

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

*На правах рукописи*

Медведев Владимир Эрнстович

**“ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ В  
ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ (ДИАГНОСТИКА, ТИПОЛОГИЯ,  
ТЕРАПИЯ)”**

Специальность: 3.1.17. – «Психиатрия и наркология» (медицинские науки)

Диссертация  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Научный консультант:  
доктор медицинских наук  
Сиволап Юрий Павлович

МОСКВА – 2025

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>22</b>
1.1. Нозологическая принадлежность ДМР .....	26
1.2. Социо-демографические показатели ДМР в популяции и в эстетической медицине .....	29
1.3. Социальное и медицинское значение ДМР .....	35
1.4. Этиологические и патогенетические факторы ДМР .....	42
1.4.1. Биологические исследования .....	42
1.4.2. Патопсихологические и патохарактерологические исследования .....	50
1.5. Клинические проявления ДМР .....	60
1.6. Дифференциация пациентов с ДМР и больных с реальными дефектами внешности .....	67
1.7. Коморбидность ДМР .....	71
1.8. Лечение ДМР .....	80
<b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....</b>	<b>91</b>
2.1. Дизайн и методы исследования .....	91
2.2. Материалы исследования .....	98
2.2.1. Сравнение социо-демографических характеристик пациентов пластика хирурга и косметолога .....	104
<b>ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....</b>	<b>111</b>
3.1. Психометрическая оценка общей выборки .....	111
3.2. Сравнение пациентов пластического хирурга и косметолога ....	116
<b>ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ДИСМОРФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА .....</b>	<b>129</b>
4.1. Сверхценный тип ДМР .....	130

4.2. Ипохондрический тип ДМР .....	135
4.3. Обсессивно-компульсивный тип ДМР .....	138
4.4. Депрессивный тип ДМР .....	140
4.5. Психотический тип ДМР .....	143
<b>ГЛАВА 5. ФАКТОРЫ РИСКА ДИСМОРФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА .....</b>	<b>153</b>
5.1. Патохарактерологические девиации .....	153
5.2. Психопатологические расстройства .....	157
5.3. Биологические и психосоциальные факторы .....	160
<b>ГЛАВА 6. ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСМОРФИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ .....</b>	<b>177</b>
6.1. Сравнение эффективности и переносимости агомелатина и флувоксамина при терапии депрессивного ДМР .....	188
6.2. Сравнение эффективности и переносимости моно- и комбинированной терапии ДМР .....	200
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>208</b>
<b>ВЫВОДЫ .....</b>	<b>242</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>249</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....</b>	<b>250</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>252</b>
<b>Приложение 1. Клинический случай 1 .....</b>	<b>312</b>
<b>Приложение 2. Клинический случай 2 .....</b>	<b>325</b>
<b>Приложение 3. Клинический случай 3 .....</b>	<b>336</b>
<b>Приложение 4. Клинический случай 4 .....</b>	<b>349</b>
<b>Приложение 5. Клинический случай 5 .....</b>	<b>359</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы исследования**

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) до 16% взрослого населения течение жизни страдают дисморфическим телесным расстройством (ДМР, дисморфия, необоснованное недовольство собственной внешностью) различной степени выраженности (Прошаев К.И., Ильницкий А.Н., 2019). По результатам 6 крупных эпидемиологических исследований срезовая распространность ДМР в населении составляет 0,7–3% набл. (Волкова Н., Глазкова Л., 2019; Ishigooka J. et al., 1998; Rief W. et al., 2006; Buhlmann U., et al., 2010; Hardardottir H., et al., 2019). В менее крупных исследованиях, выполненных на неклинических выборках студентов, показатели распространенности ДМР в различных странах достигают – 4–13% набл. (Maude D. et al., 1993; Grant J.E. et al., 2001; Cansever A. at al., 2003; Thompson A.R., 2013; Ryan S., 2015; He W. et al., 2017).

ДМР - психическая патология, зачастую не попадающая в поле зрения психиатров, поскольку страдающие ею пациенты обращаются к дерматологам, косметологам или пластическим хирургам по причине социальной стигматизации и наличия убежденности в том, что психиатрическая помощь им не требуется (Л.Т. Баранская, 2009; Sobanko J.F. et al., 2015; Dadkhahfar S. et al., 2021).

Проведенные в США исследования показывают, что в течение последних 20 лет количество эстетических операций увеличивается более чем на 100%. Контрольные исследования, проведенные среди членов Американской ассоциации пластических хирургов, свидетельствуют о 24% росте числа эстетических операций каждые 2 года (Хеден П., 2001; American Society of Plastic Surgeons, 2025). Американское общество пластических хирургов (ASPS) сообщает, что за 10 лет число потребителей косметических

услуг (хирургических и нехирургических) увеличилось в 16 раз. По данным Британской ассоциации эстетических пластических хирургов (BAAPS) за один год количество пациентов возрастает в 1,1-1,6 раза (Sarwer D.B., Crerand C.E., 2004).

В России, начиная с 2003 года, также наблюдается неуклонный рост числа потребителей услуг эстетической медицины (Баранская Л.Т., 2009), а количество пластических операций в стране ежегодно удваивается (Рамси Н., Харкорт Д., 2009; Соколова Е.Т., 2011).

Данные исследований свидетельствуют о сравнительно высоких показателях распространённости ДМР среди пациентов, обращающихся за косметическим и/или хирургическим вмешательством. В публикациях указывается, что до 45% пациентов с ДМР наблюдаются дерматологами, что составляет 9–12% всех дерматологических больных (Phillips K.A., Diaz S., 1997; Phillips K.A., 2013). Ещё около 23% всех больных с дисморфическим расстройством обращаются к пластическим хирургам (Napoleon A., 1993; Phillips K.A, 2013; Dey J.K. et al., 2015; Joseph A.W. et al., 2017). В выборках потребителей услуг косметической хирургии распространенность ДМР составляет от 7–8% набл. (Phillips K.A., 2013; Sarwer D.B., Whitaker L.A., 2011) до - 11,9% набл. (Phillips K.A. et al., 2000; Hanley S.M. et al., 2020), и даже 15% набл. (Ishigooka J. et al., 1998; De Brito M.J. et al., 2012). В отдельных публикации указывается, что 20,7% пациентов, настаивающих на ринопластике, страдают субсиндромальной или синдромально завершенной формой дисморфии (Castle D. et al., 2021; Monzani B. et al., 2022). С. Pavan с соавт. (2006) подчеркивают ещё большую частоту встречаемости ДМР – 37% набл. В исследовании B.L. Newell (2010) из 56 пациентов эстетической медицины диагноз ДМР устанавливается в 53% набл.

Важной частью проблемы ДМР является наличие отчетливых нарушений социального функционирования, несмотря на достаточно высокий коэффициент интеллектуального развития и образовательный ценз у

этой категории больных, отсутствие случаев инвалидности, связанной не только с соматическим, но и с психическим заболеванием (Chren M.M. et al., 1996; Хеден П., 2001; Ishak W.W. et al., 2012). В связи с выраженной и длительной семейной, трудовой и медицинской дезадаптацией качество жизни пациентов с ДМР более низкое по сравнению с пациентами, страдающими такими заболеваниями как сахарный диабет 2-го типа, расстройства пищевого поведения, обсессивно-компульсивное расстройство, биполярное аффективное расстройство и шизофрения (Вагина Г.С., 1966; Phillips K.A., 2000; Fenwick A.S., Sullivan K.A., 2011; Hooker C.I. et al., 2013).

Нарушения адаптации в социальной среде отмечаются у 37,5% пациентов с ДМР в эстетической медицине (Н.Н.Петрова и О.М.Грибова 2014). Среди пациенток косметологической клиники 54,1% имеют сниженный уровень психической адаптации (Багненко Е.С., 2024). Больные с ДМР пластического хирурга в отличие от пациентов без ДМР чаще не состоят в браке (70% набл. против 29,4% набл.) (Pavan C. et al., 2006; Picavet V.A. et al., 2011). D.Veale и соавт. (1996, 2010) и Е.Н. Матюшенко (2011) приводят сходные данные о том, что в 69,2% - 74% набл. пациенты с ДМР одиноки, разведены или живут раздельно от партнера. Около 30,8% пациентов с ДМР не работают (Матюшенко Е.Н., 2011). В исследовании с участием 76 пациентов с ДМР 36% не работают в течение последнего месяца, 32% хотели бы посещать занятия, но не могут из-за персистирующей дисморфии (Bjornsson A.S. et al., 2012). В связи с дисморфической симптоматикой 27–31% пациентов практически не выходят из дома в течение, по меньшей мере, одной недели (Veale D. et al., 1996; Phillips K.A. et al., 2005; Phillips K., 2013).

Высокий уровень дисморфической озабоченности ассоциируется с худшим физическим здоровьем, сниженной социальной активностью, сужением круга интересов, ограничивает возможности социализации и других способных доставить удовольствие форм активности,

ориентированных на повышение настроения и восприятие себя (Beilharz F. et al., 2018, 2019).

ДМР является одной из причин частой неудовлетворенности пациентов результатами эстетических процедур. Уровень удовлетворенности пластической хирургией у пациентов с ДМР составляет лишь 2,8-19% набл. вне зависимости от реального исхода операции (Варлашкина Е.А., 2015; Panayi A., 2015; Sinno S. et al., 2015; Sweis I.E. et al., 2017).

Наличие ДМР признается фактором риска и предиктором манифестации и рецидивов нервной анорексии, обсессивно-компульсивного расстройства, депрессии, суициального поведения (Матюшенко Е.В., 2011; Angelakis I. et al., 2016; Eskander N. et al., 2020; Machremi E. et al., 2022). У ряда пациентов ДМР является предпосылкой формирования расстройств половой идентификации (Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021).

Необходимым для решения проблемы профилактики формирования и разработки эффективного лечения ДМР является поиск дополнительных биологических, социальных и психических (патопсихологических, патохарактерологических и психопатологических) факторов риска.

Среди предрасполагающих к развитию ДМР биологических факторов указывают на наличие наследственной генетической детерминанты (Jansi A.D. et al., 2020), нарушений функционирования серотониновой системы (Hollander E. et al., 1999; Kaye W.H., et al. 2005), структурные и функциональные аномалии в различных отделах головного мозга (Davidovic M. et al., 2018; Wang Y. et al., 2020; Moody T.D. et al., 2021).

Гендерное соотношение в выборках клинических исследований ДМР широко варьирует: в одних – преобладают женщины, в других – мужчины. (Dowling N.A. et al., 2010; Phillips K.A., 2013; Shin J. et al., 2020). По мнению L. Fontenelle и соавт. (2006) частота встречаемости дисморфии приблизительно одинакова среди женщин (55% набл.) и мужчин (45% набл.).

Большинство авторов относят манифестацию ДМР к подростковому или “позднему” подростковому возрасту (Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Bjornsson A.S. et al., 2012; Bala M., et al., 2021). В других работах указывается, что хотя ДМР формируется в возрасте до 20 лет, но в 22% набл. - рецидивируют после 40 лет (Н.Я. Беленькой 1972). В исследовании Е.Н. Матюшенко (2011) средний возраст пациентов с ДМР превышает приводимые в литературе показатели и составляет уже  $28,2 \pm 11,9$  лет.

Исследования патопсихологических и патохарактерологических расстройств у пациентов с ДМР, длительное время ведутся преимущественно косметологами, дерматологами, челюстно-лицевыми, пластическими или реконструктивными хирургами, стоматологами в соответствии с основами их профессиональной деятельности (Macfarlane F. et al., 2019; Schulte J. et al., 2020). Обращает на себя внимание противоречивость их результатов, а также зависимость наличия, структуры и выраженности преморбидных для ДМР черт от гендерных и возрастных характеристик выборок, что ставит под сомнение репрезентативность полученных данных и требует дальнейшего изучения.

Нозологическая квалификация дисморфии остается одной из наименее изученных сторон проблемы ДМР. Исторически ДМР рассматривается как нозологически самостоятельное психопатологическое расстройство сверхценного типа (уровня) (Досужков Ф.Н., 1947, 1963; М.В. Коркина, 1984; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014). Ряд авторов указывают, что дисморфомания чаще всего развивается в рамках шизофренического процесса (Воловик М.В., 1972; Морозов П.В., 1977; Коркина М.В. 1984; Fisher S., 1986, 1990; Phillips K.A., 2000; Hooker C.I. et al., 2013) или динамики расстройств личности (Матюшенко Е.В., 2011; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014).

Выделение клинических вариантов ДМР основывается на описании двух форм: бредовой (“сниженный инсайт”) и небредовой. При этом, по

мнению ряда авторов, среди клинических проявлений дисморфического бреда определенная роль принадлежит вторичным обманам телесного восприятия – сенестопатиям, телесным галлюцинациям (Морозов П.В., 1977; Фролова В.И., 2006; Смулевич А.Б. с соавт., 2009) или тактильным сенсациям (Garcia A.C. et al., 2006).

Авторы всех исследований ДМР единодушны во мнении о необходимости развития совместных с психиатрами и психотерапевтами форм деятельности в процессе диагностики, лечения и реабилитации, проведении психокоррекционной и психотерапевтической работы в periоперационный период. В отсутствии адекватной специализированной психиатрической, психотерапевтической помощи симптомы собственно ДМР имеют тенденцию к утяжелению, распространению на другие части тела или лица (Беленькая Н.Я., 1970, 1972; Park L.E. et al., 2010; Sweis I.E. et al., 2017).

Между тем, психотерапия и психофармакологическое лечение пациентов с ДМР сопряжены с проблемой организации медицинской помощи из-за стигматизации больных и отсутствия у них критичности к состоянию, недостаточного понимания необходимости обращения к психиатру/психотерапевту, не разработанностью дифференцированных подходов к лечению.

### **Степень разработки темы исследования**

В последние годы отмечается рост числа исследований, посвященных изучению различных аспектов психической патологии у пациентов пластического и хирурга и косметолога (Bala M. et al., 2021; Moody T.D., et al. 2021; Machremi E. et al., 2022). Особое внимание уделяется изучению феномена недовольства собственной внешностью (дисморфическое расстройство) (Тверитина А.Е., с соавт. 2024; Schulte J. et al., 2020).

В тоже время, исходя из материалов современных исследований, целый ряд проблем, связанных с изучением ДМР, требует дальнейшей разработки.

Разработка проблемы ДМР как в психиатрии, так и в эстетической медицине на современном этапе ведется преимущественно зарубежными исследователями (Macfarlane F. et al., 2019; Bala M. et al., 2021; Machremi E. et al., 2022). В отечественной научной литературе данные о ДМР либо отсутствуют, либо затрагивают отдельные аспекты распространенности или психопатологических проявлений, изучающихся на ограниченных выборках.

Несмотря на высокую распространенность ДМР среди пациентов эстетической медицины (Reddy S.L., Burns L.D., 2013; Longley S.L. et al., 2019; Quittkat H.L. et al., 2019; Athulya E.I., Priyanka V.R., 2023), данные, приводимые в публикациях, не создают возможность провести обобщенный анализ дисморфии в аспекте нозологической принадлежности и коморбидности с другими психическими расстройствами.

Обнаруживаемые в исследованиях факторы риска развития ДМР вариабельны и включают структурные или функциональные аномалии головного мозга (Мазаева Н.А., 2019; Beilharz F. et al., 2018; Zeugin D. et al., 2020; Wang Y. et al., 2020; Moody T.D. et al., 2021), преимущественно женский пол (Reddy S.L., Burns L.D., 2013; Quittkat H.L. et al., 2019; Athulya E.I., Priyanka V.R., 2023), подростковый возраст (Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Bjornsson A.S. et al., 2012; Liu X. et al., 2018; Bala M., et al., 2021) и психогенные провокации (Каневская Я.А., 2005; Варлашкина Е.А., 2015; Panayi A., 2015; Sarcu D., Adamson P., 2017), но не затрагивают действия иных социо-демографических, биологических и психических влияний.

Изучение личностных предпосылок формирования ДМР позволяет выделить разноплановые патопсихологические характеристики (Phillips K.A., McElroy S.L., 2000; Pavan C. et al., 2006, 2008) пациентов в эстетической медицине, но лишь в единичных работах приводятся данные об их патохарактерологических особенностях (Каневская А.Я., 2005; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Phillips K.A. et al., 2004; Sarcu D., Adamson P., 2017).

Гетерогенность клинических проявлений ДМР, которая теперь констатируется исследователями (Jafferany M. et al., 2019; Jansi A.D. et al., 2020; Moody T.D. et al., 2021; Minikowski G.C. et al., 2025), и, очевидно, не ограничивается дихотомией (бредовая/небредовая) клинических форм (Phillips K.A. et al., 1994; Phillips K.A., 2006), требует клинико-динамической оценки для совершенствования современных патогенетической концепции и создания типологии ДМР.

Учитывая затруднения при организации медицинской помощи пациентам с ДМР в эстетической медицине из-за отсутствия достаточной критичности и мотивационных установок, стигматизации больных, требуется разработка и оценка эффективных комбинированных методов лечения дисморфии в зависимости от её нозологической и клинико-динамической дифференциации. При этом не вызывает сомнений чрезвычайная актуальность таких исследований в условиях увеличения востребованности услуг эстетической медицины и наличия частых конфликтных ситуаций, связанных с неудовлетворенностью результатами лечения (Варлашкина Е.А., 2015; Петрова Н.Н., Палатина О.М., 2020; Longley S.L. et al., 2019).

Таким образом, сохраняется необходимость в дальнейшем исследовании проблемы ДМР среди пациентов эстетической медицины, как в плане уточнения его психопатологических характеристик и условий развития, так в определении клинико-патогенетических корреляций с другими психическими расстройствами. Требуют разработки алгоритмы профилактики и лечения поведенческих и психопатологических проявлений ДМР, что позволит повысить качество жизни пациентов, их удовлетворенность эстетическими процедурами, и оптимизировать материально-технические издержки здравоохранения.

### **Цель исследования:**

Цель исследования - разработка клинической типологии дисморфического расстройства на основе изучения клинико-патологических

особенностей и закономерностей течения с определением их диагностических границ и прогностической значимости с учетом психофармакологических и психотерапевтических воздействий.

**Задачи исследования:**

1. Выявление патогенетических социальных, биологических и личностных факторов риска формирования ДМР и их роли в формообразовании и течении дисморфического расстройства.
2. Определение спектра психической патологии с необоснованным недовольством собственной внешностью (дисморфией) среди пациентов, обратившихся к пластическим хирургам и косметологам
3. Установление диагностических границ и разработка типологической дифференциации (систематики) дисморфического расстройства у пациентов в эстетической медицине.
4. Изучение клинической картины и закономерностей динамики психических расстройств, протекающих с необоснованным недовольством собственной внешностью, с выделением ведущего психопатологического синдрома.
5. Разработка и оценка эффективности основных методов лечения, дифференцированных в соответствии с разработанной систематикой дисморфического расстройства.

**Объект исследования:**

Пациенты с дисморфическим расстройством, обратившиеся за хирургической или косметологической коррекцией внешности.

**Предмет исследования:**

Факторы риска и клинико-динамические особенности дисморфического телесного расстройства у пациентов в эстетической медицине.

**Рабочая гипотеза:**

Дисморфический симптомокомплекс представляет собой группу гетерогенных по факторам риска, клинико-динамическим характеристикам и

нозогенной принадлежности психопатологических расстройств, требующим дифференцированного подхода к терапии.

### **Научная новизна исследования**

В отличие от предшествующих исследований (Каневская Я.А., 2005; Варлашкина Е.А., 2015; Мазаева Н.А., 2019; Shridharani S.M. et al., 2010; Beilharz F. et al., 2018; Zeugin D. et al., 2020; Moody T.D. et al., 2021) установлены и систематизированы гетерогенные биологические, социально-психологические и психические факторы риска развития ДМР и мотивации обращения пациентов с дисморфией в разных возрастных диапазонах к специалистам эстетической медицины. Полученные новые данные существенно дополняют имеющиеся и расширяют существующие представления о механизмах формирования ДМР.

В настоящем исследовании, в отличие от других работ, единым клинико-анамnestическим и психометрическим инструментом впервые выявлены не только специфические личностные особенности пациентов эстетической медицины с ДМР, но и отличия патопсихологических и патохарактерологических расстройств пациентов с ДМР, проходящих радикальные (хирургические) и консервативные (косметологические) процедуры эстетической коррекции внешности.

В исследовании установлен полиморфизм психопатологической симптоматики ДМР и усовершенствована клинико-психопатологическая и клинико-динамическая структура ДМР с учетом коморбидных расстройств. Разработана оригинальная типология ДМР и впервые применена не бинарная модель, основанная на превалирующих в структуре психопатологических симптомокомплексах. Предложена отличная от ранее существовавших концепция, объясняющая типологическое многообразие дисморфии. Установлены статистически значимые закономерности развития и клинических появлений разных типов ДМР.

В работе рассмотрены особенности проведения и эффективность психофармакотерапии ДМР в не выборочном контингенте пациентов эстетической медицины и впервые разработаны новые мультимодальные с привлечением психотерапии терапевтические подходы, повышающие эффективность и безопасность психофармакотерапии у пациентов с дисморфией в разном возрасте. Проанализированы терапевтические подходы ведения пациентов с ДМР в эстетической медицине с обоснованием класса фармакологических средств и выделением препаратов первого выбора, что систематизирует и углубляет имеющиеся положения о терапии больных с ДМР (Каневская Я.А., 2005; Анисимова Н.Ю. с соавт., 2014; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Park L.E. et al., 2010; Philippou A. et al., 2016; Krebs G. et al., 2017; Ólafsdóttir P., 2019). Также в исследовании выделены клинические предикторы низкого комплаенса и терапевтического ответа на психофармакотерапию.

Настоящее исследование является мультидисциплинарным и позволившим получить новые данные о факторах риска, клинико-динамической неоднородности ДМР, разработать дифференциальный подход к специализированной терапии пациентов эстетической медицины с дисморфией, с учетом совокупного взаимовлияния ряда клинических и биологических параметров, в отличие от ранее проведенных исследований, где изучались лишь отдельные аспекты этой проблемы.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

В проведенном исследовании решена проблема клинической систематики, выявления факторов риска, диагностики и терапии ДМР у пациентов в эстетической медицине.

Сформулированные в диссертационном исследовании методологические принципы в дальнейшем могут быть использованы как в научной, так и в практической деятельности врачей. Полученные данные

существенно расширяют теоретические знания в отношении понимания этиологии, факторов риска и патогенеза ДМР, реализующегося в рамках расстройств личности, расстройств аффективного, шизофренического и органического спектров у пациентов в эстетической медицине. Определение вклада социально-психологических, биологических, личностных и психопатологических факторов в формирование ДМР решает значимую проблему предрасположенности к формированию ДМР и открывает новые возможности для своевременной диагностики и адекватной терапии дисморфии в психиатрии и эстетической медицине.

Выявленные особенности важно учитывать при диагностике ДМР и организации и проведении пациентам психотерапевтического и психофармакологического лечения. Разработанные терапевтические методики позволяют расширить возможности применения психотропных средств и оптимизировать оказание помощи пациентам с ДМР. Разработка рациональной мультимодальной терапии у данного контингента больных позволит достигать более выраженного и быстрого терапевтического ответа, имеющего особое практическое значение в отношении частоты повторных обращений и необоснованных запросов о коррекции внешности, снижения неудовлетворенности результатами лечения пациентов в эстетической медицине. Разработанные терапевтические методики также будут способствовать улучшению качества жизни пациентов с ДМР и приведут к экономии медицинских ресурсов и уменьшению материально-технических и финансовых затрат на лечение изученного контингента. Теоретико-методологические и методические подходы, реализованные в настоящем исследовании, могут быть использованы в научно-практической деятельности подразделений заинтересованных учреждений для обоснования дальнейших путей изучения ДМР, а также служить основой для разработки новой междисциплинарной области – психиатрии эстетической медицины.

### **Теоретико-методологическая основа**

Диссертационное исследование выполнено на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Медицинского института ФГАОУ ВО "Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы" (РУДН, ректор – проф. О.А.Ястребов) в 2011-2025 гг. Общая численность обследованных пациентов составила 467 набл. с ДМР, обратившихся к косметологам или пластическим хирургам клинических баз кафедр факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН по поводу необоснованного недовольства внешностью. Катамнестическая группа 186 набл. была сформирована из числа пациентов основной клинической группы. Срок катамнеза составил от 6 мес. и более (средний –  $8,4 \pm 1,9$  мес.). Клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы включали личное обследование каждого пациента исследователем для получения квалифицированной оценки психопатологического состояния. Для диагностической оценки использовались критерии Международной классификации болезней 10 пересмотра.

## **Методы исследования**

Для достижения поставленных цели и задач исследование проводилось использование клинико-психопатологического, клинико-катамнестического психометрического и статистического методов. Эффективность терапевтической программы оценивалась на основании клинической оценки и психометрических шкал, свидетельствующих о достижении и сохранении ремиссии и приверженности фармакотерапии.

## **Критерии включения**

В исследование включались давшие согласие на участие пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет, обратившиеся в клиники эстетической медицины к пластическому хирургу или косметологу в связи с необоснованным недовольством своей внешностью (с жалобами на

объективно не подтвержденные “дефекты” внешности). Недостаточная обоснованность для недовольства собственной внешностью устанавливалась на основании заключения хирурга/косметолога о соответствии внешних анатомических структур установленным в хирургической практике возрастным и физиологическим нормам (Рюге, Г., 1998; Виссарионов В.А., 2010; Кец Б., Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2011; Reyneke J.P., Feretti C., 2012; Daniel R.K. et al., 2013; Brunton G. et al., 2014).

### **Критерии невключения**

Наличие у пациентов клинически значимых, объективно уродующих, инвалидизирующих, нарушающих функционирование дефектов внешности, химические зависимости, тяжелые или декомпенсированные на момент обращения сомато-неврологические заболевания, затрудняющие сбор анамнеза.

При проведении психофармакотерапии дополнительными критериями исключения являлись: склонность к аллергическим реакциям; участие в каких-либо фармакотерапевтических исследованиях минимум за четыре недели до включения в настоящее исследование; прием лекарственные средства, обладающих психотропной активностью (за исключением анксиолитиков, включенных в 1-2-х дневную схему хирургической премедикации).

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Манифестация и экзацербация ДМР происходит в различных возрастных диапазонах под влиянием гетерогенных факторов риска;
2. Факторы риска ДМР включают разнообразные биологические, социально-психологические, патохарактерологические и психопатологические воздействия;
3. Типологическое разнообразие ДМР характеризуется клинико-динамической неоднородностью психопатологической симптоматики и

сочетанием дисморфии с симптомокомплексами сверхценного, бредового, обсессивно-компульсивного, тревожно-фобического (ипохондрический) и депрессивного регистров;

4. ДМР реализуется в рамках динамики расстройств патохарактерологического, аффективного, шизофренического и органического спектров;

5. Разработанные алгоритмы лечения ДМР предполагают дифференцированный подход, определяющийся как клиническим полиморфизмом дисморфии, так и клинико-динамическими особенностями психической патологии, в рамках которой она реализуется.

### **Степень достоверности научных положений и выводов**

Дизайн и структура исследования одобрены Комитетом по этике ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (протокол № 2 от 11.02.2025 г.).

Комплексная стандартизированная методика обследования, соответствующая поставленным задачам, и последующая обработка результатов с применением клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, психометрического, статистического методов исследования и оценкой степени достоверности полученных данных, а также достаточный объём обследованных пациентов с ДМР обеспечивают репрезентативность и достоверность полученных результатов.

### **Апробация результатов исследования**

Основные положения и результаты диссертационного исследования были представлены на IV Национальном конгрессе “Пластическая хирургия, эстетическая медицина и косметология” (Москва, Здекабря 2015 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием “Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики” (Москва, 25 мая 2016 г.); XI Международном Конгрессе по медицинской

косметологии “Невские берега” (Сочи, 17 мая 2019 г.); VII Ежегодном психиатрическом Форуме с научно-практической конференцией “Патогенез, диагностика и лечение психических расстройств: шаги вперед” (Москва, 19 октября 2019 г.); Научно-практической конференции РУДН «Медицинская образовательная неделя: наука и практика - 2020» (Москва, 30 ноября 2020 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «IV Западно-Сибирский психиатрический форум», посвященной памяти профессора Ю.В. Дроздовского «Актуальные проблемы психопатологии на современном этапе развития психиатрии» (Омск, 13 марта 2021 г.); Международном конгрессе PRO-AGELESS (Москва, 18 ноября 2021 г.); Научно-практической конференции «От рождения до успешного старения: три активных периода в жизни женщины» (Москва, 3 февраля 2022 г.); Научно-практической конференции «Психиатрия сквозь призму веков: прошлое, настоящее, будущее» (Москва, 14 февраля 2023 г.); IX Межрегиональной научно-практической конференции “Социальные и клинические рубежи современной психиатрии и наркологии” (Краснодар, 15 марта 2023 г.); Научно-практической конференции «Границы психиатрии» (Казань, 4 декабря 2023 г.); Second Congress of the International Society of Clinical Physiology and Pathology (ISCPP2024) (Moscow (Russia), Herceg Novi (Montenegro), Caracas (Venezuela), 13-15 May 2024 г.), I Московской международной конференции по психотерапии и психосоматическому здоровью (Москва, 5 октября 2024 г.), IV конференции InteDeCo-2024 с международным участием «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия» (Москва, 18 декабря 2024 г.), XIII Всероссийском ежегодном психиатрическом Форуме с научно-практической конференцией «Белые пятна психиатрии» (Москва, 17-18 октября 2025 г.)

### **Публикация результатов исследования**

Основные положения работы, результаты и выводы отражены в 91 публикациях, из них 58 статей в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (в том числе 20 опубликованы в журналах, индексируемых в базе данных Scopus/WoS); глава “Психические расстройства у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава” в коллективной монографии “Заболевания височно-нижнечелюстного сустава” под ред. проф. А.Ю. Дробышева, а также глава в коллективной монографии “Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации”.

### **Внедрение результатов исследования**

Разработанные в исследовании методические подходы внедрены в практику в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы» и его амбулаторные филиалы, Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы», и его амбулаторные филиалы, Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №13 Департамента здравоохранения г. Москвы» и его амбулаторные филиалы, в учебный процесс курсов психиатрии и психотерапии кафедры фундаментальной и прикладной медицинской деятельности факультета усовершенствования врачей Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимиরского», в учебный процесс на кафедре психиатрии и медицинской психологии Медицинского института и кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии

факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН.

### **Личный вклад автора в работу**

Работа выполнена на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института ФГАОУ ВО "Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы" (ректор – проф. О.А.Ястребов). Все этапы диссертационной работы выполнены лично автором. Автором разработан дизайн исследования, проведен анализ как теоретической, так и практической методологической основы, с последующим созданием базы проведения работы. Лично автором сформулированы цель и задачи исследования, критерии включения и невключения. Автором производился набор пациентов в соответствии с целями и задачами исследования, набор выборок пациентов для психометрических обследований, а также обследование пациентов из группы катамнестического наблюдения. Автором проводилось клинико-психопатологическое и психометрическое обследование пациентов, обработка и анализ полученных результатов, в том числе с применением статистического метода для установления степени достоверности полученных данных, сформулированы выводы и практические рекомендации.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертационная работа изложена на 371 страницах текста (основной текст - 311 страниц) и содержит введение, 5 глав, заключение, выводы, практические рекомендации и перспективы дальнейшего развития темы, список используемых сокращений, список цитированной литературы из 524 источников (из них 166 отечественных, 358 иностранных). Диссертация содержит 15 рисунков, 30 таблиц и 5 клинических наблюдений (приложения 1-5).

# ГЛАВА 1

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Проблема дисморфического расстройства (ДМР) остается одной из самых противоречивых и недостаточно изученных в психиатрии и эстетической медицине<sup>1</sup>.

ДМР представляет собой нарушение образа тела, которое определяется как озабоченность мнимым дефектом внешности, или избыточной озабоченностью незначительным физическим отклонением/дефектом внешности, не могущая быть отнесена на счет другого психического расстройства (например, такого как нервная анорексия) (Коркина М.В. с соавт., 1991; Phillips K.A., 1996; American Psychiatric Association, 1994, 2013; Cerea S. et al., 2018)

---

<sup>1</sup> Эстетическая медицина — область медицины, которая включает в себя теоретические знания и практические методы коррекции внешних данных человека с помощью медицинских методик. Традиционно включает в себя дерматологию, челюстно-лицевую хирургию, реконструктивную хирургию, пластическую хирургию и их сочетание (Krieger N. et al., 2013). Пластическая хирургия – полидисциплинарная хирургическая специальность, цель которой – коррекция нарушений функций поверхностных и глубоких тканей организма человека (Белоусов А.Е., 2014, 2016). Пластическая хирургия имеет два направления: эстетическое и реконструктивное. В основе этого деления лежит вид нарушенных функций (эстетических или соматических), что определяет и показания к пластическим операциям. Эстетическая хирургия (“имиджевая” (Овчинникова Д.А. с соавт., 2018), “хирургия омоложения” (Белопольская Н.Л. с соавт., 2012)) объединяет операции, выполняемые у пациентов по эстетическим (преимущественно эстетическим) показаниям, в основе которых лежит желание пациента улучшить внешние характеристики своего тела (Фришберг И.А., 2005). Реконструктивная хирургия - операции, выполняемые, когда показаниями являются, прежде всего, нарушения соматических функций тканевых структур и комплексов (Белоусов А.Е., 2014, 2016). В зависимости от специализации исследований выделяют множество разделов пластической хирургии. Например, эстетическая стоматология,— область медицинской науки, изучающая эстетику челюстно-лицевой области, ее аномалии и деформации, методы их устранения и профилактики (Goldstein R.S, 2003).

Исследования ДМР начинаются с описаний пациентов, “занижающих” собственную физическую привлекательность (Morselli E., 1886). В дальнейшем в специализированной литературе встречается большое количество клинических случаев пациентов, недовольных своей внешностью, с использованием таких терминов как “дисморфия”, “дисморфофобия” (Коркина М.В., Морозов П.В., 1979), “дисморфическое телесное расстройство” (ICD-11, 2020), “дисморфический синдром”, “дисморфический невроз” (Schachter M., 1971), “дерматологическое незаболевание”, “дерматологическая ипохондрия” (Матюшенко Е.Н., 2011), “синдром модификации тела” (Прошаев К.И., Ильницкий А.Н., 2019). Для обозначения бредовой формы ДМР в текстах применяются понятия “бред мнимого телесного дефекта”, “моносимптоматический ипохондрический психоз (бред дисморфоза)” (Munro A., Stewart M., 1991), “дисморфомания” (Коркина М.В., 1984), “ипохондрия красоты” (Schnheitshypochondrie по Jahrreiss W., 1930), “уродства” (Ladee G., 1966), “внешнего вида” (Zaidens S.H., 1950)

Наличие стольких разнообразных, зачастую альтернативных и противоречащих друг другу терминологических обозначений необоснованного недовольства своей внешностью, выходящего, по всей видимости, за пределы исключительно фобического или психотического симптомокомплексов, обусловливают появление в литературе термина “дисморфическое расстройство” или “дисморфия” (Albertini R.S., Phillips K.A., 1999; Pope C.G., et al., 2005), унифицирующих гетерогенность клинических проявлений данного психопатологического расстройства.

Альтернативно предлагается оригинальная, но не достаточно обоснованная клинически, дифференцированная интерпретация терминов, описывающих неудовлетворенность внешностью. Согласно представлениям А.Е. Белоусов (2016), дисморфия – “это неудовлетворённость человека строением и (или) внешним видом своего тела при адекватной (нормальной)

оценке своей внешности”, а дисморрофобия – “психическое расстройство в виде болезненной (не адекватной) оценки пациентом своей внешности и тягостного переживания физической неполноценности в связи с реальным, либо воображаемым физическим недостатком”.

Представляется очевидным, что столь многочисленные определения неудовлетворенности собственной внешностью и их интерпретации обусловливаются отсутствием среди специалистов единой точки зрения на нозологическую и клиническую однородность, а в связи с этим и эпидемиологию, этиологию, патогенез и стереотипы динамики ДМР.

Так, впервые описавший дисморрофобию E. Morselli (1886, 1894) в тексте одного и того же своего руководства описывает её то как “навязчивую идею деформации тела”, то как “страх деформации тела”. E. Kraepelin (1915) относит ДМР к “навязчивым неврозам”. В тоже время M. Schachter (1971) полагает, что термин “дисморрофобия” не верен, в силу отсутствия клинических проявлений страха.

Позднее ряд авторов также рассматривают ДМР в рамках расстройств обсессивно-компульсивного спектра, аргументируя это навязчивой природой недовольства внешностью, а также наличием повторных действий/ритуалов (перепроверка внешнего вида перед зеркалом, наложение макияжа, нанесение расчесов и пр.) у пациентов (Phillips K.A., at al., 1995; Stewart S.E., et al., 2008; Association AP, 2013).

М.В. Коркина (1968,1984), П.В.Морозов (1977) и Н.Н.Петрова и О.М.Грибова (2014) определяют дисморрофобию не только как идеи физического недостатка сверхценного или навязчивого, но и бредового регистра, что соотносится с представлениями некоторых более ранних исследований. Так, тот же E. Morselli (1886, 1894) относит дисморрофобию к “рудиментарной паранойе”, E. Tanzi и E. Lugaro (1923) – к группе “навязчивых психозов”. Ю.С. Николаев (1945) в докторской работе пишет о ”специфиности” данного синдрома, опираясь на обнаружение

“моментов фобий, ипохондрии и близости их к сверхценным идеям”, но описывает ДМР как “сенситивный бред физического недостатка”. Д.Э. Выборных (2000) и А.Б. Смулевич с соавт. (2009) рассматривают дисморфический бред как вариант “соматического подтипа ипохондрического бредового синдрома (“ипохондрическая паранойя”). В.Л. Левитин (1966) не исключает возможность перехода ДМР из одного психопатологического состояния в другое.

В американском Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам DSM-III-R термин “дисморфофобия” замещается “телесным дисморфическим расстройством”, по всей видимости, вследствие убеждённости составителей в том, что “дисморфофобия” предполагает наличие поведения, типичного для фобического избегания, что для данной категории пациентов приемлемо далеко не всегда (American Psychiatric Association, 1987).

В DSM-IV-TR ДМР, основная характеристика которого описывается как “сохраняющаяся озабоченность по поводу возможного наличия одного или нескольких серьезных и прогрессирующих физических расстройств, связанных с постоянным дистрессом или инвалидацией”, включена отдельной диагностической рубрикой в раздел “Соматоформное расстройство”, а бредовая форма ДМР отнесена к двум категориям: “Дисморфофобия” и “Бредовое расстройство, соматический тип” (American Psychiatric Association, 1994).

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) дисморфобические состояния с навязчивыми сомнениями и опасениями либо сверхценной убежденностью в наличии дефекта внешности оцениваются в качестве особого варианта ипохондрического расстройства (Казаковцев Б.А. с соавт., 2003). Термин “дисморфомания”, традиционно используемый в отечественной научной литературе для квалификации сверхценных и бредовых переживаний, связанных с негативной самооценкой

внешности, в МКБ-10 не представлен, а состояние кодируется как “Другое бредовое расстройство” (F22.8).

В МКБ-11 и DSM-5 ДМР классифицируется уже как “обсессивно-компульсивное или сопряженное расстройство” и предлагается четыре критерия для постановки диагноза: (A) озабоченность одним или более ощущаемым дефектом или недостатком физического облика, которые не заметны или кажутся незначительными другим; (B) патологические привычные действия (например, рассматривание себя в зеркале, избыточная забота о собственной внешности, дерматилломания, поиск поддержки у других людей) или осознанные действия (например, сравнение собственной внешности с внешностью других людей) как отклик на беспокоенность о состоянии собственной внешности; (C) озабоченность вызывает клинически значимые эмоциональные переживания или недостаток реализации в общественной, профессиональной или других важных областях жизнедеятельности, а также (D) озабоченность своей внешностью не сводится к переживаниям из-за избыточного веса или полноты у людей, чьи симптомы соответствуют диагностическим критериям нарушения пищевого поведения (Phillips K.A., et al., 2010; Association Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2018; ICD-11, 2020; Gorbis E., Braverman R., 2021).

### **1.1. Нозологическая принадлежность ДМР**

В немногочисленных, преимущественно отечественных публикациях, ДМР рассматривается как нозологически самостоятельное психопатологическое расстройство сверхценного типа (уровня) (Досужков Ф.Н., 1947, 1963; М.В. Коркина, 1984; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014).

В то же время Ю.С. Николаев (1945) относит ДМР к “группе дегенеративных психозов”, в основе которых лежит “эндогенный фактор, но не шизофрения” (Николаев Ю.С., 1945). G. Hay и B. Heather (1970, 1974) также полагают, что “дисморфофобия не является специфическим для шизофрении симптомом и наблюдается в структуре различных

психопатологических синдромов” (Hay, G.G., 1970; Hay G.G., Heather B.B., 1973).

Другие авторы проводят параллели между нарушениями восприятия образа тела при бредовом ДМР и у больных бредовым расстройством органического генеза (Дробышев Л.Н., 1966; Fisher S., 1968, 1986, 1990; Phillips K.A. et al., 2006).

Напротив, М.В. Коркина (1979, 1984) и П.В. Морозов (1979), опираясь на собственные наблюдения у пациентов подросткового и юношеского возраста, указывает, что дисморфомания лишь в редких случаях возникает при органических заболеваниях головного мозга, а чаще всего - при шизофрении (Коркина М.В., Морозов П.В. 1979; Коркина М.В. 1984). Этого же мнения придерживаются М.В. Воловик (1972) и S. Fisher (1986, 1990) (Воловик М.В., 1972; Fisher S., 1986, 1990). K. Phillips с соавт. (1994) предполагают, что ДМР может являться как продромом, так и одной из форм шизофрении (Вагина Г.С., 1966; Phillips K.A. et al., 1994).

П.В. Морозов (1979) в диссертационной работе выделяет три типа ДМР при шизофрении в юношеском возрасте. При первом типе идеи мнимого физического дефекта первоначально носят навязчивый характер, а затем приобретают черты сверхценных, с последующими обострениями на фоне аутохтонных депрессивных фаз, сопровождаются нестойкими сенситивными идеями отношения, другими тревожно-фобическими расстройствами и стеничной “борьбой” с дефектом. При втором типе сверхценные идеи внешнего недостатка присоединяются к уже манифестирувшим фобиям, элементарным галлюцинациям, сенситивным идеям отношения, аффективным фазам и реализуются “маскирующим” поведением, в части наблюдений трансформируясь в паранойяльные бредовые идеи и формы поведения (бросают работу, перестают выходить на улицу, общаться и т.д.). При третьем типе ДМР является частью бредовой ипохондрической системы, включающей сенестопатии, фобии в отношении своего здоровья и, как

показывает катамнестическое обследование, дезактуализирующиеся или трансформирующиеся в галлюцинаторно-бредовые расстройства (Коркина М.В., Морозов П.В. 1979).

В исследовании Е.Н. Матюшенко (2011) при нозологической оценке у пациентов дерматологической клиники в 32,7% набл. речь идет о принадлежности ДМР к вялотекущей шизофрении, (психопатоподобная – 66,6% набл., неврозоподобная – 33,4% набл.).

Также на развитие ДМР в рамках расстройств шизофренического спектра указывается в серии работ, посвященных расстройствам половой идентификации. Недовольство своей внешностью в 52,3% набл. в этом случае реализуется активным желанием хирургической смены пола и достигает сверхченного уровня дисморфомании. Пациенты настаивают на проведении психиатрической комиссии для разрешения назначения им заместительной гормональной терапии, смены паспорта и последующего хирургического лечения. Из них 28,5% пациентов начинают самостоятельно принимать гормональные препараты, находя их нелегальными путями и опираясь на рекомендации и советы по их приему в интернете. У других 47,6% пациентов ДМР проявляется только в поведении, направленном на маскирование внешних признаков своего пола (нарочитая сутулость, длительное утягивание груди вплоть до появления эрозии, опрелости), имитацию наличия мужских половых органов, женской груди (Григорьева Т.Н., 2005; Кулиш С.Б., 2009; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021; Попова Г.А., 2020).

В работе Е.В.Матюшенко (2011) указывает, что в 67,3% набл. дисморфия реализуется в рамках динамики расстройств личности (РЛ) (при нозогенных реакциях - 50% набл., патохарактерологических развитиях - 50% набл.).

Таким образом, очевидно, что существующая на настоящий момент дифференциация ДМР по психопатологическому признаку недостаточно

информативна. Постоянно изменяющийся диагностический подход не дает ответа на вопросы о том, какие психопатологические симптомы следует считать “ядерными” для диагностики ДМР, являются ли бредовая и небредовая формы ДМР самостоятельными психопатологическими расстройствами или формами одного расстройства, какова нозологическая принадлежность дисморфического синдрома или это самостоятельное психическое заболевание.

## **1.2. Социо-демографические показатели ДМР в популяции и в эстетической медицине**

Проблеме неудовлетворенности собственной внешностью (appearance dissatisfaction (Reddy S.L., Burns L.D., 2013)) в последние десятилетия посвящено большое количество исследований. Не в последнюю очередь это обусловлено данными о высокой распространённости недовольства своим телом. Результаты обследований детей, подростков и взрослых показывают, что высокий уровень неудовлетворенности внешностью свойственен людям, не только с реальными, связанными с болезнью или естественным старением, дефектами облика, но и не соответствующим или считающим, что они не соответствуют, социальным стандартам веса, размеров и других параметров тела (Thompson J.K., 1990, 1996; Thompson J.K., et al., 2002; Grogan S., 2008; Veale D. et al., 2016). При этом из-за трудности определения и недостатка крупных рандомизированных исследований данные о распространенности ДМР весьма разнообразны.

По результатам 6 эпидемиологических исследований распространенность ДМР в населении составляет 0,7–3% набл. (Волкова Н., Глазкова Л., 2019; Ishigooka J. et al., 1998; Rief W. et al., 2006; Buhlmann U., et al., 2010; Hardardottir H., et al., 2019). По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) до 16% взрослого населения страдают ДМР различной степени выраженности (Прошаев К.И, Ильницкий А.Н., 2019).

Большинство авторов относят манифестацию ДМР к подростковому или “позднему” подростковому возрасту (Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Phillips K.A., Diaz S., 1997; Albertini R., Phillips K., 1999; Koo J., Lee C., 2003; Bjornsson A.S. et al., 2012; Bala M., et al., 2021). Например, 56% школьниц Великобритании считают себя “слишком толстыми” (Button E.J. et al., 1997). Обследование 606 студенток в Австралии демонстрирует, что 25,5% из них, имея нормальный индекс массы тела (ИМТ), считают свой вес избыточным (; De Brito M.J. et al., 2016). В исследовании Н.Н.Петровой и О.М.Грибовой (2014) в 87,5% набл. дисморрофобические нарушения прослеживаются с пубертата больных (возраст манифестации ДМР составляет  $14,5\pm3,25$  лет).

В исследованиях, выполненных на неклинических выборках студентов, показатели распространенности ДМР в США, Германии, Турции и Пакистане достигают – 4–13% набл. (Maude D. et al., 1993; Grant J.E. et al., 2001; Bohne A. et al., 2002; Cansever A. at al., 2003; Thompson A.R., 2013; He W. et al., 2017), что может указывать на тропность данной психической патологии к юношескому возрасту вне зависимости от культуральных особенностей. К аналогичным выводам о манифестации ДМР у пациентов молодого возраста (до 25 лет) ранее приходят Ю.С.Николаев (1945) и К.А. Новлянская (1964). В работе Н.Я. Беленькой (1972) в 78% набл. указывается, что ДМР формируется в возрасте до 20 лет, но в 22% набл. - рецидивируют после 40 лет.

В то же время в исследовании Е.Н. Матюшенко (2011) средний возраст 52 пациентов (43 женщины – 82,7% набл. и 9 мужчин – 17,3% набл.) с ДМР превышает приводимые в литературе показатели и составляет уже  $28,2\pm11,9$  лет. Аналогичные наблюдения приводят зарубежные исследователи: больные с ДМР обращаются за хирургической коррекцией внешности в среднем возраст 31,9 лет ( $SD = 9,6$ , диапазон 20-46) (Баранская Л.Т., 2009; Pavan C. et al., 2006; Hershfield H.E. et al., 2011).

Очевидно, большинство авторов сходятся во мнении, что, необоснованное недовольство внешностью не только более частое явление, но и отличается большей интенсивность у подростков и молодых людей по сравнению с людьми зрелого возраста. Этот факт может быть обусловлен незавершенным формированием личностной идентичности молодых пациентов и их сравнением себя с социальными критериями (Соколова Е.Т., 2009, 2011; Liu X. et al., 2018), повышенной чувствительностью к критической оценке внешности со стороны партнеров и ровесников (Koo J., Lee C., 2003), генетически обусловленным увеличением массы и изменением пропорций тела с развитием вторичных половых признаков (Brown F.L., Slaughter V., 2011), а также биологическим оживлением подростковой сексуальности (Карякина И.А., Шафирова Е.М., 2012; Jafferany M. et al., 2019).

Гендерное соотношение в выборках клинических исследований ДМР широко варьирует: в одних – преобладают женщины, в других – мужчины (Dowling N.A. et al., 2010; Phillips K.A., 2013; Shin J. et al., 2020). В двух масштабных популяционных эпидемиологических исследованиях (2510 и 2552 набл.) распространенность ДМР составляет 2% набл. у женщин против 1,5% набл. у мужчин и 1,9% набл. у женщин против 1,4% набл. у мужчин, соответственно (Phillips K., 2013; Schneider S.C. et al., 2017). В двух других крупных исследованиях в 55% набл. из 293 больных и в 64% набл. из 200 - пациенты женского пола (Perugi G. et al., 1997; Phillips K., 2013). По мнению L. Fontenelle и соавт. (2006) частота встречаемости дисморфии приблизительно одинакова среди женщин (55% набл.) и мужчин (45% набл.).

ДМР - психическая патология, зачастую не попадающая в поле зрения психиатров, поскольку страдающие ею пациенты обращаются к дерматологам, косметологам или пластическим хирургам по причине социальной стигматизации и наличия убежденности в том, что психиатрическая помощь им не требуется (Pavan C. et al., 2006; Veale D.,

Nezigorlu F., 2010). Кроме того, проведение катамнестического исследования даже у первично обследованных психиатрами также затруднено по причине сложностей восстановления контакта с пациентами после окончания эстетического лечения (Bellino S. et al., 2003; Pavan C. et al., 2006; Ian & Sadock's, 2017).

В результате психиатрический диагноз устанавливается через 10-16 ( $16,1 \pm 5,3$ ) лет после дебюта дисморфии (Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Veale D. et al., 1996; Phillips K., Diaz S., 1997; Phillips K.A., 1998; Hanley S.M. et al., 2020). Подтверждением этим фактам служат наблюдения Н.Н.Петровой и О.М.Грибовой (2014), согласно которым среди пациентов клиники пластической хирургии с ДМР ранее за специализированной психиатрической/психотерапевтической помощью не обращался ни один больной, и наличие дисморрофобии врачами не фиксировалось. По данным V. Vindgni с соавт. (2002) из 5848 обследованных амбулаторных пациентов эстетической медицины диагноз ДМР выставляется психиатром лишь 0,8%, что соответствует минимальным значениям распространенности расстройства в популяции. Среди же госпитализированных в психиатрический стационар пациентов, ранее обращавшихся за коррекцией внешности, частота встречаемости ДМР достигает уже 13–16% набл. (Phillips K.A, 2013; Ólafsdóttir Þ., 2019).

Акцент на пациентах эстетической медицины делается в связи ростом обращаемости пациентов, с необоснованным недовольством своим внешним видом, не имеющих значимых дефектов внешности, именно к специалистам данного профиля. В публикациях указывается, что до 45% пациентов с ДМР обращаются к дерматологам (Phillips K.A, Diaz S., 1997; Alsaidan M.S. et al., 2020), и это составляет 9–12% всех дерматологических больных (Basavaraj K.H. et al., 2010; Phillips K.A, 2013; Saade N. et al., 2024). Ещё около 23% всех больных с дисморфическим расстройством наблюдаются у пластических

хирургов (Napoleon A., 1993; Phillips K.A, 2013; Dey J.K. et al., 2015; Joseph A.W. et al., 2017).

Результаты проводимых в США исследований показывают, что в течение 80-х гг. количество эстетических операций увеличилось более чем на 100%. Контрольные исследования, проведенные среди членов Американской Ассоциации Пластических Хирургов, свидетельствуют о 24% росте числа эстетических операций каждые 2 года (Хеден П., 2001; American Society of Plastic Surgeons, 2025). Американское общество пластических хирургов (ASPS) сообщает, что за 10 лет (с 1992 до 2002 г.) число потребителей косметических услуг (хирургических и нехирургических) увеличилось в 16 раз (American Society of Plastic Surgeons, 2025). По данным Британской ассоциации эстетических пластических хирургов (BAAPS) за один год (с 2003 до 2004 г.) количество пациентов возросло в 1,6 раза (Sarwer D.B., Crerand C.E., 2003, 2004, 2008)

В России, начиная с 2003 года, наблюдается неуклонный рост числа пациентов клиники эстетической медицины (Баранская Л.Т., 2009), и количество пластических операций в нашей стране ежегодно удваивается (Рамси Н., Харкорт Д., 2009; Соколова Е.Т., 2011).

Среднестатистическим пациентом пластического хирурга с фейслифтингом (хирургической подтяжки лица) при этом является уже не подросток, а 48-летняя женщина среднего класса с высшим образованием (Webb W.L.Jr. et al., 1965; Cho A., Lee J.H., 2013; Wilcox R.N. et al., 2020). В исследовании Н.Н.Петровой и О.М.Грибовой (2014) средний возраст 54 пациенток отделения пластической хирургии составляет  $33,76 \pm 2,62$  года (диапазон от 21 до 57 лет).

Доля мужчин в клинике пластической хирургии составляет, по разным оценкам, 15-40% и продолжает увеличиваться (Кон И.С., 2009; Smith W.B., 2019; Wilcox R.N. et al., 2020). Причём потребность в операциях определенного типа у мужчин выше, чем в каких-либо других: коррекция

сильно выступающих ушных раковин (44%), дермабразия и ринопластика (около 25%), а также операции на веках (18%). Кроме того, одна десятая часть всех подтяжек лица выполняется у пациентов-мужчин, и приблизительно такая же доля операций липосакции (Хеден П., 2001; Liu T.S., Owsley J.Q., 2012; Jacono A. et al., 2016).

В публикациях указываются сравнительно высокие показатели распространённости ДМР среди пациентов, обращающихся за косметическим и/или хирургическим вмешательством.

В США в выборках потребителей услуг косметической хирургии распространенность ДМР составляет от 7–8% набл. (Phillips K.A., 2013; Sarwer D.B., Whitaker L.A., 2011) до - 11,9% набл. (Phillips K.A. et al., 2000; Hanley S.M. et al., 2020), и даже 15% набл. (Ishigooka J. et al., 1998; De Brito M.J. et al., 2012).

В целом, по мнению большинства исследователей, частота встречаемости ДМР в пластической хирургии колеблется в диапазоне 2,9 - 15% набл. (Napoleon A., 1993; Pavan C. et al., 2008; Veale D. et al., 2016; Sweis I.E. et al., 2017). Однако в публикации D. Veale и L. De Haro (2003) указывается, что в 20,7% набл. пациентов, настаивающих на ринопластике, страдают субсиндромальной или синдромально завершенной формой дисморфии. С. Pavan с соавт. (2006) подчеркивают ещё большую частоту встречаемости ДМР – 37% набл. В исследовании B.L. Newell (2010) из 56 пациентов (45 женщины, средний возраст  $36\pm13$  лет) диагноз ДМР устанавливается в 53% набл.

В дерматологии и пластической хирургии значения показателей распространённости ДМР сопоставимы: 8,5–14,1% (Phillips K. et al., 2000; Cansever A. et al., 2003; Alonazi H.Gh. et al., 2017) и 7–15% (Conrado L.A. et al., 2010; Dogruk Kacar S. et al., 2014; Sarwer D.B. et al., 2015), соответственно. В косметической стоматологии доля пациентов с ДМР - 9,5% набл., в ортодонтии – 7,5% набл. (Phillips K.A., 2013).

Таким образом, средняя частота дисморфофобии среди контингента эстетических клиник (17,39% набл.) значительно превосходит этот показатель в населении (1–2% набл) (Ishigooka J. et al., 1998; Hanley S.M. et al., 2020).

Широта разброса показателей частоты встречаемости и зависимости от пола и возраста ДМР в популяции и среди пациентов эстетической медицины могут объясняться небольшими или несопоставимыми размерами выборок и разнообразием используемых методов и инструментов диагностики, при которых данная психическая патология остается не распознанной.

### **1.3. Социальное и медицинское значение ДМР**

Важной частью проблемы ДМР является наличие отчетливых нарушений социального функционирования, несмотря на достаточно высокий коэффициент интеллектуального развития и образовательный ценз, отсутствие случаев инвалидности, связанной не только с соматическим, но и с психическим заболеванием, у этой категории пациентов (Chren M.M. et al., 1996; Хеден П., 2001; Ishak W.W. et al., 2012).

Нарушения адаптации в социальной среде отмечаются, по наблюдениям Е.Tyszka (1972), у всех пациентов с субъективной неудовлетворенностью своей внешностью. Несколько отличные данные приводят Н.Н.Петрова и О.М.Грибова (2014): в их исследовании снижение социального функционирования (работа, не соответствующая уровню образования, ограничение социальных контактов и сужение круга общения) обнаруживается у 37,5% данной категории пациентов. Среди пациенток косметологической клиники 54,1% имеют сниженный уровень психической адаптации (Багненко Е.С., 2024)

В связи с выраженной и длительной семейной, трудовой и медицинской дезадаптацией качество жизни пациентов с ДМР более низкое по сравнению с пациентами, страдающими такими заболеваниями как сахарный диабет 2-го типа, расстройства пищевого поведения (Hrabosky J. et

al., 2009; Gorbis E., Braverman R., 2021), обсессивно-компульсивное расстройство, биполярное аффективное расстройство и шизофрения (Phillips K.A., 2000; Hooker C.I. et al., 2013).

Больные пластического хирурга с ДМР в отличие от пациентов без ДМР чаще не состоят в браке (70% набл. против 29,4% набл.) (Pavan C. et al., 2006; Picavet V.A. et al., 2011). D.Veale и соавт. (1996, 2010) и Е.Н. Матюшенко (2011) приводят сходные данные о том, что в 69,2% - 74% набл. пациенты с ДМР одиноки, разведены или живут раздельно от партнера.

Около 30,8% пациентов с ДМР не работают (Матюшенко Е.Н., 2011; Litner J.A. et al., 2008). В исследовании с участием 76 пациентов с ДМР 36% не работают в течение последнего месяца, 32% хотели бы посещать занятия, но не могут из-за персистирующей дисморфофобии (Witte T.K. et al., 2012). В связи с дисморфической симптоматикой 27–31% практически не выходят из дома в течение, по меньшей мере, одной недели (Veale D. et al., 1996; Phillips K.A. et al., 2005; Phillips K., 2013).

Высокий уровень дисморфической озабоченности ассоциируется с худшим физическим здоровьем, сниженной социальной активностью, сужением круга интересов, ограничивает возможности социализации и других способных доставить удовольствие форм активности, ориентированных на повышение настроения и восприятие себя (Beilharz F. et al., 2018, 2019).

Также установлено, что неудовлетворенность телом является фактором дистресса (Варлашкина Е.А., 2015; Stunkard A.J., Mendelson M., 1967; Hill L., Kennedy P. 2002). Например, пациенты, страдающие даже малозаметным кожным заболеванием, часто утверждают, что их главная проблема – не заболевание кожи, а реакция окружающих на его проявления (Gupta M.A., 2005). I.Ginsburg и B.Link (1989), G.Schmid-Ott и соавт. (2003) с помощью опросника «Questionnaire on Experience with Skin Complaints» (QES) выделяют несколько вариантов самостигматизации у дерматологических

больных: ожидание неприятия, осознание собственного изъяна, чувствительность к мнению окружающих и скрытность. Следует заметить, что некоторые авторы высказывают мнение, что признаки самостигматизации могут возникать и при полном отсутствии очевидных для окружающих обезображивающих проявлений заболеваний (Ginsburg I., Link B., 1989; Richards H.L., et al., 2001; Hill L., Kennedy P. 2002).

Даже слабо выраженные признаки диспропорции, малейшие отклонения от анатомической нормы или от созданного самим пациентом образа идеальной внешности у лиц “с повышенным уровнем тревожности, мнительных, неуверенных в себе”, могут служить мотивацией к проведению пластических операций (Гольдштейн Я.Н., Ганушкевич М.Н., 1980; Соловьев М.М. с соавт., 1994; Edgerton M.T. et al., 1960; Joseph A.W. et al., 2017). Непосредственной причиной обращения к пластическому хирургу чаще всего указываются “кризисы” и стрессы в личной, семейной или профессиональной жизни (распад семьи, потеря работы, члена семьи, свободы передвижений или утрата других телесных функций вследствие болезни) (Белопольская Н.Л. с соавт., 2012; Adamson P.A., Chen T., 2008; Karimi K., Adamson P., 2011; Sarcu D., Adamson P., 2017).

Как минимум 8,2% пациентов с ДМР отмечают, что становятся жертвами стигматизации, нападок и подразнений, касающихся их внешности и решаются на хирургическое вмешательство после нелестных замечаний окружающих либо под угрозой разрыва отношений со “значимым другим” или угрозы потери работы (Баранская Л.Т., 2009). Каждой пятой женщине хотя бы раз в жизни партнёр говорил, что хотел бы видеть у неё грудь другого размера, а у 60% женщин грудь стала объектом насмешек (Grant P., 1996; Marques L. et al., 2011). Н.Н.Петрова и О.М.Грибова (2014), обследуя пациентов клиники пластической хирургии, верифицируют психогенно обусловленное (как правило, семейными конфликтами) обострение дисморфической симптоматики в 38% набл., что отражает

представления и других авторов о связи манифестации и повторных экзацербаций ДМР с психотравмирующими факторами.

Мнимые или незначительные реальные дефекты внешности могут приводить к повышению уровня тревоги, способствуют снижению самооценки, развитию замкнутости и других, негативных в отношении образа тела последствий, которые, в свою очередь, могут приводить к развитию гетерогенных психических расстройств (Баринова М.Г., Андреищев А.Р., 2002; Калиновская В.В., Скугаревский О.А, 2004; Черкашина А.Г., 2004; Уманская Н.Г., 2005; Жиляев А.Г., Полянина М.А., 2010; Koo J., 2001; Koo J., Lee C., 2003). A.S. Fenwick и K.A. Sullivan (2011), а также F. Beilharz и соавт. (2019) считают «дисморфическую озабоченность» фактором риска и предиктором манифестации и рецидивов нервной анорексии. Большая степень выраженности дисморфии ассоциируется с повышенной социальной тревогой, обсессивно-компульсивными расстройствами, депрессией и низкой самооценкой, алекситимией, а при наложении этих симптомов – риском суициального поведения. Около 48% взрослых и 44% подростков с дисморфией госпитализируются в психиатрический стационар на протяжении жизни хотя бы единожды (Phillips K.A., 2013), до 28% из них совершают суициальную попытку (Machremi E. et al., 2022).

Как уже упоминалось выше, в ряде случаев ДМР является предпосылкой формирования расстройств половой идентификации (РПИ). Е.А. Старостина и М.И. Ягубов (2021) отмечают, что у 31,1% пациентов формированию установок на смену пола предшествуют явления дисморфофобии, не ограниченные неприязнью к первичным и вторичным половым признакам. С.Б. Кулиш (2009) и Г.А.Попова (2020) в своих диссертационных исследованиях выделяют группу РПИ (26,9%), развивающихся в рамках ДМР.

Наконец, влияние эстетических операций на психическое состояние пациентов и степень их социальной адаптации оценивается в специализированной литературе неоднозначно.

У ряда пациентов с ДМР сама пластическая операция может являться психологическим стрессом. Выраженность психологического стресса отчасти связана с масштабом операции, постоперационными явлениями (отечность, гематомы, болевой синдром), а также психологической неготовностью пациента “принять” свою новую внешность (Хеден П., 2001; Юдин М.А., 2016; Biraben-Gotzamanis L. et al., 2009; Morselli P.G. et al., 2016).

С другой стороны, ДМР, наряду с исходной мотивацией (например, стремление к “анatomическому совершенству”, желание подвергнуться большому количеству операций), совпадением реального и ожидаемого результатов эстетической пластики, антропогенными (мужской пол, молодой возраст), психогенными (проблемы в отношениях или в семье пациента), другими психопатологическими и соматогенными (объем операции) факторами, вносит вклад в формирование и степень удовлетворенности эстетической процедурой (Хеден П., 2001; Каневская Я.А., 2005; Варлашкина Е.А., 2015; Herruer J.M. et al., 2015; Sarcu D., Adamson P., 2017).

С учетом того, что основной мотивационной детерминантой обращений за улучшением внешности и приближения к социально заданным идеалам красоты при ДМР является нестабильная самооценка пациентов, а мотивационный профиль личности включает: “взаимоотношения полов”, “семейные неурядицы”, “самозащита (агрессия)” (Баранская Л.Т., 2009), не удивительно, что степень удовлетворённости результатами эстетической операцией сильно разнится. В частности, D. Veale et al. (2016), опрашивая пациентов с ДМР, получающих косметическое лечение, отмечает стабильно низкие показатели для большинства респондентов. Например, 31 из 46 процедур (хирургических и минимально инвазивных) приводят к уровню удовлетворенности от 0 до 2,9 по 11-балльной шкале Лейкерта (средняя

оценка 4,4 по 7-балльной шкале). При этом результаты варьируют в зависимости от косметической процедуры: при ринопластике – средний показатель удовлетворенности - 3,2 баллов, повторная ринопластика – 2,6.

По данным мировой статистики лишь 5-7% пациентов удовлетворены результатами ринопластики (Мустафаев М.Ш. с соавт., 2012; Варлашкина Е.А., 2015). По наблюдениям I.E. Sweis с соавт. (2017) уровень удовлетворенности пластической хирургией у пациентов с ДМР составляет лишь 2,8-19% набл. вне зависимости от реального исхода операции. По мнению F.D. Leist et al. (1977), исследующих 324 пациента с фейслифтингом, в той или иной степени недовольны проведенным вмешательством 40% пациентов. А П. Хеден (2001) указывает, что удовлетворенность пациентов результатами эстетических операций может достигать и 95%, но при условии, что мотивацией для их проведения является запрос на улучшение внешности, а не жизненной ситуации.

В исследовании, проведенном пластическими хирургами, показано, что среди пациентов с дисморфобией лишь 7% оперируются однократно, 13% - оперируются несколько раз через определенные промежутки времени, а 63% набл. продолжают оперироваться снова и снова (Ishigooka J. et al. 1998).

Всего у 6,7% пациентов снижаются показатели “Опросника невротических расстройств” (Баранская Л.Т., 2009). Из них 81,2% в течение от одного до пяти лет сохраняют сравнительно устойчивую адаптацию, отмечают повышение активности, работоспособности, однако затем пациенты вновь обращаются к пластической хирургии. При этом в большинстве случаев, несмотря на временное улучшение социального функционирования и повышение самооценки, ДМР после пластической операции сохраняют свою актуальность. Аналогичные результаты получены И.А.Фришбергом (1997, 2005) и S. Sinno с соавт. (2015), указывающими, что косметическая операция улучшает “психологическое состояние” пациентов и

оказывает положительное влияние на их жизнь лишь в краткосрочной перспективе.

Наконец, симптомы ДМР могут настолько усугубиться, достигая психотического уровня, что оказывают влияние на способность формировать рациональные и осмысленные решения по вопросу рисков, ассоциированных с косметической хирургией (Newell B.L., 2010). В некоторых случаях картина заболевания принимает форму паранойи борьбы, проявляющейся настойчивыми требованиями хирургического вмешательства, иногда приобретающими характер сутяжной активности (Выборных Д.Э., 2000; Смулевич А.Б. с соавт., 2009; Смулевич А.Б., 2009, 2012). В частности, при опросе 265 эстетических хирургов 29% из них заявляют, что пациенты с ДМР угрожают им правовыми мерами и судебным разбирательством (Sarwer D.B. et al., 1998). 2-10% пластических хирургов получают угрозы применения физического насилия от пациентов с ДМР (Sarwer D.B. et al., 1998; Quittkat H.L. et al., 2019). В период с 1991 по 2014 гг. несколько пластических хирургов были убиты пациентами с симптомами ДМР, недовольными результатами проведенных операций (Stice E., Shaw H.E., 2002; Gorney M. 2010; Sweis I.E. et al., 2017).

К сожалению, патопсихологические и/или психопатологические причины этого в цитируемых работах практически не обсуждаются. Л.Т.Баранская (2009) предполагает, что повторное обращение происходит при “завершении внешних подтверждений, подпитывающих самооценку пациентов”. М.К. Goin с соавт. (1980) считают, что улучшение психического состояния маловероятно у пациентов, мотивацией к операции которых является получение более престижной работы или налаживание межличностных отношений. В обзоре, выполненному K.Nugent (2009), выдвигается тезис, что ухудшение “психологического состояния” связано у пациентов с наличием нарциссического и истерического расстройства личности или дисморфофобического расстройства. В тоже время при

описании “психических расстройств”, являющихся предиктором негативных результатов хирургического вмешательства авторы смешивают нозологически самостоятельные расстройства и отдельные психопатологические синдромы.

## **1.4. Этиологические и патогенетические факторы ДМР**

### **1.4.1. Биологические исследования**

В последние годы всё более значимую информацию о патогенезе ДМР дают генетические, психофизиологические, нейровизуализационные (магнитно-резонансная томография (МРТ), функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) и т.д.) и другие методы обследования больных (Набиев Ф.Х., 2002; Пружинский И.А., 2003; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Joseph A.W. et al., 2017; Thungana Y. et al., 2018).

Результаты генетических исследований указывают на наличие наследственной предрасположенности к ДМР: около 20% пациентов имеют как минимум одного родственника первой степени (родителя, ребёнка или брата/сестру), кто также страдает от дисморфии (Rosen J.C., 1992; Lai Ch.-Sh. et al., 2010; Jansi A.D. et al., 2020).

Современные патогенетические гипотезы развития ДМР свидетельствуют о стойких нарушениях в функционировании серотониновой системы: повышенный уровень 5-HT2A-метаболитов серотонина в мозговом кровотоке и изменения в связывании 5-HT2A-рецепторов. Высокий уровень серотониновой активности в головном мозге сопряжен у больных ДМР с появлением тревоги (Hollander E. et al., 1999; Kaye W.H., et al. 2005). По другим данным, напротив, низкий уровень серотонина, скорее всего наследственного характера, может быть одной из причин развития дисморфии (Kaye W.H., et al. 2005; Lai Ch.-Sh. et al., 2010). Эта теория косвенно подтверждается положительной реакцией многих пациентов на

терапию антидепрессантами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (Kaye W.H., et al. 2005; Lai Ch.-Sh. et al., 2010; Phillips K.A. et al., 2016).

В нейрофизиологических исследованиях уровня эмоциональной обработки доказывается, что у пациентов с ДМР присутствуют отклонения в распознавании эмоций на лице других: они более склонны, чем здоровые обследуемые, идентифицировать нейтральные лица как злые, что говорит о нарушениях в областях мозга, которые обрабатывают эмоции лица (Wang Y. et al., 2020). Также по сравнению со здоровыми участниками контрольной группы, при ДМР неоднозначные ситуации чаще воспринимаются в качестве угрожающих (Пружинский И.А., 2003; Feusner J.D. et al., 2011, 2013). Если в вопросе содержатся такие слова, как "красота" или "привлекательность", то по сравнению с нейтральными словами, пациенты с ДМР дают ответы на вопросы с задержкой (Feusner J.D. et al., 2011). Кроме того, у пациентов с ДМР обнаружаются снижение функции принятия решения и планирования, изменения зрительной обработки информации - склонность к детализации при рассматривании объекта: они не могут создать целостный образ ("не видят лес за деревьями") (Тхостов А.Ш., 2002, 2015; Feusner J.D. et al., 2011). Искажения зрительного восприятия при ДМР характерны не только для деталей внешнего вида человека, но и для объектов, не связанных с симптомами заболевания (Feusner J.D. et al., 2009; Greenberg J.L. et al., 2014; Beilharz F. et al., 2018).

Наблюдаемая при ДМР склонность пациентов сосредотачиваться на деталях, а не на картине в целом, возможно, объясняется снижением активности в визуально-ассоциативных областях (в парагиппокампальной извилине, язычной извилине и предклинье), аберрантной пространственно-временной активации и явлениями аберрантной лобно-лимбической взаимосвязи при обработке конфигурационных элементов, а также повышенной активацией медиальных префронтальных областей при

обработке детальных элементов (Feusner J.D. et al., 2012; Li W. et al., 2016; Rangaprakash D. et al., 2019).

Другая эмпирическая гипотеза рассматривает в качестве решающего фактора риска развития ДМР дисфункцию коры инсулы – островковой доли головного мозга. Пониженная активность инсулы ассоциируется с ослаблением четкости перцепции и искажением восприятия образа тела. Дисфункция инсулы, связующего звена между кортикальными (соматосенсорные и париетальные) и субкортикальными (амигдала и стриатум) структурами головного мозга, возможно, является результатом повреждения и/или патологии раннего развития (Мазаева Н.А., 2019; Nunn K. et al., 2011; Zeugin D. et al., 2020).

Выявляемые при фМРТ головного мозга аномальные паттерны региональной гиперактивности мозга в базальных ганглиях и орбитофронтальной коре (ОФК) во времяprovокации симптомов при визуальной обработке собственного лица (Feusner J.D. et al., 2012; Beucke, J.C. et al., 2016), лиц других людей, тел или неодушевленных объектов (Feusner J.D. et al., 2009; Feusner J.D. et al., 2012; Moody T.D. et al., 2021), аберрантные функциональные связи в затылочно-височной сети обработки лиц у пациентов с ДМР положительно коррелируют с тяжестью симптомов дисморфии (Moody T.D. et al., 2016), а также могут быть связаны с эмоциональными реакциями, такими как отвращение, или симптомами навязчивых мыслей и компульсивным поведением (Ersner-Hershfield H. et al., 2009; Feusner J.D. et al., 2009; Feusner J.D. et al., 2012).

Пациенты с ДМР также демонстрируют снижение локальной взаимосвязи в правом миндалевидном теле, в сравнении с контрольной группой (Beucke J.C. et al., 2016) и аберрантную связь между медиальной префронтальной корой и миндалевидным телом (Rangaprakash D. et al., 2019). Кроме того, при фМРТ в состоянии покоя люди с ДМР по сравнению с контрольной группой, показывают аномальную взаимосвязь между

миндалевидным телом и височной долей. Интересно, что эта аномальная взаимосвязь устраняется интраназальным введением окситоцина (Grace S.A. et al., 2019), что представляет потенциальную перспективу для лечения ДМР. Так, если окситоцин способен уменьшить взаимосвязь между миндалевидным телом и височной долей, он также может ослабить склонность мозга к процессам обработки мелких деталей, и предположительно иметь терапевтическое значение при ДМР.

Тяжесть тревоги определяется у пациентов с ДМР активацией правого миндалевидного тела и активностью в центральном визуальном потоке и реализуется, как предполагается, в рамках т.н. “порочного круга”, поскольку пациенты с дисморфией сообщают о своем восприятии себя как “уродливого”, когда они встревожены, таким образом, подразумевая, что тревога сама по себе может еще больше усилить искажения восприятия себя (Bohon C. et al., 2013; Baldermann J.C. et al., 2016).

Исследования ДМР с использованием диффузно-тензорной визуализации, сходны в сообщениях о полной и локальной дезорганизации белого вещества, нарушении целостности трактов белого вещества, следовательно, о менее эффективной передаче информации между различными структурами мозга. Задействованные области включают тракты, соединяющие правую и левую системы обработки зрительной информации и системы обработки зрительной и эмоциональной информации (Ersner-Hershfield H. et al., 2009; Feusner J.D. et al., 2013; Arienz D. et al., 2014; Wang Y. et al., 2020), такие как нижний и верхний продольный пучок, большие щипцы, лобно-затылочный пучок и мозолистое тело (Feusner J.D. et al., 2013; Buchanan B.G. et al., 2013, 2016). У пациентов с ДМР снижена распространенность фракционной анизотропии (Buchanan B.G. et al., 2013, 2016), что отражает нарушение целостности белого вещества и связей между различными областями мозга, и, следовательно, может опосредовать эмоциональную и когнитивную дисрегуляции. Аномалии миелина, которые в

значительной степени находятся под генетическим контролем, могут способствовать снижению фракционной анизотропии (Menzies L. et al., 2008). Следовательно, генетически обусловленные аномалии развития нервной системы обуславливают неравномерную миелинизацию, и могут вызвать предрасположенность к ДМР.

В тоже время, полученные в исследованиях МРТ головного мозга у пациентов с ДМР результаты довольно противоречивы. В некоторых исследованиях сообщается об увеличении общего объема белого вещества (Rauch S.L. et al., 2003; Atmaca M. et al., 2010), в других – это не подтверждается (Feusner J.D. et al., 2009, 2013). При этом увеличение объема белого вещества может отражать увеличение количества миелина в нервных волокнах или увеличение доли нейроглии, связанное с первичными процессами развития. В части публикаций описывается уменьшение объема серого вещества или толщины коры (Buchanan, B.G. et al., 2013,2016), особенно в левой средней височной и левой нижней теменной извилинах (Grace S.A. et al., 2017), в то время как другие авторы не обнаруживают подобных различий в сравнении с контрольной группой (Atmaca M. et al., 2010; Feusner J.D. et al., 2009, 2013; Madsen S.K. et al., 2015). Уменьшение объемов структур головного мозга относительно группы контроля у пациентов с ДМР визуализируются билатерально или в правой ОФК, билатерально и в левой передней поясной извилине (ППИ), в таламусе с двух сторон, в левом гиппокампе и левом миндалевидном теле (Atmaca M. et al., 2010; Buchanan, B.G. et al., 2013,2016). В противоположность этим данным в других исследованиях выявляются увеличение объема левого хвостатого ядра (Rauch S.L. et al., 2003), тенденция к увеличению объема таламуса либо отсутствие статистически значимой разницы в объемах между больными ДМР и контрольной группой (Feusner J.D. et al., 2009; Atmaca M. et al., 2010; Feusner J.D. et al., 2013; Madsen S.K. et al., 2015).

Столь противоречивые результаты исследований можно объяснить разным средним возрастом участников (следовательно, продолжительностью заболевания), разными критериями исключения, касающимися текущего или прошлого приема препаратов, а также сопутствующими заболеваниями, размерами и техническими различиями в аппаратах МРТ и параметрами получения изображения.

Тем не менее, как установлено в этих исследованиях, височная и теменная сеть играют роль в распознавании собственного лица, а также в распознавании лиц и основных эмоций окружающих (Uddin L.Q. et al., 2005; Zeugin D. et al., 2020). Искажение восприятия лица и самовосприятия, а также нарушения распознавания эмоций при ДМР, может быть объяснено истончением коры левой нижней теменной и височной долей (Grace S.A. et al., 2017). Лабораторные эксперименты подтверждают участие в формировании у больных с ДМР искаженных телесных представлений, изменённого процессинга интероцептивных сигналов и нарушений именно в инсуле (Kerr K. и соавт., 2016, Crucianelli L. и соавт., 2016).

