

Медведев В.Э.

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института  
Российского университета дружбы народов, Москва, Россия  
117198, ул. Миклухо-Маклая, 6

## Дисморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность

Клиническая картина дисморфофобии (ДМФ, дисморфия – ДМ) изучена недостаточно, ее описания противоречивы.

**Цель исследования** – изучение клинической структуры ДМФ на выборке пациентов пластического хирурга и косметолога.

**Пациенты и методы.** Обследовано 103 пациента: 81 (78,6%) женщина (средний возраст  $35,8 \pm 4,9$  года) и 22 (21,4%) мужчины (средний возраст  $30,9 \pm 5,7$  года), обратившихся в клинику косметологии или пластической хирургии с жалобами на объективно не подтвержденные «дефекты» внешности и явления ДМ и давших согласие на участие в исследовании. Все пациенты подвергнуты клинико-психопатологическому обследованию, при этом учитывали данные катамнеза за последние 1–3 года. Анализ соматического состояния проводили на основе данных медицинской документации и результатов лабораторных и клинико-инструментальных методов обследования.

**Результаты.** Выявлены сверхценная, ипохондрическая, обсессивно-компульсивная, депрессивная и бредовая формы дисморфического синдрома. Установлено, что ДМ может манифестировать в рамках шизофрении, расстройства личности, аффективных расстройств и психических расстройств органического генеза. Представлены дифференциально-диагностические критерии разных типов ДМ при гетерогенных психопатологических расстройствах.

**Ключевые слова:** дисморфофобия; дисморфия; дисморфическое расстройство; депрессия; фобия; шизофрения; расстройство личности.

**Контакты:** Владимир Эрнстович Медведев; [melkorcard@mail.ru](mailto:melkorcard@mail.ru)

**Для ссылки:** Медведев В.Э. Дисморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2016;(8)1:49–55.

### *Dysmorphic disorders: clinical and nosological heterogeneity* Medvedev V.E.

Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatic Pathology, Faculty of Advanced Training of Medical Workers, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia  
6, Miklukho-Maklai St., Moscow 117198

The clinical picture of dysmorphophobia (DMP) (dysmorphia, DM) has been inadequately investigated; its descriptions are contradictory.

**Objective:** to study the clinical structure of DMP (DM) on a sample of plastic or cosmetic surgery patients.

**Patients and methods.** An examination was made in of 103 patients, including 81 (78.6%) women (mean age,  $35.8 \pm 4.9$  years) and 22 (21.4%) men (mean age,  $30.9 \pm 5.7$  years), who had gone to a clinic of cosmetic or plastic surgery with complaints of objectively unverified appearance defects and DM signs and given consent to take part in the investigation. All the patients underwent clinical and psychopathological examination; in so doing the follow-up data in the past 1–3 years were borne in mind. Their somatic condition was analyzed on the basis of the data available in the medical documents and the results of laboratory, clinical, and instrumental studies.

**Results.** The dysmorphic syndrome has been found to have overvalued, hypochondriacal, obsessive-compulsive, depressive, and delusional forms. It has been established that DM can manifest within schizophrenia, personality disorders, affective disorders, and organic mental diseases. Differential diagnostic criteria for different types of DM in heterogeneous psychopathological disorders are given.

**Keywords:** dysmorphophobia; dysmorphia; dysmorphic disorder; depression; phobia; schizophrenia; personality disorder.

**Contact:** Vladimir Ernstovich Medvedev; [melkorcard@mail.ru](mailto:melkorcard@mail.ru)

**For reference:** Medvedev VE. Dysmorphic disorders: clinical and nosological heterogeneity. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2016;(8)1:49–55.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-49-55>

Феномен дисморфофобии (ДМФ) остается одним из самых противоречивых и недостаточно изученных в психиатрии. В литературе приводятся разные определения ДМФ. Так, E. Morselli [1], предложивший термин «дисморфофобия», описал больного, страдавшего от «неприятных ощущений» в области рубца на носу и высказывавшего «навязчи-

вые мысли» о том, что его нос «имеет шаровидную форму» и поэтому привлекает внимание окружающих. E. Kraepelin [2] также относил ДМФ к «навязчивым неврозам». В.П. Осипов [3] считал ДМФ «мучительной мыслью, стыдом своего тела». В других публикациях конца XIX – начала XX в. ДМФ определяется уже как «страх», вызванный минимальными изме-

нениями внешности [4, 5]. Во второй половине XX в. появляется описание паранойяльной *бредовой* формы ДМФ — дисморфомании [6–8]. Некоторые авторы указывают на сходство ДМФ со *сверхценными* образованиями [9–10]. Далее фокус внимания исследователей вновь смещается на обсуждение *обсессивно-компульсивной* природы ДМФ, характеризующейся навязчивым размышлением о внешнем виде и повторными действиями и ритуалами в форме частого рассматривания себя, ритуализированного использования косметических средств [8, 10–12]. В классификации ДМФ ее диагностика основывается на наличии «озабоченности» и недовольства в связи с воображаемым дефектом внешности [13]. Наконец, в последние годы появились сообщения, в которых указывается на сходство проявлений ДМФ и аддиктивных расстройств [10].

