

На правах рукописи

Медведев Владимир Эрнстович

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

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

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии

Научный консультант:

доктор медицинских наук Сиволап Юрий Павлович

Официальные оппоненты:

Самушия Марина Антиповна – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, проректор по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Волель Беатриса Альбертовна – доктор медицинских наук, профессор РАН, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматики, директор Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Романов Дмитрий Владимирович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделом клинической эпидемиологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения “Научный центр психического здоровья”

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится “11” марта 2026 г. в _____ на заседании диссертационного совета 0300.031 по защите диссертации на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (РУДН) по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (адрес 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6) и на сайте университета: на сайте <https://www.rudn.ru/science/dissovet/dissertacionnyesovety/pds-0300031>

Автореферат разослан " ____ " _____ 2025 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Данилин Иван Евгеньевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

По оценкам Всемирной организации здравоохранения до 16% взрослого населения течение жизни страдают дисморфическим телесным расстройством (ДМР, дисморфия, необоснованное недовольство собственной внешностью) различной степени выраженности (Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., 2019). В эпидемиологических исследованиях срезовая распространенность ДМР в населении составляет 0,7–3% набл. (Волкова Н., Глазкова Л., 2019; Buhlmann U., et al., 2010; Hardardottir H., et al., 2019). В менее крупных популяциях (студенты, пациенты) показатели распространенности ДМР в различных странах достигают – 4–13% набл. (Cansever A. et 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 (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 (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 (Phillips K.A., Diaz S., 1997; Phillips K.A., 2013). Ещё около 23% всех больных с ДМР обращаются к пластическим хирургам (Phillips K.A., 2013; Dey J.K. et al., 2015; Joseph A.W. et al., 2017). В выборках потребителей услуг косметической хирургии распространённость 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). 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 (Хеден П., 2001; Ishak W.W. et al., 2012). 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). 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; Fenwick A.S., Sullivan K.A., 2011; Hooker C.I. et al., 2013).

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, суицидального поведения (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).

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).

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; 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 периоперационный 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 разработанности темы исследования

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 в последние годы либо отсутствуют, либо затрагивают отдельные аспекты распространенности или психопатологических проявлений, изучающихся на ограниченных выборках.

Несмотря на высокую распространенность ДМР среди пациентов эстетической медицины (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; Wang Y. et al., 2020; Moody T.D. et al., 2021), преимущественно женский пол (Quittkat H.L. et al., 2019; Athulya E.I., Priyanka V.R., 2023), подростковый возраст (Liu X. et al., 2018; Bala M., et al., 2021) и психогенные провокации (Варлашкина Е.А., 2015; Panayi A., 2015; Sarcu D., Adamson P., 2017), но не затрагивают действия иных социодемографических, 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 (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 (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., 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 - 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.

Научная новизна исследования

В отличие от предшествующих исследований (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-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 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 (Анисимова Н.Ю. с соавт., 2014; Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2019; Philippou A. et al., 2016; Krebs G. et al., 2017; Ólafsdóttir Þ., 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.

Положения, выносимые на защиту

1. Манифестация и эскалация 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.

Методология и методы исследования

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.

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

Для достижения поставленных цели и задач исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического, клинико-катамнестического психометрического и статистического методов. Клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы включали личное обследование каждого пациента исследователем. 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 ремиссии и приверженности терапии.

Степень достоверности научных положений и выводов

Комплексная стандартизированная методика обследования, соответствующая поставленным задачам, и последующая обработка результатов с применением клинко-психопатологического, клинко-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, 3 декабря 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 публикации, 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. Владимирского», 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

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 катamnестического 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.

Соответствие пунктам паспорта научной специальности

Диссертационное исследование соответствует пунктам 1-7 и пункту 17 паспорта научной специальности 3.1.17 «Психиатрия и наркология».

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).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Дизайн и методы исследования

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

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 (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.).

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

Инструменты исследования

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.

Набор психометрических шкал включал: Характерологический опросник К.Леонгарда (Леонгард К., 1981); Пятифакторный личностный опросник МакКрас–Коста в русском переводе, адаптированный А.Б. Хромовым (Хромов А.Б., 2000); тест Кетелла (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 1949) (Капустина А.Н., 2001); опросник “Устойчивых форм Я-внимания” (Кондаков, И.М., 1997); шкалу стресса Холмса-Рея (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967); шкалу импульсивности Плучика; шкалу мотивации одобрения Д. Крауна, Д. Марлоу (русскоязычный сокращенный вариант Ю.Л. Ханина, 1974, 1976); шкалу Цунга для самооценки депрессии и тревоги (The Zung self-rating depression scale (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965); 24-бальную шкалу HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) (Hamilton M., 1960) (русскоязычная валидизированная версия); опросник жизненного тонуса, активности и настроения (HCL-32-R1, 2003) (Мосолов С.Н. с соавт., 2015); шкалу общего клинического впечатления (CGI – Clinical Global Impression Scale – подшкалы тяжести CGI-S и улучшения CGI-I (Guy W., 1976).

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 не менее 6 мес., что представляется адекватным для суждения о динамике изучаемых состояний.

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

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.).

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.

На этом этапе, оценка эффективности терапии проводилась с использованием шкалы общего клинического впечатления (CGI – Clinical Global Impression Scale – подшкалы тяжести CGI-S и улучшения CGI-I). Помимо динамических оценок состояния больных, 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.

Дополнительно для верификации нежелательных явлений (НЯ), определения переносимости и безопасности применявшихся лекарственных средств использовалась «Шкала оценки побочных эффектов» (Side effects rating scale – UKU (Lingjaerde O. et al., 1987)). 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).

Результаты 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).

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. Инвалидов по соматическому заболеванию согласно критериям отбора в исследование не было. 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.

Соотношение гендерных и возрастных характеристик пациентов и субъективно воспринимаемых “недостатков” внешности представлено в Таблицах 1 и 2. 159 (34%) пациентов указали несколько причин для субъективного недовольства своей внешностью

Таблица 1. Субъективные причины недовольства пациентов внешностью (n=467)

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

Таблица 2. 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
61-65	10,1	6,9	11,1	7,5	2,4	5,8	16,7

Сравнение 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 пациентов.

В первой подгруппе преобладали пациенты в возрастном диапазоне 21-40 лет, во второй – в возрасте 31-60 лет. Средний возраст ($42,7 \pm 2,4$ лет) пациентов косметологов оказался больше, чем среди прибегавших к хирургической коррекции внешности ($34,7 \pm 1,8$ лет, $p < 0,006$). 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 3).

