

Дисморфическое расстройство: гетерогенные факторы риска и клинико-динамические характеристики

В.Э. Медведев

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН
medvedev_ve@rudn.ru

Резюме

В ходе обследования 309 пациентов (78,6% женщин и 21,4% мужчин) изучены факторы риска развития дисморфии, и ее клинико-динамические варианты у пациентов пластического хирурга и косметолога с необоснованным недовольством внешности.

Описаны статистически достоверно значимые патохарактерологические, психопатологические, хронобиологические (возрастные пики, периоды гормональных кризов и генеративного цикла) и психосоциальные (изменение финансового достатка, вынужденная разлука, утрата близкого, работы, снижение социальной активности, конфликт, проблемы с законом, сексуальная дисфункция, диагностирование соматического заболевания) факторы риска дисморфии в различные возрастные периоды. Верифицированы корреляции между гетерогенной клинической картиной (сверхценная – 33%, аффективная – 24,3%, ипохондрическая – 23,3%, обсессивно-компульсивная – 10,7% и бредовая – 8,7%) и стереотипами динамики (фазная – 41,7%, рецидивирующая – 33%, хроническая – 25,3%) дисморфического расстройства.

Кроме того, полученные данные указывают на то, что развитие дисморфии отмечается в любом возрастном диапазоне и у 74,7% пациентов не является непрерывно персистирующим.

Полученные данные позволяют проводить целенаправленный диагностический поиск, профилактическое психотерапевтическое и раннее психофармакологическое лечение лиц с выявленными клиническими проявлениями и факторами риска дисморфического расстройства.

Ключевые слова: дисморфобия, дисморфия, факторы риска, динамика, клиническая картина.

Для цитирования: В.Э. Медведев. Дисморфическое расстройство: гетерогенные факторы риска и клинико-динамические характеристики. Психиатрия и психофармакотерапия. 2021; 2: 29–36.

Dysmorphic disorder: heterogeneous risk factors and clinical-dynamic characteristics

V.E. Medvedev

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, FNMO, RUDN Medical Institute
medvedev_ve@rudn.ru

Summary

During the examination of 309 patients (78.6% women and 21.4% men), the risk factors for the development of dysmorphia and its clinical and dynamic variants were studied in patients of a plastic surgeon and cosmetologist with unreasonable dissatisfaction with their appearance.

Described statistically significant pathocharacterological, psychopathological, chronobiological (age peaks, periods of hormonal crises and generative cycle) and psychosocial (changes in financial wealth, forced separation, loss of a loved one, work, decreased social activity, conflict, problems with the law, sexual dysfunction, diagnosis of somatic diseases) risk factors for dysmorphia in different age periods. Correlations were verified between the heterogeneous clinical picture (overvalued - 33%, affective - 24.3%, hypochondriacal - 23.3%, obsessive-compulsive - 10.7% and delusional - 8.7%) and stereotypes of dynamics (phase - 41, 7%, recurrent - 33%, chronic - 25.3%) of dysmorphic disorder.

In addition, the data obtained indicate that the development of dysmorphia is observed in any age range and is not continuously persistent in 74.7% of patients.

The data obtained make it possible to conduct targeted diagnostic searches, preventive psychotherapeutic and early psychopharmacological treatment of persons with identified clinical manifestations and risk factors for dysmorphic disorder.

Key words: dysmorphophobia, dysmorphia, risk factors, dynamics, clinical picture

For citation: V.E. Medvedev. Dysmorphic disorder: heterogeneous risk factors and clinical-dynamic characteristics. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2021; 2: 29–36.

Существующие данные о факторах риска и клинико-динамических характеристиках дисморфического телесного расстройства (DBD, дисморфия, ДМ, дисморфическое расстройство, дисморфобия, дисморфомания и др.) разнообразны и зачастую противоречивы [1–5].

До настоящего момента в качестве факторов риска развития ДМ рассматривается наличие различной степени выраженности врожденных или приобретенных «минимальных изменений (дефектов) внешности» [6–12], а также отдельных патохарактерологических черт [13–18] и/или гетерогенных форм психической патологии (манифестные и малопрогредиентная формы (ВТШ) шизофрении [19–23], расстройства личности (РЛ) [24–28]). В то же время практически не описанными остаются иные возможные факторы риска (хронобиологические, психосоци-

альные) развития ДМ, в частности у пациентов, обращающихся к пластическому хирургу и косметологу с необоснованными жалобами на не объективизируемые «изъяны» внешности.

