

На правах рукописи



МАТЮШЕНКО ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА

**ДИСМОРФОФОБИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ (АСПЕКТЫ КЛИНИКИ, ТИПОЛОГИИ И
ТЕРАПИИ)**

14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



005059004

16 МАЯ 2013

Москва - 2013

Работа выполнена в ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России

Научные руководители:

Кандидат медицинских наук, доцент

Дороженок Игорь Юрьевич

Доктор медицинских наук, профессор

Львов Андрей Николаевич

Официальные оппоненты:

Кинкулькина Маринна Аркадьевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО Первого МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России

Иванов Станислав Викторович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения соматогенной психической патологии отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

Ведущая организация: ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Защита состоится « 19 » _____ июня _____ 2013 г. в _____ часов на заседании

Диссертационного совета Д 208.040.07 при ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГНЦМБ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (117998, г. Москва, Нахимовский проспект, д.49)

Автореферат разослан

«26» июля 2013 года

Ученый секретарь

Диссертационного Совета

Дамулин Игорь Владимирович

Общая характеристика работы

Актуальность исследования

Актуальность настоящего исследования определяется, в первую очередь, высокой распространенностью дисморфофобии у дерматологических пациентов, составляющей по данным литературы 6,7- 14% [Phillips K.A., et al., 2000; Vulink N.C., et al., 2006; Crerand C.E. et al., 2006; Conrado L.A., et al., 2010], в то время как в общей популяции данный показатель регистрируется на уровне 0,7-2,4 % [American Psychiatric Association, 2000; Rief W. et al., 2006; Koran L.M. et al., 2008]. До 75% пациентов с дисморфофобией обращаются за медицинской помощью, однако большинство из них избегает психиатров, получая преимущественно дерматологическую терапию и хирургическое лечение, что приводит к хронизации заболевания [Phillips K.A., Grant G., Siniscalchi J., et al., 2001].

Анализ литературы свидетельствует о клиническом полиморфизме дисморфофобии. «Классическая» форма дисморфофобии с сенситивными идеями отношения в рамках процессуальных расстройств получила широкое освещение в отечественной психиатрии прошлого века [Немировская С.В., 1977; Морозов П.В., 1977; Коркина М.В., 1984]. В современной литературе также выделяют дисморфофобическое расстройство с сенситивными идеями отношения. При этом данные о соотношении социальной тревоги и сенситивных идей отношения в структуре дисморфофобического синдрома у дерматологических больных отсутствуют. В литературе приводятся также отдельные описания пациентов, не отмечающих беспокойства по поводу того, заметны ли «дефекты» окружающим, но испытывающих объективно необоснованное глубокое недовольство своей внешностью [Phillips K.A., 2003; Veale D., Neziroglu F., 2010]. В настоящее время накоплен обширный клинический материал, однако систематизированные подходы к диагностике, типологии и

терапии дисморфофобии в дерматологической клинике до сих пор не разработаны.

Цель исследования

Комплексное клинико-психопатологическое исследование дисморфофобии в дерматологии с привлечением эпидемиологического, экспериментально-психологического и терапевтического методов.

Задачи исследования

1. Изучить распространенность дисморфофобии в дерматологии.
2. Разработать типологическую дифференциацию дисморфофобии в дерматологии.
3. Определить патохарактерологические особенности, предрасполагающие к формированию и закреплению симптомокомплексов, в соответствии с выделенными клиническими типами дисморфофобии (включая конституциональные личностные паттерны, репертуар психологических защит, особенности восприятия образа тела).
4. Разработать дифференцированный подход к определению направленности терапии и маршрута больных в зависимости от типологической структуры дисморфофобии.

Научная новизна исследования

Разработан инновационный подход к типологизации дисморфофобии в дерматологической практике с выделением разделительного критерия, определяемого наличием в структуре расстройства в качестве облигатного структурного элемента клинически значимой тревоги в социальных ситуациях в связи с воображаемым либо минимально представленным физическим дефектом. Это позволило выделить два типа дисморфофобии: с экстернально ориентированными психопатологическими расстройствами (первый тип) и интернальным перфекционизмом (второй тип).

Выделенные в рамках первого типа клинические подтипы дисморфофобии позволяют четко верифицировать соотношение сенситивных идей и социальной тревоги в формировании «традиционной формы» дисморфофобии. Впервые выделенный второй тип отличается сверхценным характером психопатологического образования при отсутствии ориентации на оценку окружающих, но наличии прочих, указанных ниже, критериев дисморфофобии. Представленная типология подтверждается результатами экспериментально-психологического исследования и оказалась действенной в плане дифференцированно обоснованных терапевтических стратегий с учетом социально-реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость исследования

Результаты исследования способствуют решению сложных дифференциально-диагностических и лечебных задач, возникающих при оказании специализированной помощи больным с дисморфофобией в дерматологической клинике. Полученные результаты расширяют возможности психопатологической квалификации и, следовательно, своевременного распознавания таких состояний, информативны в отношении клинического и социального прогноза для данного контингента пациентов.