Таблица 3. Неудовлетворенность собственной внешностью пациентов пластического хирурга и косметолога

	“Возраст- ные” изменения лица (%)	“Врожден- ный” дефект лица (%)	Ушные раковины (%)	Живот (%)	Нос (%)	Грудь (%)	Другое (%)
Косметоло- логия (n=186)	46,5	8,1	3,5	9,6	11,1	8,1	2,0
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
Хирургия (n=281)	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							

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 1), а также, по Пятифакторному личностному опроснику (Хромов А.Б., 2000) такие патопсихологические черты как интроверсия ($p<0,001$), педантичность ($p=0,0032$), обособленность ($p=0,0021$) и высокий самоконтроль ($p<0,001$: точность и аккуратность в делах, соблюдение общепринятых норм поведения в обществе) (Рисунок 2).

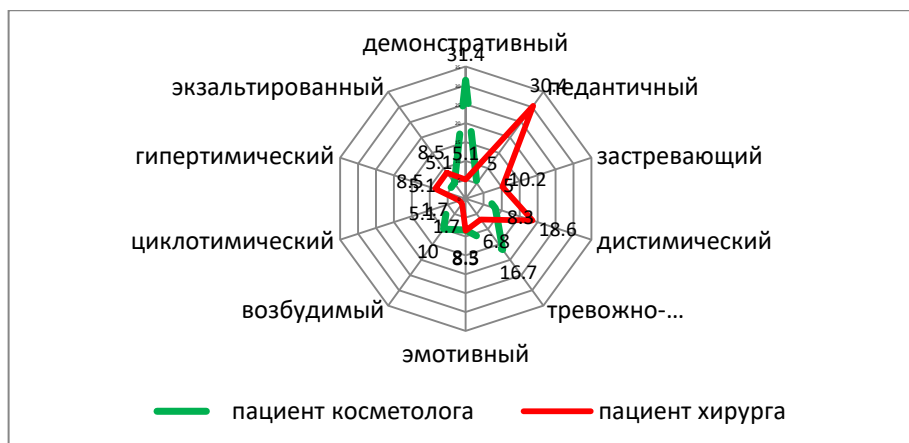


Рисунок 1. Частота встречаемости личностных акцентуаций у пациентов пластического хирурга и косметолога (% , Характерологический опросник К.Леонгарда)

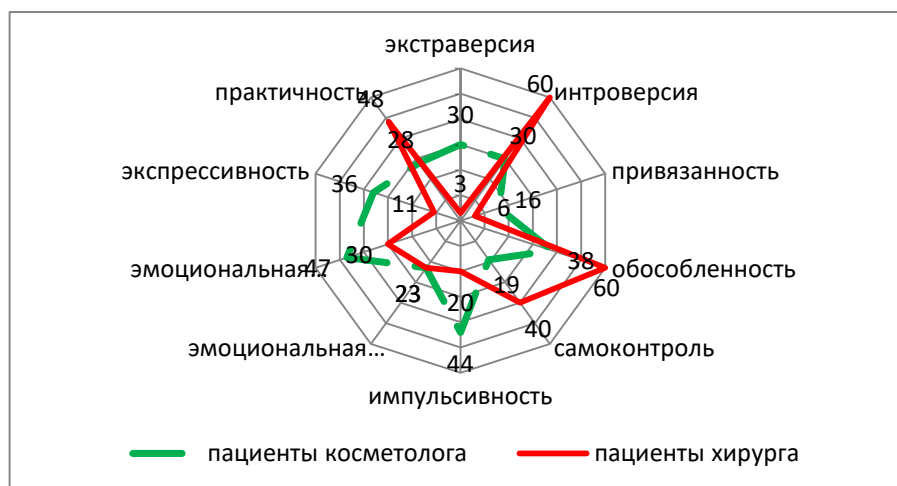


Рисунок 2. Частота встречаемости личностных характеристик у пациентов пластического хирурга и косметолога (% , Пятифакторный личностный опросник)

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 1), а также такие личностные черты, как экстравертированность, экспрессивность, эмоциональная неустойчивость, импульсивность (Пятифакторный личностный опросник, Рисунок 2).

Полученные данные дополняются и соотносятся с результатами исследования пациентов пластического хирурга и косметолога с использованием иного набора психометрических шкал (Рисунок 3). При патопсихологическом обследовании доминирование интернального локуса 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.

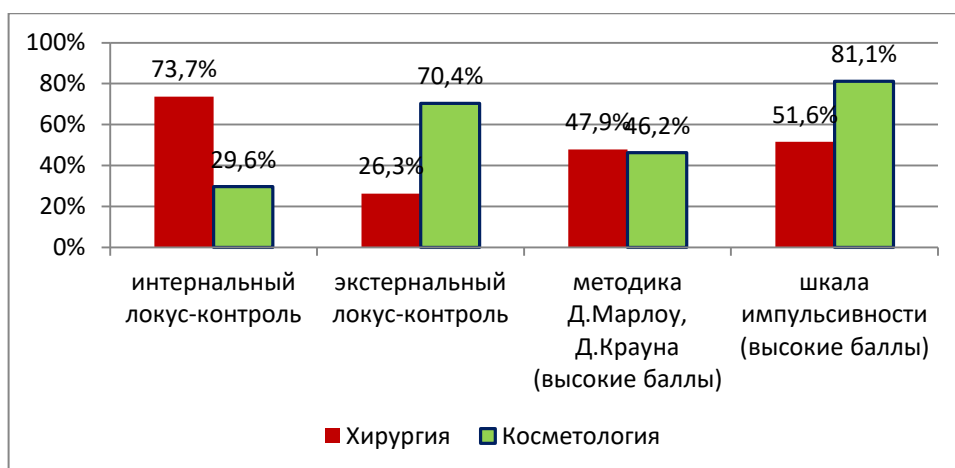


Рисунок 3. Сравнение результатов психометрического обследования пациентов пластического хирурга (n=281) и косметолога (n=186)

Несмотря на то, что пациенты обеих подгрупп незначительно отличались по показателям субъективной значимости психоэмоциональных стрессов по шкале Холмса-Рея, в обеих подгруппах состояние собственного здоровья не являлось доминирующим стрессогенным фактором для пациентов. 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 ($363 \pm 11,9$ и $192,3 \pm 12,1$ против $480,5 \pm 17,1$ и $203,6 \pm 11,5$ 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 (Рисунок 4).

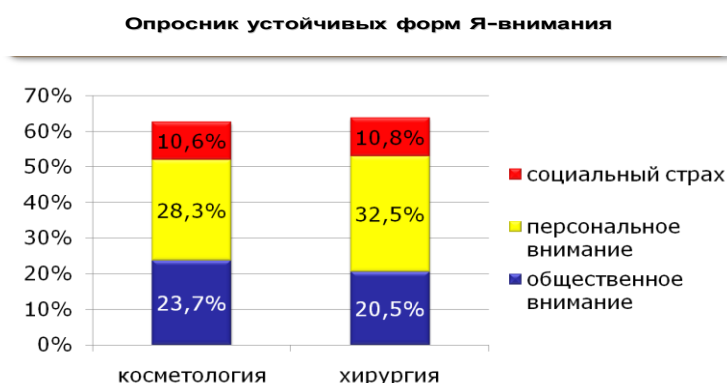


Рисунок 4. Патопсихологические характеристики пациентов пластического хирурга и косметолога (% , Опросник “Устойчивых форм Я-внимания”)

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%, $p = 0,005$).

