Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего образования

«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)

Кафедра психиатрии

**РЕФЕРАТ**

**ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИЙ И ДИСМОРФОМАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

РЕФЕРАТ ВЫПОЛНИЛА ОРДИНАТОР 1 ГОДА ОБУЧЕНИЯ

КУЛЖАНОВА МИЛАНА САПИОЛАЕВНА

Астрахань,2022

**ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Дисморфофобия - навязчивый страх невротического (непсихотического) характера; дисморфомания - сверхценная или бредовая идея (психотического уровня).

Суть этих нарушений состоит в опасении (дисморфофобия) или страстной убежденности без критического отношения (дисморфомания) в наличии у себя физического недостатка, неприятного для других.

Впервые патология под названием «дисморфофобия» (dysmorphophobia) была описана в 1891 г. итальянским психиатром Энри-ко-Агостино Морселли как навязчивая идея о телесной деформации, как «страх быть измененным»: «Дисморфофобный пациент действительно несчастен; в повседневной жизни, во время разговоров, чтения, еды, везде и в любое время, он преодолевает страх перед своим уродством». Термин «дисморфофобия» происходит от греческого слова «дисморфия», означающего уродство. Данные исследований свидетельствуют о поздней диагностике синдрома, до установления диагноза зачастую проходит более 15 лет.

В общей популяции дисморфофобия (body dysmorphic disorder) определяется с частотой 2 % и более. Она дебютирует в 70 % случаев в подростковом возрасте. Частота встречаемости дисморфофобии варьируется от 2,2 до 13,0 % среди студентов, 13,0 % - в общей популяции, от 8,0 до 37,0 % среди больных с обсессивно-компульсивным расстройством, 11,0-13,0 % - у пациентов с социофобией, 26,0 % — при трихотиллома-нии, 14,0-42,0 % - при депрессии. Среди клиентов пластического хирурга синдром присутствует в 6,0-17,4 % случаев. Вместе с тем синдром дисморфофобии не всегда известен узким специалистам, что приводит к неправильной постановке диагноза и неадекватным лечебным (в том числе хирургическим) вмешательствам.

К настоящему времени в отечественной литературе дисморфофобия понимается как психопатологическое расстройство с идеями мнимой или преувеличенной собственной физической неполноценности, носящими характер навязчивости, сверхценного образования или бреда.

Следует отметить, что классический термин «дисморфофобия», который широко использовался вплоть до 1987 г., в международной номенклатуре был заменен понятием body dysmorphic disorder (BDD) и трактуется сходным образом - как психическое расстройство, характеризующееся чрезмерной озабоченностью каким-либо мнимым или легким физическом дефектом, вызывающим значительный дискомфорт, неблагополучие в социальной сфере и других важных областях деятельности человека.

В связи с частым стремлением больных к исправлению, коррекции тем или иным путем своего мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка в отечественной литературе часто принято говорить не о дисморфофобии - навязчивом страхе по поводу неправильной формы той или иной части тела (хотя такие наблюдения тоже имеются), а о дисморфомании (от греч. mania - безумие, страсть, влечение).

Дисморфомания-более серьезное расстройство, на который указывает триада показательных симптомов М.В. Коркиной:

* 1. Навязчивая убежденность в наличии физического недостатка. При этом почвой для нее может послужить как некий незначительный дефект внешности, так и отсутствие такового, или же в качестве физического недостатка выступает наиболее привлекательная черта (чаще всего шикарная грудь у девочки или большой размер полового члена у мальчика, привлекающие посторонние взгляды).
	2. Идея отношения, основанная на убежденности, что окружающие обращают внимание лишь на физический недостаток пациента, и их отношение к нему строится именно на осуждении и неприязни.
	3. Депрессивное настроение. Пациент постоянно находится в угнетенном состоянии, поглощенный мыслями о своем «уродстве» и способах его

**ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ**

Существует множество распространённых симптомов и моделей поведения, связанных с дисморфофобией/дисморфоманией. Часто эти симптомы и поведения определяются природой кажущихся недостатков у страдающих дисморфофобией. Например, использование косметики наиболее распространено у лиц с кажущимися дефектами кожи; следовательно, многие страдающие дисморфофобией будут демонстрировать только несколько общих симптомов и поведения.