Среди описаний клинических форм ДМ длительное время преобладают указания на непсихотическую (сверхценная, с доминированием сенситивных идей или социофобии) [29–35] и бредовую (дисморфомания) [20, 21, 23, 36–41]. При этом реальная клиническая практика и данные современной литературы [42–47] свидетельствуют о наличии большей гетерогенности как в структуре ДМ, так и в ее динамических характеристиках.

Разнообразие и противоречия в описании ДМ свидетельствуют о недостаточной изученности клинико-динамических форм и характеристик ДМ.

Цель настоящего исследования – изучение стереотипов динамики и факторов риска развития ДМ у пациентов пластического хирурга и косметолога.

Материалы и методы

В исследование включались пациенты обоого пола в возрасте от 18 до 75 лет, обратившиеся в клинику косметологии или пластической хирургии с жалобами на объективно не подтвержденные «дефекты» внешности и верифицированным в ходе психиатрического обследования диагнозом «дисморфофобия» (дисморфическое расстройство, ДМ, F45.2, F22.88).

В исследование не включались пациенты с объективно уродующими, инвалидизирующими, нарушающими функционирование дефектами внешности, страдающие химическими зависимостями, а также тяжелыми или декомпенсированными на момент обращения сомато-неврологическими заболеваниями, затрудняющими сбор анамнеза.

Основным методом психиатрического обследования являлся клиничко-психопатологический с привлечением

данных катамнеза (1–3 года). Анализ соматического состояния проводился на основе данных медицинской документации (истории болезни, выписки из клиничко-диагностических и лечебных учреждений) и результатов лабораторных и клиничко-инструментальных методов всестороннего обследования.

Набор изучавшихся факторов риска развития ДМ основывался на клиничко-катамнестических сведениях, дополненных социо-демографическими данными (психосоциальные факторы риска), и результатах соматического (биологические факторы риска) обследования.

Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета программ Statistica, версия 13.0.

Для описания качественных показателей, представленных в виде альтернативных переменных, указывались число наблюдений и доля пациентов (в процентах) с наличием соответствующего показателя от общего числа обследованных больных. Для описания показателей, представленных в виде количественных переменных, использовались данные описательной статистики: оценка центральной тенденции (среднее арифметическое, мода, ме-

Таблица 1. Сравнительные характеристики различных типов ДМ

Тип ДМ	Депрессивная	Сверхценная	Тревожно-ипохондрическая	Обсессивно-компульсивная	Психотическая
Нозология	РДР, БАР, ДЭ, дистимия.	РЛ, МПШ.	Динамика РЛ. Органическое поражение ГМ.	РЛ, МПШ	БАР, шизофрения, органическое поражение церебральных сосудов.
Количество наблюдений, n	75	102	72	33	27
Соотношение мужчин/женщин	1:7,3	1:3,25	1:3,8	1:1,75	1:3,5
Средний возраст, лет	49,7±5,4	22,6±2,7	55,1±6,1	28,3±3,7	40,8±8,2
Клиничко-динамические особенности	Связь с генеративным циклом (85%). Наличие других симптомов депрессии. Обходится на фоне лечения антидепрессантами.	В подростковом возрасте (82,4%). Ситуативность обострений. Монотематичность, несистематизированность жалоб. Наличие «дисморфических иллюзий». Присоединение сенситивных идей отношения и социофобии (26,5%).	На фоне диагностики соматического заболевания. В структуре ТФР с танатофобией. Обращение к врачам и иных специальностей. Развитие по типу истерической (25%) или «маскированной» (75%) ипохондрии.	Аутохтонно (89,8%). Всегда при наличии других симптомов ОКР. Наличие аутодеструктивного поведения.	Нелепость, множественность, частая смена жалоб. Дисморфомания (44,4%), ипохондрический бред (33,4%), персекуторный бред (22,2%), эротомания (22,2%). Врач может «встраиваться» в фабулу бреда. Тенденции к аутоагрессии.
Субъективная цель обращения к специалисту эстетической медицины	Улучшение настроения, уменьшение тревоги при социальных контактах.	Восстановление «утраченных» стереотипов общения, приобретение «раскрепощенности», чувства «внутреннего удовлетворения», «уверенности в себе», создание семьи, трудоустройство.	Возвращение утраченного здоровья, «тонуса» организма или органов, снижение выраженности ипохондрической озабоченности и страхов.	Достижение «абсолютной симметрии», «идеальных пропорций».	Удаление отсутствующего дефекта, достижение эротической привлекательности, вступление в брак, избавление от мнимых претензий со стороны окружающих, нормализация якобы утраченных функций внутренних органов.
Удовлетворенность результатом	32% Транзиторная реактивная гипомания.	35,5% Спустя 3–8 месяцев повторное обращение к специалистам эстетической медицины.	25% Сосредоточены на нюансах функционирования органов.	0 Сохранение навязчивых представлений о своей внешности.	0 Возвращаются с жалобами на плохо проведенное лечение.