Предложенные в работе и внедренные в практику комплексные методики лечения, включающие схемы комбинированного применения психо- и дерматотропных препаратов, призваны содействовать повышению качества квалифицированной медицинской помощи данному контингенту больных.

Положения, выносимые на защиту

1. Дисморфофобия в дерматологической практике гетерогенна и представлена двумя полярными типами по отношению к разделительному критерию - выраженности клинически значимой тревоги в социальных ситуациях в связи с воображаемым либо минимально представленным физическим

дефектом: с экстернально ориентированными психопатологическими расстройствами и интернальным перфекционизмом.

2. Правомерность типологической дифференциации дисморфофобии в дерматологической практике подтверждается различиями по признакам нозологической принадлежности, характеристикам преморбидного личностного склада, результатам экспериментально-психологического обследования, уровню социальной дезадаптации, выраженности кожных нарушений в связи с аутодеструкциями, показателям обращаемости за дерматологической помощью, ответом на психофармакотерапию.

3. Разработанная типология дисморфофобии у дерматологических пациентов в сочетании с алгоритмом диагностики и необходимых лечебных мероприятий, с учетом маршрута больных, нуждающихся в специализированной терапии, позволит повысить уровень удовлетворенности медицинской помощью и снизить уровень прямых затрат в дерматологической практике.

Апробация работы

Основные положения работы доложены, обсуждены и одобрены на: итоговой научной конференции молодых ученых с международным участием ММА им. И.М.Сеченова (Москва, 2010), 14th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry (Spain, Zaragoza, 2011), заседании №1054 Московского общества дерматовенерологов и косметологов им. А.И. Поспелова (Москва, 2011), заседании Тульского областного общества врачей дерматовенерологов (Тула, 2011), Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика А.В. Снежневского (Москва, 2011), XII Всероссийском съезде дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2012), заседании кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (протокол №1 от 10 января 2013).

Внедрение результатов работы

Результаты настоящего исследования и практические рекомендации по диссертации используются в учебном процессе кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, в работе психотерапевтического кабинета 2-го подразделения Клинического центра и психотерапевтического стационарного отделения 3-го подразделения Клинического центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, в работе ЗАО Косметологическая лечебница «Институт Красоты».

Личный вклад автора

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления междисциплинарного исследования в области психодерматологии: были учтены международная значимость проблемы (по материалам форума медицинских ассоциаций и ВОЗ за 2005-2009 годы), высокая распространенность больных с явлениями дисморфофобии в одном из ведущих учреждений по изучению психодерматологической патологии (согласно предварительным исследовательским данным научно-исследовательского центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова) при отсутствии данных о потребности в специализированной терапии и маршрутизации данного контингента больных.

Автор активно участвовала в обследовании больных в широкомасштабной клинико-эпидемиологической программе «СИНТЕЗ», ею лично осуществлено клиническое обследование всех включенных в работу пациентов, сбор анамнестических, а также катамнестических сведений в течение от одного до двух лет. Лично автором определены цели, задачи и методы исследования, разработаны карты сбора информации, осуществлен непосредственный набор материала, сформированы базы данных, проведен клинико-статистический анализ и обобщение полученных результатов в виде выводов и практических рекомендаций.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 10 печатных работ, из них – 3 в журналах, рекомендуемых ВАК, 1 – в зарубежном издании.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 177 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав (обзор литературы, характеристика материала и методов исследования, две главы, посвященные результатам собственных исследований), заключения, выводов, списка сокращений, списка литературы. Библиографический указатель включает 218 наименований (из них отечественных- 35, иностранных - 183). Работа содержит 9 таблиц, 7 рисунков и 4 клинических наблюдения.

Материал и методы исследования

В исследование включены пациенты, обследованные в Клинике кожных и венерических болезней Университетской клинической больницы №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова за период с сентября 2009 по август 2011 года и давшие информированное согласие на участие в исследовании. Все пациенты выборки были осмотрены специалистами-дерматологами, сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней (зав. кафедрой – профессор О.Ю. Олисова) Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, д.м.н., проф. А.Н. Львовым, асп. А.С. Боровой. В результате дерматологического обследования были выявлены мнимые дефекты кожи либо слабовыраженные проявления дерматозов, преимущественно фациальной локализации (акне, розацеа, себорейный дерматит и др.), не соответствующие уровню жалоб, что подтверждало необходимость психиатрического обследования для верификации психических нарушений. Эпидемиологическая выборка включила 71 пациента, у которых была диагностирована дисморфофобия - (13,3%) из 534

обследованных в дерматологической клинике (средний возраст – $28,2 \pm 12,3$ лет). Клиническую выборку составили 90 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст – $27,9 \pm 9,6$ лет) - 68 женщин (75,6%) и 22 мужчины (24,4%). У 74 (82,2%) пациентов с дисморфофобией, не имеющей отдельной диагностической рубрики и включенной в категорию «Соматоформные расстройства» (F.45) МКБ-10, был установлен диагноз «Ипохондрическое расстройство» (F.45.2); у 16 (17,8%) - шизотипическое расстройство (F.21). Катамнестически обследовано 90 больных, продолжительность катамнестического периода – от 1 до 2 лет.