Клинико-динамическая типология дисморфического расстройства

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

1. фазная (эпизодическое, ремиттирующее течение, 117 (41,6%) пациентов) - чаще психогенно или соматогенно спровоцированное 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 спровоцированными (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.

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).

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.).

ДМР развивалось преимущественно в подростковом возрасте (83,6%) на фоне психогенной провокации (насмешки сверстников, замечания родителей или знакомых, ятрогенно). Лишь у 16,4% пациентов дисморфия развивалась в послеродовой 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 К.А., 2011), 93,2%) с целью найти выгодный ракурс, в котором предполагаемый “дефект” не виден, 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 “увечковечит уродство” (“отрицательный симптом фотографии” (Фаустова А.Г., 2017; Phillips К.А. 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/сокрытию (использование косметики, ношение мешковатой одежды) или “исправлению”, “коррекции” мнимого недостатка (чрезмерный уход за внешностью с чисткой кожи, выщипывание волос и т.д.).

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.

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.

При клинико-катамнестическом обследовании зафиксирована самая частая (16 пациентов, 21,9%) динамика клинической картины в другие типы ДМР (депрессивный, ипохондрический, бредовой). Представляется оправданным предположить, что сверхценное 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).

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.

Актуальное ДМР манифестировало/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.

Основной целью обращения к специалистам эстетической медицины пациенты считали “возвращение утраченного здоровья”, “тонуса” организма в целом или какой-либо его части (кожи, носа, кистей рук и др.). Лишь 35,4% больных в ходе психотерапевтических бесед формально соглашались с мнением, что значимый для них “дефект” внешности не обязательно 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. 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 самоощущения” поведения в болезни: истерической (24,6%) или “маскированной” (75,4%) ипохондрии (Фильц А.О., 1993; Смулевич А.Б. с соавт., 2009; Ladee G., 1966).

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 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.

Обсессивно-компульсивный тип ДМР выявлен у 31 (11%) пациента (2 мужчин, 29 женщин, средний возраст – $28,3 \pm 3,7$ лет).

Обсессивно-компульсивное ДМР манифестировало у пациентов с РЛ (29%) или малопрогредиентной формой шизофрении (71%) в послеродовой 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” математически выверенных, пропорций (“тяга к перфекционистскому идеалу” (Nouraei, S.A. et al., 2009), сопровождалась 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.

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 “скорректировать” транзиторные послеоперационные осложнения (отеки, гематомы, ссадины). Больные многократно 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.

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. 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 манифестировали/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 либидо, ведущее место занимали нехарактерные для эутимического состояния обследованных идеи малоценности, самоуничтожения, 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 “возрастные” (80%) или “врожденные” (20%) изменения внешности причиной ухудшения настроения, ссылаясь на данные самостоятельно изученной литературы, средств массовой информации, мнение знакомых, других врачей.

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”), и требовали “вернуть прежнюю внешность”, “восстановить, как было”.

У остальных 32,2% пациентов в ранний послеоперационный период (до 2 месяцев) отмечались симптомы реактивной гипомании с сексуальной расторможенностью, переоценкой значения результатов лечения, построением мало реалистичных планов по другим изменениям внешности, расширению социального круга общения, улучшение внутрисемейных отношений и трудового статуса. В тоже время, в результате состояния 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 (фазная динамика).

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

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%).

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)) 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, предъявляли множественные, часто меняющиеся или несоответствующие возрасту запросы (например, подтяжка лица в 20 лет), были фиксированы на том, чтобы объяснить свою теорию, рисовали свои собственные графики и изображения, высказывали нереалистичные ожидания от 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. 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” (сбривание 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.

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 замечен 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.

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, добьются 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.

Факторы риска дисморфического расстройства

Патохарактерологические девиации (расстройства - 32%, акцентуации - 68%), установленные на втором 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 4.

Таблица 4. Личностные характеристики (акцентуации, РЛ) пациентов с различными типами ДМР в выборке (n=281)

Акцентуация, %	Дисморфия				
	Сверхценная (n=73)	Депрессивная (n=90)	Ипохондрическая (n=65)	Обсессивно-компульсивная	Бредовая

				я (n=31)	(n=22)
Истерическая	61,6	62,2	81,5	61,3	45,5
Нарциссическая	31,5	15,6	4,6	-	-
Обсессивно-компульсивная (ананкастическая)	47,9	82,1	40	74,2	18,2
Избегающая (тревожно-мнительная)	-	35,6	35,4	-	36,4
Шизоидная	20,5	12,2	-	-	-
Гипо /паранойяльная	-	-	-	-	22,7
Гипертимическая	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

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.

Нозологическая принадлежность по МКБ-10 выявленных психических расстройств с ДМР в выборке представлена в Таблице 5.

Таблица 5. Представленность разных типов ДМР при гетерогенных психических расстройствах в выборке (n=281)

Дисморфия, %	Нозология				Всего:
	Шизофрения	Аффективная патология	РЛ/акцентуация	Органические психические расстройства	
Сверхценная (n=73)	-	-	57,5/42,5	-	100
Депрессивная (n=90)	-	90	-	10	100
Ипохондрическая (n=65)	5,5	-	75,5	20	100
Обсессивно-компульсивная (n=31)	71	-	29	-	100

Бредовая (n=22)	40,7	45,5	-	13,8	100
------------------------	------	------	---	------	-----

Данные Таблицы 5. свидетельствуют о формировании дисморфического симптомокомплекса в структуре и динамике различных психических расстройств, развитие которых, может рассматриваться как фактор риска не только манифестации, но и различных стереотипов динамики ДМР, а также соопределяет клинические проявления дисморфии.

Возраст манифестации и повторных эскалаций ДМР (Рисунок 5) оценивался по клиничко-анамнестическим данным и не всегда соответствовал возрасту обращения к услугам эстетической медицины.

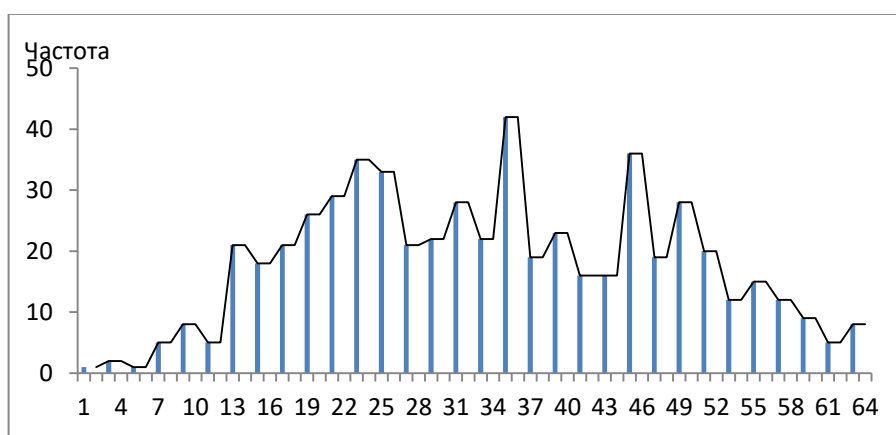


Рисунок 5. Соотношение частоты развития (обострений) ДМР и возраста (лет) пациентов (n=281)

Полученные данные свидетельствуют о наличии нескольких возрастных пиков манифестации или повторных обострений ДМР, причем максимальная частота ДМР приходилась на 35-36 и 45-46 лет.