диана) и разнообразия (минимальное и максимальное значения, амплитуда, стандартное отклонение, коэффициент вариации, интерквартильный интервал).

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

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

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

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

Результаты

В ходе обследования 309 пациентов (243 (78,6%) женщины (средний возраст $35,8 \pm 4,9$ года) и 66 (21,4%) мужчины (средний возраст $30,9 \pm 5,7$ года)) выявлены три варианта динамики ДМ и установлены достоверные корреляции между вероятностью развития, частотой повторных экзacerbаций, наличием биологических и психосоциальных факторов риска, возрастом пациентов и клиническим типом ДМ.

Типы ДМ. Клиническая дифференциация ДМ проводилась в соответствии с ранее разработанной моделью, основанной на выявлении ведущего психопатологического расстройства, в структуре которого выявлялся ДМ синдром (Табл. 1) [48-50]. В изученной выборке диагностирована сверхценная – 102 (33%) набл., депрессивная – 75 (24,3%), ипохондрическая – 72 (23,3%) набл., обсессивно-компульсивная – 33 (10,7%) набл. и психотическая (бредовая, 27 (8,7%) набл.) ДМ.

Динамика ДМ реализовалась в рамках 3 следующих типов:

1) фазное (эпизодическое, ремиттирующее) – чаще психогенно или соматогенно спровоцированное обострение ДМ с полной редукцией симптоматики в межфазные интервалы (129 (41,7%) набл.);

2) рецидивирующее (волнообразное) с формированием неполной ремиссии ДМ симптоматики с периодическими, чаще психогенно спровоцированными (64,7%), обострениями (33% набл.);

3) хроническое с динамикой ДМ без четких фаз, интервалов между ними и отсутствием ремиссий при постоянном видоизменении клинической картины ДМ (78 (25,3%) набл.) с нарастанием тяжести и присоединением психопатологической симптоматики других регистров.

При оценке соотношения стереотипов динамики и клинической картины ДМ установлено, что эпизодическое обострение доминировало у пациентов с депрессивной (96% набл., $p < 0,0001$) формой ДМ, реализующейся в рамках патохарактерологических или ремиттирующих аффективных расстройств. Волнообразная динамика наиболее часто отмечалась при обсессивно-компульсивной (81,8% набл., $p < 0,0001$) и ипохондрической (79,2% набл., $p = 0,0017$) формах ДМ у пациентов с расстройствами личности и органической патологией головного мозга. Хро-

Рисунок 1. Соотношение частоты развития (обострений) ДМ и возраста пациентов (n=309)

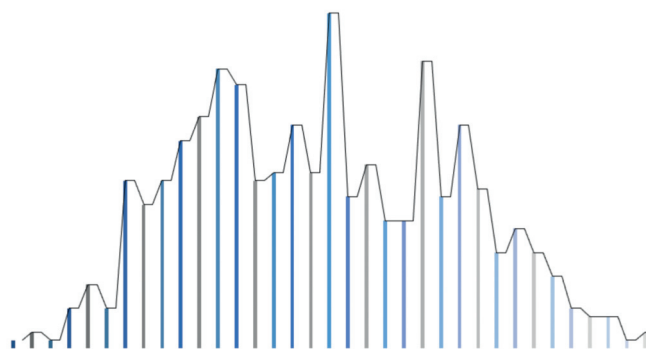
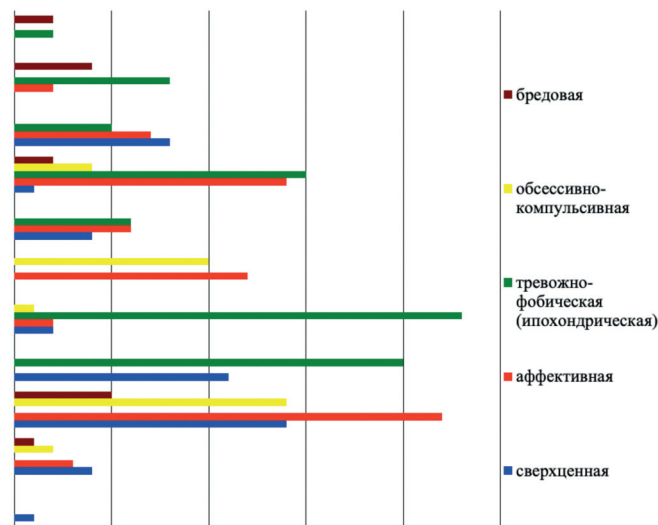