При оценке клинических переменных, отмечается, что тяжесть симптомов ДМР (по психометрическим показателям) коррелирует как положительно с объемами левой нижней фронтальной извилины и правой миндалины (Feusner J.D. et al., 2009, 2013), так и отрицательно - с объемом левой миндалины (Buchanan, B.G. et al., 2013, 2016). Длительность заболевания отрицательно коррелирует с объемами ОФК (Atmaca M. et al., 2010; Buchanan, B.G. et al., 2013, 2016), а степень тяжести тревоги связана как с уменьшением толщины серого вещества в левой передней височной коре и в верхней височной веретенообразной коре, в правой височной веретенообразной коре, так и с большим объемом серого вещества в правом хвостатом ядре (Madsen S.K. et al., 2015). Наконец, в отдельных исследованиях вовсе не обнаруживается значимой корреляции между толщиной коры и клиническими проявлениями ДМР (Grace S.A. et al., 2017).

Многие находки изменения объема и функциональная активности головного мозга (гиперактивность левой нижней лобной извилины и правой миндалины, корреляция между тяжестью симптомов и степенью локальной и удаленной взаимосвязи в правой задне-латеральная ОФК (Arienzo D., et al., 2014; Beucke J.C. et al., 2016), больший объем белого вещества или аберрантная толщина кортикального слоя серого вещества (Madsen S.K. et al., 2015)) подтверждают концептуализацию ДМР в рамках обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), но не расстройств аффективного спектра, поскольку наблюдаемые морфометрические отклонения затрагивают те же участки головного мозга, что и при ОКР (Kim J.J. et al., 2001; Kang D. et al., 2004). Уменьшение объема правой передней коры и ОФК может опосредовать нарушение регуляции эмоций при ДМР (Albert J. et al., 2012; Salehinejad M.A. et al., 2021), а аномалии в модульной организации, вовлекающие лобные, базальные ганглии, задние поясные узлы, участвующие в создании и поддержании двигательных и когнитивных привычек (Menzies L. et al., 2008; Katrina H.À.C. et al., 2025), могут опосредовать компульсивное поведение (ритуалы) при ДМР (Zhang A. et al., 2016). Снижение доступности стриарных дофаминовых рецепторов D2/3 и дисфункция системы вознаграждения также согласуются с аналогичными данными при ОКР и могут реализоваться таким компульсивным поведением, как «симптом зеркала», постоянный контроль особенностей внешности, настойчивый поиск разубеждения (Vulink N.C. et al., 2016).

Однако существуют исследования, результаты которых не подтверждают аналогичность субстрата и патофизиологии формирования ДМР и ОКР (Madsen S.K. et al., 2015). S.L. Rauch с соавт. (2003) находят асимметрию в виде относительного сдвига влево хвостатого ядра и увеличение общего объема белого вещества среди пациентов с ДМР (Rauch S.L. et al., 2003), тогда как при ОКР МРТ-исследования показывают асимметрию в виде сдвига полосатого тела вправо (Beucke J.C. et al., 2016;

Malcolm A. et al., 2018; Castle D. et al., 2021; Moody T.D. et al., 2021). M. Atmaca с соавт. (2010) выявляют меньшие объемы ОФК и ППИ, а также больший объем белого вещества и тенденцию к увеличению объема таламуса у пациентов с ДМР (Atmaca M. et al., 2010), в то время как в большинстве исследований ОКР сообщается об уменьшении объема белого вещества.

В некоторых исследованиях функциональные нарушения при ДМР сравниваются с таковыми при нервной анорексией (НА). Описываются отчетливые общие аномалии в паттернах взаимосвязи при визуальной обработке, при кодировании функции обобщения и процессов обработки тела, а также в паттернах фронтолимбической взаимосвязи (Li W. et al., 2015; Davidovic M. et al., 2018; Cohen M.S., Feusner J.D., 2019; Rangaprakash D. et al., 2019). Представлены доказательства аналогичной гипоактивности в областях зрительной обработки и аберрантной пространственно-временной активации для информации о конфигурации, для стимулов связанных с внешностью и не связанных с ней (Rangaprakash D. et al., 2019; Vaughn D.A. et al., 2019). Другой общей находкой при НА и ДМР является повышенная взаимосвязь в дорсальной зрительной сети и сниженная взаимосвязь в теменной сети по сравнению с контрольной группой, при рассматривании тел других людей (Crucianelli L. et al., 2016; Moody T.D. et al., 2021). Это частично объясняет общую черту искаженного восприятия при НА и ДМР, поскольку теменная сеть участвует в восприятии тела, а стриарная сеть участвует в обработке лица, восприятии тела и системе вознаграждения. Кроме того, ДМР и НА имеют аномальную взаимосвязь между медиальной префронтальной корой и миндалевидным телом при повторяющемся воздействии испуганными лицами (Rangaprakash D. et al., 2019). Известно, что эти области и их взаимосвязи играют решающую роль в выражении и модуляции страха, что даёт основу для понимания сходства аберрантных схем обработки страха при ДМР и НА и их клинико-динамические взаимосвязи.

Наконец, ДМР ассоциировано с меньшим объемом передней поясной извилины, что поддерживает концепцию о принадлежности дисморфии к расстройствам аффективного спектра (Atmaca M. et al., 2010).

Таким образом, в ходе нейровизуализационных сравнительных исследований убедительно демонстрируется, что у пациентов с ДМР присутствует ряд анатомических и физиологических аномалий головного мозга, коррелирующих с нарушением исполнительных функций, избирательного внимания, пространственной рабочей памяти и скорости мышления (Dunai J. et al., 2010), процессов обработки информации, вербальной и невербальной памяти, распознавания эмоций других и предвзятой интерпретацией нейтральных сигналов в качестве негативных, торможение реакций и визуальной обработки (Feusner J.D. et al., 2012; Buchanan B. et al., 2016). На основании этих данных предложена патофизиологическая модель ДМР, включающая нарушения обработки визуальной информации и эмоций, а также дисфункции лимбической и лобно-стриарной систем (Li W. et al., 2019). В будущем при установлении убедительных корреляций между клинической картиной ДМР и структурной и физиологической организацией головного мозга многообещающей видится возможность использования нейровизуализационных данных для диагностики, оценки эффективности терапии, а также в качестве прогностического фактора клинического течения или тяжести ДМР уже с момента постановки диагноза.

#### **1.4.2. Патопсихологические и патохарактерологические исследования**

Психологическая особенность ситуации формирования фиксации внимания на мнимых эстетических (косметических) дефектах заключается в изменении отношения к себе и своему положению в системе окружающей действительности при отсутствии объективной угрозы для жизни и

соматического здоровья и функционирования индивида (Каневская Я.А., 2005; Athulya E.I., Priyanka V.R., 2023).

Исходно в психологической и психоаналитической литературе развитие недовольства своим внешним обликом связывается с понятием “схемы тела” как интегративного когнитивного процесса, служащего отправной точкой организации информации о внешнем облике субъекта (Суэми В., 2009; Head H., 1926; Shridharani S.M. et al., 2010). Более современные источники для описания субъективного представления о собственной внешности опираются на “образ тела” – комплексное понятие, включающее в себя восприятие тела, визуальное представление в сознании человека о своём теле, мысли и чувства по отношению к телу (Тхостов А.Ш., 2002, 2015; Трунов Д.Г., 2009; Schilder P., 1935; Bonnier P., 1905; Pick A., 1922; Cash T.F., Pruzinsky T., 2002). По мнению D. Sarcu и P. Adamson (2017) “образ тела - это то, как мы видим себя сами и то, как мы представляем, какими нас видят другие люди”.

На формирование образа тела могут влиять различные факторы, включая характерологические черты и социально-культурные аспекты (Athulya E.I., Priyanka V.R., 2023). W. Schönfeld (1949) выделяет в качестве составляющих образ тела: 1) актуальное субъективное восприятие тела (внешность, способность к функционированию); 2) интернализованные психологические факторы, являющиеся результатом собственного эмоционального опыта, так же, как и искажения концепции тела, проявляющиеся в соматических иллюзиях; 3) социологические факторы (реакция социального окружения, родителей, общества, на тело и телесность индивида); 4) “идеальный” образ тела, заключающийся в установках по отношению к телу, связанных со сравнениями и идентификациями собственного тела с телами других людей (Фомина О.С., Лучинкина И.С., 2020; Schönfeld W., 1949; Shridharani S.M. et al., 2010).

Современные психологи к социокультурным факторам, влияющим на формирование и нарушение образа тела, дополнительно относят моду, социальные установки, рекламу, массовую культуру (Арина Г.А., 2009; Арина Г.А., Мартынов С.Е., 2009, Мартынов С.Е., 2013; Alsaidan M.S. et al., 2020). Распространение через средства массовой информации постулатов о “популярном” идеале стройности и привлекательности, а также примеров, подтверждающих его значимость, является, по их данным, одной из важнейших причин роста неудовлетворенности собственной внешностью (Суэми В., 2009; Мартынов С.Е., 2013; Boothroyd L.G. с соавт., 2012). Такие выводы позволяют предполагать наличие значимого вклада масс-медиа в формирование ДМР, что косвенно подтверждается результатами исследований, указывающих то, что реклама и публикации в медиа, помимо неудовлетворённости своей внешностью, способствуют общему снижению самооценки и настроения, искажению восприятия собственных размеров тела и формированию расстройств пищевого поведения (Баранская Л.Т., 2009; Юдин М.А., 2016; Maude D. al., 1993; Levine M.P. et al., 1994; Pinhas L. et al., 1999; Fenwick A.S., Sullivan K.A., 2011).

В обзоре теоретических моделей и стратегий оценки расстройств образа тела, связанного с внешностью, J. K. Thompson (1990) описывает их в виде континуума от “нормальной озабоченности” по поводу внешности до неудовлетворенности своим телом, приводящим к дистрессу или развитию клинических психопатологических состояний с грубыми нарушениями социального и/или профессионального функционирования, высоким риском нанесения вреда здоровью (Мартынов С.Е., 2013; Thompson J.K., 1990; Thompson J.K. et al., 2002). В структуре расстройств образа тела исследователь выделяет несколько паттернов: аффективные, когнитивные, поведенческие, перцептивные (Katrina H.À.C. et al., 2025). Так, состояние дистресса или тревоги по поводу своей внешности отражает, по мнению J.K. Thompson (1996), принадлежность расстройства к аффективной сфере.

Когнитивная составляющая включает нереалистические ожидания в отношении параметров внешности, соответствия стереотипам “идеального” (“эталонного”) внешнего вида. Поведенческий паттерн представлен как избеганием тех ситуаций, в которых внешность человека может стать объектом оценки других людей, так и стремление изменить (корректировать/модифицировать) свою внешность (Reddy S.L., Burns L.D., 2013). Перцептивный компонент определяется как переоценка размеров тела. В итоге, при тяжелых нарушениях образа тела может выявляться как набор черт, отражающих определенные дисфункции, так и клинически диагностируемое психическое расстройство.

В эмпирических исследованиях S. Gatsby (2017) рассматриваются 3 сферы искаженных телесных представлений при ДМР: восприятие своего тела (body percept) – мысленный образ, созданный о своем теле; схема тела (body schema), используемая для моторного контроля и имитации, и тактильная форма (tactile form), актуальная при различных видах тактильной перцепции. В экспериментах по оценке размеров собственного тела пациенты с ДМР, исходя из телесной перцепции, неизменно их преувеличивают, даже наблюдая себя в зеркале. В опытах с проходом через рамку они воспринимают строение тела более громадным (делают больший разворот в плечах, чем здоровые участники) (Cardinal L. et al., 2010; Gatsby S., 2017). Больные ДМР значительно преувеличивают тактильные дистанции, что является следствием искажения и расширения в их восприятии тактильной формы. Причем речь идет о «расширении» дистанций только по горизонтальной оси (Moody T.D. et al., 2021), что указывает на неспособность пациентов вовлекать систему внимания или аппарат инсулы в процесс перцепции (Nunn K. Et al., 2011; Crucianelli L. et al., 2016; Vaughn D.A. et al., 2019).

Для описания личностных характеристик пациентов, неудовлетворённых своей внешностью, в психологической литературе также

используют термин “схематичность внешности” (“appearance schematicity”) (Hargreaves D., Tiggemann M., 2002; Gilbert P., Miles J., 2014). Суть данного психологического феномена сводится к особенностям когнитивного функционирования и организации процессов самоотношения: люди, для которых внешность важна, внимательны к тем аспектам предъявляемой информации, которые касаются внешности. Эти пациенты проявляют большую в сравнении с общей популяцией эмоциональную и социальную озабоченность и тревожность в отношении внешнего вида (Баиндурашвили А.А., 2011; Harris D.L., Carr A.T., 2001; Meningaud J.P. et al., 2003; Cook S.A., et al., 2006; Sarcu D., Adamson P., 2017).

На фоне активного изучения нарушений “образа тела” с применением психологических методик (проективные методики – тематический апперцептивный тест, методика чернильных пятен Роршаха, рисунок несуществующего животного, рисунок человека и т.д.; опросниковые методы, методики нейро- и патопсихологического обследования, метод клинического интервью и т.д.), исследования патопсихологических свойств личности больных с ДМР, выполняемые с привлечением психометрических шкал, обнаруживают большую встречаемость таких, иногда противоположных, характеристик, как “избегание ущерба”, “поиск новизны”, “предупреждающее беспокойство/несдержаный оптимизм”, “утомляемость” и “астения/энергия”, “ сентиментальность/чувствительность” (по Трехмерному личностному опроснику, Tridimensional Personality Questionnaire, TPQ), “нейротизм” и “интровертированность” (по Пятифакторному личностному опроснику, Neo Five Factor Inventory, NEO-FFI) и, напротив, низкие баллы по “открытости к опыту”, “сговорчивости”, “сознательности” “экстравертированности” (по Пятифакторному личностному опроснику) (Pavan C. et al., 2006, 2008). G.G Hay (1970) отмечает, что пациенты с дисморфией “интровертны”, “враждебны” и “невротичны” (Hay G.G, 1970; Hay G.G., Heather B.B., 1973). K.A. Phillips и

S.L. McElroy (2000) также находят, что пациенты с ДМР являются “перфекционистами”, “интровертированными”, “сенситивными”, “сдержанными”, “нейротичными”, “социально замкнутыми”, “неуверенными в себе” и отличаются высоким уровнем “враждебности” (Phillips K.A., McElroy S.L., 2000).

Среди наиболее выраженных психологических защит у пациентов эстетической хирургии описываются проекция (75%), реактивное образование (69%) и отрицание (54%) (Баранская Л.Т., 2009; Bellino S. et al., 2003).

Пациенты пластического хирурга, косметолога, дерматолога не только сами испытывают недовольство своей внешностью, но зачастую обнаруживают высокий уровень социальной тревоги из-за страха негативной оценки их внешности окружающими (Phillips K.A., 1991; Hollander E. et al., 1999; Minikowski G.C. et al., 2025). Больные проявляют большую в сравнении с общей популяцией эмоциональную и социальную озабоченность и тревожность в отношении внешнего вида (Harris D.L., Carr A.T., 2001; Meningaud J.P. et al., 2003; Cook S.A., et al., 2006; Sarcu D., Adamson P., 2017). В некоторых источниках этот факт объясняется в свете психологической концепции перфекционизма, согласно которой у пациентов существуют “внутреннее стеснение” со стремлением к установлению высоких стандартов, и крайне критичная субъективная оценка (Frost R. et al., 1990; Shafran R. et al., 2002; Sherry S.B., Vriend J.L., 2009; Krebs, G. et al., 2019). P.L. Hewitt и G.L. Flett (2002) выделяют 2 противоположных варианта перфекционизма, объясняющих ДМР: ориентированный на себя и на окружающих. При первом речь идет о стремлении к совершенству и нереалистичным стандартам в отношении собственной внешности с фокусированием на своих недостатках, при втором – о социально предписанных стандартах (Hewitt P.L., Flett G.L., 2002).

М.К. Goin с соавт. (1980), исследуя когорту пациенток с фейслифтингом (подтяжка лица) старше 50-ти лет (средний возраст - 56 лет) с использованием Миннесотского многоэтапного психологического теста (MMPI), оценивают состояние 24% пациенток как “лёгкие отклонение от нормы”, сходные характеристиками с “пассивно-агрессивным” типом личности и “интровертированностью”. Для 50% женщин характерным является “стремлением к перфекционизму”, “высокие ожидания по отношению к себе” и “невозможность признать свои ошибки” (Goin M.K. et al., 1980).

Другая группа авторов, обследуя 100 пациентов клиники пластической хирургии по Пятифакторному личностному опроснику (NEO-Five Factor Inventory), обнаруживают очень высокие средние баллы по показателям “нейротизма”, низкие - по “экстравертированности” и “сознательности” (Phillips K.A. et al., 1994).

При психометрическом обследовании согласно “Опроснику невротических расстройств” в модификации Л.И.Вассермана, О.Ю.Щелковой (2004) у пациентов с ДМР регистрируются высокие (в среднем на 10 пунктов стандартных значений,  $p<0,05$ ) показатели избегания социальных контактов, аффективной неустойчивости, повышенной возбудимости, неуверенности в себе, ипохондричности, тревожности, подозрительности (паранойяльности), инсомнии и гипоманиакальных проявлений, связанных с ожиданием “чудесных перемен” в своей жизни (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.,2004). Причем все эти показатели выше, чем у пациентов с реальными дефектами внешности (Баранская Л.Т., 2009).

Помимо прочего исследователи обнаруживают у пациентов, обращающихся по поводу подтяжки лица, малую выраженность или отсутствие таких психологических черт, как способность занимать гибкую позицию в отношениях, адекватное чувство собственного достоинства,

возможность осознавать свои ограничения, готовность просить и принимать помошь, широкий круг жизненных интересов (Sarcu D., Adamson P., 2017).

W.L.Webb с соавт. (1965) предпринимают попытку оценить психологический профиль пациенток с фейслифтингом в зависимости от возраста и выделяют 3 категории больных. Пациенток в возрасте от 29 до 39 лет они описывают как “эмоционально зависимых от значимого для них партнёра”, испытывающих “неуверенность” в себе, инфантильных, не способных “брать на себя ответственность”, строить новые отношения в случае утраты значимого близкого. Женщин в возрасте 40-50 лет авторы характеризуют как “посвятивших себя работе”. Наиболее значимыми для этих женщин являются отношения с коллегами, и они отдают много времени работе. У этих пациенток наблюдается наиболее выраженная тревога и “амбивалентное” отношение к старению. Третья группа женщин старше 50 лет обозначена авторами как “горюющие/страдающие” из-за потери близкого человека (90%) в период 5-ти лет до обращения за хирургической помощью, 60% - страдают по поводу потери любимого человека или сепарации детей в течение более длительного времени. При этом у них выявляется “чрезмерная” обеспокоенными процессом старения и перспективами “быть отвергнутыми” окружением в будущем (Webb W.L. et al., 1965).

При анализе результатов патопсихологических исследований обращает на себя внимание их противоречивость, широкий диапазон гетерогенных характеристик, обнаруживающихся у пациентов с дисморфией, а также зависимость их наличия, структуры и выраженности от гендерных и возрастных факторов, что ставит под сомнение репрезентативность полученных данных и требует дальнейшего изучения.

Патохарактерологические исследования ДМР не многочисленны, а среди исследователей не сформировано единого мнения о структуре

личностных расстройств у пациентов, необоснованно неудовлетворенных своей внешностью при отсутствии явных дефектов.

П.В.Морозов (1977), анализируя в диссертационной работе литературу, посвящённую проблеме дисморфофобии, заключает, что “данный вид патологии предпочтительно возникает у сенситивных личностей с тревожно-мнительными чертами характера” и дополняет данные собственными наблюдениями о развитии ДМР у пациентов с шизоидным и истерическим преморбидом (Морозов П.В., 1977а,б).

Другими исследователями при описании патохарактерологических девиаций, сопряженных с завышенными запросами, оценками и претензиями к собственной внешности, также указываются истерический и нарциссический тип личности (Каневская А.Я.,2005; Phillips K.A. et al., 2004; Sarcu D., Adamson P., 2017). Частота встречаемости этих расстройств/акцентуаций личности наибольшая и составляет соответственно - 2-16% и 9,7% (Napoleon A., 1993).

В исследовании Н.Н.Петровой и О.М.Грибовой (2014) ДМР в 25% набл. реализуется в рамках расстройств личности (РЛ) избегающего и нарциссического типов. Е.В.Матюшенко (2011) в преморбидном складе 52 больных ДМР в дерматокосметологической клинике регистрирует различные варианты шизоидного (28,8% набл.), шизотипическое (7,7% набл.), ананкастное (9,6% набл.) и зависимое (1,9% набл.) РЛ, а также акцентуации истерического круга (тревожные истерики - 23,1% набл., нарциссические – 5,4%). К.А. Phillips (2013) в выборке обследуемых больных с ДМР в качестве доминирующего отмечает избегающий тип РЛ.

По мнению иных авторов среди пациентов, обращающихся к врачам с целью коррекции внешности, преобладают патохарактерологические девиации пограничного, обсессивно-компульсивного, шизоидного, шизотипического, паранойяльного, тревожно-мнительного (избегающего) типа (Караваева Т.А., 2013; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Webb W.L. et

al., 1965; Sheehan D.V. et al., 1994; Phillips K.A., McElroy S.L., 2000; Phillips K.A. et al., 2004; Veale, D. et al., 2016).

Л.Т.Баранская (2009), обобщая собственные и литературные данные о личностных характеристиках у пациентов эстетической хирургии, выделяет “специфический личностный синдром” и 3 его типа в зависимости от доминирующих патопсихологических черт: нарциссический социализированный, депрессивный соматизированный и шизоидный дистанцированный. Для первого характерно “грандиозное Я”, склонность к соматическим жалобам, провокации, обманчивые заявления, самоповреждающие действия, сутяжничество и кверулянтство. В основе поведения второго лежит представление о себе “как о страдающем по вине других”. Для третьих – “гипоманиакальный паранойяльный стиль поведения”; проведение хирургического вмешательства позволяет им “ещё более дистанцироваться от окружающих” (Баранская Л.Т., 2009; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2010).

В качестве объяснения столь разнообразных данных в отдельных публикациях высказывается мнение о наличии дискретных (дименсиональных) “трансличностных” черт, характеризующих большинство пациентов пластического хирурга вне зависимости от доминирующей акцентуации характера или РЛ (Панферов В.Н., 1974; Веденева Е.Н. с соавт., 2009; Millon T., 1996; Bellino S. et al., 2003; Pavan, C. et al., 2006). Выдвигаются предположения об отличиях патохарактерологических расстройств в выборках обследуемых больных, прибегающих к хирургической и консервативной (косметологической) коррекции внешности (Ткаченко А.Е. с соавт., 2003; Дивеев Д.А., 2009; Карякина И.А., 2011; Dunbar F., 1954; Phillips K.A., McElroy S.L. et al., 2000).

Кроме того, следует заметить, что исследование патопсихологических и патохарактерологических расстройств у пациентов с ДМР, длительное время ведется преимущественно косметологами, дерматологами, челюстно-

лицевыми, пластическими или реконструктивными хирургами, стоматологами в соответствии с основами их профессиональной деятельности (Macfarlane F. et al., 2019; Schulte J. et al., 2020). Отчасти это может быть связано с акцентом внимания перечисленных специалистов на прикладных вопросах (мотивация, удовлетворенность лечением) оказания медицинской помощи пациентах с реальными косметическими дефектами: врождёнными (лопоухость, искривление носовой перегородки, микро/макрогнатия, расщелина верхней губы) или приобретёнными в результате заболеваний, травматизации или естественного старения организма (Виссарионов В.А., 2010; Карякина И.А., 2012; Phillips K.A. et al., 2004; Polo M., 2011).

### **1.5. Клинические проявления ДМР**

На текущий момент описания клинических проявлений ДМР носят дискретный характер, а клиническая типология сводится к выделению бредовой (“сниженный инсайт”) и небредовой форм.

В эстетической медицине симптомы дисморфии полиморфны. Наиболее частыми признаками ДМР в эстетической медицине являются: “убежденность” пациента в наличие минимального или даже несуществующего для объективного наблюдателя дефекта, избыточная детализация природы мнимого недостатка или дефекта, подробное изложение врачу, каких изменений больные ждут от пластической операции или, наоборот, несостоятельность в попытках разъяснить по существу, точно описать, что хотелось бы улучшить. Зачастую пациенты приносят фотографии знаменитостей и настаивают на изменении внешности в соответствии с ними (синдром “кипы фотографий”) (Палавина О.М., 2021; Bellino S. et al., 2003; Sarcu D., Adamson P., 2017).

Больные могут обратиться к пластическому хирургу с необычными, не соответствующими реальности, просьбами — например, сделать подтяжку лица в возрасте 20-30 лет. Если им провести операции, о которых они просят,

то пациенты начинают настаивать на череде других косметических операций вплоть до "одержимости пластической хирургией" (Хеден П., 2001; Петрова Н.Н. с соавт., 2017; Fang A., Wilhelm S., 2015). Даже уже скорректировавшие свою внешность пациенты просят исправить "еще одну маленькую деталь", чтобы эта часть тела стала "идеальна (синдром "Златовласки")" (Пицко Т.П. с соавт., 2024; Sarcu D., Adamson P., 2017).

Помимо многочисленных и настойчивых посещений врачей и косметологов пациенты изводят близких постоянными требованиями подтвердить (или опровергнуть) наличие дефекта внешности (Крылов В.И., Коркина В.А., 2016; Rosen J., 1992; Phillips K.A., 2011; Polo M., 2011; Hanley S.M. et al., 2020), проводят поиск информации (чтение специализированной литературы, популярных изданий), имеющей отношение к коррекции "дефекта", самостоятельно часами накладывают косметику, причесываются, укладывают, моют или подстригают волосы и т.п. (Матюшенко Е.В., 2011; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Saxena S. et al., 2001; Jafferany M. et al., 2019).

В ряде наблюдений пациенты не испытывают беспокойства по поводу того, заметны ли их мнимые особенности окружающим, но сами при этом испытывают глубокое недовольство своей внешностью (Терентьева М.А., 2007; Матюшенко Е.В., 2011; Смулевич А.Б. с соавт., 2012; Phillips K.A. et al., 2005). В других случаях, напротив, испытывают страх перед тем, что окружающие люди увидят воображаемую деформацию внешности (Крылов В.И., Коркина В.А., 2016; Rosen J., 1992; Buhmann U. et al., 2008; Polo M., 2011; Phillips K.A. et al., 2016), что может привести к социальной изоляции.

Клиническая форма ДМР, наблюдалась практически исключительно у мужчин, – "мышечная дисморфия" (МД, Pope C. et al., 2005) – представляет собой озабоченность идеей о том, что какая-либо часть тела недостаточно мускулиста или худая, или слишком мала, в то время как на самом деле она выглядит нормальной или даже слишком развитой. Мужчины с МД с

большой вероятностью по сравнению с мужчинами с другим ДМР, избыточно поднимают тяжести (71% набл. против 12% набл.), соблюдают диеты (71% набл. против 27% набл.) и выполняют физические упражнения (50% набл. против 16% набл.) (Phillips K.A., Kaye W.H., 2007; Phillips K.A., 2013). Пациенты проводят многие часы за набором веса, уделяют особое внимание питанию, становятся бодибилдерами, но, тем не менее, имеют большие баллы по шкалам неудовлетворенности своим телом (Егоров А.Ю., Фельсендорфф О.В., 2013; Blouin A.G., Goldfield G.S., 1995).

В казуистических случаях пациенты озабочены воображаемыми дефектами другого лица (партнера или близкого родственника) – “дисморфофобия другого лица” (Josephson S.C., Hollander E. 1997; Laugharne R. et al., 1998; Atiullah N., Phillips K.A., 2001).

Основная форма защитных действий, нарушающих функционирование больных с ДМР – поведение избегания. Наряду с активным стремлением к коррекции внешности, пациенты до минимума ограничивают общение, стараются как можно реже выходить на улицу, избегают посещения людных мест, интимных отношений, использования раздевалок, плавания. В присутствии посторонних испытывают неловкость, смущение, стыд (Крылов В.И., Коркина В.А., 2016; Adamson P.A., Chen T., 2008; Ali M.M. et al., 2013).

Другими проявлениями поведения избегания становятся либо избыточное рассматривание себя в зеркале (“симптом зеркала”) (Крылов В.И., Коркина В.А., 2016; Rosen J., 1992; Polo M., 2011; Phillips K.A., 2013;) с целью найти выгодный ракурс, в котором предполагаемый “дефект” не виден, и определить, какая именно коррекция необходима. Ещё одно частное проявление избегания – “отрицательный симптом фотографии”: пациенты категорически отказываются от фотографирования, убирают из своего обихода все зеркала, другие предметы, имеющие отражающие поверхности (бамперы машин, задние поверхности ложек и пр.) (Коркина М.В., 1984) и

камуфлируют воображаемый дефект элементами одежды, волосами, макияжем, положением тела (Матюшенко Е.В., 2011).

Некоторые авторы расценивают такие действия, направленные на проверку либо скрытие воспринимаемого дефекта, как ритуальные и компульсивные (Матюшенко Е.В., 2011; Veale D. и соавт., 2010; Phillips K., 2013; de Brito M.J. et al., 2015; Beucke J.C. et al., 2016; Eskander N. et al., 2020). Хотя целью такого поведения является уменьшение тревоги, провоцируемой мыслями о внешности, в реальности, они, напротив, её усиливают (Frarea F. et al., 2004; Association AP., 2013; Phillips K., 2013; Castle D. et al., 2021).

М.В. Коркиной (1968,1984) описана форма ДМР (дисморфомания) со сниженным инсайтом и формированием сверхценных либо, чаще, “паранойяльного типа” бредовых идей физического недостатка и отношения.

У пациентов с ДМР пластического хирурга в 5-50% набл. регистрируется низкий уровень инсайта: они не осознают, что воспринимаемый ими “дефект” на самом деле является минимальным или несуществующим, не полностью критичны к другим симптомам дисморфии (Фильц А.О., 1993; Phillips K.A. et al., 1995, 1998). Большинство не поддаются разубеждению и уверению в ложности их взглядов. В 4,8-30% набл. отмечаются идеи или бред отношения (Смулевич А.Б. с соавт., 2004; Phillips K.A., 2006; Fontenelle L.F. et al., 2006): пациенты убеждены, что окружающие обращают внимание на предполагаемый дефект, обсуждают и высмеивают его. Больные становятся полностью несостоятельными: прекращают работать, посещать занятия, избегают любых контактов, выходов из дома, существуя в социальной изоляции, перемещаются по городу в темное время суток (Матюшенко Е.В., 2011; Szepietowski J.C. et al., 2007).

По мнению ряда авторов, среди клинических проявлений дисморфического бреда определенная роль принадлежит обманам телесного восприятия – сенестопатиям, телесным галлюцинациям (Морозов П.В., 1977;

Фролова В.И., 2006; Смулевич А.Б. с соавт., 2009), тактильным сенсациям, сопровождающимся ощущением соматического дискомфорта, напряжения мимической мускулатуры (Garcia A.C. et al., 2006). Возможны также и слуховые обманы – искажение восприятия произносимых звуков, сопряженное с убежденностью в уродстве собственного голоса и голосовых связок (Артемьева М.С. с соавт., 2007).

Одним из наиболее типичных проявлений дисморфии в эстетической медицине являются неадекватные запросы, предъявляемые пациентам к ожидаемому результату процедур или хирургического вмешательства. В первую очередь это относится к изменению их психического статуса.

T.F. Cash, T. Pruzinsky (2002) дифференцирует ожидания больных на хирургические (изменение внешнего вида), психологические (возможность повышения самооценки и качества жизни) и социальные (улучшение социальных взаимоотношений) (Cash T.F., Pruzinsky T., 2002).

Среди эстетических наиболее распространенными являются жалобы на мнимые дефекты открытых или видимых частей тела: кожи, волос, глаз, носа и зубов, что объясняет факт обращения пациентов к дерматологам, косметическим дантистам, ортодонтам и пластическим хирургам (Hughes J. et al., 1983; Dufresne R.G. et al., 2001; Gieler U. et al., 2009; Polo M., 2011).

В то же время, как показывают результаты исследования Е.В.Матюшенко (2011), в анамнезе у многих пациентов dermatологической клиники помимо недовольства по поводу кожи лица (100%), отмечаются и другие дисморфофобические идеи: излишняя полнота (11,5% набл.), недовольство внешним видом в целом (9,6% набл.), формой носа (3,8% набл.), худобой, прикусом, формой губ, овалом лица, повышенной потливостью, наличием венозного рисунка на голенях (по 1,9% набл.). Женщины чаще недовольны параметрами груди, бедер, весом и ногами, считая их слишком “большими” или “полными”. Мужчины в большей степени озабочены в целом строением тела и считают, что оно слишком

“маленькое”, “худощавое” и “недостаточно мускулистое” (Гольдштейн Я.Н., Ганушкиевич М.Н., 1980; Матюшенко Е.В., 2011; Hussain R. et al., 2002; Honigman R.J. et al., 2004)

Таким образом, причиной обращения за хирургической коррекцией может являться недовольство размером, формой, цветом любой части тела. Так, в исследованиях, выполненных K.A. Phillips с соавт. (2005) и L.F. Fontenelle с соавт. (2006) с участием в общей сложности более 700 пациентов причиной обращения к хирургу становятся претензии пациентов к коже (73%), волосам (56%), носу (37%), лицу в целом (26%), весу (22%), животу (22%), груди и соскам (21%), глазам (20%), бедрам (20%), зубам (20%), ногам в целом (18%), строению тела в целом (16%), губам (12%), ягодицам (12%), подбородку (11%), бровям (11%), ушам (9%), кистям и запястьям (9%), гениталиям (8%), щекам и скулам (8%), лбу (6%), челюстям (6%) и т.д.

В других случаях мотивацией становится стремление приблизиться к определённым эстетическим “стандартам”, чтобы привлечь вниманием более молодых партнеров, или вера в то, что операция поможет почувствовать себя физически моложе, свободными от любых признаков старения. Такие пациенты часто признаются в существовании у них культа “вечной молодости”. Их самый большой страх заключается в том, что с возрастом их отвергнут друзья, семья и общество в целом (Чемянов Г.С., 2012; Goin M.K. et al., 1980).

Важно заметить, что 90% женщин в качестве основного мотива, побудившего к операции, указывают желание нравиться себе и окружающим (Куроедова В.Д., 2005; Баранская Л.Т., 2009). При этом у лиц женского пола старше 30 лет обращение обусловлено “желанием выглядеть хорошо”, что в их понимании синонимично “молодо” (Белопольская Н.Л. с соавт., 2012; Javo I.M. et al., 2010)

Относительно пациентов мужского пола складывается иная картина. Например, обращение по поводу пластики век рассматриваются как

социально обусловленные. Устранение конституционально обусловленных “мешков” под глазами, которые ассоциируются с неправильным образом жизни, - созданием “гармоничного” профиля (Баранская Л.Т., 2009; Chren M.M. et al., 1996; Litner J.A. et al., 2008; Picavet V.A. et al., 2013).

По мнению М.М. Соловьевf с соавт. (1998), основным мотивом обращения в клинику челюстно-лицевой и пластической хирургии у 80% пациентов, является желание повысить привлекательность своего лица, и только потом — улучшить жевание, создать благоприятные условия для длительной морфофункциональной сохранности зубочелюстного аппарата.

В любом случае, основной мотивационной детерминантой обращений за улучшением внешности и приближения к социально заданным идеалам красоты у пациентов в эстетической медицине является нестабильная самооценка, а мотивационный профиль личности включает: “взаимоотношения полов”, “семейные неурядицы”, “самозащита (агрессия)” (Баранская Л.Т., 2009; Phillips K.A., 2000).

Тем существеннее представляются данные некоторых авторов о том, что основной мотивацией обращения к пластическим хирургам, озвучиваемой пациентами с ДМР, является желание с помощью эстетических процедур и операции улучшить психическое и/или социальное состояние: почувствовать себя увереннее, нивелировать проявления тревоги и сниженного настроения (Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Fang A., Hofmann S.G., 2010; Smit, D. et al., 2010; Fang A. et al., 2011). В качестве непосредственных мотивов обращения за операцией пациенты также называют: повышение самооценки, стремление приобрести новых знакомых, улучшить имеющиеся отношения, вернуть интерес своего партнёра и “оживить” брак, желание получить более высокооплачиваемую или престижную работу (Хеден П., 2000; Каневская Я.А., 2005, Sarcu D., Adamson P., 2017). Некоторые пациенты надеются, что операция поможет им достичь

идеализированного образа себя, сделает самодостаточными, активными и энергичными (Каневская Я.А., 2005, Edgerton M.T. et al., 1960,1964).

Представленные данные согласуются с результатами исследования Е.А. Сац и И.М. Слободчиков (2015): в возрастной группе 25-35 лет причинами для посещения косметолога служат негативное настроение (78%) и “чувство неполноценности” (69%); женщины в возрасте от 40 лет и старше обращаются к косметологу по причине возрастающего чувства напряжения (78%) и усталости (75%), в то время как посещение косметолога расценивается ими как один из способов избавиться от негативного настроения (81%) (Сац Е.А., Слободчиков И.М., 2015).

По данным Н.Г. Уманской (2005) 80% пациентов, обращающихся в стоматологическую клинику с целью лечения и улучшения эстетических параметров, указывают на лицо как наиболее значимую часть тела в решении проблемы межличностного общения. Для 60,9% пациентов наиболее значимой для целостной эстетической оценки лица является нижняя часть лица. При этом пациенты акцентируют внимание на высокой значимости в эстетическом восприятии лица таких анатомических структур как щеки, губы, подбородок. У многих пациентов (до 68%) имеются претензии одновременно к нескольким частям тела (Уманская Н.Г.,2005).

При всем разнообразии данных о мотивациях пациентов с ДМР для обращения к специалистам эстетической медицины, работы, где проводилась бы психопатологическая квалификации расстройств, характеризующихся такими типами мотивации, практически отсутствуют. Внимание исследователей преимущественно концентрируется на поиске отличий клинических проявлений ДМР от реакции пациентов с реально существующими внешними дефектами разной степени выраженности и этиологии.

## **1.6. Дифференциация пациентов с ДМР и больных с дефектами внешности**

В отдельных работах проводиться сравнение пациентов с мнимыми и реальными врожденными или приобретёнными дефектами внешности разной степени выраженности по некоторым патопсихологическим и психопатологическим характеристикам и показателям социальной адаптации (Михайлова В.М. с соавт., 1997; Михайлова В.М., 1998; Каневская Я.А., 2005; Чкадуа Т.З., 2011).

J. Koo и C. Lee (2003) относят к факторам, определяющим выраженность негативного влияния заметного окружающим обезображивания кожной поверхности, такие переменные, как возраст начала заболевания, анатомическая локализация, природа кожного недуга, преморбид и поддержка со стороны семьи и общества. Кроме того, авторы отмечают следующее обстоятельство: любое обезображивающее заболевание, затрагивающее видимую область (лицо, дорсальная поверхность рук, ногти), имеет большее количество негативных последствий для пациентов по сравнению с лицами, у которых пораженные участки могут быть скрыты одеждой (Шамов С.А., 1982; Дубровин М.С., Полунин В.С., 2014; Chren M.M. et al., 1996; Ginsburg I. H., 1996).

Согласно данным В.В. Николаевой (1987), любое соматическое заболевание, сопровождающееся дефектом внешности, создает “особую ситуацию развития, приводящую к аномалиям личности” (Николаева В.В., 1987). У людей с врожденными и приобретенными деформациями челюстно-лицевой области наблюдаются гетерогенные психогенные реакции. При этом развитие личности реализуются негативным самоотношением, чувством малоценностии, снижением активность в общении и деятельности. Рано появляются признаки избегающего поведения: привычка держаться в тени, прятать свои дефекты, испуг при попытке рассматривать их. (Матвеев В.Ф. с соавт., 1972, 1973; Шамов С.А., 1982; Панин М.Г. с соавт., 1991; Cash T.F., Pruzinsky T., 2002; De Sousa A., 2008).

Результаты исследований свидетельствуют, что психические нарушения, возникающие у детей и взрослых с врожденными или приобретенными деформациями лица, меньше зависят от микросоциальных факторов и больше от особенностей личности (Панин М.Г., 1991; Михайлова В.М., 1998; Arnett G.W. et al., 1999; Mandavia R. et al., 2024). Несмотря на типологическое разнообразие преморбидных личностных черт, общим свойством их психической конституции является фиксация на проблеме внешнего вида со склонностью к формированию тревожно-фобических реакций в контексте кататимных переживаний. При этом, вопреки повышенной чувствительности к внешней оценке и опасениям быть “отвергнутыми” пациенты благодаря свойственной им гиперконформности постепенно адаптируются в коллективе, стараются избегать и быстро сглаживать конфликтные ситуации в отношениях без ущерба для себя, быть “полезными” окружающим, хотя нередко выявляют и склонность к манипулятивному поведению (Дороженок И.Ю., Пушкарёв Д.Ф., 2010; Коваленко А.В. с соавт., 2010; Nouraei S.A., et al., 2009; Grochlewski A. et al., 2012).

В более старшем возрасте такие больные уже тщательнее сосредоточивают свое внимание на нарушении пропорций тела, изменениях внешнего вида в худшую сторону. Всё это в дальнейшем приводит к глубоким патохарактерологическим нарушениям по типу сенситивного развития личности: делает пациентов замкнутыми, малообщительными, подозрительными, склонными к неврастеническим состояниям, депрессивным и затяжным психогенным реакциям и социальной дезадаптации (Михайлова В.М., 1998; Белопольская Н.Л. с соавт., 2012; Toh W.L. et al., 2015) Так, по данным диссертационной работы Т.З. Чкадуа (2011) наиболее низкие показатели уровня качества жизни до операции имеют пациенты с посттравматическими дефектами ушных раковин (психологическое здоровье - 55%; физическое здоровье — 52%; адаптация -

37%; самопринятие — 35%), что, как можно предположить, связано с острой стрессовой реакцией на возникшую травму.

В.Ф. Матвеев и С.В. Попилина (1972, 1973), обследуя больных с врожденными деформациями лица, диагностируют не только сенситивное развитие личности с бредом отношения, но и психогенные (реактивные) астенические, астено-депрессивные, астено-фобические, паранойяльные со сверхценными образованиями и дисморфоманический симптомокомплексы. Анализ данных В.М. Михайловой (1998), полученных в результате клинического обследования в дооперационном периоде больных с врожденными и приобретенными челюстно-лицевыми деформациями, позволяет выявить психические нарушения астено-невротического (20%); тревожно-депрессивного (35%); ипохондрического (30%) и психоорганического (15%) круга. А.Я. Каневская (2005) при наличии выраженных длительных косметических дефектов также обнаруживает развитие дисморрофобии, невротической деперсонализации, депрессивной симптоматики в рамках пролонгированной депрессивной реакции, невротической депрессии, а также тревожной симптоматики в виде генерализованного тревожного расстройства, тревожного и зависимого РЛ.

Основной мотивацией обращения пациента за хирургическим лечением при наличии врожденных или приобретенных косметических дефектов является желание вернуть функции органа, стремление приблизится к определённым эстетическим “стандартам” или восстановить утраченную внешность (Каневская А.Я.,2005; Коваленко А.В. с соавт., 2010; Windhager S. et al., 2011).

При этом пациенты с посттравматическими дефектами менее критичны к результатам операции, чем пациенты с врожденными дефектами. У пациентов с посттравматическими дефектами ушных раковин показатели адаптации возрастают в 1,9 раза и самопринятия - в 2,2 раза по сравнению с пациентами с врожденной микротией (в 1,1 и 1,2 раза соответственно)

(Чкадуа Т.З., 2011). Их устраивают результаты отопластики, и не возникает желание последующих хирургических коррекций даже при наличии незначительных постоперационных деформаций (Белопольская Н.Л. с соавт., 2012; Карякина И.А., 2012; Biraben-Gotzamanis L. et al., 2009). В тоже время у подростков с врождёнными деформациями ушных раковин даже очень хороший результат отопластики подвергается критике и по истечении 1-2 лет, и пациенты продолжают настаивать на повторной корректирующей операции (Панин М.Г. с соавт., 1991; Белопольская Н.Л. с соавт., 2012; Карякина И.А., 2012; Tignol J. et al., 2007). У других пациентов операция только облегчает состояние, но без дополнительного психотерапевтического или психофармакологического лечения недостаточна для значимого изменения патохарактерологической структуры личности и редукции психических расстройств (Матвеев В.Ф. с соавт., 1972, 1973).

Очевидно, что наличие врожденного или приобретенного дефекта внешности приводит к развитию патохарактерологических аномалий и/или психопатологических расстройств, включая ДМР. Однако, в отличие от этих больных, у пациентов с необоснованным недовольством своей внешностью, факторы риска развития ДМР остаются недостаточно исследованными.

### **1.7. Коморбидность ДМР**

Еще одной частью проблемы ДМР остается решение вопроса первичности (самостоятельности) и коморбидности дисморфии. Данные о частоте встречаемости и спектре психопатологических расстройств у пациентов с необоснованным недовольством внешностью в эстетической хирургии сильно разнятся.

Некоторые исследователи вовсе не находят в выборках пластического хирурга больных с психическими расстройствами (Хеден П., 2001). Другие не обнаруживают расстройств только психотического спектра (Goin M.K. et al., 1980).

В противовес этому, W.L. Webb с соавт., (1965) и P.J. Mack (1985) J.P. Meningaud (2003) в разное время сообщают, что 70% пациентов, которым была проведена коррекция формы носа или фейслифтинг страдают “каким-либо неврозом” или РЛ. E.Tyszka (1973) считает, что у всех пациентов необоснованная субъективная неудовлетворенность своей внешностью является следствием наличия “психотических расстройств, неврозов либо особенностей личности”. Сходного мнения придерживаются и М.Т. Edgerton et al. (1960, 1964), которые диагностируют актуальные психические расстройства у всех мужчин (8 набл.), обратившихся за хирургической коррекцией внешности.

Более современные исследователи менее категоричны, однако единодушно сообщают об очень большой встречаемости психической патологии у данного контингента больных. В публикации Н.Н.Петровой и О.М.Грибовой (2014) психические расстройства в совокупности описываются у 87,8% пациентов косметологической клиники с ДМР.

У многих пациентов с ДМР диагностируются психические расстройства, расценивающиеся как коморбидные: как минимум одно - в 50% набл.: два – в 10% набл., три – в 20% набл. и четыре – в 20% набл. (Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Зайнуллина Ю.С. с соавт., 2018; Vargel S., Ulusahin A. et al., 2001; Pavan C. et al., 2008). G. Perugi с соавт. (1997) сообщают, что 46,5% пациентов имеют, по крайней мере одно, 32,7% - два, 8,6% - три и еще 8,6% - четыре коморбидных психических расстройства. В работах H.Szydlik и L.Hrynkiewicz (1964) и Л.Н.Дробышева (1966) в небольших выборках (12 и 33 набл. соответственно) ни у одного из пациентов ДМР не выступает в качестве моносиндрома.

Столь значимый разброс данных частоты встречаемости гетерогенных психических расстройств может быть обусловлен различиями в диагностических подходах (клинический, психометрический) и

гетерогенности обследуемых выборок (дерматологические, косметологические, хирургические, психиатрические).

Наиболее распространенными расстройствами, обнаруживаемыми у пациентов с ДМР, являются клинически выраженная депрессия (21,1-80% набл.), социальная фобия (20-76,9% набл.), обсессивно-компульсивное расстройство (к проявлениям которого авторы относят навязчивости повторного контроля в виде неоднократного возвращения к оценке своего отражения в зеркале и защитные ритуалы, нацеленные на маскировку “дефектов” - 30-75% набл.), а также нервная анорексия (Коркина М.В. с соавт., 1991), ипохондрические идеи, деперсонализация и сенестопатии (Матюшенко Е.Н., 2011; Смулевич А.Б. с соавт., 2012; Оконишникова Е.В. с соавт., 2018; Кузюкова А.А., Рачин А.П., 2021; Fontenelle L.F., 2006; Vashi N., Vashi N.A. et al., 2015; Weingarden H. et al., 2017). Злоупотребление/зависимость от психоактивных веществ, включая анаболические стероиды, достигает при дисморфии 40-86% набл. (Phillips K.A. et al., 2005; Gorbis E., 2010; Kelly M.M. et al., 2010; Witte T.K. et al.. 2012), пищевая аддикция – 33,3% (Егоров А.Ю., 2005; Cook B. Et al., 2015), “поведенческая аддикция” (Ворошилин С.И., 2014).

Депрессивные эпизоды выявляются в анамнезе у 80% пациентов с необоснованным недовольством внешностью; непосредственно в предоперационный период – у 60%, в постоперационный – у 54% (Goin M.R. et al., 1980; Meningaud J.P. et al., 2003; Phillips K.A. et al., 2004; Phillips K.A. et al., 2010; Sarcu D., Adamson P., 2017). Н.Н. Петрова и О.М. Грибова (2014) сообщают, без уточнения периода обследования больных, о 14,9% депрессивных пациентах клиники пластической хирургии. Для сравнения, 6,7% населения США в возрасте старше 18 лет страдают большим депрессивным расстройством в течение года (American Psychiatric Association, 2013; American Psychological Association, 2025).

По данным М.Т. Edgerton с соавт. (1960, 1964), J.C. Rosen (1992), D. Veale с соавт. (2016) у мужчин преобладают длительные расстройства настроения - дистимия (60%), у женщин – депрессивные эпизоды (24-70%) по типу невротической депрессивной реакции (Webb W.L. et al., 1965; Grogan S., 2002; Sarcu D., Adamson P., 2017).

В литературе приводятся скудные сведения о клинических проявлениях депрессивных состояний у данного контингента больных. Встречаются упоминания о таких неспецифических симптомах как “повышенная эмоциональная лабильность”, “социальное безразличие”, “потеря удовольствия и интереса” (Phillips K.A. et al., 1998; Bellino S. et al., 2003; Crerand C.E. et al., 2006; Phillips K.A. et al., 2010; Quittkat H.L. et al., 2019). У 15,4% женщин 20-47 лет (средний возраст 33,5+3 года), обратившихся за увеличивающей маммопластикой, диагностируются связываемые авторами с гипотибией расстройства сексуального спектра, сохраняющие свою актуальность и через 6 и 12 месяцев в постоперационном периоде (Сергеев В.А., Фомина Т.А., 2010; Петрова Н.Н., Палатина О.М.; 2020).

По данным L.F. Fontenelle (2006) у 7 из 20 (35%) пациентов пластического хирурга выявляются симптомы депрессии с суициальными мыслями. В исследовании К.А. Phillips с соавт. (2005) указывается, что среди 200 пациентов, обратившихся за хирургической коррекцией внешности и страдающих депрессией, у 78% регистрируются суициальные мысли, а почти в половине случаев выявляются суициальные попытки в анамнезе.

По данным W. Rief с соавт. (2006) и U. Buhlmann с соавт. (2010), обследовавших 2552 пациентов пластического хирурга полностью или частично соответствующих критериям ДМР по DSM-IV-TR, уровень суициального риска у этих больных значительно выше, чем у не отвечающих критериям дисморфии: частота встречаемости суициальных

мыслей составляет 19% против 3%, а суицидов - 7% против 1% соответственно.

По другим источникам в анамнезе больных с ДМР в 23-30% набл. регистрируются попытки самоубийства (Матюшенко Е.В., 2011; Szydlik H., Hrynkiewicz L., 1964; Witte, T.K. et al., 2012; Angelakis I. et al., 2016; Eskander N. et al., 2020). При этом у 70,5% больных с суициальными мыслями в анамнезе и у почти 50% совершивших суициальную попытку ДМР выделяется в качестве первичной причины суициальных мыслей. Риск суицида ещё более повышается при коморбидности дисморфофобии с другими психическими расстройствами (Phillips K.A. et al., 2005).

Выраженность депрессий у больных ДМР варьирует. Н.Н.Петрова и О.М.Грибова (2014) сообщают, что средний балл по шкале Гамильтона у пациентов с ДМР составляет  $6,0 \pm 1,73$  (соответствует верхней границе нормы). В работе K.A. Phillips с соавт. (2004) оценивают симптомы ДМР и жизнедеятельность с точки зрения наличия депрессии путем опроса 75 пациентов с ДМР по Симптоматическому опроснику. Их результаты свидетельствуют, что по сравнению с нормальной контрольной группой пациенты демонстрируют намного более высокие значения, являющиеся индикатором выраженного расстройства. Аналогично, по данным C.Pavan с соавт. (2006) уровень тяжести депрессии у пациентов с дисморфией превышает пороговое значение для клинической депрессии ( $BDI \geq 12$ ).

В литературе по проблеме ДМР в дерматологической практике основная гипотеза исследователей заключается в том, что симптомы депрессии являются у пациентов реакцией на нарушения образа тела. При этом, очевидно, вне поля зрения авторов остаются первичные аффективные расстройства, в структуре которых имеются такие симптомы, как “недовольство собственной внешностью”, “сниженная самооценка” и др. (Матюшенко Е.Н., 2011; Дороженок, И.Ю. с соавт., 2014; Phillips K.A., Dufresne R.G., 2000; Wilson J.B., Arpey C.J., 2004; Thompson A.R., 2013).

При субъективном недовольстве своей внешностью высокие показатели коморбидности также наблюдаются с тревожными расстройствами. У части больных выявляются симптомы социальной тревоги со страхом негативной оценки (критики, обсуждения) их внешности окружающими и ситуационным избегающим поведением, что психопатологически соответствует социальной фобии (11-60% набл.) (Матюшенко Е.В., 2011; Rosen J., 1992; Phillips K.A., Dufresne R.G. 2000; Vinkers D. и соавт., 2008). У мужчин социофобия преобладает: 60% набл. против 20% у женщин (Kelly M.M. et al., 2010). Столь же часто (20%) диагностируется у женщин и генерализованное тревожное расстройство (Баранская Л.Т., 2009; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014; Phillips K.A. et al., 2004; Fang A. et al., 2011; Bohon C. et al., 2013).

При присоединении сенситивных идей отношения (Николаев Ю.С., 1949; Коркина М.В., 1984; Kretschmer E., 1927; Veale D., Neziroglu F., 2010) пациенты убеждены, что окружающие считают их “уродливыми”, “пугающими”. Сенситивные идеи распространяются не только на знакомых, но и на незнакомых людей и подавляющее большинство социальных ситуаций. Появление на публике сопровождается подозрительностью с фиксацией на “брэзгливые” взгляды, “усмешки”, “перешептывание” за спиной, намеки на “дефекты облика”, демонстративные жесты окружающих. Ожидая негативной оценки, пациенты ходят, ссутулившись, избегают визуального контакта, носят солнцезащитные очки, капюшоны, укутываются шарфом, поднимают воротники одежды, зачесывают волосы на лицо. Больные “никогда не входят в помещение первыми”, держатся в затемненных местах, постоянно прикрывают рукой или предметами щеки, рот или подбородок” (Матюшенко Е.В., 2011).

Социофобия и сенситивные идеи отношения столь часто наблюдаются у пациентов с ДМР, что на основании преобладания одного из этих симптомокомплексов отдельными исследователями проводится

типологическая дифференцировка дисморфофобии с преобладанием социальной тревоги и сенситивных идей отношения (“экстернальный тип”) и дисморфии с интернальным перфекционизмом (“интернальный тип”) (Матюшенко Е.В., 2011; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014). У пациентов клиники эстетической хирургии “экстернальный” тип дисморфофобии наблюдается в 62,5% набл., интернальный – в 37,5% набл., (Н.Н.Петрова, О.М.Грибова (2014), что сопоставимо с данными, полученными Е.Н.Матюшенко (2011) у дерматологических пациентов (65,5% набл. и 34,5% набл. соответственно).

По наблюдениям авторов дисморфофобия с явлениями социальной тревоги имеет обсессивно-фобическую структуру, включающую навязчивый страх негативной оценки внешности окружающими и ситуационное избегающее поведение; сенситивные идеи отношения фрагментарны, транзиторны и сводятся к эпизодически возникающей в кругу знакомых настороженности. Дисморфофобия с сенситивными идеями отношения также имеет обсессивную структуру, идеи отношения актуализируются в условиях социального взаимодействия, имеет место генерализованная тревога; характерно тотальное избегающее поведение, тогда как репертуар ритуальных действий, направленных на маскировку “дефектов”, ограничен. Дисморфофобия с явлениями интернального перфекционизма носит черты сверхценной ипохондрии; озабоченность внешним видом распространяется преимущественно на себя: “главное – нравиться себе”; при общении пациенты не испытывают выраженного дискомфорта, сенситивные идеи отношения и повторные действия (ритуальный камуфляж) не выявляются (Матюшенко Е.В., 2011; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014).

Предложенный подход к дифференциации ДМР сложно признать полностью оправданным в связи с использованием в типологии наряду с психоаналитическим конструктом (“интернальный перфекционизм”), хоть и часто наблюдаемых, но всё же факультативных (вторичных) клинико-

психопатологических симптомов ДМР (социальной тревоги и сенситивных идей отношения).

Среди прочих непсихотических психических расстройств, выявляемых у пациентов с необоснованным недовольством внешностью описываются ОКР - 8-37% набл. (Janet P., 1903; Phillips K.A., Kaye W.H., 2007; Tukel R. et al., 2013; Beucke J.C. et al., 2016; Toh W.L. et al., 2017; Krebs G. et al., 2019; Ólafsdóttir F. et al., 2019; Eskander N. et al., 2020; Castle D. et al., 2021; Monzani B. et al., 2022), ПТСР – 40% (Edgerton M.T. et al., 1964; Rosen J.C. 1992; Veale D. et al., 2016), соматоформное расстройство - 15,3% набл., расстройства невротического уровня, обусловленные органическим поражением головного мозга – 2,12% набл. (Баранская Л.Т., 2009; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014). Важно отметить, что при этом выраженность психопатологических расстройств в наблюдениях достоверно выше, чем у пациентов, обращающихся к реконструктивной хирургии при наличие видимых соматических и функциональных дефектов (Кудрявцева С.П., 1949; Алимский А.В., Варфоломеева Л.Г., 2000; Баранов Н.А. с соавт., 2002; Баранская Л.Т., 2009).

Также необходимо пояснить, что расстройства пищевого поведения обычно отсутствуют в выборках пациентов эстетической медицины, субъективно неудовлетворённых внешностью, т.к., такие больные часто расцениваются пластическими хирургами и косметологами как имеющие объективные дефекты внешности (избыточный вес, провисание кожи при чрезмерной худобе и т.д.) (Cook B. et al., 2015; Gorbis E., Braverman R., 2021).

Как уже указывалось выше, в отдельных публикациях сообщается о наличие у описываемых пациентов различных форм зависимости от наркотиков и алкоголя (до 48,9% набл.) (Guy W., 1976; Smith D. et al., 2010; Cook B. et al., 2015; Müller A. et al., 2015). У ряда больных имеют место нехимические аддикции (“аддикция упражнений”, “спортивная аддикция”, “поведенческая аддикция” (Егоров А.Ю., 2005; Егоров А.Ю., Фельсендорфф

О.В., 2013; Ворошилин С.И., 2014; Stice E., Shaw H.E., 2002; Gorbis E., 2010; Smith D. et al., 2010), когда усиленные тренировки используются преимущественно как средство контроля веса (Cook S.A. et al., 2006; Bratland-Sanda S. et al., 2010; Cook B. et al., 2015).

У многих больных с ДМР отмечается тенденция к аутоагрессивному поведению. Л.Т.Баранская (2009) рассматривает обращение пациентов с психическими расстройствами к эстетической хирургии “как социально одобряемый способ деструктивного самоповреждающего поведения”. В среднем у 1/3 пациентов в рамках различных психопатологических расстройств (невротические экскориации, циркумскрипта ипохондрия и т.п.) выявляются самоповреждения кожного покрова или частей тела с целью самостоятельного удаления (иногда с помощью бритвы, ножа или раскаленных предметов «уродующих» кожу пигментных пятен) или исправления “дефекта” (сбивание волос, подрезание мочки уха, подпиливание зубов) (Матюшенко Е.В., 2011).

Т.Н. Григорьева (2005) относят к коморбидным с дисморфией и РПИ с аутоагрессивным стремлением к смене внешнего вида путем не только приема гормональной терапии, проведения хирургических вмешательств, но и самоповреждений (порезы, выщипывание, выдергивание волос, деформация молочных желез, половых органов и т.п.). Е.А. Старостина и М.И. Ягубов (2021) отмечают, что на фоне дисморфофобии формируются деперсонализационные проявления в виде ощущения себя лицом противоположного пола и сомнения в своей половой принадлежности с последующим становлением сверхценных установок на смену пола. Г.А.Попова (2020) выделяет РПИ (26,9%), развивающиеся на фоне дисморфических идей, которые сопровождаются пищевым поведением, направленным на похудание, а также аутоагрессией, которая касается тематики снижения веса, и реализуется нанесением себе укусов, побоев, поверхностных порезов. Таким образом, недовольство своей внешностью у

52,3% пациентов модифицируется в активное желание хирургической смены пола и достигает сверхценного уровня дисморфомании.

Таким образом, важным для решения проблемы ДМР является высокая частота коморбидности дисморфии с другими психическими расстройствами, из-за чего, как отмечают исследователи, ДМР остается недодиагностированной, а пациенты могут быть расценены как имеющие симптомы депрессии, социальной фобии или обсессивно-компульсивного расстройства (Матюшенко 2011; Eskander N. et al., 2020).

Обобщая представленные выше данные о патохарактерологических и психопатологических расстройствах у пациентов эстетической медицины с необоснованным недовольством своей внешностью, необходимо заметить, что подавляющее число исследований подобного рода выполнено без участия квалифицированных психиатров и основаны на психометрическом обследовании больных. Важно отметить и тот факт, что в исследованиях практически не затрагивается вопрос первичности/вторичности (реактивности) и, не обсуждается нозологическая принадлежность тех или иных психопатологических симptomокомплексов у пациентов ДМР. Авторы преимущественно ограничиваются констатацией факта обнаружения расстройств, не вдаются в описание их анамнестических и клинико-динамических характеристик, реципрокных взаимоотношений с результатами лечения. Недостаточно ясен вклад патопсихологических и психопатологических расстройств в развитие недовольства внешностью, мотивацию обращения за хирургическим лечением и удовлетворенность его результатами. Кроме того, полученные ранее данные практически не касаются спектра психотических расстройств у данного контингента больных.

### **1.8. Лечение ДМР**

Обсуждая вопросы терапии пациентов с дисморфией, П.В.Морозов (1977), М.В. Коркина (1979,1984), R.J. Rohrich (2000) подчеркивают

категорическую противопоказанность пластических операций и других непсихиатрических вмешательств больным с ДМР. Исследователи едины во мнении, что никакой объем проведенных хирургических вмешательств не способствует облегчению психического состояния больных (Каневская Я.А., 2005; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Litner J.A. et al. 2008; De Brito M.J. et al., 2012; Constantian M.B., Lin C.P., 2014). Упорство в стремлении к операции у таких пациентов не должно быть основанием для проведения оперативных вмешательств, сопровождающихся повреждением здоровых анатомических структур (Hay G.G., Heather B.B., 1973; Vindgni V. et al., 2002; Picavet V.A. et al., 2013; Paik A.M. et al., 2014).

В исследовании K.A. Phillips и S. Diaz (1997) при опросе 188 взрослых пациентов с ДМР по поводу прошедших косметических процедур (хирургические и минимально инвазивные вмешательства) 78% женщин и 61% мужчин сообщают, что симптомы дисморфии у них не изменились или усилились. Большинство пациентов (56,6%) с ДМР, обратившихся за хирургической коррекцией внешности, в постоперационный период не отмечают каких-либо существенных изменений в своём психическом состоянии (Баранская Л.Т., 2009), а у 36,7% нарастает “эмоциональная напряженность” и выраженность соматовегетативных расстройств (Karimi K., Adamson P., 2011; Adamson P.A., Chen T., 2008). В последующем исследовании 97,7% взрослых пациентов с ДМР, получающих хирургические или минимально инвазивные процедуры, также отмечают полное отсутствие в динамике дисморфии (Crerand C.E. et al., 2010). Более того, в 82,3% набл. пациенты с ДМР, получающие косметологическое или хирургическое, но не специализированное лечение, сообщают о появлении новых "дефектов" внешности, которые они хотели бы убрать, 73,3% опасаются, что модифицированная часть тела снова станет некрасивой и предпринимают повторные попытки операционной коррекции внешности (Crerand C.E. et al., 2006; Phillips K.A et al., 2010). L. Biraben-Gotzamanis с

соавт. (2009) сообщают, что у 6 из 7 пациентов с ДМР психопатологическая симптоматика сохраняется спустя 5 лет после проведения косметологической операции, а 7 из 10 пациентов за этот период добиваются повторных операций.

R. Honigman и D.J. Castle (2006), K. Nugent, (2009) и I.E. Sweis с соавт. (2017) указывают на то, что у страдающих ДМР пациентов процедуры эстетической хирургии зачастую (до 86% набл.) приводят к плохим результатам: наблюдается ухудшение психического состояния в виде суициальной попытки (Biraben-Gotzamanis L. et al., 2009), агрессивного и/или сутяжного поведения (Sarwer D.B. et al., 1998; Sarwer D.B., Spitzer J.C., 2012). В выборке из 728 человек, посещавших клинику пластической хирургии, больше половины пациентов страдают необъяснимыми с хирургической или терапевтической точки зрения послеоперационными болями, имеют больше осложнений и более высокие показатели повторных операций (Woolley A.J., Perry J.D., 2015; Hanley S.M. et al., 2020).

Таким образом, в отсутствии адекватной специализированной психиатрической, психотерапевтической помощи симптомы собственно ДМР имеют тенденцию к утяжелению, распространению на другие части тела или лица (Беленькая Н.Я., 1970, 1972; Park L.E. et al., 2010; Sweis I.E. et al., 2017).

Авторы всех цитируемых исследований единодушны во мнении о необходимости развития совместных с психиатрами и психотерапевтами форм деятельности в процессе диагностики, лечения и реабилитации, проведении психокоррекционной и психотерапевтической работы в periоперационный период.

Между тем, психотерапия и психофармакологическое лечение пациентов с ДМР сопряжены с проблемой организации медицинской помощи из-за стигматизации больных и отсутствия у них критичности к состоянию, недостаточного понимания необходимости обращения к

психиатру/психотерапевту. Убежденные в реальности и соматической природе страдания, пациенты обращаются к специалистам соматического профиля (дерматологи, хирурги, косметологи) (Баранская Л.Т., 2009). Только 12,5-21% % пациентов пластического хирурга ранее обращались за помощью к психиатру или психотерапевту в связи с аффективными или обсессивно-компульсивными расстройствами и получали соответствующее лечение (Webb W.L. et al., 1965; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014)

В связи с этим лечение этого контингента больных требует соблюдения ряда принципов, ориентированных на проведение длительной, непрерывной психофармакотерапии и достижение комплаентности. Для установления доверительных отношений с больным нередко требуется несколько консультативных приемов, в течение которых не только уточняются особенности клинической картины, но и обосновывается необходимость “успокоить нервы”, “снять психологическое напряжение”, вызванное “дефектом”, “справиться с бессонницей” или другими сопутствующими симптомами со стороны ЦНС (Gieler U. et al., 2009).

Литература, посвященная психофармакологическому лечению и психотерапевтическим интервенциям при ДМР, ограничена, не всегда соответствует требованиям современной доказательной медицины и отражает эклектичность представлений о патогенезе, нозологической принадлежности ДМР и характере взаимосвязей с коморбидными расстройствами.

По сообщению иранских исследователей, 13,9% пациентов косметологической клиники когда-либо обращалась за психиатрической помощью и 15,3% когда-либо получали лекарства по поводу психических расстройств (Dadkhahfar S. et al., 2021). Примерно половина пациентов женского пола европейской косметологической клиники консультируются со специалистом по психическому здоровью, а 23,6% психиатром назначается медикаментозное лечение (Sobanko J.F. et al., 2015). По данным Н.

Hardardottir с соавт. (2019), 26,8% пациентов косметологических клиник США принимают психотропные препараты.

Согласно обобщённой информации у пациентов с ДМР в 25% набл. используются различные седативные средства, в 22,2% – анксиолитики, в 16,6% – плацебо, в 11,2% – антидепрессанты и в 11,1% набл. – антипсихотики (Szepietowski J. et al., 2007).

Наибольшую эффективность для уменьшения выраженности ДМР среди тимолептических препаратов в литературе чаще всего связывают с трициклическим антидепрессантом кломипрамином, ингибиторами обратного захвата серотонина: флуоксамином, флуоксетином, пароксетином, циталопрамом, эсциталопрамом, сертралином (Матюшенко Е.В., 2011). В двойном слепом перекрестном исследовании (29 рандомизированных пациентов) кломипрамин превосходит по эффективности дезипрамин (Hollander E. et al., 1999). В открытом исследовании флуоксамина (150 мг/сут, 30 пациентов с дисморфофобией) доля респондеров на терапию препаратом достигает 63% набл. (Phillips K. Et al., 2002). В другом открытом исследовании на терапию флуоксамином положительно отзываются 67,7% набл. из 15 пациентов (Perugi G. et al., 1996). В одном из плацебо-контролируемых фармакологических исследований у 74 больных с ДМР флуоксетин демонстрирует преимущество перед плацебо (53% набл. vs 18% набл.) (Phillips K.A., 2002). В открытом исследовании циталопрама (30 мг/сут) улучшение психосоциального функционирования и качества жизни регистрируется у 73% из 15 пациентов (Phillips K.A., Najar F., 2003; Phillips K.A. et al., 2016).

В соответствии с опубликованными данными, при ДМР требуются более высокие дозы антидепрессантов в сравнении с применяемыми при депрессии. По результатам анализа ряда исследований K.A. Phillips и соавт. (2001) сообщают, что средние эффективные дозы СИОЗС составляют  $66,7 \pm 23,5$  мг/сут для флуоксетина,  $308,3 \pm 49,2$  мг/сут для флуоксамина,

55,0±12,9 мг/сут для пароксетина, 202,1±45,8 мг/сут для сертралина и 203,3±52,5 мг/сут для трициклического антидепрессанта кломипрамина. Особо отмечается, что ряд больных реагируют только на дозы, превышающие максимальные рекомендуемые, например 80–100 мг/сут циталопрама или пароксетина. Кроме того, подчеркивается, что терапевтический эффект СИОЗС зачастую реализуется только через 6–14 недель приема препаратов (K.A. Phillips, 2002).

При отсутствии терапевтического ответа при проведении адекватного курса лечения СИОЗС в литературе рекомендуется назначение ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН, венлафаксина в дозе 112,5 мг/сут) (Матюшенко Е.В., 2011; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019;). При неэффективности данных стратегий показана терапия ингибиторами моноаминоксидазы (Каневская Я.А., 2005; Castle D.J., Rossell S.L., 2006).

В единичных исследованиях для коррекции сопутствующих ДМР астено-невротических расстройств эффективно применяют транквилизаторы (в/м диазепам 0,5% по 2,0 мл 2 раза в сутки), антидепрессанты (per os таблетки пипофезина по 25 мг 3 раза в сутки, амитриптилина по 25 мг) (Михайлова В.М., 1998). При наличии тревоги имеется положительный опыт применения per os тиоридазина по 25 мг на ночь (Михайлова В.М., 1998).

При резистентных формах ДМР, наличии в клинической картине коморбидной обсессивно-компульсивной симптоматикой или манифестации ДМР в рамках расстройств шизофренического спектра (малопрогредиентная и юношеская шубообразная шизофрения) лечение, наряду с анксиолитиками, антидепрессантами и психотерапией, включает классические (тизерцин, этаперазин, алимемазин, флюанксол (Дробышев Л.Н., 1966; П.В.Морозов, 1977), галоперидол (7,5 мг/сут (Матюшенко Е.В., 2011)) и атипичные (палиперидон (6 мг/сут), рисперидон (3 мг/сут), оланzapин 7,5 мг/сут

(Матюшенко Е.В., 2011)) антидепрессанты, а также стабилизаторы настроения - соли лития (П.В.Морозов, 1977).

В целом эффективность психофармакотерапии ДМР достигает (по показателю шкалы CGI-I) 58,5-75,6% (Морозов П.В., 1977; Коркина М.В., 1968,1984; Матюшенко Е.В., 2011).

Важно отметить, что приобретаемые в ходе современных нейровизуализационных исследований данные представляются перспективными для разработки патогенетического лечения ДМР. Учитывая хотя бы частично общую патофизиологическую основу ДМР и ОКР, отклонения, обнаруживаемые у пациентов с ДМР с помощью фМРТ, также могут редуцироваться после фармакологического лечения и психотерапии. Например, как упоминалось выше, повышенная связь между левым миндалевидным телом и височной долей при фМРТ в состоянии покоя восстанавливается с помощью интраназального введения окситоцина (Grace S.A. et al., 2019), увеличенный объем таламуса уменьшается у подростков с ОКР на фоне терапии пароксетином (Gilbert A.R. et al., 2000), гиперактивность передней поясной извилины нормализуется после успешного лечения ОКР препаратами СИОЗС (Perani D. et al., 1995; Anderson R.C., 2003). Аналогично обнаружена редукция увеличенного левого миндалевидного тела, наблюдаемого при ОКР, на фоне лечения СИОЗС (Carey P. et al., 2004).

На основе нейробиологических находок при визуализации головного мозга, для пациентов с ДМР разработана и методика визуальных (перцептивных) тренингов. Во время занятий пациенты выполняют задания на фиксацию взора, а также просаккадные (нацелено на задержку (время саккадической реакции на целевой стимул), усиление (амплитуда саккад, деленная на амплитуду цели, дающую меру саккадической «точности») и пиковую скорость (пиковая скорость саккад) зрения и антисаккадные (не смотреть на цель, когда она

появляется на экране, а сразу же смотреть на то же расстояние от центра монитора, но в направлении, противоположном тому, где появился стимул) упражнения, задания на определение эмоций других людей (изучение черно-белых фотографий, показывающих одну из шести человеческих моделей (три женщины и три мужчины), каждая из которых отображает одну из семи универсальных эмоций) и привлекательности тела (оценка привлекательности стимулов человеческого тела) (Uddin L.Q. et al., 2005; Beilharz F. et al., 2018, 2019; Shin J. et al., 2020). Первые исследовательские результаты указывают на тенденцию к нивелированию симптомов ДМР у прошедших курс тренингов. Однако авторы не приводят данные катамнестических наблюдений и не сообщают о наличии и характере поддерживающей терапии.

На сегодняшний день наиболее эффективной для лечения ДМР признаётся комбинированная терапия (медикаментозные – психотропные средства в сочетании с психотерапией) (Анисимова Н.Ю. с соавт., 2014; Castle D.J., Rossell S.L., 2006; Jefferies K. Et al., 2012; Krebs G. et al., 2017). Результаты целевых исследований свидетельствуют об эффективности в ряде случаев присоединения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) – до 77% набл. (Nystrom G., 2007Buhlmann U., et al., 2008; Greenberg J.L. et al., 2010; Harrison A. et al., 2016).

К сожалению, не во всех цитируемых работах достаточно представлены данные о факторах (возраст, пол, особенности клинической картины и динамики, нозогенной принадлежности ДМР, наличие коморбидной соматической и психической патологии и др.), обуславливающих положительный ответ или его отсутствие при проведении психотерапевтических и фармакологических интервенций. Лишь в немногочисленных исследованиях проводится оценка влияния психофармакотерапии именно на дисморфическую симптоматику, а не на

сопутствующие расстройства аффективного, тревожного, обсессивно-компульсивного или психотического спектров.

Обнаруживаемые в исследованиях различия в эффективности психофармакотерапии ДМР обусловливают необходимость разработки дифференцированных подходов к выбору лечения ДМР в зависимости от доминирующих психопатологических симптомокомплексов, используемых комбинаций средств и приверженности терапии.

Заключая обзор литературы по проблеме ДМР, необходимо подчеркнуть, что актуальность изучения проблемы дисморфии в эстетической медицине определяется широкой распространностью ДМР среди пациентов косметолога, пластического хирурга и врачей смежных специальностей, отсутствием среди специалистов единой точки зрения на распространенность, патогенез, феноменологическую неоднородность и типичную клиническую картину, стереотипы динамики и нозологическую принадлежность ДМР. В свою очередь значительная представленность ДМР в эстетической медицине обусловлена особенностями клинических проявлений, психологизации и мотивационных установок пациентов.

Социальные и психологические мотивационные запросы пациентов, очевидно, не соответствуют возможностям эстетической медицины, что приводит к высоким показателям неудовлетворенности результатами медицинской помощи, повторной обращаемости, конфликтам и не позволяет оказывать своевременную купирующую и профилактическую психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Мотивация и удовлетворенность результатами эстетических процедур редко рассматриваются в аспекте патохарактерологических и психических расстройств пациентов. Например, высокая частота обращений к эстетической хирургии на фоне психоэмоциональных стрессов, может косвенно указывать на важную роль психогенно провоцированных

психических расстройств в формировании необоснованного недовольства внешностью.

Логично предположить, что в эстетической хирургии и косметологии, обращение пациентов к врачу во многом определяется структурой личности и/или психопатологическими расстройствами (ДМР, аффективные фазы, сенситивные идеи отношения, расстройства пищевого поведения и др.), манифестирующими в рамках динамики патохарактерологических или психопатологических расстройств. Влиянием патохарактерологических и гетерогенных психических расстройств может быть обусловлена и низкая социальная адаптация пациентов эстетической медицины с субъективным недовольством своей внешностью.

Вне психиатрических выборок исследование пациентов с ДМР преимущественно ведется силами специалистов эстетической медицины с привлечение в ряде случаев психологов. Личность пациента изучается и описывается дерматологами, пластическими или реконструктивными хирургами, зачастую на основании только психометрических данных, даже без привлечения клинических психологов. В результате до настоящего времени у этой категории больных остаются систематизировано не изученными биологические и психические факторы риска формирования, клинико-динамические формы ДМР, отдаленные результаты косметических интервенций.

Актуальность настоящего исследования обусловлена отсутствием достоверных клинических данных о психосоциальных и биологических факторах риска, а также психопатологической структуре и типологической дифференциации дисморфофобии у пациентов эстетической медицины. Проблема дисморфии должна рассматриваться не только в возрастном, но и клинико-катамнестическом аспекте. Существующие систематики основываются на выявлении дискретных симптомов дисморфии, а клиническая типология ДМР сводится к выделению бредовой (“сниженный

инсайт") и небредовой форм. При этом очевидна более существенная гетерогенность клинических проявлений вне такой дихотомии.