На клиническом этапе отбирались пациенты с верифицированным диагнозом дисморфофобия, то есть их состояние должно соответствовать стандартным диагностическим критериям шифра 300.7 DSM-IV (Body Dysmorphic Disorder), адаптированным для исследований в дерматологической практике:

- психическое расстройство, ведущим признаком которого является болезненная озабоченность воображаемым или незначительным дефектом кожи (при отсутствии стойких бредовых дисморфических идей), общей длительностью не менее 6 мес;

- наличие связи психопатологических нарушений с нарушением медицинского поведения, ухудшением в социальной или профессиональной области функционирования.

Из исследования исключались пациенты с галлюцинаторными и бредовыми расстройствами; признаками органического поражения ЦНС; дерматозами, приводящими к значительному дефекту внешности; тяжелой соматической патологией в стадии декомпенсации; зависимостью от психоактивных веществ; с другими (не связанными с кожей) дисморфофобическими идеями или расстройствами пищевого поведения.

В ходе работы применялись клинический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, эпидемиологический и статистический методы исследования.

Для оценки функционирования использовался опросник качества жизни SF-36 и опросник дерматологического индекса

качества жизни (ДИКЖ) [Кочергин Н.Г., 2001; Finlay F.Y., 1997]. Оценка психического статуса и его динамики на клиническом этапе и на этапе терапии проводилась с помощью набора стандартизованных оценочных шкал. Для оценки тревожных и депрессивных синдромов применялись шкала Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983]. Степень выраженности obsessions и compulsions определялась по Шкале Yale-Brown для obsessions и compulsions (Y-BOCS) [Goodman W.K., 1989]. Для оценки эффективности и безопасности психофармакотерапии дисморфофобии в дерматологической клинике использовалась также шкала общего клинического впечатления (CGI) [Overall J., Gorham D., 1962], шкала оценки побочных эффектов (UKU) [Lingjarde O., Ahlfors U.G., Béch P., 1987].

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью лицензионных статистических пакетов SPSS 13.0 for Windows, Statistica 7.0 for Windows. В зависимости от характеристик распределения и величины сравниваемых выборок использовались параметрические или непараметрические критерии для оценки достоверности межгрупповых различий зависимых и независимых (при сравнении подгрупп) выборок. Для всех применяемых критериев значимость различий устанавливалась на уровне $p < 0,05$. Для уточнения особенностей некоторых анализируемых параметров применялись показатели описательной статистики.

Результаты исследования

По данным клинико-эпидемиологического исследования, распространенность дисморфофобии в дерматологии составляет 13,3%.

С помощью разделительного критерия, определяемого клинически значимыми социофобическими проявлениями в связи с воображаемым либо минимально представленным физическим дефектом, проведена дифференциация дисморфофобии с выделением двух полярных типов - с экстернально ориентированными психопатологическими расстройствами и интернальным перфекционизмом. Первый из этих типов

включает следующие клинические подтипы: дисморфофобию с сенситивными идеями отношения [Zaidens S.H., 1951; Phillips K.A. et al., 1993] и дисморфофобию с явлениями социальной тревоги [Rosen J.C., 1996; Pinto A., et al., 2005; Kelly M., et al., 2010]. Второй тип - дисморфофобия с интернальным перфекционизмом [Hewitt P.L., G.L. Flett, 2002].

Сенситивные идеи отношения и/или явления социальной тревоги с избегающим поведением являются базовыми структурными элементами для дисморфофобии с экстернально ориентированными психопатологическими расстройствами.

Воображаемый либо преувеличенный дефект внешности оценивается пациентами с точки зрения восприятия окружающими, что приводит к манифестации/экзацербации дисморфофобической симптоматики в социальных ситуациях. Дисморфофобия первого типа выявлена у 59 (65,5%) пациентов (18 мужчин - 30,5%, 41 женщина - 69,5%). Средний возраст пациентов - $26,4 \pm 7,3$ лет.

Дисморфофобия с сенситивными идеями отношения (1-й подтип первого типа). 24 больных (10 мужчин - 41,7%, 14 женщин - 58,3%). Средний возраст пациентов - $23,3 \pm 4,9$ лет.