Рисунок 2. Соотношение частоты развития различных типов ДМ (количество наблюдений) и возраста пациентов (n=309)



нический тип динамики преобладал у пациентов со сверхценной (88,2% набл., $p = 0,0021$) и бредовой (100% набл., $p < 0,0001$) формой ДМ в рамках прогрессивного эндогенного процесса.

Возраст манифестации или повторной экзacerbации ДМ оценивался по клинко-анамнестическим данным и не всегда соответствовал возрасту обращения к услугам эстетической медицины, что большинство пациентов (228 (73,8%) набл.) связывали с отсутствием материальных возможностей.

Полученные данные свидетельствуют о наличии нескольких возрастных пиков манифестации или повторных обострений ДМ (Рисунок 1): 9–11, 13–15, 23–26, 31–33, 35–36, 39–40, 45–46, 49–50, 55–56, 63–66, 70 и старше лет.

Проведенный анализ тропности развития различных типов ДМ в возрастных пиках (Рисунок 2) позволил выявить ряд закономерностей.

Первые проявления сверхценной ДМ 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 аффективной ДМ оказались возрастные диапазоны 23–26 ($p < 0,0001$), 49–50 ($p < 0,005$) и 39–40 ($p = 0,0023$) лет. Ипохондрическая ДМ развивалась, начиная с 31–33 ($p < 0,0001$) лет, с максимальной частотой обострений в 35–36 ($p < 0,0001$), 49–50 ($p < 0,005$) и 63–66 ($p < 0,005$) лет. Обсессивно-компульсивная ДМ преобладала у пациентов 23–26 ($p < 0,0001$) и 39–40 ($p < 0,0001$) лет; бредовая – в 23–26 ($p < 0,0001$), 63–66 ($p < 0,0001$), 49–50 ($p < 0,005$) и старше 70 ($p = 0,0017$) лет.

Таблица 2. Биологические и психосоциальные факторы* риска ДМ

Факторы		Частота встречаемости, % (n=309)
Биологические	патологический пубертат	50,5%
	беременность	21,4%
	первые роды	30,1%
	последние роды	43,7%
	послеродовой период/завершение лактации	53,4%
	стойкое нарушение менструального цикла/менопауза	56,3%
	развитие/манифестация/диагностирование хронического соматического заболевания	23,3%
Психосоциальные	новое/смена места учебы/работы	18,4%
	влюбленность	23,3%
	насмешки/«травля» окружающими	10,7%
	конфликтная ситуация	35,9%
	примирение после конфликта	22,3%
	сексуальные проблемы	32%
	достижение финансового благосостояния	33%
	угроза или утрата финансового благополучия	11,7%
	потеря работы	27,2%
	выход на пенсию	59,2%
	женитьба	15,5%
	развод	46,4%
	вынужденная разлука	19,4%
	уход (женитьба, переезд) из семьи детей	16,5%
	смерть супруга(и)	34%
	смерть близкого	9,7%
	изменение социальной активности	25,2%
проблемы с законом	7,8%	

* В таблице приведены факторы, отмеченные/выявленные более чем у 5% пациентов

В то же время при анализе соотношений возраста пациентов и вариантов динамики ДМ достоверных прямых корреляций не выявлено.

Психосоциальные и биологические факторы. Анализ анамнестических данных позволил выделить ряд биологических и психосоциальных факторов риска, имеющих место у большинства пациентов и совпадающих по времени и/или, возможно, соответствующих за развитие ДМ (Таблица 2).

Для определения взаимосвязи частоты возникновения ДМ с биологическими и психосоциальными факторами проведено построение регрессионной модели (Таблица 3).