Мнения относительно нозологической принадлежности ДМФ также разнятся. Одни исследователи связывают ДМФ с динамикой расстройств личности (РЛ, психопатия) [10, 14], другие — с течением шизофренического процесса [6, 9, 14], третьи считают ее самостоятельной нозологической единицей [15–17]. При этом во всех случаях ДМФ рассматривается как хроническое персистирующее психопатологическое состояние, манифестирующее преимущественно в подростковом возрасте [6, 9, 12, 18].

В МКБ-10 ДМФ отдельно не выделяется и описывается в структуре «Ипохондрического расстройства» (F45.2), в то время как бредовой вариант ДМФ — в разделе «Другие хронические бредовые расстройства» (F22.8) [19].

Наличие столь разнообразных, зачастую альтернативных и полностью противоречащих друг другу представлений о природе ДМФ, очевидно выходящей за пределы фобического симптомокомплекса, обуславливает появление в литературе термина «дисморфическое расстройство», или «дисморфия» (ДМ) [8, 9], в большей степени отражающего гетерогенность клинических проявлений и нозологической принадлежности данного психопатологического нарушения.

Таким образом, наличие отсутствия единства мнений о психопатологической структуре ДМ. Об этом свидетельствуют как динамично меняющиеся определения («страх», «недовольство», «убежденность», «дисморфофобия», «дисморфомания», «дисморфия») и клинические описания ДМ в качестве фобии, обсессивно-компульсивного, сверхценного и бредового расстройства, так и неопределенность положения ДМ в международных классификациях.

**Целью** исследования, проведенного сотрудниками кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института Российского университета дружбы народов на базе Института пластической хирургии и косметологии (Москва, 2010–2013 гг.) и Института красоты на Арбате (Москва, 2010–2015 гг.), являлось изучение клинической структуры дисморфического синдрома у пациентов пластического хирурга и косметолога. Изучение ДМ у таких пациентов обусловлено высокой частотой у них данного психопатологического симптомокомплекса и его значением для показателей удовлетворенности результатами лечения и социальной адаптации [20–29].

**Пациенты и методы.** Обследовано 103 пациента: 81 (78,6%) женщина (средний возраст  $35,8 \pm 4,9$  года) и 22 (21,4%) мужчины (средний возраст  $30,9 \pm 5,7$  года) в возрасте от 18 до 75 лет, обратившихся в клинику косметологии или пластической хирургии с жалобами на объективно не

подтвержденные «дефекты» внешности и явлениями ДМ, давших согласие на участие в исследовании.

В исследование не включали пациентов с объективно уродующими, инвалидизирующими, нарушающими функционирование дефектами внешности, страдающих химической зависимостью, а также тяжелыми или декомпенсированными на момент обращения соматоневрологическими заболеваниями, затрудняющими сбор анамнеза.

Всем пациентам проведено психиатрическое обследование с помощью клинико-психопатологического метода с привлечением данных катамнеза (за 1–3 года). Соматическое состояние оценивали по данным медицинской документации и результатам лабораторных и клинико-инструментальных методов обследования.

**Результаты.** Среди пациентов с ДМ была 81 (78,6%) женщина, что согласуется с данными литературы о значительно большей частоте ДМ у женщин [30, 31]. Анализ клинико-анамнестических данных свидетельствует о гетерогенности клинической картины ДМ: выделены формы этого синдрома с преобладанием сверхценных, ипохондрических, обсессивно-компульсивных, депрессивных и бредовых расстройств.

*Сверхценная ДМ* диагностирована у 34 (33%) пациентов (8 мужчин и 26 женщин, средний возраст  $31,6 \pm 8,8$  года). ДМ у них характеризовалась монотематическими сверхценными убеждениями и гиперболизированной, доминирующей в сознании обеспокоенностью наличием внешнего уродства при имеющихся минимальных физических особенностях тела (небольшая горбинка на носу, пигментный невус, одиночная морщинка и т. п.).

Социодемографические показатели у пациентов этой группы по сравнению с общей выборкой свидетельствовали об относительно удовлетворительной социальной адаптации: высшее и неполное высшее образование имели 79,4% обследованных, не работали и не учились на момент осмотра 32,2%, при этом больше половины (52,9%) пациентов никогда не состояли в браке и не имели детей, 11% были разведены.

В преморбиде у этих пациентов преобладали истерические (35,3%), ананкастические (32,4%), нарцистические (17,6%), гипертимические (11,8%) и шизотипические (2,9%) личностные черты.