Психопатологически дисморфофобия имеет обсессивную структуру, характеризуясь, в отличие от бредового синдрома, нестойкостью сенситивных идей отношения, появляющихся лишь на публике и исчезающих вне контакта с окружающими преимущественно в контексте угревых высыпаний либо воображаемых (3 набл.) дефектов внешности; интрузивным характером патологических идей, их тесной связью с овладевающими представлениями; ритуальными действиями и генерализованной тревогой.

Избегающее поведение носит тотальный характер и затрагивает весь спектр межличностных отношений (в том числе и с незнакомыми людьми). Больные перестают пользоваться общественным транспортом, особенно в часы пик, посещать магазины и рынки, выходить на улицу, бросают работу, учебу. В то же время репертуар ритуальных действий, направленных на маскировку «заметных» окружающим изъянов, ограничен.

Среди коморбидных психических нарушений отмечаются стертые аффективные (депрессивные) фазы (19 набл., 79,2%) длительностью 1,5-4 месяца. В структуре гипотимических расстройств преобладают идеи самоуничтожения, собственной неполноценности, ущербности, недовольства собой, мысли о безысходности, невозможности исправления «дефектов» внешности, тревога, нарушения сна.

Несмотря на выраженное недовольство незначительными или воображаемыми дефектами внешности («постыдный недостаток», «лицо как гниющая маска»), больные крайне редко прибегают к помощи дерматологов, стесняясь выходить из дома.

Дисморфофобия с сенситивными идеями отношения диагностируется в рубриках «Ипохондрическое расстройство» (F.45.2) в 13 (54,2%) набл. и «Шизотипическое расстройство» в 11 набл. (45,8%) (неврозоподобная (F.21.3) - 6 набл. и психопатоподобная (F.21.4) - 5 набл. вялотекущая шизофрения).

Средний возраст манифестации дисморфофобии составляет $19,1 \pm 8,2$ года; средняя длительность дисморфофобии - $3,7 \pm 5,5$ лет; средняя длительность эскалаций психопатологической симптоматики - $0,49 \pm 0,12$ лет.

Дисморфофобия 1-го подтипа у пациентов без признаков процессуального заболевания формируется преимущественно на основе шизоидного расстройства личности - сенситивные шизоиды (10 набл.); реже - тревожного/избегающего расстройства личности (3 набл.).

Анализ собственной казуистики свидетельствует о наличии конституциональных свойств, общих для пациентов, отнесенных к обсуждаемому подтипу дисморфофобии, в рамках расстройств личности. С детских лет их отличает аутизм, боязливость, сознание собственной неполноценности, склонность к самоуничтожению и ретенции психогенных комплексов. Им свойственны социальная замкнутость, дискомфорт в области человеческих отношений с трудностями установления контактов, интровертированность, обращенность к сфере внутренних переживаний, бедность эмоциональных связей с окружающими и обостренная чувствительность к ситуациям, привлекающим внимание других людей.

По данным экспериментально-психологического исследования выявляются аффективная ригидность, косность репертуара эмоциональных реакций и проективных психологических защит, склонность к фиксации на чувстве неполноценности, обуславливающих редкое обращение к врачам по поводу дефекта. Образ тела представлен нецелостно, кожа воспринимается эго-синтонно. Особое внимание уделяется частям тела, которые непосредственно могут увидеть собеседники - состоянию кожи лица. Заболевание переживается как дефект, относящийся к постыдной части личности, характеризуется экстернальным локусом контроля в атрибуции идей причинности вне собственной личности ($p < 0,05$).

Дисморфофобия с явлениями социальной тревоги (2-й подтип первого типа). 35 больных (8 мужчин - 22,9%, 27 женщин - 77,1%). Средний возраст пациентов - $29,1 \pm 11,8$ лет.

Дисморфофобия данного подтипа имеет обсессивно-фобическую структуру, включающую социальную тревогу с навязчивым страхом негативной оценки (критики, обсуждения) внешности окружающими и ситуационным избегающим поведением (профессиональные и учебные контакты, публичные выступления, неформальное общение). Сенситивные идеи отношения фрагментарны и транзиторны, сводятся к эпизодически возникающей в кругу уже знакомых лиц настороженности в плане возможных насмешек.

Пациентам свойственны обсессивно-компульсивные расстройства: навязчивости повторного контроля в виде неоднократного возвращения к оценке своего отражения в зеркале; настойчивые обращения к родственникам за уверениями в том, что они выглядят «нормально»; сопоставление своей внешности с внешностью других людей; защитные ритуалы, нацеленные на маскировку изъянов кожи (пациенты часами накладывают косметику, делают маски, причесывают, укладывают, моют или стригут волосы, посещают солярий).