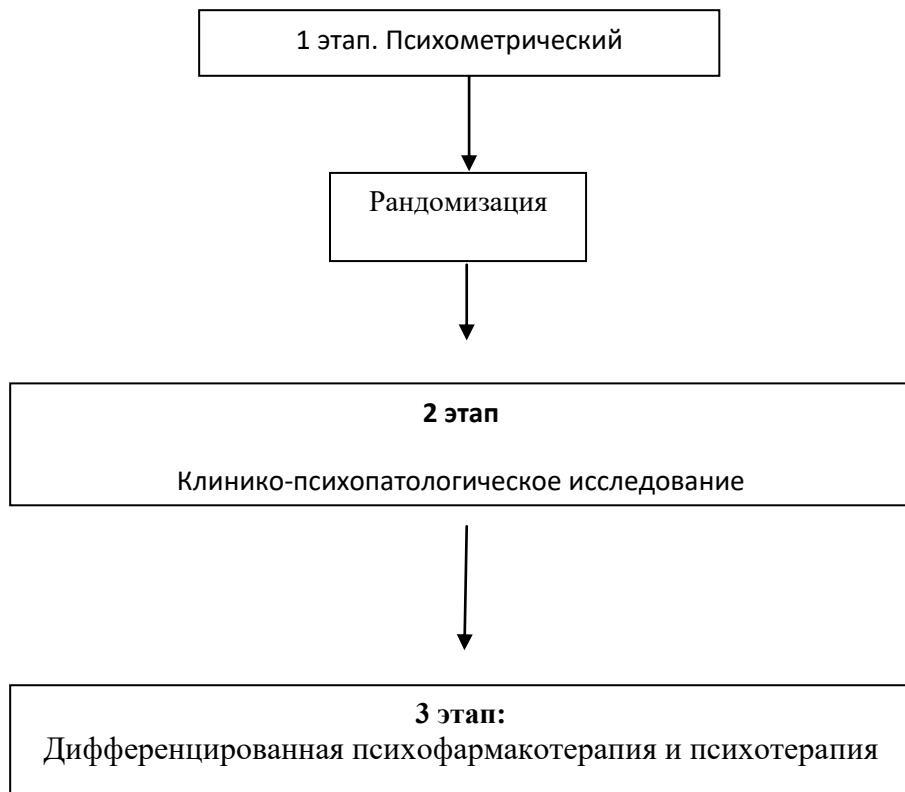
До сих пор сохраняются проблемы, связанные с определением, измерением, созданием теоретических моделей и осуществлением терапии дисморфофобии у данного контингента больных. Между тем изучение этой проблемы имеет важное практическое значение для лечения и прогноза психического расстройства. Отсутствие устойчивого эффекта от косметологического или хирургического вмешательств на психическое состояние обуславливает необходимость разработки программ комплексного мультибригадного подхода с привлечение психофармакотерапии и психотерапии.

## ГЛАВА 2

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 2.1. Дизайн и методы исследования

Для достижения поставленной цели и решения задач исследования было разделено на 3 этапа.



**Рисунок 1. Этапы исследования**

На первом, психометрическом, этапе (467 набл.) для выявления патогенетических социальных, биологических и личностных факторов риска формирования ДМР проводилась скрининговая психометрическая оценка

психического статуса, патохарактерологических и патопсихологических<sup>2</sup> особенностей и мотивации 349 пациентов с необоснованным недовольством собственной внешностью<sup>3</sup>, обратившихся за хирургической коррекцией (ринопластика, блефаропластика, круговая подтяжка лица, липосакция и т.п.). Для установления специфических патохарактерологических черт пациентов, обращающихся к пластическому хирургу, была набрана группа сравнения (118 набл.) из числа пациентов, необоснованно недовольных своей внешностью, но предпочитающих только консервативные (косметологические) методы терапии (устранение морщин с помощью препаратов, мезотерапия, йонооксигенотерапия, криомассаж и др.).

### **Инструменты исследования**

1. Для выявления причин недовольства собственной внешностью и эстетических запросов пациентам предлагалось указать в анкетах цель обращения к пластическому хирургу или косметологу: коррекция, по их мнению, врожденных или возрастных дефектов лица, формы ушей, носа, груди, живота или иного участка тела.
2. Характерологический опросник К.Леонгарда (1965) - 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Первая шкала характеризует личность с высокой жизненной активностью, вторая

---

<sup>2</sup> Оценка результатов патопсихологического исследования проводилась с участием квалифицированного психолога (С.Е. Мартынов)

<sup>3</sup>Критерии нормы внешности в пластической хирургии и косметологии — это совокупность стандартов, которые используются хирургами для оценки эстетики лица и тела пациента. Эти критерии (золотое сечение (Фибоначчи), симметрия, пропорция, идеальное положение, форма и размер, угол наклона, контуры, расстояние между и др.) основаны на научных исследованиях пропорций человеческого тела, анатомии и общепринятых представлениях о красоте (Аржанцев П.З., 1997; Рюге, Г., 1998; Виссарионов В.А., 2010; Кец Б., Сейдик Н., 2011; Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2011; Y. Saban Y., Polselli R., 2009; Reyneke J.P., Feretti C., 2012; Rohrich R.J., 2000; Hall F.E., 1011; Daniel R.K. et al., 2013; Brunton G. et al., 2014).

показывает возбудимую акцентуацию. Третья шкала указывает на глубину эмоциональной жизни испытуемого; четвертая выявляет склонность к педантизму, пятая - повышенную тревожность, шестая – склонность к перепадам настроения. Седьмая шкала позволяет установить наличие демонстративности в поведении испытуемого, восьмая – неуравновешенность, импульсивность поведения. Девятая шкала показывает степень утомляемости, десятая – силу и выраженность эмоционального реагирования (Леонгард К., 1981).

3. Пятифакторный личностный опросник МакКрае–Коста (1983-1985) в русском переводе, адаптированный А.Б. Хромовым, – для факторного анализа пяти независимых переменных (нейротизм/невротицизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность) (Хромов А.Б., 2000).
4. Тест Кетелла (Sixteen Personafility Factor Questionnaire, 1949) для оценки индивидуально-психологических особенностей личности Отличительной чертой данного опросника является его ориентация на выявление относительно независимых 16 факторов (шкал, первичных черт) личности. Данное их качество было выявлено с помощью факторного анализа из наибольшего числа поверхностных черт личности, выделенных первоначально Кэттеллом. Каждый фактор образует несколько поверхностных черт, объединенных вокруг одной центральной черты (Капустина А.Н., 2001).
5. Опросник “Устойчивых форм Я-внимания” для оценки реакции «центрации» на собственной внешности и переоценки восприятия себя другими и социального страха (Кондаков, И.М., 1997).
6. Шкала стресса Холмса-Рея для определения степени актуальной стрессовой нагрузки и сопротивляемости пациента различным стрессам (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967).
7. Шкала импульсивности Плучика.

## 8. Шкала мотивации одобрения Д. Крауна, Д. Марлоу (русскоязычный сокращенный вариант Ю.Л. Ханина (1974, 1976)

Набор психометрических шкал включал: Шкалу Цунга для самооценки депрессии и тревоги (The Zung self-rating depression scale (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965), 24-балльная шкала HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) (Hamilton M., 1960) (русскоязычная валидизированная версия) для оценки тяжести депрессии, опросник жизненного тонуса, активности и настроения (HCL-32-R1, 2003) для диагностики гипомании/мании (Мосолов С.Н. с соавт., 2015), а также Шкалу общего клинического впечатления (CGI – Clinical Global Impression Scale – подшкалы тяжести CGI-S и улучшения CGI-I (Guy W., 1976), позволяющую количественно оценить исходную тяжесть расстройств и терапевтическую эффективность лечения, и показатели которой отражают изменение тяжести состояния в целом по 5 параметрам («выраженное улучшение», «существенное улучшение», «незначительное улучшение», «без перемен», «ухудшение»).

**На втором, клиническом, этапе** исследования (281 набл.) для определения спектра психической патологии с необоснованным недовольством собственной внешностью среди пациентов, обратившихся к пластическим хирургам и косметологам, установления диагностических границ и разработки типологической дифференциации (систематики) дисморфического расстройства у пациентов в эстетической медицине, а также для изучения клинической картины и закономерностей динамики психических расстройств, протекающих с дисморфией, основным методом обследования пациентов, заполнивших шкалы и опросники, являлся клинико-психопатологический с привлечением данных катамнеза (от 6 мес).

Психиатрическое обследование проводилось автором исследования с добровольного согласия пациентов клинико-психопатологическим методом с использованием объективных данных из доступной медицинской документации.

Привлечение катамнестического подхода (длительность катамнеза не менее 6 мес.) представляется адекватным для суждения о динамике изучаемых состояний.

Анализ соматического состояния, помимо стандартного физикального осмотра, при необходимости включал оценку показателей крови, мочи, иммуногистохимическое исследование, маммографию, УЗИ-исследование молочной железы, органов брюшной полости, МРТ, КТ, рентгенологическое исследование грудной клетки, с вынесением окончательного экспертного заключения в результате клинических разборов при участии руководителей и сотрудников клинических центров, где осуществлялся набор пациентов.

Окончательный диагноз устанавливался на совместных консультациях с участием лечащего врача – пластического хирурга, психиатра и клинического психолога.

**На третьем, психофармакологическом, этапе** исследования (186 набл.) с целью разработки и оценки эффективности основных методов лечения, дифференцированных в соответствии с разработанной систематикой дисморфического расстройства, проводилась оценка эффективности индивидуально подобранной психофармакотерапии и психотерапии выявленных психических расстройств.

Группа сравнения ( $n=51$ ) на этом этапе была сформирована из числа больных отказавшихся от психофармакотерапии и психотерапии, но согласившихся на предоставление катамнестических данных (длительность от 6 до 18 мес.).

На этом этапе, помимо динамических оценок состояния больных по психометрическим шкалам проводился анализ сравнительных данных об удовлетворенности результатами проведенных эстетических процедур и операций (по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ), о числе повторных обращений к услугам эстетической медицины, динамике показателей социальной и трудовой адаптации.

Выбор фармакотерапевтических средств и способов введения препаратов осуществлялся с учетом регистра психопатологических расстройств. Предметом изучения служило подтверждение эффективности с помощью традиционных лекарственных препаратов – нейролептиков (антипсихотиков), антидепрессантов, анксиолитиков. Проведен анализ возможности использования монотерапевтических стратегий, а также дифференцированных показаний к применению различных лечебных методик (включая психотерапию). Отбор предпочтительных стратегий и проведение психотерапевтических сеансов осуществлялись с участием квалифицированных психотерапевтов – сотрудников кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета непрерывного медицинского образования Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (к.м.н., доцент Н.Л.Зуйкова, А.В.Палин, к.м.н. А.М.Бурно, к.м.н. С.В.Некрасова).

Оценка эффективности терапии проводилась с использованием шкалы общего клинического впечатления (CGI – Clinical Global Impression Scale – подшкалы тяжести CGI-S и улучшения CGI-I).

Дополнительно для верификации нежелательных явлений (НЯ), определения переносимости и безопасности применявшимся лекарственных средств использовалась «Шкала оценки побочных эффектов» (Side effects rating scale – UKU (Lingjaerde O. et al., 1987)), содержащая перечень из 26 НЯ, наличие и степень выраженности каждого из которых оцениваются в баллах от 0 до 3 (0 – «отсутствие», 1 – «легкая степень», 2 – «умеренная», 3 – «тяжелая»). Оценка проводилась с учетом данных расспроса, клинического наблюдения, информации, полученной от медперсонала и из медицинской документации. Результаты оценки эффективности различных методов лечения изложены в Главе 6.

Результаты всех этапов исследования подвергались статистической обработке. Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 6.0 (компания StatSoft, США).

Для описания качественных показателей, представленных в виде альтернативных переменных, указывались число наблюдений и доля пациентов (в процентах) с наличием соответствующего показателя от общего числа обследованных больных. Для описания показателей, представленных в виде количественных переменных, использовались данные описательной статистики: оценка центральной тенденции (среднее арифметическое, мода, медиана) и разнообразия (минимальное и максимальное значения, амплитуда, стандартное отклонение, коэффициент вариации, интерквантильный интервал).

Полученные в ходе психиатрического обследования данные обрабатывались с помощью корреляционного и нелинейного регрессионного анализа методом логит-регрессии (логистической регрессии).

При корреляционном анализе, позволяющем обнаружить зависимость между несколькими величинами (возраст пациентов, частота обострений, типы динамики и клинических проявлений, биологические и психосоциальные факторы риска), высчитывался коэффициент корреляции (в случае положительной корреляции коэффициент ( $r$ ) стремится к значению +1, при отрицательной — к -1).

Использование регрессионного анализа позволяет построить статистическую модель для прогнозирования вероятности (выраженной отношением шансов - ОШ).

Для оценки значимости межгрупповых различий применялись U-критерий Манна-Уитни (количественные переменные) и точный двусторонний критерий Фишера (качественные переменные). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Для сравнения зависимых переменных использовался тест Вилкоксона.

## **2.2. Материалы исследования**

Для достижения поставленной цели и решения задач исследования сформирована выборка из 467 пациентов (78 мужчин, 389 женщины) в возрасте 18-65 лет (средний возраст  $39,3 \pm 4,2$  лет). Данные о возрастном и гендерном составе выборки на момент обследования представлены в Таблице 1.

**Таблица 1. Гендерные и возрастные характеристики выборки (n=467)**

Показатель	N	Средний возраст (лет)	до 20 лет (%)	21-30 лет (%)	31-40 лет (%)	41-50 лет (%)	51-60 лет (%)	61-65 лет (%)
<b>Мужчины</b>	78	39,5	6,7	24,4	24,4	24,4	13,3	6,7
<b>Женщины</b>	389	41	6,9	19,4	25,9	18,5	20,8	7,8
<b>Всего</b>	467	40,9	6,8	19,9	25,3	19,2	19,2	7,4

Полученные данные о преобладании среди пациентов эстетической медицины лиц в возрастном диапазоне 21-60 лет (83,6%) женского пола (83,3%) согласуется с соответствующими показателями, основанными на невыборочных материалах (Grogan S., 2002; Javo I.M., Sørlie T., 2010; Reddy S.L., Burns L.D., 2013; Quittkat H.L. et al., 2019; Athulya E.I., Priyanka V.R., 2023), и, следовательно, изученная выборка может считаться репрезентативной.

Социо-демографические характеристики пациентов изученной выборки представлены в Таблицах 2-4.

**Таблица 2. Семейное положение пациентов на момент первичного обследования (n=467)**

<b>Семейное положение</b>	<b>Число больных</b>					
	<b>Мужчины</b>		<b>Женщины</b>		<b>Всего</b>	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Женат/замужем</b>	64	82,1	245	63,0	309	66,2
<b>Вдовец(ица)</b>	6	7,7	27	6,9	33	7,1
<b>Разведен(а)</b>	2	2,6	43	11,1	45	9,6
<b>Одинок(а)</b>	6	7,7	74	19,0	80	17,1
<b>Всего:</b>	78	16,7	389	83,3	467	100

**Таблица 3. Профессиональный статус пациентов на момент первичного обследования (n=467)**

<b>Профессиональный статус</b>	<b>Количество больных</b>					
	<b>Мужчины</b>		<b>Женщины</b>		<b>Всего</b>	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Работают/учатся</b>	67*	85,9	277*	71,2	344*	73,7
<b>Временно не работают/не учатся</b>	11	14,1	112	28,8	123	26,3
<b>Пенсионеры по возрасту*</b>	17	21,7	56	14,4	73	15,6

<b>Инвалиды по соматическому заболеванию</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Всего:</b>	87*		424*		511*	109,4*
* На момент обследования все пациенты, достигшие пенсионного возраста, продолжали работать						

Не смотря на достижение 73 пациентами пенсионного возраста, все они продолжали работать. В целом, 73,7% пациентов сохраняли трудоспособность на момент осмотра. Инвалидов по соматическому заболеванию согласно критериям отбора в исследование не было.

**Таблица 4. Образовательный уровень в выборке (n=467)**

<b>Уровень образования</b>	<b>Количество пациентов</b>	
	<b>Абс.</b>	<b>%</b>
<b>Неполное среднее</b>	3	0,6
<b>Среднее, среднее специальное</b>	31	6,6
<b>Неполное высшее</b>	108	23,1
<b>Высшее/ые</b>	325	69,7
<b>Всего:</b>	467	100

Согласно данным из Таблицах 3-4. пациенты в выборке имели преимущественно высшее и неполное высшее образование (92,8%) и были

сравнительно адаптированы в производственной сфере, несмотря даже на достижение в ряде случаев (15,6%) пенсионного возраста. Уровень образования по основным показателям оказался сопоставим со значениями, полученными в выборке больных университетской дерматологической клиники по результатам клинико-эпидемиологического исследования «СИНТЕЗ» (43,5% и 38,7%, соответственно (Андрющенко А.В., Романов Д.В., 2010)). Хотя доли пациентов с неполным высшим и средним образованием продемонстрировали отличия от соответствующих значений (17,4 и 8,5% по данным программы «СИНТЕЗ»), они не достигали уровня статистической значимости ( $p<0,01$ ).

Среди всех пациентов растили одного ребенка – 206 (44,1%), двух и более – 137 (29,3%). Не имели детей – 124 (26,6%) обследованных.

Характеристики семейного статуса у пациентов эстетической медицины, необоснованно недовольных своей внешностью, могут расцениваться как относительно неблагоприятные. Так, доля пациентов, не состоящих в браке, в изученной выборке составляет 33,8%, уровень разводов среди женщин достигает 11,1%, а 17,7% пациентов никогда не вступали в семейные отношения. Полученные результаты согласуются с данными литературы о неблагоприятном влиянии дисморфии на уровень семейной адаптации пациентов (Litner J.A. et al., 2008; Ishak W.W. et al., 2012; de Brito M.J. et al., 2015; Wu Y. et al., 2022).

Соотношение гендерных и возрастных характеристик пациентов и субъективно воспринимаемых “недостатков” внешности представлено в Таблицах 5 и 6.

**Таблица 5. Субъективные причины недовольства пациентов внешностью (n=467)**

<b>Пол</b>	<b>“Возрастные” изменения лица (%)</b>	<b>“Врожденный дефект” лица (%)</b>	<b>Ушные раковины (%)</b>	<b>Живот (%)</b>	<b>Нос (%)</b>	<b>Грудь (%)</b>	<b>Другое (%)</b>
<b>Муж. (n=78)</b>	26,9	12,8	11,5	6,4	29,5	2,6	10,3
<b>Жен. (n=389)</b>	49,0	9,0	1,8	10,3	13,9	14,7	1,3
<b>Всего (n=467)</b>	45,8	10,3	3,2	9,6	9,6	12,6	2,5

Дополнительно к данным из Таблицы 5 необходимо указать, что 159 (34%) пациентов указали несколько причин для субъективного недовольства своей внешностью, однако для включения в окончательный анализ учитывались лишь те, что явились непосредственной причиной обращения к специалисту эстетической медицины и были всесторонне изучены в ходе соматического обследования.

Представленные в Таблице 5. данные подтверждаются результатами других исследований. Так, в работе, выполненной K. Philips с соавт. (2005), субъективно наиболее значимыми причинами обращения более 500 пациентов к пластическому хирургу также оказываются: неудовлетворенность состоянием или формой носа (37%), лица в целом (26%), живота (22%), груди (21%), ушей (9%) и т.д. При этом у части пациентов также имелись “претензии” сразу к нескольким участкам тела.

Аналогичные данные приводят L.F. Fontenelle с соавт. (2006): по результатам их исследования пациенты наиболее часто сообщают о недовольстве размером или формой лица (35%), состоянием кожи (30%), носа (25%) и массой или строением тела (25%). Наиболее часто встречаются жалобы на представляемые дефекты кожи, волос, глаз, носа и зубов объясняет факт обращения пациентов к дерматологам, косметическим дантистам, ортодонтам и пластическим хирургам (Ронь Г.И., Акмалова Г.М., 2010; Иорданишвили А.К. с соавт., 2016; Лобач О.И. с соавт., 2018; Koblenzer C.S., 1985; Phillips K.A., Dufresne R.G., 2000; Mackley C.L., 2005; Krueger N. et al., 2013; Saade N. et al., 2024).

**Таблица 6. Причины недовольства собственной внешностью в разные возрастные периоды (n=467)**

Возраст (лет)	“Возрастные изменения лица (%)	“Врожденный дефект” лица (%)	Ушные раковины (%)	Живот (%)	Нос (%)	Грудь (%)	Другое (%)
до 20	2,4	13,7	11,1	0	19,9	5,8	0
21-30	8,6	20,8	33,4	18,4	37,9	31,5	6,6
31-40	21,6	20,8	11,1	18,4	33,2	42,8	0
41-50	31,0	13,7	33,2	29,6	4,5	11,1	16,7
51-60	26,3	20,8	0	18,4	6,6	8,6	16,7

<b>61-65</b>	10,1	6,9	11,1	7,5	2,4	5,8	16,7
--------------	------	-----	------	-----	-----	-----	------

Из представленных в Таблице 6. данных следует, что наибольшее количество претензий к собственной внешности (грудь, нос, изменения лица) высказывают пациенты в возрастном диапазоне 31-40 лет. В более раннем возрасте недовольство пациентов вызывают внешний вид носа, в более старшем – живота, ушей и лица. Эти данные соотносятся с результатами ряда схожих исследований (Галич С., Пинчук Р., 2009; Мустафаев М.Ш. с соавт., 2012; Деев А.И., 2018; Grant J.E. et al. 2012; Daniel R.K. et al., 2013).

### **2.2.1. Сравнение социо-демографических характеристик пациентов пластического хирурга и косметолога**

Сравнение пациентов, обратившихся за хирургической (подгруппа 1, n=281; 21 мужчина, 260 женщин) и косметологической (подгруппа 2, n=186; 57 мужчин, 129 женщин) коррекцией внешности позволило установить ряд общих для всех пациентов и специфических для подгрупп социо-демографических и клинико-психопатологических характеристик (Глава 3) пациентов.

Частота оперативных вмешательств среди обследованных пациентов первой подгруппы составила в среднем  $2,4 \pm 0,7$  в анамнезе. Максимальное число предшествующих вмешательств достигало 11 случаев на момент осмотра. 113 (40,2%) пациентов прибегли к пластической операции впервые. У остальных 168 пациентов повторные операции в одной и той же области тела (58,3%) или другой части тела (41,7%) были обусловлены неудовлетворенностью результатами предыдущего вмешательства.

Склонность к частым (ежедневным, еженедельным или ежемесячным) косметологическим эстетическим процедурам (татуаж, ботекс, гиалуроновая

кислота и пр.) выявлена у 128 из 186 (68,8%) пациентов с дисморфофобией и только у 79 (28,1%) пациентов первой подгруппы с ( $p<0,05$ ).

В первой подгруппе преобладали пациенты обоего пола в возрастном диапазоне 21-40 лет, во второй – в возрасте 31-60 лет (Таблица 7). Средний возраст (42,7±2,4 лет) пациентов косметологов оказался больше, чем среди прибегавших к хирургической коррекции внешности (34,7±1,8 лет,  $p<0,006$ ).

Обнаруженные расхождения с литературными источниками (Храмцова Н.И. с соавт., 2020; Phillips K.A. et al., 1995; Panayi A., 2017; Toh W.L. et al., 2017) по возрастным показателям могут быть отчасти объяснены с позиций гетерогенности ДМР, при которой выделяется особая группа пациентов зрелого возраста, когда содержанием расстройства становятся изменения, связанные в понимании пациентов с процессом старения (Cash T.F., 1990; T.Cash и соавт., 2002; Cash T.F., Smolak L., 2011).

**Таблица 7. Поло-возрастные характеристики пациентов пластического хирурга (n=281) и косметолога (n=186)**

	N (%)	Средний возраст (лет)	до 20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61- 65 лет
<b>Косметология (n=186)</b>	100	42,7	4,3	18,8	22,6	22,6	20,4	11,3
Мужчины(n=57)	30,6	39,7	7,0	22,8	24,6	26,3	12,2	7,1
Женщины(n=129)	69,4	43,2	3,0	18,6	23,3	22,5	23,3	9,3
<b>Хирургия</b>	100	36,7	12,1	22,8	31,3	10,7	16,7	6,4

<b>(n=281)</b>								
Мужчины(n=21)	7,5	35	0	52,4	23,8	0	23,8	0
Женщины(n=260)	92,5	36,8	13,1	21,9	32,7	11,9	16,9	3,5

При сравнении сформированных подгрупп выявлены незначительные различия ( $p=0,176$ ) по показателям среднего возраста пациентов, возраста наиболее частой обращаемости к пластическому хирургу (21-40 лет) и косметологу (31-60 лет).

**Таблица 8. Семейное положение опрошенных пациентов пластического хирурга (n=281) и косметолога (n=186)**

<b>Семейное положение</b>	<b>Число больных</b>					
	<b>Хирургия</b>		<b>Косметология</b>		<b>Всего</b>	
	<b>Абс.</b>	<b>%</b>	<b>Абс.</b>	<b>%</b>	<b>Абс.</b>	<b>%</b>
<b>Женат/замужем</b>	165	58,7	144	77,4	309	66,2
<b>Вдовец(ица)</b>	29	10,3	4	2,2	33	7,1
<b>Разведен(а)</b>	34	12,1	11	5,9	45	9,6
<b>Одинок(а)</b>	53	18,9	27	14,5	80	17,1
<b>Всего:</b>	281	60,2	186	39,8	467	100

**Таблица 9. Профессиональный статус опрошенных пациентов пластического хирурга (n=281) и косметолога (n=186)**

Профессиональный статус	Количество больных					
	Хирургия		Косметология		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Работают</b>	206*	73,3	138*	74,2	344*	73,7
<b>Временно не работают</b>	75	26,7	48	25,8	123	26,3
<b>Пенсионеры по возрасту*</b>	35	12,5	38	20,4	73	15,6
<b>Всего:</b>	281	60,2	186	39,8	467	100

\* На момент обследования все пациенты, достигшие пенсионного возраста, продолжали работать

Сравнение подгрупп пациентов пластического хирурга и косметолога по полу-возрастным характеристикам, трудовым и семейным показателям адаптации (Таблицы 8 и 9.) указывает на то, что к хирургическому методу коррекции мнимых дефектов внешности чаще обращались трудоспособные и работающие (73,3%) женщины в возрастном диапазоне 21-40 лет (54,6%).

**Таблица 10. Неудовлетворенность собственной внешностью пациентов пластического хирурга и косметолога**

	“Возрастные” изменения лица (%)	“Врожденный” дефект лица (%)	Ушные раковины (%)	Живот (%)	Нос (%)	Грудь (%)	Другое (%)
<b>Космето-</b>	46,5	8,1	3,5	9,6	11,1	8,1	2,0

<b>логия (n=186)</b>							
Мужчины (n=57)	29,3	14,6	12,2	4,9	24,4	2,4	0
Женщины (n=129)	52,3	5,2	1,3	11,1	7,8	9,8	2,6
<b>Хирургия (n=281)</b>	44,6	15,7	2,4	9,6	8,9	22,9	2,4
Мужчины (n=21)	0	0	0	25	75	0	0
Женщины (n=260)	48,1	16,9	2,6	9,1	3,5	24,7	2,6
* % от числа мужчин							
** % от числа женщин							

Недовольство собственной внешностью у пациентов, прибегающих к хирургической и косметологической коррекции внешности, носило сходный характер: наиболее частыми причинами обращаемости к специалистам являлись недовольство возрастными изменениями лица (46,5% и 44,6% соответственно), формой носа (11,1% и 27,7% соответственно), а также груди (8,1% и 22,9% соответственно) и живота (9,6%, Таблица 10.).

Очевидно (Таблица 10.), что женщины обращались к хирургическому методу коррекции мнимых дефектов внешности груди, носа и лица в целом, а мужчины – носа и живота. При этом женщины чаще, чем мужчины,

прибегали к радикальной (хирургической) коррекции внешности (Таблица 7 и 8).

Полученные данные в целом соответствуют представлениям о том, что среди процедур, в основном запрашиваемых пациентами пластических хирургов, на первом месте называются ринопластика (29,6% набл.) и изменение размеров груди (22,2% набл.) (Grant P., 1996; Pavan C. et al., 2008; Hall F.E., 2011; Paik A.M. et al., 2014). Несколько иные данные, возможно, обусловленные обследованием больных исключительно в дерматологической клинике, полученные в предшествующих работах Е.В. Матюшенко (2011), согласно которым, помимо недовольства по поводу кожи лица, в анамнезе у многих пациентов отмечаются и другие дисморфические идеи: излишняя полнота, худоба, форма носа, строение зубов, форма губ, овал лица, повышенная потливость, наличие венозного рисунка на голенях.

Результаты психометрического патопсихологического, патохарактерологического и психиатрического обследования изученной выборки и сравнения подгрупп пациентов пластического хирурга и косметолога представлены в Главе 3.

**Во втором, клиническом, этапе** исследования приняли участие 281 пациент пластического хирурга и косметолога, полностью заполнившие опросники и шкалы на первом этапе обследования.

Сопоставимость обследованной подгруппы пациентов пластического хирурга и косметолога с общей выборкой опрошенных пациентов по основным демографическим и социальным показателям (Таблицы 6, 7 и 8) позволяет считать изученную выборку репрезентативной, а полученные данные - валидными.

**В третьем этапе** приняли участие 186 (66,2%) пациентов, прошедшие клиническое обследование и давших добровольное согласие на лечение. Все

пациенты с выявленными психопатологическими расстройствами получали психофармакотерапию и проходили курсовую психотерапию.

Характеристика выборки, дифференцированные подходы и результаты проводившейся терапии представлены в Главе 5.

Таким образом, обобщая всю совокупность представленных в главе данных, характеризующих по ряду параметров изученную выборку, можно утверждать, что они сопоставимы с данными, приводимыми в литературе по проблеме необоснованного недовольства собственной внешностью (дисморфии) среди пациентов эстетической медицины, и свидетельствуют о ее репрезентативности.

Предусмотренные программой настоящего исследования методологические подходы обеспечивают возможность решения поставленных задач, что позволяет рассчитывать на надежность выводов, полученных по ее результатам.

В тоже время, приведенные данные о распределении больных изученной выборки по социально-демографическими показателями отражают лишь общие тенденции, характеризуя выборку в целом. Следовательно, эти сведения не позволяют в достаточной степени оценить особенности социального и семейного функционирования пациентов, социальные факторы и психопатологические расстройства, предрасполагающие к возникновению необоснованного недовольства собственной внешностью. Об этом можно судить лишь при дифференциированном подходе к изучению психосоциальных корреляций. Более детальная информация по этому вопросу изложена в соответствующих главах.

## ГЛАВА 3

### РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом, психометрическом, этапе исследования проводилась скрининговая оценка психического статуса и патохарактерологических особенностей пациентов с дисморфией.

#### 3.1. Психометрическая оценка общей выборки

Анализ результатов заполнения характерологического опросника К.Леонгарда (1965) продемонстрировал, что в общей выборке пациентов представлены все выделяемые в шкале типы личностных акцентуаций (Рисунок 2).

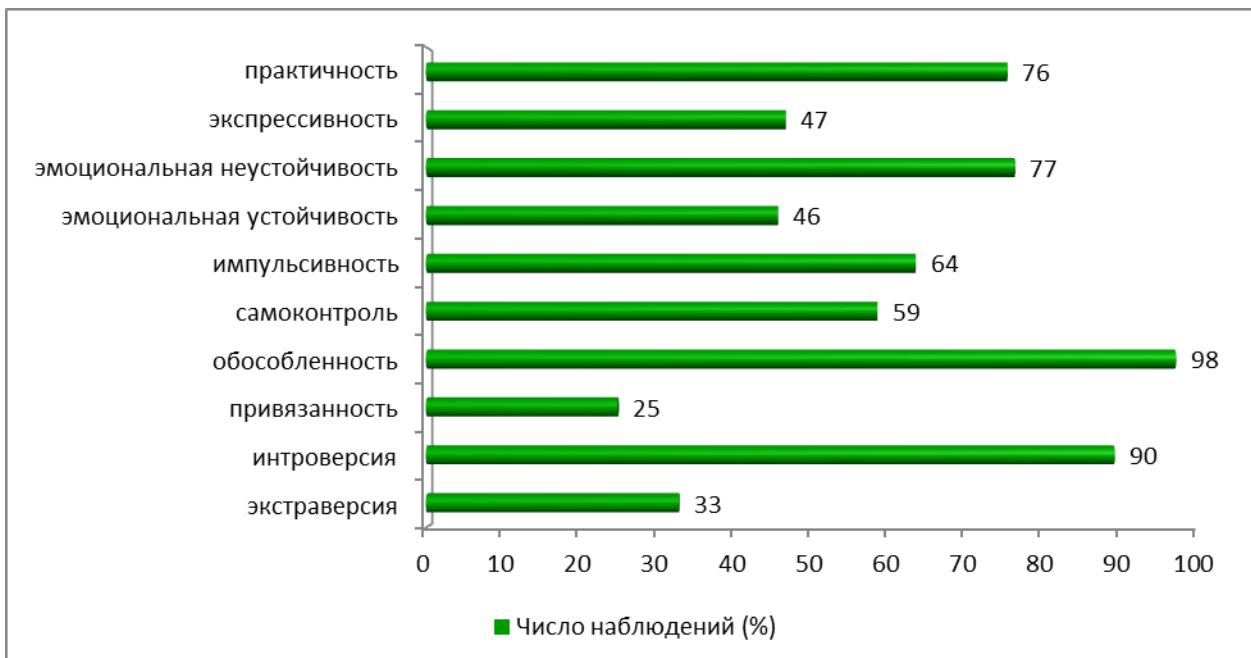


Рисунок 2. Личностные акцентуации пациентов в общей выборке (%), n=467, Характерологический опросник К.Леонгарда (Леонгард К., 1981))

Из представленных данных следует, что среди пациентов эстетической медицины с ДМР преобладают демонстративный (23%), педантичный (21%) с “риgidностью и инертностью психических процессов с продолжительным переживанием травмирующих событий” и застравающий (19%) со “склонностью к формированию сверхценных идей” типы акцентуаций (Леонгард К., 1981; Sheehan D.V. et al., 1994).

Заслуживает внимания выявление у части обследованного контингента склонности к затяжным гипотимическим и тревожно-фобическим проявлениям (дистимический (16%) и тревожно-фобический (14%) личностные типы, соответственно). Полученные результаты, могут быть отчасти соотнесены с представленными далее (Главы 4 и 5) данными о выявленных у пациентов при клинико-психопатологическом обследовании психопатологических расстройствах.

Данные согласуются и с результатами обследования пациентов с помощью Пятифакторного личностного опросника (Рисунок 3.). В общей выборке преобладают пациенты, характеризующиеся высокой практичностью (“фиксация на материальном благополучии, настойчивость при воплощении планов”), эмоциональной неустойчивостью (“неспособность контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, капризность, заниженная самооценка, обидчивость, ожидание неприятностей, подверженность депрессивным реакциям”), обособленностью от общества (“стремление быть независимым и самостоятельным, держать дистанцию, избегание общественных поручений, небрежность при выполнении своих обязанностей и обещаний, отсутствие эмпатии, учета интересов других людей”), интровертированностью (“отсутствие уверенности в правильности своего поведения и невнимание к происходящим вокруг событиям; большая опора на собственные силы и желания, чем на взгляды других людей; предпочтение абстрактных идей конкретным явлениям действительности”) (Хромов А.Б., 2000).



**Рисунок 3. Личностные характеристики пациентов общей выборки (частота встречаемости, %, n= 467, Пятифакторный личностный опросник (Хромов А.Б., 2000))**

В результатах обоих личностных опросников обращает внимание сосуществование зачастую противоположных личностных характеристик: например, интроверсия (90%)-экстраверсия (33%), импульсивность (64%) – самоконтроль (59%) и др. у части обследуемых сочетались.

При патопсихологическом обследовании доминирование интернального локус контроля установлено у 262 (56,1%) пациентов, экстернальный – у 205 (43,9%), высокие баллы по методике диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна у 220 (47,1%), по шкале импульсивности Плучика – у 296 (63,4%).

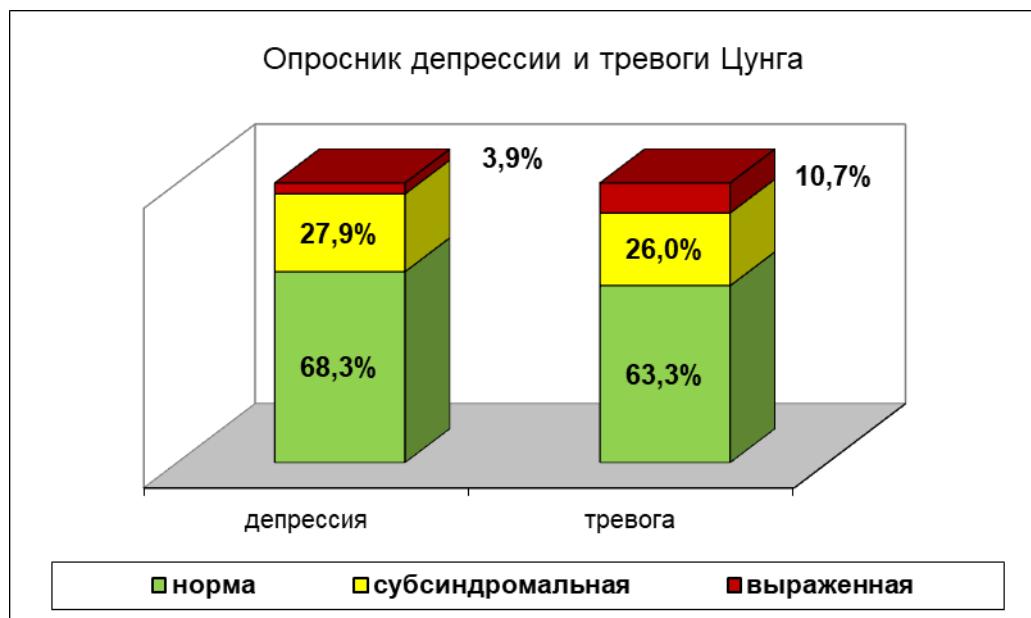
Согласно результатам тестирования по шкале Холмса-Рея, у 130 (27,8%) пациентов установлен низкий (средний балл –  $441,3 \pm 17,8$ ) или сниженный (средний балл  $199,1 \pm 14,2$ ) уровень стрессоустойчивости, что можно интерпретировать как косвенный признак высокой реактивной

лабильности и эмоциональной неустойчивости (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967).

По опроснику “Устойчивых форм Я-внимания” у 106 (22,7%) пациентов выявлен повышенный поиск социального одобрения. Этот признак, по мнению ряда авторов, связан с “потребностью получения значительного внимания и положительных оценок со стороны окружающих”, в том числе в отношении собственной внешности (Кондаков, И.М., 1997). Высокий уровень внимания по той же шкале к физическому и внешнему состоянию своего организма, отражающий наличие нарциссических и ипохондрических черт личности (Шостакович Б.В., 2000; Соколова Е.Т., 2011; Смулевич А.Б., 2012; Левицкая И.М., Попиль М.И., 2017; Millon Т., 1996), зафиксирован у 138 (29,6%) пациентов. Признаки “страха нахождения в социуме” отметили у себя 50 (10,7%) пациентов. Высокие показатели по данной подшкале могут быть интерпретированы как “признак личностного или ситуативно обусловленного нейротизма”, а также как проявление тревоги и социофобии (Александровский Ю.А., 2008, 2021; Katrina H.À.C., 2025; Kelly M.M. et al., 2010; Smith D. et al., 2010).

Последнее согласуется с данными по оценке результатов заполнения пациентами самоопросников для выявления тревоги и депрессии Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965). Так, 172 (36,8%) пациентов отмечали у себя симптомы тревоги, а 148 (31,7%) - симптомы депрессии разной степени тяжести (Рисунок 4). Симптоматическая оценка депрессивных расстройств представлена в Таблице 11.

Еще 68 (14,6%) пациентов сообщали о наличие симптомов гипоманиакального состояния по “Шкале жизненного тонуса, активности и настроения” (Мосолов С.Н. с соавт., 2015).



**Рисунок 4. Встречаемость симптомов депрессии и тревоги в изученной выборке (%, Опросник Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965))**

**Таблица 11. Симптоматическая характеристика депрессивных расстройств у пациентов в выборке (опросник Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965))**

Пациенты	Встречаемость симптомов (%)						
	Ангедония	Инсомния	Дисфория	Когнитивные нарушения	Идеи малоценности	Суицидальные мысли	Снижение либидо
Муж* (n=78)	26,9	44,9	30,8	24,4	12,8	21,8	15,4
Жен**	26,4	38,0	29,3	34,0	19,8	13,5	25,3

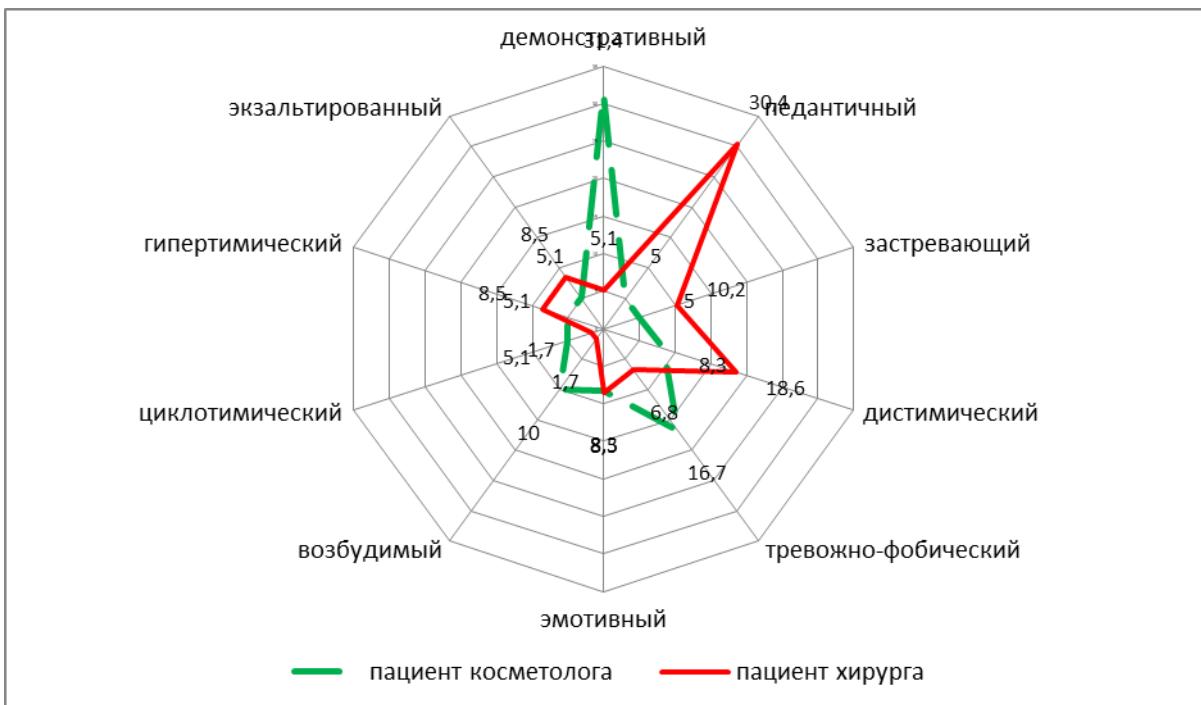
<b>(n=379)</b>							
<b>Всего</b> <b>(n=467)</b>	25,9	38,3	29,1	31,9	18,4	14,6	23,6

\* % от числа мужчин  
\*\* % от числа женщин

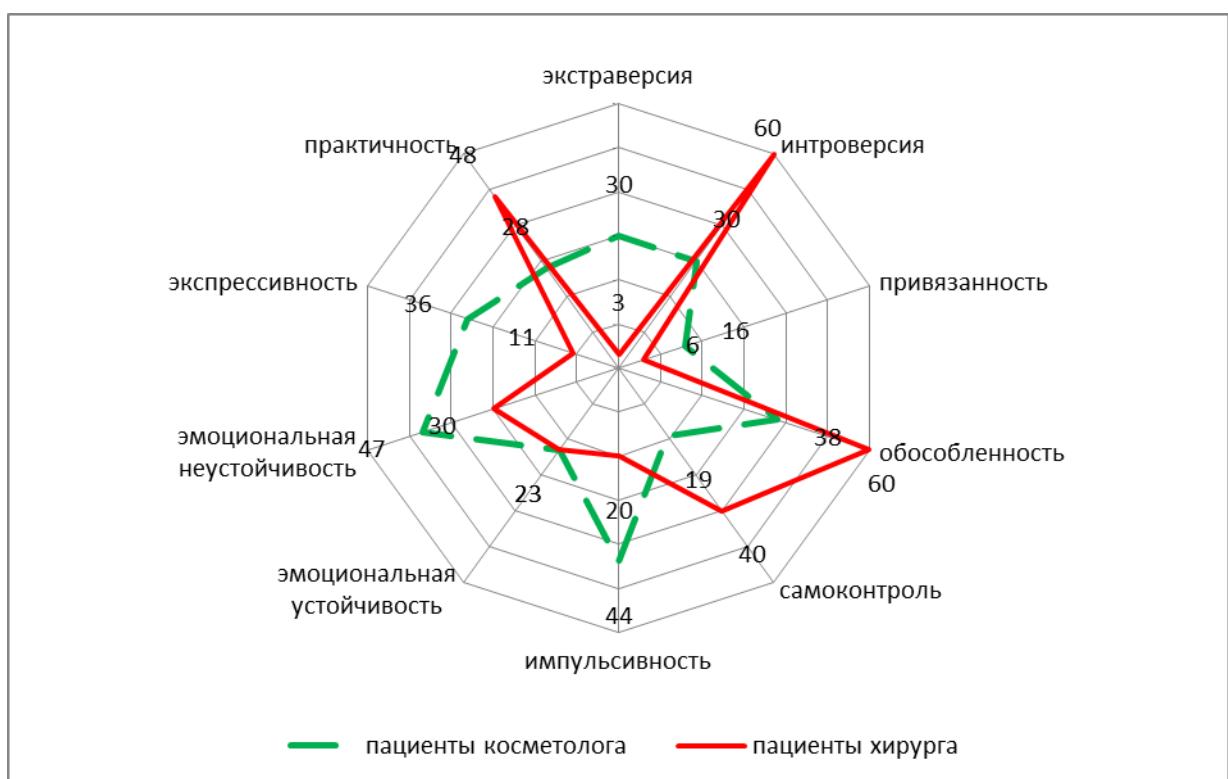
### **3.2. Сравнение пациентов косметолога и пластического хирурга**

Для установления специфических патохарактерологических черт пациентов, обращающихся к пластическому хирургу, было проведено сравнение подгруппы пациентов, обратившихся за хирургической (первая подгруппа, 281 набл.) и косметологической (вторая подгруппа, 186 набл.) коррекцией внешности, что позволило выявить ряд отличий между ними и объяснить противоречивость результатов психометрического патохарактерологического исследования.

При оценке данных самоопросников установлено, что у пациентов первой подгруппы (n=281), в отличие от клиентов косметологических отделений, согласно Характерологическому опроснику К.Леонгарда [] преобладают педантическая (30,4%, p=0,0026), дистимическая (18,6%, p=0,0007) и застревающая (10,2%, p=0,0064) акцентуации характера (Рисунок 5), а также, по Пятифакторному личностному опроснику (Хромов А.Б., 2000) такие патопсихологические черты как интроверсия (p<0,001), педантичность (p=0,0032), обособленность (0=,0021) и высокий самоконтроль (p<0,001: точность и аккуратность в делах, соблюдение общепринятых норм поведения в обществе) (Рисунок 6).



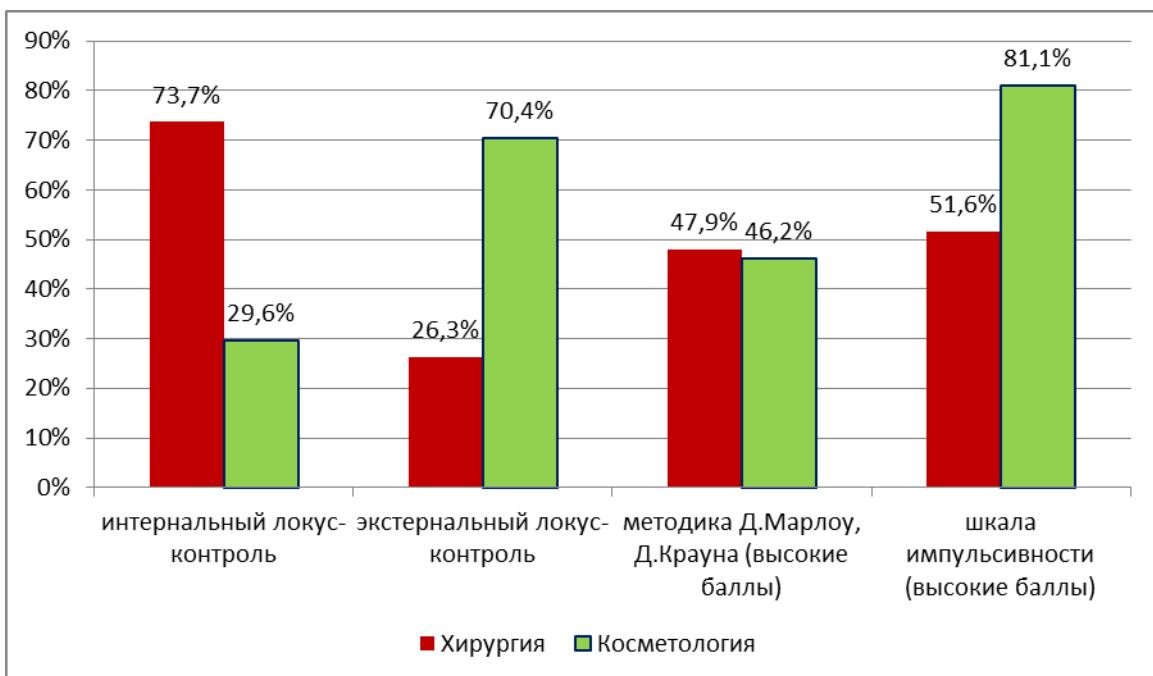
**Рисунок 5. Частота встречаемости личностных акцентуаций у пациентов пластического хирурга и косметолога (%), Характерологический опросник К.Леонгарда (Леонгард К., 1981))**



**Рисунок 6. Частота встречаемости личностных характеристик у пациентов пластического хирурга и косметолога (%), Пятифакторный личностный опросник (Хромов А.Б., 2000))**

Во второй подгруппе при оценке данных самоопросников установлено, что у пациентов косметолога доминируют акцентуации демонстративного (31,4%,  $p=0,0058$ ) и тревожно-фобического типов (16,7%,  $p=0,0055$ ) (Характерологический опросник К.Леонгарда, Рисунок 5), а также такие личностные черты, как экстравертированность (“общительность, коллективизм, широкий круг знакомств, оптимизм, тяготение к острым, возбуждающим впечатлениям, риску”), экспрессивность (“легкомысленность, недостаточно серьезное отношение к систематической деятельности”), эмоциональная неустойчивость, импульсивность (“естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам, отсутствие настойчивости в достижении цели”) (Пятифакторный личностный опросник, Рисунок 6) (Хромов А.Б., 2000).

Полученные данные дополняются и соотносятся с результатами исследования пациентов пластического хирурга и косметолога с использованием иного набора психометрических шкал (Рисунок 7). При патопсихологическом обследовании доминирование интернального локус контроля установлено у 207 (73,7%) из 281 пациентов хирурга и 55 (29,6%,  $p<0,001$ ) из 186 пациентов косметолога, экстернальный – у 74 (26,3%) против 131 (70,4%,  $p<0,001$ ) соответственно, высокие баллы по методике диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна у 134 (47,9%) из 281 и 86 (46,2%) из 186 соответственно, по шкале импульсивности Плучика – у 145 из 281 (51,6%) и 151 из 186 (81,1%,  $p<0,05$ ) соответственно.



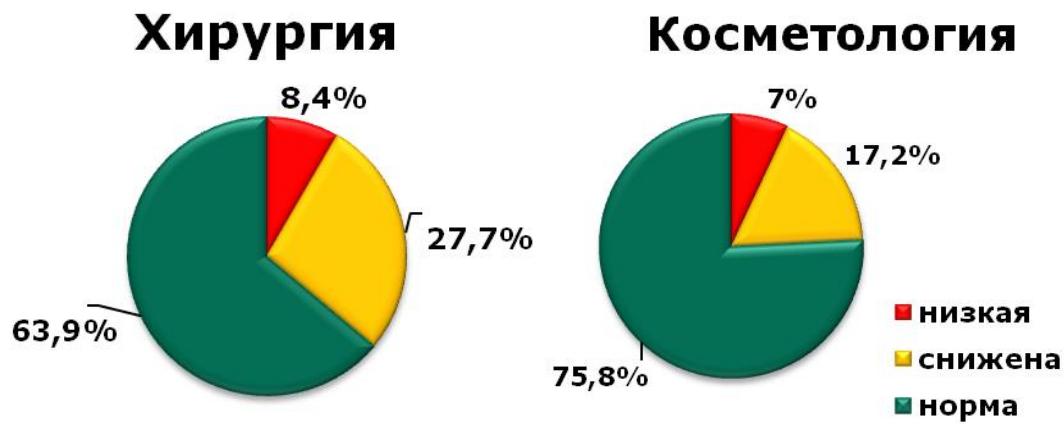
**Рисунок 7. Сравнение результатов психометрического обследования пациентов пластического хирурга (n=281) и косметолога (n=186)**

Несмотря на то, что пациенты обеих подгрупп незначительно отличались по показателям субъективной значимости психоэмоциональных стрессов по шкале Холмса-Рея (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967) (Таблица 12.), обращает на себя внимание тот факт, что в обеих подгруппах состояние собственного здоровья не являлось доминирующим стрессогенным фактором для пациентов. Более того, предстоящее оперативное вмешательство не воспринималось пациентами пластического хирурга как значимый стресс, что несколько отличается от сообщений других авторов (Крылов В.И., 2016; Rohrich R.J., 2000; Vindgni V. et al., 2002; Picavet V.A. et al., 2013).

**Таблица 12. Ранговые показатели стрессовых событий по шкале Холмса-Рея у пациентов двух подгрупп**

<b>Ранг</b>	<b>Пациенты пластического хирурга</b>	<b>Пациенты косметолога</b>
<b>1.</b>	Вынужденное изменение привычного стиля поведения	
<b>2.</b>	Семейные неурядицы или изменение семейного статуса	
<b>3.</b>	Состояние собственного здоровья	Служебные и карьерные события
<b>4.</b>	Служебные и карьерные события	Состояние собственного здоровья
<b>5.</b>	Решение финансовых проблем	
<b>6.</b>	Взаимоотношения с друзьями	Мелкие правонарушения (Проблемы с законом)
<b>7.</b>	Мелкие правонарушения (Проблемы с законом)	Взаимоотношения с друзьями

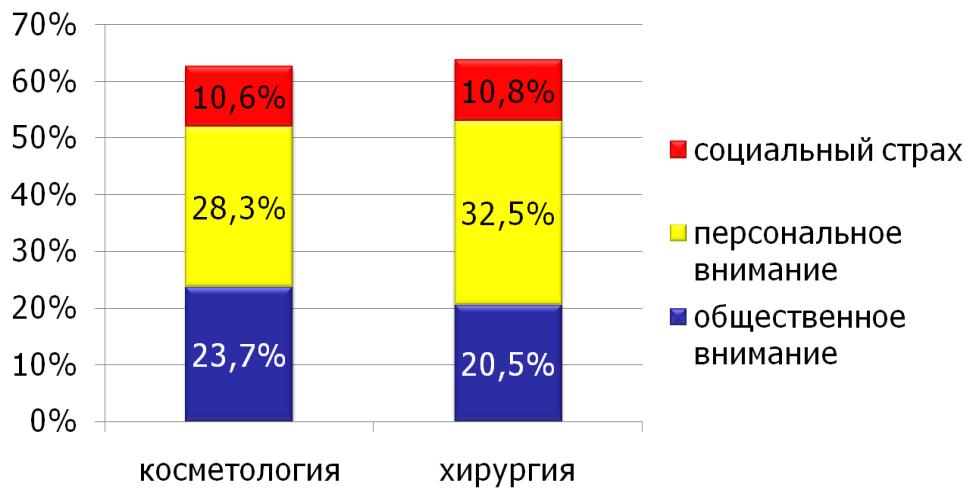
В то же время, пациенты хирургического стационара достоверно чаще ( $p<0,05$ ), чем пациенты косметологического отделения, характеризовались низким и сниженным уровнем стрессоустойчивости (Рисунок 8). При том средние показатели (баллы) низкой и сниженной стрессоустойчивости у них были ниже, чем во второй подгруппе ( $363\pm11,9$  и  $192,3\pm12,1$  против  $480,5\pm17,1$  и  $203,6\pm11,5$  соответственно).



**Рисунок 8. Показатели стрессоустойчивости у пациентов пластического хирурга и косметолога (%), Шкала Холмса-Рея (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967)**

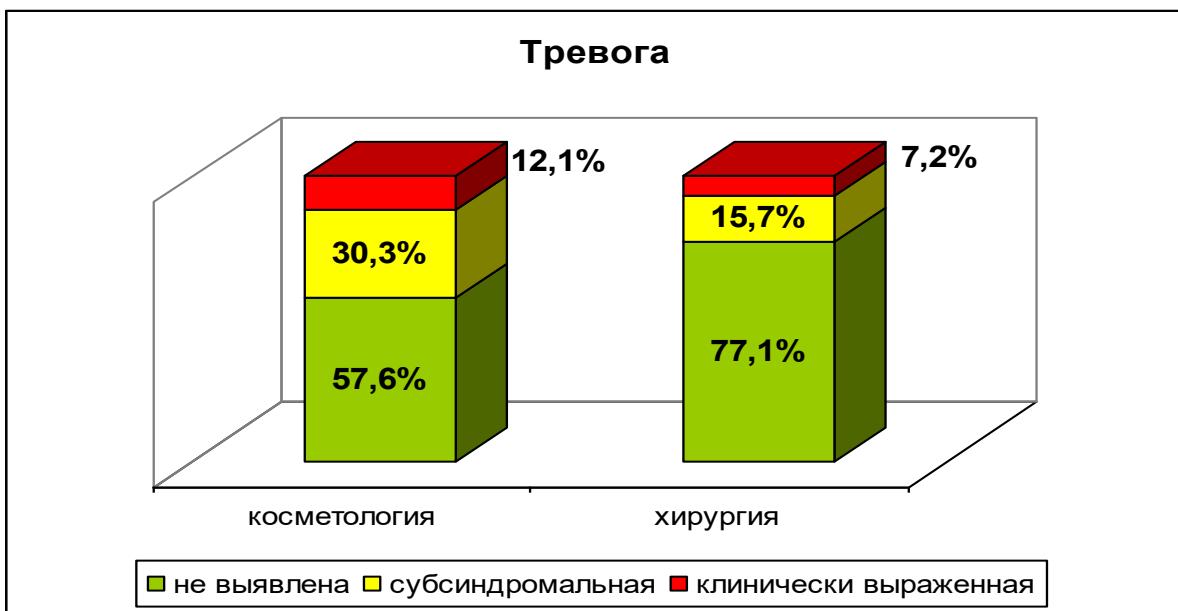
При изучении патопсихологических характеристик пациентов обеих подгрупп по опроснику “Устойчивых форм Я-внимания” (Кондаков И.М., 1997) зафиксированы близкие значения частоты встречаемости повышенного персонального и общественного внимания, социального страха (Рисунок 9).

### Опросник устойчивых форм Я-внимания

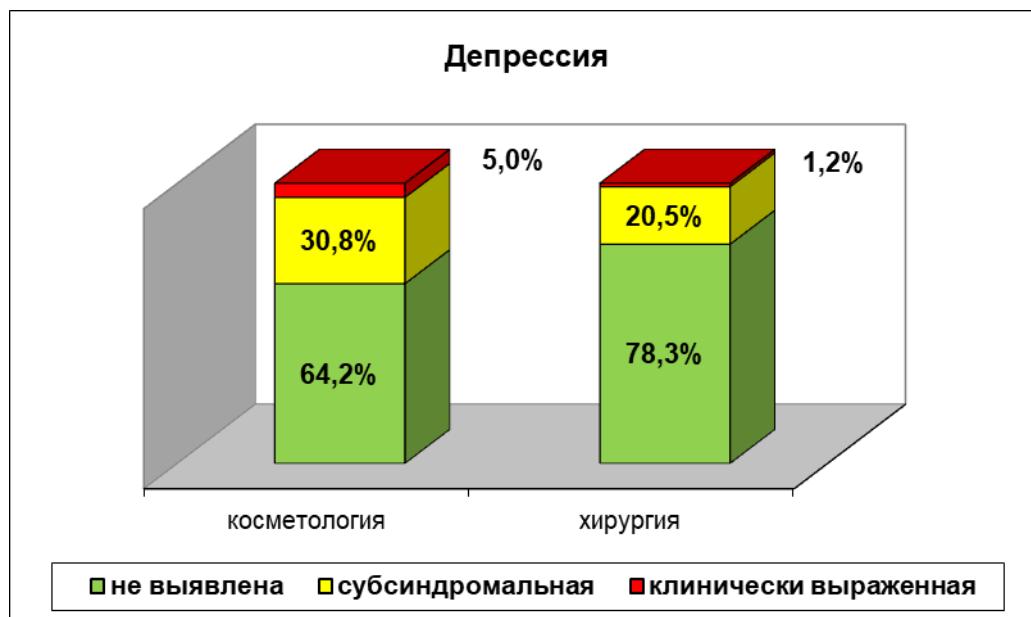


**Рисунок 9. Патопсихологические характеристики пациентов пластического хирурга и косметолога (%, Опросник “Устойчивых форм Я-внимания” (Кондаков И.М., 1997))**

При сопоставлении данных опросника для выявления тревоги и депрессии Цунга установлено, что пациенты пластического хирурга достоверно реже, чем пациенты косметолога, отмечают у себя симптомы тревоги (22,9% против 42,4%,  $p<0,001$ ; Рисунок 10) и депрессии (21,7% против 35,8%,  $p=0,005$ ; Рисунок 11).



**Рисунок 10. Встречаемость симптомов тревоги у пациентов пластического хирурга и косметолога (%, Опросник Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965))**



**Рисунок 11. Встречаемость симптомов депрессии у пациентов пластического хирурга и косметолога (%, Опросник Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965))**

Сравнение частоты встречаемости отдельных симптомов депрессии свидетельствует о синдромологической сопоставимости аффективных расстройств у пациентов двух подгрупп (Таблица 13). В то же время достоверные отличия касаются большей частоты встречаемости у пациентов пластического хирурга таких симптомов как дисфория ( $p<0,0001$ ), снижение либидо ( $p<0,0001$ ), а у пациентов косметолога – идей малоценностии ( $p<0,0001$ ) и суицидальных мыслей ( $p<0,0001$ ).

Особо следует отметить, что среди всех пациентов с ДМР, обратившихся к врачам с целью коррекции внешности, 25,7% констатировали у себя наличие мыслей о смерти.

**Таблица 13. Частота встречаемости симптомов депрессии у пациентов двух подгрупп (опросник Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965))**

Пациен ты (n=467)	Симптомы (%)							
	Ангед ония	Инсо мния	Дисф ория	Когни тивн ые нару шени я	Идеи мало ценны ости	Сни жен ие либ идо	Сомати ческие симпто мы	Суицида льные мысли
<b>Космет ология (n=186)</b>	26,3	39,8	32,3	31,7	21,0	19,9	45,7	17,2
<b>Муж*</b>	26,3	47,4	31,7	26,3	14,0	14,0	45,6	21,1

(n=57)								
Жен**( n=129)	27,1	39,5	33,3	34,1	23,3	21,7	46,5	16,3
<b>Хирург ия</b> (n=281)	25,3	34,9	48,0	32,4	12,1	32,4	42,3	8,5
Муж* (n=21)	23,8	23,8	76,2	0	0	23,8	23,8	23,8
Жен**( n=260)	26,2	36,5	48,1	35,0	13,1	33,8	44,2	7,7
* % от числа мужчин								
** % от числа женщин								

Обобщая представленные в главе данные, можно сделать заключение о наличии общих для большинства пациентов с ДМР, имеющих необъективные претензии к своей внешности и обращающихся к врачам эстетической медицины с целью их коррекции, патохарактерологических черт: демонстративности (23%), ригидности (21%) и инертности (19%) психических процессов с продолжительным переживанием психотравмирующих событий и склонностью к формированию сверхценных идей.

Среди гетерогенных патопсихологических характеристик указанного контингента наиболее распространеными являются эмоциональная неустойчивость, неспособность контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, капризность, заниженная самооценка, обидчивость,

ожидание неприятностей, подверженность депрессивным реакциям, стремление быть независимым и самостоятельным, избегание общественных поручений, небрежность при выполнении своих обязанностей, предпочтение абстрактных идей конкретным явлениям действительности.

В литературе большинство из указанных патохарактерологических и патопсихологических черт описываются преимущественно в рамках личностных девиаций (расстройств, акцентуаций) истерического или нарциссического круга. В частности, по мнению разных авторов, основными свойствами личностной патологии истерического спектра являются “стремление привлечь внимание”, “жажда признания”, “склонность к подражанию, выдумкам и фантазиям”, “капризность”, “ориентированность поведения на внешний эффект”, “следование моде” и т.п. (Шостакович Б.В., 2000; Соколова Е.Т., 2011; Смулевич А.Б., 2012; Левицкая И.М., Попиль М.И., 2017; Millon T., 1996).

Для нарциссических личностных девиаций характерны “высокомерие”, “самонадеянность”, “сознание собственной избранности”, “охваченность фантазиями о неограниченном успехе”, “непереносимость критики и любым замечаниям, идущим вразрез с их представлениями о собственной уникальности”, в том числе в отношении внешности. Пациент, страдающий нарциссическим расстройством, может испытывать “зависимость к физическим возможностям своего знакомого, его внешним данным” (2000; Смулевич А.Б., 2012; Левицкая И.М., Попиль М.И., 2017; Millon T., 1996).

Полученные на первом этапе исследования результаты позволяют составить предварительное представление о потенциальных личностных факторах риска, определяющих необоснованное недовольство собственной внешностью и формирование дисморфии у пациентов в выборке.

Выявленные в ходе патопсихологического обследования у 63% пациентов признаки повышенного персонального внимания (традиционно приписываемые нарциссическому складу личности) либо общественного

внимания (характерные для истерической, тревожно-мнительной и ипохондрической личностей (Шостакович Б.В., 2000; Соколова Е.Т., 2011; Смулевич А.Б., 2012; Millon Т., 1996)), а также социального страха (реализующегося на психопатологическом уровне социофобией (Александровский Ю.А., 2008, 2021), рассматриваются в литературе как основные “мотивирующие факторы” обращения к пластическому хирургу и косметологу (Куроедова В.Д., 2005; Sobanko J.F. et al., 2015; Dadkhahfar S. et al., 2021). Однако около 37% пациентов общей выборки не обнаруживали ни одного из этих патопсихологических феноменов. Такие результаты позволяет предположить наличие иных, требующих дальнейшего изучения, факторов риска ДМР и мотивационных механизмов обращения к врачам.

В тоже время при сравнении двух подгрупп пациентов установлено, что к помощи пластических хирургов прибегают преимущественно пациенты женского пола с низкой стрессоустойчивостью и высокой частотой встречаемости симптомов дисфории и суицидальных мыслей. Избегают радикальных хирургических вмешательств и обращаются к косметологам пациенты более старшего возраста, характеризующиеся более высоким личностным уровнем стрессоустойчивости, но чаще отмечающие у себя актуальные симптомы тревоги и депрессии.

Полученные в настоящем исследовании психометрические данные о наличии у 31,7% пациентов необоснованно недовольных своей внешностью симптомов депрессивных и у 36,8% - тревожных расстройств соответствуют результатам исследований, выполненных на выборках пациентов общемедицинских стационаров и амбулаторий (Андрющенко А.В., Романов Д.В., 2010; Драпкина О.М. с соавт., 2022). Следует подчеркнуть, что эти результаты противоречат мнению ряда исследователей, ранее сообщавших о значительно большей частоте встречаемости тревожных и депрессивных состояний у пациентов с ДМР, обращающихся к врачам с целью коррекции внешности (Лобач О.И. с соавт., 2018; Петрова Н.Н., Палатина О.М., 2020;

Meningaud J.P. et al., 2003; Phillips K.A. et al., 2004; Kelly M.M. et al., 2010).

Возможным объяснением этому являются методологические отличия проводимых исследований, а также акцент настоящего исследования на пациентах с необоснованным недовольством собственной внешностью, без сопутствующей морфологической, соматической или функциональной патологии наружных органов.

Необходимо обратить внимание на сопоставимость пациентов, обращающихся к косметологу и пластическому хирургу, по частоте встречаемости других психометрически выявляемых симптомов депрессии (ангедония, инсомния, когнитивные нарушения и соматические эквиваленты тревоги и депрессии).

Обнаружение достоверных различий в структуре патохарактерологических и патопсихологических расстройств у пациентов пластического хирурга и косметолога, имеет важное практическое значение, поскольку обуславливает различные подходы к психофармакотерапии и психотерапии указанных расстройств в случае их декомпенсации.

Для преодоления ограничений данного этапа настоящего исследования, связанных с использованием психометрического метода обследования, не позволяющего оценить клинико-психопатологические характеристики выявленных симptomокомплексов и их нозологическую природу (аффективные расстройства, шизофрения, расстройства личности и т.п.), типологию в соответствии современным международным классификациям и клинико-динамические показатели патохарактерологических и психических расстройств, определить степень их выраженности, был проведен второй этап исследования с использованием клинико-психопатологического и клинико-катамнестического методов обследования пациентов с ДМР пластического хирурга и косметолога.

## **ГЛАВА 4**

### **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ДИСМОРФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА**

Следует заметить, что оценка динамики ДМР в современных исследованиях практически не проводится: дисморфия рассматривается как срезовое явление, актуальное на момент проведения исследования, либо как длительное (хроническое) психопатологическое состояние (Лебединская К.С., Немировская С.В., 1973; Тверитина А.Е. с соавт., 2024; Gupta R. et al., 2013; Lekakis G. et al., 2016; Siegfried E. et al., 2018; Rangaprakash D. et al., 2019). Дальнейшая клинико-динамическая оценка состояния в большинстве случаев затрудняется недостаточной мотивированностью (инсайт) пациентов для повторного обращения к психиатру (Николаев Ю.С., 1945; Фильц А.О., 1993; Смулевич А.Б. с соавт., 2004; Фролова В.И., 2006; Nystrom G., 2007; Paik A.M. et al., 2014; Schulte J. et al., 2020; Koenig Z.A. et al., 2021).

Клинико-психопатологический и катамнестический методы обследования пациентов в выборке позволили установить 3 варианта динамики ДМР:

1. фазная (эпизодическое, ремиттирующее течение, 117 (41,6%) пациентов) - чаще психогенно или соматогенно провоцированное обострение ДМР с полной редукцией симптоматики в межфазные интервалы;
2. рецидивирующая (волнообразное, 93 (33,1%) пациентов) - с формированием неполной ремиссии дисморфической симптоматики с периодическими, чаще психогенно провоцированными (60 (64,5%) из 93 пациентов) обострениями;
3. хроническое (71 (25,3%) пациентов) - с динамикой без четких фаз, интервалов между ними и отсутствием ремиссий при постоянном

виоизменении клинической картины ДМР с нарастанием тяжести и присоединением психопатологической симптоматики других регистров.

На основании полученных в настоящем исследовании данных представляется обоснованным предположить, что возможными причинами, определяющими стереотип динамики ДМР, являются как длительность биологических и психосоциальных факторов риска (Глава 5), так и личностная предрасположенность, а также нозологическая принадлежность дисморфического синдрома.

Анализ результатов обследований больных свидетельствует и о клинической гетерогенности ДМР. На основании полученных данных выделено несколько типов ДМР: сверхценное, тревожно-фобическое (ипохондрическое), обсессивно-компульсивное, депрессивное и психотическое (бредовое, аффективно-бредовое).

#### **4.1. Сверхценный тип ДМР**

У 73 (26%) пациентов (4 мужчин, 69 женщин, средний возраст –  $31,6 \pm 8,8$  лет) на момент обследования выявлялись монотематические дисморфические сверхценные убеждения и гиперболизированная, доминирующая в сознании обеспокоенность о наличии внешнего уродства в связи с имеющимся минимальными физическими особенностями тела (небольшая горбинка на носу, пигментный невус, одиночная морщинка и т.п.).

Несмотря на наличие высшего и неполного высшего образования у 79,5% больных, социо-демографические показатели в подгруппе в сравнении с общей выборкой были не удовлетворительными. Почти половина пациентов (47,9%) никогда не состояли в браке и не имели детей, 11% - были разведены. Не работали и не учились – 31,5% пациентов.

В преморбиде пациентов группы преобладали истерические (61,6%), ананкастические (47,9%), нарциссические (31,5%), шизоидные (20,5%) и

гипертимические (11%) акцентуации и их различные сочетания. У 32 (57,5%) пациентов диагностированы РЛ истерического и нарциссического типов.

Отношение к соматическим нагрузкам характеризовалось у 57,5% больных соматотонической (по W.H. Sheldon, 1954), в 42,5% – соматопатической (по S. Rado, 1953) акцентуациями.

ДМР развивалось преимущественно в подростковом возрасте (83,6%) на фоне психогенной провокации (насмешки сверстников, замечания родителей или знакомых, ятrogenно). Большинство пациентов при этом были убеждены во врожденном характере “недостатков внешности” (нос – 42,4%, грудь – 26%, уши, живот по 10,3%, губы – 9,6%). Лишь у 16,4% пациентов дисморфия развилаась в послеродовый период в возрасте старше 30 лет. Средняя длительность персистирования ДМР на момент осмотра составляла  $12,6 \pm 7,4$  лет. Преобладали фазная (52,1%) и волнообразная (43,8%) динамика.

Характерными клиническими проявлениями сверхценного типа ДМР у пациентов являлись выраженный, напряженный кататимный аффект в отношении своей внешности и эмоционально болезненная фиксация несоответствия собственным или заимствованным из внешних источников представлениям (приобретающих степень овладевающих) о привлекательной внешности. В тоже время следует отметить ситуативность обострений дисморфических идей, их не систематизированный, не разработанный характер. У больных на высоте обострения симптоматики развивались обманы восприятия по типу иллюзий дисморфического содержания (“дисморфические иллюзии” по J. Shin с соавт., 2020): пациенты описывали визуально или тактильно “фиксируемые” изменения формы, размера, местоположения “дефекта” или “содержащей его” части тела.

Наиболее типичными поведенческими проявлениями ДМФ являлись частое рассматривание себя в зеркале и в других отражающих поверхностях

(“симптом зеркала” (Коркина М.В., 1984; Phillips K.A., 2011), 93,2%) с целью найти выгодный ракурс, в котором предполагаемый “дефект” не виден, и определить, какая именно коррекция необходима, а также идеи ликвидации “обезображивающих дефектов”, также приобретающие в сознании пациентов доминирующий (овладевающий) характер. Реже (6,8%) наблюдалось, напротив, избавление от зеркал, категорический отказ под разными предлогами фотографироваться из-за страха, что снимок “увековечит уродство” (“отрицательный симптом фотографии” (Фаустова А.Г., 2017; Phillips K.A. et al., 2010; Joseph J. et al., 2016)). Также пациенты постоянно сравнивали свой внешний вид или отдельные части тела с аналогичными у “кумира” (75,3%, синдром «кипы фотографий» (Allen A., Hollander E., 2000; D. Sarcu, P. Adamson, 2017)), настойчиво обращались к близким за подтверждением наличия “дефекта” (82,2%), чрезмерное увлекались диетами и физическими упражнениями (67,1%). Все больные занимались поиском информации, имеющей отношение к возможностям коррекции “дефекта”, в специализированной или популярной литературе, средствах массовой информации, Интернете.

Дальнейшая динамика психопатологического состояния характеризовалась присоединением к ДМР сенситивного развития у всех пациентов и социофобии (26%), проявлениями которых являлись особенности поведения со стремлением к маскировке/скрытию (использование косметики, ношение мешковатой одежды) или “исправлению”, “коррекции” мнимого недостатка (чрезмерный уход за внешностью с чисткой кожи, выщипывание волос и т.д.).

Содержанием сенситивных идей становились доминирующие представления об уродливой фигуре или других мнимых признаках физической неполноценности как объекте всеобщего обсуждения и/или осмеяния, бросающемся в глаза и находящемся в центре внимания окружающих.

При социальной фобии больные отмечали выраженный страх оказаться в центре внимания из-за косметического “дефекта” при осознании чрезмерности или необоснованности беспокойства.

Зачастую (57,5%) поведение пациентов характеризовалось избеганием ситуаций межличностных контактов (отсутствие половых и семейных отношений, замкнутый образ жизни, дистантный характер работы), что приводило к значительной социальной дезадаптации, нередко (28,8%) завершающейся полной социальной изоляцией. Испытывая неловкость, стыд и смущение на людях, больные сокращали контакты даже с близкими, не пользовались общественным транспортом, переставали посещать учебные заведения, бросали работу, семью.

Обращение к косметологу или пластическому хирургу пациенты связывали с появлением достаточных финансовых возможностей для проведения “давно назревших” коррекционных процедур для восстановления якобы утраченного к себе внимания, сочувствия или заботы окружающих. При этом основными целями обращения больные называли потенциальное улучшение стереотипов межличностного общения: приобретение в результате лечения “раскрепощенности”, чувства “внутреннего удовлетворения”, “уверенности в себе”, создание семьи, трудоустройство.

Несмотря на полученную информацию о возможных осложнениях процедур, отсутствие гарантий достижения поставленных задач, полного соответствия запросам, в большинстве наблюдений (57,5%) пациенты после непродолжительных сомнений в необходимости косметологические и хирургических манипуляций, заявляли, что готовы в дальнейшем проводить повторные курсы лечения до достижения необходимого им результата.

В послеоперационный период только 37% пациентов выражали удовлетворенность результатами лечения. У части из них (13 из 27 набл., 48,1%) полностью или частично нивелировались сенситивные идеи и социофобия. При этом все пациенты высказывали недоумение по поводу

отсутствия ожидавшегося 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. На этом фоне спустя 3-8 месяцев после проведенной терапии больные вновь обращались к специалистам эстетической медицины.

Несмотря на присоединение сенситивных идей и вторичной социофобии, представляется обоснованным выделение сверхценного ДМР в качестве самостоятельного типа в связи с отсутствием стойкой взаимосвязи или коморбидности с психопатологическими симптомами аффективного, ипохондрического или психотического круга. Обсессивно-компульсивная симптоматика при данном типе ограничена лишь ритуальным изучением внешности, фотографий, мнений окружающих и использованием маскирующего макияжа. В отличие от бредовых расстройств симптоматика носит неустойчивый и несистематизированный характер, на время может быть скорректирована мнением врача или близких, а пациенты сохраняют достаточную критичность к содержанию мыслей, не обнаруживая навязчивый или интрузивный характер идей внешнего метаморфоза. Этими же особенностями ДМР определяется, по всей видимости, и полное отсутствие в этой группе запроса на лечение у психиатра или психотерапевта.

В тоже время при клинико-катамнестическом обследовании именно в данной группе зафиксирована самая частая (16 пациентов, 21,9%) динамика клинической картины в другие типы ДМР (депрессивный, ипохондрический, бредовой). Представляется оправданным предположить, что сверхченное ДМР в ряде случаев является транзиторным типом дисморфии, что подтверждается результатами исследований некоторых авторов (Илюшина Е.А., Ткаченко А.А., 2015; Allen A., Hollander E., 2000; Shridharani S.M. et al., 2010).

Иллюстрирующий Клинический пример представлен в Приложении 1.

#### **4.2. Ипохондрический тип ДМР**

В 65 (23,1%) набл. (6 мужчин, 59 женщин, средний возраст –  $55,1 \pm 6,1$  лет) обращение за хирургической коррекцией внешности было обусловлено наличием тревожно-фобической симптоматики ипохондрического содержания.

В целом, несмотря на достижение 46,2% пациентами пенсионного возраста, социально-трудовая адаптация в подгруппе высокая: высшее или неполное высшее образование имели 69,2%, временно не работали лишь 9,7%; 70,8% состояли в браке, только 9,2% никогда не создавали семью.

Преморбид пациентов в группе реализовался комбинациями истерических (81,5%), ананкастических (40%), тревожно-мнительных (35,4%) и нарциссических (4,6%) черт. Преобладающей соматопсихической акцентуацией являлась соматопатия (75,4%).