Биологические и психосоциальные факторы. Анализ анамнестических данных, дополненный результатами заполнения Шкалы стрессоустойчивости Холмса-Рея, также позволил выделить ряд биологических и психосоциальных факторов риска.

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: послеродовой период (максимальный риск в течении $2,1 \pm 1,2$ - $8,4 \pm 1,6$ месяцев после родов), климактерий (продолжительностью не менее $4,3 \pm 2,1$ месяцев), конфликт (от $3,6 \pm 0,6$ месяцев и более), угроза/утрата финансовой стабильности ($1,5 \pm 0,4$ - $12,7 \pm 6,2$

месяцев), вынужденная разлука (от $6,3 \pm 2,9$ месяцев), снижение социальной активности (от $5,7 \pm 4,2$ месяцев), проблемы с законом (от $1,7 \pm 1,1$ до $5,6 \pm 2,4$ месяцев).

Для определения взаимосвязи частоты возникновения ДМР с биологическими и психосоциальными факторами проведено построение регрессионной модели. В результате регрессионного анализа в качестве основных из выявленных биологических и психосоциальных факторов риска, статистически достоверно влияющих на частоту 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 послеродовой 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, утрата работы, близкого).

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) биопсихосоциальным факторам в различных возрастных периодах. 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 – послеродовой 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 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.

Терапия пациентов с дисморфическим расстройством

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

Минимальный катамнестический период наблюдения у пациентов основной группы и контрольной группы составил от 6 мес (средний - $8,4\pm 1,9$ мес).

При сверхценном типе ДМР наибольший терапевтический эффект достигался при комбинировании с психотерапией ($4,4\pm 0,2$ мес) курсовой анксиолитической терапии препаратами (гидроксизин, тофизопам, фобоматизол, этифоксин) в малых и средних дозировках 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 ($p<0,01$).

Эффективность моно- и комбинированной терапии у пациентов с депрессивным и другими типами ДМР в сравнении с группой контроля представлена в Таблице 6.

Таблица 6. Эффективность терапии ДМР

Тип ДМР	Дисморфия					
Вид терапии/ Критерии оценки	Сверхценная (n=31)	Депрессивная (n=75)	Ипохондрическая (n=48)	Обсессивно-компульсивная (n=26)	Бредовая (n=6)	Всего (n=186)
Психофармакотерапия						

Респондеры, %	80,0	4,3	37,5	35,0	33,3	38,0
Ремиттеры, %	-	85,2	58,3	55,0	66,7	55,1
Удовлетворенность 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 \pm 0,8	1,7 \pm 0,6	3,3 \pm 0,9	5,4 \pm 1,2	0,6 \pm 0,3	3 \pm 0,8
Комбинированная терапия						
Респондеры	53,8	4,3	12,5	16,7	-	32
Ремиттеры	30,8	95,7	70,8	83,3	-	60
Удовлетворенность 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

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, флувоксамин, эсциталопрам), антипсихотиков (сульпирид, арипипразол, карипразин, кветиапин), обладающих в малых дозах потенцирующим тимолептическим эффектом, анксиолитиков 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 флувоксамина, 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%. 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, флувоксамин) за $5,4 \pm 0,6$ мес удалось достичь ремиссии у 66,% больных, респондерами оказались 33,3%.

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 7). 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 7. Переносимость разных видов терапии при ДМР

Показатель	Дисморфия					
	Сверхценная (n=31)	Депрессивная (n=75)	Ипохондрическая (n=48)	Обсессивно-компульсивная (n=26)	Бредовая (n=6)	Всего (n=186)
Частота развития НЯ, %	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
Комбинированная	50,0	41,4	20,8	50,0	-	38,8
Частота коррекции дозы из-за НЯ, %	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
Комбинированная	19,2	10,3	8,3	16,7	-	12,9

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).

ВЫВОДЫ

Исследование репрезентативной выборки пациентов эстетической медицины с дисморфическим расстройством, позволило установить следующие зависимости:

1. Манифестация и эскалация 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 застревающий 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), утрата 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: послеродовой 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 – послеродовой 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 predisпозиция 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 спровоцированное обострение ДМР с полной редукцией симптоматики в межфазные интервалы;

- рецидивирующая (волнообразное, 33,1%) с формированием неполной ремиссии симптоматики с периодическими, чаще психогенно спровоцированными (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 симптомокомплексами 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, послеродовой, 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. 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 социфобии, 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/экзацерирует в 23-26 или 39-40 лет на фоне репродуктивного цикла у женщин (беременность, послеродовой 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 проводиться с учетом типологической и нозологической гетерогенности дисморфии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные статьи в журналах, входящих в перечень ВАК:

1. Виссарионов В.А. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога / Виссарионов В.А., **Медведев В.Э.**, Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е. // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. — 2011. — № 3. — С. 60–64.
2. **Медведев В.Э.** Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования) / Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Мартынов С.Е. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2011. — № 6. — С. 4–8.
3. **Медведев В.Э.** Терапия депрессивных и тревожных расстройств у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности / Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Дробышев А.В. // Психическое здоровье. — 2012. — № 5(72). — С. 40–45.
4. **Медведев В.Э.** Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э., Фролова В.И., Авдошенко К.Е., Виссарионов В.А., Шафирова Е.М., Мартынов С.Е. // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. — 2012. — № 3. — С. 60–64.