Сверхценная ДМ развивалась преимущественно в подростковом возрасте (82,4%) на фоне психогенной провокации (насмешки сверстников, замечания родителей или знакомых, ятрогенно). Лишь у 17,6% пациентов ДМ манифестировала в послеродовом периоде после 30 лет. Большинство пациентов при этом были убеждены во врожденном характере «недостатков внешности» (нос не удовлетворял 44,1% обследованных, грудь — 20,6%, уши, живот, губы — по 11,8%). Средняя длительность существования синдрома составляла  $12,6 \pm 7,4$  года.

Наиболее характерными клиническими проявлениями сверхценной ДМ являлись выраженный, напряженный кататимный аффект в отношении своей внешности, эмоционально болезненная фиксация несоответствия собственным или заимствованным из внешних источников представлениям о привлекательной внешности, приобретающим степень овладевающих. В то же время следует отметить ситуативность обострений дисморфических идей, их несистематизированный, неразработанный характер. У 82,4% боль-

ных на высоте обострения симптоматики развивались обманы восприятия по типу иллюзий дисморфического содержания («дисморфические иллюзии»): пациенты описывали визуально или тактильно «фиксируемые» изменения формы, размера, местоположения «дефекта» или «содержащей его» части тела.

Типичными (88,6%) проявлениями ДМ были идеи ликвидации «обезображивающих дефектов», а также частое рассматривание себя в зеркале и других отражающих поверхностях («симптом зеркала») с целью найти выгодный ракурс, в котором предполагаемый «дефект» не виден, и определить, какая именно коррекция необходима. Иногда пациенты (11,4%), напротив, избавлялись от зеркал, категорически под разными предлогами отказывались фотографироваться из-за страха, что снимок «увечивает уродство» («симптом фотографии»).

Также больным были присущи сравнение своего внешнего вида или отдельных частей тела с «кумиром», настойчивое обращение к близким за подтверждением наличия «дефекта», чрезмерное увлечение диетами и физическими упражнениями, поиск информации, имеющей отношение к возможностям коррекции «дефекта», в научной или популярной литературе, средствах массовой информации, интернете.

Часть пациентов (26,5%) в подростковом возрасте, не имея финансовых возможностей или достаточных объективных медицинских показаний для проведения хирургического вмешательства, думали о суициде или предпринимали такие попытки.

В дальнейшем у всех пациентов наблюдалось присоединение сенситивных идей и социофобии (26,5%) со стремлением к маскировке/сокрытию (использование косметики, ношение мешковатой одежды) или «исправлению», «коррекции» мнимого недостатка (чрезмерный уход за внешностью с чистой кожи, выщипывание волос и т. д.). Сенситивные идеи содержали представления о мнимых признаках физической неполноценности как объектах всеобщего обсуждения и/или осмеяния, бросающихся в глаза и находящихся в центре внимания окружающих.

В случаях присоединения социальной фобии больные испытывали выраженный страх оказаться в центре внимания из-за косметического «дефекта» при осознании чрезмерности или необоснованности такого беспокойства. Зачастую пациенты избегали межличностных контактов: отсутствие половых и семейных отношений, замкнутый образ жизни, удаленная работа (58,8%), что приводило к заметной социальной дезадаптации и подтверждалось социодемографическими показателями в этой группе. Первое обращение к пластическому хирургу (в среднем в  $22,6 \pm 2,7$  года) пациенты связывали с появлением финансовых возможностей для проведения «давно назревших» «коррекционных» процедур с целью восстановления «утраченных» стереотипов межличностного общения. Пациенты указывали, что в результате лечения «раскрепостились», у них появилось чувство «внутреннего удовлетворения», «уверенность в себе», они создали семью, трудоустроились.

Несмотря на полученную информацию о возможных осложнениях хирургического лечения, отсутствие гарантий достижения полного соответствия запросам, большинство пациентов (58,8%) после непродолжительных сомнений в необходимости косметологических и хирургических манипуляций заявляли о готовности в дальнейшем проводить

повторные курсы такого лечения до достижения необходимого результата.

В послеоперационном периоде только 35,5% пациентов были удовлетворены результатами лечения. При этом все они недоумевали по поводу отсутствия ожидаемого резкого изменения социального статуса, расширения круга общения, считая, что теперь «отчуждение» или, напротив, «повышенное», но негативное внимание к ним со стороны окружающих связано с недостатками проведенного лечения. Спустя 3–8 мес после терапии больные вновь обращались к специалистам эстетической медицины.

**Ипохондрическая ДМ** констатируется у 24 пациентов (5 мужчин и 19 женщин, средний возраст  $55,1 \pm 6,1$  года). В этой группе стремление к хирургической коррекции внешности обусловлено наличием ипохондрической (тревожно-фобической) симптоматики. Доминирующим психопатологическим синдромом у таких больных является страх смерти (танатофобия). Средняя длительность персистирующей актуальной психопатологической симптоматики составляла  $17,5 \pm 6,4$  мес.

