаимосвязанных домена (кожныеестезиопатический, идеоипохондрический, патохарактерологический), рассматриваются как серьезные психосоматические расстройства, требующие грамотной маршрутизации, выстраивания диагностических и терапевтических алгоритмов и механизмов взаимодействия общемедицинского (в частности, оториноларингологического, аллергологического и дерматологического) и психосоматического звена на предгоспитальном и госпитальном этапах.

Учитывая сложную структуру ипохондрических образований, обнаруживающих сходство как с соматической/ЛОР/аллергологической/дерматологической патологией, так и с эндогенными психическими расстройствами, очевидна необходимость в многопрофильной специализированной помощи, в оказании которой участвует соматическое звено, например, оториноларингологическая, аллергологическая и дерматологическая служба, а также психиатры, ориентированные в проблемах психосоматической медицины.

Относительно терапевтического аспекта приведенных ипохондрических состояний, необходимо обозначить следующее [34]. Психотерапевтические модальности при лечении ипохондрии, прежде всего, должны быть ориентированы на

идеоипохондрический домен и дифференцированы в зависимости от его психопатологической структуры и тяжести, ранжируемой в континууме от ипохондрических опасений, фобий и obsессий к сверхценным и бредовым феноменам. Соответственно, роль и эффективность психотерапевтических вмешательств снижается по мере утяжеления психопатологического регистра: доминирующая и наиболее эффективная – при невротическом уровне идеоипохондрических феноменов, минимальная – при бредовых феноменах (в основном направленная на поддержание комплаентности в отношении приема антипсихотиков), промежуточная – при бредоподобных феноменах и сверхценной ипохондрией. В отношении патохарактерологического домена ипохондрией психотерапия – терапевтический метод выбора. В свою очередь в отношении коэнестезиопатического домена независимо от регистра расстройства наиболее эффективны оказываются обладающие тропностью к телесным ощущениям и/или вегетостабилизирующим эффектом антипсихотики (алимемазин, сульпирид, кветиапин, галоперидол), которые могут рассматриваться в качестве базисной терапии в отношении коэнестезиопатического домена, с одной стороны, а в то же время – являются препаратами выбора в отношении идеоипохондрического домена при его квалификации в пределах психотического и субпсихотического регистров (идеоипохондрическая бредовая, бредоподобные фантазии, сверхценные ипохондрические образования). В случае последних необходимо ориентироваться, прежде всего, на выраженность антипсихотического эффекта (минимального в случае алимемазина, максимального в случае галоперидола).

### **Требования необходимые для внедрения технологии**

Для внедрения технологии в учреждениях психиатрического и общемедицинского профиля необходима подготовка психиатров-консультантов для работы в мультидисциплинарных группах, обладающих компетенциями консультирования с учетом особенностей ипохондрических расстройств, а также оказания психотерапевтической помощи и при необходимости – проведения психофармакотерапии. Кроме того, необходима информационно-методическая подготовка врачей клинических специальностей в

области психосоматики с целью овладения навыками междисциплинарного взаимодействия с врачами-психиатрами и психотерапевтами.

## Список литературы

1. Блейхер В.М.; Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. 2-е изд. Киев: Здоровье, 1995. 544 с. [Bleikher V.M.; Kruk I.V. Explanatory dictionary of psychiatric terms. 2nd ed. Kiev: Zdorov'e; 1995. 544 p.]
2. Pilowsky I. Primary and secondary hypochondriasis // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1970. Vol. 46. P. 273–285.
3. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913. 338 S.
4. Kenyon F.E. Hypochondriasis: a survey of some historical, clinical, and social aspects // *British Journal of Medical Psychology*. 1965. No. 38. P. 117–133.
5. Hiller W.; Rief W.; Fichter M.M. Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis // *Psychological Medicine*. 2002. Vol. 32. P. 707–718.
6. Bornstein R.F.; Gold S.H. Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2008. Vol. 30. P. 154–161.
7. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 16–80. [Snezhnevsky A.V. *Clinical psychopathology // Rukovodstvo po psikhiatrii*. Moscow: Meditsina; 1983. Vol. 1. P. 16–80.]
8. Starcevic V.; Lipsitt D.R. *Hypochondriasis. Modern Perspectives on an Ancient Malady*. Oxford: Oxford University Press, 2001. 336 p.
9. Huber G. Die coenästhetische Schizophrenie // *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*. 1957. Bd. 25, H. 9. S. 491–520.
10. Huber G. Die «coenästhetische Schizophrenie» als ein Prägnanztyp schizophrener Erkrankungen // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1971. Vol. 47, fasc. 3. P. 349–362.
11. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL, 1969. 365 s.
12. Barsky A.J. Hypochondriasis and somatization // In: Starcevic V., Lipsitt D.R. (eds.). *Hypochondriasis. Modern Perspectives on an Ancient Malady*. Oxford: Oxford University Press, 2001. P. 77–102.
13. Sharpe M.; Mayou R.; Walker J. Bodily symptoms: new approaches to classification // *Journal of Psychosomatic Research*. 2006. Vol. 60, no. 4. P. 353–356.
14. Смулевич А. Б., Волель Б.А., Медведев В.Э., Терентьева М.А., Фролова В.И., Самушия М.А., Выборных Д.Э., Шафигуллин М.Р. Развития личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии). Психические расстройства в общей