5. **Медведев В.Э.** Патохарактерологические и психопатологические расстройства у пациентов с острой посттравматической деформацией лица (аспекты клиники и терапии) / Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Фролова В.И., Мартынов С.Е., Дробышев А.Ю. // Психическое здоровье. — 2013. — № 7. — С. 31–41.
6. **Медведев В.Э.** Терапия непсихотических психических расстройств у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности / Медведев В.Э., Фролова В.И., Барсегян Т.В. // Российская стоматология. — 2013. — № 4. — С. 15–25.
7. **Медведев В.Э.** Оценка эффективности и переносимости антидепрессивной мелатонинэргической терапии у пациентов, перенесших хирургическую коррекцию внешности / Медведев В.Э., Барсегян Т.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. Н.Н. Корсакова. — 2014. — № 11(2). — С. 3–9.
8. Дробышев А.Ю. Психометрическая оценка уровня тревоги и депрессии у взрослых пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями / Дробышев А.Ю., Чантырь И.В., Дробышева Н.С., **Медведев В.Э.**, Фролова В.И., Фофанова Ю.С. // Медицинский алфавит. Стоматология. — 2015. — Т. 4. — № 22(263). — С. 39–41.
9. **Медведев В.Э.** Психопатологические и патохарактерологические расстройства у пациентов с травмами челюстно-лицевой области (аспекты клиники и терапии) / Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Мартынов С.Е. // Российская стоматология. — 2015. — № 8(4). — С. 44–51.
10. **Медведев В.Э.** Оптимизация терапии тревожных расстройств пептидным препаратом Селанк / Медведев В.Э., Терещенко О.Н., Кост Н.В., Тер-Исраэлян А.Ю., Гушанская Е.В., Чобану И.К., Соколов О.Ю., Мясоєдов Н.Ф. // Журнал неврологии и психиатрии им. Н.Н. Корсакова. — 2015. — № 6. — С. 33–40.
11. **Медведев В.Э.** Персистирующие идиопатические лицевые боли с позиции психосоматической медицины / Медведев В.Э., Фофанова Ю.С., Фролова В.И. // Архивъ внутренней медицины. — 2015. — № 4. — С. 10–15.
12. Фофанова Ю.С. Психосоматические аспекты атипичных прозопалгий / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Фролова В.И. // Психическое здоровье. — 2015. — № 9. — С. 43–49.
13. **Медведев В.Э.** Дисморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность / Медведев В.Э. // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. — 2016. — № 1. — С. 49–55.
14. **Медведев В.Э.** Дисморфическое расстройство: факторы риска и стереотипы динамики / Медведев В.Э. // Психическое здоровье. — 2016. — № 5. — С. 13–22.
15. **Медведев В.Э.** Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2016. — № 6 (18). — С. 49–54.
16. **Медведев В.Э.** Психопатологические аспекты недовольства внешностью в эстетической медицине / Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Фролова В.И., Славянская Т.А. // Вестник последипломного медицинского образования. — 2016. — № 1. — С. 31–39.
17. Фофанова Ю.С. Психические расстройства у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: распространённость, нозологическая квалификация и терапия / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Фролова В.И., Дробышев А.Ю., Шипика Д.В., Кузнецов А.Н. // Российская стоматология. — 2016. — Т. 9. — № 4. — С. 3–9.
18. **Медведев В.Э.** Дисморфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э., Фролова В.И., Мартынов С.Е., Виссарионов В.А. // Психическое здоровье. — 2017. — № 2. — С. 48–55.

19. Фофанова Ю.С. Патологические телесные сенсации в челюстно-лицевой области: этиология и подходы к терапии / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Фролова В.И., Зуйкова Н.Л., Дробышев А.Ю. // Психическое здоровье. — 2018. — № 5. — С. 62–70.
20. **Медведев В.Э.** Оптимизация терапии психических расстройств с мультисиндромальной клинической картиной / Медведев В.Э., Тер-Исраэлян А.Ю., Фролова В.И., Гушанская Е.В., Бурно А.М., Некрасова С.В., Салынцев И.В., Зуйкова Н.Л. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2020. — № 1. — С. 23–27.
21. **Медведев В.Э.** Депрессии с расстройствами пищевого поведения: клиника и терапия / Медведев В.Э., Фролова В.И., Гушанская Е.В., Фофанова Ю.С., Мартынов С.Е., Зуйкова Н.Л., Бурно А.М., Некрасова С.В., Салынцев И.В. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2020. — Т. 12. — № 4. — С. 49–56.
22. Котова О.В. Психопатологические расстройства при хронической ишемии мозга: возможности профилактики / Котова О.В., Зуйкова Н.Л., Палин А.В., Фролова В.И., Гушанская Е.В., Салынцев И.В., **Медведев В.Э.** // Лечащий врач. — 2021. — № 5 (24). — С. 22–26.
23. **Медведев В.Э.** Дистморфическое расстройство: гетерогенные факторы риска и клиничко-динамические характеристики / Медведев В.Э. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2021. — № 2. — С. 29–36.
24. Слабковский Р.И. Возможности психолого-психиатрической реабилитации взрослых пациентов после ортогнатических операций / Слабковский Р.И., Дробышева Н.С., Слабковская А.Б., Дробышев А.Ю., **Медведев В.Э.**, Успенская М.О. // Клиническая стоматология. — 2021. — Т. 24. — № 2. — С. 65–71.
25. Фофанова Ю.С. Психофармакотерапия и психотерапия патологических телесных сенсаций в челюстно-лицевой области / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Фролова В.И. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2021. — № 3. — С. 44–55.
26. **Медведев В.Э.** Терапия психических расстройств генеративного цикла у женщин / Медведев В.Э. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2022. — Т. 14. — № 2. — С. 84–90.
27. **Медведев В.Э.** Психосоматические осложнения снижения или нарушения генеративной функции у пациенток общесоматической сети (обзор литературы) / Медведев В.Э. // Архивъ внутренней медицины. — 2022. — Т. 12. — № 3. — С. 187–194.
28. **Медведев В.Э.** Психические расстройства репродуктивного цикла у женщин / Медведев В.Э. // Психиатрия. — 2022. — Т. 20. — № 2. — С. 85–96.
29. **Медведев В.Э.** Диагностика и терапия психосоматических расстройств генеративного цикла женщин в общей медицинской практике (обзор литературы) / Медведев В.Э. // Архивъ внутренней медицины. — 2022. — Т. 12. — № 4. — С. 276–284.
30. Фофанова Ю.С. Сенестопатический синдром в челюстно-лицевой области / Фофанова Ю.С., Никифоров И.А., Аронов П.В., **Медведев В.Э.**, Бельская Г.Н. // Вестник медицинского стоматологического института. — 2023. — Т. 2. — № 65. — С. 9–16.
31. Хватков А.А. Особенности клиники и диагностики обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков / Хватков А.А., **Медведев В.Э.** // Справочник врача общей практики. — 2024. — № 8. — С. 34–40.
32. **Медведев В.Э.** Структурные и функциональные изменения головного мозга при дистморфическом расстройстве по данным нейровизуализации / Медведев В.Э. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2025. — Т. 17. — № 3. — С. 104–111.
33. **Медведев В.Э.** Терапия дистморфического телесного расстройства у пациентов в эстетической медицине / Медведев В.Э., Сиволап Ю.П., Палин А.В., Зуйкова Н.Л., Салынцев И.В. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2025. — № 5. — С. 22–29.
34. **Медведев В.Э.** Дистморфия с расстройством половой идентификации / Медведев В.Э., Сиволап Ю.П., Фролова В.И., Гушанская Е.В., Гушанский С.И., Зуйкова Н.Л., Салынцев И.В. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2025. — № 2. — С. 4–8.