Компульсивные действия с нанесением неглубоких эксфолиаций выявляются у 14 больных (40,0%). Клиническая картина повреждений кожи представлена типичными аутодеструкциями в доступных для расчесывания областях.

В противоположность дисморфофобии 1-го подтипа, в рассматриваемых наблюдениях отмечаются регулярные обращения к дерматологам и косметологам с целью проведения традиционных неинвазивных процедур по уходу за кожей (поверхностные пилинги, чистки) - 28 набл., 80,0%.

Дисморфофобия с явлениями социальной тревоги диагностируется в рубрике «Ипохондрическое расстройство» (F.45.2) во всех 35 наблюдениях.

Средний возраст манифестации дисморфофобии составляет $23,7 \pm 12,3$ лет. Средняя длительность дисморфофобии - $5,4 \pm 2,4$ лет. Продолжительность экзацербации психопатологической симптоматики - $0,32 \pm 0,10$ лет.

Дисморфофобия с явлениями социальной тревоги развивается у лиц с гистрионным (тревожные истерики - 22 набл.), шизоидным (по типу истеро-шизоидов - 6 набл.), избегающим (5 набл.) и ананкастным (2 набл.) расстройствами личности.

Анализ наблюдений, несмотря на различия в структуре личности, свидетельствует о наличии общих конституциональных свойств. В их сознании с ранних лет развиваются представления об эластичной, гладкой коже как необходимом условии, позволяющем добиться успеха в жизни. Пациентов отличают такие черты, как инфантилизм, преувеличенная эмоциональность, гиперконформность, тенденция к подражанию и следованию моде, обостренная мнительность со страхом опозориться, склонность к тревожным опасениям.

По данным экспериментально-психологического исследования выявлены черты личностной незрелости, высокая значимость социального одобрения, низкая стрессоустойчивость в сочетании с эмоциональной лабильностью, тенденцией к соматизации негативных эмоций и преобладанием вытеснения. Образ тела представлен нецелостно, формализован, сформирован под влиянием интроецированных оценок значимых людей, социальных стереотипов за счет недостаточной контролируемости, неустойчивости, повышенной проницаемости границ телесности при эго-синтонном восприятии кожи. Локус

контроля заболевания экстернальный ($p < 0,05$) с делегированием ответственности за лечение окружающим.

Дисморфофобия с интернальным перфекционизмом (второй тип). 31 больной (4 мужчины - 12,9%, 27 женщин - 87,1%). Средний возраст пациентов - $28,6 \pm 11,1$ лет.

В рамках психопатологической квалификации дисморфофобия с интернальным перфекционизмом определяется как сверхценное образование (сверхценная ипохондрия). Сверхценные идеи формируются на основании мельчайших дефектов кожи, которым придается несоразмерное значение, наличие парциального внешнего несовершенства приобретает доминирующее положение в сознании и сопровождается чрезмерной аффективной заряженностью.

Сверхценная ипохондрия характеризуется субъективным недовольством внешностью – «тяга к перфекционистскому идеалу» [Abraham K., 1973] и активным стремлением к достижению соответствия своей внешности идеальному субъективному представлению о том, какой она должна быть, формируется «культ совершенства в погоне за недостижимым идеалом» [Соколова Т.Е., 2009; Цыганкова П.В., 2012]. В сознании пациентов доминируют идеи несовершенства, они стенично всеми доступными способами пытаются устранить выявленные «недостатки».

При рассматриваемом типе дисморфофобии (в отличие от первого типа) озабоченность внешним видом распространяется преимущественно на себя самого: «главное – нравиться себе». На публике пациенты не испытывают выраженного дискомфорта, неловкости или ограничения социальной активности и, соответственно, у них не выявляются сенситивные идеи отношения, отсутствуют повторные действия (перепроверки, прикосновения к коже, ритуальный камуфляж).

Все пациенты с дисморфофобией второго типа предпринимают попытки коррекции своей внешности, активно обращаясь к дерматологам/косметологам (21 набл., 67,7%) преимущественно за проведением инвазивных косметологических процедур (15 набл., 71,4%). При дисморфофобии с интернальным перфекционизмом пациенты

постепенно перестраивают свою жизнь: устанавливают особый режим по уходу за кожей, следят за появлением новых методов лечения, читают специальную медицинскую литературу. Для исключения предполагаемых причин дефектов кожи (нарушения со стороны соматической сферы) активная борьба с мнимым или незначительным дефектом в виде единичных высыпаний принимает форму многочисленных обследований (вплоть до колоноскопии), строгих изнуряющих диет.

Восприятие воображаемого либо имеющегося мелкого кожного изъяна как «чуждого элемента», от которого нужно непременно избавиться, влечет за собой компульсивное поведение с нанесением обширных глубоких эксориаций (20 наблюдений – 64,5%; $p < 0,05$).