В ходе сопоставления длительности персистенции факторов риска и вероятности развития ДМ установлено, что риск развития ДМ значимо коррелирует ($p < 0,0001$) с длительностью следующих факторов: послеродовой период (максимальный риск в течение $2,1 \pm 1,2$ – $8,4 \pm 1,6$ месяца 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 ($1,5 \pm 0,4$ – $12,7 \pm 6,2$ месяца), вынужденная разлука (от $6,3 \pm 2,9$ месяца), снижение социальной активности (от $5,7 \pm 4,2$ месяца), проблемы с законом (от $1,7 \pm 1,1$ до $5,6 \pm 2,4$ месяца).

В результате регрессионного анализа в качестве основных из изученных факторов риска, статистически достоверно влияющих на частоту развития ДМ, выделены состояния, связанные с генеративным циклом и периодами гормональных кризов (патологический пубертат, лактационный период, климактерий), утрата работы/пенсия, близкого (развод, смерть), изменение финансового состояния (утрата или приобретение), а также наличие сек-

суальных проблем, конфликтной ситуации, изменение социальной активности.

При дальнейшей обработке полученных в ходе психиатрического обследования данных с помощью нелинейного регрессионного анализа методом логит-регрессии (логистической регрессии) была построена статистическая модель (окончательные потери $56,4$; $\chi^2(5)=32,244$ $p=0,00001$) для прогнозирования вероятности (выраженной отношением шансов – ОШ) ДМ (зависимый признак) по выявленным независимым (объясняющим) биопсихосоциальным факторам в различных возрастных периодах (Рисунок 3).

Как следует из представленных данных, в качестве основного фактора риска ДМ 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 – климактерий ($\chi^2=7,8$, $p=0,004$, ОШ=1,93), в 55–66 лет – выход на пенсию ($\chi^2=8,8$, $p=0,005$, ОШ=1,46).

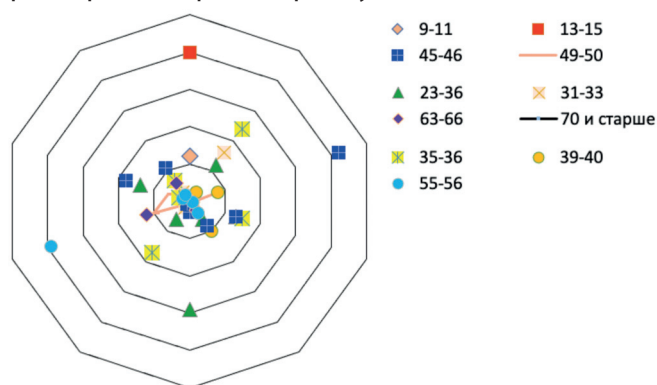
Статистически достоверные корреляции между факторами риска и клиническим типом ДМ представлены в Таблице 4.

Достоверным фактором риска развития сверхценной ДМ оказались периоды гормональных кризов (пубертат, инволюция) и выход на пенсию; обсессивно-компульсивной – беременность и послеродовой период; бредовой –

Таблица 3. Итоги регрессионного анализа для зависимой переменной частоты возникновения ДМ

	Коэффициент регрессии (бета)	Стандартная ошибка бета	Значения p
Биологические факторы			
патологический пубертат	0,186	0,0868	0,0108
беременность	-0,419	0,1085	0,0001
первые роды	-0,258	0,0778	0,0003
последние роды	0,21	0,078	0,0212
послеродовой период/завершение лактации	0,107	0,075	0,0215
стойкое нарушение менструального цикла/менопауза	0,45	0,1039	0,0102
развитие/манифестация/диагностирование хронического соматического заболевания	-0,023	0,083	0,0002
Психосоциальные факторы			
новое/смена места учебы/работы	-0,023	0,018	0,0001
влюбленность	-0,031	0,079	0,0002
насмешки/"травля" окружающими	-0,042	0,085	0,0002
конфликтная ситуация	0,228	0,067	0,0201
примирение после конфликта	-0,023	0,0813	0,0002
сексуальные проблемы	0,171	0,0762	0,0118
достижение финансового благосостояния	0,237	0,107	0,02
угроза или утрата финансового благополучия	-0,026	0,0839	0,0001
потеря работы	0,291	0,076	0,0103
выход на пенсию	0,312	0,098	0,0128
женитьба	-0,066	0,0389	0,0002
развод	0,302	0,077	0,0303
вынужденная разлука	-0,063	0,1044	0,0002
уход (женитьба, переезд) из семьи детей	-0,043	0,065	0,0001
смерть супруга(и)	0,245	0,0146	0,0203
смерть близкого	-0,032	0,0765	0,0002
изменение социальной активности	-0,029	0,0466	0,0001
проблемы с законом	-0,038	0,084	0,0001

Рисунок 3. Частота развития ДМ в зависимости от наличия статистически верифицированных биопсихосоциальных факторов риска в разном возрастном промежутке



патологический пубертат и ситуация межличностного конфликта, сопровождающаяся ощущением насмешек и «травли» со стороны окружающих, что, возможно, является проявлением психопатологической симптоматики.