Актуальное ДМР манифестиравало/экзацербировало в основном в период инволюции (перименопауза, 75,4%) в рамках динамики РЛ и на фоне легкого или умеренного органического (сосудистого) поражения головного мозга (20%). Средняя длительность персистирования психопатологической симптоматики к моменту осмотра составляла  $17,5 \pm 6,4$  мес. Наиболее часто у пациентов с данным типом ДМР отмечалась волнообразная динамика дисморфии (78,5% пациентов,  $p=0,0017$ ), реже – хроническая (15,4%) и фазная (6,1%).

В качестве пускового механизма дисморфии в большинстве случаев (84,6%) выявлялось наличие психоэмоционального стресса в форме диагностирования у больных симптомов или начальных стадий соматического заболевания (артериальная гипертензия, сердечная аритмия, стенокардия, хронические гастрит, дуоденит, панкреатит, холецистит, бронхит, артрит и т.п.).

Доминирующим психопатологическим синдромом у больных этой группы являлся страх смерти (танатофобия). Ежедневно визуально и тактильно фиксируемые возрастные изменения внешности (физиологический птоз молочных желез, формирование морщин, пигментные пятна и т.п.) воспринимались пациентами как симптомы возможного наличия или появления неизлечимых смертельно опасных заболеваний (ИБС, ГБ, рак и т.п.) и/или приближающихся одряхления, старости, инвалидизации и смерти. Помимо тревоги по поводу мнимых или малозаметных дефектов внешности пациенты отмечают страх старения, с ужасом фиксируют любые признаки увядания кожи; еще до появления возрастных изменений начинают пользоваться различными наружными средствами (маски, кремы), обладающими в их представлении профилактическим эффектом.

При обращении к пластическому хирургу 84,6% пациентов высказывали недовольство “возрастными” изменениями лица или его частей (веки, подбородок и т.п.), груди (10,8%) или живота (4,6%).

Основной целью обращения к специалистам эстетической медицины пациенты считали “возвращение утраченного здоровья”, “тонуса” организма в целом ли какой-либо его части (кожи, носа, кистей рук т др.). Лишь 35,4% больных в ходе психотерапевтических бесед формально соглашались с мнением, что значимый для них “дефект” внешности не в обязательном порядке обусловлен патологией внутренних органов, высказывали сомнение в необходимости проведения или благоприятном исходе хирургического вмешательства. Напротив, большинство, соглашаясь с преувеличением значимости и связи внешних изменений с соматическим заболеванием, планировали продолжать лечение у косметологов, при “необходимости” были готовы провести повторные операции, чтобы уменьшить “внешние проявления старения организма”.

Параллельно с обращением к специалистам эстетической медицины пациенты проходили многочисленные обследования у иных специалистов

(Тверитина А.Е. с соавт., 2024; Zaidems S.H., 1950; Nystrom G., 2007). При обнаружении отклонений в анализах или выявлении реального соматического заболевания больные катастрофизировали их выраженность и последствия, отслеживали малейшие отклонения в функционировании организма. При этом отмечались различные варианты “патологического самоощущающего” поведения в болезни: истерической (24,6%) или “маскированной” (75,4%) ипохондрии (Фильц А.О., 1993; Смулевич А.Б. с соавт., 2009; Ladee G., 1966).

При истероипохондрическом развитии пациенты становились частыми посетителями различных медицинских учреждений и потребителями медицинских услуг, отказывались от прежних привычек, снижали рабочие и бытовые нагрузки, перераспределяли обязанности на окружающих и манипулировали близкими с целью создания “благоприятной”, “спокойной” атмосферы. Активная борьба с мнимым или преувеличенным дефектом включала многочисленные обследования (вплоть до колоноскопии), строгие изнуряющие диеты, чтение специальной медицинской литературы, поиск медицинской информации на веб-сайтах в Интернете, могущей подтвердить связь “изменений внешности” и соматического заболевания (Е.В.Матюшенко, 2011; Дороженок И.Ю. с соавт., 2014).

В рамках “маскированной ипохондрии” пациенты напротив, всё меньше обращались к врачам официальной медицины, “чтобы избежать негативной информации о динамике заболевания”, и увеличивали количество “обследований и лечения” у парамедиков, народных целителей и знахарей, экстрасенсов и т.п.

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

В постоперационный период только 24,6% больных высказывали осторожную надежду на достижение поставленных целей, позитивно оценивали результаты хирургических вмешательств. Остальные пациенты косметолога и пластического хирурга крайне тревожно реагировали на изменение соматического состояния, сосредоточивая внимание не на собственно внешних изменениях, а на нюансах функционирования внутренних органов, жаловались на “ухудшение здоровья”, “плохое самочувствие”, настаивали на проведении дополнительных инструментальных и лабораторных обследованиях, требовали приглашения узких специалистов для обсуждения динамики функциональных показателей.

На комплексное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение пациенты с ипохондрическими ДМР соглашались охотно, однако характеризовались низкой приверженностью к терапии и быстрым прекращением лечения из-за опасений “навредить организму” и невозможности дальнейшего получения эстетической помощи “на фоне психотропов”.

Иллюстрирующий Клинический пример представлен в Приложении 2.

#### **4.3. Обсессивно-компульсивный тип ДМР**

Обсессивно-компульсивная дисморфия выявлена у 31 (11%) пациента (2 мужчин, 29 женщин, средний возраст – 28,3±3,7 лет).

Социо-демографические характеристики подгруппы указывали на сравнительно низкую адаптацию большинства больных: хотя многие имели незаконченное высшее или высшее образование (67,7%), работали/учились на момент обследования – 3 (9,7%) пациентов, не состояли в браке 14 (45,2%), разведены — 3 (9,7%).

Преморбид больных характеризовался ананкастическими (74,2%) и истерическими (61,3%) чертами с преимущественно соматотонической соматопсихической акцентуацией (80,6%).

Обсессивно-компульсивное ДМР манифестирувало у пациентов с РЛ (29%) или малопрогредиентной формой шизофрении (71%) в послеродовый период (61,3%) или аутохтонно в подростковом возрасте (38,7%). Средняя длительность дисморфической симптоматики составляла  $6,5 \pm 4,4$  лет на момент обследования.

Навязчивые идеи видоизменения частей тела с целью достижения “абсолютной” симметрии во внешности или “идеальных” (Чемянов Г.С., 2012; Janet P., 1903) математически выверенных, пропорций (“тяга к перфекционистскому идеалу” (Nouraei, S.A. et al., 2009), “интернальный перфекционизм” (Матюшенко Е.В., 2011)) сопровождались у пациентов чувством беспредметной тревоги и непреодолимым желанием совершать различные косметологические манипуляции как с помощью специалистов, так и самостоятельно в домашних условиях (удаление пигментных пятен, выщипывание волос и т.п.). При этом больные осознавали свою озабоченность внешним видом и поведение как чрезмерные, нерациональные, назойливые и неуместные, возникающие помимо их желания, не приносящие стойкого удовлетворения, отнимающие неоправданно много времени и мешающие повседневной деятельности.

При обращении к специалистам эстетической медицины пациенты высказывали обычно недовольство формой груди или живота (71%) и носа (29%).

Обращение к косметологам и пластическим хирургам приносило пациентам лишь временное облегчение в период обследований и/или предоперационной подготовки: уменьшалась выраженность тревоги, интенсивность компульсий.

Сразу после операции больные отмечали возвращение навязчивых мыслей о состоянии собственной внешности, непреодолимую потребность увидеть результаты лечения и “корректировать” транзиторные послеоперационные осложнения (отеки, гематомы, ссадины). Больные

многоократно перепроверяли результаты терапии для чего часто и преждевременно снимали фиксирующие повязки (80,6%), самовольно делали перевязки (51,6%), совершали косметологические процедуры, согласуясь с собственной математической системой ритуалов (наложение определенного количества слоёв крема, протирания в определенную сторону и т.п.). В дальнейшем пациенты, уже скорректировавшие свою внешность, просили исправить «еще одну маленькую деталь», чтобы эта часть тела стала тоже идеальна (синдром «Златовласки» по D.Sarcu, P.Adamson, 2017).

У больных шизофренией с данным типом ДМР в динамике фиксировалось расширение обсессивно-компульсивной симптоматики за счет присоединения гетерогенных по структуре навязчивостей (навязчивый счет, хульные мысли, ритуалы, мизофобия). На публике (в отличие от ДМР других типов) пациенты не испытывали выраженного дискомфорта, неловкости или ограничений социальной активности из-за внешности. Основной дискомфорт и, соответственно, сенситивные идеи отношения у них связывались с необходимостью совершения разнообразных ритуалов, заметных окружающим.

Предложение о психофармакотерапии и психотерапии больные данной подгруппы встречали насторожено, длительно избегали принятия решения, ссылаясь на навязчивые сомнения. При этом согласившиеся на лечение пациенты отличались высокой степенью комплаенса и приверженностью терапии (90%).

Иллюстрирующий данный тип ДМР Клинический пример представлен в Приложении 3.

#### **4.4. Депрессивный тип ДМР**

В 90 (32%) набл. (7 мужчин, 83 женщины, средний возраст –  $49,7 \pm 5,4$  лет) обращение к пластическому хирургу происходило на фоне актуального депрессивного состояния.

На момент осмотра 80% пациентов подгруппы состояли в браке, 92,2% имели детей (двух и более – 47,8%). Получили высшее и неполное высшее образование и работали 80%.

Аффективные расстройства реализовались у пациентов с преморбидно различным сочетанием истерических (62,2%), ананкастических (обсессивно-компульсивных, 35,6%), тревожно-мнительных (35,6%), нарциссических (15,6%) и шизоидных (12,2%) черт, а также соматотонии (51,1%).

Согласно критериям МКБ-10 клинико-динамические характеристики аффективных расстройств на момент первичного осмотра соответствовали рекуррентному депрессивному расстройству (52,2%), биполярному аффективному расстройству (33,4%), дистимии (4,4%) и органическому расстройству настроения (10%).

Аффективные нарушения в большинстве наблюдений манифестирували/экзацербировали в связи с изменениями репродуктивного цикла: после родов (24,4%), в период перименопаузы (инволюции, 60%), ещё у 15,5% – на фоне патологии церебральных артерий. Лишь у 4,4% больных депрессия развилась после психогенной провокации. Средняя длительность текущего депрессивного эпизода достигала  $9,5 \pm 5,8$  мес.

В клинической картине депрессий на фоне жалоб на подавленность, апатию, астению, тревогу, ангедонию в социальной, физической сфере, нарушений сна, аппетита и либido, ведущее место занимали нехарактерные для эутимического состояния обследованных идеи малоценности, самоуничижения, недовольства и ущербности собственной внешности (форма части или лица в целом – 75,6%, груди – 15,5% или конечности – 7,7%), а также сенситивные идеи отношения (60%) и социальная фобия (35,6%). В депрессию больные избегали посещения многолюдных мест (общественный транспорт, магазины и т.п.), общения даже с близкими людьми, использовали косметологические средства и одежду для “маскировки” “некрасивых” частей тела. 15,5% больных высказывали

суицидальные мысли, однако отрицали планы по их реализации. Обращаясь к косметологу и пластическому хирургу, пациенты прямо заявляли основной целью “улучшение настроения”, “уменьшение чувства тревоги” при социальных контактах.

Большинство больных считали “взрослые” (80%) или “врожденные” (20%) изменения внешности причиной ухудшения настроения, ссылаясь на данные самостоятельно изученной литературы, средств массовой информации, мнение знакомых, других врачей. В ходе психодиагностических и психотерапевтических бесед лишь 27,8% пациентов высказывали сомнения в наличие дефектов внешности. При общении с лечащим хирургом только 20% больных выражали опасения в благоприятном исходе предстоящих операций.

У большинства пациентов (67,8%) фон настроения в послеоперационный период не менялся, оставаясь сниженным. Более того, не дожидаясь стойкой послеоперационной регенерации тканей (6 месяцев 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>4</sup>), и требовали “вернуть прежнюю внешность”, “восстановить, как было”.

У остальных 32,2% пациентов в ранний послеоперационный период (до 2 месяцев) отмечались симптомы реактивной гипомании сексуальной расторможенностью, переоценкой значения результатов лечения, построением мало реалистичных планов по другим изменениям внешности, расширение социального круга общения, улучшение внутрисемейных отношений и трудового статуса, что соотносится с наблюдениями С.А. Шамова (1982), анализировавшего результаты хирургического лечения

---

<sup>4</sup> Термин предлагается в связи с соответствием приводимых пациентами в постоперационный период жалоб критериям деперсонализации (Международная классификация болезней, 2005).

больных с различного рода косметическими дефектами лицевой области при частичном или полном разрешении психотравмирующей ситуации, связанной с косметическим недостатком. В тоже время, в изученной выборке в последствие состояние без дополнительных психогенных влияний самостоятельно нивелировалось вплоть до возвращения прежней депрессивной симптоматики с дисморфическими идеями.

В целом по данным катамнеза у 76,7% пациентов с описанным типом ДМР собственно дисморфическая симптоматика полностью обходилась на фоне специализированного лечения гипотимии или по мере самостоятельного разрешения депрессивного состояния.

Иллюстрирующий данный тип ДМР Клинический пример представлен в Приложении 4.

#### **4.5. Психотический тип ДМР**

Группу больных с ДМР в структуре психотических расстройств составили 22 (7,8%) пациента (2 мужчины, 20 женщин, средний возраст – 40,8±8,2 лет) с бредом различного содержания.

Показатели социальной адаптации пациентов были наихудшими по сравнению с другими подгруппами. Только 22,7% пациентов состояли в браке, 36,4% были в разводе или овдовели и не вступали в повторные браки, 40,9% – никогда не состояли в брачных отношениях. 59,1% пациентов не имели детей, 36,4% – воспитывали по 1 ребенку. Несмотря на наличие неполного высшего или высшего образования у всех больных, трудовой статус характеризовался частой сменой работ, функционированием не по профессии или не соответствовал квалификации специалиста. На момент осмотра работали лишь 3 (13,6%) пациентов.

Анамnestически преморбид 45,5% пациентов был оценен как истерический с различными акцентуациями (тревожный – 36,4%, гипертимный, гипопаранойяльный – по 22,7%, ананкастический - 18,2%). У

63,6% больных диагностирована соматопатическая соматопсихическая акцентуация, у 36,4% – соматотония.

Клинико-нозологическая квалификация бреда была гетерогенной: при шизофрении фабулу составляли преимущественно персекуторные (18,2%) или ипохондрические (22,5%) идеи; в рамках маниакальных фаз БАР – в основном дисморфические (дисморфомания, “паранойя красоты”, 45,5%), на фоне органического поражения церебральных сосудов – эротические (эротомания, 13,8%). Похожие наблюдения приводятся в работах М.В. Коркиной (1984), которая, опираясь на собственные наблюдения у пациентов подросткового и юношеского возраста, указывала, что “дисморфомания чаще возникает при шизофрении, в редких случаях – при органических заболеваниях головного мозга”.

Средняя длительность актуальной психотической симптоматики по объективизированным данным составляла около  $7,2 \pm 3,5$  мес.

При обращении к пластическому хирургу пациенты высказывали недовольство внешним видом сразу нескольких частей тела (лицо, грудь, ягодицы, конечности, живот) и не могли выделить приоритетное направление эстетической терапии, часто меняли жалобы.

Дисморфоманический бред (“красоты”, “уродства”, “носа”, “веса”, “внешнего вида” и т.д. (Вагина Г.С., 1966)) у пациентов концентрировался на идее наличия мнимого физического недостатка, неприятного для окружающих. В сознании больных доминировали ошибочные некорректируемые и определяющие поведение представления об “уродстве”, “аномалиях строения” или “деформации” определенных частей тела. На приеме у специалистов по эстетической медицине пациенты являлись плохими слушателями, часто перебивали врача, были фиксированы на том, чтобы объяснить свою теорию, рисовали свои собственные графики и изображения (синдром “утомительного клиента” или «у меня есть своя теория» (Sarcu D., Adamson P., 2017; Longley S.L. et al., 2019)), высказывали

нереалистичные ожидания, и демонстрировали отсутствие понимания, что они могут ожидать в результате косметологической процедуры или пластической операции. Пациенты неизбирательно посещали всех косметологов и хирургов в округе, использовали манипуляции, лесть и похвалы, чтобы добиться своего, часто забывали важную информацию/инструкции. У 24,1% больных картина заболевания принимала форму паранойи борьбы, проявляющейся настойчивыми требованиями хирургического вмешательства с сутяжной активностью, когда пациенты начинали “чувствовать себя преданными своим врачом”.

Кроме того, у больных выявлялись признаки аутоагрессии с целенаправленным стремлением к самостоятельному удалению (иногда с помощью бритвы, ножа, раскаленных предметов) “пигментных пятен” и других “уродующих” участков кожи или исправлению “дефекта” (сбивание и выдергивание волос, подрезание носа, подпиливание зубов) с последующим обращением к услугам эстетической медицины за коррекцией результатов вмешательств.

Среди других проявлений бредовое поведение при дисморфомании отмечался охранительный “отвлекающий камуфляж” (66,7%) мнимых дефектов с помощью особых маскирующих причесок или наложения яркого макияжа, ношение экстравагантной одежды или бросающихся в глаза драгоценностей с целью “отвлечения внимания от уродливой части тела”. Наряду с этим в ход шли затемненные очки, шляпы, одежда особого покроя, закрывающие эти части тела.

В условиях развития бреда на фоне маниакального аффекта с переоценкой и восторженным самолюбованием своими внешними данными отмечались безаппеляционность, множественность и неустойчивость претензий к внешнему виду, несоответствие запросов возрасту (например, подтяжка лица в 20 лет), сопровождающееся активным, назойливым обращением сразу к нескольким специалистам для коррекции “физического

недостатка”, требованиями всё новых методов обследований и терапии, при неспособности выполнять врачебные рекомендации, дожидаться эффекта, а также непродолжительными сутяжными реакциями с недовольством результатами операции, требованиями материальной компенсации и бредовыми интерпретациями поступков хирурга

Больные с персекуторными идеями обращались к врачам с просьбами изменить внешность для того, чтобы избавиться от мнимых претензий со стороны бывших возлюбленных, родственников или коллег по работе, “изводивших их замечаниями о внешних данных”. Пациенты были уверены, что окружающим заметен их “физический изъян”, “видели” как прохожие их сторонятся, “слышали перешептывание” за спиной. Постепенно при ухудшении состояния формировалась избегающая форма поведения, а затем больными предпринимались попытки “преследования преследователей” (конфликты, “выяснения отношений”). Результаты эстетических процедур рассматривались пациентами всегда 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 в качестве конечного результата лечения больные стремились нормализовать/восстановить утраченные, с их точки зрения, функции внутренних органов (дыхательной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем). “Нарушения” соматических функций обнаруживались больными в “проблемной зоне” при нормальном анатомическом строении тканей. Во всех наблюдениях бред характеризовался нелепостью (искривление носовой перегородки “влияет на поступление кислорода в разные половины легких”, форма скул ответственна за развитие обстипации и т.п.), но высокой степенью систематизации, детальной проработанностью, основывался на неверно интерпретированных

данных, полученных из специализированных литературных источников. Отсутствие ожидаемых от терапии результатов воспринималось больными как признак “недолеченности”, необходимости продолжить тот или иной вид лечения до полного восстановления здоровья (Zaidems S.H., 1950).

У 13,8% пациентов основной идеей обращения к врачу являлось достижение эротической привлекательности для партнера. При этом запросы пациентов носили неадекватный возрасту и/или соматическому состоянию характер. Значительно переоценивая свои физические возможности, не учитывая разницу в возрасте, социальном положении, больные были убеждены в том, что, пройдя хирургическое лечение, “безусловно” приобретут “неотразимую” в глазах объекта экстатической привязанности внешность, добываются взаимных чувств, вступят в брак или интимные отношения. Не добившись искомого после выписки, больные возвращались к специалистам эстетической медицины с жалобами на плохо проведенное лечение, требовали повторных и дополнительных процедур и/или операций. У 6,9% больных отмечено включение врача в систему эротического бреда, преследование со стороны пациента.

Один из иллюстрирующий данный тип ДМР Клинических примеров представлен в Приложении 5.

Сравнение представленности наиболее типичных симптомокомплексов при разных типах ДМР приведено в Таблице 14.

**Таблица 14. Клинические проявления при различных типах ДМР в выборке (n=281)**

Симптомы /синдромы, %	Тип дисморфии				
	Сверхце	Депресси	Ипохондр	Обсессивно-компульсив	Бредовая

	<b>нная</b>	<b>вная</b>	<b>ическая</b>	<b>ная</b>	
<b>“Зеркала”</b>	97,3	3,3	3,1	96,8	4,5
<b>“Фотографии”</b>	89,0	-	-	87,1	-
<b>“Кумира”</b>	58,9	-	-	48,4	-
<b>“Отвлекающий камуфляж”</b>	-	-	-	-	45,5
<b>Посещение врачей других специальностей</b>	2,7	53,3	76,9	-	22,5
<b>Аутодеструкция</b>	1,4	2,2	4,6	58,1	81,8
<b>Сенситивные идеи</b>	43,8	64,4	83,1	51,6	-
<b>Социофобия</b>	11,0	26,7	1,5	22,6	-
<b>Инсайт к ДМР</b>	75,3	-	-	100	-

Некоторые результаты исследования (Таблица 14) требуют дополнительных разъяснений и интерпретаций. В частности, отсутствие сенситивных идей отношения при бредовом типе дисморфии обусловлено наличием у пациентов более тяжелого, устойчивого, интерпретативного бреда отношения с тенденцией к расширению и присоединению идей ущерба. Критичность (наличие инсайта) к идеям мнимого физического недостатка при сверхценной дисморфии носит транзиторный характер, и

лишь при обсессивно-компульсивном типе ДМР является устойчивым в аспекте понимания пациентами интрузивного характера идей “внешнего дефекта” с попытками сопротивления им. Социофобические идеи части пациентов с обсессивно-компульсивным ДМР обусловливаются не страхом обнаружения “недостатков” внешности, а демонстрацией защитных ритуалов. Отвлекающий камуфляж и аутодеструктивное поведение при ДМР может быть расценено как вариант шизофренических реакций (Тазабекова Ж.К., 1989; Старостина, Е.А., 2021), свидетельствующих в пользу формирования ДМР в рамках расстройств шизофренического спектра.

Важно отметить, что данные из Таблицы 14 о клинической гетерогенность проявлений различных типов ДМР являются значимыми для дифференциальной диагностики дисморфии и выбора приоритетных целей и средств психофармакотерапии и психотерапии (Глава 6).

При оценке соотношения стереотипов динамики и клинической картины ДМР установлено, что эпизодическое обострение доминировало у пациентов с депрессивным (95,6%,  $p<0,0001$ ) типом ДМР. Волнообразная динамика наиболее часто отмечалась при обсессивно-компульсивном (80,6% пациентов,  $p<0,0001$ ) и ипохондрическом (78,5% пациентов,  $p=0,0017$ ) типах ДМР. Хронический тип динамики преобладал у пациентов со сверхценным (89% пациентов,  $p=0,0021$ ) и бредовым (100%,  $p<0,0001$ ) типом ДМР.

Полученные данные обследования пациентов в эстетической медицине свидетельствуют о полиморфной картине синдрома ДМР, развивающегося в рамках гетерогенной психической патологии (шизофрения, РЛ, аффективные расстройства, психические расстройства органического генеза), подчиненного её динамике. Клиническая картина ДМР может включать как монотематические сверхценные представления (26%) о “дефекте” внешности, требующем косметологической или хирургической коррекции, так и входить в структуру иных психопатологических симптомокомплексов (ипохондрический, депрессивный, обсессивно-компульсивный, бредовой).

Следует заметить, что в отдельных работах также указывалось, что дисморфические расстройства у пациентов косметологической клиники могут являться составной частью неврозоподобного ипохондрического, депрессивно-параноидного, паранойяльного и параноидного синдромов (Вагина Г.С., 1966; Беленькая Н.Я., 1972; Лебединская К.С., Немировская С.В., 1973; Морозов П.В., 1977; Тазабекова Ж.К., 1989; Zaidems S.H., 1950; Wilcox R.N. et al., 2020).

Кроме того, получены данные, позволяющие внести корректизы в существующие представления о динамических характеристиках ДМР. В частности, в изученной выборке у 74,7% пациентов течение ДМР не является непрерывно персистирующим, на что указывали ранее другие исследователи (Левитин В.Л., 1966; Дробышев Л.Н., 2006; Артемьева М.С. с соавт., 2007; Пицко Т.П. с соавт., 2024; Constantian M.B., 2013; Felix G.A. et al., 2014). При этом не следует исключать возможность перехода одного типа в другую при длительном персистировании дисморфии (Rangaprakash D. et al., 2019).

Полученные катамнестические данные указывают на отсутствие улучшения, и даже, напротив, на ухудшение психического состояния пациентов после проведения эстетических процедур или вмешательств, что подтверждается заключениями других исследователей (Марилова Т.Ю., Малыгин Е.Н., 1990; Осьминина А.А., 2021; Leist F.D. et al., 1977; Friel M.T. et al., 2010; Picavet V.A. et al., 2011; 2013; Herruer J.M. et al., 2015; Athulya E.I., Priyanka V.R., 2023). Более того, наличие психической патологии способствует персистированию недовольства собственной внешностью (Мартынов С.Е.. 2013; Медведева К.Ю. с соавт., 2023; Litner J.A. et al., 2008; De Brito M.J. et al., 2010, 2012; Cho A., Lee J.H., 2013; Quittkat H.L. et al., 2019). Клиническая структура ДМР определяют обращение к врачу, но и осложняет течение пред- и постоперационного периодов (амплификация обсессивно-компульсивных, соматоформных, алгических, астенических, вегетативных симptomокомплексов, нарушения сна), увеличивает

длительность пребывания в стационаре, усиливает социальную изоляцию, способствует развитию межличностных конфликтов; снижает степень удовлетворенности пациента результатами пластической операции или косметологического лечения, уровень участия пациента в лечебном процессе и реабилитационных программах и, в ряде случаев, сопровождается сутяжными реакциями с требованием материальных компенсаций. В свою очередь, косметологическое или хирургическое вмешательство может приводить к обострению имеющегося у пациента психического заболевания как в пред-, так и в послеоперационном периодах.

Таким образом, очевидно, что психопатологические симптомокомплексы могут не только являться причиной недовольства пациента собственной внешностью и определять его обращение к хирургу, но и осложнять течение постоперационного периода и повышать риск неудовлетворенности результатами терапии.

Установленные в исследовании клинико-динамические характеристики различных типов дисморфического синдрома могут быть использованы при дифференциальной диагностике и прогнозе психических расстройств. Так, установлено, что при РЛ доминирующим типом ДМР является сверхценная и ипохондрическая ДМР, при шизофрении - обсессивно-компульсивная и бредовая, при аффективных расстройствах (БДЭ, РДР, БАР, дистимия) – депрессивная и, реже, маниакально-бредовая (дисморфомания). На фоне органического поражения церебральных сосудов возможно развитие как ипохондрического, так депрессивного и бредового типов ДМР.

Важной практической рекомендацией, следующей из результатов работы, можно считать облигатную необходимость при принятии решения о возможности и объеме оперативного вмешательства основываться не только на учете физического состояния, но и на всестороннем анализе психиатрического анамнеза (особенно установления причин возникновения

недовольства внешностью и мотивов обращения к пластическому хирургу), а также психологического статуса пациентов.

## ГЛАВА 5

### ФАКТОРЫ РИСКА ДИСМОРФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

#### 1.1. Патохарактерологические девиации

Патохарактерологические девиации (расстройства - 32%, акцентуации - 68%), установленные на втором, клинико-психопатологическом и клинико-катастических этапе исследования (260 женщин, средний возраст  $35,8 \pm 4,9$  лет, и 21 мужчина, средний возраст  $30,9 \pm 5,7$  лет) представлены в Таблице 15.

**Таблица 15. Патохарактерологические девиации у пациентов изученной выборки (n=281)**

Тип	n	%
Истерический	183	65,1
Нарциссический*	40	14,2
Гипо/паранойяльный	5	1,8
Обсессивно-компульсивный (ананкастический)	120	42,7
Избегающий (тревожно-мнительный)	63	22,4
Шизоидный	26	9,3
Гипертинический*	13	4,6
Всего:	492**	-

\*Описаны в научной литературе (Осипов В.П., 1931; Millon T., 1996; Зейгарник Б.В., 2008; Соколова Е.Т., 2009; Смулевич А.Б., 2009, 2012; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2010; Личко А.Е., 2010) и/или включены в классификации (American Psychiatric Association, 2013; Desk Reference to the Diagnostic Criteria

from DSM-5™, 2013).

\*\*У 56,9% больных диагностированы 2 и более личностных акцентуаций

Полученные при клинико-психопатологическом обследовании данные о структуре патохарактерологических расстройств соотносятся с результатами психометрической оценки (Глава 3), также выявившей преобладание в выборке демонстративных, обсессивно-компульсивный (педантических, ананкастических) и тревожно-фобических черт.

В тоже время полученные данные о наличии у пациентов с ДМР шизоидных, избегающих, гипопаранойяльных и гипертинических акцентуаций дополняют представленные в литературе результаты исследований, согласно которым диапазон личностных девиаций больных ограничен кругом истеро-нарциссических и обсессивно-компульсивных проявлений (Соколова Е.Т., 2009, 2011; Матюшенко Е.В., 2011; Phillips K.A. et al., 1995, 1998; de Brito M.J. et al., 2015; Beucke J.C. et al., 2016; Eskander N. et al., 2020; Mallinger G. et al., 2020; Castle D. et al., 2021).

При этом вне зависимости от личностного профиля у всех больных установлены отражающие уязвимость соматопсихической сферы и фиксации проявления трансличностной патохарактерологической акцентуации (Гиляровский В.А., 1946; “соматоперцептивная психопатия” по R.Lemke, 1951) на сфере соматопсихики по типу соматопатической (Schneider K., 1923) (144 (51,2%) набл.) или соматотонической (Sheldon, W.H., 1954) (137 (48,8%) набл.) конституции.

В дополнение к фиксации на сфере соматопсихики у пациентов в выборке, по данным экспериментально-психологического исследования, имеется ряд патопсихологических характеристик, отражающих уязвимость самовосприятия внешности и телесной перцепции (Тхостов А.Ш., 2002; Крылов В.И., 2006; Трунов Д.Г., 2009; Ferraro G.A. et al., 2005; Azuji I.M. et al., 2025): образ тела представлен не целостно, формализован (64,8%),

сформирован под влиянием интровертированных оценок значимых людей (70,1%), социальных стереотипов (58,7%) за счет недостаточной контролируемости, неустойчивости, повышенной проницаемости границ телесности при эгосинтонном восприятии внешности (71,9%). Особое внимание уделяется частям тела, которые непосредственно могут увидеть окружающие (84,7%). Мнимый недостаток внешности переживается как “дефект”, относящийся к “постыдной части личности”, характеризуется экстернальным локусом контроля в атрибуции идей причинности вне собственной личности (70,9%) с делегированием ответственности за исправление (коррекцию, лечение) окружающим (71,2%). При интернальном локусе контроля (29,1%) отношение к внешности определяется в основном раздражением, “дефект” воспринимается как “мешающий” и “плохо контролируемый”, что обусловливает настойчивое стремление к проведению процедур по избавлению от него.

Кроме того, в выборке пациентов эстетической медицины выявлены черты личностной незрелости (67,3%), высокая значимость социального одобрения (77,6%), низкая стрессоустойчивость (73,3%) в сочетании с эмоциональной лабильностью (59,7%), тенденцией к соматизации негативных эмоций (42,7%) и преобладанием вытеснения (56,6%), косности репертуара эмоциональных реакций и проективных психологических защит (43,4%), склонности к фиксации на чувстве неполноценности (42,3%).

Обобщая и анализирую полученные в исследовании данные можно отметить ряд значимых корреляций между различными типами ДМР и патохарактерологическими факторами (Таблицы 16.).

**Таблица 16. Личностные характеристики (акцентуации, РЛ) пациентов с различными типами ДМР в выборке (n=281)**

Акцентуация, %	Дисморфия				
	Сверхце- нная (n=73)	Депресси- вная (n=90)	Ипохондр- ическая (n=65)	Обсессивно- компульсив- ная (n=31)	Бредовая (n=22)
Истерическая	<b>61,6</b>	<b>62,2</b>	<b>81,5</b>	<b>61,3</b>	<b>45,5</b>
Нарциссическая	<b>31,5</b>	15,6	4,6	-	-
Обсессивно- компульсивная (ананкастическая )	<b>47,9</b>	<b>82,1</b>	<b>40</b>	<b>74,2</b>	18,2
Избегающая (тревожно- мнительная)	-	<b>35,6</b>	<b>35,4</b>	-	<b>36,4</b>
Шизоидная	20,5	12,2	-	-	-
Гипо /паранойяльная	-	-	-	-	22,7
Гипертиническая	11	-	-	-	22,7
Соматотония	57,5	51,1	24,6	80,6	36,4
Соматопатия	42,5	48,9	75,4	19,4	63,6

Из данных в Таблице 16. следует, что наиболее типичными ( $p<0.01$ ) для развития сверхценной и обсессивно-компульсивной дисморфии является истерический, ананкастический и соматотонический личностный преморбид,

развитие ипохондрической дисморфии также коррелирует с наличием истерических, обсессивно-компульсивных и тревожно-мнительных черт, но уже соматопатии, депрессивной – истерических, ананкастических, тревожных и соматотонических черт личности, бредового ДМР – демонстративной, тревожно-избегающей и соматопатической акцентуаций.

Полученные данные расширяют представленные в предыдущих работах результаты исследований о преобладание истеро-нарциссического радикала в структуре личности пациентов с ДМР (Соколова Е.Т., 2009, 2011; Phillips K.A. et al., 1995, 1998; Beucke J.C. et al., 2016; Mallinger G. et al., 2020; Castle D. et al., 2021) и позволяют рассматривать в качестве дополнительных факторов риска формирования клинически гетерогенных ДМР не только демонстративные, но и обсессивно-компульсивные, тревожно-избегающие и соматотонические/ патические патохарактерологические девиации.

## **5.2. Психопатологические расстройства**

**Нозологическая квалификация** по МКБ-10 выявленных психических расстройств в выборке представлена в Таблице 17.

**Таблица 17. Психопатологические расстройства у пациентов изученной выборки (n=281)**

<b>Нозология</b>	<b>Количество пациентов</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Акцентуация/Расстройство личности (F60.)	30/90	10,7/32
Аффективные расстройства:		
РДР (F33 )	47	16,7
БАР (F31 )	40	14,2
Депрессивный эпизод (F32)	9	3,2

Дистимия (F34.1 )	4	1,4
Шизофрения (F20.)	22	7,8
Шизотипическое расстройство (F21.)	9	3,2
Органические расстройства:		
Тревожные (F06.4)	13	4,6
Аффективные (F06.3 )	14	5
Бредовые (F06.2 )	3	1,2
Всего:	281	100

Из данных Таблицы 17. следует, что у 89,3% пациентов выявлены психические расстройства различных регистров. Таким образом, в изученной выборке ДМР в подавляющем большинстве случаев выступает не в качестве самостоятельного психопатологического расстройства, а синдрома в рамках динамики патохарактерологических расстройств или расстройств шизофренического и аффективного спектров различного генеза. Полученные данные подтверждают ранее выдвинутые в литературе предположения о “несамостоятельности ДМР” и его возможной интегрированности/коморбидности с другими психопатологическими расстройствами (Николаев Ю.С., 1945; Морозов П.В., 1977; Тазабекова Ж.К., 1989; Краснов В.Н., 2011; Phillips K.A., 2006; Cook B. et al., 2015; Beucke J.C. et al., 2016; Castle D. et al., 2021), что определяет наличие психических расстройств как фактор риска формирования дисморфии. Выделение ДМР в рамках гетерогенных психических расстройств обуславливает дифференцированный подход к выбору терапии (Глава 6).

Клинический анализ анамнестических данных и клинико-психопатологическое обследование пациентов свидетельствуют о том, что различные типы ДМР также имеет тропность ( $p<0.05$ ) к реализации в структуре гетерогенных психических расстройств (Таблица 18).

**Таблица 18. Представленность разных типов ДМР при гетерогенных психических расстройствах в выборке (n=281)**

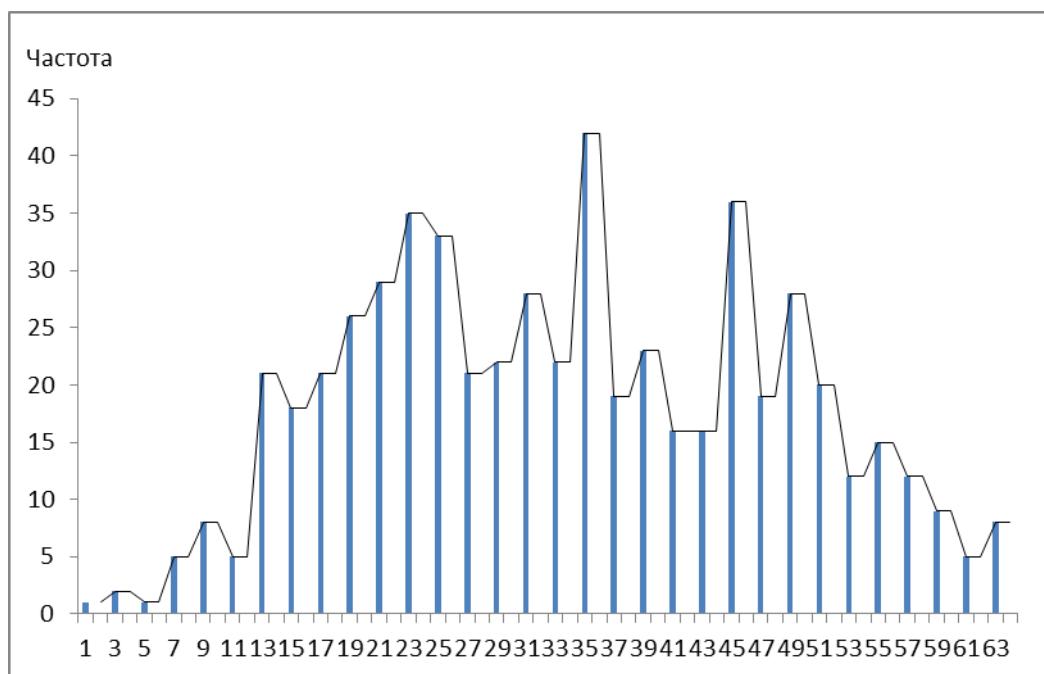
Дисморфия, %	Нозология					:
	Шизофрения	Аффективная патология	РЛ/акцентуация	Органические психические расстройства		
Сверхценная (n=73)	-	-	57,5/42,5	-		<b>100</b>
Депрессивная (n=90)	-	90	-	10		<b>100</b>
Ипохондрическая (n=65)	5,5	-	75,5	20		<b>100</b>
Обсессивно-компульсивная (n=31)	71	-	29	-		<b>100</b>
Бредовая (n=22)	40,7	45,5	-	13,8		<b>100</b>

Данные Таблицы 18. свидетельствуют о формировании дисморфического симптомокомплекса в структуре и динамике различных психических расстройств, развитие которых, таким образом, может рассматриваться как фактор риска не только развития, но и различных стереотипов динамики ДМР, а также соопределяет клинические проявления (Таблица 14.) дисморфии.

### **5.3. Биологические и психосоциальные факторы**

**Возраст манифестации и повторных экзацербаций ДМР (Рисунок 12)**

оценивался по клинико-анамнестическим данным и не всегда соответствовал возрасту обращения к услугам эстетической медицины, что большинство пациентов (207 (73,7%)) связывали с “отсутствием материальных возможностей”.



**Рисунок 12. Соотношение частоты развития (обострений) ДМР и возраста (лет) пациентов (n=281)**

Полученные данные свидетельствуют о наличие нескольких возрастных пиков манифестации или повторных обострений ДМР (Рисунок 12): 9-11, 13-15, 23-26, 31-33, 35-36, 39-40, 45-46, 49-50, 55-56, 63-65 лет, причем максимальная частота ДМР приходилась на 35-36 и 45-46 лет. Эти результаты исследования данные расширяют ранее сформировавшиеся представления о ДМР как психопатологическом расстройстве преимущественно подросткового и раннего юношеского возраста (Морозов

П.В., 1977; Коркина М.В., 1984; Арина Г.А., 2009; Якимова Л.С., Кравцова Н.А., 2017; Кузюкова А.А., Рачин А.П., 2021; Cororve M.B. et al., 2001; Javo I.M. et al., 2010; De Brito M.J. et al., 2016; Alsaidan M.S. et al., 2020). Возможным объяснением отличия результатов настоящего исследования от ранее проводимых служит как целенаправленное обследование пациентов уже обратившихся к специалистам эстетической медицины (пластика хирурга, косметолога), так и применение психиатрического клинико-анамнестического метода, позволяющего учитывать возраст не только манифестиации ДМР, но и его повторных экзацербаций.

Анализ анамнестических данных, дополненный результатами заполнения Шкалы стрессоустойчивости Холмса-Рея, также позволил выделить ряд биологических и психосоциальных факторов риска, непосредственно предшествующих и/или совпадающих по времени у большинства пациентов с развитием/обострением ДМР, что косвенно указывает на их вовлеченность в становление дисморфии (В Таблице 19. приведены факторы, отмеченные/выявленные более чем у 5% пациентов).

**Таблица 19. Биологические и психосоциальные факторы риска ДМР**

<b>Факторы</b>	<b>Частота встречаемости, % (n=281)</b>
<b>Биологические</b>	патологический пубертат
	беременность
	первые роды
	последние роды

	послеродовый период/завершение лактации	53,4
	стойкое нарушение менструального цикла/менопауза	56,2
	сексуальные проблемы	32,0
	развитие/манифестация/диагностирование хронического соматического заболевания	23,1
<b>Психосоциальныe</b>	новое/смена места учебы/работы	18,5
	влюблённость	23,1
	насмешки/”травля” окружающими	10,7
	конфликтная ситуация	35,9
	примирение после конфликта	22,4
	достижение финансового благосостояния	33,1
	угроза или утрата финансового благополучия	11,7
	потеря работы	27,0
	выход на пенсию	26,0
	женитьба	15,7
	развод	46,3

	вынужденная разлука	19,6
	уход (женитьба, переезд) из семьи детей	16,4
	смерть супруга(и)	34,2
	смерть близкого	9,6
	изменение социальной активности	25,3
	проблемы с законом	7,8

Для определения взаимосвязи частоты возникновения ДМР с биологическими и психосоциальными факторами проведено построение регрессионной модели (Таблица 20).

**Таблица 20. Итоги регрессионного анализа для зависимой переменной частота возникновения ДМР**

	Коэффициент регressии (бета)	Стандартная ошибка бета	Значения р
<b>Биологические факторы</b>			
патологический пубертат	<b>0,186</b>	<b>0,0868</b>	<b>0,0108</b>
беременность	<b>-0,419</b>	<b>0,1085</b>	<b>0,0001</b>
первые роды	<b>-0,258</b>	<b>0,0778</b>	<b>0,0003</b>
последние роды	<b>0,21</b>	<b>0,078</b>	<b>0,0212</b>

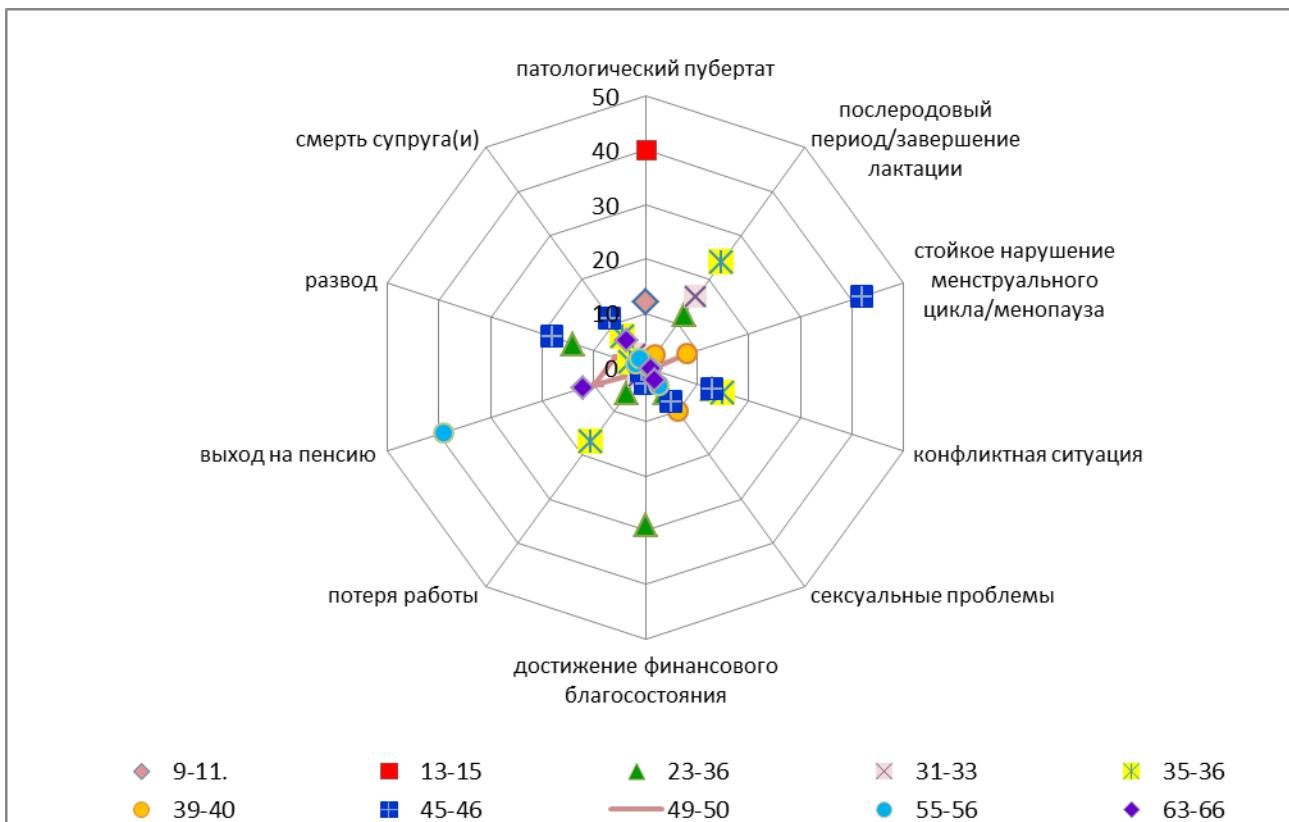
послеродовый период/завершение лактации	<b>0,107</b>	<b>0,075</b>	<b>0,0215</b>
стойкое нарушение менструального цикла/менопауза	<b>0,45</b>	<b>0,1039</b>	<b>0,0102</b>
развитие/манифестация/ диагностирование хронического соматического заболевания	<b>-0,023</b>	<b>0,083</b>	<b>0,0002</b>
сексуальные проблемы	<b>0,171</b>	<b>0,0762</b>	<b>0,0118</b>
<b>Психосоциальные факторы</b>			
новое/смена места учебы/работы	<b>-0,023</b>	<b>0,018</b>	<b>0,0001</b>
влюблённость	<b>-0,031</b>	<b>0,079</b>	<b>0,0002</b>
насмешки/”травля” окружающими	<b>-0,042</b>	<b>0,085</b>	<b>0,0002</b>
конфликтная ситуация	<b>0,228</b>	<b>0,067</b>	<b>0,0201</b>
примирение после конфликта	<b>-0,023</b>	<b>0,0813</b>	<b>0,0002</b>
достижение финансового благосостояния	<b>0,237</b>	<b>0,107</b>	<b>0,02</b>
угроза или утрата финансового благополучия	<b>-0,026</b>	<b>0,0839</b>	<b>0,0001</b>
потеря работы	<b>0,291</b>	<b>0,076</b>	<b>0,0103</b>
выход на пенсию	<b>0,312</b>	<b>0,098</b>	<b>0,0128</b>

женитьба	<b>-0,066</b>	<b>0,0389</b>	<b>0,0002</b>
развод	<b>0,302</b>	<b>0,077</b>	<b>0,0303</b>
вынужденная разлука	<b>-0,063</b>	<b>0,1044</b>	<b>0,0002</b>
уход (женитьба, переезд) из семьи детей	<b>-0,043</b>	<b>0,065</b>	<b>0,0001</b>
смерть супруга(и)	<b>0,245</b>	<b>0,0146</b>	<b>0,0203</b>
смерть близкого	<b>-0,032</b>	<b>0,0765</b>	<b>0,0002</b>
изменение социальной активности	<b>-0,029</b>	<b>0,0466</b>	<b>0,0001</b>
проблемы с законом	<b>-0,038</b>	<b>0,084</b>	<b>0,0001</b>

В результате регрессионного анализа в качестве основных из выявленных биологических и психосоциальных факторов риска, статистически достоверно влияющих на частоту развития ДМР, определены состояния, связанные с репродуктивным циклом и периодами гормональных кризов (патологический пубертат, лактация, перименопауза), утрата работы/пенсия, близкого (развод, смерть), изменение финансового состояния (утрата или приобретение), а также наличие сексуальных проблем, конфликтной ситуации, изменение социальной активности, что отчасти соотносится, но при этом расширяет ранее полученные данные о факторах, провоцирующих ДМР (Арина Г.А., Мартынов С.Е., 2009; Баранская Л.Т., 2009; Якимова Л.С., Кравцова Н.А., 2017; Осьминина А.А., 2021; Müller A. et al., 2015; Krebs G. et al., 2019; Eskander N. et al., 2020; Mallinger G., Weiler A., 2020 ...).

В ходе сопоставления длительности персистирования биологических и психосоциальных факторов риска и вероятности развития ДМР, установлено, что риск развития ДМР значимо коррелирует ( $p<0.001$ ) с продолжительностью следующих факторов: послеродовый период (максимальный риск в течении  $2,1\pm1,2$ - $8,4\pm1,6$  месяцев после родов), климактерий (продолжительностью не менее  $4,3\pm2,1$  месяцев), конфликт (от  $3,6\pm0,6$  месяцев и более), угроза/утрата финансовой стабильности ( $1,5\pm0,4$ - $12,7\pm6,2$  месяцев), вынужденная разлука (от  $6,3\pm2,9$  месяцев), снижение социальной активности (от  $5,7\pm4,2$  месяцев), проблемы с законом (от  $1,7\pm1,1$  до  $5,6\pm2,4$  месяцев).

При дальнейшей обработке полученных в ходе психиатрического обследования данные с помощью нелинейного регрессионного анализа методом логит-регрессии (логистической регрессии) была построена статистическая модель (окончательные потери  $56,4$ ;  $\chi^2(5)=32,244$   $p=0,00001$ ) для прогнозирования вероятности (выраженной отношением шансов - ОШ) ДМР (зависимый признак) по выявленным независимым (объясняющим) биopsихосоциальным факторам в различных возрастных периодах (Рисунок 13.).

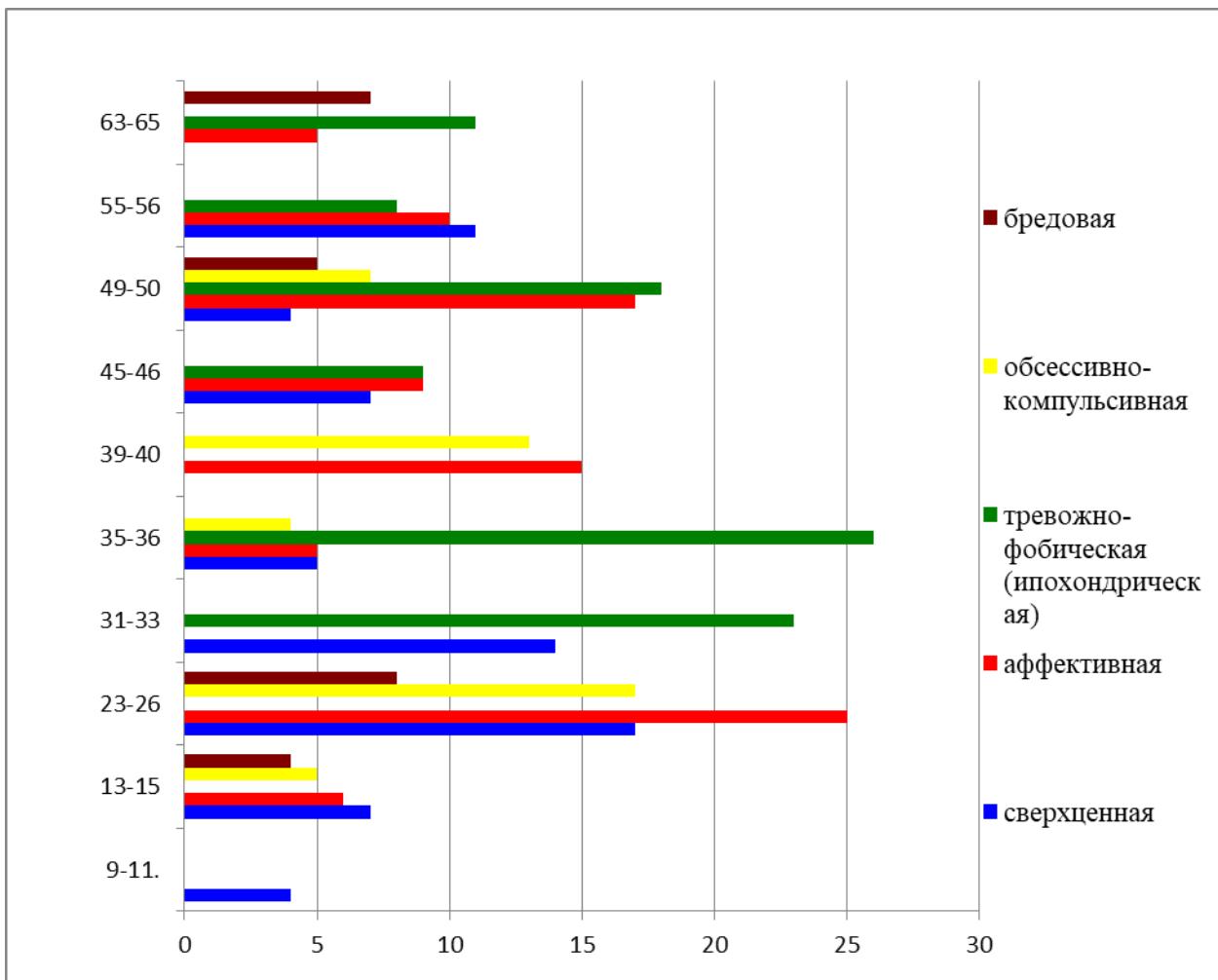


**Рисунок 13. Частота развития ДМР в зависимости от наличия статистически верифицированных биопсихосоциальных факторов риска в разных возрастных периодах**

Как следует из представленных данных, в качестве основного фактора риска ДМР в возрасте 9-15 лет выступал патологически протекающий пубертат ( $\chi^2=9,60$ ,  $p=0,004$ , ОШ=2,16), в 23-36 лет – достижение финансового достатка ( $\chi^2=6,19$ ,  $p=0,008$ , ОШ=1,82), в 31-36 лет – послеродовый период и завершение лактации ( $\chi^2=8,2$ ,  $p=0,005$ , ОШ=2,27), в 35-36 лет – потеря работы ( $\chi^2=9,2$ ,  $p=0,004$ , ОШ=1,19) и конфликтная ситуация ( $\chi^2=7,6$ ,  $p=0,002$ , ОШ=1,27), в 39-40 лет – сексуальные проблемы ( $\chi^2=6,2$ ,  $p=0,003$ , ОШ=1,72), в 39-46 лет – перименопауза ( $\chi^2=7,8$ ,  $p=0,004$ , ОШ=1,93), в 55-65 лет – выход на пенсию ( $\chi^2=8,8$ ,  $p=0,005$ , ОШ=1,46).

Проведенный анализ тропности развития различных типов ДМР в возрастных пиках (Рисунок 14.) также позволил выявить ряд закономерностей.

Первые проявления сверхценного ДМР относились к возрастному диапазону 9-11 лет ( $p<0,0001$ ), с последующими пиками в возрасте 23-26 ( $p<0,0001$ ), 31-33 ( $p<0,0001$ ) и 55-56 ( $p<0,005$ ) лет. Наиболее специфичными для возникновения аффективного типа ДМР оказались возрастные диапазоны 23-26 ( $p<0,0001$ ), 49-50 ( $p<0,005$ ) и 39-40 ( $p=0,0023$ ) лет. Ипохондрический тип ДМР развивался, начиная с 31-33 ( $p<0,0001$ ) лет, с максимальной частотой обострений в 35-36 ( $p<0,0001$ ), 49-50 ( $p<0,005$ ) и 63-65 ( $p<0,005$ ) лет. Обсессивно-компульсивный тип ДМР преобладал у пациентов 23-26 ( $p<0,0001$ ) и 39-40 ( $p<0,0001$ ) лет; бредовой – в 23-26 ( $p<0,0001$ ), 63-66 ( $p<0,0001$ ), 49-50 ( $p<0,005$ ) лет.



**Рисунок 14. Соотношение частоты развития различных типов ДМР (количество наблюдений) и возраста пациентов (n=281)**

В тоже время при анализе соотношений возраста пациентов и вариантов динамики ДМР достоверных прямых корреляций не выявлено.

Обобщенные статистически достоверные корреляции между факторами риска и клиническим типом ДМ представлены в Таблице 21.

**Таблица 21. Достоверные корреляции между клиническими типами ДМР и факторами риска ( $p<0,0001$ )**

	Дисморфия				
	Сверхце ннаяя	Депрессивная	Ипохондрич еская	Обсессивн о- компульс ивная	Бредов ая
Факт ор риска	патологический пубертат		развитие/ манифестици я/ диагностиро вание	беременно сть	патолог ический пуберта т
послеродовый период/завершение лактации		хроническог о соматическог о заболевания	послеродо вый период/зав ершение лактации	насмеш ки/”трав ля”	окружа ющими
выход на пенсию					
	стойкое нарушение менструального цикла/менопауза				
	конфликтная ситуация				
	сексуальные проблемы				
	смерть супруга(и)				
	угроза или утрата финансового благополучия				
	потеря работы				

		развод		
--	--	--------	--	--

Достоверным фактором риска развития сверхценного типа ДМР оказались периоды гормональных кризов (пубертат, завершение лактации,  $p<0,0001$ ) и выход на пенсию ( $p<0,005$ ); обсессивно-компульсивного – беременность и послеродовый период ( $p<0,005$ ); бредового – патологический пубертат ( $p<0,005$ ) и ситуация межличностного конфликта ( $p<0,0001$ ), сопровождающаяся ощущением насмешек и “травли” со стороны окружающих, что возможно, являлось уже проявлением психопатологической симптоматики. Факторами риска ипохондрического ДМР являлись факт выявления у пациента реальных соматических заболеваний ( $p<0,0001$ ), а также смерть близкого и/или супруга ( $p<0,005$ ). Помимо связанных с генеративным циклом и эндокринными изменениями ( $p<0,005$ ), большинство других факторов, достоверно ( $p<0,0001$ ) коррелирующих с аффективным (депрессивным) типом ДМР, расценивались самими пациентами как субъективно значимые психоэмоциональные стрессы (конфликт, сексуальные проблемы, угроза/утрата финансовой стабильности, потеря работы, близкого).

Не выявлено достоверных корреляций между способствующими развитию ДМР биopsихосоциальными факторами и стереотипами динамики ДМР.

Наконец, в ходе проведенного исследования установлены возрастные, биологические и психосоциальные факторы риска и их длительности, достоверно ( $p<0,005$ ) коррелирующие с развитием различных клинико-динамических типов ДМР (Таблица 22.).

**Таблица 22. Соотношение возрастных, биологических и психосоциальных факторов риска развития различных типов ДМР**

<b>Возраст, лет</b>	<b>Фактор риска</b>	<b>Длительность фактора риска, мес</b>	<b>Тип ДМР</b>	<b>Динамика</b>		
9-11	патологически протекающий пубертат	н.д.*	Сверхценный	Хроническая		
			Депрессивный	Эпизодическая		
			Бредовой	Хроническая		
13-15	достижение финансового достатка	2,1±1,2-8,4±1,6	н.д.	-		
23-26			Сверхценный	Хроническая		
			Депрессивный	Эпизодическая		
			Обсессивно-компульсивный	Волнообразная		
31-33			Сверхценный	Хроническая		
			Депрессивный	Эпизодическая		
			Обсессивно-компульсивный	Волнообразная		

			ый	
35-36	послеродовый период и завершение лактации		Ипохондриче- ский	Волнообразна- я
	потеря работы	н.д.		
	конфликтная ситуация	$>3,6 \pm 0,6$		
39-40	сексуальные проблемы	н.д.		
	климактерий	$>4,3 \pm 2,1$		
45-46	развод	н.д.	Депрессивны- й	Эпизодическа- я
	конфликтная ситуация	$>3,6 \pm 0,6$		
49-66	выход на пенсию			
63-65	выявление соматического заболевания	н.д.	Сверхценный	Хроническая
			Ипохондриче- ский	Волнообразна- я

Таким образом, в ходе настоящего исследования у части пациентов установлено наличие нескольких возрастных пиков манифестации или повторных обострений ДМР (ипохондрический, бредовой тип), что отличается от ранее приводившихся в работах наблюдениях о тропности развития ДМР преимущественно к подростковому возрасту (Лебединская К.С., Немировская С.В., 1973; Коркина М.В., 1984; Карякина И.А., 2011; Кузюкова А.А., Рачин А.П., 2021; Javo I.M. et al., 2010; De Brito M.J. et al., 2016; Alsaidan M.S. et al., 2020).

Развитие ДМР может быть обусловлено наличием психоэмоционального стресса, а так же происходить аутохтонно. В ходе сопоставления длительности персистирования факторов риска и вероятности развития ДМР, установлено, что риск развития ДМР коррелирует с продолжительностью послеродового периода лактации, перименопаузы, ситуации конфликта, угрозы или утраты финансовой стабильности, вынужденной разлуки, снижения социальной активности и проблем с законом. В остальных случаях риск развития ДМР не зависит от длительности существования биopsихосоциальных факторов риска. Отсутствие достоверных корреляций между факторами риска и стереотипами динамики ДМР, указывает на роль иных, например, патохарактерологических и психопатологических факторов, определяющих течение ДМ, о чем, в свою очередь, свидетельствуют и результаты некоторых предшествующих исследований (Гельфанд В.Б., Пиковский Ю.Б., 1987; Баранская Л.Т., 2009; Варлашкина Е.А., 2015; Фельсендорфф О.В. с соавт., 2016; Левицкая И.М., Попиль М.И., 2017; Napoleon A., 1993; Cardinal L. et al., 2010).

Установленные при обследовании больных патохарактерологические личностные девиации (расстройства - 32%, акцентуации - 68%) включают не

только ранее описанные при ДМР истерические и нарциссические черты, но и обсессивно-компульсивные (ананкастические), тревожно-мнительные, шизоидные, гипо/паранойяльные и гипертимические, а также аномалии соматопсихической сферы (соматопатия, соматотония). Эти данные дополняют представленные в литературе результаты исследований ДМР.

Развитие сверхценной дисморфии коррелирует с наличием истерических, ананкастических и соматотонических акцентуаций или РЛ, наиболее часто связано с пубертатным (12-15 лет), послеродовым (23-33 года) периодами и выходом пациентов на пенсию (55-56 лет).

Депрессивный тип ДМР коррелирует с наличием истерической акцентуации и аффективной патологии. Среди более многочисленных, чем при сверхценном типе, биосоциальных факторов риска, достоверно провоцирующих дисморфию: пубертатный, послеродовый, включая лактационный, и перименопаузальный периоды (23-26 лет), выход на пенсию, конфликты, сексуальные расстройства, утрата близкого (смерть, развод), работы, финансового достатка (39-56 лет). Тесно связанными с недовольством внешностью являются другие депрессивные симптомы, приводящие к посещению пациентами врачей других специальностей, сенситивные идеи и социофобия.

Ипохондрический тип ДМР более характерен для истерического РЛ с соматопатической акцентуацией. Провоцирующими факторами в наиболее типичных возрастных диапазонах 31-36 лет и 49-50 лет являются смерть близкого или родственника и диагностирование хронического заболевания.

Обсессивно-компульсивный тип ДМР, преимущественно в рамках расстройств шизофренического спектра у больных с истерическим, ананкастическим и соматотоническим преморбидом, манифестирует/экзацербирует в 23-26 или 39-40 лет на фоне репродуктивного цикла у женщин (беременность, послеродовый и лактационный периоды), без явной психогенной провокации.

Психотический тип ДМР с бредовыми (персекуторные, ипохондрические, эротоманические) идеями формируется при расстройствах шизофренического или аффективного спектров на фоне пубертатного периода и/или буллинга, с максимальной частотой встречаемости в 23-26 и 63-65 лет.

Полученные данные имеют важное практическое и прогностическое значение, позволяя проводить целенаправленных диагностический поиск, профилактическое психотерапевтическое и раннее психофармакологическое лечение лиц с установленными патохарактерологическими, психопатологическими и биopsихосоциальными факторами риска ДМР (Глава 6).

## **ГЛАВА 6**

### **ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСМОРФИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**

Авторы исследований по изучению ДМР в практике эстетической медицины едины во мнении о необходимости проведения совместных с психиатрами и психотерапевтами форм деятельности для диагностики, лечения, реабилитации и осуществления психообразовательной и психокоррекционной работы (Баранов Н.А. с соавт., 2002; Набиев Ф.Х., 2002; Григорьева Т.Н., 2005; Уманская Н.Г., 2005; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Hadley S.J. et al., 2002; Buhlmann U. et al., 2008; Philippou A. et al., 2016; Krebs G. et al., 2017; Ólafsdóttir F., 2019). Однако лечение любых психических расстройств у пациентов с мнимыми дефектами внешности наталкивается на ряд существенных ограничений, основным из которых является отсутствие у пациентов мотивации к получению каких-либо дополнительных, помимо эстетических, услуг (Куроедова В.Д., 2005; Л.Т. Баранская, 2009; Sobanko J.F. et al., 2015; Dadkhahfar S. et al., 2021).

В связи с этим наиболее успешной формой оказания психиатрической помощи данному контингенту до настоящего времени является психотерапия, направленная не на лечение ДМР, а на редукцию постооперационных осложнений. По мнению исследователей, в результате применения различных психотерапевтических техник удается помочь пациентам более адекватно оценить значение актуальных психотравмирующих событий, преодолевать боль, пессимистическое восприятие сложившейся ситуации, связанной с косметологическими или хирургическими процедурами, скорректировать иррациональные установки,

выделить адекватные цели, мобилизовать усилия, редуцировать фобии (Анисимова Н.Ю. с соавт., 2014; Phillips K.A. et al., 2016; Philippou A. et al., 2016; Krebs G. et al., 2017; Ólafsdóttir F., 2019).

На основании данных исследований можно указать на широкий спектр психотерапевтических методов, успешно применяющихся в эстетической медицине. При этом в клинической практике преобладает эклектический подход к психотерапии с комбинированием таких методик как элементы поддерживающей экспрессивной, экзистенциальной, психодинамической, когнитивно-бихевиоральной и межличностной психотерапии, а также семейно-центрированные подходы и групповая психотерапия (Баранов Н.А. с соавт., 2002; Набиев Ф.Х., 2002; Григорьева Т.Н., 2005; Veale D. et al., 1996; Greenberg J.L. et al., 2010; Phillips K.A. et al., 2016; Ólafsdóttir F., 2019).

Некоторые поведенческие техники при этом нацелены лишь на уменьшение выраженности НЯ, вызванных проведением хирургического вмешательства (Шамов С.А., 1982; Phillips K.A. et al., 2016; Hong K. et al., 2019). Другие, например, структурированное тематическое консультирование, построенное по типу образования пациентов, имеют более широкую направленность и включают когнитивно-поведенческие и проблемно-ориентированные элементы (Анисимова Н.Ю. с соавт., 2014; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Krebs G. et al., 2017; Ólafsdóttir F., 2019). У части пациентов, которые фиксированы на соматических симптомах и плохо поддаются убеждениям о невозможности желательной им модификации внешности, получены успешные результаты применения аутогенной тренировки и суггестии с гипнотерапевтическим воздействием (Дробышев Л.Н.. 1966; Wilson J.B., Arpey C.J., 2004). Также доказана эффективность применения гипноза с целью ослабления болевых ощущений (Wilson J.B., Arpey C.J., 2004).

В тоже время, необходимо отметить, что столь широкий спектр рекомендованных для использования методов психотерапии, практически не

исследован в аспекте влияния на собственно дисморфическую симптоматику, затрудняет обоснование выбора модели при психотерапии различных клинических вариантов ДМР, а также клиническую оценку эффективности ее применения из-за отсутствия общих критериев.

Аналогичным образом за последние десятилетия потребность в психотропных средствах в эстетической медицине выросла, что подтверждается фактом увеличения частоты выявляемости психических расстройств у пациентов косметолога и пластического хирурга (Bohne A. et al., 2002; Cansever A. et al., 2003; Buhlmann U. et al., 2010; Alonazi H.G. et al., 2017; Cerea S. et al., 2018; Hardardottir H. et al., 2019; Alsaidan M.S. et al., 2020) и выбора психофармакотерапии в качестве ключевой стратегии купирования психопатологических нарушений (Михайлова В.М., 1998; Philippou A. et al., 2016; Phillips K.A. et al., 2016; Jonathan G.K. et al., 2024). При этом психофармакотерапия клинически многообразных проявлений ДМР требует индивидуального, нешаблонного подхода. При выборе психотропных средств необходимо учитывать клиническую характеристику психического расстройства и соматического состояния пациента. Существенное влияние на выбор терапии могут оказывать показатели, связанные с вероятностью взаимодействия средств психофармакотерапии с многочисленными косметологическими препаратами, БАДами и средствами премедикации.

С учетом того, что лечение психических расстройств в эстетической медицине зачастую проводят врачи общей практики, косметологи и хирурги (самостоятельно или при консультативной помощи психиатра), не обладающие достаточными навыками применения психотропных препаратов, в число средств для психофармакотерапии должны включаться медикаменты с минимальной выраженностью признаков поведенческой токсичности, нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые не могли бы нарушить функции внутренних органов, а также центральной нервной системы и/или привести к усугублению соматической и

психической патологии; с низкой вероятностью неблагоприятных взаимодействий с другими препаратами. Особое значение приобретает простота использования - возможность назначения фиксированной дозы лекарственного средства или минимальная потребность в ее титрации.

Литература, посвященная психофармакологическому лечению и психотерапевтическим интервенциям при ДМР, ограничена и не всегда соответствует требованиям современной доказательной медицины. Согласно обобщённой информации в зарубежной практике у пациентов с ДМР в 25% набл. используются седативные средства, в 22,2% – анксиолитики, в 16,6% – плацебо, в 11,2% – антидепрессанты и в 11,1% набл. – антипсихотики (Hadley S.J. et al., 2002; Szepietowski J.C. et al., 2007; Phillips K.A. et al., 2016).

В отечественной практике, особенно при резистентных формах ДМР, а также при наличие в клинической картине коморбидной обсессивно-компульсивной симптоматики или манифестации ДМР в рамках расстройств шизофренического спектра, лечение, наряду с психотерапией, включает анксиолитики, классические (тизерцин, этаперазин, алиментазин, флюанксол, галоперидол) (Морозов П.В., 1977; Матюшенко Е.В., 2011; Fang A., Wilhelm S., 2015) и атипичные (палиперидон, рисперидон, оланзапин) антипсихотики и соли лития (Морозов П.В., 1977; Матюшенко Е.В., 2011; Szepietowski J.C. et al., 2007; Phillips K.A. et al., 2016). В некоторых случаях проводится дифференцированное лечение в режиме монотерапии или комбинированных схем, включающих СИОЗС и атипичный антипсихотик (Дороженок И.Ю. с соавт., 2010, 2014; Hollander E. et al., 1999; Phillips K.A. et al., 2016).

В целом, психофармакотерапия является эффективным методом лечения (58,8% - 72,9% респондеров) ДМР (Дороженок И.Ю. с соавт., 2014). В тоже время наиболее эффективной в терапии ДМР признаётся комплексная (медикаментозные – психотропные средства в сочетании с психотерапией) терапия (Hadley S.J. et al., 2002; Castle D.J. et al., 2010, 2021). В частности, результаты немногочисленных целевых исследований свидетельствуют об

повышении эффективности в ряде случаев присоединения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) – до 77% набл. (Матюшенко Е.В., 2011; Phillips K.A. et al., 2002; Harrison A. et al., 2016; Phillips K.A. et al., 2016; Philippou A. et al., 2016; Krebs G. et al., 2017; Ólafsdóttir P., 2019].

На третьем, психофармакологическом, этапе исследования с целью разработки и оценки эффективности методов лечения ДМР, дифференцированных в соответствии с разработанной систематикой, проводилась индивидуально подобранная психофармакотерапия и психотерапия выявленных психических расстройств.

В этом этапе работы приняли участие 186 (66,2%) пациентов, прошедших клиническое обследование и давших добровольное согласие на лечение.

Выбор фармакотерапевтических средств осуществлялся с учетом регистра психопатологических расстройств. Предметом изучения служило подтверждение эффективности с помощью традиционных лекарственных препаратов – нейролептиков (антipsихотиков), антидепрессантов, анксиолитиков, стабилизаторов настроения. Проведен анализ возможности использования монотерапевтических стратегий, а также дифференцированных показаний к применению различных лечебных методик (включая психотерапию).

В качестве респондеров рассматривались пациенты со “значительным” и “очень значительным” уменьшением симптомов дисморфии по шкале CGI-I по сравнению с исходным. Достигшими ремиссии (ремиттеры) считались пациенты с “нормальным” или “пограничным” состоянием симптоматики ДМР по шкале CGI-S на момент последней катамнестической оценки. Дополнительно для оценки влияния терапии на симптомы ДМР, помимо динамических оценок состояния больных по психометрическим шкалам, проводился анализ динамики удовлетворенности результатами проведенных эстетических процедур и операций (по ВАШ) по сравнению с

предшествующим опытом, о числе повторных обращений к услугам эстетической медицины, динамике показателей социальной и трудовой адаптации за период катамнестического наблюдения.

Для верификации и оценки НЯ, определения переносимости и безопасности применявшимся лекарственных средств использовалась «Шкала оценки побочных эффектов» (UKU). Оценка проводилась с учетом данных расспроса, клинического наблюдения, информации, полученной от медперсонала и из медицинской документации.

В отличие от большинства исследований, предусматривающих использование одного из методов психотерапии, в выполненной работе впервые был использован дифференцированный подход с применением разных моделей психотерапии в зависимости от основных клинических и клинико-патопсихологических мишеней воздействия и особенностей личности пациента с различными типами ДМР. Отбор предпочтительных стратегий и проведение психотерапевтических сеансов осуществлялись квалифицированными психотерапевтами – сотрудниками кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета непрерывного медицинского образования Российской университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы. Дифференцированный выбор психотерапевтической модели основывался на ключевых симптоматических мишенях психотерапии. Выделение симптомов-мишеней психотерапевтического воздействия с учетом особенностей личности пациента позволяло клинически обосновать реализацию конкретного психотерапевтического метода и оценить эффективность его применения по общим критериям. При этом психотерапии соответствовала «субъективной адекватности», особенностям внутренней картины заболевания, ожиданиям пациента, его когнитивным возможностям, соматическому состоянию и образовательному уровню.

Для повышения комплаентности через осознание и принятие значимости ДМР и формирование отчетливого образа болезни применялась когнитивно-поведенческая терапия. Тревожно-ипохондрические и обсессивно-компульсивные проявления ДМР, требовали вмешательства, направленного на снижение интенсивности собственно тревоги и формирование менее “катастрофического” образа тела, мнимого “дефекта” и соматического заболевания (при наличии), что решалось посредством суггестивной терапии. Адекватность такого метода подтверждается высокими результатами эффективности проведенного лечения (Таблица 29.), несмотря на относительную кратковременность курсов психотерапии.

Наибольшее число пациентов, давших согласие на терапию, относилось к подгруппам с обсессивно-компульсивным (83,8%), депрессивным (83,3%) и ипохондрическим (73,8%) типами ДМР, наименьшее – со сверхценной (42,5%) и бредовой (27,3%) дисморфией. Ещё 51 пациент из числа обследованных отказались от психофармакотерапии и психотерапии, но согласились на предоставление катамnestических данных (длительность от 6 до 18 мес.), составив группу сравнения.

Основные социодемографические характеристики групп и частота применения различных форм терапии представлены в Таблице 23.

**Таблица 23. Социо-демографические характеристики и формы терапии**

Нозология	Дисморфия, %					
	Сверх ценная (n=31)	Депрес сивная (n=75)	Ипохо ндриче ская (n=48)	Обсессивно- компульсив ная (n=26)	Бредов ая (n=6)	Всего

Основная группа (n=186)						
Пол, n						
Женский	28	71	44	24	5	172
Мужской	3	4	4	2	1	14
Средний возраст, лет	31,4±1,3	48,9±2,5	55,1±0,9	27,7±3,2	41,1±1,1	35,2±1,8
Терапия, n						
Психофармако-	5	46	24	20	6	101
Комбинирован-	26	29	24	6	0	85
ная						
Средняя длительность терапии, мес	4,4±0,2	8,4±2,5	7,8±1,9	7,1±1,8	5,4±0,6	8,3±1,4
Группа сравнения (n=51)						
Пол, n						
Женский	18	10	15	3	2	48
Мужской	1	1	0	1	0	3
Средний возраст, лет	33,8±1,1	49,8±1,8	56,1±0,3	28,9±1,2	40,0±1,4	36,1±2,4

Согласие пациентов, исходно обратившихся к специалистам эстетической медицины, на психиатрическую помощь можно расценивать как указание на выраженность дистресса связанного с наличием идей недовольства собственной внешностью и тяжесть психопатологического симптомокомплекса с явлениями ДМР.

В Таблице 24. представлены данные о частоте назначения психотропных средств для купирования различных типов ДМР.

**Таблица 24. Психофармакотерапия пациентов с различными типами ДМР**

Частота назначения, n	Дисморфия					
	Сверх ценная (n=31)	Депрес сивная (n=75)	Ипохондриче ская (n=48)	Обсессивно-компульсив ная (n=26)	Бредовая (n=6)	Всего
<b>Антидепрессанты</b>	2	75	47	26	6	<b>156*</b>
Агомелатин	1	32	11	-	-	44
Венлафаксин	-	4	8	1	2	15
Флуоксамин	-	39	13	26	4	82
Эсциталопрам	1	21	19	1	-	42
<b>Антисихотики</b>	2	21	27	18	6	<b>74*</b>
Арипипразол	-	4	-	-	-	4
Галоперидол	-	-	3	2	3	8
Карипразин	-	5	-	-	1	6
Кветиапин	2	2	14	16	2	36
Рисперидон	-	-	-	4	2	6
Сульпирид	-	14	12	-	-	26
<b>Стабилизаторы настроения</b>	-	8	1	-	2	<b>11*</b>

Вальпроаты	-	3	-	-	1	4
Ламотриджин	-	4	-	-		4
Карбамазепин	-	2	1	-		3
Соли лития	-	-	-	-	1	1
<b>Анксиолитики</b>	22	37	44	18	4	<b>125*</b>
Гидроксизин	1	16	10	1	2	30
Тофизопам	14	22	24	12	-	72
Этифоксин	14	2	18	-	-	34
Фабоматизол	1	3	11	5	2	22
*67 (36%) пациентам в ходе терапии препараты менялись						

Наиболее часто назначаемой для достижения терапевтического эффекта при сверхценной дисморфии являлась комбинированная терапия анксиолитиками (79%) в сочетании с психотерапией (83,9%) (Таблицы 23-24), при депрессивной – антидепрессантами (100%), при ипохондрической – антидепрессантами (97,9%) и/или анксиолитиками (91,7%), при обессивно-компульсивной - антидепрессантами (100%) и антипсихотиками (69,2%), при бредовой - антипсихотиками и антидепрессантами у всех пациентов. Психотерапия играла существенную роль при купировании не только сверхценного, но и ипохондрического (50%), депрессивного (38,7%), обессивно-компульсивного (23,1%) симптомокомплексов ДМР.