Дисморфофобия с интернальным перфекционизмом в большинстве наблюдений (26 набл., 83,9%) развивается в рамках динамики расстройств личности (ипохондрические развития), что соответствует рубрике МКБ-10 «Ипохондрическое расстройство» (F.45.2). У 5 пациентов (16,1%) диагностировано «Шизотипическое расстройство» (психопатоподобная вялотекущая шизофрения - F.21.4).

Средний возраст манифестации дисморфофобии с интернальным перфекционизмом составляет $19,8 \pm 7,9$ лет. Дисморфофобия данного типа отличается значительной стойкостью и длительностью - средняя длительность развития составила $8,9 \pm 9,5$ лет, что превышает среднюю длительность течения дисморфофобии 1-го и 2-го подтипов первого типа без отчетливых периодов обострений симптоматики.

Дисморфофобии второго типа формируется преимущественно на основе нарциссического расстройства личности, выделяемого в DSM-IV-TR 301.81 (16 набл.), а также шизоидного (7 набл.), ананкастного (3 набл.) расстройств личности.

Анализ наблюдений свидетельствует о наличии нарциссических конституциональных свойств, общих для пациентов с дисморфофобией второго типа. Пациентам присущи такие черты, как высокое самомнение, индивидуализм, поглощенность собственными интересами, самоуверенность, неспособность к эмоциональному сопереживанию, отсутствие

интереса к социальной сплоченности. Для них характерна переоценка своих способностей, патологический эгоцентризм, отсутствие способности устанавливать продуктивные обоюдные контакты, признавать за другими людьми право на самостоятельные устремления и право на осуществление собственных целей.

В отношении внешности пациенты настроены на достижение наивысшего результата и не допускают малейших отклонений от данного образца. Эти черты, частично отраженные в определении «повышенной эстетичности», описаны в литературе как врожденное свойство пациентов с дисморфофобией - потребность в симметрии и пропорциональности определенных частей тела [Zaidens S.H., 1950; Harris D.L., 1982], в различной степени выраженности встречаются у всех пациентов с рассматриваемым типом дисморфофобии.

По данным экспериментально-психологического исследования, особенности личности и образа тела подчеркивают принципиальное отличие больных с дисморфофобией с интернальным перфекционизмом от дисморфофобии первого типа. Ключевой особенностью личностной сферы больных является повышенный контроль над поведением, перфекционизм. Стремление соответствовать высоким стандартам соответствует дисфункции личностной структуры нарциссического типа с доминированием примитивной проекции и рационализации среди психологических защит. При наличии потребности в общении отмечаются трудности установления эмоционально близких контактов в связи с дистанцированностью от окружающих. Образ тела фрагментированный с эго-дистонным восприятием кожи как «несовершенной» части тела. Отношение к болезни при интернальном локусе контроля ($p < 0,05$) определяется в основном раздражением, заболевание воспринимается как мешающее и плохо контролируемое, что обуславливает настойчивое стремление к проведению процедур по избавлению от дефекта.

В исследование *психофармакотерапии* были включены 77 (85,5%) из 90 пациентов (56 женщин и 21 мужчина; средний возраст $27 \pm 8,7$ лет). В большинстве случаев (69 из 77, 89,6%)

лечение проводилось в условиях дерматологической клиники при консультативном участии психиатра. Терапия наиболее выраженных случаев дисморфофобии 1-го подтипа первого типа с коморбидной аффективной симптоматикой, а также резистентных к лечению случаев дисморфофобии второго типа проводилась в психиатрическом стационаре (10,4%).

Минимальная длительность курса терапии составила 6 недель. Психофармакотерапия дисморфофобии проводилась в два этапа. На первом этапе всем пациентам назначались антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). СИОЗС назначались в течение двух недель в стандартных стартовых дозах с последующим повышением до стандартных средних суточных доз. По истечении 2 недель выносилось заключение по эффективности СИОЗС. В случае удовлетворительного эффекта (соответствие критерию респондеров) пациенты продолжали прием назначенного СИОЗС. В отсутствие эффекта проводилась замена СИОЗС в зависимости от ведущего психопатологического симптомокомплекса дисморфофобии по следующей схеме:

- в случаях резистентных к СИОЗС обсессивно-компульсивных расстройств, сочетающихся с депрессивной симптоматикой, проводилась замена СИОЗС на антидепрессант класса ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН);

- в случаях резистентных к СИОЗС обсессивно-компульсивных расстройств, сенситивных и сверхценных идей в отсутствие клинически выраженной депрессивной симптоматики проводилась замена на атипичные антипсихотики;

- в случаях расщепления синдрома – редукция депрессивной и тревожно-фобической симптоматики с ретенцией психопатологических расстройств других психопатологических рядов (обсессивно-компульсивные расстройства, сенситивные идеи отношения, сверхценные симптомокомплексы) предусматривалась комбинированная терапия: к антидепрессанту добавлялись атипичные антипсихотики.