Факторами риска тревожно-фобической (ипохондрической) ДМ являлись выявление у пациента реальных соматических заболеваний, а также смерть близкого и/или супруга.

Помимо связанных с генеративным циклом и эндокринными изменениями, большинство других факторов, достоверно коррелирующих с аффективной (депрессивной) ДМ, расценивались самими пациентами как субъективно значимые психоэмоциональные стрессы (конфликт, сек-

суальные проблемы, угроза/утрата финансовой стабильности, утрата работы, близкого).

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

Обсуждение

В ходе проведенного исследования выявлены возрастные, биологические и психосоциальные факторы риска и их длительность, достоверно коррелирующие с развитием различных клинико-динамических форм ДМ (Таблица 5).

Кроме того, получены данные, позволяющие внести коррективы в существующие представления о клинико-динамических характеристиках ДМ. В частности, в изученной выборке у 74,7% пациентов течение ДМ не является непрерывно персистирующим, на что указывали другие исследователи [27,37].

Установлено наличие нескольких возрастных пиков манифестации или повторных обострений ДМ, что также отличается от ранее приводившихся в работах наблюдений о тропности развития ДМ преимущественно к подростковому возрасту [20,21,23].

В ходе сопоставления длительности персистирования факторов риска и вероятности развития ДМ установлено, что риск развития ДМ коррелирует только с длительностью послеродового периода лактации, климактерия, ситуации конфликта, угрозы или утраты финансовой стабильности, вынужденной разлуки, снижения социальной активности и проблем с законом. В остальных случаях

Таблица 4. Достоверные корреляции между клиническими типами ДМ и факторами риска ($p < 0,0001$)

Тип ДМ	Сверхценная	Аффективная	Тревожно-фобическая	Обсессивно-компульсивная	Бредовая
Фактор риска	патологический пубертат		развитие/ манифестация/ диагностирование хронического соматического заболевания	послеродовый период/завершение лактации	патологический пубертат
	послеродовый период/завершение лактации			беременность	насмешки/«травля» окружающими
	выход на пенсию	стойкое нарушение менструального цикла/менопауза			
		конфликтная ситуация			
		сексуальные проблемы			
		угроза или утрата финансового благополучия	смерть супруга(и)		
		потеря работы	смерть близкого		
		выход на пенсию			
		развод			
		смерть супруга(и)			

Таблица 5. Соотношение возрастных, биологических и психосоциальных факторов риска развития ДМ

Возраст, лет	Фактор риска	Длительность фактора риска, мес	Тип ДМ	Динамика		
9-11	Патологически протекающий пубертат	н.д.*	Сверхценная	Хроническая		
13-15			Аффективная	Эпизодическая		
23-26			Бредовая	Хроническая		
	Достижение финансового достатка		н.д.	-		
31-33	Послеродовый период и завершение лактации	2,1±1,2-8,4±1,6	Сверхценная	Хроническая		
			Аффективная	Эпизодическая		
			Обсессивно-компульсивная	Волнообразная		
			Сверхценная	Хроническая		
			Аффективная	Эпизодическая		
			Обсессивно-компульсивная	Волнообразная		
35-36	Потеря работы	н.д.	Тревожно-фобическая (ипохондрическая)	Волнообразная		
	Конфликтная ситуация	>3,6±0,6				
	Сексуальные проблемы	н.д.				
39-40	Климактерий	>4,3±2,1	Аффективная	Эпизодическая		
45-46					Развод	н.д.
					Конфликтная ситуация	>3,6±0,6
49-66	Выход на пенсию	н.д.	Сверхценная	Хроническая		
63-66	Выявление соматического заболевания				Тревожно-фобическая (ипохондрическая)	Волнообразная

* н.д. – не достоверно

риск развития ДМ не зависит от длительности существования факторов риска.