Хотя 45,8% пациентов достигли пенсионного возраста, социально-трудовая адаптация в этой группе была высокой: лишь 8,3% обследованных не работали, 70,8% состояли в браке, 8,3% были разведены, 16,7% никогда не создавали семью.

При обращении к косметологу и пластическому хирургу пациенты высказывали недовольство «возрастными» изменениями лица или его частей (веки, подбородок и т. п.) – 83,3%, груди – 12,5% или живота – 4,2%.

Преморбид у пациентов этой группы характеризовался комбинациями ананкастических (41,7%), тревожно-мнительных (37,5%) и истеронарцистических (20,8%) черт. Пусковым механизмом манифестации ипохондрической ДМ в большинстве случаев (83,3%) становился психоэмоциональный стресс после диагностики симптомов или начальных стадий соматического заболевания (артериальная гипертензия, сердечная аритмия, стенокардия, хронические гастрит, дуоденит, панкреатит, холецистит, бронхит, артрит и т. п.).

На этом фоне у пациентов развивался страх смерти, и ежедневно визуально и тактильно фиксируемые возрастные изменения внешности (птоз молочных желез, век, морщины, пигментные пятна и т. п.) воспринимались ими как возможные симптомы неизлечимых, смертельно опасных заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, онкологические заболевания и т. п.) и/или приближающегося одряхления, инвалидизации и смерти.

Основной целью обращения к хирургу у них было «возвращение утраченного здоровья», «тонуса» организма в целом или его частей (кожа, живот, лицо и т. д.).

Лишь 33,3% больных во время психотерапевтических бесед формально соглашались с тем, что «дефект» внешности необязательно связан с патологией внутренних органов и высказывали сомнение в необходимости проведения или благоприятном исходе хирургического вмешательства. Напротив, большинство пациентов планировали проводить повторные операции, чтобы уменьшить «внешние проявления старения организма». Параллельно они проходили многочисленные обследования у врачей иных специальностей. При обнаружении отклонений в данных клинико-инструментальных исследований или реального соматического заболевания эти пациенты катастрофизировали их выраженность и последствия, отслеживали малейшие отклонения в функционировании ор-

ганизма. При этом отмечались различные варианты «патологического» «самошалящего» поведения в болезни — истерической (25%) или «маскированной» (75%) ипохондрии.

При истероипохондрическом развитии пациенты становятся частыми посетителями медицинских учреждений и потребителями медицинских услуг, отказываются от прежних привычек, снижают рабочие и бытовые нагрузки, перераспределяют обязанности на окружающих и манипулируют близкими с целью создания «благоприятной», «спокойной» атмосферы.

При «маскированной ипохондрии» пациенты, напротив, все меньше обращаются к врачам официальной медицины, «чтобы избежать негативной информации о динамике заболевания», и увеличивают количество «обследований и лечения» у парамедиков, народных целителей и знахарей, экстрасенсов и т. п., перекладывают обязанности по соблюдению врачебных рекомендаций на родных.

Таким образом, обращение к пластическому хирургу для больных этой группы становится вариантом защитного поведения, направленного на снижение выраженности танофобии, канцерофобии, кардиофобии, ипохондрической озабоченности и т. п.

В постоперационном периоде только 25% пациентов высказывали осторожную надежду на достижение поставленных целей, позитивно оценивая результаты хирургического вмешательства. Остальные крайне тревожно реагировали на изменение соматического состояния, сосредоточивая внимание не на внешних изменениях, а на нюансах функционирования внутренних органов, жаловались на «ухудшение здоровья», «плохое самочувствие», настаивали на проведении дополнительных инструментальных и лабораторных обследований, приглашении «узких» специалистов для обсуждения динамики функциональных показателей.

**Обсессивно-компульсивная ДМ** выявлена у 11 пациентов (4 мужчин и 7 женщин, средний возраст  $28,3 \pm 3,7$  года). Средняя длительность обсессивно-компульсивной симптоматики составляла  $6,5 \pm 4,4$  года. Социодемографические характеристики этой выборки указывали на хорошую адаптацию большинства больных: 63,6% состояли в браке, имели незаконченное высшее или высшее образование, все работали или учились.

При обращении к косметологу и пластическому хирургу пациенты высказывали недовольство формой груди или живота (72,7%), носа (27,3%).