35. Петелин Д.С. Ведение пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством: фокус на новые данные / Петелин Д.С., Аведисова А.С., Зайцев О.С., Иващенко Д.В., Ковпак Д.В., Мартынихин И.А., **Медведев В.Э.**, Потанин С.С., Усов Г.М., Мосолов С.Н. // Современная терапия психических расстройств. — 2025. — №3. — С. 63–70.

36. Хватков А.А. Перспективы изучения и терапии психогенно обусловленного обсессивно-компульсивного расстройства / Хватков А.А., **Медведев В.Э.** // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2025. — № 1. — С. 47–54.

Научные публикации в журналах, входящих в международные базы данных (Scopus, Web of science):

37. Кардашян Р.А. Органические психические расстройства у лиц пожилого возраста, коморбидные с алкоголизмом / Кардашян Р.А., Пронин В.Ю., **Медведев В.Э.** // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2023. — Т. 123. — № 12. — С. 27–33.

38. **Медведев В.Э.** Оптимизация лечения депрессии назначением этилметилгидроксипиридина сукцината (Мексикор) / Медведев В.Э., Фролова В.И., Палин А.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2023. — Т. 123. — № 4. — С. 78–84.

39. **Медведев В.Э.** Флувоксамин при лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра / Медведев В.Э., Кардашян Р.А., Фролова В.И. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2024. — Т. 124. — № 6. — С. 101–109.

40. **Медведев В.Э.** Агомелатин: фармакологический профиль, возможности применения, преимущества / Медведев В.Э., Котова О.В., Палин А.В., Михеева О.В., Акарачкова Е.С. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2024. — Т. 16. — № 4. — С. 103–110.

41. **Медведев В.Э.** Депрессивные и тревожные расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э., Фролова В.И., Мартынов С.Е. // Клинический разбор в общей медицине. — 2024. — Т. 5. — № 8. — С. 12–18.

42. Петелин Д.С. Актуальные проблемы диагностики и терапии обсессивно-компульсивного расстройства / Петелин Д.С., Аведисова А.С., Иващенко Д.В., **Медведев В.Э.**, Менделевич В.Д., Сиволап Ю.П., Усов Г.М. // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — № 4. — С. 67–75.

43. **Медведев В.Э.** Расстройства половой идентификации при шизофрении / Медведев В.Э., Гушанский С.И. // Неврологический вестник. — 2025. — Т. 57. — № 1. — С. 12–19.

44. Frolova V. Psychometric Evaluation of Psychopathologic Disorders in of Maxillofacial Surgeons' Patients / Frolova V., Barseganyan T., **Medvedev V.**, Drobishev A., Martinov S. // Psychotherapy and Psychosomatics. — 2013. — Vol. 82 (Suppl. 1). — P. 65.

45. Frolova V. Psychopathologic disorders in of maxillofacial surgeons' patients / Frolova V., **Medvedev V.**, Barseganyan T., Martinov S. // Armenian Journal of Mental Health. — 2013. — Vol. 4 (Suppl. 1). — S. 44.

46. **Medvedev V.** Mental Disorders and Personality Traits in Plastic Surgeons' and Cosmetologists' Patients / Medvedev V., Frolova V., Martinov S., Vissarionov V. // Psychotherapy and Psychosomatics. — 2013. — Vol. 82 (Suppl. 1). — P. 65.

47. **Medvedev V.** Pathocharacterological traits and psychopathologic disorders in cosmetologists' and plastic surgeons' patients / Medvedev V., Vissarionov V., Frolova V., Martinov // Armenian Journal of Mental Health. — 2013. — Vol. 4 (Suppl. 1). — S. 49.

48. **Medvedev V.** Psychopathological Disorders and Personality Traits in Plastic Surgeons' and Cosmetologists' Patients / Medvedev V., Frolova V., Martinov S., Vissarionov V. // European Psychiatry. — 2014. — Vol. 29, Suppl. — P. 1.

49. **Medvedev V.** Psychometric assessment of mood and anxiety disorders in maxillofacial surgeons' patients / Medvedev V., Barseganyan T., Drobishev A., Frolova V., Martinov S. // European Psychiatry. — 2014. — Vol. 29, Suppl. — P. 1.

50. Fofanova Y. Psychometric Evaluation of Psychopathologic Disorders in Patients with Atypical Facial Pain / Fofanova Y., **Medvedev V.**, Frolova V., Drobishev A. // *Psychotherapy and Psychosomatics*. — 2015. — Vol. 84 (Suppl. 1): 1–82. — P. 23.
51. **Медведев В.Э.** Психопатологические расстройства как основа неудовлетворенности пациентов в эстетической медицине / Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Фролова В.И., Славянская Т.А. // *Аллергология и иммунология. XXII Всемирный конгресс по клинической патологии и реабилитации в медицине*. 5–11 февраля 2016, Дубай, ОАЭ. — 2016. — № 1. — С. 33.
52. **Medvedev V.** Psychiatric Disorders in Patients With Atypical Facial Pain / Medvedev V., Frolova V., Fofanova Y., Drobishev A. // *European Psychiatry (Abstracts of the 24th European Congress of Psychiatry)*. — Vol. 33, March 2016. — S. 625.
53. **Medvedev V.E.** Proportions of anxiety and depression symptoms in adult cleft patients and non-cleft patients with skeletal malocclusions / Medvedev V.E., Fofanova Y.S., Frolova V.I., Drobyshev A.U. // *European Psychiatry (Abstracts of the 25th European Congress of Psychiatry)*. — April 2017. — Vol. 41. — S. 497.
54. **Medvedev V.E.** Causeless appearance discontentment in patients of plastic surgeons and cosmetologists: risk factors and patterns of dynamics / Medvedev V.E., Frolova V.I. // *European Psychiatry (Abstracts of the 25th European Congress of Psychiatry)*. — April 2017. — Vol. 41. — S. 497.
55. **Medvedev V.E.** Mental disorders in patients with temporomandibular pain-dysfunction syndrome / Medvedev V.E., Frolova V.I., Fofanova Y.S. // *European Psychiatry (Abstracts of the 25th European Congress of Psychiatry)*. — April 2017. — Vol. 41. — S. 254.
56. **Medvedev V.E.** Psychopathological aspects of appearance dissatisfaction in aesthetic medicine / Medvedev V.E., Frolova V.I., Vissarionov V.A. // *European Psychiatry (Abstracts of the 25th European Congress of Psychiatry)*. — April 2017. — Vol. 41. — S. 316.
57. Frolova V. Dysmorphia: heterogeneous risk factors, clinical and dynamic characteristics / Frolova V., **Medvedev V.**, Gushanskaya E. // *Int J Neuropsychopharmacol*. — 2025. — Vol. 28 (Suppl. 1). — P. i262–263.