Отсутствие достоверных корреляций между факторами риска и стереотипами динамики ДМ указывает на роль иных, по всей видимости, патохарактерологических и/или психопатологических факторов, определяющих течение ДМ, о чем, в свою очередь, свидетельствуют результаты предшествующих исследований [51–55].

Заключение

Таким образом, в ходе представленного исследования верифицированы возрастные (9–11, 13–15, 23–26, 31–33,

35–36, 39–40, 45–46, 49–50, 55–56, 63–66, 70 и старше лет), биологические (пубертат, послеродовый период, климактерий) и психосоциальные (конфликт, изменение финансового достатка, вынужденная разлука, утрата близкого, работы, снижение социальной активности, проблемы с законом, сексуальная дисфункция, обнаружение соматического заболевания) факторы риска и их длительность, статистически достоверно определяющие развитие различных клинико-динамических форм ДМ.

Полученные данные имеют важное практическое и прогностическое значение, позволяя проводить целенаправленный диагностический поиск, профилактическое психо-

терапевтическое и раннее психофармакологическое лечение лиц с установленными факторами риска ДМ.

Список литературы

- Allen A., Hollander E. Body dysmorphic disorder. // *Psychiatr Clin North Am.* – 2000. - №23(3). – p.617-628.
- Castle D.J., Rossell S.L. An update on body dysmorphic disorder. // *Curr Opin Psychiatry.* – 2006. - №19(1). – p.74-78.
- Koblenzer C.S. The dysmorphic syndrome // *Arch. Dermatol.* 1985.- 121.- p. 780-784.
- Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. // *Bolletino della Accademia di Genova.* – 1886. - №6. - p.110-119.
- Vashi N., Vashi N.A. Beauty and Body Dysmorphic Disorder. A Clinician's Guide. - Springer, - 2015. – 200p.
- Дробышев А.Ю., Чантырь И.В., Дробышева Н.С., Медведев В.Э., Фролова В.И., Фофанова Ю.С. Психометрическая оценка уровня тревоги и депрессии у взрослых пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями. // *Медицинский алфавит. Стоматология.* – 2015. – Том4. №22(263). – с.39-41.
- Матвеев В.Ф., Попилина С.В. Психические нарушения у больных с врожденными косметическими дефектами лица. // *Невропатология и психиатрия.* – 1973. - №4.
- Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Мартынов С.Е. Психопатологические и патохарактерологические расстройства у пациентов с травмами челюстно-лицевой области (аспекты клиники и терапии). // *Российская стоматология.* – 2015.- №8(4). - с.44-51.
- Михайлова В.В. Особенности реабилитации больных с приобретенными и врожденными деформациями челюстно-лицевой области в до- и послеоперационном периодах хирургического лечения (клинический, психотерапевтический, психофармакологический аспекты). Дисс. ... канд.мед.наук., М., 1998.
- Под ред. Дробышева А.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / под ред. Дробышева А.Ю. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. 368 с. с.5-140
- Medvedev V., Frolova V., Barsegyan T., Drobishev A., Martinov S. Psychometric Assessment of Mood and Anxiety Disorders in Maxillofacial Surgeons' Patients. // *European Psychiatry.*- 2014. - Vol.29, Suppl. – p.1.
- Шамов С.А. Особенности психических нарушений у больных зрелого возраста с косметическими дефектами лицевой области. Патогенез, лечение и профилактика косметических заболеваний и недостатков./ М., - 1982. – с. 165-170.
- Баранская Л.Т. Факторы риска расстройств личностной адаптации у пациентов эстетической хирургии./ Екатеринбург, 2009.
- Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Фролова В.И., Мартынов С.Е., Дробышев А.Ю. Патохарактерологические и психопатологические расстройства у пациентов с острой посттравматической деформацией лица (аспекты клиники и терапии). // *Психическое здоровье.* - 2013. - №7. – с. 31-41.
- Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Мартынов С.Е. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования). // *Психиатрия и психофармакотерапия.* -2011.-6.-4-8.
- Медведев В.Э., Фролова В.И., Авдошенко К.Е., Виссарионов В.А., Шафирова Е.М., Мартынов С.Е. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога. // *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология.* -2012.- 3.-60-64.
- Фришберг И.А. Эстетическая хирургия лица. – Академкнига., 2005. – с. 5-14.
- Tignol J., Biraben-Gotzamanis L., Martin-Guehl C., et al. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. // *Eur Psychiatry.* – 2007. - №22(8). – p.520-524.