- медицине. – 2008. – № 2. – С. 4-11. [Smulevich A. B., Volel' B.A., Medvedev V.E'., Terent'eva M.A., Frolova V.I., Samushiya M.A., Vy'borny'x D.E'., Shafigullin M.R. Razvitiya lichnosti pri somaticheskix zabolevaniyax (k probleme nazhitoy ipoxondrii). Psixicheskie rasstrojstva v obshej medicine. – 2008. – № 2. – S. 4-11.]
15. Волель Б.А. Небредовая ипохондрия (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 2. С. 49–62. [Volel B.A. Non-delusional hypochondria (literature review) // Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. 2009. No. 2. P. 49–62.]
16. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 313 с. [Ivanov S.V. Somatoform disorders (organ neuroses): epidemiology, comorbid psychosomatic relationships, therapy: Dr. Sci. (Med.) dissertation. Moskva, 2002. 313 p.]
17. Дороженок И.Ю. Нозогенные психосоматические расстройства у пациентов с кожными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023. Т. 123, № 4-2. С. 36–43. DOI: 10.17116/jnevro202312304236. [Dorozhenok I.Yu. Nosogenic psychosomatic disorders in patients with skin diseases // Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. Spetsvypuski. 2023. Vol. 123, no. 4-2. P. 36–43. DOI: 10.17116/jnevro202312304236.]
18. Смулевич А.Б.; Львов А.Н.; Волель Б.А.; и др. К проблеме соматической-ипохондрической паранойи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023. Т. 123, № 4-2. С. 6–13. DOI: 10.17116/jnevro20231230426. [Smulevich A.B.; Lvov A.N.; Volel B.A.; et al. On the problem of somatic-hypochondriac paranoia // Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. Spetsvypuski. 2023. Vol. 123, no. 4-2. P. 6–13. DOI: 10.17116/jnevro20231230426.]
19. Психические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 864 с. [Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike / ed. by A.B. Smulevich. Moskva: MEDpress-inform, 2010. 864 p. (Mental disorders in clinical practice).]
20. van den Heuvel O.A.; Veale D.; Stein D.J. Hypochondriasis: considerations for ICD-11 // Brazilian Journal of Psychiatry. 2014. Vol. 36, Suppl. 1. P. 21–27. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1218.
21. International Classification of Diseases. 11th Revision (ICD-11) [Электронный ресурс]. Geneva: World Health Organization, 2022. Режим доступа: <https://icd.who.int/> (дата обращения: 29.09.2025)
22. ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder:

- Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organisation. 1992.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
  24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
  25. First M.B.; Gaebel W.; Maj M.; et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5 // *World Psychiatry*. 2021. Vol. 20, no. 1. P. 34–51. DOI: 10.1002/wps.20825.
  26. van den Heuvel O.A.; Veltman D.J.; Groenewegen H.J.; et al. Disorder-specific neuroanatomical correlates of attentional bias in obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and hypochondriasis // *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62, no. 8. P. 922–933. DOI: 10.1001/archpsyc.62.8.922.
  27. van den Heuvel O.A.; Mataix-Cols D.; Zwitser G.; et al. Common limbic and frontal-striatal disturbances in patients with obsessive compulsive disorder, panic disorder and hypochondriasis // *Psychological Medicine*. 2011. Vol. 41, no. 11. P. 2399–2410. DOI: 10.1017/S0033291711000535.
  28. Deacon B.; Abramowitz J.S. Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008. Vol. 22. P. 115–127.
  29. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Львов А.Н. «Дерматозойный бред и ассоциированные расстройства». М., 2015. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(12):183-184. А.В. Smulevich, D.V. Romanov, A.N. L'vov «Dermatozoic delusion and associated disorders». Moscow, 2015. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015;115(12):183-184. (In Russ.)  
<https://doi.org/10.17116/jnevro2015115112183-184>
  30. Якимец А.В., Морозова С.В., Стаканов П.А., Садкова О.А., Полякова Е.П. Тиннитус и психические расстройства (клинико-психопатологическое исследование больных без оториноларингологической патологии). ПСИХИАТРИЯ. 2023;21(6):50-57. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57> Yakimets A.V., Morozova S.V., Stakanov P.A., Sadkova O.A., Polyakova E.P. Tinnitus and Psychiatric Disorders (a Clinical

- Psychopathological Study of Patients without Otorhinolaryngological Pathology). Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya). 2023;21(6):50-57. (In Russ.) <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57>
31. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Юзбашян П.Г. и др. Глоссалгия как синдром психодерматологической патологии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 7. – С. 7-13. – DOI 10.17116/jnevro20211210717
  32. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Волель Б.А., и др. К проблеме соматической-ипохондрической паранойи. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;123(4-2):6-13. Smulevich AB, Lvov AN, Volel' BA, et al. To the problem of somatic-hypochondriac paranoia. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2023;123(4-2):6-13. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro20231230426>
  33. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Фомина Д.С., и др. Психосоматические симптомокомплексы в структуре шизотипического расстройства личности. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2025;125(7):46-54. Smulevich AB, Lvov AN, Fomina DS, et al. Psychosomatic sets of symptoms in schizotypal personality disorder. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2025;125(7):46-54. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202512507146>
  34. Юзбашян П.Г., Львов А.Н., Воронова Е.И., Романов Д.В. Опыт применения алимемазина в терапии соматоформного расстройства с картиной глоссалгии (синдрома «горящего рта»): психоневрологические и дерматологические аспекты. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (28): 6–14. DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-28-6-14.
  35. Романов Д.В., Шеянов А.М., Воронова Е.И., Миченко А.В., Львов А.Н. Небредовая ипохондрия в пространстве кожного покрова. Лечащий врач. №12. 2025. – принята в печать.



**115522, Москва, Каширское шоссе, 34**  
**+7 495 109-03-93**

**[www. psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru); [www.ncpz.ru](http://www.ncpz.ru)**

**e-mail: [ncpz@ncpz.ru](mailto:ncpz@ncpz.ru)**