Преморбид у этих больных характеризовался ананкастическими (72,7%) и истерическими (27,3%) чертами. Навязчивые идеи видоизменения частей тела с целью достижения «абсолютной симметрии» или «идеальных пропорций» развивались аутохтонно (89,8%) или на фоне психоэмоционального стресса (10,2%), но всегда в совокупности с другими симптомами обсессивно-компульсивных расстройств (навязчивый счет, хульные мысли, ритуалы) и сопровождалась чувством беспредметной тревоги и непреодолимым желанием совершать различные косметологические манипуляции как с помощью специалистов, так и самостоятельно (удаление пигментных пятен, выщипывание волос и т. п.) в домашних условиях. При этом больные осознавали свое поведение как чрезмерное, нерациональное, назойливое и неуемное, не приносящее стойкого удовлетворения, отнимающее чрезмерно много времени и мешающее повседневной активности. Обращение к косметологу или пласти-

ческому хирургу приносило лишь временное облегчение в период обследования и/или предоперационной подготовки: уменьшались выраженность тревоги и компульсий. Сразу после операции или завершения косметологических манипуляций больные отмечали возвращение навязчивых мыслей о своей внешности, непреодолимую потребность увидеть результаты лечения и «скорректировать» транзиторные послеоперационные осложнения (отеки, гематомы, ссадины). Они многократно перепроверяли результаты терапии, для чего часто и преждевременно снимали фиксирующие повязки, самовольно делали перевязки, выполняли косметические процедуры, согласуясь с собственной системой ритуалов (наложение определенного количества слоев крема, протирания в определенную сторону и т. п.).

**Депрессивная ДМ** выявлена у 25 больных (3 мужчин и 22 женщин, средний возраст  $49,7 \pm 5,4$  года), которые обратились к пластическому хирургу и косметологу на фоне депрессивного состояния. Средняя длительность текущего депрессивного эпизода достигала  $9,5 \pm 5,8$  мес. На момент осмотра 80% пациентов состояли в браке, только 4% никогда не имели семьи, получили высшее и неполное высшее образование и работали 80%.

В преморбидном фоне у них отмечались аффективные расстройства, которые реализовались у пациентов с различным сочетанием истерических (40%), нарцисстических (16%), ананкастических (36%), тревожно-мнительных (36%) и шизоидных (12%) черт. Аффективные нарушения в большинстве наблюдений манифестировали/экзацербировали на фоне динамики генеративного цикла: после родов (25%), в период инволюции (60%). Еще в 16% случаев — на фоне патологии церебральных артерий. Лишь у 4% больных депрессия развилась после психогенной провокации.

В клинической картине депрессии, помимо жалоб на подавленность, апатию, астению, тревогу, ангедонию в социальной, физической сфере, отмечались нарушения сна, аппетита и либидо. 16% больных высказывали суицидальные мысли, однако отрицали планы по их реализации. Одно из ведущих мест в картине аффективных нарушений занимали нехарактерные для эутимического состояния обследованных идеи малоченности, самоуничтожения и ущерба собственной внешности (форма лица в целом или его части — 75%, груди — 16% или конечностей — 8%), а также чувствительные идеи отношения (60%) с элементами социофобии (36%). Находясь в депрессии, больные избегали посещения людных мест (общественный транспорт, магазины и т. п.), общения даже с близкими людьми, использовали косметические средства и одежду для «маскировки» «некрасивых» частей тела.

Основной целью обращения к пластическому хирургу у таких пациентов было улучшение настроения, уменьшение чувства тревоги при социальных контактах. Большинство больных считали «возрастные» (80%) или «врожденные» (20%) изменения внешности причиной ухудшения настроения, ссылаясь на данные самостоятельно изученной литературы, средств массовой информации, мнение знакомых, других врачей. В ходе психотерапевтических бесед лишь 28% пациентов высказывали сомнения в наличии дефектов внешности. При общении с хирургом только 20% больных выражали опасения в благоприятном исходе операции.

В раннем послеоперационном периоде (до 2 мес) у 32% пациентов отмечались симптомы реактивной гипомании с сексуальной расторможенностью, переоценкой веро-



ятных результатов лечения, построением нереалистичных планов в отношении последующих изменений внешности, расширения социальных контактов, улучшения семейного и трудового статуса. Постепенно состояние нивелировалось, и депрессивная симптоматика возвращалась.

У остальных пациентов фон настроения в послеоперационном периоде не менялся, оставаясь сниженным. Напротив, не дожидаясь стойкой послеоперационной регенерации тканей (6 мес и более), больные сообщали об ухудшении соматического и «психологического» состояния, начинали высказывать недовольство результатами лечения, заявляли, что «не узнают себя» («это – не я» – постоперационная деперсонализация<sup>1</sup>), и требовали «вернуть прежнюю внешность».

По данным катамнеза, у 19 пациентов дисморфическая симптоматика полностью купировалась на фоне лечения гипотимии антидепрессантами (14 наблюдений) или по мере саморазрешения (5 наблюдений) депрессивного состояния.

**Бредовая ДМ** имела у 9 пациентов (2 мужчин и 7 женщин, средний возраст 40,8±8,2 года) с бредом различного содержания. Средняя длительность актуальной психотической симптоматики по объективизированным данным достигала 7,2±3,5 мес.