Помимо дифференцированных форм эффективной терапии при разных типах ДМР отличались и подобранные эффективные средние дозы используемых препаратов (Таблица 25.).

**Таблица 25. Средние дозы препаратов у пациентов с различными типами ДМР**

<b>Средняя доза, мг/сут</b>	<b>Дисморфия, %</b>				
	<b>Сверх ценная</b>	<b>Депрес сивная</b>	<b>Ипохондрич еская</b>	<b>Обсессивно- компульсив ная</b>	<b>Бредовая</b>
<b>Антидепрессанты</b>					
Агомелатин	25	37,2	50	-	-
Венлафаксин	-	208,3	187,5	225	262,2
Флуоксамин	-	191	126,9	253,8	262,5
Эсциталопрам	10	11	12,6	10	-
<b>Антисихотики</b>					
Арипипразол	-	8,8	-	-	-
Галоперидол	-	-	10	12,5	16,7
Карипразин	-	1,8	-	-	4,5
Кветиапин	18,8	25	60,7	350	600
Рисперидон	-	-	-	4	5
Сульпирид	-	150	108	-	-
<b>Стабилизаторы настроения</b>					
Вальпроаты	-	1100	-	-	1500

Ламотриджин	-	225	-	-	
Карбамазепин	-	150	100	-	
Соли лития	-	-	-	-	900
<b>Анксиолитики</b>					
Гидроксизин	25	46,1	46,3	75	112,5
Тофизопам	110,7	136,4	145,5	270,8	-
Этифоксин	78,6	200	141,68	-	-
Фабоматизол	30	30	23,6	30	

Вполне закономерно и согласно общей психиатрической практике наибольшие дозы антидепрессантов, антипсихотиков и стабилизаторов настроения применялись для нормализации состояния психотических больных - с бредовым и аффективно-бредовым ДМР и обсессивно-компульсивным типом ДМР. Различные анксиолитики использовались в высоких дозах при обсессивно-компульсивном, ипохондрическом и депрессивном ДМР. Также анксиолитики являлись наиболее часто назначаемыми препаратами, позволяющими, снизить выраженность сверхценной дисморфии.

### **6.1. Сравнение эффективности и переносимости агомелатина и флувоксамина при терапии депрессивного ДМР**

В связи с многочисленностью подгруппы пациентов с депрессивным типом ДМР, было проведено изучение в двух идентичных по дизайну

психофармакотерапевтических исследованиях сравнение эффективности и переносимости монотерапии антидепрессантами с отличающимися механизмами действия – агомелатином и флуоксамином.

Выбор антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина обусловливался наличием исследований по лечению ДМР с использованием флуоксамина (Hollander E. et al., 1994; Perugi G. et al., 1996; Philips K.A. et al., 1998). Кроме того, минимальное влияние флуоксамина на норадренергическую систему и слабая способность к связыванию с  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренергическими, гистаминными, дофаминергическим и  $M$ -холинорецепторами определяет сравнительно малый спектр и/или не выраженность НЯ препарата (Кустарёва Ю.В., 2006; Кинкулькина М.А., 2007; Андрющенко А.В., Бескова Д.А., 2008).

После приёма внутрь флуоксамин полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Максимальные концентрации препарата в плазме крови отмечаются через 3-8 часов после приема. Абсолютная биодоступность составляет 53% после первичного метаболизма в печени. Одновременный прием флуоксамина с пищей не влияет на фармакокинетику (Hartter S. et al., 2001). Связывание флуоксамина с белками плазмы составляет 80% (*in vitro*). Метаболизм флуоксамина происходит, главным образом, в печени (Hartter S. et al., 2001; Drugs and Lactation Database, 2025). Средний период полувыведения из плазмы крови, составляющий для однократной дозы 13-15 часов, несколько увеличивается при многократном приёме (17-22 часа), а равновесная концентрация в плазме крови, как правило, достигается в течение 10-14 дней (Westenberg H.M., Sandoz C., 2006). Флуоксамин подвергается биотрансформации в печени, преимущественно путем окислительного деметилирования, до метаболитов, которые выводятся через почки (Drugs and Lactation Database, 2025). Два главных метаболита обладают незначительной фармакологической активностью, прочие – практически не активны. Флуоксамин ингибирует

цитохром P450 1A2, умеренно ингибитирует цитохромы P450 2C и P450 3A4, и незначительно - цитохром P450 2D6 (Westenberg H.M., Sandoz C., 2006).

Выбор агомелатина обусловливался данными о высокой антидепрессивной эффективности и переносимости препарата у пациентов общей медицинской сети с различными соматическими заболеваниями (Кустарёва Ю.В., 2006; Кинкулькина М.А., 2007; Андрющенко А.В., Бескова Д.А., 2008; Иванов С.В., 2009; Смулевич А.Б. с соавт., 2010; Яхно Н.Н., Вознесенская Т.Г., 2012; Волель Б.А., 2015; Yu Y. et al., 2023). При этом до настоящего момента целенаправленные исследования агомелатина у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности, отсутствовали.

Агомелатин является агонистом MT1- и MT2-мелатониновых и антагонист 5-HT2c-серотониновых рецепторов и не обнаруживает значимого аффинитета к другим центральным receptorам или мембранным переносчикам моноаминов, не влияет на уровень серотонина (Łebkowska-Wieruszewska B. et al., 2021; Savino R. et al., 2023). Механизм действия препарата реализуется ресинхронизацией нарушенных циркадианых ритмов, что приводит к редукции депрессивной симптоматики (Savino R. et al., 2023).

Фармакокинетика агомелатина характеризуется быстрым и хорошим всасыванием (>80%). Максимальная концентрация вещества в плазме достигается через 1–2 ч. после приема. Концентрация препарата увеличивается пропорционально дозе. Связывание агомелатина с белками плазмы составляет 95% независимо от концентрации препарата, возраста или наличия почечной недостаточности. Биодоступность - около 3% и варьирует в зависимости от эффекта “первого прохождения” через печень и индивидуальных различий параметров активности CYP1A2. Прием пищи (как обычной, так и с высоким содержанием жиров) не влияет ни на биодоступность, ни на скорость всасывания (Łebkowska-Wieruszewska B. et

al., 2021; Savino R. et al., 2023; Yu Y. et al., 2023). В организме агомелатин подвергается быстрому окислению, преимущественно за счет CYP1A2 (90%) и CYP2C9 (10%). Основные метаболиты в виде гидроксилированного и деметилированного агомелатина не активны, быстро связываются и выводятся с мочой (80%).

Поскольку препарат не влияет на захватmonoаминов и не имеет сродства к  $\alpha$ -,  $\beta$ -адренорецепторам, холинорецепторам, гистаминовым, дофаминовым и бензодиазепиновым рецепторам, это объясняет отсутствие у агомелатина характерных для других антидепрессантов НЯ со стороны сердечно-сосудистой системы, сексуальных дисфункций, чрезмерной седации, увеличения массы тела, а также не вызывает привыкания и синдрома отмены (Цыганков Б.Д. с соавт., 2011; Воробьева О.В., 2012; Аведисова А.С. с соавт., 2013; Yu Y. et al., 2023).

В исследования включались пациенты обоего пола в возрасте от 18 лет и старше с ДМР в структуре аффективных расстройств, соответствующих критериям (по МКБ-10) для: депрессивного эпизода легкой или средней степени тяжести, биполярного или рекуррентного депрессивного расстройства, депрессивный эпизод легкой степени тяжести, циклотимии или дистимии.

Не включались в исследование пациенты с признаками психической патологии, не удовлетворяющей критериям включения; склонные к аллергическим реакциям (в т.ч. гиперчувствительность к флуоксамину и агомелатину в анамнезе); принимавшие участие в каких-либо фармакотерапевтических исследованиях минимум за четыре недели до включения в настоящее исследование; принимающие лекарственные средства, обладающих психотропной активностью (за исключением анксиолитиков, включенных в 1-2-х дневную схему хирургической премедикации); страдающие зависимостью от психоактивных веществ, тяжелой печеночной, почечной или другой органной недостаточностью,

злокачественными новообразованиями, соматическими и неврологическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Каждый из антидепрессантов назначался на 3-7 день после хирургического вмешательства в течение 6 недель. Стартовая доза флуоксамина составляла 50 мг/сут, агомелатина 25 мг/ночь. При недостаточном терапевтическом эффекте предусматривалось повышение суточной дозы до максимального допустимого уровня 300 мг/сут и 50 мг/ночь, соответственно. В итоге средняя терапевтическая доза флуоксамина составила 150 мг/сут, агомелатина – 37,5 мг/ночь.

Оценка состояния пациентов проводилась до проведения пластической операции (визит 1, Д0), на 3-7 день после операции (перед назначением препарата (визит 2, Д3-7), а также на 7 (визит 3, Д7), 21 (визит 4, Д21) и 42 дни терапии (визит 5, Д42).

Эффективность лечения оценивалась еженедельно по шкалам для оценки выраженности депрессий Гамильтона (HDRS-21) и CGI-I, CGI-S. В качестве респондеров рассматривались больные с более чем 50% снижением первоначальной суммы баллов по HDRS. Переносимость терапии определялась по спонтанным жалобам, регистрируемым НЯ по шкале UKU. Особо отслеживались показатели функционирования печени (уровень трансаминаз крови) и гемодинамики пациентов (ЧСС, АД).

Полученные данные обрабатывались с помощью программы Statistica (компания Статсофт, США).

**Результаты исследования.** В исследование были включены перенесшие хирургическую коррекцию внешности: 31 пациент (19 женщины, 12 мужчин, средний возраст  $31,6 \pm 4,7$  лет), и получавшие по назначению врача флуоксамин, а также 35 пациентов (19 женщины, 16 мужчин, средний возраст  $28,7 \pm 3,2$  лет), принимавших агомелатин.

Социально-демографические характеристики выборки приведены в Таблице 26.

**Таблица 26. Социально-демографическая характеристика выборок**

Характеристика	Пол		Профессиональный статус		Семейный статус	
	мужчины	женщины	работа ют/ учатся	пенсионер ы/ инвалиды	в брачес	одинокие/ разведены
Терапия						
Выборка флуоксамина (n=31, %)	38,7	61,3	100	0	35,5	64,5
Выборка агомелатина (n=35, %)	45,7	54,3	94,3	5,8	42,9	57,1

В качестве краткосрочной сопутствующей соматотропной терапии больные получали в профилактических и симптоматических целях стандартные дозы препаратов (Таблица 27).

**Таблица 27. Сопутствующая соматотропная терапия**

Препарат	Доза (мг)	Схема терапии
<b>Антибактериальные препараты</b>		
Амоксикилав	1200	3 раза в день в/в
Линкомицин	80	3 раза в день в/м

Цефтриаксон	1000	1-3 раза в день в/м
Метронидазол	500	2-3 раза в день в/в капельно
<b>Десенсибилизирующие препараты</b>		
Супрастин	20	2 раза в день в/м
Тавегил	2	2 раза в день в/м
Димедрол	10	2 раза в день в/м
<b>Болеутоляющие препараты</b>		
Кеторлак	30	2-3 раза в день в/м
Кетонал	100	2-3 раза в день в/м
Баралгетас	2500	2-3 раза в день в/м
Анальгин	500	2-3 раза в день в/м
<b>Седативные препараты</b>		
Реланиум	10-20	с целью премедикации за 40 мин
Дормикум	2-15	до операции или в раннем послеоперационном периоде 1-2 раза в день, в/м

Распределение больных изученных выборок по аффективной патологии согласно рубрикам МКБ-10 приведено в Таблице 28.

**Таблица 28. Депрессивные расстройства в выборках**

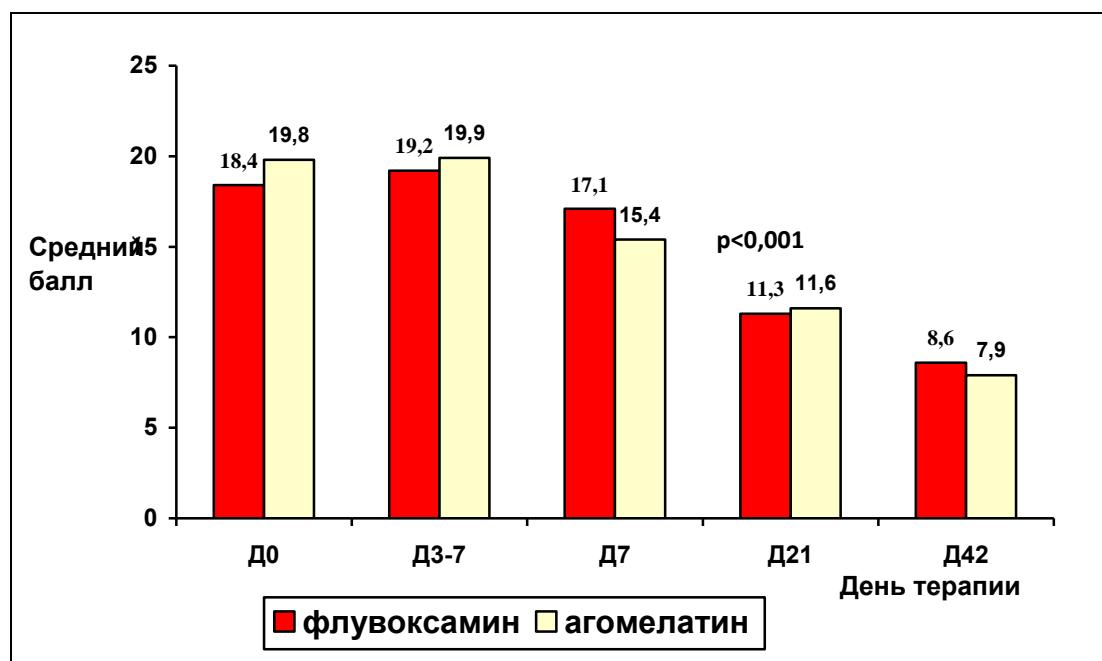
Рубрика МКБ-10, шифр	Число больных	
	Выборка флуоксамина, %	Выборка агомелатина, %
<b>Депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести (F32.0, F32.1)</b>	67,7	62,9
<b>Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3)</b>	6,5	11,4
<b>Рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод легкой или средней степени (F33.0, F33.1)</b>	19,4	17,0
<b>Циклотимия (F34.0)</b>	3,2	5,8
<b>Дистимия (F34.1)</b>	3,2	2,9
<b>Всего:</b>	100	100

Длительность представленного в группах актуального психопатологического симптомокомплекса варьировала от 1 до 27 месяцев (средняя длительность  $12,9 \pm 2,1$  месяца) в выборке флуоксамина и от 1 до 25 месяцев (средняя длительность  $9,6 \pm 1,3$  месяца) в выборке агомелатина.

Выраженное клиническое действие обоих антидепрессантов подтверждалось достоверной редукцией исходных баллов депрессии шкалы HDRS. Значимое обратное развитие депрессивных симптомов началось на 3-й неделе лечения ( $p < 0,05$ ) и становилось более выраженным на фоне

дальнейшей терапии с непрерывным улучшением показателей вплоть до последней недели терапии ( $p<0.001$ ).

Динамика средних баллов депрессии по шкале для оценки депрессии Гамильтона (HDRS) представлена на Рисунке 15. Обращает на себя внимание незначительное увеличение средних значений шкалы HDRS в ранний послеоперационный период, обусловленное как влиянием перенесенного наркоза, так и, по признанию пациентов, усилением тревожных опасений по поводу развития постоперационных осложнений, отсутствия или возможных негативных эффектов хирургического вмешательства.



**Рисунок 15. Динамика средних суммарных баллов по HDRS в течение терапии антидепрессантами**

К моменту завершения исследования клинически значимое улучшение (пациенты, квалифицированные как респондеры по принятым в исследовании критериям) зафиксировано у 22 (71%) из 31 пациентов на флуvoxамине и 25 (71,4%) пациентов на агомелатине.

Дополнительно, в выборке флуоксамина согласно шкале CGI-I “существенное улучшение” отмечено у 8 (25,8%), “выраженное улучшение” – у 11 (35,5%) пациентов, еще у 3 (9,7%) больных зарегистрировано “умеренное улучшение” по CGI-I. Сходные результаты получены при анализе динамики тяжести психопатологических расстройств по шкале CGI-S. На момент завершающей оценки исходный средний балл CGI-S (4,2) снизился до уровня  $\leq 2$  у 19 (61,3%) больных.

В выборке агомелатина согласно шкале CGI-I за тот же период наблюдения “существенное улучшение” отмечено у 19 (54,3%), “выраженное улучшение” – у 8 (22,9%) пациентов, еще у 3 (8,6%) больных зафиксировано “умеренное улучшение” по CGI-I. По шкале CGI-S на момент завершающей оценки исходный средний балл CGI-S (4,2) снизился до уровня  $\leq 2$  у 23 (65,7%) больных.

Более детальный анализ выраженности изменений отдельных психопатологических симптомов, верифицируемых с помощью шкалы HDRS, позволил выделить у обследуемой выборки пациентов следующие характеристики спектра терапевтической активности флуоксамина: с конца первой недели терапии редуцировались трудности засыпания, кошмарные сновидения, нивелировались психалгии и сенсопатии (конверсионные, соматоформные проявления, вегетативная лабильность). Анксиолитическое действие препарата разворачивалось к концу 3 недели терапии: снижалась раздражительность, выраженность ситуационно провоцированных страхов и тревожных опасений, направленных в будущее. Значимая положительная динамика астенических и когнитивных расстройств, нарушений памяти и концентрации внимания также регистрировалась, начиная с 21 дня лечения. В ходе исследования также установлено, что на фоне комбинированной терапии антидепрессантом и хирургическим вмешательством к 42 дню лечения фиксировалась уменьшение насыщенности дисморфофобической симптоматики, сенситивных и ипохондрических идей.

Клиническое действие агомелатина (Вальдоксан) проявлялось уменьшением выраженности гипотимии, редукцией депрессивного содергательного комплекса. С первой недели терапии пациенты отмечали улучшения настроения с одновременным уменьшением вялости, подавленности, эмоциональной напряженности, восстановление привычной продолжительности и качества сна, нивелирование психалгий и сенсопатии. Анксиолитическое действие препарата также разворачивалось к концу 3 недели терапии: снижались раздражительность, выраженность ситуационно провоцированных страхов и тревожных опасений, направленных в будущее. Значимая положительная динамика астенических и когнитивных расстройств, нарушений памяти и концентрации внимания также регистрировалась, начиная с 21 дня лечения.

Кроме того, отмечая восстановление прежнего душевного равновесия, все пациенты обеих выборок уже на визите 3 сообщали, что испытывают чувство удовлетворения от первых результатов хирургического вмешательства, выражали уверенность в дальнейшем благоприятном течении постоперационного периода, подчеркивали восстановление прежнего свойственного им чувства удовольствия от ранее приятных занятий, соглашались, что раньше слишком пессимистично оценивали жизненную ситуацию, переоценивали выраженность и значение “недостатков” внешнего вида. К концу терапии 48,5% пациентов, несмотря на удовлетворение результатами операции, ретроспективно высказывали сомнение в необходимости её проведения. Таким образом, на фоне комбинированного (хирургического и психофармакологического) лечения редуцировались симптомы ДМР, что подтверждается данными, полученными на других выборках больных (Кинкулькина М.А., 2007; Андрющенко А.В., Бескова Д.А., 2008; Иванов С.В., 2009; Смулевич А.Б. с соавт., 2010; Воробьева О.В., 2012; Яхно Н.Н., Вознесенская Т.Г., 2012; Волель Б.А., 2015; Yu Y. et al., 2023).

Установлен сравнительно благоприятный профиль безопасности обоих антидепрессантов у пациентов с депрессивным типом ДМР. Связанных с приемом антидепрессантов НЯ, послужившие причиной преждевременного прекращения терапии, не зафиксировано.

НЯ отмечались у 9 (29%) пациентов на флуоксамине преимущественно в течение первых 1-3 недель терапии и обычно купировались по мере регрессии депрессивной симптоматики, либо на фоне снижения дозы. Среди НЯ встречались: со стороны пищеварительной системы - обструкция (2 наблюдения), тошнота (4 наблюдения), сухость во рту (3 наблюдения); со стороны сердечно-сосудистой системы - синусовая тахикардия (2 наблюдения); со стороны ЦНС и периферической нервной системы - бессонница (2 наблюдения), слабость и утомляемость в дневные часы (2 наблюдения); со стороны мочевыделительной системы - дизурия ( затруднения в начале мочеиспускания - 1 наблюдение); о нарушениях половой функции сообщил также 1 пациент. На момент окончания терапии у больных не зафиксировано появления гемодинамически значимых нарушений ритма и/или проводимости сердца. В ходе исследования не отмечено клинически значимого изменения артериального давления (включая ортостатическую гипотензию). Не обнаружено влияния на показатели крови. Последующая постепенная отмена флуоксамина (17 набл.) не сопровождалась развитием признаков синдрома отмены.

На фоне приема агомелатина НЯ зарегистрированы у 8 (22,9%) пациентов. Среди НЯ отмечались: со стороны пищеварительной системы - тошнота (3 наблюдения), сухость во рту (1 наблюдение); со стороны ЦНС и периферической нервной системы – головная боль и головокружение (по 2 наблюдения), дневная гиперсomnia, слабость и утомляемость в дневные часы (1 наблюдение); со стороны мочеполовой системы - о нарушениях половой функции сообщил 1 пациент. Все НЯ возникали также преимущественно в течение первых 3 недель терапии и нивелировались по мере регрессии

депрессивной симптоматики. На момент окончания терапии у больных изученной выборки также не зафиксировано появления гемодинамически значимых нарушений ритма и/или проводимости сердца, клинически значимого изменения артериального давления (включая ортостатическую гипотензию), выраженных изменений показателей крови. У 2 (5,7%) пациентов на фоне психофармакотерапии в постоперационном периоде зафиксирована тенденция к увеличению содержания печеночных трансаминаз, не выходящих за пределы физиологической нормы. Отмена агомелатина (19 набл.) также не сопровождалась развитием признаков синдрома отмены.

Важно отметить, что после завершения периода наблюдения у 20 пациентов, продолжающим прием антидепрессантов, присоединялась психотерапия.

Таким образом, флуоксамин и агомелатин продемонстрировали высокую сходную эффективность у пациентов с депрессивным типом ДМР и несколько отличающиеся профили НЯ. Тем не менее, оба антидепрессанта могут быть рекомендованы для терапии депрессивных расстройств с явлениями дисморфии у пациентов пластического хирурга.

## **6.2. Сравнение эффективности и переносимостиmono- и комбинированной терапии ДМР**

Эффективность mono- и комбинированной терапии у пациентов с депрессивным и другими типами ДМР в сравнении с группой контроля представлена в Таблице 29. Минимальный катамнестический период наблюдения у пациентов основной группы и контрольной группы составил от 6 мес (средний -  $8,4 \pm 1,9$  мес).

**Таблица 29. Эффективность терапии ДМР**

Тип ДМР		Дисморфия					
Вид терапии/ Критерии оценки	(n=31)	Сверх ценная	Депрес сивная	Ипохो ндриче ская	Обсессивно- компульсив ная	Бредов ая	Всего (n=18 6)
<b>Психофармакотерапия</b>							
Респондеры,%		80,0	4,3	37,5	35,0	33,3	38,0
Ремиттеры,%	-		85,2	58,3	55,0	66,7	55,1
Удовлетвореннос ть результатами проведенных эстетических процедур ( $\pm\%$ по ВАШ)		+74,2	+102,8	+84,9	+37,9	-15,4	+56,9
Число повторных обращений к услугам эстетической медицины за 6 мес		4,2±0,8	1,7±0,6	3,3±0,9	5,4±1,2	0,6±0,3	3±0,8
<b>Комбинированная терапия</b>							
Респондеры		53,8	4,3	12,5	16,7	-	32
Ремиттеры		30,8	95,7	70,8	83,3	-	60
Удовлетвореннос							

ть результатами проведенных эстетических процедур ( $\pm\%$ по ВАШ)	+82,4	+121,7	+102,8	+51,2	-	89,5
Число повторных обращений к услугам эстетической медицины за 6 мес	$3,8 \pm 0,8$ *	$0,4 \pm 0,2$ *	$1,3 \pm 0,4$ *	$4,1 \pm 1,5^*$	-	$2,4 \pm 0,7$

\* $p<0.001$

#### Группа сравнения (без терапии)

Спонтанные ремиттеры	5,3	9,1	13,3	0	0	9,2
Удовлетворенность результатами проведенных эстетических процедур ( $\pm\%$ по ВАШ)	+10,2	-32,4	-44,5	-5,8	-31,2	-20,7
Число повторных обращений к услугам эстетической медицины за 6 мес	$5,2 \pm 0,7$	$1,9 \pm 1,1$	$4,5 \pm 1,6$	$5,3 \pm 1,5$	$1,1 \pm 0,2$	$3,6 \pm 1$

Из данных Таблицы 29. очевидно, что выбранные стратегии лечения у пациентов с разными типами ДМР достаточно эффективны: на фоне психофармакотерапии у всех больных с депрессивной и бредовой дисморфией удается достигнуть показателей респонса или ремиссии, при других типах ДМР – у 80-95,8% пациентов. При комбинированной терапии удается достичь не только увеличения количества пациентов в ремиссии, но и роста общего отклика на терапию.

Важным практическим результатом и дополнительным указанием на нивелирование дисморфической симптоматики является повышение удовлетворенности исходами эстетического лечения, а также достоверное сокращение повторных обращений к услугам эстетической медицины у пациентов, получающих монопсихофармакотерапию и комбинированное лечение, в отличие от группы сравнения.

В группе сравнения спонтанного улучшения психического состояния больных и выраженности ДМР, несмотря на поведение эстетических интервенций, практически не наблюдалось. На это же указывает достоверная тенденция к снижению удовлетворенности результатами пластических операций, росту повторной обращаемости к специалистам по эстетической медицине и высокой частоте конфликтных ситуаций (37,3%) с обращением пациентов в надзорные организации, правоохранительные органы и суды с жалобами на результаты эстетического лечения.

Переносилась психофармакотерапия пациентами, в целом, хорошо (Таблица 30). Выбывших на этом этапе исследования из-за серьезных НЯ не было. Наиболее критичными и ограничивающими период приема психофармакотерапии оказались у пациентов с дисморфией такие НЯ, как увеличение массы тела (27,4%) и сексуальные дисфункции (34,9%), что, в целом, соответствует данным литературы о частоте и роли НЯ у пациентов в иных выборках (Gill H. et al. 2020; Kameg B., Champion C., 2022; Meneses C. et al., 2023; Pillinger T. et al., 2023; Leucht S. et al., 2024).

**Таблица 30. Переносимость разных видов терапии при ДМР**

<b>Показатель</b>	<b>Дисморфия</b>					
	<b>Сверхценная (n=31)</b>	<b>Депрессивная (n=75)</b>	<b>Ипохондрическая (n=48)</b>	<b>Обсессивно-компульсивная (n=26)</b>	<b>Бредовая (n=6)</b>	<b>Всего (n=186)</b>
<b>Частота развития НЯ, %</b>	51,6	49,3	47,9	65,4	83,3	52,7
Психофармакотерапия	60,0	54,3	75,0	70,0	83,3	55,4
	50,0	41,4	20,8	50,0	-	38,8
<b>Частота коррекции дозы из-за НЯ, %</b>	19,4	21,3	25,0	30,8	33,3	23,7
Психофармакотерапия	20,0	28,3	41,6	35,0	33,3	32,7
	19,2	10,3	8,3	16,7	-	12,9

Наиболее чувствительными к НЯ препаратов оказались пациенты с бредовой (83,3%), ипохондрической (75%), обсессивно-компульсивной (70%) и сверхценной (60%) дисморфией. В случае бредовой и обсессивно – компульсивной дисморфии, возможным объяснением этого являлось

назначение антипсихотиков в средних и высоких дозах для купирования психотической симптоматики. При сверхценном и ипохондрическом типе ДМР пациенты особо пристально “сканировали” свое самочувствие и фиксировали малейшие изменения в состоянии организма, связывая их с приемом новых для них препаратов (анксиолитики, антидепрессанты). При этом из перечисленных пациентов преимущественно больные с ипохондрическим типом ДМР (41,6%) расценивали НЯ как существенные и требующие коррекции доз препаратов. Высокая частота коррекции дозировок лекарственных средств зафиксирована и у пациентов с обсессивно-компульсивным (35%) и бредовым (33,3%) типом дисморфии, принимавших антипсихотики.

Еще одним практически значимым итогом проведенного лечения пациентов с ДМР стало обнаружение положительного влияния психотерапии на уменьшение частоты развития НЯ и связанную с этим коррекцию дозировок психотропных препаратов: при комбинированной терапии пациенты в среднем в 1,5-3,6 раза реже отмечали развитие НЯ, и в 2-5 раз реже им проводилась коррекция дозировок из-за НЯ (Таблица 30).

Полученные данные о положительном влиянии присоединения психотерапии к фармакологическому лечению пациентов с ДМР соотносятся с результатами аналогичных исследований, выполненных на выборках пациентов с иным спектром психических расстройств как в общей медицинской (Баранов Н.А. с соавт., 2002; Драпкина О.М. с соавт., 2022), так и психиатрической практике (Haller H. et al., 2021; Childhood Trauma Meta-Analysis Study Group, 2022; Agüero-Millan B. et al., 2023; Nelson J.C. et al., 2025).

Таким образом, полученные на третьем этапе исследования данные свидетельствуют об эффективности дифференцированного подхода к назначению психофармако- и психотерапии в зависимости от клинической типологии ДМР. Применение как монотерапии психотропными средствами,

так и комбинированное с психотерапией лечение достоверно улучшает психическое состояние пациентов с различными типами ДМР по показателям респонса и ремиссии, повышает удовлетворенность результатами эстетическими процедурами и снижает вероятность повторных обращений с жалобами на необоснованное недовольство собственной внешностью.

При сверхценном типе ДМР наибольший терапевтический эффект достигался при комбинировании с психотерапией ( $4,4 \pm 0,2$  мес) курсовой анксиолитической терапии препаратами (гидроксизин, тофизопам, фабоматизол, этифоксин) в малых и средних дозировках с психотерапией: число ремиссий ДМР составляло 30,8%, количество респондеров - 53,8%, удовлетворенность результатами эстетических процедур - 82,4%. Повторная обращаемость к услугам эстетической медицины в связи с необоснованным недовольством собственной внешностью снижалась на 26,9% относительно с группой сравнения ( $p < 0,01$ ).

При депрессивном типе ДМР максимальный терапевтический эффект (респондеры 4,3%, ремиттеры 95,7%, удовлетворенность эстетическими процедурами +121,7%) достигался при комбинированной терапии с применением в течение  $8,4 \pm 2,5$  мес антидепрессантов (агомелатин, венлафаксин, флуоксамин, эсциталопрам), антипсихотиков (сульпирид, арипипразол, карипразин, кветиапин), обладающих в малых дозах потенцирующим тимолептическим эффектом, анксиолитиков, купирующих симптомы тревоги, и стабилизаторов настроения (у пациентов с БАР). Частота повторных обращений к услугам эстетической медицины снижалась на 78,9% относительно группы сравнения ( $p < 0,01$ ).

При ипохондрическом типе ДМР комбинированная терапия на протяжении  $7,8 \pm 1,9$  мес с применением низких и средних доз анксиолитиков и антидепрессантов, а также соматовегетостабилизирующих антипсихотиков (кветиапин, сульпирид) позволяла достигнуть показателей респонса у 12,5% пациентов, ремиссии дисморфии – у 79,8%, повысить удовлетворенность

эстетическими процедурами на 102,8% снизить частоту повторных обращений к услугам эстетической медицины на 71,1% по сравнению с группой сравнения ( $p<0,01$ ).

Комбинированная терапия обсессивно-компульсивного типа ДМР проводилась с использованием средних и высоких доз флуоксамина, кветиапина и анксиолитиков. При этом число респондеров за  $7,1\pm1,8$  мес достигло 35%, ремиттеров -55%, а удовлетворенность результатами эстетических вмешательств повысилась на 51,2%. Частота повторных обращений к услугам эстетической медицины снижалась на 22,6% по сравнению с группой сравнения ( $p<0,05$ ).

Единственным типом ДМР, при котором использовалась только психофармакотерапия, был психотический (бредовой, аффективно-бредовой). На фоне высоких доз антипсихотиков (галоперидол, рисперидон, кветиапин) и антидепрессантов (венлафаксин, флуоксамин) за  $5,4\pm0,6$  мес удалось достичь ремиссии у 66,% больных, респондерами оказались 33,3%.

При отсутствии любого специализированного вида лечения психопатологическая симптоматика, включая ДМР, несмотря на проведение даже радикальных (хирургических) вмешательств, практически не редуцируется, количество повторных обращений к эстетическим процедурам растет, как и неудовлетворенность пациентов их результатами, что потенциально чревато конфликтами с медицинскими учреждениями и специалистами.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Актуальность проблемы изучения ДМР определяется как его высокой встречаемостью, так и негативными медицинскими и социальными последствиями.

По оценкам ВОЗ до 16% взрослого населения течение жизни страдают дисморфическим телесным расстройством различной степени выраженности (Прошаев К.И., Ильницкий А.Н., 2019). По результатам 6 крупных эпидемиологических исследований срезовая распространенность ДМР в населении составляет 0,7–3% набл. (Волкова Н., Глазкова Л., 2019; Ishigooka J. et al., 1998; Rief W. et al., 2006; Buhlmann U., et al., 2010; Hardardottir H., et al., 2019). В менее крупных исследованиях, выполненных на неклинических выборках студентов, показатели распространенности ДМР в различных странах достигают – 4–13% набл. (Maude D. et al., 1993; Grant J.E. et al., 2001; Bohne A. et al., 2002; Cansever A. at al., 2003; Thompson A.R., 2013; Ryan S., 2015; He W. et al., 2017).

ДМР - психическая патология, зачастую не попадающая в поле зрения психиатров, поскольку страдающие ею пациенты обращаются преимущественно к дерматологам, косметологам или пластическим хирургам (Veale D., 2001; Pavan C. et al., 2006; Macfarlane F. et al., 2019; Schulte J. et al., 2020). В публикациях указывается, что до 45% пациентов с ДМР наблюдаются дерматологами (Phillips K., Diaz S., 1997 Phillips K., 2013). Ещё около 23% больных с дисморфическим расстройством обращаются к пластическим хирургам (Napoleon A., 1993; Phillips K.A, 2013; Dey J.K. et al., 2015; Joseph A.W. et al., 2017). При этом проведенные в США исследования показывают, что в течение последних 20 лет количество эстетических операций увеличилось более чем на 100%. Контрольные исследования, проведенные среди членов Американской ассоциации пластических

хирургов, свидетельствуют о 24% росте числа эстетических операций каждые 2 года (Хеден П., 2001; American Society of Plastic Surgeons, 2025). Американское общество пластических хирургов (ASPS) сообщает, что за 10 лет число потребителей косметических услуг (хирургических и нехирургических) увеличилось в 16 раз. По данным Британской ассоциации эстетических пластических хирургов (BAAPS) за один год количество пациентов возрастает в 1,1-1,6 раза (Sarwer D.B., Crerand C.E., 2004). В России, начиная с 2003 года, также наблюдается неуклонный рост числа потребителей услуг эстетической медицины (Баранская Л.Т., 2009), а количество пластических операций в стране ежегодно удваивается (Рамси Н., Харкорт Д., 2009; Соколова Е.Т., 2011).

Важной частью проблемы ДМР является наличие отчетливых нарушений социального функционирования, несмотря на достаточно высокий коэффициент интеллектуального развития и образовательный ценз, отсутствие случаев инвалидности, связанной с somатическим или психическим заболеванием (Chren M.M. et al., 1996; Хеден П., 2001; Ishak W.W. et al., 2012). В связи с выраженной и длительной семейной, трудовой и медицинской дезадаптацией качество жизни пациентов с ДМР более низкое по сравнению с пациентами, страдающими такими заболеваниями как сахарный диабет 2-го типа, расстройства пищевого поведения, обсессивно-компульсивное расстройство, биполярное аффективное расстройство и шизофрения (Phillips K.A., 2000; Fenwick A.S., Sullivan K.A., 2011; Hooker C.I. et al., 2013). Высокий уровень дисморфической озабоченности ассоциируется с худшим физическим здоровьем, сниженной социальной активностью, сужением круга интересов, ограничивает возможности социализации и других способных доставить удовольствие форм активности, ориентированных на повышение настроения и восприятия себя (Beilharz F. и соавт., 2019).

Наличие ДМР признается фактором риска и предиктором манифестации и рецидивов НА, ОКР, депрессии, суициdalного поведения (Матюшенко Е.В., 2011; Angelakis I. et al., 2016; Eskander N. et al., 2020; Machremi E. et al., 2022). У ряда пациентов ДМР является предпосылкой формирования расстройств половой идентификации (Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021).

В эстетической медицине ДМР является одной из причин частой неудовлетворенности пациентов результатами косметологических процедур и пластических операций. Уровень удовлетворенности пластической хирургией у пациентов с ДМР составляет лишь 2,8-19% набл. вне зависимости от реального исхода операции (Варлашкина Е.А., 2015; Panayi A., 2015; Sinno S. et al., 2015; Sweis I.E. et al., 2017).

Среди предрасполагающих к развитию ДМР биологических факторов указывают на наличие наследственной генетической детерминанты (Jansi A.D. et al., 2020), структурных и функциональных аномалий в различных отделах головного мозга (Davidovic M. et al., 2018; Wang Y. et al., 2020; Moody T.D. et al., 2021), нарушений функционирования серотониновой системы (Hollander E. et al., 1999; Kaye W.H., et al. 2005). Очевидно, необходимым для решения проблемы профилактики формирования и разработки эффективного лечения ДМР является дальнейший поиск дополнительных биологических, социальных и психических (патопсихологических, патохарактерологических и психопатологических) факторов риска.

Исследование патопсихологических и патохарактерологических расстройств у пациентов с ДМР, длительное время ведется зарубежом преимущественно косметологами, дерматологами, челюстно-лицевыми, пластическими или реконструктивными хирургами, стоматологами в соответствии с основами их профессиональной деятельности (Macfarlane F. et al., 2019; Schulte J. et al., 2020). Обращает на себя внимание

противоречивость и неоднозначность результатов таких работ. Например, фиксируемая зависимость наличия, структуры и выраженности личностных черт при ДМР от гендерных и возрастных характеристик выборок ставит под сомнение репрезентативность полученных данных и требует дальнейшего изучения.

Нозологическая квалификация ДМР остается одной из наименее изученных сторон проблемы ДМР. Исторически ДМР рассматривается как нозологически самостоятельное психопатологическое расстройство сверхценного типа (уровня) (Досужков Ф.Н., 1947, 1963; М.В. Коркина, 1984; Петрова Н.Н., Грибова О.М., 2014). Ряд авторов указывают, что дисморфомания чаще всего развивается в рамках шизофренического процесса (Воловик М.В., 1972; Морозов П.В., 1977; Коркина М.В. 1984; Fisher S., 1986, 1990; Phillips K.A., 2000; Hooker C.I. et al., 2013) или динамики расстройств личности (Матюшенко Е.В., 2011; Петровой Н.Н., Грибовой О.М., 2014).

Выделение клинических вариантов ДМР основывается на описании дихотомии типов: бредовой (“сниженный инсайт”) и небредовой (Морозов П.В., 1977; Смулевич А.Б. с соавт., 2009; Phillips K.A. et al., 1994; Phillips K.A., 2006).

Психотерапия и психофармакологическое лечение пациентов с ДМР сопряжены с проблемой организации медицинской помощи из-за стигматизации больных и недостаточного инсайта в отношении дисморфии и понимания необходимости обращения к психиатру/психотерапевту (Куроедова В.Д., 2005; Л.Т. Баранская, 2009; Sobanko J.F. et al., 2015; Sweis I.E. et al., 2017; Dadkhahfar S. et al., 2021).

Таким образом, исходя из материалов современных исследований, целый ряд вопросов, связанных с проблемой ДМР у пациентов эстетической медицины требует дальнейшей разработки.

Несмотря на высокую распространенность ДМР среди пациентов пластического и/или реконструктивного хирурга и косметолога, обнаруживаемые в исследованиях факторы риска развития ДМР вариабельны и не затрагивают действия многих биологических и психосоциальных влияний.

Изучение личностных предпосылок формирования ДМР позволяет выделить разноплановые патопсихологические характеристики пациентов с ДМР в эстетической медицине, но лишь в единичных работах приводятся наблюдения об их патохарактерологических особенностях.

Результаты исследований, приводимые в публикациях, не создают возможность провести обобщенный анализ дисморфии в аспекте нозологической принадлежности и коморбидности с другими психическими расстройствами.

Гетерогенность клинических проявлений ДМР, которая на сегодняшний день констатируется исследователями (Jafferany M. et al., 2019; Jansi A.D. et al., 2020; Moody T.D. et al., 2021; Minikowski G.C. et al., 2025), очевидно, не ограничивается дилеммой бредовой/небредовой форм и требует клинико-динамической оценки для совершенствования современных патогенетической концепции и типологии ДМР.

Учитывая затруднения при организации медицинской помощи пациентам с ДМР в эстетической медицине, требуется разработка и оценка эффективных комбинированных методов лечения дисморфии в зависимости от её нозологической и клинико-динамической дифференциации, что позволит повысить качество жизни пациентов, их удовлетворенность результатами эстетических процедур и оптимизировать материально-технические издержки здравоохранения.

В рамках настоящего исследования установлены и систематизированы гетерогенные биологические, социально-психологические и психические факторы риска развития ДМР и мотивации обращения пациентов разных

возрастных групп к специалистам эстетической медицины. Полученные новые данные существенно дополняют имеющиеся и расширяют существующие представления о механизмах формирования ДМР.

В исследовании, в отличие от других работ, единым клинико-анамнестическим и психометрическим инструментом впервые выявлены не только специфические личностные особенности пациентов эстетической медицины с ДМР, но и отличия патопсихологических и патохарактерологических расстройств пациентов с ДМР, проходящих процедуры (радикальные – хирургические и консервативные – косметологические) эстетической коррекции внешности.

В отличие от предшествующих исследований в работе установлен полиморфизм психопатологической симптоматики ДМР и осуществлена разработка клинической типологии на основе изучения клинико-патологических особенностей и закономерностей течения с учетом коморбидных расстройств. Предложена отличная от ранее существовавших концепция, объясняющая типологическое многообразие дисморфии. Установлены статистически значимые закономерности развития разных типов ДМР.

В проведенном исследовании рассмотрены особенности проведения и эффективность психофармакотерапии ДМР в невыборочном контингенте пациентов эстетической медицины и впервые разработаны новые мультимодальные терапевтические подходы, повышающие эффективность и безопасность психофармакотерапии у пациентов с разными типами ДМР. Проанализированы терапевтические подходы ведения пациентов с ДМР в эстетической медицине с обоснованием класса фармакологических средств и выделением препаратов первого выбора, что систематизирует и углубляет имеющиеся положения о терапии больных с ДМР (Анисимова Н.Ю. с соавт., 2014; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Philippou A. et al., 2016; Krebs G. et al., 2017; Ólafsdóttir F., 2019). Также в исследовании выделены клинические

предикторы низкого комплаенса и терапевтического ответа на психофармакотерапию ДМР.

Настоящее исследование является мультидисциплинарным, позволившим получить новые данные о факторах риска, клинико-динамической неоднородности ДМР, разработать дифференциальный подход к специализированной терапии пациентов эстетической медицины с дисморфией, с учетом совокупного взаимовлияния ряда клинических и биологических параметров, в отличие от ранее проведенных исследований, где изучались лишь отдельные аспекты этой проблемы.

Диссертационное исследование выполнено на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Медицинского института ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы" (РУДН, ректор – проф. О.А.Ястребов) в 2011-2025 гг.

Общая численность обследованных пациентов составила 467 набл. с ДМР, обратившихся по поводу необоснованного недовольства внешностью к косметологам или пластическим хирургам клинических баз кафедр факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН. Катамнестическая группа 281 набл. была сформирована из числа пациентов основной клинической группы. Срок катамнеза составил от 6 мес. и более (средний –  $8,4 \pm 1,9$  мес).

Для разработки цели и задач исследования была сформулирована рабочая гипотеза, предполагающая анализ дисморфического симптомокомплекса как группы гетерогенных по факторам риска, клинико-динамическим характеристикам и нозогенной принадлежности психопатологических расстройств с дифференцированным подходом к их терапии.

Для достижения поставленных в исследовании цели и задач использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический психометрический и статистический методы. Клинико-психопатологический

и клинико-катастических методы предполагали личное обследование каждого пациента врачом-психиатром для получения квалифицированной оценки психопатологического состояния. Для диагностической оценки использовались критерии Международной классификации болезней 10 пересмотра.

Эффективность терапевтической программы оценивалась на основании клинической оценки и психометрических шкал, свидетельствующих о достижении и сохранении респонса, ремиссии и приверженности фармакотерапии.

В исследование включались давшие согласие на участие пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет, обратившиеся в клиники эстетической медицины к пластическому хирургу или косметологу в связи с необоснованным недовольством своей внешностью (с жалобами на объективно не подтвержденные “дефекты” внешности). Недостаточная обоснованность для недовольства собственной внешностью устанавливалась на основании заключения хирурга о соответствии внешних анатомических структур установленным в хирургической практике возрастным и физиологическим нормам (Рюге, Г., 1998; Виссарионов В.А., 2010; Кец Б., Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2011; Reyneke J.P., Feretti C., 2012; Daniel R.K. et al., 2013; Brunton G. et al., 2014).

Критериями невключения являлись наличие у пациентов клинически значимых, объективно уродующих, инвалидизирующих, нарушающих функционирование дефектов внешности, химические зависимости, тяжелые или декомпенсированные на момент обращения сомато-неврологические заболевания, затрудняющими сбор анамнеза. При проведении психофармакотерапии дополнительными критериями исключения были: склонность к аллергическим реакциям; участие в каких-либо фармакотерапевтических исследованиях минимум за четыре недели до включения в настоящее исследование; ранее начатый прием лекарственные

средства, обладающих психотропной активностью (за исключением анксиолитиков, включенных в 1-2-х дневную схему хирургической премедикации).

Сформирована выборка из 467 пациентов (78 мужчин, 389 женщины) в возрасте 18-65 лет (средний возраст  $39,3 \pm 4,2$  лет). Для достижения поставленной цели и решения задач исследование было разделено на 3 этапа. Результаты всех этапов исследования подвергались статистической обработке. Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 6.0 (компания StatSoft, США).

На первом, психометрическом, этапе (467 набл.) для выявления патогенетических социальных, биологических и личностных факторов риска формирования ДМР проводилась скрининговая психометрическая оценка психического статуса, патохарактерологических и патопсихологических особенностей и мотивации 349 пациентов с необоснованным недовольством собственной внешностью, обратившихся за хирургической коррекцией внешности (ринопластика, блефаропластика, круговая подтяжка лица, липосакция и т.п.). Для установления специфических патохарактерологических черт пациентов, обращающихся к пластическому хирургу, была набрана группа сравнения (118 набл.) из числа пациентов, необоснованно недовольных своей внешностью, но предпочитающих только консервативные (косметологические) методы терапии (устранение морщин с помощью препаратов, мезотерапия, йонооксигенотерапия, криомассаж и др.).

Анализ результатов заполнения характерологического опросника К.Леонгарда (1965) продемонстрировал, что среди пациентов эстетической медицины с ДМР преобладают демонстративный (23%), педантичный (21%) с “риgidностью и инертностью психических процессов с продолжительным переживанием травмирующих событий” и застревающий (19%) со “склонностью к формированию сверхценных идей” типы акцентуаций (Леонгард К., 1981; Sheehan D.V. et al., 1994). Полученные результаты

сопоставимы с данными других исследований, обнаруживающих у пациентов с ДМР истерические и “сверхценные” черты (Каневская А.Я., 2005; Илюшина Е.А., Ткаченко А.А., 2015; Shridharani S.M. et al., 2010; Sarcu D., Adamson P., 2017).

Согласно результатам обследования с помощью пятифакторного личностного опросника в общей выборке преобладали пациенты, характеризующиеся высокой практичностью (“фиксация на материальном благополучии, настойчивость при воплощении планов”), эмоциональной неустойчивостью (“неспособность контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, капризность, заниженная самооценка, обидчивость, ожидание неприятностей, подверженность депрессивным реакциям”), обособленностью от общества (“стремление быть независимым и самостоятельным, держать дистанцию, избегание общественных поручений, небрежность при выполнении своих обязанностей и обещаний, отсутствие эмпатии, учета интересов других людей”), интровертированностью (“отсутствие уверенности в правильности своего поведения и невнимание к происходящим вокруг событиям; большая опора на собственные силы и желания, чем на взгляды других людей; предпочтение абстрактных идей конкретным явлениям действительности”).

В отличие от ранее полученных дискретных данных в результатах обоих личностных опросников присутствуют в значимых соотношениях зачастую противоположных личностные характеристики: например, интроверсия (90%) - экстраверсия (33%), импульсивность (64%) – самоконтроль (59%) и др. у части обследуемых сочетались.

Необходимо отметить и обнаружение по личностным опросникам у части обследованного контингента склонности к затяжным гипотимическим и тревожно-фобическим проявлениям (дистимический (16%) и тревожно-фобический (14%) личностные типы, соответственно). Аналогичным образом, у 138 (29,6%) пациентов по опроснику “Устойчивых форм Я-

внимания” (Кондаков, И.М., 1997) высокий уровень внимания к физическому и внешнему состоянию своего организма, интерпретируемый не только как наличие нарциссических черт личности, но и ипохондрических опасений Шостакович Б.В., 2000; Смулевич А.Б., 2012; Левицкая И.М., Попиль М.И., 2017; Millon Т., 1996). Эти данные согласуются с результатами заполнения пациентами самоопросников для выявления тревоги и депрессии Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965): 172 (36,8%) пациента отмечают у себя симптомы тревоги, а 148 (31,7%) - симптомы депрессии разной степени тяжести. Эти результаты, отчасти соотносятся с полученными на втором этапе работы данными о выявленных у части пациентов депрессивных и тревожных расстройств.

В ходе исследования впервые было проведено прямое сравнение специфических патохарактерологических черт пациентов, обращающихся к пластическому хирургу (первая подгруппа, 281 набл.) и косметологу (вторая подгруппа, 186 набл.), что позволило установить ряд отличий между ними и объяснить противоречивость результатов психометрического патохарактерологического исследования общей выборки.

При оценке данных самоопросников выявлено, что у пациентов первой подгруппы ( $n=281$ ), в отличие от клиентов косметологических отделений, согласно Характерологическому опроснику К.Леонгарда преобладают педантическая (30,4%,  $p=0,0026$ ), дистимическая (18,6%,  $p=0,0007$ ) и застревающая (10,2%,  $p=0,0064$ ) акцентуации характера, а также, по Пятифакторному личностному опроснику, такие патопсихологические черты как интроверсия ( $p<0,001$ ), педантичность ( $p=0,0032$ ), обособленность ( $=,0021$ ) и высокий самоконтроль ( $p<0,001$ : точность и аккуратность в делах, соблюдение общепринятых норм поведения в обществе).

Во второй подгруппе при оценке данных самоопросников установлено, что у пациентов косметолога доминируют акцентуации демонстративного (31,4%,  $p=0,0058$ ) и тревожно-фобического типов (16,7%,  $p=0,0055$ )

(Характерологический опросник К.Леонгарда), а также такие личностные черты, как экстравертированность (“общительность, коллективизм, широкий круг знакомств, оптимизм, тяготение к острым, возбуждающим впечатлениям, риску”), экспрессивность (“легкомысленность, недостаточно серьезное отношение к систематической деятельности”), эмоциональная неустойчивость, импульсивность (“естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам, отсутствие настойчивости в достижении цели”) (Пятифакторный личностный опросник).

Полученные данные о патопсихологических отличиях пациентов пластического хирурга и косметолога дополняются и соотносятся с результатами исследования с использованием иного набора психометрических шкал. Так, доминирование интернального локус контроля установлено у 207 (73,7%) из 281 пациентов хирурга и 55 (29,6%,  $p<0,001$ ) из 186 пациентов косметолога, экстернального – у 74 (26,3%) против 131 (70,4%,  $p<0,001$ ) соответственно, высокие баллы по методике диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна у 134 (47,9%) из 281 и 86 (46,2%) из 186 набл. соответственно, по шкале импульсивности Плучика – у 145 из 281 (51,6%) и 151 из 186 (81,1%,  $p<0,05$ ) соответственно.

Обращает внимание тот факт, что по Шкале стрессоустойчивости Холмса-Рея в обеих подгруппах состояние собственного здоровья не являлось доминирующим стрессогенным фактором для пациентов. Более того, предстоящее оперативное вмешательство не воспринималось пациентами пластического хирурга как значимый стресс, что несколько отличается от сообщений других авторов (Крылов В.И., 2016; Rohrich R.J., 2000; Vindgni V. et al., 2002; Picavet V.A. et al., 2013).

В то же время, пациенты хирургического стационара достоверно чаще ( $p<0,05$ ), чем пациенты косметологического отделения, характеризовались низким и сниженным уровнем стрессоустойчивости. При том средние показатели (баллы) низкой и сниженной стрессоустойчивости у них были

ниже, чем во второй подгруппе ( $363\pm11,9$  и  $192,3\pm12,1$  против  $480,5\pm17,1$  и  $203,6\pm11,5$  соответственно).

При изучении патопсихологических характеристик пациентов обеих подгрупп по опроснику “Устойчивых форм Я-внимания” зафиксированы близкие значения частоты встречаемости повышенного персонального и общественного внимания, социального страха.

При сопоставлении данных опросника для выявления тревоги и депрессии Цунга установлено, что пациенты пластического хирурга достоверно реже, чем пациенты косметолога, отмечают у себя симптомы тревоги (22,9% против 42,4%,  $p<0,001$ ) и депрессии (21,7% против 35,8%,  $p=0,005$ ).

Сравнение частоты встречаемости отдельных симптомов депрессии свидетельствует о синдромологической сопоставимости аффективных расстройств у пациентов двух подгрупп. В то же время достоверные отличия касаются большей частоты встречаемости у пациентов пластического хирурга таких симптомов как дисфория ( $p<0,0001$ ), снижение либido ( $p<0,0001$ ), а у пациентов косметолога – идей малоценностя ( $p<0,0001$ ) и суицидальных мыслей ( $p<0,0001$ ). Особо следует отметить, что среди всех пациентов, обратившихся к врачам с целью коррекции внешности, 25,7% констатировали у себя наличие мыслей о смерти. В остальном зафиксирована сопоставимость пациентов, обращающихся к косметологу и пластическому хирургу, по частоте встречаемости таких психометрически выявляемых симптомов депрессии, как ангедония, инсомния, когнитивные нарушения и соматические эквиваленты тревоги и депрессии.

Обобщая полученные на первом этапе исследования данные, можно сделать заключение о том, что одним из факторов, определяющим формирование ДМР и выбор пациентами предпочтительного метода эстетического вмешательства, является патохарактерологическая структура личности с чертами демонстративности, ригидности и инертности

психических процессов с продолжительным переживанием психотравмирующих событий и склонностью к формированию сверхценных идей.

Среди гетерогенных патопсихологических характеристик указанного контингента наиболее распространеными являются эмоциональная неустойчивость, неспособность контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, капризность, заниженная самооценка, обидчивость, ожидание неприятностей, подверженность депрессивным реакциям, стремление быть независимым и самостоятельным, избегание общественных поручений, небрежность при выполнении своих обязанностей, предпочтение абстрактных идей конкретным явлениям действительности. В литературе большинство из указанных патохарактерологических и патопсихологических черт описываются преимущественно в рамках личностных девиаций истерического или нарциссического круга ((Шостакович Б.В., 2000; Соколова Е.Т., 2011; Смулевич А.Б., 2012; Левицкая И.М., Попиль М.И., 2017; Millon T., 1996).

Выявленные в ходе патопсихологического обследования у 63% пациентов признаки повышенного персонального внимания (традиционно приписываемые нарциссическому складу личности либо общественного внимания (характерные для истерической, тревожно-мнительной и ипохондрической личностей (Шостакович Б.В., 2000; Соколова Е.Т., 2011; Смулевич А.Б., 2012; Millon T., 1996)), а также социального страха, реализующегося на психопатологическом уровне социофобией (Александровский Ю.А., 2008, 2021; Kelly M.M. et al., 2010), рассматриваются в литературе как основные “мотивирующие факторы” обращения к пластическому хирургу и косметологу ((Куроедова В.Д., 2005; Sobanko J.F. et al., 2015; Dadkhahfar S. et al., 2021). Однако около 37% пациентов общей выборки не обнаруживали ни одного из этих

патопсихологических феноменов, что предполагает наличие иных факторов риска ДМР и мотивационных механизмов обращения к врачам.

В тоже время при сравнении двух подгрупп пациентов установлено, что к помощи пластических хирургов прибегают преимущественно пациенты женского пола с низкой стрессоустойчивостью и высокой частотой встречаемости симптомов дисфории и суицидальных мыслей. Избегают радикальных хирургических вмешательств и обращаются к косметологам пациенты более старшего возраста, характеризующиеся сравнительно высоким личностным уровнем стрессоустойчивости, но чаще отмечающие у себя актуальные симптомы тревоги и депрессии.

Полученные в настоящем исследовании психометрические данные о наличии у 31,7% пациентов необоснованно недовольных своей внешностью симптомов депрессивных и у 36,8% тревожных расстройств соответствуют результатам исследований, выполненных на выборках пациентов общемедицинских стационаров и амбулаторий (Андрющенко А.В., Романов Д.В., 2010; Драпкина О.М. с соавт., 2022). При этом следует подчеркнуть, что эти результаты противоречат мнению ряда исследователей, ранее сообщавших о значительно большей частоте встречаемости тревожных и депрессивных состояний у пациентов с ДМР, обращающихся к врачам с целью коррекции внешности (Лобач О.И. с соавт., 2018; Петрова Н.Н., Палатина О.М., 2020; Meningaud J.P. et al., 2003; Phillips K.A. et al., 2004; Kelly M.M. et al., 2010). Возможным объяснением являются методологические отличия проводимых исследований, а также акцент настоящего исследования на пациентах с необоснованным недовольством собственной внешностью, без какой-либо сопутствующей морфологической, соматической или функциональной патологии наружных органов и частей тела.

Обнаружение достоверных различий в структуре патохарактерологических и патопсихологических расстройств у пациентов

пластика хирурга и косметолога, имеет важное практическое значение, поскольку в случае их декомпенсации обуславливает дифференцированные подходы к психофармакотерапии и психотерапии.

На втором, клиническом, этапе исследования (281 пациент: 199 – пластика хирурга и 82 – косметолога; 260 женщин (средний возраст  $35,8 \pm 4,9$  лет) и 21 мужчина (средний возраст  $30,9 \pm 5,7$  лет)) для верификации спектра психической патологии с необоснованным недовольством собственной внешностью, установления диагностических границ и разработки типологической дифференциации (систематики) дисморфического расстройства, а также изучения клинической картины и закономерностей динамики психических расстройств, протекающих с дисморфией, основным методом обследования пациентов, заполнивших шкалы и опросники, являлся клинико-психопатологический с привлечением данных катамнеза (от 6 мес.). Психиатрическое обследование проводилось автором исследования с добровольного согласия пациентов клинико-психопатологическим методом с использованием объективных данных из доступной медицинской документации. Окончательный диагноз устанавливался на совместных консультациях с участием лечащего врача – пластика хирурга/косметолога, психиатра и клинического психолога.

Полученные при клинико-психопатологическом обследовании данные о структуре патохарактерологических расстройств соотносятся с результатами психометрической оценки, также выявившей преобладание в выборке демонстративных, педантичных и тревожно-фобических черт. В тоже время суммарная доля диагностированных РЛ в изученной выборке (32%) превышает уровень их встречаемости в популяции (4-23%, Смулевич А.Б., 2012), что указывает на тропность ДМР к личностным расстройствам, а также о накоплении пациентов с РЛ в эстетической медицине.

В тоже время полученные данные о наличии у пациентов с ДМР шизоидных, избегающих, гипопаранойяльных и гипертимических

акцентуаций дополняют представленные в литературе результаты исследований, согласно которым диапазон личностных девиаций больных ограничен кругом истеро-нарциссических и обсессивно-компульсивных проявлений (Соколова Е.Т., 2009, 2011; Phillips K.A. et al., 1995, 1998; Eskander N. et al., 2020; Mallinger G. et al., 2020; Castle D. et al., 2021).

В ходе исследования также значительно расширены представления о патопсихологических особенностях пациентов эстетической медицины с ДМР. По данным экспериментально-психологического исследования у пациентов в выборке образ тела представлен нецелостно, формализован (64,8%), сформирован под влиянием интровертированных оценок значимых людей (70,1%), социальных стереотипов (58,7%) за счет недостаточной контролируемости, неустойчивости, повышенной проницаемости границ телесности при эгосинтонном восприятии внешности (71,9%). Особое внимание уделяется обследуемыми частям тела, которые непосредственно могут увидеть окружающие (84,7%). Мнимый недостаток внешности переживается как “дефект”, относящийся к постыдной части личности, характеризуется экстернальным локусом контроля в атрибуции идей причинности вне собственной личности (70,9%) и с делегированием ответственности за исправление/лечение окружающим (71,2%). Отношение к внешности при интернальном локусе контроля (29,1%) определяется в основном раздражением, “дефект” воспринимается как “мешающий” и “плохо контролируемый”, что обусловливает настойчивое стремление к проведению процедур по избавлению от него.

Кроме того, в выборке выявлены черты личностной незрелости (67,3%), высокая значимость социального одобрения (77,6%), низкая стрессоустойчивость (73,3%) в сочетании с эмоциональной лабильностью (59,7%), тенденцией к соматизации негативных эмоций (42,7%) и преобладанием вытеснения (56,6%), косность репертуара эмоциональных

реакций и проективных психологических защит (43,4%), склонность к фиксации на чувстве неполноценности (42,3%).

В отличие от предшествующих исследований проведено изучение нозологической принадлежности психической патологии, в рамках которых формируется ДМР, и их квалификация по МКБ-10. У 89,3% пациентов выявлены психические расстройства различных регистров (личностного, аффективного, тревожного, обсессивно-компульсивного, шизофренического, органического), что свидетельствует о том, что в изученной выборке ДМР в подавляющем большинстве случаев выступает не в качестве самостоятельного расстройства, а синдрома в рамках динамики гетерогенных психопатологических расстройств различного генеза. Выделение ДМР в рамках гетерогенных психических расстройств имеет важное практическое значение, так как обуславливает дифференцированный подход к выбору терапии.

На контрасте с большинством ранее проводившихся работ установлено, что манифестация и повторные экзацербации ДМР не имеют исключительной тропности к подростковому и раннему юношескому возрасту. Полученные данные свидетельствуют о наличие нескольких возрастных пиков манифестации или повторных обострений ДМР, причем максимальная частота ДМР в эстетической медицине приходилась на 35-46 лет. Возможным объяснением отличия результатов настоящего исследования от ранее проводимых служит как целенаправленное обследование пациентов уже обратившихся к специалистам эстетической медицины (пластика хирурга, косметолога), так и применение психиатрического клинико-анамнестического метода, позволяющего учитывать возраст не только манифестации ДМР, но и его повторных экзацербаций.

Дальнейший анализ анамнестических данных позволил выделить ряд биологических и психосоциальных факторов риска развития/обострения ДМР.

В результате регрессионного анализа в качестве основных из изученных факторов риска, статистически достоверно влияющих на частоту развития ДМР, выделены состояния, связанные с репродуктивным циклом и периодами гормональных кризов (патологический пубертат, лактация, перименопауза), утрата работы/пенсия, близкого (развод, смерть), изменение финансового состояния (утрата или приобретение), а также наличие сексуальных проблем, конфликтной ситуации, изменение социальной активности, что отчасти соотносится, но при этом расширяет ранее полученные данные о роли и видах стрессогенных провокаций дисморфии (Белопольская Н.Л. с соавт., 2012; Adamson P.A., Chen T., 2008; Karimi K., Adamson P., 2011; Sarcu D., Adamson P., 2017).

В ходе сопоставления длительности персистирования факторов риска и вероятности развития ДМР, установлено, что риск развития ДМР значимо коррелирует ( $p<0.001$ ) с продолжительностью следующих показателей: послеродовый период (максимальный риск в течении  $2,1\pm1,2-8,4\pm1,6$  месяцев после родов), климактерий (продолжительностью не менее  $4,3\pm2,1$  месяцев), конфликт (от  $3,6\pm0,6$  месяцев и более), угроза/утрата финансовой стабильности ( $1,5\pm0,4-12,7\pm6,2$  месяцев), вынужденная разлука (от  $6,3\pm2,9$  месяцев), снижение социальной активности (от  $5,7\pm4,2$  месяцев), проблемы с законом (от  $1,7\pm1,1$  до  $5,6\pm2,4$  месяцев).

При обработке полученных в ходе психиатрического обследования данные с помощью нелинейного регрессионного анализа методом логит-регрессии (логистической регрессии) была построена статистическая модель (окончательные потери 56,4;  $\chi^2(5)=32,244$   $p=0,00001$ ) для прогнозирования вероятности (выраженной отношением шансов - ОШ) ДМ (зависимый признак) по выявленным независимым (объясняющим) биopsихосоциальным факторам в различных возрастных периодах. Так, в качестве основного фактора риска ДМР в возрасте 9-15 лет выступал патологически протекающий пубертат ( $\chi^2=9,60$ ,  $p=0,004$ ,  $\text{ОШ}=2,16$ ), в 23-36 лет –

достижение финансового достатка ( $\chi^2=6,19$ ,  $p=0,008$ , ОШ=1,82), в 31-36 лет – послеродовый период и завершение лактации ( $\chi^2=8,2$ ,  $p=0,005$ , ОШ=2,27), в 35-36 лет – потеря работы ( $\chi^2=9,2$ ,  $p=0,004$ , ОШ=1,19) и конфликтная ситуация ( $\chi^2=7,6$ ,  $p=0,002$ , ОШ=1,27), в 39-40 лет – сексуальные проблемы ( $\chi^2=6,2$ ,  $p=0,003$ , ОШ=1,72), в 39-46 лет – перименопауза ( $\chi^2=7,8$ ,  $p=0,004$ , ОШ=1,93), в 55-65 лет – выход на пенсию ( $\chi^2=8,8$ ,  $p=0,005$ , ОШ=1,46).

На основании полученных в настоящем исследовании данных представляется обоснованным мнение, что причинами, определяющими становление и обострения ДМР, являются как длительность воздействия биологических и психосоциальных факторов риска, так и личностная предрасположенность, а также нозологическая принадлежность дисморфического синдрома. Развитие ДМР может быть обусловлено наличием психоэмоционального стресса, а так же происходить аутохтонно. В ходе сопоставления длительности персистирования факторов риска и вероятности развития ДМР, установлено, что риск развития ДМР коррелирует с продолжительностью послеродового периода лактации, перименопаузы, ситуации конфликта, угрозы или утраты финансовой стабильности, вынужденной разлуки, снижения социальной активности и проблем с законом. В остальных случаях риск развития ДМР не зависит от длительности существования факторов риска. Отсутствие достоверных корреляций между факторами риска и стереотипами динамики ДМР, указывает на роль иных, по всей видимости, патохарактерологических и/или психопатологических факторов, определяющих течение ДМ, о чем, в свою очередь, свидетельствуют и результаты некоторых предшествующих исследований (Варлашкина Е.А., 2015; Фельсендорфф О.В. с соавт., 2016; Левицкая И.М., Попиль М.И., 2017; Napoleon A., 1993; Cardinal L. et al., 2010).

Получены данные, позволяющие внести корректировки в существующие представления о динамических характеристиках ДМР. В частности, в

изученной выборке у 74,7% пациентов течение ДМР не является непрерывно персистирующим, на что указывали ранее другие исследователи (Левитин В.Л., 1966; Дробышев Л.Н., 2006; Пицко Т.П. с соавт., 2024; Constantian M.B., 2013; Felix G.A. et al., 2014). Ранее оценка динамики ДМР практически не проводилась: в литературе дисморфия рассматривается как срезовое явление, актуальное на момент проведения исследования, либо как длительное (хроническое) психопатологическое состояние (Тверитина А.Е. с соавт., 2024; Lekakis G. et al., 2016; Siegfried E. et al., 2018; Rangaprakash D. et al., 2019). Дальнейшая клинико-динамическая оценка состояния в большинстве случаев затруднялась недостаточной мотивированностью пациентов для повторного обращения к психиатру (Николаев Ю.С., 1945; Фролова В.И., 2006; Paik A.M. et al., 2014; Schulte J. et al., 2020; Koenig Z.A. et al., 2021).

В представленном исследовании впервые установлено, что динамика ДМР реализуется в рамках 3 вариантов:

1. фазная (эпизодическое, ремиттирующее течение, 117 (41,6%) пациентов) - чаще психогенно или соматогенно провоцированное обострение ДМР с полной редукцией симптоматики в межфазные интервалы.
2. рецидивирующая (волнообразное, 93 (33,1%) пациентов) с формированием неполной ремиссии симптоматики с периодическими, чаще психогенно провоцированными (60 (64,5%) из 93 пациентов) обострениями;
3. хроническое (71 (25,3%) пациентов) с динамикой без четких фаз, интервалов между ними и отсутствием ремиссий при постоянном видоизменении клинической картины ДМР с нарастанием тяжести и присоединением психопатологической симптоматики других регистров.

В процессе исследования полученные данные, свидетельствующие о полиморфной картине синдрома ДМР, развивающегося в рамках гетерогенной психической патологии у пациентов в эстетической медицине. Клиническая картина ДМР может включать как монотематические

сверхценные представления (26%) о “дефекте” внешности, требующем косметологической или хирургической коррекции, так и входить в структуру иных психопатологических симптомокомплексов (ипохондрический, депрессивный, обсессивно-компульсивный, бредовой), подчиняясь их динамике и далеко не всегда приобретая хронических характер. Следует заметить, что в отдельных работах также указывалось, что дисморфические расстройства у пациентов косметологической клиники могут являться составной частью “неврозоподобного ипохондрического”, “паранойяльного”, “депрессивно-параноидного” и “параноидного” синдромов (Вагина Г.С., 1966; Морозов П.В., 1977; Тазабекова Ж.К., 1989; Wilcox R.N. et al., 2020).

У наблюдавшихся пациентов клиническая структура ДМР определяет обращение к врачу, но и осложняет течение пред- и постоперационного периодов (амплификация обсессивно-компульсивных, соматоформных, алгических, астенических, вегетативных симптомокомплексов, нарушения сна), увеличивает длительность пребывания в стационаре, усиливает социальную изоляцию, способствует развитию межличностных конфликтов; снижает степень удовлетворенности пациента результатами пластической операции или косметологического лечения, уровень участия пациента в лечебном процессе и реабилитационных программах и, в ряде случаев, сопровождается сутяжными реакциями с требованием материальных компенсаций. В свою очередь, косметологическое или хирургическое вмешательство может приводить к обострению имеющегося у пациента психического заболевания как в пред-, так и в послеоперационном периодах.

На основании результатов клинико-психопатологического и катамnestического обследования пациентов в эстетической медицине впервые выделены и дифференцированы по факторам риска и клинико-динамическим показателям сверхценный, депрессивный, ипохондрический, обсессивно-компульсивный и психотический (бредовой, аффективно-бредовой) типы ДМР.

При сверхценной дисморфии клиническая картина включает типичные симптомы (“зеркала”, “фотографии”, “маскирующий макияж”), а также характеризуется хроническим течением с формированием сенситивных идей и социофобии, нестабильным инсайтом в отношении идей недовольства внешностью.

При депрессивном типе ДМР тесно связанными с недовольством внешностью являются и другие аффективные симптомы (гипотимия, ангедония, идеи малоценностей, ущербности, вины), приводящие к посещению пациентами врачей иных специальностей, сенситивные идеи и социофобия.

Для пациентов с ипохондрическим типом ДМР характерны формирование нозофобий и танатофобии, сенситивные идеи без социофобии, преобладающие многочисленные обращения и наблюдение у врачей-интернистов, а также волнообразный тип динамики дисморфии.

Обсессивно-компульсивный тип ДМР реализуется помимо типичных симптомов-ритуалов (“зеркала”, “фотографии”, “маскирующий макияж”), другими обсессивно-компульсивными расстройствами (перепроверки, навязчивости симметрия), сенситивными идеями, социофобией и аутодеструктивным поведением. Пациентам характерен полный инсайт в отношении интрузивности идей несовершенства собственной внешности.

При хроническом с различными по содержанию (персекуторные, ипохондрические, эротоманические) бредовыми идеями ДМР пациенты пользуются “отвлекающим макияжем”, консультациями многочисленных специалистов как в эстетической, так и общей медицине, нередко прибегая к самоповреждениям.

Некоторые результаты исследования требуют дополнительных разъяснений и интерпретаций. В частности, несмотря на присоединение сенситивных идей и вторичной социофобии, представляется обоснованным выделение сверхценного типа ДМР в качестве самостоятельного в связи с

отсутствием стойкой взаимосвязи или коморбидности с психопатологическими симптомами аффективного, ипохондрического или психотического круга. Обсессивно-компульсивная симптоматика при данном типе дисморфии ограничена ритуальным изучением внешности, фотографий, мнений окружающих и использованием маскирующего макияжа. В отличие от бредовых расстройств симптоматика носит неустойчивый характер, на время может быть скорректирована мнением врача или близких, а пациенты сохраняют достаточную критичность к содержанию мыслей, не обнаруживая навязчивый или интрузивный характер идей внешнего метаморфоза. Этими же особенностями ДМР определяется, по всей видимости, и полное отсутствие в этой группе запроса на лечение у психиатра или психотерапевта. В тоже время при клинико-катамнестическом обследовании именно в данной группе зафиксирована самая частая (16 из 73 пациентов, 21,9%) динамика в другие типы ДМР (депрессивный, ипохондрический, психотический). Можно предположить, что сверхценное ДМР в ряде случаев является транзиторным типом дисморфии, что подтверждается результатами исследований некоторых авторов авторов (Илюшина Е.А., Ткаченко А.А., 2015; Allen A., Hollander E., 2000; Shridharani S.M. et al., 2010).

Критичность (наличие инсайта) к идеям мнимого физического недостатка при сверхценной дисморфии носит транзиторный характер, и лишь при обсессивно-компульсивном типе ДМР является устойчивым в аспекте понимания пациентами интрузивного характера идей “внешнего дефекта” с попытками сопротивления им.

Социофобические идеи части пациентов с обсессивно-компульсивным ДМР обусловливаются не страхом обнаружения “недостатков” внешности, а демонстрацией защитных ритуалов.

При бредовом типе дисморфии отсутствие сенситивных идей отношения обусловлено наличием у пациентов более тяжелого, устойчивого,

интерпретативного бреда отношения с тенденцией к расширению и присоединению идей ущерба.

Отвлекающий камуфляж и аутодеструктивное поведение при ДМР может быть расценено как вариант шизофренических реакций, свидетельствующих в пользу формирования ДМР в рамках расстройств шизофренического спектра

Обобщая и анализируя полученные в исследовании данные, существенным представляется значимым ряд установленных корреляций между различными типами ДМР и патохарактерологическими и психопатологическими факторами. Так, для развития сверхценной, ипохондрической и обсессивно-компульсивной дисморфии наиболее типичными ( $p<0.001$ ) является истерический и ананкастический личностный преморбид, депрессивной дисморфии – наличие истерических, ананкастических и тревожных черт личности, бредового ДМР – демонстративной и тревожно-избегающей акцентуаций. Полученные данные расширяют представленные в предыдущих работах результаты исследований о преобладание истеро-нарциссического радикала в структуре личности пациентов с ДМР (Каневская А.Я., 2005; Phillips K.A. et al., 2004; Sarcu D., Adamson P., 2017) и позволяют рассматривать в качестве дополнительных факторов риска формирования клинически гетерогенных ДМР не только демонстративные, но и другие патохарактерологические девиации.

При оценке соотношения стереотипов динамики и клинической картины ДМР установлено, что эпизодическое обострение доминирует у пациентов с депрессивным (95,6%,  $p<0,0001$ ) типом ДМР. Волнообразная динамика наиболее часто отмечается при обсессивно-компульсивном (80,6% пациентов,  $p<0,0001$ ) и ипохондрическом (78,5% пациентов,  $p=0,0017$ ) типах ДМР. Хронический тип динамики преобладает у пациентов со сверхценным (89% пациентов,  $p=0,0021$ ) и бредовым (100%,  $p<0,0001$ ) типом ДМР.

В отличие от предшествующих работ в ходе проведенного исследования выявлены возрастные, биологические и психосоциальные факторы риска и их длительности, достоверно коррелирующие с развитием различных клинико-динамических типов ДМР.

Проведенный анализ тропности развития различных типов ДМР в возрастных пиках также позволил выявить ряд закономерностей. Первые проявления сверхценного ДМР относятся к возрастному диапазону 9-11 лет ( $p<0,0001$ ), с последующими пиками в возрасте 23-26 ( $p<0,0001$ ), 31-33 ( $p<0,0001$ ) и 55-56 ( $p<0,005$ ) лет. Наиболее специфичными для возникновения аффективного типа ДМР оказываются возрастные диапазоны 23-26 ( $p<0,0001$ ), 49-50 ( $p<0,005$ ) и 39-40 ( $p=0,0023$ ) лет. Ипохондрический тип ДМР развивается, начиная с 31-33 ( $p<0,0001$ ) лет, с максимальной частотой обострений в 35-36 ( $p<0,0001$ ), 49-50 ( $p<0,005$ ) и 63-65 ( $p<0,005$ ) лет. Обсессивно-компульсивный тип ДМР преобладает у пациентов 23-26 ( $p<0,0001$ ) и 39-40 ( $p<0,0001$ ) лет; бредовой – в 23-26 ( $p<0,0001$ ), 63-66 ( $p<0,0001$ ), 49-50 ( $p<0,005$ ) лет. Установленное в ходе настоящего исследования у части пациентов наличие нескольких возрастных пиков манифестации или повторных обострений ДМР (ипохондрический, бредовой тип), что отличается от ранее приводившихся в работах наблюдений о тропности развития ДМР преимущественно к подростковому возрасту (Коркина М.В., 1984; Карякина И.А., 2011; Кузюкова А.А., Рачин А.П., 2021; De Brito M.J. et al., 2016; Alsaidan M.S. et al., 2020).