Монографии

58. Акарачкова Е.С. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации / Акарачкова Е.С., Байдаулетова А.И., Беляев А.А., Блинов Д.В., Громова О.А., Дулаева М.С., Замерград М.В., Исайкин А.И., Кадырова Л.Р., Клименко А.А., Кондрашов А.А., Косивцова О.В., Котова О.В., Лебедева Д.И., **Медведев В.Э.**, Орлова А.С., Травникова Е.В., Яковлев О.Н. — СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2020. — 138 с.
59. Васильев А.Ю. Современный взгляд на клинику, диагностику и лечение пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (Главы 1–9. Глава 9. Медведев В.Э., Фофанова Ю.С. Психические расстройства у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, с. 130–140) / Васильев А.Ю., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Комолов И.С., Кузнецов А.Н., Лежнев Д.А., Линденгольц Ж.А., **Медведев В.Э.**, Митерев А.А., Петровская В.В., Свиридов Е.Г., Смысленова М.В., Трутень В.П., Фофанова Ю.С., Шипика Д.В. // Глава в монографии. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Под ред. Дробышева А.Ю. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 356 с.

Другие публикации

60. **Медведев В.Э.** Психические расстройства у пациентов пластического хирурга / Медведев В.Э. // *Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии*. — 2010. — № 5–6. — С. 11–18.
61. **Медведев В.Э.** Особенности психического статуса пациента челюстно-лицевого хирурга / Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Дробышев А.Ю. // *Тезисы Второго (VII) съезда Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов*. — 1–2 декабря 2010. — АИР АРТ. — С. 86–87.

62. **Медведев В.Э.** Современные направления исследований в психосоматической медицине (по итогам Конгресса Ассоциации европейских психиатров) / Медведев В.Э. // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. — 2011. — № 2. — С. 100–102.
63. **Медведев В.Э.** Распространенность тревожных и депрессивных расстройств среди пациентов пластического хирурга / Медведев В.Э., Виссарионов В.А. // Эстетическая медицина. — 2011. — № 2. — С. 281–287.
64. **Медведев В.Э.** Психопатологические и патопсихологические расстройства среди пациентов пластического хирурга / Медведев В.Э., Виссарионов В.А. // Официальный каталог X юбилейного Международного симпозиума по эстетической хирургии. V профессиональный форум «Искусство пластической хирургии». — Москва, 2011. — С. 87–88.
65. **Медведев В.Э.** Распространенность психопатологических и патопсихологических расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования) / Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2011. — № 1. — С. 18–22.
66. **Медведев В.Э.** Патохарактерологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э., Авдошенко К.Е., Фролова В.И., Мартынов С.Е., Виссарионов В.А. // Сборник материалов Второго национального конгресса «Пластическая хирургия» (Москва, МВЦ «Крокус Экспо», 12–14 декабря 2012 г.) — 2012. — С. 168–169.
67. **Медведев В.Э.** Терапия депрессивных расстройств у пациентов реконструктивного и пластического хирурга / Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Дробышев А.В. // Пластическая хирургия и косметология. — 2012. — № 3. — С. 401–407.
68. **Медведев В.Э.** Терапия депрессии у пациентов реконструктивного и пластического хирурга / Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Фролова В.И. // Сборник материалов Второго национального конгресса «Пластическая хирургия» (Москва, МВЦ «Крокус Экспо», 12–14 декабря 2012 г.) — 2012. — С. 166–168.
69. **Медведев В.Э.** Личностные особенности пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э., Фролова В.И., Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е. // Сборник научных трудов ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии»: «Актуальные вопросы пластической хирургии и косметологии». Под ред. В.А. Виссарионова. — Москва, 2012. — С. 152–155.
70. **Medvedev V.** An effect of personality disorders on cardiovascular diseases courses / Medvedev V. // ECNP Seminar in Neuropsychopharmacology. Russia. Suzdal. — 16–18 April 2013. — P. 61.
71. Drobyshev A. Psychometric evaluation of the rates of anxiety and depression in patients with skeletal malocclusions / Drobyshev A., Chantyr I., **Medvedev V.**, Fofanova Y. // Book of Abstracts 29-th World Congress of the International College for Maxillo-Facial-Surgery (ICMFS 2015). — Limassol, Cyprus. — 5–9 October 2015. — P6. — P. 93–94.
72. Drobyshev A. Evaluation of rates the anxiety and depression in adult cleft patients and non-cleft patients with skeletal malocclusions / Drobyshev A., **Medvedev V.**, Drobysheva N., Fofanova Y., Chantyr I. // Book of abstracts 9th World Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation, 31 August–04 September 2015, Moscow, Russia. — I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (CLEFT 2015, Moscow). — P. 65.
73. Фофанова Ю.С. Психические расстройства у пациентов с атипичной лицевой болью / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Фролова В.И., Дробышев А.Ю. // Материалы 5-й Международной научно-практической конференции «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии». Под ред. В.Г. Будзы, Е.Ю. Антохина. — Оренбург, 2015. — С. 137.
74. Виссарионов В.А. Распространенность аффективных и тревожных расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога / Виссарионов В.А., **Медведев В.Э.** // Архив внутренней медицины. Специальный выпуск. Сборник материалов

- Межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы». — 24 марта 2016, Москва. — С. 83.
75. Виссарионов В.А. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога / Виссарионов В.А., **Медведев В.Э.**, Мартынов С.Е., Фролова В.И. // Архивь внутренней медицины. Специальный выпуск. Сборник материалов Межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы». — 24 марта 2016, Москва. — С. 81–82.
76. **Медведев В.Э.** Дистморфия в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга / Медведев В.Э. // Тезисы I Всероссийской конференции с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики». — Москва, 2016. — С. 88–89.
77. **Медведев В.Э.** Психические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога без верифицированных аномалий внешнего вида / Медведев В.Э. // Архивь внутренней медицины. Специальный выпуск. Сборник материалов межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы». — 24 марта 2016, Москва. — С. 84.
78. **Медведев В.Э.** Дистморфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга / Медведев В.Э. // Сборник материалов межвузовской научно-практической конференции «IV Ежегодный психиатрический форум с конференцией „Психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и клиническая психология: вместе или порознь?“». — Москва, 2016. — С. 32–33.
79. **Медведев В.Э.** Необоснованное недовольство собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э. // Метаморфозы. — 2016. — № 14. — С. 65–69.
80. **Медведев В.Э.** Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога / Медведев В.Э. // Пластическая хирургия и косметология. — 2016. — № 1. — С. 69–75.
81. **Медведев В.Э.** Психопатологические расстройства у пациентов с травмами челюстно-лицевой области / Медведев В.Э., Фролова В.И., Дробышев А.Ю. // Архивь внутренней медицины. Специальный выпуск. Сборник материалов межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы». — 24 марта 2016, Москва. — С. 74–75.
82. Фофанова Ю.С. Психопатологические характеристики пациентов с атипичной одонталгией / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Просычева О.О. // Архивь внутренней медицины. Специальный выпуск. Сборник материалов межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы». — 24 марта 2016, Москва. — С. 75.
83. Фофанова Ю.С. Патологические телесные сенсации в челюстно-лицевой области у пациентов стоматологов и челюстно-лицевых хирургов / Фофанова Ю.С., Фролова В.И., **Медведев В.Э.**, Дробышев А.Ю. // Архивь внутренней медицины. Специальный выпуск. Сборник материалов межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы». — 24 марта 2016, Москва. — С. 76.
84. Фролова В.И. Психопатологические особенности пациентов с атипичной одонталгией / Фролова В.И., Просычева О.О., **Медведев В.Э.**, Фофанова Ю.С., Дробышев А.Ю. // Материалы XXI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». — Россия, Санкт-Петербург, 11–13 мая 2016 г. — С. 149–150.
85. **Медведев В.Э.** Психических расстройств у пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, сопровождающимися болевым синдромом: распространенность и нозологическая квалификация / Медведев В.Э., Фофанова Ю.С.,