Пациенты этой группы имели самые плохие показатели социальной адаптации по сравнению с другими группами обследованных. Только 22,2% из них состояли в браке, 33,4% были разведены или овдовели и не вступали в повторный брак, 44,4% никогда не состояли в браке, 55,6% не имели детей. Несмотря на наличие у всех больных неполного высшего или высшего образования, они указывали на частую смену работы, работу не по специальности или не соответствующую квалификации (водитель, горничная).

При обращении к косметологу и пластическому хирургу эти пациенты высказывали недовольство сразу несколькими частями тела (лицо, грудь, ягодицы, конечности, живот), не могли выделить приоритетное направление эстетической терапии, часто меняли жалобы.

Преморбидный фон у 88,9% пациентов был оценен как истерический с различными акцентуациями (тревожный – у 33,4%, гипертимный, гипопаранойяльный – по 22,2%, ананкастический – у 11,1%).

Дисморфический бред (дисморфомания [6], паранойя «красоты», «уродства», «внешнего вида» и т. д.) был сконцентрирован на убежденности в наличии мнимого физического недостатка. В сознании больных доминировали ошибочные некорректируемые, обычно систематизированные и хорошо проработанные, определяющие поведение представления об «уродстве», «аномалиях строения» или «деформации» определенных частей тела. У 22,2% пациентов картина заболевания принимала форму паранойи борьбы, проявляющейся настойчивыми требованиями хирургического вмешательства с тяжелой активностью. Кроме того, у больных выявлялась тенденция к аутоагрессии с целенаправленным стремлением к самостоятельному удалению (иногда с помощью бритвы, ножа, раскаленных предметов) «пигментных пятен» и других «уродующих» участков кожи или исправлению «дефекта» (сбривание и выдергивание волос, подрезание носа, подпиливание зубов, перфорирование носовой перегородки) с после-

<sup>1</sup>Термин предлагается в связи с соответствием жалоб, приводимых пациентами в постоперационном периоде критериям деперсонализации (МКБ-10) [19].

дующим обращением к пластическому хирургу за коррекцией результатов вмешательств. Важно отметить, что в анамнезе у пациентов этой группы были длительные периоды жизни без ДМ, что несколько отличается от представлений о бредовой ДМ как хроническом психическом расстройстве [6, 8, 32].

В случаях развития бреда на фоне маниакального аффекта (44,4%) с переоценкой и восторженным самолюбованием своей внешностью отмечались безаппеляционность, множественность и неустойчивость претензий к своему внешнему виду, несоответствие запросов возрасту (например, подтяжка лица в 20 лет).

У 22,2% пациентов с дисморфоманией основной идеей обращения к врачу было достижение эротической привлекательности для партнера. При этом запросы пациентов носили неадекватный возрасту и/или соматическому состоянию характер.

Больные с персекуторными идеями (22,2%) обращались к врачам с просьбой изменить их внешность, чтобы избавиться от мнимых претензий со стороны возлюбленных, родственников или коллег по работе, «изводящих их замечаниями». Результаты эстетических процедур пациенты всегда оценивали негативно, поведение врача «встраивалось» в фабулу бреда и расценивалось как заранее согласованное с «преследователями». Сразу после завершения курса терапии, выписки из стационара больные «мигрировали» к другому врачу, «не связанному с преследователями».

При ипохондрическом бреде (33,4%) в качестве результата лечения больные стремились нормализовать/восстановить утраченные, с их точки зрения, функции внутренних органов (дыхательной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем).

Особую категорию психотических больных, прибегающих к услугам пластического хирурга и косметолога, составляют пациенты (11,1%), стремящиеся скрыть последствия ипохондрических самоповреждений, нанесенных в ходе «борьбы» с мнимыми инфекционными агентами (дерматозойный бред [33]).

Клинический анализ данных анамнеза и клинико-психопатологическое обследование пациентов свидетельствуют о том, что различные типы ДМ реализуются в структуре гетерогенных психических расстройств.

**Обсуждение.** Сверхценная ДМ диагностируется преимущественно у пациентов с истерическим, нарцисстическим, ананкастическим или паранойяльным РЛ (64,7%), а также на фоне динамики малопрогрессирующей шизофрении (35,3%).

Актуальные ипохондрические дисморфические фобии манифестируют/экзецерируют в основном в период инволюции (климактерий – 75%) в динамике истерического или тревожно-мнительного РЛ или на фоне умеренного органического поражения головного мозга (25%).

Обсессивно-компульсивная ДМ развивается у больных с ананкастическим или нарцисстическим РЛ (27,3%) или малопрогрессирующей формой шизофрении (72,7%) в послеродовом периоде (54,5%) или аутохтонно в подростковом возрасте (18,2%).