Достоверным фактором риска развития сверхценного типа ДМР оказались периоды гормональных кризов (пубертат, завершение лактации) и выход на пенсию; обсессивно-компульсивного – беременность и послеродовый период; бредового – патологический пубертат и ситуация межличностного конфликта, сопровождающаяся ощущением насмешек и “травли” со стороны окружающих, что возможно, являлось проявлением психопатологической симптоматики. Факторами риска ипохондрического

ДМР являлись выявление у пациента реальных соматических заболеваний, а также смерть близкого и/или супруга. Помимо связанных с генеративным циклом и эндокринными изменениями, большинство других факторов, достоверно коррелирующих с аффективным (депрессивным) типом ДМР, расценивались самими пациентами как субъективно значимые психоэмоциональные стрессы (конфликт, сексуальные проблемы, угроза/утрата финансовой стабильности, утрата работы, близкого).

Не выявлено достоверных корреляций между стереотипами динамики ДМР и возрастом пациентов, а также с способствующими развитию ДМР факторами.

Клинический анализ анамнестических данных и клинико-психопатологическое обследование пациентов свидетельствуют о том, что различные типы ДМР реализуются в структуре гетерогенных психических расстройств, развитие которых, таким образом, может рассматриваться не только как фактор риска ДМР, но и определяет клинические проявления и стереотипы динамики дисморфии. Установленные в исследовании клинико-динамические характеристики различных типов дисморфического синдрома могут быть использованы при дифференциальной диагностике и прогнозе психических расстройств. Так, установлено, что при РЛ доминирующим типом ДМР является сверхценная и ипохондрическая ДМР, при шизофрении - обсессивно-компульсивная и бредовая, при аффективных расстройствах (БДЭ, РДР, БАР, дистимия) – депрессивная и, реже, маниакально-бредовая (дисморформания). На фоне органического поражения церебральных сосудов возможно развитие как ипохондрического, так депрессивного и бредового типов ДМР.

Клиническая гетерогенность проявлений различных типов ДМР является значимой для дифференциальной диагностики дисморфии и выбора приоритетных целей и средств психофармакотерапии и психотерапии.

На третьем, психофармакологическом, этапе исследования (186 набл.) с целью разработки и оценки эффективности основных методов лечения, дифференцированных в соответствии с разработанной систематикой дисморфического расстройства, проводилась оценка эффективности индивидуально подобранной психофармакотерапии и психотерапии выявленных психических расстройств.

Наибольшее число пациентов, давших согласие на терапию, относилось к подгруппам с обсессивно-компульсивным (83,8%), депрессивным (83,3%) и ипохондрическим (73,8%) типами ДМР, наименьшее – со сверхценной (42,5%) и бредовой (27,3%) дисморфией. Ещё 51 пациент из числа обследованных отказались от психофармакотерапии и психотерапии, но согласились на предоставление катамнестических данных (длительность от 6 до 18 мес.), составив группу сравнения.

Согласие пациентов, исходно обратившихся к специалистам эстетической медицины, на психиатрическую помощь можно расценивать как указание на выраженность дистресса, связанного с наличием идей недовольства собственной внешностью и тяжестью психопатологического симптомокомплекса с явлениями ДМР.

Выбор фармакотерапевтических средств осуществлялся с учетом регистра психопатологических расстройств. Предметом изучения служило подтверждение эффективности с помощью традиционных лекарственных препаратов – нейролептиков (антипсихотиков), антидепрессантов, анксиолитиков, стабилизаторов настроения. Проведен анализ возможности использования монотерапевтических стратегий, а также дифференцированных показаний к применению различных лечебных методик (включая психотерапию).

В отличие от большинства исследований, предусматривающих использование одного из методов психотерапии, в выполненной работе впервые использован дифференцированный подход с применением разных

моделей психотерапии в зависимости от основных клинических и клинико-патопсихологических мишеней воздействия и особенностей личности пациента с различными типами ДМР. Отбор предпочтительных стратегий и проведение психотерапевтических сеансов осуществлялись квалифицированными психотерапевтами – сотрудниками кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета непрерывного медицинского образования Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы. Дифференцированный выбор психотерапевтической модели основывался на ключевых симптоматических мишенях психотерапии. Выделение симптомов-мишеней психотерапевтического воздействия с учетом особенностей личности пациента позволяло клинически обосновать реализацию конкретного психотерапевтического метода и оценить эффективность его применения по общим критериям. При этом психотерапии соответствовала «субъективной адекватности», особенностям внутренней картины заболевания, ожиданиям пациента, его когнитивным возможностям, соматическому состоянию и образовательному уровню. Для повышения комплаентности через осознание и принятие значимости ДМР и формирование отчетливого образа болезни применялась когнитивно-поведенческая терапия. Тревожно-ипохондрические и обсессивно-компульсивные проявления ДМР, требовали вмешательства, направленного на снижение интенсивности собственно тревоги и формирование менее “катастрофического” образа тела и соматического заболевания, что решалось посредством суггестивной терапии. Адекватность такого метода подтверждается высокими результатами эффективности проведенного лечения, несмотря на относительную кратковременность курсов психотерапии.

Наиболее часто назначаемой для достижения терапевтического эффекта при сверхценной дисморфии являлась комбинированная терапия анксиолитиками (79%) и психотерапией (83,9%), при депрессивной –

антидепрессантами (100%), при ипохондрической – антидепрессантами (97,9%) и/или анксиолитиками (91,7%), при обессивно-компульсивной - антидепрессантами (100%) и антипсихотиками (69,2%), при бредовой - антипсихотиками и антидепрессантами у всех пациентов. Психотерапия играла существенную роль при купировании не только сверхценного, но и ипохондрического (50%), депрессивного (38,7%), обессивно-компульсивного (23,1%) ДМР.

При сверхценном типе ДМР наибольший терапевтический эффект достигался при комбинированнии ( $4,4 \pm 0,2$  мес) курсовой анксиолитической терапии препаратами (гидроксизин, тофизопам, фабоматизол, этифоксин) в малых и средних дозировках с психотерапией. Число ремиссий ДМР составляло 30,8%, количество респондеров - 53,8%, удовлетворенность результатами эстетических процедур +82,4%.

При депрессивном типе ДМР максимальный терапевтический эффект (респондеры 4,3%, ремиттеры 95,7%, удовлетворенность эстетическими процедурами +121,7%) достигался при комбинированной терапии с применением в течение в среднем  $8,4 \pm 2,5$  мес антидепрессантов (агомелатин, венлафаксин, флувоксамин, эсциталопрам), антипсихотиков (сульпирид, арипипразол, карипразин, кветиапин) в малых дозах, обладающих потенцирующим тимолептическим эффектом, анксиолитиков, купирующих симптомы сопутствующей тревоги, и стабилизаторов настроения (у пациентов с БАР).

При ипохондрическом типе ДМР комбинированная терапия на протяжении в среднем  $7,8 \pm 1,9$  мес с применением низких и средних доз анксиолитиков и антидепрессантов, а также соматовегетостабилизирующих антипсихотиков (кветиапин, сульпирид) позволяла достичь показателей респонса у 12,5% пациентов, ремиссии дисморфии – у 79,8%, повысить удовлетворенность эстетическими процедурами на 102,8%.

Комбинированная терапия обсессивно-компульсивного типа ДМР проводилась с использованием средних и высоких доз флуоксамина, кветиапина и анксиолитиков. При этом число респондеров за  $7,1 \pm 1,8$  мес достигло 35%, ремиттеров - 55%, а удовлетворенность результатами эстетических вмешательств повысилась на 51,2%

Единственным типом ДМР, при котором использовалась только психофармакотерапия, был психотический. На фоне высоких доз антипсихотиков (галоперидол, рисперидон, кветиапин) и антидепрессантов (венлафаксин, флуоксамин) за  $5,4 \pm 0,6$  мес удалось достичь ремиссии у 66,7% больных, респондерами оказались 33,3%.

Помимо дифференцированных форм эффективной терапии при разных типах ДМР отличались и дозы используемых препаратов. Вполне закономерно и согласно общей психиатрической практике наибольшие дозы антидепрессантов, антипсихотиков и стабилизаторов настроения применялись для нормализации состояния психотических больных - с бредовым и аффективно-бредовым ДМР и обсессивно-компульсивным типом ДМР. Различные анксиолитики использовались в высоких дозах при обсессивно-компульсивном, ипохондрическом и депрессивном ДМР. Также анксиолитики являлись наиболее часто назначаемыми препаратами, позволяющими, снизить выраженность сверхценной дисморфии.

Выбранные стратегии лечения у пациентов с разными типами ДМР оказались достаточно эффективны: на фоне психофармакотерапии у всех больных с депрессивной и бредовой дисморфией удается достигнуть показателей респонса или ремиссии, при других типах ДМР – у 80-95,8% пациентов. При комбинированной терапии получается достичь не только увеличения количества пациентов в ремиссии, но и роста общего отклика на терапию.

В группе сравнения спонтанного улучшения психического состояния больных и выраженности ДМР практически не наблюдалось. На это же

указывает достоверная тенденция к снижению удовлетворенности результатами пластических операций, росту повторной обращаемости к специалистам по эстетической медицине и высокой частоте конфликтных ситуаций (37,3%) с обращением пациентов в надзорные организации, правоохранительные органы и суды с жалобами на результаты эстетического лечения.

Эффективность моно- и комбинированной терапии у пациентов с ДМР в сравнении с группой сравнения подтверждается и разнонаправленной динамикой таких показателей как удовлетворенность результатами проведенных эстетических процедур (в среднем +56% по ВАШ при психофармакотерапии, +89,5% - при комбинированной терапии, -20,7% в группе сравнения) и число повторных обращений к услугам эстетической медицины за следующие 6 мес. (в среднем  $3,0 \pm 0,8$  обращений на психофармакотерапии,  $2,4 \pm 0,7$  - при комбинированной терапии,  $3,6 \pm 1$  в группе сравнения). Также эти данные свидетельствуют о преимуществе комплексной терапии ДМР перед психофармакотерапией.

Еще одним практически значимым выводом из результатов проведенного лечения пациентов с ДМР стало положительное влияние психотерапии на частоту развития НЯ и связанную с этим коррекцию дозировок психотропных препаратов: при комбинированной терапии пациенты в среднем в 1,5-3,6 раза реже отмечают развитие НЯ, в 2-5 раз реже нуждаются в коррекции дозировок из-за НЯ. Полученные данные о положительном влиянии присоединения психотерапии к фармакологическому лечению пациентов с ДМР соотносятся с результатами аналогичных исследований, выполненных на выборках пациентов с иным спектром психических расстройств как в общей медицинской, так и психиатрической практике (Баранов Н.А. с соавт., 2002; Драпкина О.М. с соавт., 2022; Haller H. et al., 2021; Agüero-Millan B. et al., 2023; Nelson J.C. et al., 2025).

В целом, психофармакотерапия переносилась пациентами хорошо. Выбывших на третьем этапе исследования из-за серьезных НЯ не было. Наиболее критичными и ограничивающими длительность психофармакотерапии являлись у пациентов с дисморфией такие НЯ, как увеличение массы тела (27,4%) и сексуальные дисфункции (34,9%), что, в целом, соответствует данным литературы о частоте и роли НЯ у пациентов в иных выборках (Gill H. et al. 2020; Kameg B., Champion C., 2022; Meneses C. et al., 2023; Pillinger T. et al., 2023; Leucht S. et al., 2024).

Наиболее чувствительными к НЯ препаратов оказались пациенты с бредовой (83,3%), ипохондрической (75%), обсессивно-компульсивной (70%) и сверхценной (60%) дисморфией. В случае бредовой и обсессивно – компульсивной дисморфии это, возможно, объясняется назначением антипсихотиков в средних и высоких дозах для купирования психотической симптоматики. При сверхценном и ипохондрическом ДМР пациенты особо пристально “сканируют” свое самочувствие и фиксируют малейшие изменения в состоянии организма, связывая их с приемом новых для них препаратов (анксиолитики, антидепрессанты). При этом из перечисленных пациентов преимущественно больные с ипохондрическим типом ДМР (41,6%) расценивают НЯ как существенные и требующие коррекции доз препаратов. Относительно высокая частота коррекции дозировок лекарственных средств зафиксирована и у пациентов с обсессивно-компульсивным (35%) и бредовым (33,3%) типом дисморфии, принимавших антипсихотики.

Полученные на третьем этапе исследования данные свидетельствуют о целесообразности и эффективности дифференцированного подхода к назначению психофармако- и психотерапии в зависимости от клинической типологии ДМР. Применение как монотерапии психотропными средствами, так и комбинированное с психотерапией лечение достоверно улучшает психическое состояние пациентов с различными типами ДМР по показателям

респонса и ремиссии, переносимости лечения, повышает удовлетворенность результатами эстетическими процедурами и снижает вероятность повторных обращений с жалобами на необоснованное недовольство собственной внешностью.

При отсутствии любого специализированного вида лечения психопатологическая симптоматика, несмотря на проведение даже радикальных (хирургических) вмешательств, практически не редуцируется, количество повторных обращений к эстетическим процедурам растет, как и неудовлетворенность пациентов их результатами, что потенциально чревато конфликтами с медицинскими учреждениями и специалистами.

Таким образом, важным практическим результатом и дополнительным указанием на нивелирование дисморфической симптоматики является повышение удовлетворенности исходами эстетического лечения, а также достоверное сокращение повторных обращений к услугам эстетической медицины у пациентов, получающих монопсихофармакотерапию и комбинированное лечение, в отличие от контрольной группы сравнения.

Полученные данные имеют существенное практическое и прогностическое значение, позволяя проводить целенаправленных диагностический поиск, профилактическое психотерапевтическое и раннее психофармакологическое лечение лиц с установленными факторами риска ДМР и особенностями клинических проявлений дисморфии.

Другой значимой практической рекомендацией, следующей из результатов работы, можно считать облигатную необходимость при принятии решения о возможности и объеме оперативного вмешательства основываться не только на учете физического состояния, но и на всестороннем анализе психиатрического анамнеза (особенно установления причин возникновения недовольства внешностью и мотивов обращения к пластическому хирургу), а также психического статуса пациентов.

## **ВЫВОДЫ**

Исследование репрезентативной выборки пациентов эстетической медицины с дисморфическим расстройством, позволило установить следующие зависимости:

1. Манифестация и экзацербация ДМР происходит в различных возрастных диапазонах. ДМР не имеет исключительной тропности к подростковому и раннему юношескому возрасту. Максимальная частота ДМР у пациентов в эстетической медицине приходится на 35-46 лет.

2. Факторы риска ДМР включают гетерогенные биологические, социально-психологические, патохарактерологические и психопатологические воздействия

2.1. У пациентов пластического хирурга и косметолога патопсихологические личностные профили отличаются, что обуславливает выбор предпочтительного метода коррекции внешности:

2.1.1. У пациентов пластического хирурга преобладают педантическая (30,4%,  $p=0,0026$ ), дистимическая (18,6%,  $p=0,0007$ ) и застревающая (10,2%,  $p=0,0064$ ) акцентуации характера, интернальный локус-контроль (73,7%), а также личностная интроверсия, педантичность, обособленность и высокий самоконтроль.

2.1.2. У пациентов косметолога доминируют акцентуации демонстративного (31,4%,  $p=0,0058$ ) и тревожно-фобического типов (16,7%,  $p=0,0055$ ), а также такие личностные черты, как экстернальный локус-контроль (70,4%,  $p<0,001$ ), экстравертированность, экспрессивность, эмоциональная неустойчивость и импульсивность.

2.2. В структуре патохарактерологических расстройств (РЛ - 32%, акцентуации - 68%) среди пациентов эстетической медицины с ДМР

преобладают демонстративный, педантичный и заструвающий со “склонностью к формированию сверхценных идей” типы акцентуаций. При этом у части пациентов доминируют шизоидные, избегающие, гипопаранойяльные и гипертимические акцентуации.

2.3. К биологическим и психосоциальным факторам риска, статистически достоверно ( $p<0,001$ ) влияющим на частоту развития ДМР, относятся состояния, связанные с репродуктивным циклом и периодами гормональных кризов (патологический пубертат, лактация, перименопауза), потеря работы/пенсия, близкого (развод, смерть), изменение финансового состояния (утрата или приобретение), а также наличие сексуальных проблем, конфликтной ситуации, изменение социальной активности.

2.3.1. Риск развития ДМР значимо коррелирует ( $p<0,001$ ) с продолжительностью следующих факторов риска: послеродовый период, климактерий, конфликт, угроза/утрата финансовой стабильности, вынужденная разлука, снижение социальной активности, проблемы с законом.

2.3.2. В качестве основного фактора риска ДМР в возрасте 9-15 лет выступает патологически протекающий пубертат, в 23-36 лет – достижение финансового достатка, в 31-36 лет – послеродовый период и завершение лактации, в 35-36 лет – потеря работы и конфликтная ситуация, в 39-40 лет – сексуальные проблемы, в 39-46 лет – перименопауза, в 55-65 лет – выход на пенсию.

2.4. Личностная предрасположенность и длительность биологических и психосоциальных факторов риска, а также нозологическая принадлежность дисморфического синдрома определяют стереотипы динамики ДМР.

3. Динамика ДМР реализуется в рамках 3 вариантов:

- фазная (эпизодическое, ремиттирующее течение, 41,6%) - чаще психогенно или соматогенно провоцированное обострение ДМР с полной редукцией симптоматики в межфазные интервалы.

- рецидивирующая (волнообразное, 33,1%) с формированием неполной ремиссии симптоматики с периодическими, чаще психогенно провоцированными (64,5%) обострениями;

- хроническая (25,3%) с динамикой без четких фаз, интервалов между ними и отсутствием ремиссий при постоянном видоизменении клинической картины ДМР с нарастанием тяжести и присоединением психопатологической симптоматики других регистров.

4. Типологическое разнообразие ДМР характеризуется патогенетической и клинической неоднородностью психопатологической симптоматики и сочетанием дисморфии с симptomокомплексами сверхценного, бредового, обсессивно-компульсивного, тревожно-фобического (ипохондрического) и депрессивного регистров.

4.1. Развитие сверхценной дисморфии коррелирует с наличием истерических, ананкастических и соматотонических акцентуаций или РЛ, наиболее часто связано с пубертатным (12-15 лет), послеродовым (23-33 года) периодами и выходом пациентов на пенсию (55-56 лет). Клиническая картина ДМР включает типичные симптомы (“зеркала”, “фотографии”, “маскирующий макияж”), а также характеризуется хроническим течением с формированием сенситивных идей и социофобии, нестабильным инсайтом в отношении идей недовольства внешностью. В ряде случаев (21,9%) сверхценное ДМР является транзиторным типом дисморфии с динамикой клинической картины в другие типы ДМР (депрессивный, ипохондрический, бредовой).

4.2. Депрессивный тип ДМР коррелирует с наличием истерической акцентуации и аффективной патологии. Среди факторов риска, достоверно провоцирующих дисморфию: пубертатный, послеродовый, включая лактационный, и перименопаузальный периоды (23-26 лет), выход на пенсию, конфликты, сексуальные расстройства, потеря близкого (смерть, развод), работы, финансового достатка (39-56 лет). Тесно связанными с

недовольством внешностью являются другие депрессивные симптомы, приводящие к посещению пациентами врачей других специальностей, сенситивные идеи и социофобия. Преобладающий стереотип динамики – эпизодический.

4.3. Ипохондрический тип ДМР характерен для истерического РЛ с соматопатической акцентуацией. Провоцирующими факторами в наиболее типичных возрастных диапазонах 31-36 лет и 49-50 лет являются смерть близкого или родственника и диагностирование хронического заболевания. Для пациентов характерны формирование нозофобий и танатофобии, сенситивные идеи без социофобии, преобладающие многочисленные обращения и наблюдение у врачей-интернистов, а также волнообразный тип динамики дисморфии.

4.4. Обсессивно-компульсивный тип ДМР, преимущественно в рамках расстройств шизофренического спектра у больных с истерическим, ананкастическим и соматотоническим преморбидом, манифестирует/экзацербирует в 23-26 или 39-40 лет на фоне репродуктивного цикла у женщин (беременность, послеродовый и лактационный периоды), без явной психогенной провокации, протекает волнообразно и реализуется помимо типичных симптомов-ритуалов (“зеркала”, “фотографии”, “маскирующий макияж”), другими обсессивно-компульсивными расстройствами (перепроверки, навязчивости симметрии), сенситивными идеями, социофобией и аутодеструктивным поведением. Пациентам присущ полный инсайт в отношении интрузивности идей несовершенства собственной внешности. Преобладающий стереотип динамики – волнообразный.

4.5. При хроническом с различными по содержанию (персекуторные, ипохондрические, эротоманические) бредовыми идеями психотическом типе ДМР, формирующемся при расстройствах шизофренического или аффективного спектров на фоне пубертатного периода и/или буллинга, с

максимальной частотой встречаемости в 23-26 и 63-65 лет, пациенты пользуются “отвлекающим макияжем”, консультациями многочисленных специалистов как в эстетической, так и общей медицины, прибегая к самоповреждениям.

5. ДМР у 89,3% пациентов реализуется в рамках динамики расстройств патохарактерологического, аффективного, шизофренического и органического спектров, становление которых, может рассматриваться не только как фактор риска ДМР, но и соопределяет клинические проявления и стереотипы динамики дисморфии.

6. Лечение ДМР предполагает дифференцированный подход, определяющийся как клиническим полиморфизмом дисморфии, так и клинико-динамическими особенностями психической патологии, в рамках которой она реализуется.

6.1. Основным ограничением для лечения ДМР у пациентов в эстетической медицине является отсутствие у пациентов мотивации к получению каких-либо дополнительных услуг, помимо эстетических.

6.2. Наибольшее число пациентов, согласных на терапию, относится к подгруппам с обсессивно-компульсивным (83,8%), депрессивным (83,3%) и ипохондрическим (73,8%) типами ДМР, наименьшее – со сверхценной (42,5%) и психотической (27,3%) дисморфией.

6.3. Наиболее эффективной является комбинированная терапия психофармакологическими средствами и психотерапией (когнитивно-поведенческой и суггестивной).

6.3.1. При сверхценном типе ДМР наибольший терапевтический эффект достигается при комбинировании курсовой анксиолитической терапии в малых и средних дозировках с психотерапией.

6.3.2. При депрессивном типе ДМР максимальный терапевтический эффект достигается при комбинированной терапии с применением антидепрессантов, антипсихотиков, обладающих потенцирующим

тимолептическим эффектом, в малых дозах, анксиолитиков, и стабилизаторов настроения (у пациентов с БАР).

6.3.3. При ипохондрическом типе ДМР - комбинированная терапия с применением низких и средних доз анксиолитиков и антидепрессантов, а также соматовегетостабилизирующих антипсихотиков.

6.3.4. Комбинированная терапия обсессивно-компульсивного типа ДМР - с использованием средних и высоких доз антидепрессантов, антипсихотиков и анксиолитиков.

6.3.5. При психотическом типе ДМР эффективна психофармакотерапия антипсихотиками в высоких дозах.

6.4. Выбранные стратегии лечения у пациентов с разными типами ДМР достаточно эффективны: на фоне психофармакотерапии у всех больных с депрессивной и психотической дисморфией удается достигнуть показателей респонса или ремиссии, при других типах ДМР – у 80-95,8% пациентов. При комбинированной терапии удается достичь не только увеличения количества пациентов в ремиссии, но и роста общего отклика на терапию: на фоне лечения отмечено повышение удовлетворенности результатами ранее проведенных эстетических процедур и снижение числа повторных обращений к услугам эстетической медицины за следующие 6 мес., более существенные при комбинированной терапии.

6.5. Психофармакотерапия хорошо переносится пациентами с ДМР.

6.5.1. Наиболее критичными и ограничивающими длительность психофармакотерапии являются у пациентов с дисморфией такие НЯ, как увеличение массы тела (27,4%) и сексуальные дисфункции (34,9%),

6.5.2. Наиболее чувствительными к НЯ препаратов являются пациенты с психотической (83,3%), ипохондрической (75%), обсессивно-компульсивной (70%) и сверхценной (60%) дисморфией.

6.5.3. Психотерапия положительно влияет на частоту развития НЯ и связанную с этим коррекцию дозировок психотропных препаратов: при

комбинированной терапии пациенты в среднем в 1,5-3,6 раза реже отмечают развитие НЯ, в 2-5 раз реже нуждаются в коррекции дозировок из-за НЯ.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При наличии необоснованного недовольства внешностью необходимо проводить целенаправленный диагностический поиск, с выявлением факторов риска и установлением типа клинико-динамических проявлений ДМР.
2. При принятии решения о возможности и объеме оперативного/косметологического вмешательства необходимо основываться не только на учете физического состояния, но и на всестороннем анализе психиатрического анамнеза (особенно установления причин возникновения недовольства внешностью и мотивов обращения к пластическому хирургу), а также психоло-психиатрического статуса пациентов.
3. Купирующее и профилактическое психотерапевтическое и раннее психофармакологическое лечение лиц с ДМР должно проводится с учетом типологической и нозологической гетерогенности дисморфии.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>АД</b>	Артериальное давление
<b>БАД</b>	Биологическая активная добавка
<b>БАР</b>	Биполярное аффективное расстройство
<b>БДЭ</b>	Большой депрессивный эпизод
<b>ВАШ</b>	Визуальная аналоговая шкала
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ГБ</b>	Гипертоническая болезнь
<b>ДМР</b>	Дисморфическое расстройство
<b>ИБС</b>	Ишемическая болезнь сердца
<b>ИМТ</b>	Индекс массы тела
<b>ИОЗСН</b>	Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
<b>КПТ</b>	Когнитивно-поведенческая терапия
<b>МД</b>	Мышечная дисморфия
<b>МКБ</b>	Международная классификация болезней
<b>МРТ</b>	Магнитно-резонансная томография
<b>НА</b>	Нервная анорексия
<b>НЯ</b>	Нежелательные явления
<b>ОКР</b>	Обсессивно-компульсивное расстройство
<b>ППИ</b>	Передняя поясная извилина
<b>ПТСР</b>	Посттравматическое стрессовое расстройство
<b>РДР</b>	Рекуррентное депрессивное расстройство
<b>РЛ</b>	Расстройство/а личности

<b>РПИ</b>	Расстройство половой идентификации
<b>СИОЗС</b>	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
<b>ФМРТ</b>	Функциональная магнитно-резонансная томография
<b>ЦНС</b>	Центральная нервная система
<b>ASPS</b>	Американское общество пластических хирургов
<b>BAAPS</b>	Британская ассоциация эстетических пластических хирургов
<b>BDI</b>	Опросник депрессии А. Бека
<b>CGI-S</b>	Подшкала тяжести Шкалы общего клинического впечатления
<b>CGI-I</b>	Подшкала улучшения Шкалы общего клинического впечатления
<b>DSM</b>	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам
<b>HCL-32-R1</b>	Опросник жизненного тонуса, активности и настроения
<b>HDRS</b>	Шкала Гамильтона для оценки депрессии
<b>MMPI</b>	Миннесотский многоэтапный психологический тест/опросник
<b>UKU</b>	Шкала оценки побочных эффектов

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова, А.С. Результаты обсервационной программы ДЖАЗ: Эффективность препарата агомелатин (Вальдоксан) при лечении пациентов с тревожной депрессией в рамках большого депрессивного расстройства / А.С. Аведисова, К.В. Захарова, М.П. Марачев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. - №6. – с. 14-22.
2. Александровский, Ю.А. Краткий психиатрический словарь : справ. изд. / Ю.А. Александровский. — Москва : РЛС-2009, 2008. — 128 с.
3. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю.А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 128 с.
4. Алимский, А.В. Социальные аспекты челюстно-лицевого травматизма / А.В. Алимский, Л.Г. Варфоломеева // Вестник новых медицинских технологий. — 2000. — № 1. — С. 102–103.
5. Андрющенко, А.В. Терапевтические аспекты применения Феварина по результатам натуралистической программы MODuS / А.В. Андрющенко, Д.А. Бескова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. - №6. – с. 8–14.
6. Андрющенко, А.В. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А.В. Андрющенко, Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. — 2010. — № 2. — С. 23–42.
7. Анисимова, Н.Ю. Использование метода мотивационного интервьюирования при стоматологическом лечении высокотревожных пациентов / Н.Ю. Анисимова, Е.Н. Анисимова, С.А. Рабинович [и др.] // Российская стоматология. — 2014. — Т. 7, № 1. — С. 49–54.

8. Аржанцев, П.З. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области : руководство для врачей / под ред. проф. А.И. Неробеева, проф. Н.А. Плотникова. — Москва : Медицина, 1997.
9. Арина, Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры : учеб. пособие для вузов / Г.А. Арина ; под ред. В.В. Николаевой. — Москва : Академический проект, 2009.
10. Арина, Г.А. Средства массовой информации как фактор возникновения озабоченности собственной внешностью в юношеском возрасте / Г.А. Арина, С.Е. Мартынов // Культурно-историческая психология. — 2009. — № 4. — С. 105–114.
11. Артемьева, М.С. Характеристика разновидности синдрома дисморрофобии — дисморформации с убежденностью в уродстве собственного голоса / М.С. Артемьева, Р.А. Сулейманов, Ю.Б. Тихонравова // Журнал неврологии и психиатрии. — 2007. — Т. 107, № 8. — С. 66–69.
12. Багненко Е.С. Отношение к себе и временной перспективе женщин с косметологическими проблемами кожи лица / Е.С. Багненко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2024. — № 58(1). — С. 91–102.
13. Баиндурашвили, А.А. Морфо-функциональные параметры лица, влияющие на его эстетическое восприятие : дис. ... канд. мед. наук / А.А. Баиндурашвили. — Санкт-Петербург, 2011. — 122 с.
14. Баранов, Н.А. Психотерапия в лечении больных с тяжёлой травмой конечности / Н.А. Баранов, Э.И. Плято, Н.Н. Баранов, И.А. Салов // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 2002. — № 4. — С. 28–29.
15. Баранская, Л.Т. Факторы риска расстройств личностной адаптации у пациентов эстетической хирургии : дис. ... канд. мед. наук / Л.Т. Баранская. — Екатеринбург, 2009. — 128 с.

16. Баринова, М.Г. Психологические особенности пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями / М.Г. Баринова, А.Р. Андреищев // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2002. — № 1–2. — С. 61–65.
17. Беленькая, Н.Я. Задачи психиатра в косметологии / Н.Я. Беленькая // Материалы 2-й научно-практической конференции Московской врачебно-косметической лечебницы. — Москва, 1970. — С. 12.
18. Беленькая, Н.Я. Некоторые данные о дисморфофобических расстройствах при шизофрении / Н.Я. Беленькая // II объединённая конференция Института психиатрии АМН СССР, кафедры психиатрии ЦОЛИУ врачей и врачей-психиатров Новгородской обл. — Валдай, 1972. — С. 2–4.
19. Белопольская, Н.Л. Психологические аспекты эстетической медицины / Н.Л. Белопольская, В.А. Виссарионов, Е.М. Шафирова // Актуальные вопросы пластической хирургии. — Москва : Институт пластической хирургии и косметологии, 2012. — С. 148–158.
20. Белоусов, А.Е. Очерки пластической хирургии. Том 3. Хирурги и пациенты : монография / А.Е. Белоусов. — Москва : Практическая медицина, 2014. — 136 с.
21. Белоусов, А.Е. Пластическая хирургия : учебно-методическое пособие / А.Е. Белоусов. — Москва, 2016. — 150 с.
22. Вагина, Г.С. Синдром дисморфобии в клинике шизофрении / Г.С. Вагина // Журнал неврологии и психиатрии. — 1966. — № 8. — С. 1228.
23. Варлашкина, Е.А. Личностные предикторы удовлетворенности образом физического Я у женщин в зрелом периоде: автореферат докторской диссертации кандидата психологических наук / Е.А. Варлашкина. — Омск, 2015.
24. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика, обучение : учеб. пособие / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. — Москва, 2004. — 725 с.

25. Веденева, Е.Н. Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся в клинику эстетической стоматологии / Е.Н. Веденева, К.Г. Гуревич, В.Д. Вагнер, Е.Г. Фабрикант // Кремлёвская медицина. Клинические ведомости. — 2009. — № 2. — С. 149–151.
26. Виссарионов, В.А. Медицинские технологии и стандарты в косметологии — мнение специалистов / В.А. Виссарионов, И.В. Виссарионова // Системная интеграция в здравоохранении. — 2010. — № 2.
27. Волель, Б.А. Безопасность и эффективность применения Вальдоксана для лечения тревожно-депрессивных расстройств в клинической практике (по результатам протокола ОКТАВА) / Б.А. Волель // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2015. - №17(2). – с.9–14.
28. Волкова, Н. Психические расстройства среди больных акне: обзор литературы / Н. Волкова, Л. Глазкова // Kosmetik International. — 2019. — № 4. — С. 48–56.
29. Воловик, М.В. Особенности психики подростков, проходящих лечение в специализированных отделениях больницы скорой помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Воловик. — Ленинград, 1972. — 23 с.
30. Воробьева, О.В. Вальдоксан в терапии депрессии в неврологической практике: результаты российского многоцентрового натуралистического исследования “Резонанс”. / О.В. Воробьева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. - №112(9). – с. 47 51.
31. Ворошилин, С.И. Поведенческие нехимические аддикции: пороки, грехи, соблазны или болезни : монография / С.И. Ворошилин. — Екатеринбург : УрГМА, 2014. — 459 с.
32. Выборных, Д.Э. Нозогенные паранойальные реакции (клиника, эпидемиология, терапия) : дис. ... канд. мед. наук / Д.Э. Выборных. — Москва, 2000. — 125 с.
33. Галич, С. Эстетическая хирургия груди : практическое руководство / С. Галич, Р. Пинчук. — Киев : Здоров'я, 2009. — 216 с.

34. Гельфанд, В.Б. Психологические исследования личности в плане реконструктивно-восстановительной хирургии молочной железы / В.Б. Гельфанд, Ю.Б. Пиковский // Пластическая хирургия молочной железы. — Москва : Медицина, 1987. — С. 110–124.
35. Гиляровский, В.А. Соматопсихические реакции и состояния / В.А. Гиляровский // Старые и новые проблемы психиатрии : сб. ст. — Москва, 1946. — С. 104–108.
36. Гольдштейн, Я.Н. Значение пластических операций лица для психической и социальной реабилитации / Я.Н. Гольдштейн, М.Н. Ганушкевич // Acta chirurgiae plasticae. — 1980. — Т. 3. — С. 121–124.
37. Григорьева, Т.Н. Клиника и терапия нарушений половой идентификации : дис. ... канд. мед. наук. / Григорьева Т.Н. // - Москва. - 2005. Режим доступа: [https://rusneb.ru/catalog/000199\\_000009\\_003026628/](https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_003026628/) Дата обращения 11.10.2025
38. Деев, А.И. Эстетическая медицина глазами антрополога / А.И. Деев // Метаморфозы. — 2018. — № 22. — С. 4–9.
39. Дивеев, Д.А. Роль формы лица в восприятии индивидуально-психологических характеристик человека : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.А. Дивеев. — Москва, 2009. — 18 с.
40. Досужков, Ф.Н. Невроз болезненной застенчивости / Ф.Н. Досужков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1963. — № 1. — С. 102–106.
41. Досужков, Ф.Н. Психопатологическая структура состояний тревоги и страха / Ф.Н. Досужков // Труды ленинградского общества невропатологов и психиатров. — Ленинград, 1947. — Вып. 1. — С. 32–36.
42. Дороженок, И.Ю. Психические расстройства, обусловленные стрессогенным влиянием псориаза / И.Ю. Дороженок, Д.Ф. Пушкирев // Психические расстройства в общей медицине. — 2010. — № 3. — С. 16–20.

43. Дороженок, И.Ю. Дисморфофобия у дерматологических больных с фасциальной локализацией процесса / И.Ю. Дороженок, Е.Н. Матюшенко, О.Ю. Олимова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2014. — № 1. — С. 42–47.
44. Драпкина, О.М., Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний / О.М. Драпкина, А.И. Федин, О.А. Дорофеева [et al.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2022. - №21(5). – с. 64-70
45. Дробышев, Л.Н. О синдроме дисморфобии в психиатрической клинике / Л.Н. Дробышев // Вопросы клиники, патогенеза, лечения шизофрении и эпилепсии : материалы научной конференции Московского НИИ психиатрии. — Москва, 1966. — С. 18–21.
46. Дубницкая, Э.Б. О клинических особенностях синдрома истерической ипохондрии / Э.Б. Дубницкая // Журн. невропатол. и психиатр. - 1977. - №5. – с. 733–739.
47. Дубровин, М.С. Медико-социальная характеристика больных с повреждениями средней зоны лица / М.С. Дубровин, В.С. Полунин // Материалы XXI Национального конгресса «Человек и лекарство». — Москва, 2014. — С. 236–237.
48. Егоров, А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А.Ю. Егоров // Аддиктология. — 2005. — № 1. — С. 65–77.
49. Егоров, А.Ю. Спортивная зависимость (обзор литературы) / А.Ю. Егоров, О.В. Фельсендорфф // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. — 2013. — Т. 1, № 1. — С. 44–57.
50. Жиляев, А.Г. Роль представления о собственной внешности в проблемах самоотношения женщин-студенток / А.Г. Жиляев, М.А. Полянина // Казанский педагогический журнал. — 2010. — № 5–6. — С. 126–134.
51. Зайнуллина, Ю.С. Психические особенности лиц, недовольных своим телом / Ю.С. Зайнуллина, И.С. Ефремов, И.Ф. Кадаев [и др.] // Вестник

- Башкирского государственного медицинского университета. — 2018. — № 3. — С. 488–492.
52. Зейгарник, Б.В. Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики / Б.В. Зейгарник. — Москва : МГУ, 2008. — 352 с.
53. Иванов, С.В. Вальдоксан (агомелатин) при терапии умеренных и тяжелых депрессий непсихотического уровня в амбулаторной и госпитальной практике (результаты Российского мультицентрового исследования «ХРОНОС») / С.В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2009. — №6. — с. 14-17.
54. Иорданишвили, А.К. Профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых пациентов / А.К. Иорданишвили, И.А. Толмачев, М.И. Музыкин [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2016. — № 53 (1). — С. 50–55.
55. Илюшина, Е.А. Психопатологическая структура сверхценных состояний / Е.А. Илюшина, А.А. Ткаченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2015. — № 2. — С. 51–58.
56. Калиновская В.В. "Обратная сторона" внешней привлекательности: исследование компонентов образа собственного тела у студентов БГМУ / В.В. Калиновская, О.А. Скугаревский // Белорусский медицинский журнал. - 2004. - № 3. - С. 46-48.
57. Каневская, Я.А. Нервно-психические расстройства у лиц с косметическими дефектами: комплексная терапия, реабилитация : дис. ... канд. мед. наук / Я.А. Каневская. — Оренбург, 2005. — 156 с.
58. Капустина, А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кэттелла / А.Н. Капустина // - СПб.: Речь. - 2001.
59. Караваева, Т.А. Психологические особенности конфликтных пациентов в практике врача-косметолога / Т.А. Караваева // Метаморфозы. — 2013. — № 4. — С. 64–69.

60. Карякина, И.А. Показатели качества жизни пациентов с посттравматическими дефектами ушных раковин до и после реконструктивных операций / И.А. Карякина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2012. — № 2. — С. 54–57.
61. Карякина, И.А. Психологические характеристики подростков с врожденными деформациями ушных раковин до и после реконструктивных операций : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Карякина. — Москва, 2011. — 23 с.
62. Карякина, И.А. Изучение качества жизни пациентов с врожденными деформациями и посттравматическими дефектами ушных раковин до и после реконструктивных операций / И.А. Карякина, Е.М. Шафирова // Актуальные вопросы пластической хирургии. — Москва : Институт пластической хирургии и косметологии, 2012. — С. 71–77.
63. Кец, Б. Коррекция контуров тела : практическое руководство / Б. Кец, Н. Сейдик. — Москва : Практическая медицина, 2011. — 240 с.
64. Кинкулькина, М.А. Лечение тяжелых эндогенных депрессий феварином (флуоксамин) / М.А. Кинкулькина // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. - №4. – с.18–22.
65. Коваленко, А.В. Индекс лицевых изменений и его взаимосвязь с психологическим статусом пациента с гнатическими аномалиями окклюзии / А.В. Коваленко, А.Б. Слабковский, Н.С. Дробышева, Л.С. Персия // Ортодонтия. — 2010. — № 4. — С. 31–35.
66. Кон, И.С. Мужчина в меняющемся мире / И.С. Кон. — Москва : Время, 2009. — 258–263 с.
67. Кондаков, И.М. Опросник для диагностики устойчивых форм Я-внимания / И.М. Кондаков // Журнал практического психолога. — 1997. — № 4. — С. 13–23.
68. Концевой, В.А. Международная классификация болезней (МКБ-10) класс V, адаптированная для использования в РФ : психические расстройства и

- расстройства поведения (F00–F99) / под общ. ред. Б.А. Казаковцева и др.  
— Санкт-Петербург : СПбМАПО, 2003. — 320 с.
69. Коркина, М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте /  
М.В. Коркина. — Москва : Медицина, 1984. — 176 с.
70. Коркина, М.В. Дисморфофобические расстройства (обзор литературы) /  
М.В. Коркина, П.В. Морозов // Журнал невропатологии и психиатрии. —  
1979. — № 1. — С. 92.
71. Коркина, М.В. Булимические расстройства при нервной анорексии / М.В.  
Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Марилов [и др.] // Журнал неврологии и  
психиатрии. — 1991. — Т. 91, № 5. — С. 43–48.
72. Короленко, Ц.П. Личностные расстройства / Ц.П. Короленко, Н.В.  
Дмитриева. — Санкт-Петербург : Речь, 2010. — 432 с.
73. Крылов, В.И. Психопатология телесной перцепции / В.И. Крылов //  
Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2006. — №  
2. — С. 15–20.
74. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. —  
Москва : Практическая медицина, 2011. — 432 с.
75. Крылов, В.И. Поведение избегания (психологические механизмы и  
психопатологические особенности). Часть 2. Стressовые и соматоформные  
расстройства / В.И. Крылов, В.А. Коркина // Психиатрия и  
психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2016. — № 4. — С. 4–7.
76. Кудрявцева, С.П. Психическая травма при поражении лица и пути её  
компенсации : дис. ... канд. мед. наук / С.П. Кудрявцева // — Москва, 1949.  
— С. 16–21.
77. Кузюкова, А.А. Психические расстройства в подростково-юношеском  
возрасте. Клинические иллюстрации / А.А. Кузюкова, А.П. Рачин. —  
Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — С. 62–67.

78. Кулиш С.Б. Расстройства половой идентификации у мужчин с психической патологией шизофренического спектра: автореф. дис. канд. мед. наук. / С.Б. Кулиш // – Москва. -2009. - 24 с.
79. Куроедова, В.Д. Особенности мотивации у пациентов с зубочелюстными аномалиями / В.Д. Куроедова // Ортодонт-инфо. — 2005. — № 2. — С. 42–44.
80. Кустарева, Ю.В. Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии депрессии у больных с острым коронарным синдромом : Автореф. дисс... канд. мед. наук. / Ю.В. Кустарева // - М., 2006.
81. Лебединская, К.С. Клинические варианты дисморфофобического синдрома при шизофрении у подростков / К.С. Лебединская, С.В. Немировская // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. — Москва, 1973. — С. 83–88.
82. Левитин, В.Л. Особенности синдрома дисморфофобии при неврозах / В.Л. Левитин // Неврозы и соматические расстройства : сб. ст. — Ленинград, 1966. — С. 195–197.
83. Левицкая, И.М. Влияние образа физического «Я» на самоотношение и развитие личности в ранний юношеский возраст / И.М. Левицкая, М.И. Попиль // Молодой вчений. — 2017. — № 3(43). — С. 267–271.
84. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. — Киев : Высшая школа, 1981. — 260 с.
85. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. — Санкт-Петербург : Речь, 2010. — 256 с.
86. Лобач, О.И. Связь эстетической составляющей стоматологического здоровья и эмоционального состояния пациентов с разным уровнем тревожности / О.И. Лобач, В.Н. Николенко, Э.К. Рустамова [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2018. — Т. 10, № 3. — С. 54–58.

87. Мазаева, Н.А. Нервная анорексия: обзор зарубежных публикаций. Часть 1. Диагностические критерии, этиология, патогенез / Н.А. Мазаева // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2019. — Т. 21, № 3. — С. 9–16.
88. Мазаева, Н.А. Нервная анорексия: обзор зарубежных публикаций. Часть 2. Клинико-биологические соотношения, прогноз и ведение больных / Н.А. Мазаева // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2019. — № 4. — С. 4–12.
89. Марилова, Т.Ю. Роль пластических операций на молочной железе в восстановлении социально-психологического статуса больных / Т.Ю. Марилова, Е.Н. Малыгин // Актуальные вопросы пластической хирургии молочной железы. — Москва, 1990. — С. 6–7.
90. Мартынов, С.Е. Средства массовой информации как фактор субъективной неудовлетворённости внешностью у пациенток клиники медицинской коррекции внешности : дис. ... канд. психол. наук / С.Е. Мартынов. — Москва, 2013. — 230 с.
91. Матвеев, В.Ф. Психические нарушения у больных с врожденными косметическими дефектами лица / В.Ф. Матвеев, С.В. Попилина // Невропатология и психиатрия. — 1973. — № 4.
92. Матвеев, В.Ф. Влияние хирургического лечения на психологическую реадаптацию больных с врожденными и приобретёнными дефектами лица / В.Ф. Матвеев, С.В. Попилина, А.А. Сергеев // Стоматология. — 1972. — Т. 51, № 5. — С. 54–57.
93. Матюшенко, Е.Н. Дисморфофобия в дерматологической практике / Е.Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине. — 2011. — № 3–4. — С. 11–17.
94. Матюшенко, Е.Н. Дисморфофобия в клинике кожных болезней: от психологических концепций образа тела к психопатологическому расстройству (обзор зарубежной литературы) / Е.Н. Матюшенко //

Психические расстройства в общей медицине. — 2011. — № 1. — С. 64—67.

95. Медведева К.Ю. Качество жизни пациентов пластического хирурга / К.Ю. Медведева, Н.Н. Петрова, В.Г. Золотых [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия «Медицина». — 2023. — № 18(3). — С. 274—292.
96. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Глава 5 (Психиатрия) / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — Орск : Сфера, 2005. — С. 99, 161—165.
97. Михайлова, В.М. Особенности реабилитации больных с приобретёнными и врожденными деформациями челюстно-лицевой области в до- и послеоперационных периодах хирургического лечения (клинический, психотерапевтический, психофармакологический аспекты) : дис. ... канд. мед. наук / В.М. Михайлова. — Москва, 1998.
98. Михайлова, В.М. Психологическая оценка больных с врожденными и приобретёнными челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационных периодах / В.М. Михайлова, М.Г. Панин, Л.М. Барденштейн // Стоматология. — 1997. — Т. 76, № 5. — С. 35—39.
99. Морозов, П.В. Юношеская шизофрения с дисморфическими расстройствами (клинико-катамнестическое исследование) : дис. ... канд. мед. наук / П.В. Морозов. — Москва, 1977.
100. Морозов, П.В. О клинической типологии дисморфофобических состояний при юношеской шизофрении / П.В. Морозов // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1977. — № 1. — С. 114.
101. Мосолов С.Н. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдавшихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства / С.Н. Мосолов, А.В. Ушkalova, Е.Г. Костюкова, А.А. Шафаренко, П.В. Алфимов, А.Б. Костюкова, А.А. Курсаков, Л.В.

Образцова // Журнал "Социальная и клиническая психиатрия". – 2015. - №25(1). - С. 21-30.

102. Мустафаев, М.Ш. Современное состояние проблемы эстетической и функциональной ринопластики по данным литературы и собственного опыта / М.Ш. Мустафаев, В.Р. Керимов, А.Л. Хотова // Актуальные вопросы пластической хирургии. — Москва : Институт пластической хирургии и косметологии, 2012. — С. 87–91.
103. Набиев, Ф.Х. Диагностика и лечение больных с эстетическими диспропорциями лица / Ф.Х. Набиев // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 2002. — № 4. — С. 87.
104. Николаев, Ю.С. О сенситивном бреде физического недостатка и его нозологической принадлежности : дис. ... канд. мед. наук / Ю.С. Николаев. — Москва, 1945.
105. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — Москва : Изд-во МГУ, 1987. — 168 с.
106. Новлянская, К.А. Клинические особенности синдрома страха при детской и подростковой шизофрении / К.А. Новлянская // Проблемы психоневрологии детского возраста. — Москва, 1964. — С. 29–34.
107. Овчинникова, Д.А. Имиджевое моделирование — новая тенденция эстетической медицины / Д.А. Овчинникова, П.Г. Фёдоров, А.А. Кодяков // Метаморфозы. — 2016. — № 15. — С. 60–72.
108. Оконишникова Е.В. Дисморрофобия как фактор снижения качества жизни у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией / Е.В. Оконишникова, А.Е. Брюхин, Т.Ю. Линева // Всероссийский конгресс с международным участием «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус». — М.: Альта-Астра, 2018.
109. Осипов, В.П. Руководство по психиатрии / В.П. Осипов. — Москва, 1931.

110. Осьминина, А.А. Факторы удовлетворенности внешним обликом и активностью в омоложении у женщин среднего возраста: автореферат кандидатской диссертации / А.А. Осьминина. — 2021.
111. Палавина, О.М. Клинико-психопатологическая и психосоциальная характеристика пациентов, перенесших пластические операции: автореферат кандидатской диссертации / О.М. Палавина. — Санкт-Петербург, 2021.
112. Панин, М.Г. Психологическая реабилитация больных после реконструктивных операций при врожденных деформациях челюстных костей / М.Г. Панин, В.Д. Папырин, А.Ш. Тхостов // Стоматология. — 1991. — Т. 70, № 1. — С. 47–48.
113. Панферов, В.Н. Внешность и личность / В.Н. Панферов // Социальная психология личности. — Ленинград, 1974. — С. 106–113.
114. Петрова, Н.Н. Дисморфофобия в клинике эстетической хирургии / Н.Н. Петрова, О.М. Грибова // Психические расстройства в общей медицине. — 2014. — № 1. — С. 26–30.
115. Петрова, Н.Н. Клиническая и психосоциальная характеристика пациентов пластической хирургии / Н.Н. Петрова, Н.В. Калакуцкий, О.М. Палатина // Российский медицинский журнал. — 2017. — Т. 23, № 6. — С. 315–320.
116. Петрова, Н.Н. Депрессивные расстройства у пациентов пластической хирургии / Н.Н. Петрова, О.М. Палатина // Таврический журнал психиатрии. — 2020. — Т. 24, № 2 (91). — С. 29–36.
117. Пискунов, Г.З. Руководство по ринологии / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. — Москва, 2011.
118. Пицко, Т.П. Клинико-описательный феномен телесного дисморфического расстройства / Т.П. Пицко, В.А. Ермоленко, Н.В. Хмара, Я.В. Цвирко // Проблемы здоровья и экологии. — 2024. — № 21(2). — С. 155–161.

119. Пичиков, А.А. Телесная дисморфия: клиника, диагностика, терапия / А.А. Пичиков, Ю.В. Попов // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. — СПб.: Коста, 2019. — С. 249–270.
120. Поляковская, Т.П. Инволюционная истерия: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.П. Поляковская. — Москва, 2011. — 22 с.
121. Попова, Г.А. Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности (клинико-психопатологический аспект) / Г.А. Попова // Психиатрия. — 2020. — Т. 18, № 2. — С. 13–20.
122. Прощаев, К.И. Диагностические возможности философии life style clinic / К.И. Прощаев, А.И. Ильницкий // Kosmetik international. — 2019. — № 4. — С. 78–84.
123. Пружинский, И.А. Нейрохирургические аспекты реконструкции лицевого скелета : автореф. дис. ... докт. мед. наук / И.А. Пружинский. — Москва, 2003. — 48 с.
124. Рамси, Н. Психология внешности / Н. Рамси, Д. Харкорт. — Санкт-Петербург : Питер, 2009. — 288 с.
125. Ронь, Г.И. Эстетическая стоматология и качество жизни пациентов: обзор литературы / Г.И. Ронь, Г.М. Акмалова // Проблемы стоматологии. — 2010. — № 1. — С. 28–30.
126. Рюге, Г. Клинические критерии / Г. Рюге // Клиническая стоматология. — 1998. — № 3. — С. 40–46.
127. Сац Е.А. Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг / Е.А. Сац, И.М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 1. — С. 1563.
128. Сергеев, В.А. Клиническая характеристика расстройств сексуального спектра у женщин с увеличивающей маммопластикой / В.А. Сергеев, Т.А.

Фомина // Материалы XV съезда психиатров России. — Москва, 2010. — С. 359–360.

129. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А.Б. Смулевич. — Москва, 2009.
130. Смулевич, А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А.Б. Смулевич. — Москва, 2012. — 336 с.
131. Смулевич, А.Б. Терапия непсихотических депрессий антидепрессантом агомелатином (Вальдоксан): результаты наблюдательного многоцентрового исследования "РИТМ" / А.Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.А. Бескова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. - №12 (4). – с. 4-11.
132. Смулевич, А.Б. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. — 2012. — № 1. — С. 4–14.
133. Смулевич, А.Б. Ипохондрическая паранойя — моносимптоматический ипохондрический психоз: эпидемиология, клиника, терапия / А.Б. Смулевич, С.В. Иванов, Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — № 3. — С. 4–12.
134. Смулевич, А.Б. Дерматозный (зоопатический) бред / А.Б. Смулевич, В.А. Концевой, И.Ю. Дороженок [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6, № 6. — С. 267–270.
135. Соколова, Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультуральный феномен / Е.Т. Соколова // Вопросы психологии. — 2009. — № 1. — С. 67–80.
136. Соколова, Е.Т. Современный нарциссизм как медийный и клинический социокультурный феномен / Е.Т. Соколова // Человек как субъект и объект

медиапсихологии. — Москва : Московский университет, 2011. — С. 468–503.

137. Соловьев, М.М. Исправление эстетического дефекта у больных с аномалиями и деформациями лицевого скелета как профилактика нарушений психосоциальной адаптации / М.М. Соловьев, Т.Д. Кудрявцева, А.Р. Андреищев // Пародонтология. — 1998. — № 4. — С. 42–44.
138. Старостина, Е.А. Клинико-феноменологические особенности формирования идей смены пола при расстройствах шизофренического спектра / Е.А. Старостина, М.И. Ягубов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2021. — Т. 121, № 3. — С. 18–23.
139. Суэми, В. Психология красоты и привлекательности : пер. с англ. / под ред. Е.И. Николаевой. — Санкт-Петербург : Питер, 2009.
140. Тазабекова, Ж.К. Дисморфомания в структуре аффективных приступов при шизофрении : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ж.К. Тазабекова. — Москва, 1989.
141. Тверитина, А.Е. Клинический случай сочетания дисморфического и ипохондрического расстройств / А.Е. Тверитина, Е.И. Воронова, Д.В. Романов // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. — 2024. — № 3. — С. 70–74.
142. Терентьева, М.А. Невротические экскориации в рамках психических расстройств (клиника, патопсихология, терапия) : дис. ... канд. мед. наук / М.А. Терентьева. — Москва, 2007.
143. Ткаченко, А.Е. Клинико-психологическая характеристика пациентов клиник эстетической хирургии / А.Е. Ткаченко, Л.Т. Баранская, А.Г. Леонов [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 2003. — № 2. — С. 63–69.
144. Трунов, Д.Г. Образ тела и чувство тела — главная оппозиция телесного бытия / Д.Г. Трунов // Вестник Бурятского государственного университета. — 2009. — № 14. — С. 48–51.

145. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. — Москва : Смысл, 2002. — 287 с.
146. Тхостов, А.Ш. Феномен телесности в контексте современного научного знания: обзор литературы / А.Ш. Тхостов // Психические расстройства в общей медицине. — 2015. — № 1. — С. 34–39.
147. Уманская, Н.Г. Социально-экономические, клинические и психологические аспекты эстетического лечения в терапевтической стоматологии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21, 19.00.04 / Н.Г. Уманская. — Москва : МГМСУ, 2005. — 26 с.
148. Фаустова А.Г. Динамика самоотношения при изменении внешности: автореферат кандидатской диссертации / А.Г. Фаустова. — М., 2017.
149. Фельсендорфф, О.В. Характеристики образа тела и личностные особенности женщин, занимающихся фитнесом / О.В. Фельсендорфф, А.Ю. Егоров, С.В. Афанасьев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2016. — № 2. — С. 93–100.
150. Фильц, А.О. Проблема небредовой ипохондрии : автореф. дис. ... док. мед. наук / А.О. Фильц. — Москва, 1993. — 29 с.
151. Фомин, О.С. «Особенности физического Я личности» /О.С. Фомина, И.С. Лучинкина // Молодой учёный. – 2020. - №17 (307). - с. 291–294.
152. Фришберг, И.А. Хирургическая коррекция косметических деформаций женской груди / И.А. Фришберг. — Москва, 1997. — С. 41–57.
153. Фришберг, И.А. Эстетическая хирургия лица / И.А. Фришберг. — Москва : Академкнига, 2005. — С. 5–14.
154. Фролова, В.И. Коэнестезиопатическая паранойя (клинические и терапевтические аспекты дерматозного бреда) : дис. ... канд. мед. наук / В.И. Фролова. — Москва, 2006.
155. Хеден, П. Энциклопедия пластической хирургии / П. Хеден. — Москва : Астрель, 2000.

156. Храмцова, Н.И. Синдром дисморфофобии/дисморфомании: литературный обзор / Н.И. Храмцова, Ю.Ю. Заякин, С.А. Плаксин, В.А. Куркина // Пермский медицинский журнал. — 2020. — Т. 37, № 2. — С. 15–23.
157. Хромов, А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие / А.Б. Хромов // - Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. - 23 с.
158. Цыганков, Б.Д. Вальдоксан (Агомелатин) в терапии тяжелых и умеренных депрессий непсихотического уровня (результаты обсервационного исследования) / Б.Д. Цыганков, А.В. Ялтонская, С.В. Филиппских // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2011. - №1. – с. 37-40.
159. Чемянов, Г.С. Симметрия и асимметрия в понимании красоты и их значимость для пластической хирургии / Г.С. Чемянов // Актуальные вопросы пластической хирургии. — Москва : Институт пластической хирургии и косметологии, 2012. — С. 108–109.
160. Черкашина, А.Г. Образ физического Я в самоотношении девушек 17–18 лет : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / А.Г. Черкашина. — Самара : СамГУ, 2004. — 20 с.
161. Чкадуа, Т.З. Реабилитация пациентов с дефектами и деформациями ушных раковин : дис. ... докт. мед. наук / Т.З. Чкадуа. — Москва, 2011. — 149 с.
162. Шамов, С.А. Особенности психических нарушений у больных зрелого возраста с косметическими дефектами лицевой области / С.А. Шамов // Патогенез, лечение и профилактика косметических заболеваний и недостатков. — Москва, 1982. — С. 165–170.
163. Шостакович, Б.В. Клинические варианты расстройств личности. Руководство по пограничной психиатрии / Б.В. Шостакович. — Москва, 2000.

164. Юдин, М.А. Особенности копинга у пациентов косметологического профиля с дисгармоничным самоотношением и сниженной самооценкой / М.А. Юдин // Американский научный журнал. — 2016. — № 8. — С. 46–51.
165. Якимова Л.С. Психосоциальные и психологические факторы развития дисморфофобий у современных подростков / Л.С. Якимова, Н.А. Кравцова // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2017. — № 3(69). — С. 15–18.
166. Яхно, Н.Н. Эффективность и переносимость агомелатина (Вальдоксан) при терапии легких и умеренных депрессивных расстройств в неврологической практике (результаты российского мультицентрового исследования "Камертон") / Н.Н. Яхно, Т.Г. Вознесенская // Неврологический журнал. – 2012. - №17(1). – с. 43-49.
167. Adamson, P.A. The dangerous dozen—avoiding potential problem patients in cosmetic surgery / P.A. Adamson, T. Chen // Facial Plast Surg Clin North Am. — 2008. — № 16, №. 2. — P. 195–202.
168. Agüero-Millan B. Efficacy of nonpharmacologic interventions in preoperative anxiety: A systematic review of systematic reviews / B. Agüero-Millan, R. Abajas-Bustillo, C. Ortego-Maté. // J Clin Nurs. – 2023. -№32(17-18). – p. 6229-6242.
169. Albert J. The role of the anterior cingulate cortex in emotional response inhibition / J. Albert, S. López-Martín, M. Tapia [et al.] // Human Brain Mapping. - 2012. - № 33. P 2147–2160.
170. Albertini, R.S. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents / R.S. Albertini, K.A. Phillips // J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 1999. — № 38, №. 4. — P. 453–459.
171. Ali M.M. Big and beautiful? Evidence of racial differences in the perceived attractiveness of obese females / M.M. Ali, J.A. Rizzo, F.W. Heiland // Journal of Adolescence. — 2013. — № 36 (3). — P. 539–549.

172. Allen, A. Body Dysmorphic Disorder / A. Allen, E. Hollander // Psychiatric Clinics of North America. — 2000. — № 23, №. 3. — P. 617–628.
173. Alonazi, H.G. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Patients Attending Dermatology clinic in Saudi Arabia/Qassim Region / H.Gh. Alonazi, M. Alharbi, L.A.M. Alyousif [et al.] // JMSCR. — 2017. — № 5 (11). — P. 30471–30479.
174. Alsaidan, M.S. The prevalence and determinants of body dysmorphic disorder among young social media users: A cross-sectional study / M.S. Alsaidan, N.S. Altayar, S.H. Alshmmari [et al.] // Dermatology Reports. — 2020. — № 12. — P. 8774.
175. American Society of Plastic Surgeons. New Statistics Reflect the Changing Face of Plastic Surgery. Доступно по адресу: <https://www.plasticsurgery.org/news/press-releases/new-statistics-reflect-the-changing-face-of-plastic-surgery>. Проверено 15 октября 2025 г.
176. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition, revised. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987.
177. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington : American Psychiatric Association, 1994.
178. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®). Arlington : American Psychiatric Pub, 2013.
179. American Psychological Association. Data on Behavioral Health in the United States. Доступно по адресу: <http://www.apa.org/helpcenter/data-behavioral-health.aspx>. Проверено 5 октября 2025 г.
180. Anderson, R.C. Body Dysmorphic Disorder: Recognition and Treatment / R.C. Anderson // Plast Surg Nurs. — 2003. — Fall; 23(3): 125–128.

181. Angelakis, I. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder (BDD): A Systematic Review With Meta-Analysis / I. Angelakis, P.A. Gooding, M. Panagioti // Clin Psychol Rev. — 2016. — № 49. — P. 55–66.
182. Arienzzo, D. Abnormal Brain Network Organization in Body Dysmorphic Disorder / D. Arienzzo, A. Leow, J.A. Brown, L. Zhan [et al.] // Neuropsychopharmacology. — 2014. — May; 38(6): 1130–1139.
183. Arnett, G.W. Soft Tissue Cephalometric Analysis: Diagnosis and Treatment Planning of Dentofacial Deformity / G.W. Arnett, J.S. Jelic, J. Kim, D.R. Cummings [et al.] // Am J Orthod Dentofacial Orthop. — 1999. — № 116. — P. 239–253.
184. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5®). Obsessive-Compulsive and Related Disorders. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013. — 947 p.
185. Athulya, E.I. Body image satisfaction and marital satisfaction among women. / E.I. Athulya, V.R. Priyanka // Int J Indian Psychol. -2023. - №11(3). – p. 2378–2385.
186. Atiullah, N. Fatal Body Dysmorphic Disorder By Proxy / N. Atiullah, K.A. Phillips // J Clin Psychiatry. — 2001. — № 62(3). — P. 204–205.
187. Atmaca, M. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder / M. Atmaca, I. Bingol, A. Aydin [et al.] // Journal of Affective Disorders. - 2010. - № 123. – p. 258–263.
188. Azuji, I.M. Body image perceptions and marital adjustment levels of married persons in public secondary schools in Anambra State, Nigeria / I.M. Azuji, A.N. Obumse U.C. Nwanna, [et.al] // Academia Mental Health and Well-Bein. 2025. - №2(1). – p. 1-9.
189. Bala, M. Are Body Dysmorphic Symptoms Dimensional or Categorical in Nature? A Taxometric Investigation in Adolescents / M. Bala, R. Quinn, A. Jassi, B. Monzani, G. Krebs // Psychiatry Res. — 2021. — № 305. — Art. 114201.

190. Baldermann, J.C. Deep Brain Stimulation of the Ventral Capsule/Ventral Striatum Reproducibly Improves Symptoms of Body Dysmorphic Disorder / J.C. Baldermann, S. Kohl, J.H. Kuhn // Brain Stimulation. – 2016. - №9 (6). – P. 965–968.
191. Basavaraj, K.H. Relevance of Psychiatry in Dermatology: Present Concepts / K.H. Basavaraj, M.A. Navya, R. Rashmi // Indian J Psychiatry. — 2010. — № 52. — P. 270–275.
192. Beilharz, F. Dysmorphic Concern in Anorexia Nervosa: Implications for Recovery / F. Beilharz, A. Phillipou, D. Castle [et al.] // Psychiatry Research. — 2019. — Mar; 273. – P. 657–661.
193. Beilharz, F. Visual Training Program for Body Dysmorphic Disorder: Protocol for a Novel Intervention Pilot and Feasibility Trial / F. Beilharz, D. Castle, A. Phillipou, S.L. Rossell // Pilot and Feasibility Studies. — 2018. — № 4. — P. 189–202.
194. Bellino, S. Body Dysmorphic Disorder and Personality Disorders: A Clinical Investigation in Patients Seeking Cosmetic Surgery / S. Bellino, M. Zizza, E. Paradiso, L. Patria, A. Rivarossa, M. Fulcheri, F. Bogetto // Ital J Psychopathol. — 2003. — № 9 (2). — P. 149–156.
195. Beucke, J.C. Degree connectivity in body dysmorphic disorder and relationships with obsessive and compulsive symptoms / J.C. Beucke, J. Sepulcre, U. Buhlmann [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2016. - № 26. – p. 1657–1666.
196. Biraben-Gotzamanis, L. Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery: Assessment of 24 Subjects With Minimal Defects in Appearance 5 Years After Their Request for Cosmetic Surgery / L. Biraben-Gotzamanis, B. Aouizerate, C. Martin-Guehl [et al.] // Presse Med. — 2009. — № 38 (7–8). — P. 1062–1067.
197. Bjornsson, A.S. Body Dysmorphic Disorder / A.S. Bjornsson, E.R. Didie, K.A. Phillips // Dialogues Clin Neurosci. — 2012. — № 12. — P. 221–232.

198. Blouin, A.G. Body Image and Steroid Use in Male Bodybuilders / A.G. Blouin, G.S. Goldfield // Int J Eat Disord. — 1995. — № 18, №. 2. — P. 159–165.
199. Blumel, J.E. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric / J.E. Blumel, C. Castelo-Branco, M.J. Cancelo [et al.] // Maturitas. - 2004. - №49(3). - P. 205–210.
200. Bohne, A. Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics / A. Bohne, S. Wilhelm, N.J. Keuthen, L. Baer, M.A. Jenike // Behav Modif. – 2002. - №26(3). – p. 320-339.
201. Bohon, C. Nonlinear Relationships Between Anxiety and Visual Processing of Own and Others' Faces in Body Dysmorphic Disorder / C. Bohon, E. Hembacher, H. Moller, T.D. Moody, J.D. Feusner // Psychiatry Res Neuroimaging. — 2013. — № 204. — P. 132–139.
202. Bonnier, P.L. L'Aschématie / P.L. Bonnier // Revue Neurologie. — 1905. — № 54. — P. 605–621.
203. Boothroyd, L.G. Visual Diet Versus Associative Learning as Mechanisms of Change in Body Size Preferences [Electronic Resource] / L.G. Boothroyd, M.J. Tovee, T.V. Pollet // PLOS ONE. — 2012. — № 7(11).
204. Bratland-Sanda, S. I'm Not Physically Active—Only Go For Walks": Physical Activity in Patients With Longstanding Eating Disorders / S. Bratland-Sanda, J. Sundgot-Borgen, Rø Ø., J.H. Rosenvinge, A. Hoffart, E.W. Martinsen // International Journal of Eating Disorders. — 2010. — № 43, №. 1. — P. 88–92.
205. Brown, F.L. Normal Body, Beautiful Body: Discrepant Perceptions Reveal a Pervasive "Thin Ideal" From Childhood to Adulthood / F.L. Brown, V. Slaughter // Body Image. — 2011. — № 8, Issue 2. — P. 119–125.
206. Brunton, G. Psychosocial Predictors, Assessment, and Outcomes of Cosmetic Procedures: A Systematic Rapid Evidence Assessment / G. Brunton,

- N. Paraskeva, J. Caird, K.S. Bird [et al.] // Aesthetic Plastic Surgery. — 2014. — № 38(5). — P. 1030–1040.
207. Buchanan, B.G. Regional brain volumes in body dysmorphic disorder compared to controls / B. Buchanan, S. Rossell, J.J. Maller [et al.] // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. — 2016. - №48. – p. 654–662.
208. Buchanan, B.G. Brain Connectivity in Body Dysmorphic Disorder Compared With Controls: A Diffusion Tensor Imaging Study / B.G. Buchanan, S.L. Rossell, J.J. Maller, W.L. Toh, S. Brennan, D.J. Castle // Psychological Medicine. — 2013. — № 43. — P. 2513–2521.
209. Buhlmann, U. Updates on the Prevalence of Body Dysmorphic Disorder: A Population-Based Survey / U. Buhlmann, H. Glaesmer, R. Mewes, J.M. Fama, S. Wilhelm, E. Brahler, W. Rief // Psychiatry Research. — 2010. — № 178. — P. 171–175.
210. Buhlmann, U. Clinical Considerations for the Treatment of Body Dysmorphic Disorder With Cognitive-Behavioral Therapy / U. Buhlmann, H.E. Reese, S. Renaud, S. Wilhelm // Body Image. — 2008. — Mar; 5(1): 39–49.
211. Button, E.J. Self-Esteem, Eating Problems and Psychological Well-Being in a Cohort of Schoolgirls Aged 15–16: A Questionnaire and Interview Study / E.J. Button, P. Loan, J. Davies, E.J.S. Sonuga-Barke // International Journal of Eating Disorders. — 1997. — № 21. — P. 39–47.
212. Cansever, A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample / A. Cansever, O. Uzun, E. Dönmez, A. Ozşahin // Compr Psychiatry. — 2003. - №44(1). – p. 60-64.
213. Carey, P. SPECT imaging of body dysmorphic disorder. / P. Carey, S. Seedat, J. Warwick [et al.] // Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. — 2004. - №16. - p. 357–359.
214. Cardinal, L. Peripersonal Space and Body Schema / L. Cardinal, C. Brozzoli, A. Farne // Encyclopedia of Behavioral Neuroscience. — 2010. — P. 40–46.

215. Cash, T.F. The Psychology of Physical Appearance: Aesthetics, Attributes, and Images / T.F. Cash // Body Images: Development, Deviation, and Change. — New York : Guilford Press, 1990. — P. 51–79.
216. Cash, T.F. Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice / T.F. Cash, T. Pruzinsky. — New York : Guilford Press, 2002.
217. Cash, T.F. Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention / T.F. Cash, L. Smolak. — New York, London : The Guilford Press, 2011.
218. Castle, D.J. An Update on Body Dysmorphic Disorder / D.J. Castle, S.L. Rossell // Current Opinion in Psychiatry. — 2006. — № 19(1). — P. 74–78.
219. Castle, D.J. Body dysmorphic disorder: a treatment synthesis and consensus on behalf of the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders and the Obsessive Compulsive and Related Disorders Network of the European College of Neuropsychopharmacology. / D. Castle, F. Beilharz, K.A. Phillips [at al.] // Int Clin Psychopharmacol. – 2021. - №36(2). – p. 61-75.
220. Cerea, S. Non-Weight-Related Body Image Concerns and Body Dysmorphic Disorder Prevalence in Patients With Anorexia Nervosa / S. Cerea, G. Bottessi, J. Grisham, M. Ghisi // Psychiatry Research. — 2018. — № 267. — P. 120–125.
221. Childhood Trauma Meta-Analysis Study Group. Treatment efficacy and effectiveness in adults with major depressive disorder and childhood trauma history: a systematic review and meta-analysis . Childhood Trauma Meta-Analysis Study Group / Childhood Trauma Meta-Analysis Study Group// Lancet Psychiatry. – 2022. -№9(11). – p. 860-873.
222. Cho, A. Body Dissatisfaction Level and Gender Differences in Attentional Biases Toward Idealized Bodies / A. Cho, J.H. Lee // Body Image. — 2013. — № 10, Issue 1. — P. 95–102.
223. Chren, M.M. Skindex, a Quality of Life Measure for Patients With Skin Disease: Reliability, Validity, and Responsiveness / M.M. Chren, R.J. Lasek, L.M. Quinn [et al.] // Journal of Investigative Dermatology. — 1996. — № 107. — P. 707–713.

224. Cohen, M.S. Differentiating Weight-Restored Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder Using Neuroimaging and Psychometric Markers / M.S. Cohen, J.D. Feusner // PLoS ONE. — 2019. — № 14. — Article e0213974.
225. Conrado, L.A. Body Dysmorphic Disorder Among Dermatologic Patients: Prevalence and Clinical Features / L.A. Conrado, A.G. Hounie, J.B. Diniz [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2010. — № 63. — P. 235–243.
226. Constantian, M.B. The New Criteria for Body Dysmorphic Disorder: Who Makes the Diagnosis? / M.B. Constantian // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2013. — № 132(6). — P. 1759–1762.
227. Constantian, M.B. Why Some Patients Are Unhappy: Part 1-2. Relationship of Preoperative Nasal Deformity to Number of Operations and History of Abuse or Neglect / M.B. Constantian, C.P. Lin // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2014. — № 134. — P. 823–851.
228. Cook, B. Exercise Dependence as a Mediator of the Exercise and Eating Disorders Relationship: A Pilot Study / B. Cook, H. Hausenblas, R.D. Crosby, L. Cao, S.A. Wonderlich // Eating Behaviors. — 2015. — № 16. — P. 9–11.
229. Cook, S.A. The Psychological and Social Characteristics of Patients Referred for NHS Cosmetic Surgery: Quantifying Clinical Need / S.A. Cook, R. Rosser, H. Toone, M.I. James, P. Salmon // Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. — 2006. — № 59, №. 1. — P. 54–64.
230. Cororve, M.B. Body Dysmorphic Disorder: A Review of Conceptualizations, Assessment, and Treatment Strategies / M.B. Cororve, D.H. Gleaves // Clinical Psychology Review. — 2001. — Aug; 21(6). — P. 949–970.
231. Crerand, C.E. Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery / C.E. Crerand, M.E. Franklin, D.B. Sarwer // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2006. — Dec; 118(7): 167–180.

232. Crerand, C.E. Surgical and Mini-Mally Invasive Cosmetic Procedures Among Persons With Body Dysmorphic Disorder / C.E. Crerand, W. Menard, K.A. Phillips // Annals of Plastic Surgery. — 2010. — № 65(1). — P. 11–16.
233. Crucianelli, L. The Perception of Affective Touch in Anorexia Nervosa / L. Crucianelli, V. Cardi, J. Treasure [et al.] // Psychiatry Research. — 2016. — № 239. — P. 72–76.
234. Dadkhahfar, S. Motivations and characteristics of patients seeking minimally invasive cosmetic procedures in two Iranian dermatology centers: A cross-sectional study / S. Dadkhahfar, M. Gheisari, Y. Kalantari, K. Zahedi, A. Ehsani, E. Ifa // Int J Womens Dermatol. — 2021. - №18;7(5Part B). – p.737-742.
235. Daniel R.K. The lower third of the nose: analysis and technique / R.K. Daniel, T. Glasz, G. Molnar [et al.] // Plast Reconstr Surg. — 2013. — № 132(6). — P. 1043–1052.
236. Davidovic, M. Abnormal Brain Processing of Gentle Touch in Anorexia Nervosa / M. Davidovic, L. Karjalainen, G. Starck [et al.] // Psychiatry Research: Neuroimaging. — 2018. — № 281. — P. 53–60.
237. De Brito, M.J. Should Plastic Surgeons Operate on Patients Diagnosed With Body Dysmorphic Disorder? / M.J. De Brito, F.X. Nahas, L.M. Ferreira // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2012. — № 129. — P. 406–407.
238. De Brito, M.J. Abdominoplasty and Its Effect on Body Image, Self-Esteem, and Mental Health / M.J. De Brito, F.X. Nahas, M.V. Barbosa, G.M. Dini, A.K. Kimura, A.B. Farah, L.M. Ferreira // Annals of Plastic Surgery. — 2010. — № 65. — P. 5–10.
239. De Brito, M.J. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty / M.J. De Brito, F.X. Nahas, T.A. Cordás, M.G. Gama, E.R. Sucupira, T.D. Ramos, G.A.A. Felix, L.M. Ferreira // Aesthetic Surgery Journal. — 2016. — № 36, №. 3. — P. 324–333.

240. De Brito, M.J. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy / M.J. De Brito, F.X. Nahas, T.A. Cordás, H. Tavares [et al.] // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2016. — № 137(2). — P. 462–471.
241. de Brito, M.J. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese Translation, Cultural Adaptation and Validation / M.J. de Brito, M. Sabino Neto, M.F. de Oliveira [et al.] // Revista Brasileira de Psiquiatria. — 2015. — № 37, №. 4. — P. 310–316.
242. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5<sup>TM</sup> / Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5<sup>TM</sup>. — Washington, DC, London, England, 2013.
243. De Sousa, A. Psychological Issues in Oral and Maxillofacial Reconstructive Surgery / A. De Sousa // British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. — 2008. — № 46, №. 8. — P. 661–664.
244. Dey, J.K. Body Dysmorphic Disorder in a Facial Plastic and Reconstructive Surgery Clinic: Measuring Prevalence, Assessing Comorbidities, and Validating a Feasible Screening Instrument / J.K. Dey, M. Ishii, M. Phillis, P.J. Byrne, K.D. Boahene, L.E. Ishii // JAMA Facial Plastic Surgery. — 2015. — № 17(2). — P. 137–143.
245. Dogruk Kacar, S. The Frequency of Body Dysmorphic Disorder in Dermatology and Cosmetic Dermatology Clinics: A Study From Turkey / S. Dogruk Kacar, P. Ozuguz, E. Bagcioglu, K.S. Coskun, H. Uze Tas, S. Polat, S. Karaca // Clinical and Experimental Dermatology. — 2014. — № 39. — P. 433–438.
246. Dowling, N.A. The Male Cosmetic Surgery Patient: A Matched Sample Gender Analysis of Elective Cosmetic Surgery and Cosmetic Dentistry Patients / N.A. Dowling, R.J. Honigman, A.C. Jackson // Annals of Plastic Surgery. — 2010. — № 64, №. 6. — P. 726–731.

247. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006-. Fluvoxamine. 2025 Sep 15.
248. Dufresne, R.G. A Screening Questionnaire for Body Dysmorphic Disorder in a Cosmetic Dermatologic Surgery Practice / R.G. Dufresne, K.A. Phillips, C.C. Vittorio, C.S. Wilkel // Dermatologic Surgery. — 2001. — May; 27(5): 457–462.
249. Dunai, J. Executive function in body dysmorphic disorder / J. Dunai, I. Labuschagne, D.J. Castle [et al.] // Psychological Medicine. 2010; 40: 1541–1548.
250. Dunbar, F. Emotions and Bodily Changes / F. Dunbar. — New York : Columbia University Press, 1954.
251. Edgerton, M.T. Surgical-Psychiatric Study of Patients Seeking Plastic (Cosmetic) Surgery: Ninety-Eight Consecutive Patients With Minimal Deformity / M.T. Edgerton, W.E. Jacobson, E. Meyer // British Journal of Plastic Surgery. — 1960. — № 13. — P. 136–145.
252. Edgerton, M.T. Surgical Results and Psychosocial Changes Following Rhinoplasty / M.T. Edgerton, W.L. Webb Jr, R. Slaughter, E. Meyer // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1964. — № 33. — P. 503–521.
253. Ersner-Hershfield, H. Saving for the Future Self: Neurological Measures of Future Self-Continuity Predict Temporal Discounting / H. Ersner-Hershfield, G.E. Wimmer, B. Knutson // Social Cognitive and Affective Neuroscience. — 2009. — № 4(1). — P. 85–92.
254. Eskander, N. Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder / N. Eskander, T. Limbana, F. Khan // Cureus. — 2020. — № 12. — Art. e9805.
255. Fang, A. Rejection Sensitivity Mediates the Relationship Between Social Anxiety and Body Dysmorphic Concerns / A. Fang, A. Asnaani, C. Gutner, C.

- Cook, S. Wilhelm, S.G. Hofmann // Journal of Anxiety Disorders. — 2011. — № 25(7). — P. 946–949.
256. Fang, A. Relationship Between Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder / A. Fang, S.G. Hofmann // Clinical Psychology Review. — 2010. — № 30(8). — P. 1040–1048.
257. Fang, A. Clinical Features, Cognitive Biases, and Treatment of Body Dysmorphic Disorder / A. Fang, S. Wilhelm // Annual Review of Clinical Psychology. — 2015. — № 11. — P. 187–212.
258. Felix, G.A. Patients With Mild to Moderate Body Dysmorphic Disorder May Benefit From Rhinoplasty / G.A. Felix, M.J. de Brito, F.X. Nahas [et al.] // Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. — 2014. — № 67. — P. 646–654.
259. Fenwick, A.S. Potential Link Between Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Alexithymia in an Eating-Disordered Treatment-Seeking Sample / A.S. Fenwick, K.A. Sullivan // Psychiatry Research. — 2011. — № 189. — P. 299–304.
260. Ferraro, G.A. Self-Perception and Self-Esteem of Patients Seeking Cosmetic Surgery / G.A. Ferraro, F. Rossano, F. Andrea // Aesthetic Plastic Surgery. — 2005. — № 3. — P. 184–189.
261. Feusner, J.D. White matter micro-structure in body dysmorphic disorder and its clinical correlates. / J.D. Feusner, D. Arienz, W. Li [et al.] // Psychiatry Research: Neuroimaging. – 2013. - №211. – p. 132–140.
262. Feusner, J.D. Abnormalities of Object Visual Processing in Body Dysmorphic Disorder / J.D. Feusner, E. Hembacher, H. Moller, T.D. Moody // Psychological Medicine. — 2011. — № 41. — P. 2385–2397.
263. Feusner, J.D. Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder / J.D. Feusner, E. Hembacher, H. Moller, T.D. Moody // Psychological Medicine. – 2012. - №44. – p. 2385–2397.

264. Feusner, J.D. Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder / J.D. Feusner, J. Townsend, A. Bystritsky [et al.] // Psychiatry Research. — 2009. — №172. — p. 161–167.
265. Fisher, S. Development and Structure of Body Image / S. Fisher. — Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1986.
266. Fisher, S. The Evolution of Psychological Concepts About the Body / S. Fisher // In: Cash T.F., Pruzinsky T. Body Images: Development, Deviation, and Change. — New York : Guilford Press, 1990. — P. 3–20.
267. Fisher, S. Body Image and Personality / S. Fisher, S.E. Cleveland // — New York : Dover Press, 1968.
268. Fontenelle, L.F. A Sociodemographic, Phenomenological, and Long-Term Follow-Up Study of Patients With Body Dysmorphic Disorder in Brazil / L.F. Fontenelle, L.L. Telles, B.P. Nazar [et al.] // International Journal of Psychiatry in Medicine. — 2006. — № 36, №. 2. — P. 243–259.
269. Frarea, F. Obsessive–Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder: A Comparison of Clinical Features / F. Frarea, G. Perugi, B. Ruffolo, C. Toni // European Psychiatry. — 2004. — August; 19(5). — P. 292–298.
270. Friel, M.T. The Measure of Face-Lift Patient Satisfaction: The Owsley Facelift Satisfaction Survey With a Long-Term Follow-Up Study / M.T. Friel, R.E. Shaw, M.J. Trovato, J.Q. Owsley // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2010. — № 126, №. 1. — P. 245–257.
271. Frost, R.O. The Dimensions of Perfectionism / R.O. Frost, P.A. Marten, C. Lahart [et al.] // Cognitive Therapy and Research. — 1990. — № 14. — P. 449–468.
272. Gatsby, S. Distorted Body Representations in Anorexia Nervosa / S. Gatsby // Consciousness and Cognition. — 2017. — № 51. — P. 17–33.
273. Garcia, A.C. Complications of Dysmorphophobia. Description of a Self-Mutilation Case / A.C. Garcia, M.M. Pinilla, D.C. Hervás [et al.] // Actas EspaÑolas de Psiquiatria. — 2006. — № 34(3). — P. 2002–2005.

274. Gieler, U. Clinical Management in Psychodermatology / U. Gieler, W. Harth, U. Gieler [et al.] — Berlin–Heidelberg : Springer-Verlag, 2009. — P. 30–38.
275. Gilbert, A.R. Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine / A.R. Gilbert, G.J. Moore, M.S. Keshavan [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2000. - №57. – p. 449–456.
276. Gilbert, P. Body Shame: Conceptualization, Research and Treatment / P. Gilbert, J. Miles. — New York, NY : Brunner-Routledge, 2014. — P. 267–282.
277. Gill, H. Antidepressant Medications and Weight Change: A Narrative Review / H. Gill, B. Gill, S. El-Halabi [et al.] // Obesity (Silver Spring). – 2020. -№28(11). – p. 2064-2072.
278. Ginsburg, I.H. The Psychosocial Impact of Skin Disease / I.H. Ginsburg // Dermatologic Clinics. — 1996. — № 14(3). — P. 473–483.
279. Ginsburg, I.H. Feelings of Stigma in Patients With Psoriasis / I.H. Ginsburg, B.G. Link // Journal of the American Academy of Dermatology. — 1989. — № 20. — P. 53–63.
280. Goin, M.K. A Prospective Psychological Study of 50 Female Face-Lift Patients / M.K. Goin, R.W. Burgoyne, J.M. Goin, F.R. Staples // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1980. — № 65(4). — P. 436–442.
281. Goldstein, R.S. Health resource utilization and rehabilitation / R.S. Goldstein // Monaldi Arch Chest Dis. – 2003. - №59(3). - p. 244-249.
282. Gorbis, E. The Fatal Addiction to Plastic Surgery. Diagnosing and Treating BDD Successfully for a Lifetime / E. Gorbis // — Anxiety Disorders Association of America, 30th Annual Conference, 2010.
283. Gorbis, E. Assessing body dysmorphic disorder and eating disorders in cosmetic procedure populations / E. Gorbis, R. Braverman // 248 Journal of Aesthetic Nursing. – 2021. - №10(6). – p. 248-254.

284. Gorney, M. Recognition and Management of the Patient Unsuitable for Aesthetic Surgery / M. Gorney // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2010. — № 126(6). — P. 2268–2271.
285. Grace, S.A. The Neurobiology of Body Dysmorphic Disorder: A Systematic Review and Theoretical Model / S.A. Grace, I. Labuschagne, R.A. Kaplan, S.L. Rossell // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. — 2017. — № 83. — P. 83–96.
286. Grace, S.A. Intranasal Oxytocin Alters Amygdala-Temporal Resting-State Functional Connectivity in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind Placebo-Controlled Randomized Trial / S.A. Grace, I. Labuschagne, D.J. Castle, S.L. Rossell // Psychoneuroendocrinology. — 2019. — № 107. — P. 179–186.
287. Grant, P. If You Could Change Your Breasts... / P. Grant // SELF Magazine. — 1996. — P. 186–211.
288. Grant, J.E. Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in Adolescent and Adult Psychiatric Inpatients / J.E. Grant, S.W. Kim, S.J. Crow // Journal of Clinical Psychiatry. — 2001. — № 62(7). — P. 517–522.
289. Grant, J.E. Body Dysmorphic Disorder: A Review / J.E. Grant, B.L. Odlaug // Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition). — 2012. — P. 360–364.
290. Greenberg, J.L. Visual Hot Spots: An Eye Tracking Study of Attention Bias in Body Dysmorphic Disorder / J.L. Greenberg, L. Reuman, A.S. Hartmann, I. Kasarskis, S. Wilhelm // Journal of Psychiatric Research. — 2014. — № 57. — P. 125–132.
291. Greenberg, J.L. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder / J.L. Greenberg, S. Markowitz, M.R. Petronko, C.E. Taylor, S. Wilhelm, G.T. Wilson // Cognitive and Behavioral Practice. — 2010. — № 17(3). — P. 248–258.
292. Grochowelski, A. Selective Attention to Imagined Facial Ugliness Is Specific to Body Dysmorphic Disorder / A. Grochowelski, S. Kliem, N. Heinrichs // Body Image. — 2012. — № 9. — P. 261–269.

293. Grogan, S. Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children / S. Grogan. — London : Routledge, 2002.
294. Gupta, M.A. Psychiatric Comorbidity in Dermatologic Disorders / M.A. Gupta // In: Walker C., Papadopoulos L. Psychodermatology. — Cambridge, UK : Cambridge University Press, 2005. — P. 29–43.
295. Gupta, R. Body Dysmorphic Disorder / R. Gupta, M. Huynh, I.H. Ginsburg // Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery. — 2013. — № 32. — P. 78–82.
296. Guy, W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology / Guy. W., editor. // Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. - 1976.
297. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics / ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. — 2020. Доступно по адресу: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Проверено: 16 июля 2025 г.).
298. Ishigooka, J. Demographic Features of Patients Seeking Cosmetic Surgery / J. Ishigooka, M. Iwao, M. Suzuki [et al.] // Psychiatric and Clinical Neurosciences. — 1998. — № 52(3). — P. 283–287.
299. Hadley, S.J. Diagnosis and Treatment of Body Dysmorphic Disorder in Adolescents / S.J. Hadley, J. Greenberg, E. Hollander // Current Psychiatry Reports. — 2002. — Apr; 4(2). — P. 108–113.
300. Hall, F.E. Aesthetic Breast Surgery / F.E. Hall. // QMP Publications. – 2011.
301. Haller H. A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders / H. Haller, P. Breilmann, M. Schröter [et al.,] // Sci Rep. – 2021. - №11(1). – art. 20385.
302. Hanley, S.M. Development and initial validation of the Body Dysmorphic Disorder Scale for Youth. / S.M. Hanley, N. Bhullar, B.M. Wootton. // Clinical Psychologist. – 2020. – p. 1–13.

303. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. – 1960. №23 (1). – p. 56–62.
304. Hardardottir, H. Body Dysmorphic Disorder: Symptoms, Prevalence, Assessment and Treatment / H. Hardardottir, A. Hauksdottir, A.S. Bjornsson // Laeknabladid. — 2019. — Mars; 105(3). — P. 125–131.
305. Hargreaves, D. The Effect of Television Commercials on Mood and Body Dissatisfaction: The Role of Appearance-Schema Activation / D. Hargreaves, M. Tiggemann // Journal of Social and Clinical Psychology. — 2002. — № 21. — P. 328–349.
306. Harris, D.L. The Derriford Appearance Scale (DAS59): A New Psychometric Scale for Evaluation of Patients With Disfigurements and Aesthetic Problems of Appearance / D.L. Harris, A.T. Carr // British Journal of Plastic Surgery. — 2001. — № 54(3). — P. 216–222.
307. Harrison, A. Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials / A. Harrison, L. Fernandez de la Cruz, J. Enander, J. Radua, D. Mataix-Cols // Clinical Psychology Review. — 2016. — Aug; 48. — P. 43–51.
308. Härtter, S. Differential effects of fluvoxamine and other antidepressants on the biotransformation of melatonin / S. Härtter, X. Wang, H. Weigmann [et al.] // J Clin Psychopharmacol. – 2001. - №21(2). P. 167-174.
309. Hay, G.G. Dysmorphophobia / G.G. Hay // British Journal of Psychiatry. — 1970. — № 116. — P. 399–406.
310. Hay, G.G. Change in Psychometric Test Results Following Cosmetic Nasal Operations / G.G. Hay, B.B. Heather // British Journal of Psychiatry. — 1973. — № 122. — P. 89–91.
311. He, W. Development of a Body Image Concern Scale Using Both Exploratory and Confirmatory Factor Analyses in Chinese University Students / W. He, Q. Zheng, Ji Yu., Ch. Shen, Q. Zhu, W. Wang // Neuropsychiatric Disease and Treatment. — 2017. — № 13. — P. 1419–1425.

312. Head, H. Aphasia and Kindred Disorders of Speech / H. Head. — Cambridge, England : Cambridge University Press, 1926.
313. Herruer, J.M. Negative Predictors for Satisfaction in Patients Seeking Facial Cosmetic Surgery: A Systematic Review / J.M. Herruer, J.B. Prins, N. van Heerbeek, G.W. Verhage-Damen, K.J. Ingels // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2015. — № 135(6). — P. 1596–1605.
314. Hershfield, H.E. Increasing Saving Behavior Through Age-Progressed Renderings of the Future Self / H.E. Hershfield, D.G. Goldstein, W.F. Sharpe, J. Fox, L. Yeykelis, L.L. Carstensen, J.N. Bailenson // Journal of Marketing Research. — 2011. — № 48. — P. 23–37.
315. Hewitt, P.L. Perfectionism: Theory, Research and Treatment / P.L. Hewitt, G.L. Flett. — Washington, DC : American Psychological Association, 2002.
316. Hill, L. The Role of Coping Strategies in Mediating Subjective Disability in People Who Have Psoriasis / L. Hill, P. Kennedy // Psychology & Health Medicine. — 2002. — № 7. — P. 261–269.
317. Hollander, E. Clomipramine vs Desipramine Crossover Trial in Body Dysmorphic Disorder: Selective Efficacy of a Serotonin Reuptake Inhibitor in Imagined Ugliness / E. Hollander, A. Allen, J. Kwon [et al.] // Archives of General Psychiatry. — 1999. — № 56. — P. 1033–1039.
318. Hollander, E. Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder / E. Hollander, L. Cohen, D. Simeon, J. Rosen, C. DeCaria, D.J. Stein // J Clin Psychopharmacol. – 1994. - №14(1). – p.75-77.
319. Holmes T.H. The Social Readjustment Rating Scale / T.H. Holmes, R.H. Rahe // J Psychosom Res. – 1967. – №11 (2). – p. 213–218.
320. Hong, K. New Perspectives in the Treatment of Body Dysmorphic Disorder / K. Hong, V. Nezgovorova, E. Hollander // F1000Research. — 2019. — № 23(7). — Art. 361.
321. Honigman, R. Aging and Cosmetic Enhancement / R. Honigman, D.J. Castle // Clinical Interventions in Aging. — 2006. — № 1(2). — P. 115–119.

322. Honigman, R.J. Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery / R.J. Honigman, K.A. Phillips, D.J. Castle // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2004. — № 4. — P. 1229–1237.
323. Hooker, C.I. The Influence of Combined Cognitive Plus Social-Cognitive Training on Amygdala Response During Face Emotion Recognition in Schizophrenia / C.I. Hooker, L. Bruce, M. Fisher, S.C. Verosky, A. Miyakawa, M. D'Esposito [et al.] // Psychiatry Research. — 2013. — № 213. — P. 99–107.
324. Hrabosky, J.I. Multidimensional Body Image Comparisons of Eating Disorders, Body Dysmorphic Disorder, and Clinical Controls: A Multisite Study / J.I. Hrabosky, T.F. Cash, D. Veale [et al.] // Body Image. — 2009. — № 6(3). — P. 155–163.
325. Hughes, J. Psychiatric Symptoms in Dermatology Patients / J. Hughes, B. Barraclough, L. Hamblin, J. White // British Journal of Psychiatry. — 1983. — № 143. — P. 51–54.
326. Hussain, R. Cosmetic Surgery History and Health Service in Midlife / R. Hussain, M. Schofield, D. Loxton // Women's Health Australia, Medical Journal of Australia. — 2002. — № 12. — P. 576–579.
327. Jacono, A. Association of Patient Self-Esteem With Perceived Outcome After Face-Lift Surgery / A. Jacono, R.P. Chastant, G. Dibelius // JAMA Facial Plastic Surgery. — 2016. — № 18(1). — P. 42–46.
328. Jafferany, M. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in adolescent inpatient psychiatric patients-a pilot study. / M. Jafferany F.C. Osuagwu, Z. Khalid, [at al.] //Nord J Psychiatry. 2019. - №73(4-5). – p. 244-247.
329. Jahrreiss, J.W. Die Schönheitshypochondrie / J.W. Jahrreiss // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — 1930. — № 92. — P. 686.
330. Janet, P. Les Obsessions et la Psychasthénie / P. Janet. — Paris, France : Felix Alcan, 1903.

331. Jansi, A.D. Family accommodation in pediatric body dysmorphic disorder: A qualitative study / A.D. Jansi, A. Baloch, K. Thomas-Smith, A. Lewis // Bulletin of the Menninger Clinic. — 2020. — № 84. — P. 319–336.
332. Javo, I.M. Psychosocial Characteristics of Young Norwegian Women Interested in Liposuction, Breast Augmentation, Rhinoplasty, and Abdominoplasty: A Population-Based Study / I.M. Javo, T. Sørlie // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2010. — № 125. — P. 1536–1543.
333. Jefferies, K. Superior Face Recognition in Body Dysmorphic Disorder / K. Jefferies, K.R. Laws, N.A. Fineberg // Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. — 2012. — № 1. — P. 175–179.
334. Jonathan, G.K. Advancing Psychosocial Treatment for Body Dysmorphic Disorder: A State-of-the-Science Review / G.K. Jonathan, C. Armstrong, P. Miyares [et al.] // Behav Ther. — 2024. — № 55(6). — P. 1249–1288.
335. Joseph, J. Body Dysmorphic Disorder in Patients Undergoing Septorhinoplasty Surgery: Should We Be Performing Routine Screening? / J. Joseph, P. Randhawa, S.A. Hannan, J. Long [et al.] // Clinical Otolaryngology. — 2016.
336. Joseph, A.W. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Surgeon Diagnostic Accuracy in Facial Plastic and Oculoplastic Surgery Clinics / A.W. Joseph, L. Ishii, Sh.S. Joseph, J.I. Smith [et al.] // JAMA Facial Plastic Surgery. — 2017. — № 19(4). — P. 269–274.
337. Josephson, S.C. Body Dysmorphic Disorder by Proxy / S.C. Josephson, E. Hollander // Journal of Clinical Psychiatry. — 1997. — № 58(2). — P. 86–87.
338. Ian & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry / Ian & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. — Tenth Edition, 2017. — Publisher: Lippincott Williams and Wilkins.
339. Ishak, W.W. Quality of life in body dysmorphic disorder / W.W. Ishak, M.A. Bolton, J.-Ch. Bensoussan // CNS Spectrums. — 2012. — № 17. — P. 167–175.

340. Ishigooka, J. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. / J. Ishigooka, M. Iwao, M. Suzuki, Y. Fukuyama, M. Murasaki, S. Miura // Psychiatry Clin Neurosci. – 1998. - №52(3). – p. 283-287.
341. Kameg, B. Atypical antipsychotics: Managing adverse effects / B. Kameg, C. Champion // Perspect Psychiatr Care. – 2022. - №58(2). – p. 691-695.
342. Kang D. Volumetric investigation of the frontal-subcortical circuitry in patients with obsessive-compulsive disorder / D. Kang, J. Kim, J. Choi [et al.] // Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. – 2004. - №16. – p. 342–349.
343. Karimi, K. Patient Analysis and Selection in Aging Face Surgery / K. Karimi, P. Adamson // Facial Plastic Surgery. — 2011. — № 27(1). — P. 5–15.
344. Katrina, H.À.C. A systematic review of neurocognition and social cognition in body dysmorphic disorder / H.À.C. Katrina, A. Malcolm, W.L. Toh, S.L. Rossell // Aust N Z J Psychiatry. — 2025. — № 59(3). — P. 224–247.
345. Kaye, W.H. Neurobiology of Anorexia Nervosa: Clinical Implications of Alterations of the Function of Serotonin and Other Neuronal Systems / W.H. Kaye, G.K. Frank, U.F. Bailer, S.E. Henry // International Journal of Eating Disorders. — 2005. — Suppl. — P. S15–S19.
346. Kelly, M.M. Social Anxiety and Its Relationship to Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder / M.M. Kelly, C. Walters, K.A. Phillips // Behavior Therapy. — 2010. — № 41(2). — P. 143–153.
347. Kim J.J. Grey matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder: statistical parametric mapping of segmented magnetic resonance images / J.J. Kim, M.C. Lee, J. Kim [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 2001. - №179. – p. 330–334.
348. Koo, J. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection / J. Koo // American Family Physician. — 2001. — № 64. — P. 1873–1878.
349. Koo, J. Psychocutaneous Medicine / J. Koo, C. Lee. — Marsal Dekker Inc., NY, Basel, 2003.

350. Koblenzer, C.S. The Dysmorphic Syndrome / C.S. Koblenzer // Archives of Dermatology. — 1985. — № 121. — P. 780–784.
351. Koenig, Z.A. Body Dysmorphic Disorder Insights in an Inpatient Psychiatric Setting. / Z.A. Koenig, S. Callaham, B. Waltz, [at al.] // Case Rep Psychiatry. - 2021. - №19. – Art.6636124.
352. Kraepelin, E. Psychiatrie / E. Kraepelin. — Leipzig, 1915.
353. Krebs, G. Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder / G. Krebs, L.F. de La Cruz, B. Monzani, L. Bowyer, M. Anson, J. Cadman [et al.] // Behavior Therapy. — 2017. — № 48. — P. 462–473.
354. Krebs, G. Is Perfectionism a Risk Factor for Adolescent Body Dysmorphic Symptoms? Evidence for a Prospective Association / G. Krebs, R. Quinn, A. Jassi // Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. — 2019. — № 22. — Art. 100445.
355. Krueger, N. The history of aesthetic medicine and surgery / N. Krueger, S. Luebberding, G. Sattler, C.W. Hanke, M. Alexiades-Armenakas, N. Sadick // J Drugs Dermatol. - 2013 Jul 1. - №12(7). – p. 737-742.
356. Ladee, G. Hypochondriacal Syndromes / G. Ladee // — Amsterdam–London–New York, 1966.
357. Lai, Ch.-Sh. Body Dysmorphic Disorder in Patients With Cosmetic Surgery / Ch.-Sh. Lai, S.-Sh. Lee, Y.-Ch. Yeh, Ch.-Sh. Chen // Kaohsiung Journal of Medical Sciences. — 2010. — № 26(9). — P. 478–482.
358. Laugharne, R. Dysmorphophobia by Proxy / R. Laugharne, T. Upex, E. Palazidou // Journal of the Royal Society of Medicine. — 1998. — № 9(5). — P. 266.
359. Lebkowska-Wieruszewska, B. Agomelatine: A novel melatonergic antidepressant. Method validation and first exploratory pharmacokinetic study in fasted and fed dogs / B. Lebkowska-Wieruszewska, H. Ziolkowski, I. Sartini [et al.] // Res Vet Sci. – 2021. - №139. - P.140-144.

360. Leist, F.D. A Review of 324 Rhytidectomies, Emphasizing Complications and Patient Dissatisfaction / F.D. Leist, J.K. Masson, J.B. Erich // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1977. — № 59(4). — P. 525–529.
361. Lekakis, G. Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Rhinoplasty: Validating a New Screening Tool / G. Lekakis, V.A. Picavet, L. Gabriëls, J. Grietens [et al.] // Laryngoscope. — 2016. — № 126(8). — P. 1739–1745.
362. Leucht S. Antipsychotic Drugs: A Concise Review of History, Classification, Indications, Mechanism, Efficacy, Side Effects, Dosing, and Clinical Application / S. Leucht, J. Priller, J.M. Davis. // Am J Psychiatry. — 2024. - №181(10). – p.865-878.
363. Lingjaerde, O. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients / O. Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P. Bech, S.J. Dencker, K. Elgen // Acta Psychiatr Scand Suppl. – 1987. - №334. – p. 1-100.
364. Litner, J.A. Impact of Cosmetic Facial Surgery on Satisfaction With Appearance and Quality of Life / J.A. Litner, B.W. Rotenberg, M. Dennis, P.A. Adamson // Archives of Facial Plastic Surgery. — 2008. — № 10(2). — P. 79–83.
365. Liu, X. Differences Between Child and Adult Large-Scale Functional Brain Networks for Reading Tasks / X. Liu, Y. Gao, Q. Di [et al.] // Human Brain Mapping. — 2018. — № 39. — P. 662–679.
366. Levine, M.P. The Relation of Sociocultural Factors of Eating Attitudes and Behaviors Among Middle School Girls / M.P. Levine, L. Smolak, H. Hayden // International Journal of Eating Disorders. — 1994. — № 14. — P. 471–490.
367. Li, W. Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model / W. Li, D. Arienzo, J.D. Feusner // Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie. — 2019. — № 42. — P. 184–191.
368. Li, W. Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder Are Associated With Abnormalities in Processing Visual Information / W. Li, T.M. Lai, C.

- Bohon, S.K. Loo, M. Strober [et al.] // Psychological Medicine. — 2015. — № 45. — P. 2111–2122.
369. Li, W. Aberrant Early Visual Neural Activity and Brain-Behavior Relationships in Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder / W. Li, T.M. Lai, S.K. Loo, M. Strober, I. Mohammad-Rezazadeh, S. Khalsa [et al.] // Frontiers in Human Neuroscience. — 2015. — № 9. — P. 301.
370. Liu, T.S. Long-Term Results of Face Lift Surgery: Patient Photographs Compared With Patient Satisfaction Ratings / T.S. Liu, J.Q. Owsley // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2012. — № 129(1). — P. 253–262.
371. Longley, S.L. A Quantitative Study of Body Dysmorphic Disorder: Latent Structure and Correlates / S.L. Longley, J. Holm-Denoma, N.P. Allan, J.E. Calamari, K. Armstrong, A. Wainwright, N. Hasan // Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. — 2019. — № 21. — P.82-90.
372. Lugaro, E. Trattato delle malattie mentali / E. Tanzi, E. Lugaro // Milano: Società Editrice Libraria, 1923.
373. Macfarlane, F. Psychometric properties of the body dysmorphic disorder dimensional scale / F. Macfarlane, A. Luo, K. Moses [et al.] // Clin. Psychol. — 2019. — № 24. — P. 114–122.
374. Machremi, E. What Scans See When Patients See Defects: Neuroimaging Findings in Body Dysmorphic Disorder / E. Machremi, C. Bakirtzis, M.V. Karakasi, M.K. Boziki, V. Siokas, A.M. Aloizou, E. Dardiotis, N. Grigoriadis // Journal of Integrative Neuroscience. — 2022. — № 21(2). — Art. 45.
375. Mack, P.J. Hairy Dentures: A Monosymptomatic Hypochondrical Psychosis / P.J. Mack // British Dental Journal. — 1985. — № 158. — P. 50–51.
376. Mackley, C.L. Body Dysmorphic Disorder / C.L. Mackley // Dermatologic Surgery. — 2005. — May; 31(5). — P. 553–558.
377. Madsen, S.K. Cortical Thickness and Brain Volumetric Analysis in Body Dysmorphic Disorder / S.K. Madsen, A. Zai, T. Pirmia, D. Arienzzo, L. Zhan,

T.D. Moody [et al.] // Psychiatry Research: Neuroimaging. — 2015. — № 232. — P. 115–122.

378. Malcolm, A. The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies / A. Malcolm, I. Labuschagne, D. Castle [et al.] // Aust N Z J Psychiatry. — 2018. — № 52. — P. 1030–1049.
379. Mallinger, G. Psychosocial risk and body dysmorphic disorder: A systematic review / G. Mallinger, A. Weiler // Journal of Human Behavior in the Social Environment. — 2020. -№30. – p.1-15.
380. Mandavia, R. An Evidence-based Pathway for Body Dysmorphic Disorder in Facial Aesthetics / R. Mandavia, H. D'Souza, T. Rupasinghe [et al.] // Facial Plast Surg. — 2024. — № 40(5). — P. 581–590.
381. Marques, L. Correlates of Quality of Life and Functional Disability in Individuals With Body Dysmorphic Disorder / L. Marques, N. LeBlanc, D. Robinaugh, H. Weingarden, A. Keshaviah, S. Wilhelm // Psychosomatics. — 2011. — № 52. — P. 245–254.
382. Maude, D. Body Dissatisfaction, Weight Loss Behaviors and Bulimic Tendencies in Australian Adolescents With an Estimate of Female Data Representativeness / D. Maude, E.H. Wertheim, S. Paxton, K. Gibbons, G. Szmukler // Australian Psychologist. — 1993. — № 8. — P. 128–132.
383. Meneses, C. Systematic review on the anxiolytic and hypnotic effects of flower extracts in in vivo pre-clinical studies published from 2010 to 2020 / C. Meneses, M. Valdes-Gonzalez, B.B. Garrido-Suárez, G. Garrido // Phytother Res. — 2023. - №37(5). – p. 2144-2167.
384. Meningaud, J.P. Depression, Anxiety and Quality of Life: Outcome 9 Months After Facial Cosmetic Surgery / J.P. Meningaud, L. Benadiba, J.M. Servant, C. Herve, J.C. Bertrand, Y. Pelicier // Journal of Craniomaxillofacial Surgery. — 2003. — № 31(1). — P. 46–50.

385. Menzies L. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbito-fronto-striatal model revisited / L. Menzies, S.R. Chamberlain, A.R. Laird [et al.] // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2008. - №32. –p. 525–549.
386. Millon, T. Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond / T. Millon. — New York, Toronto, Singapore, 1996. — 818 p.
387. Minikowski, G.C. Genital Self-Image and Body Dysmorphic Symptoms in Patients Undergoing Central Wedge or Linear Labiaplasty: A Clinical Trial / G.C. Minikowski, D.F. Veiga, G.A.A. Felix [et al.] // Plast Reconstr Surg. — 2025. — № 155 (1). — P. 53e–65e.
388. Monzani, B. Psychometric evaluation of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale modified for body dysmorphic disorder for adolescents (BDD-YBOCS-A) / B. Monzani, D. Fallah, D. Rautio [et al.] // Child Psychiatry & Human Development. — 2022. — № 54. — P. 1799–1806.
389. Moody, T.D. Brain Activation and Connectivity in Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder When Viewing Bodies: Relationships to Clinical Symptoms and Perception of Appearance / T.D. Moody, F. Morfini, G. Cheng, C.L. Sheen, W.T. Kerr, M. Strober [et al.] // Brain Imaging and Behavior. — 2021. — № 15 (5). — P. 1235–1252.
390. Moody, T.D. Functional connectivity for face processing in individuals with body dysmorphic disorder and anorexia nervosa / T.D. Moody, M.A. Sasaki, C. Bohon [et al.] // Psychological Medicine. – 2016. - №45. – p. 3491–3503.
391. Morselli, E. Sulla Dismorfobia e sulla Taferofia / E. Morselli // Bolletinno della Academia Gi Genova. — 1886. — № 6. — P. 110–119.
392. Morselli, E. Manuale di Semiotica delle Malattie Mentali / E. Morselli. — Milan : Vallardi, 1894. — Chapter 7.
393. Morselli, P.G. Eumorphic Plastic Surgery: Expectation Versus Satisfaction in Body Dysmorphic Disorder / P.G. Morselli, A. Micai, F. Boriani // Aesthetic Plastic Surgery. — 2016. — № 40(4). — P. 592–601.

394. Müller, A. Risk for Exercise Dependence, Eating Disorder Pathology, Alcohol Use Disorder and Addictive Behaviors Among Clients of Fitness Centers / A. Müller, S. Loeber, J. Söchtig, W.B. Te, M. De Zwaan // Journal of Behavioral Addictions. — 2015. — № 4(4). — P. 273–280.
395. Munro, A. Body Dysmorphic Disorder and the DSM-IV: The Demise of Dysmorphophobia / A. Munro, M. Stewart // Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie. — 1991. — № 36. — P. 91–96.
396. Napoleon, A. The Presentation of Personalities in Plastic Surgery / A. Napoleon // Annals of Plastic Surgery. — 1993. — № 31(3). — P. 193–208.
397. Nelson J.C. A Systematic Review of Antidepressants and Psychotherapy Commonly Used in the Treatment of Late Life Depression for Their Effects on Cognition / J.C. Nelson, J.A. Gandelman, R.S. Mackin. // Am J Geriatr Psychiatry. — 2025. - №33(3). – p. 287-304.
398. Newell, B.L. Informed Consent for Plastic Surgery / B.L. Newell // Journal of Legal Medicine. — 2010. — № 32(3). — P. 315–335.
399. Nouraei, S.A. Impact of Rhinoplasty on Objective Measurement and Psychophysical Appreciation of Facial Symmetry / S.A. Nouraei, M.A. Pulido, H.A. Saleh // Archives of Facial Plastic Surgery. — 2009. — № 11(3). — P. 198–202.
400. Nugent, K. Cosmetic Surgery on Patients With Body Dysmorphic Disorder: The Medical, Legal, and Ethical Implications / K. Nugent // Developmental Mental Health Law. — 2009. — № 28(2). — P. 77.
401. Nunn, K. Anorexia Nervosa and the Insula / K. Nunn, I. Frampton, T.S. Fuglset [et al.] // Medical Hypotheses. — 2011. — № 76(3). — P. 353–357.
402. Nystrom, G. An Inside Look at Cosmetic Surgery / G. Nystrom. — American Chronicle, 2007.
403. Ólafsdóttir, P. Body dysmorphic symptoms in youth with Obsessive-Compulsive disorder: Prevalence, clinical correlates, and cognitive behavioral

therapy outcome. / P. Ólafsdóttir // Sálfræðideild Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands. – 2019. – 31 p.

404. Paik, A.M. A Look Inside the Courtroom: An Analysis of 292 Cosmetic Breast Surgery Medical Malpractice Cases / A.M. Paik, L.J. Mady, A. Sood, J.A. Eloy, E.S. Lee // Aesthetic Surgery Journal. — 2014. — № 34. — P. 79–86.
405. Paik, A.M. Beyond the Operating Room: A Look at Legal Liability in Body Contouring Procedures / A.M. Paik, L.J. Mady, A. Sood, E.S. Lee // Aesthetic Surgery Journal. — 2014. — № 34. — P. 106–113.
406. Panayi, A. The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Patients Undergoing Cosmetic Surgery: A Systematic Review / A. Panayi // Psychiatria Danubina. — 2015. — № 27(Suppl. 1). — P. 438–444.
407. Park, L.E. Appearance-Based Rejection Sensitivity Predicts Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Cosmetic Surgery Acceptance / L.E. Park, R.M. Calogero, A.F. Young, A.M. DiRaddo // Journal of Social and Clinical Psychology. — 2010. — № 29(5). — P. 489–509.
408. Pavan, C. Psychopathologic Aspects of Body Dysmorphic Disorder: A Literature Review / C. Pavan, P. Simonato, M. Marini [et al.] // Aesthetic Plastic Surgery. — 2008. — № 32(3). — P. 473–484.
409. Pavan, C. Personality, Temperament and Clinical Scale in an Italian Plastic Surgery Setting: What About Body Dysmorphic Disorder? / C. Pavan, V. Vindigni, M. Semenzin, F. Mazzoleni, M. Gardiolo, P. Simonato, M. Marini // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. — 2006. — № 10(2). — P. 91–96.
410. Perani, D. [18F] FDGPET Study in Obsessive–Compulsive Disorder / D. Perani, C. Colombo, S. Bressi [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 1995. - №166. – p. 244–250.
411. Perugi, G. Fluvoxamine in the Treatment of Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia) / G. Perugi, D. Giannotti, S. Di Vaio [et al.] // International Clinical Psychopharmacology. — 1996. — № 11. — P. 247–254.

412. Perugi, G. Prevalence, Phenomenology and Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia) in a Clinical Population / G. Perugi, D. Giannotti, F. Frare, S. Di Vaio, E. Valori, L. Maggi, G.B. Cassano, H.S. Akiskal // International Journal of Psychiatric Clinical Practice. — 1997. — № 1. — P. 77–82.
413. Philippou, A. Randomised Controlled Trials of Psychological and Pharmacological Treatments for Body Dysmorphic Disorder: A Systematic Review / A. Philippou, S.L. Rossell, H.E. Wilding, D.J. Castle // Psychiatry Research. — 2016. — № 245. — P. 179–185.
414. Phillips, K.A. Образ Тела и Дисморфофобия. / K.A. Phillips // Психические Расстройства в Общей Медицине. — 2013. — № 2.
415. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: Diagnosis and Treatment of Imagined Ugliness / K.A. Phillips // Journal of Clinical Psychiatry. — 1996. — № 57(Suppl. 8). — P. 61–64.
416. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: Clinical Aspects and Treatment Strategies / K.A. Phillips // Bulletin of the Menninger Clinic. — 1998. — Fall; 62(4 Suppl. A). — P. 33–48.
417. Phillips, K.A. Delusional Versus Nondelusional Body Dysmorphic Disorder: Clinical Features and Course of Illness / K.A. Phillips // Psychiatric Research. — 2006. — № 40(2). — P. 95–104.
418. Phillips, K.A. Quality of Life for Patients With Body Dysmorphic Disorder / K.A. Phillips // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2000. — № 188(3). — P. 170–175.
419. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder. In: Hudak R., Dougherty D.D. Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children / K.A. Phillips. — New York, 2011. — P. 191–206.
420. Phillips, K.A. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Body Dysmorphic Disorder / K.A. Phillips, M.E. Coles, W. Menard, [et al.] // Journal of Clinical Psychiatry. — 2005. — June; 66(6). — P. 717–725.

421. Phillips, K.A. Gender Differences in Body Dysmorphic Disorder / K.A. Phillips, S. Diaz // Journal of Neurology and Mental Disorders. — 1997. — № 185. — P. 570–577.
422. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: A Guide for Dermatologists and Cosmetic Surgeons / K.A. Phillips, R.G. Dufresne // American Journal of Clinical Dermatology. — 2000. — Jul-Aug; № 1(4). — P. 235–243.
423. Phillips, K.A. Efficacy and Safety of Fluvoxamine in Body Dysmorphic Disorder / K.A. Phillips, M.M. Dwight, S.L. McElroy // J Clin Psychiatry. — 1998. - №59. – p.165–171.
424. Phillips, K.A. A Comparison Study of Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder / K.A. Phillips, C.G. Gunderson, G. Mallya, [et al.] // Journal of Clinical Psychiatry. — 1998. — November; 59(11). — P. 568–575.
425. Phillips, K.A. The Relationship of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders to Obsessive-Compulsive Disorder / K.A. Phillips, W.H. Kaye // CNS Spectrums. — 2007. — № 12(5). — P. 347–358.
426. Phillips, K.A. Pharmacotherapy Relapse Prevention in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind Placebo-Controlled Trial / K.A. Phillips, A. Keshaviah, D. Dougherty, R.L. Stout, W. Menard, S. Wilhelm // American Journal of Psychiatry. — 2016. — № 173(9). — P. 887–895.
427. Phillips, K.A. Body Image Disturbance in Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders: Obsessions or Delusions? / K.A. Phillips, J.M. Kim, J.I. Hudson // Psychiatric Clinics of North America. — 1995. — № 18(2). — P. 317–334.
428. Phillips, K.A. A Comparison of Delusional and Nondelusional Body Dysmorphic Disorder in 100 Cases / K.A. Phillips, S.L. McElroy, P.E. Keck, J.I. Hudson, H.G. Pope // Psychopharmacology Bulletin. — 1994. — № 30. — P. 179–186.

429. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: An Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder, a Form of Affective Spectrum Disorder, or Both? / K.A. Phillips, S.L. McElroy, J.I. Hudson, H.G. Pope Jr. // Journal of Clinical Psychiatry. — 1995. — № 56(Suppl. 4). — P. 41–51.
430. Phillips, K.A. Personality Disorders and Traits in Patients With Body Dysmorphic Disorder / K.A. Phillips, S.L. McElroy // Comprehensive Psychiatry. — 2000. — № 41(4). — P. 229–236.
431. Phillips, K.A. Depression, Anxiety, Anger, and Somatic Symptoms in Patients With Body Dysmorphic Disorder / K.A. Phillips, J.M. Siniscalchi, S.L. McElroy // Psychiatric Quarterly. — 2004. — № 75(4). — P. 309–320.
432. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSM-V / K.A. Phillips, S. Wilhelm, L.M. Koran, E.R. Didie, B.A. Fallon, J. Feusner, D.J. Stein // Depression and Anxiety. — 2010. — № 27. — P. 573–591.
433. Pick, A. Störung der Orientierung am Eigenen Körper / A. Pick // Psychologische Forschung. — 1922. — № 1. — P. 303–315.
434. Picavet, V.A. Screening Tools for Body Dysmorphic Disorder in a Cosmetic Surgery Setting / V. Picavet, L. Gabriëls, M. Jorissen, P.W. Hellings // Laryngoscope. — 2011. — № 121(12). — P. 2535–2541.
435. Picavet, V.A. Preoperative Symptoms of Body Dysmorphic Disorder Determine Postoperative Satisfaction and Quality of Life in Aesthetic Rhinoplasty / V.A. Picavet, L. Gabriëls, J. Grietens, M. Jorissen, E.P. Prokopakis, P.W. Hellings // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2013. — № 131(4). — P. 861–868.
436. Pillinger, T. Antidepressant and antipsychotic side-effects and personalised prescribing: a systematic review and digital tool development / T. Pillinger, O.D. Howes, C.U. Correll [et al.] // Lancet Psychiatry. — 2023. - №10(11). – p. 860-876.

437. Pinhas, L. The Effect of the Ideal of Female Beauty on Mood and Body Satisfaction / L. Pinhas, B.B. Toner, A. Ali, P.E. Garfinkel, N. Stuckless // International Journal of Eating Disorders. — 1999. — № 25. — P. 223–226.
438. Polo, M. Body Dysmorphic Disorder: A Screening Guide for Orthodontists / M. Polo // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. — 2011. — № 139(2). — P. 170–173.
439. Pope, C.G. Clinical Features of Muscle Dysmorphia Among Males With Body Dysmorphic Disorder / C.G. Pope, H.G. Pope, W. Menard, [et al.] // Body Image. — 2005. — № 2(4). — P. 395–400.
440. Quittkat, H.L. Body Dissatisfaction, Importance of Appearance, and Body Appreciation in Men and Women Over the Lifespan / H.L. Quittkat, A.S. Hartmann, R. Düsing, U. Buhlmann, S. Vocks // Frontiers in Psychiatry. — 2019. — № 10. — Art. 864.
441. Rado, S. Dynamics and classification of disordered behavior / Rado, S. // Am. J. Psychiatry. - 1953. - №110. – p. 406–421.
442. Rangaprakash, D. Aberrant Dynamic Connectivity for Fear Processing in Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder / D. Rangaprakash, C. Bohon, K.E. Lawrence, [et al.] // Frontiers in Psychiatry. — 2019. — № 9. — Art. 273.
443. Rauch, S.L. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder / S.L. Rauch, K.A. Phillips, E. Segal [et al.] // Psychiatry Research. – 2003. - №122. – p. 13–19.
444. Reddy, S.L. Understanding Resiliency to Appearance Dissatisfaction Among Adult Women / S.L. Reddy, L.D. Burns // International Journal of Arts and Commerce. — 2013. — № 2(3). — P. 43–57.
445. Reyneke, J.P. Clinical Assessment of the Face / J.P. Reyneke, C. Feretti // Seminars in Orthodontics. — 2012. — № 3(18). — P. 172–186.
446. Richards, H.L. The Contribution of Perceptions of Stigmatization to Disability in Patients With Psoriasis / H.L. Richards, D.G. Fortune, C.J. Main,

C.E.M. Griffiths // Journal of Psychosomatic Research. — 2001. — № 50. — P. 10–15.

447. Rief, W. The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder: A Population-Based Survey / W. Rief, U. Buhlmann, S. Wilhelm, [et al.] // Psychological Medicine. — 2006. — June; 36(6). — P. 877–885.
448. Rohrich, R.J. The Who, What, When and Why of Cosmetic Surgery: Do Our Patients Need a Preoperative Psychiatric Evaluation? / R.J. Rohrich // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2000. — № 106. — P. 1605–1607.
449. Rosen, J.C. Body Image Disorder: Definition, Development, and Contribution to Eating Disorders / J.C. Rosen // In: J.H. Crowter, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll [et al.] The Etiology of Bulimia: The Individual and Family Context. — Washington DC : Hemisphere, 1992. — P. 157–177.
450. Ryan, S. Reflections on medical student burnout / S. Ryan // Perspect Med Educ. — 2015. — № 4(6). — P. 307–311.
451. Saade, N. The prevalence of body dysmorphic disorder in outpatient dermatology clinics: a systematic review / N. Saade, C. Chedraoui, M.T. Mitri [et al.] // Clin Exp Dermatol. — 2024. — № 49(11). — P. 1309–1315.
452. Saban, Y. Atlas d'Anatomie Chirurgicale de la Face et du Cou / Y. Saban, R. Polselli. — Firenze, Italy : SEE Editrice-Ferenze, 2009.
453. Salehinejad, M.A. Hot and Cold Executive Functions in the Brain: A Prefrontal Cingular Network / M.A. Salehinejad, E. Ghanavati, M.H.A. Rashid, M.A. Nitsche // Brain Neuroscience Advances. — 2021. — № 5. — Art. 23982128211007769.
454. Sarcu, D. Psychology of the Facelift Patient / D. Sarcu, P. Adamson // Facial Plastic Surgery. — 2017. — Jun; 33(3). — P. 252–259.
455. Sarwer, D.B. Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients / D.B. Sarwer, T.A. Wadden, M.J. Pertschuk, L.A. Whitaker // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1998. — № 101(6). — P. 1644–1649.

456. Sarwer, D.B. Body Image and Cosmetic Medical Treatments / D.B. Sarwer, C.E. Crerand // *Body Image*. — 2004. — № 1. — P. 99–111.
457. Sarwer, D.B. Body Dysmorphic Disorder and Appearance Enhancing Medical Treatments / D.B. Sarwer, C.E. Crerand // *Body Image*. — 2008. — Mar; 5(1). — P. 50–58.
458. Sarwer, D.B. Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients / D.B. Sarwer, C.E. Crerand, E.R. Didie // *Facial Plastic Surgery*. — 2003. — № 19(1). — P. 7–18.
459. Sarwer, D.B. Body Image Dysmorphic Disorder in Persons Who Undergo Aesthetic Medical Treatments / D.B. Sarwer, J.C. Spitzer // *Aesthetic Surgery Journal*. — 2012. — № 32(8). — P. 999–1009.
460. Sarwer, D.B. Psychology of Plastic and Reconstructive Surgery: A Systematic Clinical Review / D.B. Sarwer, L.A. Whitaker // *Plastic and Reconstructive Surgery*. — 2011. — № 128(3). — P. 827–828.
461. Sarwer, D.B. Identification and Management of Mental Health Issues by Dermatologic Surgeons: A Survey of American Society for Dermatologic Surgery Members / D.B. Sarwer, J.C. Spitzer, J.F. Sobanko, K.R. Beer // *Dermatologic Surgery*. — 2015. — № 41(3). — P. 352–357.
462. Saxena, S. A Retrospective Review of Clinical Characteristics and Treatment Response in Body Dysmorphic Disorder Versus Obsessive-Compulsive Disorder / S. Saxena, A. Winograd, J.J. Dunkin, [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 2001. — January; 62(1). — P. 67–72.
463. Savino, R. Agomelatine: A Potential Multitarget Compound for Neurodevelopmental Disorders / R. Savino, A.N. Polito, G. Marsala [et al.] // *Brain Sci.* — 2023. - №13(5). – p. 734.
464. Schachter, M. Nevroses Dysmorphiques (Complex de laideur) et Délice Ou Conviction Délirant de Dysmorphie. À Propos Soi-Disant "Dysmorphophobies de l'Adolescent Et Du Jeune Adulte" / M. Schachter // *Annales Médico-Psychologiques*. — 1971. — № 129, №. 1,5. — P. 725–746.

465. Schmid-Ott, G. Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis / G. Schmid-Ott, R. Burchard, H.H. Niederauer, [et al.] // Der Hautarzt. — 2003. — № 54. — P. 852–857.
466. Schneider, K. Die psychopathischen Persönlichkeiten / K. Schneider // . – 1923.
467. Schneider, S.C. Prevalence and Correlates of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Adolescents / S.C. Schneider, C.M. Turner, J. Mond, [et al.] // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. — 2017. — № 51. — P. 595–603.
468. Shafran, R. Clinical Perfectionism: A Cognitive–Behavioral Analysis / R. Shafran, Z. Cooper, C.G. Fairburn // Behavior Research and Therapy. — 2002. — № 40. — P. 773–791.
469. Sheldon, W.H. Atlas of Men: A Guide for Somatotyping the Adult Male at All Ages. / W.H. Sheldon // Harper & Brothers. – 1954.
470. Sherry, S.B. Perfectionism Dimensions, Appearance Schemas, and Symptoms of Body Image Disturbance in Community Members and University Students / S.B. Sherry, J.L. Vriend // Body Image. — 2009. — P. 83–89.
471. Sheehan, D.V. M.I.N.I PLUS. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versione italiana 5.0.0 traduzione italiana a cura di Conti L, Rossi A, Donda A / D.V. Sheehan, J. Janvas, R. Baker, K. Harnett [et al.]; 1994.
472. Shin, J. Inferior Longitudinal Fasciculus' Role in Visual Processing and Language Comprehension: A Combined MEG-DTI Study / J. Shin, J. Rowley, R. Chowdhury, [et al.] // Frontiers in Neuroscience. — 2020. — № 13. — Art. 875.
473. Schilder, P. The Image and Appearance of the Human Body. / P. Schilder // - London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., Ltd. - 1935.
474. Schönfeld, W. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. / W. Schönfeld. // Georg Thieme Verlag. - 1949.

475. Schulte, J. Treatment Utilization and Treatment Barriers in Individuals With Body Dysmorphic Disorder / J. Schulte, C. Schulz, S. Wilhelm, U. Buhlmann // BMC Psychiatry. — 2020. — № 20. — Art. 69.
476. Shridharani, S.M. Psychology of Plastic and Reconstructive Surgery: A Systematic Clinical Review / S.M. Shridharani, M. Magarakis, P.N. Manson, E.D. Rodriguez. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2010. — № 126(6). — P. 2243–2251.
477. Siegfried, E. Body Dysmorphic Disorder: Future Prospects of Medical Care / E. Siegfried, A. Ayrolles, H. Rahiou // Encephale. — 2018. — № 44(3). — P. 288–290.
478. Sinno, S. Face-Lift Satisfaction Using the FACE-Q / S. Sinno, J. Schwitzer, L. Anzai, C.H. Thorne // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2015. — № 136(2). — P. 239–242.
479. Smith, D. Exercise Dependence and Social Physique Anxiety in Competitive and Noncompetitive Runners / D. Smith, C.J. Wright, D. Winrow // International Journal of Sport and Exercise Psychology. — 2010. — № 8. — № 1. — P. 61–69.
480. Smith, W.B. Affirming Gender Identity of Patients With Serious Mental Illness / W.B. Smith, H. Goldhammer, A.S. Keuroghlian // Psychiatric Services. — 2019. — № 70, № 1. — P. 65–67.
481. Sobanko, J.F. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting / J.F. Sobanko, A.J. Taglienti, A.J. Wilson, D.B. Sarwer, D.J. Margolis, J. Dai, I. Percec // Aesthet Surg J. – 2015. - №35(8). – p. 1014-1020.
482. Stewart, S.E. Severe Obsessive-Compulsive Disorder With and Without Body Dysmorphic Disorder: Clinical Correlates and Implications / S.E. Stewart, D.E. Stack, S. Wilhelm // Annals of Clinical Psychiatry. — 2008. — Jan-Mar; 20(1). — P. 33–38.

483. Stice, E. Role of Body Dissatisfaction in the Onset and Maintenance of Eating Pathology: A Synthesis of Research Findings / E. Stice, H.E. Shaw // Journal of Psychosomatic Research. — 2002. — № 53. — P. 985–993.
484. Stunkard, A.J. Obesity and Body Image: Characteristics of Disturbances in the Body Image of Some Obese Persons / A.J. Stunkard, M. Mendelson // American Journal of Psychiatry. — 1967. — № 123. — P. 1296–1300.
485. Sweis, I.E. Overview of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery and Legal Consequences Associated with This Condition / I.E. Swies, J. Spitz, D.R.Jr. Barry, M. Cohen // Aesthetic Plastic Surgery. — 2017. - №41 (3). — P.615-624.
486. Szepietowski, J.C. Delusional Parasitosis in Dermatological Practice / J.C. Szepietowski, J. Salomon, E. Hrehorow, [et al.] // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. — 2007. — № 21(4). — P. 462–465.
487. Szydlik, H. Dysmorfofobia / H. Szydlik, L. Hrynkiewicz // Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska. — 1964. — № 4. — P. 563–568.
488. Tignol, J. Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery: Evolution of 24 Subjects With a Minimal Defect in Appearance 5 Years After Their Request for Cosmetic Surgery / J. Tignol, L. Biraben-Gotzamanis, C. Martin-Guehl, [et al.] // European Psychiatry. — 2007. — № 22(8). — P. 520–524.
489. Thompson, A.R. Образ Тела в Дерматологии. Психические Расстройства в Общей Медицине / A.R. Thompson. — 2013. — № 2.
490. Thompson, J.K. Assessing Body Image Disturbance: Measures, Methodology, and Implementation / J.K. Thompson // In: J.K. Thompson. Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment. — Washington DC : American Psychological Association, 1996. — P. 49–81.
491. Thompson, J.K. Body Image Disturbance: Assessment and Treatment / J.K. Thompson. — Elmsford, NY : Pergamon Press, 1990.

492. Thompson, J.K. *Exacting Beauty: Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance* / J.K. Thompson, L.J. Heinberg, M. Altabe, S. Tantler-Dunn. — Washington, DC : APA, 2002.
493. Thungana, Y. Body dysmorphic disorder: A diagnostic challenge in adolescence / Y. Thungana, K. Moxley, A. Lachman // *S Afr J Psychiatr.* — 2018. — №28(24). — P.1114.
494. Toh, W.L. Face and Object Perception in Body Dysmorphic Disorder Versus Obsessive-Compulsive Disorder: The Mooney Faces Task / W.L. Toh, D.J. Castle, S.L. Rossell // *Journal of International Neuropsychological Society.* — 2017. — № 23. — P. 471–480.
495. Toh, W.L. Facial Affect Recognition in Body Dysmorphic Disorder Versus Obsessive-Compulsive Disorder: An Eyetracking Study / W.L. Toh, D.J. Castle, S.L. Rossell // *Journal of Anxiety Disorders.* — 2015. — № 35. — P. 49–59.
496. Toh, W.L. How Individuals With Body Dysmorphic Disorder (BDD) Process Their Own Face: A Quantitative and Qualitative Investigation Based on an Eye-Tracking Paradigm / W.L. Toh, D.J. Castle, S.L. Rossell // *Cognitive Neuropsychiatry.* — 2017. — № 22. — P. 213–232.
497. Tyszka, E. Mechanizmy Motywacji na Dążenia do Operacji Estetycznych u Osób z Niczniejszymi Znieszczeniami Twarzy / E. Tyszka // *Psychiatria polska.* — 1973. — № 7, №. 6. — P. 621–627.
498. Tukel, R. A Comparison of Comorbidity in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder / R. Tukel, A.K. Tihan, N. Ozturk // *Annals of Clinical Psychiatry.* — 2013. — № 25. — P. 210–216.
499. Uddin, L.Q. Self-face recognition activates a frontoparietal “mirror” network in the right hemisphere: an event-related fMRI study / L.Q. Uddin, J.T. Kaplan, I. Molnar-Szakacs [et al.] // *NeuroImage.* — 2005. - №25. – p. 926–935.
500. Vargel, S. Psychopathology and Body Image in Cosmetic Surgery Patients / S. Vargel, A. Ulusahin // *Aesthetic Plastic Surgery.* — 2001. — № 25. — P. 474–478.

501. Vashi, N. *Beauty and Body Dysmorphic Disorder. A Clinician's Guide* / N. Vashi, N.A. Vashi. — Springer, 2015. — 200 p.
502. Vaughn, D.A. Differentiating Weight-Restored Anorexia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder Using Neuroimaging and Psychometric Markers / D.A. Vaughn, W.T. Kerr, T.D. Moody [et al.] // PLoS ONE. — 2019. — № 14. — Art. e0213974.
503. Veale, D. Body Dysmorphic Disorder in Different Settings: A Systematic Review and Estimated Weighted Prevalence / D. Veale, L.J. Gledhill, P. Christodoulou, J. Hodsoll // *Body Image*. — 2016. — September; 18. — P. 168–186.
504. Veale, D. Body Dysmorphic Disorder: A Cognitive Behavioral Model and Pilot Randomized Controlled Trial / D. Veale, K. Gournay, W. Dryden [et al.] // *Behavior Research and Therapy*. — 1996. — № 34(9). — P. 717–729.
505. Veale, D. Cosmetic Rhinoplasty in Body Dysmorphic Disorder / D. Veale, L. De Haro, C. Lambrou // *British Journal of Plastic Surgery*. — 2003. — September; 56(6). — P. 546–551.
506. Veale, D. *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual* / D. Veale, F. Nezigorlu. — A John Wiley & Sons, Ltd. Publication, USA, 2010.
507. Vindgni, V. The Importance of Recognizing Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients: Do Our Patients Need a Preoperative Psychiatric Evaluation? / V. Vindgni, C. Pavan, M. Semenzin, S. Granà [et al.] // *European Journal of Plastic Surgery*. — 2002. — № 25. — P. 305–308.
508. Vulink, N.C. Reduced striatal dopamine D2/3 receptor availability in Body Dysmorphic Disorder / N.C. Vulink, R.S. Planting, M. Figuee [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. — 2016. - №26. – p. 350–356.
509. Wang, Y. Multimodal Mapping of the Face Connectome / Y. Wang, A. Metoki, D.V. Smith, J.D. Medaglia, Y. Zang, S. Benear, H. Popal, Y. Lin, I.R. Olson // *Nature Human Behaviour*. — 2020. — April; 4(4). — P. 397–411.

510. Webb, W.L.Jr. Mechanism of Psychosocial Adjustment in Patients Seeking "Face-Lift" Operations / W.L.Jr. Webb, R. Slaughter, E. Meyer, M. Edgerton // Psychosomatic Medicine. — 1965. — № 27. — P. 183–190.
511. Weingarden, H. Patient-Identified Events Implicated in the Development of Body Dysmorphic Disorder / H. Weingarden, E.E. Curley, K. Renshaw, S. Wilhelm // Body Image. — 2017. — № 21. — P. 19–25.
512. Westenberg, H.M. Tolerability and safety of fluvoxamine and other antidepressants / Westenberg H.M., Sandoz C. // J Clin Pract. – 2006. – №4. – p.482–491.
513. Wilcox, R.N. Presentation and Resolution of Gender Dysphoria as a Positive Symptom in a Young Schizophrenic Man Who Presented With Self-Emasculation: Frontiers of Bioethics, Psychiatry, and Microsurgical Genital Reconstruction / R.N. Wilcox, V. Berg, C.D. Gaffney, D.A. Paduch // Clinical Case Reports. — 2020. — № 8(9). — P. 1735–1740.
514. Wilson, J.B. Body Dysmorphic Disorder: Suggestions for Detection and Treatment in a Surgical Dermatology Practice / J.B. Wilson, C.J. Arpey // Dermatologic Surgery. — 2004. — November; 30(11). — P. 1391–1399.
515. Windhager, S. Geometric Morphometrics of Male Facial Shape in Relation to Physical Strength and Perceived Attractiveness, Dominance, and Masculinity / S. Windhager, K. Schaefer, B. Fink // American Journal of Human Biology. — 2011. — № 23(6). — P. 805–814.
516. Witte, T.K. The Relationship Between Body Dysmorphic Disorder Behaviors and the Acquired Capability for Suicide / T.K. Witte, E.R. Didie, W. Menard, K.A. Phillips // Suicide and Life-Threatening Behavior. — 2012. — № 42(3). — P. 318–331.
517. Woolley, A.J. Body dysmorphic disorder: prevalence and outcomes in an oculofacial plastic surgery practice / A.J. Woolley, J.D. Perry // Am J Ophthalmol. – 2015. - №159(6). – p. 1058-1064.e1.

518. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 11th Edition / WHO. — Geneva, 2018.
519. Wu, Y. Body image and acceptance of cosmetic surgery in China and the Netherlands: A qualitative study on cultural differences and similarities. / Y. Wu, S. Mulkens, J.M. Alleva. //Body Image. — 2022. - №40. — p.30–49.
520. Yu, Y. Efficacy of agomelatine with cognitive behavioral therapy for delayed sleep-wake phase disorder in young adults: A randomized controlled study / Y. Yu, Y. Chen, L. Ma [ et al.] // Behav Sleep Med. — 2023. - №21(5). — p.529-539.
521. Zaidems, S.H. Dermatologic Hypochondriasis: A Form of Schizophrenia / S.H. Zaidems // Psychosomatic Medicine. — 1950. — № 12. — P. 250–253.
522. Zeugin, D. Temporo-Parietal Contribution to the Mental Representations of Self/Other Face / D. Zeugin, M.P. Notter, J. Knebel, S. Ionta // Brain and Cognition. — 2020. — № 143. — Art. 105600.
523. Zhang, A. Brain connectome modularity in weight-restored anorexia nervosa and body dysmorphic disorder / A. Zhang, A. Leow, L. Zhan [et al.] // Psychological Medicine. - 2016. - №46. – p. 2785–2797.
524. Zung, W.W.K. A Self-Rating Depression Scale / W.W.K. Zung, N.C. Durham // Archives of General Psychiatry. — 1965. — № 12. — P. 63–70.

## **Приложение 1**

### **Клинический пример 1.**

Пациентка Л.Е., 28 лет.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Дед по линии отца болел туберкулезом, употреблял ПАВ, алкоголь, умер от онкологического заболевания в 76 лет.

Бабка по линии отца страдала деменцией, скончалась в 87 лет.

Мать, 54 года, заботливая, веселая, жизнерадостная, волейболистка, тренер юношеской команды.

Отец, 55 лет, жизнерадостный, склонный к перепадам настроения, импульсивный, прямолинейный, злоупотребляет алкоголем, самбист.

Младшая сестра, 26 лет, профессионально занимается волейболом, не замужем.

Пациентка родилась от нормально протекавших беременности и родов. Раннее развитие соответствовало нормам.

ДДУ посещала по возрасту. Была впечатлительным и пугливым ребенком, испытывала страх темноты, высоты и глубины. До 10 лет периодически во время чтения книг представляла, как “изображения начинают двигаться”. Книга, предметы вокруг оставались на месте, но казались ненастоящими, мягкими на ощупь, больше, чем есть на самом деле. Подобное состояние могло возникнуть и перед сном, во время засыпания или просто лежа в горизонтальном положении: стены казались мягкими, выпуклыми и ближе, чем есть на самом деле, казалось, будто может дотронуться до них. Состояниями не тяготилась, страха не испытывала.

По характеру описывает себя как общительного, доверчивого ребенка. Отмечает, что изначально хотела дружить с другими детьми, но во время одной из попыток присоединиться к игре получила отказ, услышав фразу «ты

большая, в домик не залазишь», из-за того, что, как предполагает, была выше сверстников. После этого стала вести себя отстраненно, начала стесняться своего роста, считала его причиной того, что дети не хотят с ней общаться. Часто проводила время одна, уходила играть с любимыми игрушками (конструкторы, пазлы). Нравилось вышивать, заниматься бисероплетением. Дополнительно посещала бассейн, различные спортивные секции и мероприятия. Физические нагрузки переносила хорошо, любила подвижные игры, занятия физкультурой, нравилось “ощущение физического напряжения и усталости” тела.

В школу пошла в 7 лет. В коллектив влилась не сразу, имела одного друга, “из-за роста стеснялась говорить с детьми”, считала, что к ней хуже относятся, смеются над ней. Испытывала трудности с учебой, особенно с русским языком и чтением. Считала, что классная руководительница придирается к ней, занижает оценки. Со слов? классная руководительница жаловалась матери на проблемы с чтением, возникающие у пациентки. Во втором классе по решению родителей была переведена в другую школу. Вновь не влилась в коллектив, стеснялась играть с детьми. Училась средне. Опасалась, что все внимание на уроке литературы будет приковано к ней, боялась, что не может прочитать текст и “опозорится на весь класс”. Из-за этого перед уроками русского и литературы испытывала тревогу, стыд, спад настроения, которые проходили после окончания урока. Дома много занимаясь самостоятельно, упорно работая над подчерком, правописанием, пунктуацией.

В конце третьего класса прошла отбор в волейбольную команду, стала регулярно заниматься спортом. Среди таких же высоких детей чувствовал себя увереннее.

Менструации начались в 11 лет, регулярные. За неделю до менструации отмечала снижение настроения, раздражительность, боль в области живота, увеличенный аппетит, со слов, “на пустом месте могла грубо

ответить”, разозлиться. Такие симптомы сохранялись и во время менструаций. Первые два-три дня во время менструаций испытывала сильные боли в животе, апатию.

В 13 лет получила предложение о переводе в новую школу со спортивным уклоном. В новом коллективе адаптировалась долго, имела двух подруг. Училась средне, получала тройки. В начале каждой четверти старалась усердно учиться, получала хорошие оценки, но постепенно переставала успевать изучать материал и получала более низкие оценки, из-за чего при получении двойки испытывала тревогу и незначительное снижения настроения, так как родители строго относились к учебе, со слов, “могли порвать тетрадь из-за одной ошибки”. Тогда же отметила появление недовольства своей внешностью: сравнивала себя с другими, постоянно искала в себе недостатки, считала некрасивой себя, свою одежду, «считала себя гадким утенком», стала красить ресницы, ногти, “чтобы быть похожей на своих одноклассниц”. Как считала, “подвергалась насмешкам со стороны группы одноклассниц”, казалось, что они обсуждали ее из-за внешнего вида, обижалась на них, в конфликт не вступала, “держала все в себе”.

Продолжала играть в волейбол, занимала позицию связующего, считала, что играет лучше других, но тренер не уделяет ей должного внимания, болезненно реагировала на это, испытывая тревогу, пыталась привлечь внимание тренера, “чтобы он оценил по-достоинству”.

В 10 классе (16 лет) по-знакомству получила приглашение о переводе в спортивную олимпийскую школу. После перевода около 5 месяцев испытывала чувство тревоги, проявляющееся периодическим возникновением “кома” в груди, “сжималось сердце”, волновалась о том, как будет справляться с учебой и тренировками. При этом в коллектив влилась, с учебой справлялась, так как “программа была немного легче”.

Тогда же появилось недовольство своим весом (весила 63 кг при росте 182 см, ИМТ=19 – норма от 18,5 до 25), решила, что хочет похудеть, начала

придерживаться диеты, ограничила сладкое, мучное, не ела после 18.00. Периодически срывалась с диеты, после чего набирала сброшенные килограммы, таким образом, постепенно в течение года поправилась до 70 кг (ИМТ=21.1 - норма), из-за чего недовольство своей внешностью усугубилось, чувствовала себя неуверенно.

Болезненно воспринимала постоянные сравнения с младшей сестрой - волейболисткой, “боялась быть хуже”. Отмечает, что во время важных соревнований стала переживать, что совершила ошибку и тренер выпустит другого игрока вместо нее, из-за чего испытывала сильную тревогу, впервые не смогла ударить по мячу, «одеревенела».

В 11 классе (17 лет) успешно сдала ЕГЭ, поступила в спортивный ВУЗ на тренерскую специальность. Обучение было дистанционным, с учебойправлялась. Отмечает, что в день сдачи экзаменов испытывала тревогу, потливость, учащенное дыхание, которые проходили после сдачи экзамена. В коллектив влилась. Тренировалась по 6 часов в день, все свободное время спала. Показывала хорошие спортивные показатели, стала капитаном команды. После каждой игры много времени уделяла разбору ошибок, планированию тренировок.

После окончания ВУЗа продолжала профессионально заниматься волейболом, переезжала в разные города (Владивосток, Сахалин, Тверь, Краснодар, Липецк), подписав контракт с новым клубом. Переезды, смены часовых поясов, многочасовые тренировки переносила хорошо. Больше тревожилась за спортивные успехи. После нескольких неудачных игр считала себя виновной в проигрышах команды. Находясь в одиночестве, испытывала тревогу и беспокойство, панику, “кружилась голова”, ощущала “тяжесть в сердце”, “всё сжималось, хотелось пластиать”. Отмечала усиление аппетита, из-за чего передала до состояния рвоты, поправилась на 10 кг. На этом фоне впервые отметила появление и повторные обострения атопического дерматита, экземы на голове и руках, которые постоянно

расчесывала. Для борьбы с высыпаниями на теле использовала гормональные крема, специальный шампунь, значимого эффекта не отмечала. При этом стеснения перед окружающими из-за состояния кожи не испытывала, больше волновалась из-за “веса”, “изменения контура тела”, “формы груди”.

В 24 года впервые вступила в отношения. Со слов, влюбленность не испытывала, отношения описывает как ровные. В этот период находилась в напряженном общении с тренером команды, считала, что он предъявляет высокие требования, унижает ее, заставляя складывать мячи после тренировки, придирается. Связывала это со своей внешностью (“большие грудь и ягодицы”). На этом фоне снижалось настроение, «чувствовала себя ужасно», периодически плакала, обижалась на тренера, отмечала обострение кожных высыпаний, обращалась к аллергологу, соблюдая прописанную диету, похудела до 64 кг, но вновь была недовольна видом своего тела. Обратилась к психологу из-за постоянной тревоги, неуверенности в себе, дискомфорта при общении с людьми, считала, что все вокруг смеются над ней, говорят гадости за спиной. На фоне психокоррекционной работы пришла к выводу, что претензии тренера связаны не с её внешностью, а “недостаточной результативностью”. При этом рассталась с молодым человеком, посчитав, что он “недостаточно поддерживал её и убеждал в необоснованности недовольства внешностью”.

С этого времени начала “следить за собой и модой”: просматривала прессу в поисках “идеала внешности”, брала на заметку параметры частей тела нравящихся ей актрис, начала пользоваться косметикой, избегала “случайного” фотографирования прессой и родными, тщательно готовилась к публичным мероприятиям (интервью местной прессе, поход в кино, театр) – рассматривала себя в зеркале, стеклах, щепетильно отбирала фотографии для соцсетей. Проанализировав свои изображения, выбрала 2 наиболее, по её мнению, подходящих ракурса, в которых и старалась фотографироваться. Зачастую в ущерб тренировкам проводила время в салонах красоты,

интересовалась у знакомых и косметологов перспективами проведения операции по уменьшению груди, липосакции. Однако, как уверяет, точных планов о проведении пластической операции не строила. Во время ответственных сборов и соревнований о своих претензиях к внешности “забывала”. Вновь начинала следить за внешностью и обдумывать варианты её коррекции на фоне ссор с другими спортсменками, с членами семьи, поклонниками. В такие периоды усиливала тренировки, рассматривая их в качестве метода коррекции веса и придания “тонуса и внешнего вида” определенным группам мышц (внутренняя поверхность бедер, ягодицы, живот, плечи). Продолжала консультироваться с аллергологом, улучшилось состояние кожи.

Около 6 мес назад познакомилась с молодым человеком, начали проживать вместе, вести домашнее хозяйство. Продолжала заниматься спортом. Однако с этого времени вновь усилились мысли о “непропорциональности” собственного тела. Обследовалась у маммолога – патологии развития молочных желез не выявлено. По рекомендации знакомой обратилась к пластическому хирургу с целью “уменьшения груди”. Охотно согласилась на консультацию психолога и psychiatra.

**Неврологическое состояние.** Судорожные состояния в анамнезе отрицают. Объективно: Лицо симметричное, язык по средней линии. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. Зрачки окружной формы, реакция на свет живая, содружественная. Сухожильные рефлексы сохранены, живые, симметричные с обеих сторон. Тонус мышц не нарушен. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет правильно. Парезов, параличей на момент осмотра не обнаружено. Грубых нарушений чувствительности нет. Патологические рефлексы отсутствуют. МРТ головы - на полученных изображениях не выявлено очаговых изменений в веществе мозга больших полушарий, ствола и мозжечка. Отмечается умеренно выраженное увеличение боковых желудочков. Субарахноидальные

пространства слабо расширены в проекции лобных, височных, теменных долей. Заключение: наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия. ЭЭГ - Заключение: ЭЭГ- признаки снижения функционального состояния коры головного мозга, а также корково-стволовой ирритации и диэнцефальной дисфункции с повышенной возбудимостью диэнцефальных структур. Признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено. **Заключение невропатолога:** знаков органического поражения ЦНС не выявлено.

**Соматическое состояние.** Аллергологический анамнез: не отягощен. Жалобы на момент осмотра на кожный зуд в области бедер и предплечий, головные боли мигрирующего характера. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Стенки зева не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД= 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС= 80 уд/мин. АД= 120/80 мм. рт. ст. ИМТ= 21,4. Живот мягкий безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. Стул и диурез в норме.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.** ЭКГ-электрическая ось сердца вертикальная. Ритм синусовый. Умеренные диффузные изменения реполяризации миокарда. Клинический анализ крови: НВ – 135 г/л, эритроциты  $4.5 \times 10^{12}$  на л., лейкоциты –  $7 \times 10^9$  на л., из них п/я – 3%, с/я – 65%, лимфоциты – 35%, эозинофилы – 2%, базофилы – 1%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/ч. Анализы на RW, ВИЧ, НБС-антитела и антигены отрицательные. Анализ мочи: удельный вес – 1020 г/л; белок, сахар, ацетон, желчные пигменты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, бактерии отсутствуют. Биохимический анализ крови (трансаминазы, белок и белковые фракции, сахар крови, содержание билирубина, холестерина,

остаточного азота, мочевины) без отклонений от нормы. УЗИ органов брюшной полости без патологии. Рентгенография органов грудной клетки - без особенностей.

**Заключение терапевта:** со стороны внутренних органов патологии не выявлено. **Заключение эндокринолога:** Признаков нарушения функции эндокринных желез нет. **Заключение гинеколога:** практически здорова. **Заключение дерматолога:** атопический дерматит вне обострения. **Заключение окулиста:** миопия слабой степени обоих глаз. Зрачковых и глазодвигательных нарушений нет. На глазном дне: диски зрительных нервов с четкими границами, сосуды сетчатки не изменены.

**Психическое состояние.** Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Выглядит соответственно возрасту, опрятна, аккуратно одета. Носит свободное платье “скрывающее фигуру”. Косметикой пользуется умеренно. Во время беседы держится спокойно, несколько демонстративно. Подчеркивает свои спортивные успехи, самодостаточность, хороший уровень заработка. Голос громкий, модулированный. В беседу вступает охотно. Ответы на вопросы по-существу, содержательные. Склонна к рассуждениям, сомнениям. Настроение характеризует как “обычное”, “нормальное”. Активных жалоб не предъявляет. При расспросе признает, что испытывает недовольство своей внешностью (форма и объем ягодиц, груд, контур талии, лба, вес) с подросткового возраста, однако, отмечает, что мысли об этом усиливаются в стрессовых ситуациях, а фоне конфликтов, неудач в спорте. В такие периоды склонна считать, что окружающим тоже заметных ее “недостатки”. Отмечает недовольство своим внешним видом, считает, что ей нужно похудеть, чтобы выглядеть лучше. Связывает с недовольством внешностью отсутствие близких подруг, небольшой круг знакомых. Признает, что собирает фотографии публичных личностей с “красивой” или “идеальной”, на её взгляд, формой различных частей тела,

избегает фотографироваться “неподготовленной”, может по несколько часов “приводить себя в порядок” перед встречей с семьей и коллегами. Находясь в отношениях, опасается выходить замуж, т.к. затем “после беременности” тело “может стать ещё более некрасивым”. Надеется, что после проведение пластической операции (операций) приобретет большую уверенность в себе, расширит круг друзей, выйдет замуж. Несмотря на полученную информацию о возможных осложнениях процедур, отсутствие гарантий достижения поставленных задач, после непродолжительных сомнений заявляет, что готова в дальнейшем проводить повторные курсы лечения до достижения необходимого результата. В то же время признает, что от мыслей о внешнем виде может периодически отвлечься, в т.ч. во время спортивных соревнований, вышивания, бисероплетения. Несмотря на то, что часто обращается к родным и молодому человеку с расспросами о том, как она выглядит, достаточно легко, хоть и ненадолго “ успокаивается”. В ходе беседы начинает спрашивать врача и высказывать сомнения в необходимости и своевременности проведения пластических операций. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляется. Суицидальные мысли отрицает. Сон, аппетит, физиологические отправления в норме.

#### **Психометрическое обследование:**

**Самоопросник для выявления тревоги и депрессии Цунга:**  
депрессия – 32 балла (норма), тревога – 44 балла (верхняя граница нормы).

#### **Характерологический опросник К.Леонгарда: высокие баллы (>19)**

- демонстративная, педантичная и тревожная акцентуации со “склонностью к формированию сверхценных идей”.

**Пятифакторный личностный опросник:** высокие баллы (51-75) по интроверсии, практичности, обособленности от общества и самоконтролю.

**Опросник “Устойчивых форм Я-внимания”:** высокий уровень “общественного” и “персонального Я-внимания”, средний уровень (22 из 40 баллов) “социального страха”.

**Методика диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна:** высокий показатель (16 баллов).

**Шкала импульсивности Плучика:** 22% (пониженный уровень)

**Шкала стрессоустойчивости Холмса-Раге:** 220 баллов (пороговая, средняя) степень сопротивляемости стрессу.

**Заключение клинического психолога.** Мышление в слегка замедленном темпе. Выявляется достаточный уровень обобщения и абстрагирования, при этом по мере усложнения задания и увеличение его объема, мыслительный процесс происходит с легкими искажениями. В эмоционально-личностной сфере личность с истеротревожными чертами, с застревающей на негативных, навязчивых переживаниях, в эмоционально - неустойчивом состоянии, со сложностью адаптации, чувством обиды, приниженности, брошенности и беспомощностью перед обстоятельствами, вызывающими тревогу, с фиксированностью на них, что вызывает раздражение и быструю утомляемость, отстраненность и аутизацию.

Образ тела представлен нецелостно, формализован, сформирован под влиянием интровертированных оценок значимых людей, социальных стереотипов за счет недостаточной контролируемости, неустойчивости, повышенной проницаемости границ телесности при эгосинтонном восприятии внешности.

Таким образом, на первый план выступает тревожно-апатическое эмоциональное состояние, у личности с истеро-тревожными чертами, склонной к аффективной дезорганизации, тревожным, сверхценным переживаниям и иррациональности восприятия в моменты декомпенсации.

В мышлении динамические показатели с легким колебанием и снижением активного внимания.

**Катамнез.** В послеоперационный период выражала неудовлетворенность результатами лечения. Считала, что шрамы “заметны”, просила описать способы их “шлифовки”.

Спустя полгода после операции указывала, что в отношениях с молодым человеком испытывает дискомфорт, т.к. фиксирована на цели скрыть послеоперационные рубцы, высказывала недоумение по поводу отсутствия ожидавшегося резкого изменения социального статуса, расширения круга общения, связывала это с необходимости дальнейшей коррекции внешности. Вновь обратилась к пластическому хирургу.