- Фролова В.И., Дробышев А.Ю., Шипика Д.В. // Сборник материалов XXIV Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Тезисы докладов. — Москва, 2017. — С. 155.
86. Фофанова Ю.С. Психические расстройства у пациентов с атипичной прозопагией / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Фролова В.И., Дробышев А.Ю. // Сборник материалов XXIV Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Тезисы докладов. — Москва, 2017. — С. 179.
87. **Медведев В.Э.** Диморфобия у пациентов клиник эстетической медицины / Медведев В.Э. // KOSMETIK international. — 2019. — № 2. — С. 90–94.
88. **Медведев В.Э.** Особенности личности пациентов косметолога и эстетического хирурга: больше различий, чем общего / Медведев В.Э. // KOSMETIK international. — 2019. — № 4. — С. 58–63.
89. **Медведев В.Э.** Факторы риска и клинико-динамические характеристики диморфического расстройства / Медведев В.Э. // Сборник тезисов XII Всероссийского ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «Психические расстройства в искусстве и в жизни». — М.: Издательство ООО «Сам Полиграфист», 2024. — С. 44–45.
90. **Медведев В.Э.** Флувоксамин при лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра / Медведев В.Э., Кардашян Р.А., Фролова В.И. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2024. — Т. 124. — № 6. — С. 101–109.
91. **Медведев В.Э.** Расстройства пищевого поведения при депрессии / Медведев В.Э., Мартынов С.Е. // Сборник тезисов XII Всероссийского ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «Психические расстройства в искусстве и в жизни». — М.: Издательство ООО «Сам Полиграфист», 2024. — С. 46–48.
92. Фофанова Ю.С. Сенестопатический синдром в челюстно-лицевой области / Фофанова Ю.С., **Медведев В.Э.**, Никифоров И.А. // Сборник тезисов XII Всероссийского ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «Психические расстройства в искусстве и в жизни». — М.: Издательство ООО «Сам Полиграфист», 2024. — С. 50–51.
93. Фофанова Ю.С. Психические расстройства при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Фролова В.И., Дробышев А.Ю., Шипика Д.В. // Сборник тезисов XII Всероссийского ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «Психические расстройства в искусстве и в жизни». — М.: Издательство ООО «Сам Полиграфист», 2024. — С. 128–130.
94. Зуйкова Н.Л. Монотерапия коморбидных депрессивного и обсессивно-компульсивного расстройств флувоксамином на клинических примерах / Зуйкова Н.Л., Салынцев И.В., Михеева О.В., Медведев В.Э. // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2025. — № 1. — С. 21–26.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАР	Биполярное аффективное расстройство
ВАШ	Визуальная аналоговая шкала
ДМР	Диморфическое расстройство
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
МКБ	Международная классификация болезней
НЯ	Нежелательные явления
ОКР	Обсессивно-компульсивное расстройство
РЛ	Расстройство/а личности
CGI-S	Подшкала тяжести Шкалы общего клинического впечатления
CGI-I	Подшкала улучшения Шкалы общего клинического впечатления

Медведев Владимир Эрнстович (Российская федерация)

Дисморфическое расстройство у пациентов в эстетической медицине (диагностика, типология, терапия)

В диссертационном исследовании было установлено, что манифестация и эскалация дисморфического расстройства (ДМР) происходит в различных возрастных диапазонах. 2. Факторы риска ДМР включают гетерогенные биологические, социально-психологические, патохарактерологические и психопатологические воздействия. В структуре патохарактерологических расстройств среди пациентов эстетической медицины с ДМР преобладают демонстративный, педантичный и застревающий со “склонностью к формированию сверхценных идей” типы акцентуаций. К биологическим и психосоциальным факторам риска, влияющим на частоту развития ДМР, относятся состояния, связанные с репродуктивным циклом и периодами гормональных кризов, утрата работы/пенсия, близкого, изменение финансового состояния, а также наличие сексуальных проблем, конфликтной ситуации, изменение социальной активности. Динамика ДМР реализуется в рамках 3 вариантов: фазная, рецидивирующая или хроническая. Типологическое разнообразие ДМР характеризуется патогенетической и клинической неоднородностью психопатологической симптоматики и сочетанием дисморфии с симптомокомплексами сверхценного, бредового, обсессивно-компульсивного, тревожно-фобического (ипохондрического) и депрессивного регистров. Лечение ДМР предполагает дифференцированный подход, определяющийся как клиническим полиморфизмом дисморфии, так и клинико-динамическими особенностями психической патологии, в рамках которой она реализуется.

Medvedev Vladimir Ernstovich (Russian Federation)

Body dysmorphic disorder in patients undergoing aesthetic medicine (diagnosis, typology, therapy)

The dissertation study found that the manifestation and exacerbation of body dysmorphic disorder (BDD) occurs in different age groups. 2. Risk factors for BDD include heterogeneous biological, socio-psychological, pathocharacterological, and psychopathological influences. In the structure of pathocharacterological traits among aesthetic medicine patients with BDD, demonstrative, pedantic, and stuck types of accentuations with a “tendency to form overvalued ideas” predominate. Biological and psychosocial risk factors that influence the frequency of BDD development include conditions associated with the reproductive cycle and periods of hormonal crises, job loss/retirement, loss of a loved one, changes in financial status, as well as the presence of sexual problems, conflict situations, and changes in social activity. The dynamics of BDD manifests in three variants: phasic, recurrent, or chronic. The typological diversity of BDD is characterized by the pathogenetic and clinical heterogeneity of psychopathological symptoms and a combination of dysmorphia with symptom complexes of overvalued, delusional, obsessive-compulsive, anxiety-phobic (hypochondriacal), and depressive registers. Treatment of BDD requires a differentiated approach, determined both by the clinical polymorphism of dysmorphia and the clinical-dynamic features of the mental pathology within which it manifests itself.