Согласно критериям МКБ-10, клинико-динамические характеристики депрессивных расстройств, протекающих с явлениями ДМ, на момент первичного осмотра соответствуют рекуррентному (52%) расстройству, биполярному аффективному расстройству (БАР) (32%), депрессивному эпизоду (12%) и дистимии (4%).

Дисморфомания реализуется в рамках БАР, персекуторная и ипохондрическая фабула бреда у пациентов с ДМ установлена при шизофрении, эротома-ния – на фоне органического поражения церебральных сосудов.

Таким образом, данные нашего исследования свидетельствуют о полиморфной картине синдрома ДМ, развивающегося в рамках гетерогенной психической патологии (шизофрения, РЛ, аффективные расстройства, психические расстройства органического генеза).

Синдром ДМ может возникнуть под влиянием психоэмоционального стресса, а также аутохтонно. При этом у части пациентов возраст манифестации ДМ значительно превышает подростковый (ипохондрическая, бредовая ДМ). Клиническая картина ДМ может включать как монотематические сверхценные представления (33%) о «дефекте» внешности, требующем хирургической коррекции, так и входить в структуру иных психопатологических симптомокомплексов (ипохондрический, депрессивный, обсессивно-компульсивный, бредовый), подчиняясь их динамике и далеко не всегда приобретая хронический характер. Однако не следует исключать возмож-

ность перехода одной формы ДМ в другую при длительном персистировании [34].

Клинико-динамические характеристики различных типов ДМ могут быть использованы для дифференциальной диагностики и прогноза психических расстройств. Так, установлено, что при РЛ доминирующей будет сверхценная и ипохондрическая ДМ, при шизофрении – обсессивно-компульсивная и бредовая, при аффективных расстройствах (большой депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, БАР, дистимия) – депрессивная и (реже) – маниакально-бредовая (дисморфомания). На фоне органического поражения церебральных сосудов возможно развитие как ипохондрической, так депрессивной и бредовой ДМ.

Необходимо подчеркнуть, что данные катамнеза указывают на отсутствие улучшения и даже на ухудшение психического состояния пациентов после хирургического лечения, что подтверждается аналогичными выводами других исследователей [24, 26, 29, 35, 36].

Результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости при принятии решения о возможности и объеме операции учитывать не только физическое состояние, но и психиатрический анамнез и статус пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

- Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bollettino della Accademia gi Genova*. 1886;(6):110-9.
- Kraepelin E. *Psychiatrie*. Leipzig; 1915.
- Осипов ВП. Руководство по психиатрии. Москва; 1931. [Osipov VP. *Rukovodstvo po psikiatrii* [A manual on psychiatry]. Moscow; 1931.]
- Dallemagne J. *Degeneres et desequilibres*. Bruxelles; 1894.
- Сербский ВП. Психиатрия. Москва; 1912. [Serbskii VP. *Psikiatriya* [Psychiatry]. Moscow; 1912.]
- Коркина МВ. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. Москва: Медицина; 1984. 224 с. [Korkina MV. *Dismorfomaniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste* [Dismorphomania in adolescence and young adulthood]. Moscow: Meditsina; 1984. 224 p.]
- Phillips KA, Menard W, Pagano ME, et al. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res*. 2006 Mar;40(2):95-104. Epub 2005 Oct 17.
- Phillips KA, Kim JM, Hudson JI. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? *Psychiatr Clin North Am*. 1995 Jun;18(2):317-34.
- Морозов ПВ. Юношеская шизофрения с дисморфическими расстройствами (клинико-катамнестическое исследование). Дисс. канд. мед. наук. Москва; 1977. [Morozov PV. *Schizophrenia with dysmorphic disorders in young (clinical-catamnestic study)*. Diss. cand. med. sci. Moscow; 1977.]
- Петрова НН, Грибова ОМ. Дисморфобия в клинике эстетической хирургии. Психические расстройства в общей медицине. 2014;(1):26-30. [Petrova NN, Gribova OM. Dymorphophobia in the clinic of aesthetic surgery. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2014;(1):26-30. (In Russ.)].
- Castle DJ, Rossell SL. An update on body dysmorphic disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jan;19(1):74-8.
- Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2007 May;12(5):347-58.
- American Psychiatric Association. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5<sup>sm</sup>. Washington, DC, London, England; 2013.
- Матюшенко ЕН. Дисморфофобия в дерматологической практике. Психические расстройства в общей медицине. 2011; (3-4):11-7. [Matyushenko EN. Dymorphophobia in dermatological practice. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2011;(3-4):11-7. (In Russ.)].
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 8:61-4; discussion 65.
- Pavan C, Simonato P, Marini M, et al. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg*. 2008 May;32(3):473-84. doi: 10.1007/s00266-008-9113-2.
- Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Aug;63(2):235-43. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017. Epub 2010 Jun 18.
- Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001 Jul;62(7):517-22.
- Казакотцев БА, редактор. МКБ-10 Класс V, адаптированный для использования в РФ: психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) [ICD-10 Class V, adapted for use in the Russian Federation: mental disorders and behavioral disorders (F00-F99)]. Санкт-Петербург: СПбМАПО; 2003. [Kazakovtsev BA, editor. *MKB-10 Klass V, adaptirovannyy dlya ispol'zovaniya v RF: psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00-F99)*. Saint Petersburg: SPbMAPO; 2003.]
- Гельфанд ВБ, Пиковский ЮБ. Психологические исследования личности в плане реконструктивно-восстановительной хирургии молочной железы. В кн.: Пластическая хирургия молочной железы. Москва: Медицина; 1987. С. 110-24. [Gelfand VB, Pikovskii YuB. The psychological study of personality in terms of reconstructive breast surgery. In: *Plasticheskaya khirurgiya molochnoi zhelezy* [Plastic surgery of the breast]. Moscow: Meditsina; 1987. P. 110-24.]
- Медведев ВЭ, Виссарионов ВА, Авдосенко КЕ, Мартынов СЕ. Распространенность психопатологических и патопсихологических расстройств среди пациентов дерматологического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования). Психиатрия и психофармакотерапия. 2011;(1):18-22. [Medvedev VE, Vissarionov VA, Avdoshenko KE, Martynov SE. The prevalence of psychopathological and pathopsychological disorders among patients of a plastic surgeon and cosmetologist (the results of psychometric studies). *Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2011;(1):18-22. (In Russ.)].