* Симптом зеркала — пациенты постоянно смотрятся в зеркало и другие отражающие поверхности, стараясь найти выгодный ракурс, в котором предполагаемый дефект не виден, и определить, какая именно коррекция «недостатка» необходима.
* Симптом фотографии — категорический отказ фотографироваться под разными предлогами, на самом деле страх того, что фото «увековечит уродство»; отказ от использования зеркал.
* [Скоптофобия](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D1%82%D0%BE%D1%84%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%8F) (от [др.-греч.](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) σκώπτω «высмеивать, вышучивать, дразнить») — страх показаться смешным в глазах окружающих в связи со своими мнимыми физическими недостатками.
* Попытка скрывать предполагаемый дефект: например, используя [косметику](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0), нося мешковатую одежду и шляпы.
* Чрезмерный уход за внешностью: чистка кожи, причёсывание волос, выщипывание бровей, бритьё и т. д.
* Навязчивое касание кожи для ощупывания «дефекта».
* Выспрашивание родственников о «дефекте».
* Излишнее увлечение диетами и физическими упражнениями.
* [Социальная депривация](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) и коморбидная [депрессия](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F).
* Отказ совсем выходить из дома или выход только в определённое время, например, ночью.
* Сниженные успехи в учебной деятельности (проблемы с оценками, проблемы с посещаемостью школы/колледжа)
* Проблемы с начинанием и поддержкой отношений — дружеских и личных.
* Злоупотребление алкоголем и/или лекарствами (часто как попытка самолечения).
* [Тревога](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B0); возможные [панические атаки](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BA%D0%B8).
* Симптомы глубокой депрессии.
* Постоянная низкая самооценка.
* [Суицидальная идеация](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) и социальная изолированность.
* Зависимость от других, например от партнёра, друга или родителей.
* Неспособность работать.
* Неспособность сосредотачиваться на работе из-за озабоченности своим видом.
* Ощущение неловкости в обществе, подозрения, что другие замечают «дефект» и дразнят его.
* Сравнение своего внешнего вида или отдельных частей тела с кумиром, указание на это родственникам.
* Использование методов отвлечения: попытка отвлечь внимание от «дефекта», нося экстравагантную одежду или бросающиеся в глаза драгоценности.
* Навязчивый поиск информации: чтение книг, газетных статей и веб-сайтов, которые имеют отношение к «дефекту» (например: облысение или диета и упражнения).
* Желание исправить дефект с помощью [пластической хирургии](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F), многократные пластические операции, которые не приносят желаемого удовлетворения.
* В крайних случаях пациенты пытались сами сделать себе пластику или вставить имплантаты, что относится к проявлению [синдрома Ван Гога](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%92%D0%B0%D0%BD_%D0%93%D0%BE%D0%B3%D0%B0), некоторыми исследователями включаемого в рамки синдрома дисморфофобии. Возможны попытки удалить «дефект» самостоятельно, например, ножом, когда в роли дефекта выступает родимое пятно или другая особенность нормальной кожи.

Убежденность в своей физической непривлекательности вследствие некоторых особенностей организма может развиваться по нескольким направлениям:

* Недовольство своей внешностью в целом
* Неудовлетворенность некоторыми чертами лица или особенностями фигуры
* Преувеличение физического недостатка (его внешнего вида и значимости)
* Идея о наличии воображаемого дефекта внешности
* Болезненные мысли о том, что организм пациента склонен распространять неприятные запахи, такие как запах пота или мочи, запах изо рта в связи с болезнью или порчей зубов и т.п.