В целом в результате исследования установлена высокая эффективность терапии: общая доля респондеров по критерию CGI-I составила 72,9%, по критерию ДИКЖ – 68,4%. В то же

время уровень эффективности и оптимальные схемы психофармакотерапии дифференцировались в зависимости от клинического типа дисморфофобии.

В результате наиболее высокая эффективность лечения выявлена у пациентов с дисморфофобией с преобладанием явлений социальной тревоги (2-й подтип первого типа): доля респондеров по CGI-I составила 84,4%, по ДИКЖ – 76,7%. Высокие показатели эффективности также подтверждены динамикой показателей других психометрических инструментов: снижение среднего балла по шкале Y-BOCS от 18,4 до 4,1.

Во всех случаях оказались эффективны антидепрессанты из группы СИОЗС в средних терапевтических дозах: флувоксамин 150 мг/сут, пароксетин 30 мг/сут, циталопрам 30 мг/сут.

В 1-м подтипе первого типа (дисморфофобия с сенситивными идеями отношения) также зафиксирован сравнительно высокий уровень эффективности: доля респондеров по CGI-I составила 75,6%, по ДИКЖ – 71,4 %. Снижение среднего балла по шкале HADS-A и HADS-D - с 14,6 до 2,8 и с 13,5 до 3,3 баллов соответственно.

Оптимальная схема терапии дисморфофобии данного подтипа определялась назначением антипсихотиков в средних суточных дозах: рисперидон 3 мг/сут, оланзапин 7,5 мг/сут, галоперидол 7,5 мг/сут. В случаях коморбидности идей отношения со стертыми депрессивными фазами наиболее эффективной оказалась комбинированная терапия антипсихотиками в тех же дозах и антидепрессантом из группы ИОЗСН венлафаксином (среднесуточная эффективная доза составила 112,5 мг).

Наиболее резистентны к терапевтическому воздействию были пациенты с дисморфофобией второго типа: доля респондеров по CGI-I составила 58,8%, по ДИКЖ – 57,1%. По шкале Y-BOCS: снижение среднего балла от 18,5 до 4,3.

Терапевтический эффект зафиксирован лишь при использовании комбинированной терапии СИОЗС в средних терапевтических дозах и атипичными антипсихотиками - рисперидон, оланзапин, палиперидон в средних суточных дозах 3, 7,5 и 6 мг/сут, соответственно.

Современные антидепрессанты и антипсихотики в большинстве наблюдений хорошо переносились больными, побочные эффекты отмечались лишь в единичных случаях и редуцировались при уменьшении дозы либо замене соответствующего препарата.

Полученные данные подтверждают концептуальные положения настоящего исследования о необходимости дифференцированного медикаментозного воздействия в зависимости от типа дисморфофобии.

Выводы

1. Выявлена широкая распространенность дисморфофобии в дерматологии - 13,3% по данным проведенного клинико-эпидемиологического исследования.

2. Дисморфофобия типологически гетерогенна и подразделяется (при учете различий в преморбиде, нозологической принадлежности, уровне социальной дезадаптации, показателях обращаемости за дерматологической помощью, ответе на психофармакотерапию) на два полярных типа: с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами (65,6%) и с интернальным перфекционизмом (34,4%), дифференцируемых по выраженности клинически значимой тревоги в социальных ситуациях, связанной с воображаемым либо минимально представленным физическим дефектом.

2.1 Дисморфофобия с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами определяется страхом находиться в обществе, опасениями привлечь внимание окружающих воображаемым либо минимально выраженным дефектом кожи, сопровождающихся проведением традиционных, неинвазивных косметологических процедур.

2.1.1 Дисморфофобия с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами неоднородна и подразделяется на два подтипа:

1. Дисморфофобия с чувствительными идеями отношения (40,7%) – обсессивный синдром с интрузивными мыслями, контранксиозными ритуалами и генерализованной тревогой

манифестирует в рамках динамики шизоидного расстройства личности (сенситивный полюс) – (54,2%), либо как проявление малопрогрессирующей шизофрении (45,8%).

2. Диморфофобия с явлениями социальной тревоги (59,3%) – обсессивно-фобический синдром с проявлениями тревожного дистресса - навязчивым страхом негативной оценки со стороны окружающих и ситуационным избегающим поведением, манифестирует в рамках динамики истерического расстройства личности (62,9%).

2.2. Диморфофобия с интернальным перфекционизмом определяется сверхценной ипохондрией с патологической фиксацией на несовершенстве внешнего облика при отсутствии страха оценки социального окружения, сопровождающейся требованиями активного лечения с помощью инвазивных, радикальных процедур, в том числе повторяющихся оперативных вмешательств.