22. Медведев ВЭ, Виссарионов ВА, Мартынов СЕ. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования). Психиатрия и психофармакотерапия. 2011;(6):4-8. [Medvedev VE, Vissarionov VA, Martynov SE. Patocharacterological and pathopsychological disorders in patients of a plastic surgeon and cosmetologist (the results of psychometric studies). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2011;(6):4-8. (In Russ.)].
23. Медведев ВЭ, Барсегян ТВ, Фролова ВИ и др. Патохарактерологические и психопатологические расстройства у пациентов с отстрой посттравматической деформацией лица (аспекты клиники и терапии). Психическое здоровье. 2013;(7):31-41. [Medvedev VE, Barsegyan TV, Frolova VI, et al. Patocharacterological and psychopathological disorders in patients with acute post-traumatic deformation of the face (aspects of clinic and treatment). *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2013;(7):31-41. (In Russ.)].
24. Фришберг ИА. Эстетическая хирургия лица. Москва: Академкнига; 2005. С. 5-14. [Frishberg IA. *Esteticheskaya khirurgiya litsa* [Aesthetic facial surgery]. Moscow: Akademkniga; 2005. P. 5-14.]
25. Allen A, Hollander E. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000 Sep;23(3):617-28.
26. Medvedev V, Frolova V, Vissarionov V, Martinov S. Psychopathological disorders and personality traits in plastic surgeons' and cosmetologists' patients. *European Psychiatry*. 2014;29(Suppl 1):1.
27. Medvedev V, Frolova V, Barsegyan T, et al. Psychometric assessment of mood and anxiety disorders in maxillofacial surgeons' patients. *European Psychiatry*. 2014;29(Suppl 1):1.
28. Medvedev V, Barsegyan T, Frolova V, et al. Psychometric evaluation of psychopathologic disorders in of maxillofacial surgeons' patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013;82(Suppl 1):65.
29. Medvedev V, Frolova V, Martinov S, Vissarionov V. Mental Disorders and Personality Traits in Plastic Surgeons' and Cosmetologists' Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013;82(Suppl 1):65.
30. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol*. 2000 Jul-Aug;1(4):235-43.
31. Vashi N, Vashi NA. Beauty and Body Dysmorphic Disorder. A Clinician's Guide. Springer; 2015. 200 p.
32. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg*. 2003 Feb;19(1):7-18.
33. Фролова ВИ. Коэнестеziопатическая паранойя (клинические и терапевтические аспекты дерматозойного бреда). Дисс. канд. мед. наук. Москва; 2006. [Frolova VI. Kinesthetically paranoia (clinical and therapeutic aspects germinating NAC). Diss. cand. med. sci. Moscow; 2006.]
34. Илюшина ЕА, Ткаченко АА. Психопатологическая структура сверхценных состояний. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2015;(2):51-8. [Ilyushina EA, Tkachenko AA. Psychopathological structure of overvalued states. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2015;(2):51-8. (In Russ.)].
35. Biraben-Gotzamanis L, Aouizerate B, Martin-Guehl C, et al. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: assessment of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Presse Med*. 2009 Jul-Aug;38(7-8):1062-7. doi: 10.1016/j.lpm.2008.07.025. Epub 2009 Apr 8.
36. Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, et al. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry*. 2007 Nov;22(8):520-4. Epub 2007 Sep 27.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.