**КОМОРБИДНОСТЬ**

Существует большая степень коморбидности с другими психическими расстройствами, что зачастую приводит к ошибочным диагнозам со стороны клинических врачей. Исследования говорят о том, что около 76 % людей с дисморфофобией будут испытывать глубокую депрессию в какой-то момент жизни, и это значительно выше, чем ожидаемые 10—20 % среди общего/обычного населения. Около 37 % людей с дисморфофобией будут также испытывать социальную фобию и около 32 % обсессивно-компульсивное расстройство. Расстройства пищевого поведения, такие как нервная анорексия и нервная булимия, также иногда встречаются у людей с дисморфофобией, обычно у женщин, как и трихотилломания (навязчивое выдёргивание волос) и невротическая экскориация. «Мышечная дисморфия» (англ. muscle dysmorphia) в DSM-5 обозначается дополнительным спецификатором для указания подтипа телесного дисморфического расстройства, характеризующегося доминирующими навязчивыми мыслями о недостаточно развитой мускулатуре; встречается практически исключительно у мужчин. Согласно DSM-5, дисморфофобии часто сопутствует большое депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, социальное тревожное расстройство и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Так же дисморфофобия/дисморфомания может развиваться на фоне шизофрении.

**ФАКТОРЫ РИСКА**

Точная причина возникновения дисморфофобии не установлена. Однако данные литературы указывают на факторы риска развития этого расстройства. Их можно условно разделить на три категории: биологические, психологические и социальные (культурные).

1. Биологические факторы риска:

а) генетические факторы: 8 % пациентов имеют члена семьи с пожизненным диагнозом BDD, что в 4-8 раз превышает распространенность среди населения ;

б) использование психотропных препаратов: лекарственные средства, влияющие на различные рецепторы в головном мозге;

в) нейропсихологические характеристики: люди с BDD сосредоточены на изолированных деталях и могут чрезмерно фокусироваться на минимальных недостатках внешнего вида, игнорируя глобальные аспекты их появления.

2. Психологические факторы риска: зачастую лица с BDD чувствительны, застенчивы, интровертированы, замкнуты, социально-зависимы, социально-тревожны и невротичны, неверно истолковывают неоднозначные ситуации, связанные с внешним видом, неверно воспринимают мимику других лиц, облают более низкой скрытой самооценкой. Озабоченность физическим внешним видом при BDD во многом связана с подростковым возрастом, когда случается пик физического и социального развития. Ведущую роль в возникновении дисморфофобии, по мнению Ко1а1ке (2009), играет чувство стыда.

3. Хронобиологические и психосоциальные факторы риска. К хронобиологи-ческим факторам относят возрастные пики, периоды гормональных кризов и генеративного цикла. К психосоциальным - изменение финансового достатка, вынужденную разлуку, утрату близкого, работы, снижение социальной активности, конфликт, проблемы с законом, сексуальную дисфункцию, впервые выявленное соматическое заболевание.

4. Социокультурные факторы, определяющие систему ценностей индивидов, нормы и стандарты внешнего вида:

а) влияние средств массовой информации: увеличение неудовлетворенности телом во многом связано с идеалом тела, навязываемым извне;

б) контрастный эффект: в присутствии более привлекательного человека внешность другого воспринимается как менее привлекательная;

в) мускулярный идеал: стандарт внешности, культивируемый средствами массовой информации, с появлением анаболических стероидов стало доступно приобретение более выраженной и рельефной мышечной массы, чем это возможно естественным путем;

г) культуральные гендерные тенденции. Многие медийные личности женского пола имеют недостаточный вес, часть из них даже подходит под критерии нервной анорексии, в то время как фактически антропометрические размеры тела в популяции в среднем увеличились.

**Диагностические критерии МКБ-10**

Диагностические критерии [МКБ-10](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10) ипохондрического расстройства, к которому отнесена и дисморфофобия

* Упорное убеждение о наличии не более, чем двух серьёзных заболеваний в органах или системах организма, присутствующее как минимум 6 месяцев.
* Постоянная озабоченность возможностью или наличием тяжёлого прогрессирующего заболевания физической природы или уродства.
* Озабоченность убеждением в болезни вызывает постоянные страдания или социальную дезадаптацию в повседневной жизни, вынуждая пациента искать медицинского лечения или обследования.
* Упорные отказы принять врачебные заверения об отсутствии физических причин соматических симптомов.