### **Клинический разбор**

В представленном клиническом случае ДМР манифестировало у личности с истеро-ананкастическими, тревожными и сенситивными чертами, а также соматотонией. Уже в дошкольном возрасте на фоне психогенной провокации у пациентки впервые возникли сенситивные идеи отношения из-за “высокого роста”. Отчетливая дисморфическая симптоматика развилась в пубертатном периоде (13 лет) на фоне психогенной провокации (смена места обучения и окружения). Клиническая картина ДМР включает у пациентки типичные симптомы (“зеркала”, “фотографии”, “маскирующий макияж”), нестабильный инсайт в отношении идей недовольства внешностью.

В дальнейшем динамика ДМР приобрела рецидивирующий, а затем и хронический характер: в стрессогенных ситуациях происходило монотематическое обострение - недовольство внешностью (каждый раз различными её аспектами: вес, форма, объемы частей тела) с гиперболизированной, доминирующей в сознании обеспокоенностью о наличии внешнего “уродства” и развитием сенситивных идей, abortивных симптомов социофобии и поискового поведения с целью коррекции

“недостатков”. Характерным клиническим проявлением сверхценного типа ДМР у пациентки являлись выраженный, напряженный кататимный аффект в отношении своей внешности и эмоционально болезненная фиксация несоответствия собственным и заимствованным из внешних источников представлениям (приобретающих степень овладевающих) о привлекательной внешности. В тоже время следует отметить ситуативность обострений дисморфических идей, их не систематизированный, не разработанный характер. При этом важно подчеркнуть, что постепенно пациентка начинает воспринимать занятия спортом, не в качестве профессиональной деятельности или увлечения, а как способ коррекции внешних данных. Персистирование ДМР привело к нарушению социальной адаптации пациентки: несмотря на наличие высшего образования, спортивные успехи, личная жизнь складывается из эпизодических нестойких отношений, отсутствуют близкий круг общения и профессиональный рост.

Обращение к косметологам и или пластическому хирургу пациентка связывает с появлением достаточных финансовых возможностей для проведения “давно назревших” коррекционных процедур для восстановления якобы утраченного к себе внимания, и “самоощущения”. При этом основными целями обращения она называет потенциальное улучшение стереотипов межличностного общения: приобретение в результате лечения “раскрепощенности”, чувства “внутреннего удовлетворения”, “уверенности в себе”, создание семьи.

Отсутствие стойкой взаимосвязи или коморбидности с психопатологическими симптомами аффективного, ипохондрического или психотического круга, ограниченность обсессивно-компульсивной симптоматики ритуальным изучением внешности, фотографий, мнений окружающих и использованием маскирующего макияжа, обуславливают квалификацию данного типа ДМР как сверхценного. Об этом же может

свидетельствовать то, что в отличие от бредовых расстройств дисморфическая симптоматика у пациентки носит неустойчивый и несистематизированный характер, на время может быть скорректирована мнением врача или близких, не обнаруживает навязчивый или интрузивный характер идей внешнего метаморфоза.

## **Приложение 2**

### **Клинический пример 2.**

#### **Пациентка А.А., 56 лет.**

Наследственность психопатологически не отягощена.

Мать – 80 лет, активная, тревожно-мнительная, работала костюмером в театре, страдает сосудистым заболеванием головного мозга.

Отец – скончался в 65 лет от онкологического заболевания. По характеру был вспыльчивым, ответственным. Работал инженером в нефтяной промышленности.

Пациентка родилась в срок от нормально протекавших беременности и родов. Раннее развитие соответствовало нормам.

Детский сад посещала с 3 лет. В коллективе адаптировалась быстро, была “центром сверстников”, придумывала различные игры, старалась быть на хорошем счету у воспитателей. Любила быть в центре внимания, выступать на утренниках, щеголять в новых нарядах.

С детских же лет отличалась впечатлительностью, тревожностью и мнительностью. В рисунках обоев в затемненной комнате “видела” различных животных, представляла, как они ожидают, “играют для нее театр”. При болезнях родных тревожилась, опасалась их смерти. Любила смотреть телепередачи о здоровье, кратковременно “находила все болезни у себя”.

В школу пошла в 7 лет. Адаптировалась легко, сразу добилась лидерства в коллективе, сформировала вокруг себя “кружок по интересам”. Училась на хорошо и отлично, предпочитала гуманитарные предметы. Интерес к учебе “зависел от отношений с учителем”. Помимо учебы занималась бальными танцами, пела в хоре, рисовала, коллекционировала миникукол, шила для них одежду самостоятельно. Физические нагрузки переносила плохо, не нравилось напряжение мышц в теле, постнагрузочная

боль. Под разными предлогами избегала соревнований на уроках, физических нагрузок на садовом участке.

Менструации с 12 лет, установились сразу, безболезненные, изменениями настроения не сопровождались.

С противоположным полом начала общаться с 15 лет. Нравилось манипулировать поклонниками, заставлять их ревновать друг к другу, драться за неё.

Мечтала стать артисткой, но после школы не прошла в два театральных ВУЗа. Была обижена на членов комиссии, считала, “что её не оценили по достоинству”. Через год поступила в театральный ВУЗ на театроведческий факультет (критик). Адаптировалась и училась хорошо. Большую часть свободного времени проводила в компании сверстников. Будучи москвичкой, добилась места в общежитие, “чтобы быть ближе к богемной тусовке”. Тогда же начала употреблять алкоголь, попробовала наркотики, действие которых не понравилось. Опасаясь их негативного влияния, прошла всестороннее обследование (МРТ головного мозга, ЭЭГ, анализы крови и мочи, ЭКГ) – патологии не выявлено. В дальнейшем ПАВ не употребляла.

Участь в ВУЗе, впервые вышла замуж за однокурсника – будущего актера. В семье занимала лидирующие позиции, требовала к себе повышенного внимания, часто манипулировала мужем, ссылаясь на недомогание, боли в теле. По настоянию мужа делала вид, что обращалась к врачам, рассказывала ему какие обследования проходила, какие назначения получила, демонстрировала приобретенные лекарства (БАДы, аминокислоты, ноотропы).

После окончания института начала работать в журнале, писала театральные рецензии. Работой особо не интересовалась, была формальна, компилировала отзывы из интернета. Время проводила, ведя “светский образ жизни”, флиртовала с актерами из театральной среды, эпизодически изменяла мужу.

В 27 лет узнала об измене мужа. Была “шокирована” этим, подавлена, обижена на мужа и общих знакомых, которые, как считала, “допустили измену”, “не сообщили ей раньше”. Устраивала мужу истерики, во время которых рыдала, заламывала руки, “падала в обмороки”. Искала утешения у знакомых. На этом фоне откликнулась на ухаживания поклонника, настояла на разводе с мужем и разделе имущества.

Спустя год повторно вышла замуж из-за беременности. Во время беременности была тревожна, опасалась невынашивания. При малейшем недомогании обращалась к гинекологу, добивалась госпитализаций. Нстояла на родах Кесаревым сечением у знакомого врача.

После родов в период грудного вскармливания тяготилась недосыпом, стала раздражительной, вспыльчивой. “Впадала в панику” при каждом плаче ребенка. Уговорила мужа нанять няню, на которую переложила все обязанности по уходу за ребенком, в т.ч. вскармливание (молоко сцеживала заранее в удобное время). В тот период впервые отмечала недовольство внешностью: опасалась, что стрии на животе и бедрах не исчезнут, втират специальный силиконовый крем в постоперационный рубец, щадяще сцеживала. Внимательно следила за реакцией мужа на её тело при раздевании. Постепенно опасения редуцировались.

Вернулась к привычному образу жизни. Формально интересовалась успехами ребенка, записывалась в родительские комитеты в детском саду и школе, однако никакого участия в их работе не принимала. Домашние дела переложила на домработницу. Продолжала работать театральным критиком. Имела широкий круг знакомых и интересов. Помимо театральной среды искала общения бизнесменов, спортсменов. Использовала связи для проведения их в театры. Любила путешествовать в компании подруг или коллег. Если путешествовала одна, “крутила мимолетные романы” “для поддержания тонуса и женственности”. При этом избегала экстремальных

увлечений, с недоумением и недоверием относилась к людям ими увлекающимися. Романов с такими мужчинами избегала.

В 49 лет на фоне нарушения менструального цикла усилилась тревожность, начала опасаться “потерять сексуальную привлекательность, постареть”. Начала носить “вызывающие откровенную” одежду “очень ярких цветов”, массивные украшения. Для “повышения уверенности в себе” заводила романы с юношами 20-25 лет. Записалась в спортивный клуб, регулярно по несколько часов в неделю плавала, занималась на велотренажерах. Тогда же стала регулярно “профилактически” посещать врачей различных специальностей. Косметикой пользовалась, как и ранее, умеренно.

В 55 лет после очередной диспансеризации узнала о наличии себя ишемической болезни сердца. Испытала страх перед будущим, рисовала в воображении картины постепенного одряхления организма, инвалидности, малоподвижности и смерти. Начала прислушиваться к организму: малейшие телесные ощущения интерпретировала как признак ухудшения здоровья. Постоянно обращалась к врачам для обследования. На короткое время “успокаивалась” после их заверений в стабильности состояния. Настаивала на выписывании “самых современных и дорогих препаратов”. На этом фоне обратила внимание, что кожа “стала бледнее”, появились новые невусы, “мешки под глазами”. Связала их с симптомами болезни, о которых читала в масс-медиа и в Интернете. Несмотря на консультации у дерматологов, косметологов и кардиологов, заверявших в отсутствии каких-либо значимых изменений внешности и ухудшения соматического здоровья, ежедневно рассматривала все тело в зеркале. Обнаруживая новый “дефект” (изменение цвета, невус, пигментное пятно, морщинку) паниковала. Опасалась, что болезнь прогрессирует. Начала опасаться инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, онкозаболеваний. Перестала смотреть на себя в зеркало, “чтобы не тревожиться”. При этом “на ощупь” обильно

использовала различные наружные средства (маски, кремы), обладающие в её представлении профилактическим эффектом.

На фоне повышенной тревоги отметила нарушение концентрации внимания, не могла сосредоточиться на работе. Постоянно искала утешения у мужа, ребенка и друзей – обсуждала с ними возможные внешние проявления заболевания. После таких бесед, а также после употребления алкоголя на некоторое время уменьшалось чувство тревоги, пыталась вернуться к привычному образу жизни. Однако избегала публичных мероприятий, где могла бы оказаться в центре внимания, т.к. при обращении на нее внимания испытывала дискомфорт, опасалась, что “окружающим заметны её возрастные и болезненные изменения внешности”, а это усиливало тревогу и страх смерти.

Для уменьшения “внешних признаков соматического нездоровья” обратилась к пластическому хирургу. Основной целью обращения считала “возвращение утраченного здоровья” и “уменьшение тревоги из-за него”. По направлению хирурга “в рамках предоперационного обследования” согласилась на консультацию психиатра-психотерапевта.

**Соматическое состояние.** Нормостенического телосложения. Предъявляет жалобы на разнообразные неприятные ощущения в перикардиальной области: “жжение”, перебои в ритме сердца, “остановки” сердца. Аллергологический анамнез не отягощен. На момент осмотра кожные покровы чистые, нормальной окраски. Стенки зева не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхательных движений - 24 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный. ЧСС - 92 уд. в мин. АД 140/85 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный по всей поверхности. Печень - по краю правой реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.** ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 67 мин. Нормальная ЭОС. Гипертрофия ЛЖ. ЭКГ мониторирование по Холтеру: Желудочковая экстрасистолия IV гр. по Lown.(одиночные 34, парные 1, наименьший интервал сцепления 710 мс.). ЭХО-КГ - Эхо-локация крайне затруднена. Аорта: восходящий отдел: не расширен 37 мм (N до 38 мм). Аорта: уплотнена, не расширена 35 мм (N до 38 мм). Амплитуда раскрытия аортального клапана: нормальная. Левое предсердие: расширено в 4-х камерном сечении: 52x67 мм. (N до 40x49 мм). Полость ЛЖ на верхней границе нормы, конечный диастолический размер 55 мм (N до 55 мм). Межжелудочковая перегородка утолщена в базальном и среднем сегментах 11-12 мм (N до 10 мм). Задняя стенка ЛЖ не утолщена 9 мм. (N до 10 мм). Общая сократимость миокарда снижена – фракция выброса около 46-47% (N более 55%). Локальная сократимость миокарда ЛЖ: гипокинез нижней стенки и средних сегментов боковой области. Верхушка несколько уширена, закруглена. Общий анализ крови: лейк. 8,57x10<sup>9</sup>/л, эр. 5,07x10<sup>12</sup>/л, Нб 146 г/л, тромб. 202x10<sup>9</sup>/л. СОЭ 20 мм/час. Общий анализ мочи: уд.вес 1,030, Ph 5,5, белок нет г/л, глюкоза отр. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,4 ммоль/л, мочевина 7,66 ммоль/л, креатинин 127 мкмоль/л, общий белок 70,64 г/л, билирубин: 15,39ммоль/л, AST 31,0 Е/Л, ALT 43,0 Е/Л, холестерин 3,62 ммоль/л, триглицериды 1,3 ммоль/л. Коагулограмма: ПТВ 17,3 сек, МНО 1,84, фибриноген 5,52 г/л. Анализы на RW, ВИЧ, HBS-антитела и антигены отрицательные. УЗИ плевральных полостей - плевральные синусы свободны с обеих сторон. Рентгенография органов грудной клетки - легочные поля без очагов и инфильтратов. Корни легких структурны. Синусы свободны. Сердце, аорта без особенностей.

**Заключение эндокринолога:** по данным содержания уровня гормонов в крови и УЗИ щитовидной железы признаков нарушения функции эндокринных желез нет. Перименопауза.

**Заключение окулиста:** миопия слабой степени обоих глаз. Зрачковых и глазодвигательных нарушений нет. Глазное дно: диски зрительных нервов с не четкими границами, сосуды сетчатки сужены.

**Заключение кардиолога:** Ишемическая болезнь сердца. Нарушение сократимости миокарда ЛЖ. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ.

**Психическое состояние.** Выглядит соответственно возрасту. Одета аккуратно. Держится настороженно, иногда с кокетством. Голос громкий. Ответы в плане заданного, при этом часто путанные. Себя пытается представить в лучшем свете. Кокетливо сообщает о наличие в прошлом нескольких поклонников, о бурной общественной деятельности. Характеризует себя как очень трудоспособную, ответственную, общительную, обладающую организаторскими способностями. Категорически отрицает наличие конфликтов на службе и в семье, тиранию в быту.

Настроение характеризует как “ровное, но зависящее от самочувствия”.

Рассказывает, что после диагностирования у нее ИБС ограничивает физические нагрузки, перекладывая всю хозяйственную работу на родных и близких. После работы дома ничего не делает, т.к., с ее слов, все уже сделано дочерью и мужем. Время проводит на диване за просмотром телесериалов, новостей, хроники происшествий, эстрадных концертов. Изредка ходит в гости, принимает их у себя. В магазины отправляет мужа. Относительно здоровья рассказывает, что периодически испытывает приступы болей за грудиной, а также тяжесть в затылке и шее, иррадиирующие в левую руку. Старается в такие моменты прилечь. Меряет давление. Также жалуется на одышку и учащенное сердцебиение, возникающие при ходьбе и подъеме по лестнице даже на один этаж. Отдыхает или принимает кардиотропные препараты для облегчения самочувствия. Связывает с болезнью неприятные ощущения в руках и ногах: ”как будто что-то проталкивают по сосудам”,

“сводит ноги”, “руки обессилены, поднять их не могу”. Обращает внимание на эти ощущения в вечернее время, не может из-за них долго заснуть. Для их уменьшения массирует руки, растирает конечности кремами и мазями. При этом анальгетические средства эффекта не имеют. Кроме того, беспокоит метеочувствительность, когда на холде или жаре чувствует слабость, нехватку воздуха. Регулярно посещает врачей для продления рецептов и корректировки терапии.

Фиксирована на, как считает, “внешних проявлениях” заболевания сердца: описывает изменения цвета и консистенции кожи, появление “красных” невусов, морщин. Сообщает, что понимает и верит объяснениям врачей об отсутствии связи этих внешних проявлений и ИБС, но всегда испытывает тревогу, рассматривая себя в зеркале, опасаясь, что “симптомы могут свидетельствовать об осложнениях”. Также обеспокоена увеличением веса. Неоднократно пыталась соблюдать диеты, но, по ее словам, при ограничении в пище, учащаются боли в сердце. Решила, что “для снижения тревоги и-за внешних появлений” необходима пластическая операция или их серия. Спрашивает мнения врача, т.к. “опасается негативного влияния операции, наркоза на сердце”. Суицидальные мысли и намерения отрицает. Обманов восприятия не выявлено. Сон, аппетит, физиологические отправления в норме.

#### **Психометрическое обследование:**

**Самоопросник для выявления тревоги и депрессии Цунга:** депрессия – 36 балла (норма), тревога – 74 балла (выраженная).

**Характерологический опросник К.Леонгарда:** высокие баллы (>19) – демонстративная и тревожная (тревожно-мнительная) акцентуации.

**Пятифакторный личностный опросник:** высокие баллы (51-75) по экстраверсии, импульсивности, лабильности эмоций.

**Опросник “Устойчивых форм Я-внимания”:** высокий уровень “общественного” и “персонального Я-внимания”, низкий уровень (8 из 40 баллов) “социального страха”.

**Методика диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна:** высокий показатель (18 баллов).

**Шкала импульсивности Плучика:** 41% (средний уровень)

**Шкала стрессоустойчивости Холмса-Раге:** 250 баллов (пороговая, средняя) степень сопротивляемости стрессу.

**Заключение клинического психолога.** Мышление в нормальном темпе. Выявляется достаточный уровень обобщения и абстрагирования, при этом по мере усложнения задания и увеличение его объема, мыслительный процесс происходит с легкими искажениями. В эмоционально-личностной сфере личность с истеротревожными чертами, с застывающей на негативных, навязчивых переживаниях, в эмоционально - неустойчивом состоянии, со сложностью адаптации, чувством обиды, приниженности, брошенности и беспомощностью перед обстоятельствами вызывающих тревогу, с фиксированностью на них, вызывает раздражение и быструю утомляемость.

Образ тела представлен нецелостно, формализован, сформирован под влиянием интровертированных оценок окружающих людей и социальных стереотипов за счет недостаточной контролируемости, неустойчивости, повышенной проницаемости границ телесности при эгосинтонном восприятии внешности.

Таким образом, на первый план выступает тревожно-мнительное эмоциональное состояние, у личности с истеро-тревожными чертами, склонной к аффективной дезорганизации, тревожным, сверхценным

переживаниях иррациональности восприятия внешности и состояния организма в моменты декомпенсации.

В мышлении динамические показатели с легким колебанием и снижением активного внимания.

**Катамнез.** В ранний постоперационный (круговая подтяжка лица) период высказывала осторожную надежду на достижение поставленных целей, позитивно оценивала результаты хирургических вмешательств. В тоже время крайне тревожно реагировала на изменение соматического состояния, сосредоточивая внимание не на собственно внешних изменениях, а на нюансах функционирования внутренних органов, жаловалась на “ухудшение здоровья”, “плохое самочувствие”, настаивала на проведении внеплановых инструментальных и лабораторных обследованиях, требовала приглашения узких специалистов для обсуждения динамики функциональных показателей.

На комплексное психофармакологическое (агомелатин до 50 мг/ночь, алимелазин до 10 мг/сут) и психотерапевтическое лечение согласилась охотно, однако характеризовалась низкой приверженностью из-за опасений “навредить организму” и невозможности дальнейшего получения эстетической помощи (блефаропластика) “на фоне психотропов”.

### **Клинический разбор.**

В представленном наблюдении ипохондрическое ДМР развивается у пациентки с истерическим расстройством личности (постоянные в течение жизни поиск внимания, манипулирование окружающими, эротизация отношений, конверсионная симптоматика) с тревожно-мнительным радикалом и соматопатией. Первые симптомы дисморфии, отмеченные в послеродовом периоде (28-29 лет), в дальнейшем нивелируются. Повторное обострение недовольства собственной внешностью фиксируется в перименопаузальном периоде (49 лет) и в дальнейшем, после неполной ремиссии (волнообразный тип течения) – в возрасте 55 лет на фоне

перенесенного стресса в виде диагностирования заболевания сердца и развития истеро-ипохондрической реакции, с характерной для “инволюционной истерии” (Гиляровский В.А., 1946; Дубницкая Э.Б., 1977; Поляковская Т.П., 2011; Kraepelin E., 1915; Blumel J.E. eal., 2004) симптоматикой.

Основное место в клинической картине наряду с ипохондрическими фобиями занимает дисморфический симптомокомплекс с “отрицательным симптомом зеркала” и формирующими сенситивными идеями без очевидных проявлений социофобии. Обращение к пластическому хирургу для пациентки, по сути, является вариантом защитного поведения, направленного на снижение выраженности ипохондрической озабоченности, нозо- и танатофобий.

Следует обратить внимание настабильный, в целом, фон настроения пациентки, а также сохранение критики к симптомам дисморфии. В ходе диагностической и психотерапевтических бесед пациентка соглашается с мнением, что “дефекты” внешности не в обязательном порядке обусловлены патологией внутренних органов, и высказывает сомнение в необходимости проведения или благоприятном исходе хирургического вмешательства.

Комбинированная терапия пациентки оказалась недостаточно эффективной из-за низкой приверженности и преждевременной самостоятельной отмены.

## **Приложение 3**

### **Клинический пример 3.**

#### **Пациент С.В., 33 года**

Наследственность манифестными психозами не отягощена

Мать – 60 лет, «авторитарная, упрямая, эмоциональная, вспыльчивая».

Работала контролером ОТК на заводе, на пенсии.

Отец – 68 лет, «спокойный, мягкий, сдержаный». Образование высшее. Работал инженером, на пенсии.

Пациент родился в полной семье единственным ребенком. Беременность и роды у матери, насколько осведомлен, без патологии. Рост и развитие физическое – по возрасту, психическое – с опережением: рано начал говорить и читать.

В ДДУ почти не ходил – сразу надолго заболевал ОРВИ после посещения. Родители оставляли дома одного, иногда присматривала бабушка. По характеру был спокойным, послушным, застенчивым, друзей было мало. Самостоятельно играл в конструктор, любил собирать пазлы, рисовать. Из детских страхов – боялся накрываться с головой одеялом, залезать в узкие замкнутые пространства, где возникал страх задохнуться.

В школу пошел в 6 лет. Адаптировался не быстро – стеснялся знакомиться первым, долго привыкал к коллективу. Общался со всеми детьми ровно, не конфликтовал, не дрался, близких друзей долго не было. В центре внимания нравилось находиться, когда замечали его успех. Лидером не был. Учился на отлично, материал усваивал средне, но был трудолюбивым. Успеваемость была важна, «чтобы не расстраивать родителей», а также, «потому что неодобрение задевало». У доски отвечать не стеснялся, всегда хорошо знал материал. Любимые предметы – физика, химия, биология, математика.

При незначительном волнении отмечались затруднения засыпания, но утром чувствовал себя достаточно бодрым, выраженного нарушения работоспособности, утомляемости не испытывал. Перед важными событиями мог не спать ночь.

Физическую нагрузку переносил плохо – быстро уставал. Болел не часто, мог ходить в школу с температурой, так как был очень ответственным и боялся пропускать.

Читать не очень любил, но прочитал всё, что требовала школьная программа. Для внеклассного чтения выбирал приключенческую и детективную литературу, фантастику не любил.

С 10 лет начал стесняться своего “маленького” роста, но постоянных переживаний не было, только ситуационные. Например, когда стоял в линейке на физкультуре самым последним. Непривлекательным себя не считал. Девочка нравилась только одна, пытался ухаживать, быть рядом, но понял, что “бесперспективно” и “решил просто дружить”.

В 11 классе (16 лет) стал заниматься с репетитором для подготовки в ВУЗ. Хотел поступать в какой-нибудь из технических московских университетов: рассматривал МГТУ им. Н.Э. Баумана и механико-математический факультет МГУ им. М.Ф.Ломоносова.

Переехав в Москву, жил у тети с «тяжелым характером» (“деспотичная, авторитарная, контролирующая”). Старался угодить ей, не конфликтовал, соглашался, соблюдал ее требования, правила, подстраивался. В ВУЗе учиться было тяжело: большой объем информации, усваивал не легко. Всё время тратил только на учебу. Успеваемость была отличная, учеба доставляла удовольствие. На первом курсе общался мало, так как полностью был занят учебой. Со всеми поддерживал ровные, неконфликтные отношения, старался «не отходить от коллектива», чтобы не выделяться и не стать аутсайдером. Алкоголь употреблял редко (2-3 раза в год), в основном

когда что-то отмечали в компании, эффект (эйфория) нравился, но всегда контролировал количество выпитого и никогда не напивался.

На последних двух курсах параллельно с учебой работал лаборантом в двух НИИ – «присматривал» место работы на будущее. Работа не очень нравилась, монотонная, но хорошоправлялся с обязанностями, сил хватало.

Влюблённостей за время обучения в институте не было. Иногда встречался с соседкой – «для удовлетворения физиологических потребностей». Считал, что раньше 30 лет жениться не следует – нужно работать и делать карьеру.

Окончил ВУЗ в 23 года с «красным дипломом». Решил поступать в аспирантуру из «прагматичных соображений» - для дальнейшего карьерного роста. Поступил в аспирантуру при РАН. В своем университете учиться в аспирантуре не хотел, т.к. “слишком большая загруженность за маленькие деньги”, “некогда работать”. Выбрал “утилитарное” направление - «лазерные системы», т.к. абстрактные дисциплины не нравились.

Параллельно с обучением в аспирантуре работал риэлтором по свободному графику. Работа нравилась – не отнимала много времени и давала хороший заработок. Решил не искать ничего по профессии, так как считал, что на такую же зарплату ничего в своей области не найдет, “к тому же его повысили в должности” и увеличили оклад.

В 23 года (после окончания института) зарегистрировался на сайте знакомств, так как считал, что “в современном темпе людям негде знакомиться”. Изредка переписывался с понравившимися девушками, но активно инициативу не проявлял, ни с кем не встречался. В 24 года через сайт познакомился с девушкой. На свидании почувствовал «тепло» - «что-то родное». Стали встречаться. Однако через несколько месяцев пришёл к выводу, что стал «рабом чувств» - не мог сосредоточиться на работе, постоянно беспокоился о том, как девушка к нему относится. Чувствовал, что

она «то отдаляет, то приближает» его, пытался предугадать следующее сближение или отдаление, был постоянно “напряжен”, “взвинчен”.

Постоянно размышляя об отношениях, пришел к выводу, что девушке что-то не нравится в его внешности. Начал придирчиво рассматривать себя в зеркалах и других отражающих поверхностях. Решил, что имеет “несимметричную внешность” (разный разрез глаз, крылья носа, высота плеч и др.). Постоянно, против желания, обдумывал свою “неидеальность”, “диспропорциональность”. Искал подтверждения или разубеждения у родных и знакомых. Изменил стиль одежды, прическу, форму оправы очков, чтобы “скрыть основные недостатки”. Начал ходить в тренажерный зал, где “прокачивал мышцы менее развитой стороны тела” для достижения симметрии. Раз в 2 недели ходил к парикмахеру, для “сохранения необходимой, идеальной длины волос”. При невозможности посещения спортзала и парикмахерской усиливалась тревога. В таких случаях самостоятельно тренировался дома, сам подстригал видимые части головы, выщипывал брови, опаливал волоски на ушах. При этом тяготился длительностью проведения процедур, но при попытке “сделать всё побыстрее” усиливалась навязчивые сомнения в завершенности действий, аккуратности выполнения действий.

Принял решение «разорвать отношения» с девушкой. После расставания испытывал угнетенность, “было тоскливо, больно в груди”, хуже к вечеру, плакал, винил себя. Сон был нарушен: подолгу не мог уснуть, часто просыпался по ночам. Днем испытывал вялость, не было сил работать. Аппетит не нарушался, масса тела значительно не изменялась. Через 2 недели состояние улучшилось, однако постоянно обдумывал возможность возобновить отношения. Затем решил, что это приведет “к страданиям”, и отказался. Чтобы отвлечься от мыслей о девушке, совершал мысленные ритуалы: перечеркивал её лицо, представлял её с другим мужчиной. Постепенно начал мысленно ругать её, плевал в неё, совершал над ней

насилие. Пугался таких мыслей и образов, но при попытке перестать так думать, испытывал выраженную тревогу, не мог усидеть на месте, начинал переставлять вещи в комнате, загружал себя физическими тренировками. С этой же целью начал встречаться с другой девушкой, с которой также познакомился на сайте знакомств, влюбленности не испытывал. С трудомправлялся с работой риелтором, ушел из аспирантуры. Постепенно сокращал время нахождения среди людей, т.к. стеснялся необходимости совершения ритуалов прилюдно, перемещался на такси.

В 26 лет поскользнулся и упал, повредив ногу. В течение 2х месяцев сидел дома, так как почти не мог наступать на ногу и не мог ездить с клиентами «на объекты». Был встревожен, напряжен, не мог отвлечься от боли, ни от чего не получал удовольствия, беспокоился о здоровье – боялся, что боль никогда не пройдет. Отмечал сниженное равномерно на протяжении всего дня настроение. Нарушился сон по типу затруднения засыпания, частых пробуждений по ночам, в том числе из-за боли. Аппетит не менялся. Через два месяца снова обратился к врачу, несмотря на то, что выраженность болевого синдрома несколько уменьшилась. При обследовании был выявлен оскольчатый перелом в трех плюсневых костях, неправильное сращение. Хотел сделать операцию, так как опасался, что из-за неправильного сращения нога изменит форму и станет не симметричной другой, но никто из хирургов-ортопедов, к которым обращался, «не взялся» за такое лечение, рекомендовали пройти физиотерапевтическое лечение. Стал ходить на физиотерапию, ЛФК. Самостоятельно увеличивал и менял нагрузки на ногу, затем, решив, что теперь другая нога “менее развита и выглядит усохшей”, переключился на её тренировки. Настроение несколько улучшилось – уменьшилась тревога, однако полностью состояние не нормализовалось: испытывал постоянную апатию, повышенную умственную утомляемость, как прежде “мониторировал симметричность внешности”. Начал посещать барбершопы, косметологические салоны, читать о новинках косметологии и

достижениях пластической хирургии. Восхищался кино- и теле звездами, их возможностями проводить дорогостоящие эстетические процедуры. Собирал вырезки из модных и светских журналов с “образцами идеальной внешности”. Находя себя “все ещё не идеальным”, избегал фотографирования.

В декабре 2029 лет впервые внезапно ощутил головную боль, сжимающую в висках, принял обезболивающее, без эффекта, ночью боль усилилась, испугался, вызвал СМП. При измерении АД 160 и 100 мм рт ст, “сделали укол” (что вводили, не знает), однако лучше не стало, было рекомендовано обращение к терапевту по м/ж. При обращении к терапевту назначена антигипертензивная терапия, которую регулярно принимал, несколько раз в сутки измерял АД.

Спустя полгода в метро, где давно не бывал, внезапно появился страх, что находится под землей, откуда “трудно выбраться”. “Стало дурно”, почувствовал учащенное сердцебиение, выступил холодный пот, все звуки казались усиленными. Через несколько минут состояние нормализовалось, но дискомфорт и тревога остались, смог доехать до пункта назначения. В дальнейшем подобные состояния повторялись 1-2 раза в неделю в метро и на высоких этажах. Перешел на работу по свободному графику, в основном из дома, быстро уставал, существенно сократился заработок. Жил, по сути, на прошлые накопления и ренту от квартиры. Не было желания общаться с приятелями, большую часть времени проводил дома перед телевизором. Непродолжительное время по совету знакомого психотерапевта принимал бензодиазепиновый транквилизатор с положительным, но неполным эффектом на приступы паники.

В 32 года от пациента ушла девушка, на которой он так и не женился («сначала много работал, потом заболел»). Была недовольна тем, что он сосредоточен только на своей внешности и здоровье. На настроение расставание сильно не повлияло, отношений не выяснял, не скандалил,

вернуть не пытался, но был обижен, обвинял её в том, что «могла бы сделать это честнее». В то же время вновь усилились мысли о том, что причиной расставания стала его неидеальная внешность, навязчиво обдумывал это. Не справляясь привычными ритуалами с наплывом мыслей периодически начал наносить себе пощечины. Испугавшись, что “избивая себя, только усилит асимметрию”, решил обратиться к пластическому хирургу “для радикального решения проблемы симметрии”. За предшествующие 11 мес перенес рино- и отопластику.

При этом обращение к косметологам и пластическим хирургам приносило лишь временное облегчение. В период обследований и/или предоперационной подготовки уменьшалась выраженность тревоги, интенсивность компульсий. Сразу после операций отмечал возвращение навязчивых мыслей о состоянии собственной внешности, непреодолимую потребность увидеть результаты лечения и “корректировать” послеоперационные отеки и гематомы, для чего часто снимал фиксирующие повязки, совершили физиореодуры процедуры, согласуясь с собственной математической системой ритуалов. Обратился к пластическому хирургу с запросом на проведение блефароплстики, т.к. “правое веко ниже левого”. Направлен на консультацию психиатра в рамках межоперационного и предоперационного обследования.

**Неврологическое состояние.** Судорожные состояния в анамнезе отрицает. Объективно: лицо немного отечное со следами постоперационных гематом, язык по средней линии. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. Зрачки окружной формы, реакция на свет живая, содружественная. Сухожильные рефлексы сохранены, живые, симметричные с обеих сторон. Тонус мышц не нарушен. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет правильно. Парезов, параличей на момент осмотра не обнаружено. Грубых нарушений чувствительности нет. Патологические рефлексы отсутствуют. МРТ головы - на полученных изображениях не

выявлено очаговых изменений в веществе мозга больших полушарий, ствола и мозжечка. Отмечается умеренно выраженное увеличение боковых желудочков. Субарахноидальные пространства слабо расширены в проекции лобных, височных, теменных долей. Заключение: наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия. ЭЭГ- признаки снижения функционального состояния коры головного мозга, а также корково-стволовой ирритации и диэнцефальной дисфункции с повышенной возбудимостью диэнцефальных структур. Признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено. Заключение невропатолога: знаков органического поражения ЦНС не выявлено. Постоперационные гематомы с стадии заживления.

**Соматическое состояние.** Аллергологический анамнез: не отягощен. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Стенки зева не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД= 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС= 72 уд/мин. АД= 130/80 мм. рт. ст. ИМТ= 20,8. Живот мягкий безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. Стул и диурез в норме.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.** ЭКГ-электрическая ось сердца горизонтальная. Ритм синусовый. Клинический анализ крови: НВ – 128 г/л, эритроциты  $38 * 10^{12}$  на л., лейкоциты –  $8,5 * 10^9$  на л., из них п/я – 2%, с/я – 66%, лимфоциты – 36%, эозинофилы – 1%, базофилы – 1%, моноциты – 3%, СОЭ – 10 мм/ч. Анализы на RW, ВИЧ, HBS-антитела и антигены отрицательные. Анализ мочи: удельный вес – 1022 г/л; белок, сахар, ацетон, желчные пигменты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, бактерии отсутствуют. Биохимический анализ крови (трансаминазы, белок и белковые фракции, сахар крови, содержание

билирубина, холестерина, остаточного азота, мочевины) без отклонений от нормы. УЗИ органов брюшной полости без патологии. Рентгенография органов грудной клетки - без особенностей.

**Заключение терапевта:** со стороны внутренних органов патологии не выявлено. **Заключение эндокринолога:** Признаков нарушения функции эндокринных желез нет. **Заключение окулиста:** патологии не обнаружено.

### **Психический статус**

Ориентирован во времени, месте и собственной личности правильно. Выглядит соответственно своему возрасту. Нормального питания. Лицо немногого отечное со следами постоперационных гематом. Одет опрятно, неброско. Походка быстрая, но плавная. Контакт глазами сохранен. Дистанцию соблюдает. В беседу вступает охотно, ищет помощи. В общении немного манерен. Гипомимичен. Речь монотонная, плавная. На вопросы отвечает издалека, излишне подробно детализируя, иногда амбивалентно и с соскальзыванием. О родителях рассказывает формально, не может вспомнить, сколько лет отцу и матери, однако на словах сообщает о хороших отношениях с ними. О бывшей гражданской жене говорит равнодушно, но при расспросе высказывает обиду за то, что бросила его в болезни. Желания начинать новые отношения нет, т.к. «нужно вылечиться».

Настроение характеризует как ровное, обычное. При прицельном расспросе предъявляет жалобы на навязчивые мысли и сомнения в “несимметричности своей внешности”, для совладания с которыми совершает разнообразные действия-ритуал (счет, перестановка предметов и др.). Обращение к услугам пластической хирургии также объясняет стремление добиться “идеальной внешности и симметрии”, что “должно привести к отсутствию навязчивых мыслей”. При этом рассказывает, что предыдущие операции “пока такого эффекта не дали”. Кроме того сообщает, что беспокоят приступы немотивированной паники с разнообразными

телесными ощущениями, “прокалывающие” головные боли и “жжение” в различных частях головы (“как внутри, так и снаружи”), постоянная апатия, снижение активности и интересов в последние годы. Чувствует себя измотанным, утомленным. Планов на дальнейшую жизнь активно не строит, хочет сначала “излечиться”. Собственных объяснений симптоматики не высказывает, при прямом вопросе выражает замешательство. Сон нарушен – часто просыпается по ночам, подолгу не может уснуть. Аппетит хороший. Наличие обманов восприятия отрицает, своим поведением их не выявляет. Бредовые идеи в беседе не высказывает. Суицидальные мысли и намерения в настоящем отрицает. Отмечает нарушения памяти и концентрации внимания.

**Психометрическое обследование:**

**Самоопросник для выявления тревоги и депрессии Цунга:** депрессия – 28 баллов (норма), тревога – 72 балла (выраженная тревога).

**Характерологический опросник К.Леонгарда:** высокие баллы (>19) по подшкале педантичного с “риgidностью и инертностью психических процессов с продолжительным переживанием травмирующих событий” и застrelывающего со “склонностью к формированию сверхценных идей” типов акцентуаций.

**Пятифакторный личностный опросник:** высокие баллы (51-75) по шкалам практичности, обособленности от общества, интровертированности и самоконтроля.

**Опросник “Устойчивых форм Я-внимания”:** средний уровень “общественного” и высокий уровень “персонального Я-внимания”, высокий уровень (34 из 40 баллов) “социального страха”.

**Методика диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна:** высокий показатель (21 балл).

**Шкала импульсивности Плучика:** 10% (низкий уровень)

**Шкала стрессоустойчивости Холмса-Раге:** 230 баллов (средняя) степень сопротивляемости стрессу.

**Заключение медицинского психолога:** на первый план выступает легкие нарушения в мышлении по шизо- типу в виде искажения процесса обобщения, актуализация латентных признаков предметов, разноплановости. Динамические показатели, с легким колебанием активного внимания, сложностью процесса усвоения нового материала, в большей степени из -за состояния. В эмоционально личностной сфере неустойчивое, напряженно-протестное состояние сопровождающееся повышенным напряжением, избыточным самоконтролем, включенностью в себя, соматическим дискомфортом, неустойчивостью психо- эмоциональный фона, с потребностью в стабильной обстановке и снижения мнимой недоброжелательности окружающих. Суженой зоной социального комфорта, с одновременным страхом одиночества и не желанием быть на виду, с иррациональными, навязчивыми способами противодействия мнимой ощущением недоброжелательности окружающих. У личности обсессивно-компульсивного типа, с иррациональными, навязчивыми способами защиты.

**Образ тела** представлен нецелостно, формализован, сформирован под влиянием социальных стереотипов за счет недостаточной контролируемости, неустойчивости, повышенной проницаемости границ телесности при эгосинтонном восприятии внешности. Особое внимание уделяется частям тела, которые непосредственно могут увидеть окружающие. Мнимый недостаток внешности переживается как “дефект”, относящийся к постыдной части личности, характеризуется экстернальным локусом контроля в атрибуции идей причинности вне собственной личности и с делегированием ответственности за лечение окружающим. Отношение к внешности при интернальном локусе контроля определяется в основном раздражением, “дефект” воспринимается как “мешающий” и “плохо контролируемый”, что

обуславливает настойчивое стремление к проведению процедур по избавлению от него.

**Катамнез.** В ходе первоначального обследования пациент согласился на проведение психофармакотерапии. На фоне приема флуоксамина (до 300 мг/сут) и кветипина до 150 мг/сут в течение 7 мес отмечена существенная редукция неприятных телесных ощущений и навязчивых мыслей и представлений относительно несовершенства внешности. Пациент решил отложить проведение хирургической коррекции внешности “до полного” нивелирования последствий предыдущих операций. Продолжает следить за внешностью с целью “не запустить себя”, используя косметологические средства. Панические атаки и головные боли нивелировались. В социальном плане стал более общителен, однако к полной занятости или прежнему объему общения не вернулся. Интересуется возможностью прохождения психотерапии.

### **Клинический разбор.**

В представленном примере обсессивно-компульсивный тип ДМР развился у пациента с обсессивно-компульсивной (ананкастической) и соматопатической акцентуацией в рамках шизотипического расстройства (вялотекущая неврозоподобная шизофрения).

Первые симптомы дисморфии отмечались в раннем пубертатном возрасте, однако становление развернутой клиники ДМР относится к 23-летнему возрасту, когда на фоне стресса (межличностные отношения) обсессивно-компульсивные симптомы дисморфии доминируют в рамках проявлений эндогенного заболевания. ДМР протекает у пациента волнообразно и реализуется помимо типичных симптомов-ритуалов (“зеркала”, “фотографии”, “маскирующий макияж”), навязчивыми идеями видоизменения частей тела с целью достижения “абсолютной” симметрии во внешности или “идеальных”, математически выверенных, пропорций («тяга к перфекционистскому идеалу» (Nouraei, S.A. et al., 2009), “интернальный

перфекционизм” (Матюшенко Е.В., 2011)) и другими обсессивно-компульсивными расстройствами (перепроверки, симметрия), сенситивными идеями, социофобией и аутодеструктивным поведением. Социофобические идеи у пациента обусловливаются не страхом обнаружения “недостатков” внешности, а демонстрацией защитных ритуалов. При этом пациент полностью критичен в отношении интрузивности идей несовершенства собственной внешности.

Обращение к косметологам и пластическим хирургам приносило пациенту лишь временное облегчение в период обследований и/или предоперационной подготовки: уменьшалась выраженность тревоги, интенсивность компульсий. Сразу после операции пациент отмечал возвращение навязчивых мыслей о состоянии собственной внешности, непреодолимую потребность увидеть результаты лечения и “корректировать” транзиторные послеоперационные осложнения, согласуясь с собственной системой ритуалов.

В пользу диагноза шизофрении свидетельствуют хронических характер персистирования гетерогенной психопатологической симптоматики (обсессивно-компульсивная, тревожная, дисморфическая, аффективная, сенестопатическая) с нарастанием негативных симптомов и специфических когнитивных нарушений. В динамике фиксировалось расширение обсессивно-компульсивной симптоматики за счет присоединения гетерогенных по структуре навязчивостей (навязчивый счет, хульные мысли, ритуалы).

Фармакотерапия обсессивно-компульсивного типа ДМР проводилась с использованием средних и высоких доз флувоксамина и кветиапина, что позволило существенно снизить выраженность дисморфической симптоматики, но требует продолжения терапии для нивелирования симптомов шизофрении других регистров.

## **Приложение 4**

### **Клинический пример 4.**

Пациентка А.С., 49 лет.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Отец – злоупотреблял алкоголем, предприниматель, владелец завода, «вспыльчивый, с неустойчивым настроением, может кричать, кидаться вещами», скончался в 67 лет от инфаркта миокарда.

Мать - 69 лет, товаровед, по характеру «эмоциональная, гиперопекающая», отношения с ней «доверительные», со слов «как лучшие подружки».

Пациентка родилась в полной семье, единственным ребёнком. Со слов матери: была пролонгированная беременность на 10 дней от назначенного срока, однако роды естественные, без осложнений. Росла и развивалась в соответствии с возрастной нормой. Жару, духоту переносила тяжело, “кружилась голова”. Также до школы отмечалось снохождение.

ДДУ посещала несколько месяцев, затем бросила, по причине частых ОРЗ и обострений атопического дерматита на фоне погрешностей в питании. Дома с репетиторами училась читать, писать, учила английский язык, готовилась к школе, «когда пришли в школу, была подготовлена лучше других».

В школу пошла в 7 лет, учеба давалась легко, училась до 9 класса преимущественно на «отлично», любимым предметом были математика и английский. На уроках старалась “быть лучшей, примером для других”, часто испытывала тревогу, волновалась за оценки на контрольных и в четвертях. При волнении могла грызть пальцы до крови, расчёсывать локти.

По характеру формировалась общительной, эмоциональной, любила быть в центре внимания, была старостой класса. В школе получала замечания из-за смеха на уроке, также часто спорила с учителями и одноклассниками,

любила отстаивать свою точку зрения, была «борцом за справедливость» из-за чего поведение было «неудовлетворительным». При этом отношения в коллективе были “хорошие”, имела несколько друзей.

В 14-15 лет увлекалась «аниме», смотрела сериалы, придумывала косплей на персонажей, создавала яркий макияж. Предпочитала смотреть боевики, и те жанры кино, которые «вызывают яркие эмоции или где умирает главный герой», в противном случае «фильмы казались унылыми». При этом была подвижной, спортивной, любила групповые игры, соревнования, “нравилось чувствовать свое тело, наблюдать за ним”. Помимо школы, увлекалась танцами с 1 по 7 класс, занималась конным спортом, рисованием.

Менархе с 12 лет, болезненные, периодически «нерегулярные» В предменструальный период снижалось настроение на несколько дней, уставала, была раздражительна.

В 16 лет (8-9 класс) с её слов, на фоне конфликтов между родителями снизились настроение, концентрация внимания, стала безрадостной, усилилась тревожность, нарушился сон по типу трудности засыпания, чувствовала “онемение” в руках и ногах, зуд, появлялась «неатопическая сыпь». Во время ссор с родителями кричала, что «ее не любят», несколько раз на несколько часов сбегала из дома. В этот же период впервые “почувствовала неуверенность в себе” из-за внешности: подолгу рассматривала себя в зеркале, “обнаруживая еле заметные следы прошедшей сыпи”, обильно пользовалась тональным кремом для их скрытия. Возникало ощущение, что окружающим заметны как высыпания, так и использование ею кремов, начинала спонтанно “оправдываться”, “отшучиваться” перед знакомыми, которые ей никаких замечаний не делали. Старалась избегать людных мест, в школе не выходила из класса на переменах. В этот же период рассталась с молодым человеком по «собственной инициативе». Состояние обошлось самостоятельно в течение 6-9 месяцев по мере нормализации

отношений между родителями. Восстановился прежний уровень активности, “подтянула учебу”, завязались новые отношения с молодым человеком. Недовольства собственной внешностью не отмечала.

Закончила 11 классов в 17 лет, сдала ЕГЭ и поступила на платной основе в ВУЗ на факультет «гостинично-ресторанно-туристического бизнеса» по своей инициативе. Адаптировалась к коллективу, было несколько друзей, учеба в институте нравилась, занятия не пропускала, училась на «тройки-четверки-пятёрки», параллельно ходила на танцы, общалась с молодыми людьми.

После окончания ВУЗа работала по специальности в гостиничном бизнесе, успешно организовывала индивидуальные и групповые туры, росла по служебной лестнице. В 24 года вышла замуж, в 25 лет родила. Беременность протекала с токсикозом второй половины, роды в срок, естественные, без осложнений.

Еще во время беременности отметила, что стала более апатичной, раздражительной, быстро уставала, “плохо спала”, не испытывая чувства отдыха с утра, ела “без аппетита”, “только для плода”. Пропало либидо, со слов «ощущала себя фриgidной». Беспокоили «тремор в ногах и руках», ощущала «покалывание в пальцах рук и ног», «онемение», «ком в горле». Связывала эти симптомы с токсикозом. Тогда же вновь стала фиксирована на своей внешности: считала, что “грудь стала слишком большой”, “волосы жидкими”, “живот никогда не станет прежним”. Несмотря на уверения матери, мужа и врачей уже в ходе беременности начала интересоваться возможностями пластической хирургии для коррекции этих “недостатков”. При этом также рассказывала родным, что “хотела бы исправить форму носа и скул”, которыми, как уверяла, “недовольна с детства, с рождения”. Часто плакала, жалея себя и мужа, “которому придется жить с уродиной”.

Спустя 3 месяца после родов, опасаясь сохранения или усиления “негативных изменений во внешности”, отказалась от естественного

вскармливания, обратилась в клинику пластической хирургии, где настояла на проведении серии операций (грудь, нос, разрез глаз). Обосновывая свои эстетические запросы, подчеркивала “врожденных характер дефектов внешности”, необходимость операций “для восстановления настроения и уверенности в себе”. Несмотря на проведение хирургической коррекции внешности, настроение оставалось сниженным. Результаты лечения оценивала негативно: считала, что “хотя операции выполнены хорошо”, новые внешние данные “сделали её хуже, некрасивее”. Осматривая себя в зеркале, “искала черты себя прежней”, “не узнавала”, “не могла принять себя новую”, обсуждала с хирургами и мужем, “можно ли вернуть, как было”. По совету знакомых посещала психолога без значимого эффекта. По направлению психолога лечилась у частного психиатра. В течение 6 мес принимала флуоксамин (до 225 мг/сут), тофизопам (до 100 мг/сут). На фоне терапии настроение нормализовалось, редуцировались тревожность, апатия, безрадостность, нивелировалось недовольство внешностью. Постепенно “привыкла” к новым внешним данным, теперь находила их “привлекательными”.

Через 2 года вышла из декрета на работу. Продолжала работать в сфере туризма. Изредка меняла места работы по финансовым или карьерным соображениям. Достигла должности вице-президента крупной компании. Активно занималась воспитанием ребенка, участвуя в его школьной, а затем институтской жизни. Отношения с мужем были ровными, единственным разногласием являлось её отказ от продолжения деторождения. Продолжала регулярно пользоваться услугами косметологов, однако хирургических коррекций внешности не планировала. Занималась фитнесом, плаванием.

С 47 лет начался менопаузальный период. В течение года эпизодически отмечала “приливы”, “онемение, покалывания” в теле. В 48 лет без видимой причины отметила постепенное снижение настроения, нарастание апатии, поверхностный сон. Обратила внимание на “морщины”

вокруг глаз. Несмотря на уверения подруг, мужа и коллег в их незаметности, “фиксировала” повышенное внимание к её внешности, не могла сосредоточиться на деловых встречах, считая, что морщины заметны и не нравятся окружающим. Обвиняла себя в том, что не следила за собой, что не уделяла “должного внимания внешности”, как своей, так и матери и мужа. Часто плакала. Несколько месяцев отсутствовала на работе, беря отпуска за свой счет. Вновь решила, что “для улучшения настроения” необходимо провести операцию – блефаропластику и обратилась к пластическому хирургу.

В период предоперационной подготовки согласилась на консультацию психиатра.

**Неврологическое состояние.** Судорожные состояния в анамнезе отрицает. Объективно: лицо симметричное, язык по средней линии. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. Зрачки окружной формы, реакция на свет живая, содружественная. Сухожильные рефлексы сохранены, живые, симметричные с обеих сторон. Тонус мышц не нарушен. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет правильно. . Отмечается легкий трепет при волнении. Парезов, параличей на момент осмотра не обнаружено. Грубых нарушений чувствительности нет. Патологические рефлексы отсутствуют. **МРТ головы** - на полученных изображениях не выявлено очаговых изменений в веществе мозга больших полушарий, ствола и мозжечка. **ЭЭГ-** Признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено. **Заключение невропатолога:** знаков органического поражения ЦНС не выявлено.

**Соматическое состояние.** При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Стенки зева не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД= 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС= 80 уд/мин. АД=

120/80 мм. рт. ст. ИМТ= 21,4. Живот мягкий безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. Стул и диурез в норме.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.** ЭКГ-электрическая ось сердца горизонтальная. Ритм синусовый. Умеренные диффузные изменения реполяризации миокарда. Клинический анализ крови: НВ – 118 г/л, эритроциты  $4,3 \times 10^{12}$  на л., лейкоциты –  $7,5 \times 10^9$  на л, СОЭ – 4 мм/ч. Анализы на RW, ВИЧ, НБС-антитела и антигены отрицательные. Анализ мочи: удельный вес – 1021 г/л; белок, сахар, ацетон, желчные пигменты отсутствуют, лейкоциты 1-2 в поле зрения, бактерии отсутствуют. Биохимический анализ крови (трансаминазы, белок и белковые фракции, сахар крови, содержание билирубина, холестерина, остаточного азота, мочевины) без отклонений от нормы. УЗИ органов брюшной полости без патологии. Рентгенография органов грудной клетки - без особенностей.

**Заключение терапевта:** со стороны внутренних органов патологии не выявлено. **Заключение эндокринолога:** Признаков нарушения функции эндокринных желез нет. **Заключение гинеколога:** перименопауза. **Заключение дерматолога:** патологии не обнаружено. **Заключение окулиста:** Зрачковых и глазодвигательных нарушений нет. На глазном дне: диски зрительных нервов с четкими границами, сосуды сетчатки не изменены.

**Психическое состояние.** Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Выглядит соответственно возрасту, опрятна, аккуратно одета, носит деловой костюм. На лице – тональный крем. Челка из волос, которую часто поправляет рукой, практически скрывает глаза. Во время беседы держится спокойно, несколько демонстративно. Выражение

лица печальное. Близко слёзы. В беседу вступает охотно. Голос тихий, мало модулированный. Ответы на вопросы по-существу, содержательные.

Жалобы на подавленное, сниженное настроение, что связывает с обнаружением возрастных изменений внешности на лице. При рассказе о недовольстве внешностью плачет, винит себя в “недосмотре” за собой, родителями и мужем. Также беспокоят отсутствие удовольствия от работы, общения, занятий фитнесом, тревога перед будущим, опасения потерять и работу, и “внешние данные”. Связывает с изменениями внешности снижение работоспособности, концентрации внимания, сокращение круга и объемов общения. Признает, что часто и подолгу рассматривает лицо в зеркале, отыскивая подтверждения ухудшения внешности. Считает, что для быстрого улучшения настроения и возвращения к прежнему уровню жизни необходимо провести пластическую операцию. Сон поверхностный, с трудностями засыпания, без чувства отдыха утром. Аппетит снижен, похудела на 5 кг за последние 6 мес. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляется. Суицидальные мысли отрицают. Физиологические отправления в норме.

#### **Психометрическое обследование:**

**Самоопросник для выявления тревоги и депрессии Цунга:** депрессия – 63 балла (умеренная депрессия), тревога – 50 баллов (слабый/умеренный уровень).

**Характерологический опросник К.Леонгарда: высокие баллы (>19)** – демонстративная, ананкастическая и депрессивная акцентуации.

**Пятифакторный личностный опросник:** высокие баллы (51-75) по интроверсии, практичности и самоконтролю.

**Опросник “Устойчивых форм Я-внимания”:** высокий уровень “общественного” и “персонального Я-внимания”, низкий уровень (12 баллов) “социального страха”.

**Методика диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна:** высокий показатель (18 баллов).

**Шкала импульсивности Плучика: пониженный уровень (20%).**

**Шкала стрессоустойчивости Холмса-Раге: 250 баллов (средняя степень сопротивляемости стрессу).**

**Заключение клинического психолога.** Мысление в слегка замедленном темпе. Выявляется достаточный уровень обобщения и абстрагирования. В эмоционально-личностной сфере личность с демонстративными и эмоционально-лабильными чертами, подверженностью депрессивным реакциям, со сложностью адаптации, чувством обиды, приниженности, брошенности и беспомощностью перед обстоятельствами, с фиксированностью на них, вызывает раздражение и быструю утомляемость, отстраненность и аутизацию.

Образ тела представлен нецелостно, формализован, сформирован под влиянием несформированных как интро- так и экстровертированных оценок и социальных стереотипов за счет повышенной проницаемости границ телесности, заниженной самооценки при эгосинтонном восприятии внешности.

Таким образом, на первый план выступает эмоциональное состояние, у личности с демонстративными чертами, склонной к аффективной дезорганизации, сверхценным переживаниям иррациональности восприятия в декомпенсации.

В мышлении динамические показатели с незначительными колебанием и снижением активного внимания.

**Катамнез.** В ранний послеоперационный период отмечалась завышенная оценка социальных последствий операции (расширение социального круга общения, улучшение внутрисемейных отношений и трудового статуса), построение малореалистичных планов по другим изменениям внешности. Однако даже спустя 6 мес после хирургического вмешательства (период нивелирования послеоперационных НЯ) настроение оставалось сниженным, пациентка высказывала недовольство “недостаточным объемом” проведенного лечения, считала, что необходимы повторные операции. Под влиянием супруга и лечащего хирурга согласилась на проведение комбинированного лечения (флуоксамин до 200 мг/сут, арипипразол до 5 мг/сут, когнитивно-поведенческая и суггестивная психотерапия). На фоне лечения в течение 4 мес нормализовались настроение, сон и аппетит, постепенно восстановилась прежняя концентрации внимания и работоспособность, уровень либидо. Редуцировались ощущения “онемения, покалывания” в теле. Полностью “приняла” результаты пластической операции и изменения во внешности, находя последние “привлекательными, хотя, возможно, и излишними”. Вернулась к работе и прежним увлечениям. Посещает косметолога в привычном до операции режиме. Комбинированную терапию продолжает (флуоксамин 100 мг/ночь, когнитивно-поведенческая психотерапия).

### **Клинический разбор**

В представленном случае ДМР манифестировало у личности с демонстративными и ананкастическими (перфекционизм) чертами на фоне психогенной провокации (конфликты в семье) в подростковом возрасте в рамках депрессивного состояния.

В дальнейшем отмечался фазный характер течения ДМР, отчетливо коррелирующий с динамикой аффективной патологии (рекуррентное депрессивное расстройство) и репродуктивным циклом пациентки (беременность и послеродовый период в 24 года, а также перименопауза после 47 лет). В межфазные промежутки значимых проявлений дисморфии не отмечалось, уровень социальной адаптации был хорошим (получение высшего образования, постоянная работа, карьерный рост, продолжительный брак, рождение ребенка).

Дисморфия во всех случаях экзацербировала в рамках депрессивных состояний, приобретая в клинической картине доминирующее место и сопровождаясь не только “симптомом зеркала”, но обращением к услугам эстетической медицины. При этом проведение хирургической модификации внешности не приводило к улучшение психического состояния. Напротив, отмечалось расширение дисфорической симптоматики за счет результатов лечения и их непринятия. Лишь при обращении к психиатру и использовании фармако- или комбинированной терапии удавалось достигнуть нивелирования как симптомов депрессии, так и ДМР.

## **Приложение 5**

### **Клинически пример 5.**

#### **Пациент А.М., 30 лет.**

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Мать, 62 года - врач УЗИ, по характеру заботливая, любящая, тревожная. В разговоре с врачом обстоятельная, некритична к состоянию сына. Сообщает, что в молодости “стеснялась своей внешности”, при получении финансовой независимости “много средств тратила на косметологов”.

Отец - был врачом-рентгенологом, умер в 2021 году от осложнений ковида. По характеру был вспыльчивым, эмоциональным.

2 младших брата, 17 и 10 лет – учащиеся. Со слов матери, у младшего ребенка в возрасте 5-6 лет отмечались навязчивые действия, «невролог рекомендовал обратиться к психиатру».

Пациент родился от нормально протекавшей беременности. Роды в срок, долгие, 8-9 баллов по шкале Агар. Ранее развитие без задержек, ходить начал с 9 месяцев, говорить с 1 года.

ДДУ посещал, адаптировался нормально. Было «некомфортно оставаться без родителей». Испытывал волнение во время утренников, но нравилось быть в центре внимания, «стремился быть лидером». Со слов матери, в детском саду был «командиром, давал задания другим детям».

В свободное время любил собирать конструктор, играть в железную дорогу. С детства любил фанатизировать, “уходил в себя”, “придумывал

различные миры”, “было комфортно наедине со своими мыслями”. Также был впечатлительным и мнительным.

С детских лет в общественном транспорте “сильно укачивало”, вынужден был каждый раз принимать дименгидринат. Жару и духоту переносил нормально. Физические нагрузки переносил плохо, быстро уставал, жаловался на слабость, боли в теле. Со слов матери, всегда был «астеничным, вегетативный ребенок, со слабым типом нервной системы», с детства наблюдались у невролога с повышенной утомляемостью, слабостью. Был выставлен диагноз “Вегето-сосудистая дистония”.

В школу пошел с 7 лет. Адаптировался быстро. В 8 лет переехал с родителями в Москву. Из-за переезда испытывал страх: «Москва казалась огромным городом, чувствовал себя потеряно». Со слов матери, переезд воспринял, как «сильный стресс, тревожился». В новой школе в Москве (3-4 класс) адаптировался нормально, учился на 4-5. Близких друзей не заводил, общение поддерживал формальное. Испытывал выраженную тревогу при ответе у доски. В этот же период, стал подвергаться буллингу. Со слов, “задевало несправедливое отношение учителей”, не мог смириться, что “они в вопросах травли не вставали на мою сторону”. Не переносил несправедливости, но сделать ничего не мог, “себя отстаивать не умел».

Впервые отметил снижение настроения на несколько месяцев из-за травли в школе. На фоне сниженного настроения пропало желание учиться, «постоянно ощущал усталость и упадок сил». Отмечал впервые появление мыслей о несовершенстве внешности. Считал, что, возможно, подвергается насмешкам из-за низкого роста, “покатых плеч”, “носа картошкой”. Рассматривал себя в зеркале, подыскивал “удачные” ракурсы, тренировал “выражение лица”, начал подкладывать под одежду поролоновые “плечики”, репетировал “низкий” голос. Тогда же начал меняться по характеру: стал

более замкнутым, избегал доверительных отношений. Стал более скрытным, мнительным, подозрительным, перестал заниматься хобби, «все свободное время проводил в своих мыслях».

В 5 классе из-за переезда в другой район вновь сменил школу. В новой школе отношения с одноклассниками были плохими, вновь подвергался буллингу “со стороны детей и учителей”. Тогда же, со слов, одноклассник специально кинул в голову баскетбольный мяч. Получил сотрясение мозга, лежал в больнице. После травмы долгое время отмечал головокружение, из-за чего прекратил посещать занятия по физкультуре.

Спустя полгода обучения в новой школе, вновь сменил школу. В другой школе с 6 класса опять, как утверждает, “подвергаться буллингу”. Из-за этого не хотел ходить в школу. Общение с одноклассниками поддерживал формальное. Снизилась успеваемость, в свободное время любил гулять в одиночестве, мечтая о “волшебном изменение внешности” и появлении множества друзей и поклонниц.

В 13 лет появились «навязчивые мысли и действия». Необходимо было перепроверять, что выключил кран, закрыл входную дверь. Данные «навязчивости» сохраняются по сей день. Также с 13 лет появилось ощущение, что в общественных местах незнакомые люди смотрят, обсуждают его внешние данные, что “везде могут быть камеры наблюдения”, “дома родители повесили камеры, чтобы следить”. Понимал, что такого не может быть, на какое то время успокаивался, потом это ощущение появлялось снова.

В 14 лет отметил появление «опасных» навязчивостей, отмечал навязчивое желание засунуть пальцы в розетку, потрогать провода с током. Со слов, понимал их абсурдность, но не смог сопротивляться: «один раз потрогал мокрыми руками провода - ударило током».

После 9 класса перешел в школу-экстернат, 10-11 класс окончил за 1 год.

В 16 лет поступил в РГГУ на факультет «международные отношения» на платную основу. Выбор ВУЗа обосновывался “близостью к дому”. В коллективе адаптировался долго, завел одну близкую подругу. Во время учебы отмечал повышенную тревогу из экзаменов, «задевала несправедливость: другие одногруппники прогуливают занятия, а я нет». Отчитывал их за это.

В тот момент отметил усиление навязчивостей, боялся, что может облить людей кипятком, зарезать ножом, в метро - столкнуть кого-то под поезд. С момента учебы в университете каждое свое онлайн выступление или звонок по телефону записывал на диктофон, потому что «оказалось, что вдруг сказал что-то не то», “параллельно с разговором в голове возникают мысли с оскорблениеми и матерными словами”, “боюсь, что я не проконтролирую и скажу их вслух”. В этот же период впервые отметил эпизоды, в которых возникало ощущение, что мир “ненастоящий”, “мир - это компьютерная игра”, “все происходит как в фильме и не со мной”.

В конце 2 курса впервые обратился к психиатру в частном порядке с жалобами на навязчивые мысли и действия. Со слов, психиатр настаивала на стационарном лечении. Пациент отказался, мотивировав «приближающейся сессией». Были назначены кветиапин и флуоксамин. Принимал 4 дня, мотивацию прекратить прием терапии объяснить не смог. Со слов матери, на фоне препаратов «было плохо». На 3 курсе увлекся психологией, «чтобы лучше разобраться в своем состоянии». Стал увлекаться экзистенциальной философией, строил «собственные концепции добра и зла».

Окончил ВУЗ с трудом из-за снижения концентрации внимания: «мог по 100 раз перечитывать страницу, так как есть навязчивый страх, что с

первого раза не понял». В период подготовки диплома отмечал выраженную тревогу, появление проблем с ЖКТ (обстипация). Начал ходить по врачам, посещал многократно проктологов, гастроэнтерологов. Серьезных отклонений выявлено не было. Со слов пациента, врачи говорили «о психологической природе заболеваний».

Решил не искать работу по специальности “пока не поправит здоровье”. Предъявлял жалобы врачам соматических профилей на головные боли, которые “сжимали как обруч”, “ком” в горле, трудность с глотанием, повышение артериального давления (макс цифры 137/90), хронические запоры, повышенную потливость, трепет рук, сухость во рту, тахикардию, снижение веса (за 2 года похудел с 63 до 55 кг несмотря на повышенный аппетит и достаточное питание), чувство нехватки воздуха. Проведено МРТ головного мозга – патологии не выявлено.

В 26 лет обострился страх, что на него смотрят “из-за дефектов внешности”. Был убежден, что окружающим заметен его “низкий рост”, “не волевой подбородок”, “приплюснутый нос”, “торчащие уши”, “округлый живот”, “разная длина ног”. Замечал, как “прохожие сторонятся его”, “слышал перешептывание” за спиной. Из-за этого перестал выходить на улицу, По квартире старался перемещаться в ночное время, “когда все спят”. Вскоре начал конфликтовать с родственниками и соседями, требуя, чтобы “они перестали третировать его из-за внешности”.

Впервые обратился к пластическому хирургу с просьбой “изменить внешность” для того, чтобы “избавиться от претензий” со стороны окружающих, родственников и соседей, “изводивших его замечаниями о внешних данных”. Был недоволен отказом провести ему сразу “несколько жизненно необходимых операций”, написал жалобу в Министерство здравоохранения, в которой указывал, что врач “по сговору с его

родственниками неправомерно отказался делать операции". Параллельно занялся поиском других специалистов.

Спустя несколько месяцев (28 лет) начал рассказывать родным о страхе, что в общественных местах "могут подсыпать яд в напитки". Перестал оставлять кружку дома на видном месте, несколько раз перемывал ее, "чтобы удалить возможный яд". Появился страх, «что в общественных местах могут в воздухе распылять наркотики, и что если я вдохну этот воздух с наркотиком, то сойду с ума». Отмечал страх снохождения, «вдруг во сне сделаю что-то плохое, хотя никогда таким не страдал». Со слов стали чаще беспокоить наплывы, ускорение и параллельность мыслей. Участились эпизоды, во время которых мог становиться дезориентированным, не помнил, как добирался до дома на метро, «был как на автопилоте, как в тумане». Казалось, что окружающим "известны его мысли", "они могут управлять ими и его навязчивостями". Также стал предъявлять жалобы на компульсивные переедания, которые "возникают с целью снизить тревогу". Испытывает навязчивое желание часто мыть руки, страх загрязнений и микробов.

По настоянию родных в 30 лет обратился в ПНД по месту жительства, дал согласие на госпитализацию. После лечения в психиатрической больнице (рисперидон, палиперидон, амитриптилин) в течение 2,5 мес. с положительным эффектом (нивелировались идеи воздействия, отравления, преследования, уменьшились навязчивости, улучшилось настроение) был выписан с диагнозом: "Шизофрения параноидная, непрерывно текущая, период наблюдения менее года". Поддерживающую терапию принимал около трех месяцев, жил на иждивении родных, затем на фоне повышенного настроения прием препаратов прекратил.

На этом фоне решил, что “повышенное внимание к нему со стороны окружающих” связано не с “осуждением его внешних недостатков”, а, напротив, с его “сексуальной привлекательностью”. Стал расторможен, отпускал интимные шутки в отношении соседей и случайных знакомых. Сталкиваясь с агрессивной реакцией окружающих, пришел к выводу, что “для успеха в интимной жизни” ему необходимо добиться проведения ранее не состоявшихся пластических операций. Вновь начал обращаться ко многим пластическим хирургам, в т.ч. к тому, на которого подавал жалобу, с постоянно меняющимися требованиями провести разнообразные модификации внешности (лица в целом, носа, ушей, губ, скул, подбородка, груди, живота, ягодиц, полового органа, длины ног) или ту “коррекцию внешности, которую считают необходимой они” “для повышения его сексуальной привлекательности”. Таким образом, добился проведения блефаропластики, результатом которой в первые дни при сохраняющихся послеоперационных отеках и гематомах “был доволен”, однако, не обнаруживая к себе повышенного внимания со стороны женщин, вскоре решил, что операция проведена некорректно и начал искать хирурга, “способного исправить её результаты”.

По настоянию хирурга обратился к психиатру “за справкой для допуска к операции”.

**Неврологическое состояние.** Судорожные состояния в анамнезе отрицают. Объективно: Лицо симметричное, язык по средней линии. На лице постоперационные остаточные отеки и рассасывающиеся гематомы под глазами. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. Зрачки окружной формы, реакция на свет живая, содружественная. Сухожильные рефлексы сохранены, живые, симметричные с обеих сторон. Тонус мышц не нарушен. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет правильно. Парезов, параличей на момент осмотра не обнаружено. Грубых нарушений

чувствительности нет. Патологические рефлексы отсутствуют. МРТ головы-на полученных изображениях не выявлено очаговых изменений в веществе мозга больших полушарий, ствола и мозжечка. Отмечается умеренно выраженное увеличение боковых желудочков. Субарахноидальные пространства слабо расширены в проекции лобных, височных, теменных долей. Заключение: наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия. ЭЭГ- Признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено. Признаки снижения функционального состояния коры головного мозга, а также корково-столовой ирритации и диэнцефальной дисфункции с повышенной возбудимостью диэнцефальных структур. Заключение невропатолога: знаков органического поражения ЦНС не выявлено.

**Соматическое состояние.** Аллергологический анамнез: не отягощен. Жалобы на нарушение стула, тахикардию, “ком в горле”, головные боли по типу «обруча», повышенное потоотделения, «мокрые ладони», сухость во рту, повышенную утомляемость, снижение концентрации. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Стенки зева не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД= 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС= 68 уд/мин. АД= 135/85 мм. рт. ст. ИМТ= 19,9. Живот мягкий безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. Стул и диурез в норме.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.** ЭКГ-электрическая ось сердца вертикальная. Ритм синусовый. Клинический анализ крови: НВ – 112 г/л, эритроциты  $3.2 \cdot 10^{12}$  на л., лейкоциты –  $7,2 \cdot 10^9$  на л., из них п/я – 3%, с/я – 62%, лимфоциты – 38%, эозинофилы – 1%, базофилы – 2%, моноциты – 4%, СОЭ – 12 мм/ч. Анализы на RW, ВИЧ, HBS-антитела и антигены отрицательные. Анализ мочи: удельный вес – 1020

г/л; белок, сахар, ацетон, желчные пигменты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, бактерии отсутствуют. Биохимический анализ крови (трансаминазы, белок и белковые фракции, сахар крови, содержание билирубина, холестерина, остаточного азота, мочевины) без отклонений от нормы. УЗИ органов брюшной полости без патологии. Рентгенография органов грудной клетки - без особенностей.

**Заключение терапевта:** со стороны внутренних органов патологии не выявлено. **Заключение эндокринолога:** Признаков нарушения функции эндокринных желез нет. **Заключение окулиста:** Зрачковых и глазодвигательных нарушений нет. На глазном дне: диски зрительных нервов с четкими границами, сосуды сетчатки не изменены.

**Психическое состояние.** Контакту доступен. Ориентирован правильно в месте, личности, путает текущую дату. Опрятен, одежда ярких тонов (сетчатая красная футболка, короткие джинсовые шорты). Астенического телосложения. На лице постоперационные остаточные отеки и рассасывающиеся гематомы под глазами. Брови подведены. Щеки подбородок под тональным кремом. Во время беседы часто вскакивает, ходит по кабинету, активно жестикулирует. Манерен. Гипомимичен. Зрительный контакт поддерживает. Голос громкий, монотонный. Речь ускорена, монологом с напором. Периодически использует ненормативную лексику, переходит на "ты". В переживаниях полностью раскрывается только наедине с врачом, просит закрыть дверь в кабинете. На вопросы отвечает часто не в плане заданного. Мышление со склонностью к резонерству, соскальзываниям. Пословицы трактует буквально, с трудом, долго раздумывает. Со счетом 100-7 не справляется. На вопрос, что общего у ботинка и карандаша отвечает: «карандашом можно обвести ботинок, чтобы узнать размер стопы». В суждениях противоречив и амбивалентен, часто теряет нить разговора, переключается на второстепенные темы,

переспрашивает, обрывает ответ на полуслове, не может вспомнить о чем, только что говорил.

Настроение приподнятое с эйфорическим оттенком. При этом эмоциональный реакции уплощенные. С трудом излагает жалобы и переживания, пытается собраться с мыслями, хватается за голову, за виски, вздыхает. Далее обстоятельно высказывает многочисленные жалобы на “переживания, неуверенность в себе из-за внешности”, сообщает, что хочет путем пластических операций добиться сексуальной привлекательности, создать семью, работать манекенщиком. Какие именно для этого хочет изменить данные ответить четко затрудняется, перечисляет практически все наружные органы и части тела, “т.к. практически всё уродливо”. Предъявляет массу изображений людей, в т.ч. противоположного пола, “на которых хотел бы быть похож”, рисует формы частей тела, какими хотел бы их у себя видеть. Сообщает, что пробовал самостоятельно менять внешность (“вставлял кольца в ноздри”, “прищипывал уши”, “выщипывал брови”, “стачивал ногти”, “растягивал ногу”), активно использует косметику (красит брови, губы, накладывает тональный крем, крем для загара). Походя упоминает о беспокоящих с детств навязчивостях, «постоянно всё перепроверяю», «включаю диктофон, чтобы в будущем оценить сказанное, перестраховка». Высказывает претензии врачам, отказавшимся его оперировать. Считает, что в результате блефаропластики “перестали закрываться глаза, спит с открытыми”. Демонстрирует полностью сомкнутые веки, уверяя, что “глаза сейчас открыты”. Также предъявляет жалобы на нарушение стула, тахикардию, “ком” в горле, головные боли по типу «обруча», повышенное потоотделения, «мокрые ладони», сухость во рту, повышенную утомляемость, снижение концентрации. Суицидальные мысли отрицают. Сон по 5-6 часов, “достаточный”. Аппетит в норме

### **Психометрическое обследование:**

**Самоопросник для выявления тревоги и депрессии Цунга:**  
депрессия – 28 балла (норма), тревога – 36 балла (норма).

**Характерологический опросник К.Леонгарда: высокие баллы (>19)**  
- демонстративная, педантическая и тревожная акцентуации.

**Пятифакторный личностный опросник:** высокие баллы (51-75) по интроверсии, практичности, обособленности от общества и самоконтролю.

**Опросник “Устойчивых форм Я-внимания”:** средний уровень “общественного” и “персонального Я-внимания”, высокий уровень (34 из 40 баллов) “социального страха”.

**Методика диагностики самооценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна:** высокий показатель (17 баллов).

**Шкала импульсивности Плучика:** 56%(баллов) (высокий уровень)

**Шкала стрессоустойчивости Холмса-Раге:** 310 баллов (низкая сопротивимость стрессу).

**Заключение медицинского психолога:** на первый план выступает выраженные нарушения в мышлении по шизо- типу в виде искажения процесса обобщения, актуализация латентных признаков предметов, разноплановости аморфности. Динамические показатели, с выраженным колебанием активного внимания, сложностью процесса усвоения нового материала. В эмоционально личностной сфере неустойчивое, напряженно-протестное состояние сопровождающееся повышенным настроением, сниженным самоконтролем, включенностью в себя, соматическим дискомфортом, неустойчивостью психо- эмоциональный фона, с потребностью в стабильной обстановке и снижения мнимой недоброжелательности окружающих, суженой зоной социального комфорта, с одновременным страхом одиночества и желанием быть на виду, с иррациональными, навязчивыми способами противодействия ощущением

недоброжелательности и мнимой агрессии окружающих. У личности обсессивно-компульсивного типа, с иррациональными, навязчивыми способами защиты.

**Катамнез.** Согласился на проведение психофармакотерапии “для укрепления нервной системы перед оперативными вмешательствами”. На фоне лечения (галоперидол до 15 мг/сут, карбамазепин до 400 мг/сут) в течение первого месяца стабилизировалось настроение, редуцировались неприятные ощущения в теле, нормализовался сон. В течение следующих 4 месяцев редуцировались идеи воздействия и ущерба, эротоманические убеждения, уменьшилась насыщенность дисморфии. Перешел на ношение стандартной одежды, отказался от планов проведения наиболее травмирующих операций (удлинение ноги), в беседах периодически высказывает сомнения в наличии многообразных внешних “дефектов”. Продолжает вести замкнутый образ жизни, не работает, ссылаясь на “усталость, утомляемость, невозможность мыслить как прежде”. Интересуется возможностью медикаментозной коррекции этих симптомов.

### **Клинический разбор**

В представленном наблюдении психотический тип ДМР диагностирован у пациента с преморбидными истеро-тревожными (избегающими) чертами, соматопатией и резидуальной органической патологией головного мозга, страдающего непрерывной формой параноидной шизофрении (продуктивная симптоматика – бред ущерба, воздействия, психические автоматизмы, обсессиво-компульсивные симптомы, панические атаки, сенестопатии, негативные и специфические когнитивные расстройства, колебания аффекта, нарастание социальной и трудовой дезадаптации).

По всей видимости, дисморфическое расстройство, манифестирувшее в школьные годы на фоне психогенной провокации в

виде межличностных конфликтов (буллинга), являлось и первой экзацербацией шизофренического процесса. Дальнейшее непрерывное течение шизофрении характеризовалось расширением и утяжелением дисморфических идей вплоть до бредовых (персекуторных), а затем, на фоне психофармакотерапии и смены полюса аффекта, принявших форму эротоманической дисморфии.

Обращает на себя внимание наличие вычурного эмоционально-нейтрального самоповреждающего поведения, гротескного “отвлекающего камуфляжа” в рамках ДМР, являющегося, возможно, ещё одним указанием на шизофреническую природу заболевания. Отсутствие сенситивных идей отношения, характерных для других типов ДМР, обусловлено наличием выраженного, устойчивого, интерпретативного бреда отношения с тенденцией к расширению и присоединению идей ущерба.