2.2.1 Диморфофобия с интернальным перфекционизмом манифестирует в рамках динамики нарциссического расстройства личности – ипохондрических развитий (83,9%), либо - психопатоподобной вялотекущей шизофрении (16,1 %).

3. Психологические характеристики выделенных типов диморфофобии неоднородны:

3.1. При диморфофобии с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами выявляются эгосинтонное отношение к коже, аффективная ригидность, интерперсональная сенситивность, в то время как репертуар психологических защит различается: у больных с сенситивными идеями отношения преобладают проективные механизмы, у пациентов с явлениями социальной тревоги доминируют механизмы диссоциации и вытеснения.

3.2. При диморфофобии с интернальным перфекционизмом обнаруживается эго-дистонное восприятие кожи как «несовершенной» части тела, перфекционизм, деструктивный нарциссизм. Репертуар психологических защит определяется преобладанием рационализации и проекции.

4. Психотерапия является эффективным методом лечения диморфофобии (72,9% респондеров) и дифференцируется в зависимости от типа диморфофобии:

4.1. При лечении дисморфофобии с экстерналино-ориентированными психопатологическими расстройствами (80,0% респондеров) эффективно назначение медикаментозных средств в режиме монотерапии: атипичные антипсихотики (1-й подтип) либо селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (2-й подтип).

4.2. При лечении дисморфофобии с интернальным перфекционизмом (58,8% респондеров) эффективно для преодоления резистентности назначение комбинированных схем, включающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и атипичный антипсихотик.

Практические рекомендации

Комплексная клиничко-психопатологическая и психологическая оценка расширяет возможности раннего распознавания и дифференциальной диагностики дисморфофобии в дерматологической практике, способствуя предотвращению использования инвазивных методов лечения без медицинских показаний.

Представленная типология позволяет определять прогноз дисморфофобии в дерматологии, разрабатывать дифференцированный подход к терапии и медицинскому маршруту больных.

Полученные в ходе работы результаты могут быть использованы в педагогическом процессе при повышении квалификации врачей и других специалистов, работающих в области психиатрии и психосоматической медицины.

Данные проведенного эпидемиологического исследования позволят повысить эффективность планирования профилактических и лечебных мероприятий у больных с дисморфофобией в дерматологической практике, а также могут быть использованы при разработке стандартов оказания медицинской помощи пациентам с психодерматологической патологией.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Дороженок И.Ю., Матюшенко Е.Н. Нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью// **Психические расстройства в общей медицине.** – 2009. – №2. – с. 32-36.
2. Дороженок И.Ю., Матюшенко Е.Н. Провоцированные акне психические расстройства// Антибиотики и химиотерапия, ГНЦА, спецвыпуск (материалы к Юбилейной конференции «30 лет Факультету послевузовского профессионального образования врачей» ГОУ ВПО ММА им.И.М.Сеченова). – 3-4. - 2009. – Т.54. – с. 181-182.
3. Дороженок И.Ю., Романов Д.В., Матюшенко Е.Н. Опыт применения Кетилепта (кветиапина) при терапии зуда в дерматологической практике// **Психические расстройства в общей медицине.** – 2010. – №1. – С. 39-44.
4. Матюшенко Е.Н. Психические расстройства, спровоцированные угревой болезнью// в сб. тезисов Итоговой научной конференции молодых ученых с международным участием ГОУ ВПО ММА им.И.М.Сеченова. – М.: 25-26.01.2010. – с. 11.
5. **Matyushenko E.** Body dysmorphic disorder: Psychopathology in dermatological patients// *Acta Derm Venereol.* – 2011. – Vol. 91.– p. 242-243.
6. Матюшенко Е.Н. Дисморфофобия в клинике кожных болезней: от психологических концепций образа тела к психопатологическому расстройству (Обзор зарубежной литературы)// **Психические расстройства в общей медицине.** – 2011. – №1. – с. 64-67.
7. Матюшенко Е.Н. Дисморфофобия в клинике кожных болезней: от психологических концепций образа тела к психопатологическому расстройству (Обзор зарубежной

литературы. Часть 2)// Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – №2. – с. 45-54.

8. Матюшенко Е.Н. Дистморфобия в дерматологической практике// Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – №3-4. – с. 11-17.

9. Матюшенко Е.Н. Применение флувоксамина (феварина) в общей медицине (обзор литературы)// Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3-4. – с. 52-55.

10. Матюшенко Е.Н., Дороженок И.Ю. Дистморфобия в клинике кожных болезней// Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии. Органические психические расстройства и эпилепсия». – Челябинск: 2012. – с. 76-77.

Подписано в печать.

Формат А5.

Тираж 100 Экз. Заказ № Z 1832.

Типография ООО "Ай-клуб" (Печатный салон МДМ)

119146, г. Москва, Комсомольский проспект, д.28

Тел. 8-495-782-88-39