**Диагностические критерии DSM-IV**

Диагностические критерии телесного дисморфического расстройства в [DSM-IV](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/DSM-IV):

* Озабоченность предполагаемым дефектом во внешности. Если небольшой физический недостаток и присутствует, то ему уделяется чрезмерное внимание.
* Озабоченность вызывает клинически значимый [дистресс](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81) или ухудшение в социальной, профессиональной или другой важной области функционирования.
* Озабоченность не может быть объяснена другим расстройством психики (например, неудовлетворённость формой и массой тела при [нервной анорексии](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F)).

**Особенности характера/личностные свойства**

Определённые черты личности могут сделать более вероятным развитие дисморфофобии. Личностные черты, которые, как было предположено, являются способствующими факторами, включают в себя:

* [Перфекционизм](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC_%28%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29);
* [Застенчивость](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%87%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C);
* Интроверсия;
* Чувствительность к непринятию/отвержению или критике;
* Неуверенность;
* Избегающие черты личности/неконтактность;
* [Невротизм](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC)

Так как личностные свойства у людей с дисморфофобией варьируются достаточно значительно, маловероятно, что они являются прямыми причинами дисморфофобии. Однако, как и в случае с психологическими факторами и факторами окружающей среды, они могут действовать как спусковые крючки для тех людей, которые уже имеют генетическую предрасположенность к развитию расстройства, поэтому важно отметить, что все эти личностные черты могут быть симптоматикой нарциссической травмы/депрессии.

**ЛЕЧЕНИЕ**

В исследованиях было показано, что психодинамические модели не работают при дисморфофобии. Однако использование [когнитивно-бихевиоральной психотерапии](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%B3%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F) оказалось эффективным[[8]](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%84%D0%BE%D1%84%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%8F#cite_note-8). В исследовании 54 пациентов с дисморфофобией, части из которых (рандомизированно) проводилась психотерапия, был отмечен существенный эффект (в 82 % случаев после лечения и в 77 % при длительном наблюдении).

Лекарственное лечение — [антидепрессанты](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B0%D0%BD%D1%82). В исследованиях 74 пациентов в рандомизированном, [двойном слепом исследовании](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BB%D0%B5%D0%BF%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4), после 12 недель было зарегистрировано, что 53 % больных получавших [флуоксетин](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BB%D1%83%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BD), отметили улучшение. Без лечения дисморфофобия принимает хроническое течение и может продолжаться всю жизнь, являясь причиной социальной дезадаптации.

Важно указать, что дисморфофобия может быть «вторичной выгодой» в виде изоляции, социофобии (как ответ на непроработанную психотравму и защита от ее возможного повторения), поэтому важно разобрать возможные сексуальные психотравмы, комплексное посттравматическое расстройство (к-ПТСР). Часто дисморфофобия есть при нарциссической травме/нарциссической депрессии.

Лечение дисморфомании зависит от заболевания, на фоне которого развивается данный синдром.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

Статья: «СИНДРОМ ДИСМОРФОФОБИИ / ДИСМОРФОМАНИИ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР» Н.И. Храмцова\*, Ю.Ю. Заякин, С.А. Плаксин, В.А. Куркина (Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера) 2020.

Петрова Н.Н., Грибова О.М. Дисморфо-фобия в клинике эстетической хирургии. Психические расстройства в общей медицине 2014.

Вагина Г. С. Синдром дисморфофобии в клинике шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, № 8

Дробышев Л. Н. О синдроме дисморфофобии в психиатрической клинике.— В кн.: Вопросы клиники, патогенеза, лечения шизофрении и эпилепсии.— М.: Медицина, 1966, с. 18.