- Вагина Г.С. Синдром дисморфофобии в клинике шизофрении. // *Журн. невропатол. и психиатр.* 1966. - № 8. - с. 1228.
- Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984.
- Лебединская К. С., Немировская С. В. Клинические варианты дисморфофобического синдрома при шизофрении у подростков // *Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста.* М. -1973.-с. 83-88.
- Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е. Распространенность психопатологических и патопсихологических расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования). // *Психиатрия и психофармакотерапия.*-2011.-1.- с.18-22.
- Морозов П.В. Юношеская шизофрения с дисморфическими расстройствами (клинико-катамнестическое исследование). // *Дисс. канд.мед.наук, М., - 1977.*
- Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Фролова В.И. Психосоматические аспекты атипичных прозопагий. // *Психическое здоровье.* – 2015. - №9. – с.43-49.
- Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Фролова В.И., Зуйкова Н.Л., Дробышев А.Ю. Патологические телесные сенсации в челюстно-лицевой области: этиология и подходы к терапии. // *Психическое здоровье.* – 2018. - №5. – с.62-70.
- Bellini S., Zizza M., Paradiso E., et al. Body dysmorphic disorder and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery // *Ital. J. Psychopathol.* 2003. - № 9 (2). - pp. 149-156.
- Fofanova Y., Medvedev V., Frolova V., Drobishev A. Psychometric Evaluation of Psychopathologic Disorders in Patients with Atypical Facial Pain. // *Psychotherapy and Psychosomatics.* - 2015. – Vol.84(Suppl.1):1-82. – p.23.
- Medvedev V., Frolova V., Fofanova Y., Drobishev A. Psychiatric Disorders in Patients With Atypical Facial Pain. // *European Psychiatry.* – Vol.33., March 2016. - s.625
- Виссарионов В.А., Медведев В.Э., Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога. // *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология.* – 2011. -3.- с.60-4.
- Матюшенко Е.Н. Дисморфофобия в дерматологической практике (аспекты клиники, типологии и терапии). / Дисс. канд.мед.наук., - М., -2013.
- Медведев В.Э., Барсегян Т.В. Оценка эффективности и переносимости антидепрессивной мелатонинэргической терапии у пациентов, перенесших хирургическую коррекцию внешности. // *Журнал неврологии и психиатрии им. Н.Н.Корсакова* - 2014. - №11, Выпуск 2. – с.3-9.
- Медведев В.Э., Барсегян Т.В., Дробышев А.В. Терапия депрессивных и тревожных расстройств у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности. // *Психическое здоровье.* – 2012. - 5(72). – с.40-45.
- Медведев В.Э., Виссарионов В.А. Распространенность тревожных и депрессивных расстройств среди пациентов пластического хирурга. // *Эстетическая медицина.* – 2011. – 2. – с. 281-287.
- Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Фролова В.И., Дробышев А.Ю., Шипика Д.В., Кузнецов А.Н. Психические расстройства у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: распространенность, нозологическая квалификация и терапия. // *Российская стоматология.* - 2016. – Том 9. №4 – с.3-9.
- Coles M.E., Phillips K.A., Menard M. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data // *Depress. Anxiet.* 2006. - № 23(1).-pp. 26-33.
- Медведев В.Э. Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога. // *Пластическая хирургия и косметология.* – 2016. - №1. – с.69-75.
- Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Фролова В.И., Славянская Т.А. Психопатологические аспекты недовольства внешностью в эстетической медицине. // *Вестник последипломного медицинского образования.* – 2016. - №1. – с.31-39.
- Тазобекова Ж.К. Дисморфомания в структуре аффективных приступов при шизофрении. / Автореф. к.м.н. Москва. - 1989.
- Brady K.T., Austin L., Lydiard, R. B. Body dysmorphic disorder: The relationship to obsessive-compulsive disorder // *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1990. - 178. - p. 538-540.

40. Medvedev V.E., Frolova V.I., Fofanova Y.S. Mental disorders in patients with temporomandibular pain-dysfunction syndrome. // *European Psychiatry*. – April 2017. Vol.41., - s. 254.
41. Medvedev V.E., Frolova V.I., Vissarionov V.A. Psychopathological aspects of appearance dissatisfaction in aesthetic medicine. // *European Psychiatry*. – April 2017. Vol.41., - s. 316.
42. Петрова Н.Н., Грибова О.М. Дисторфофобия в клинике эстетической хирургии. // *Психические расстройства в общей медицине*. - 2014. - №1. - с.26-30.
43. Biraben-Gotzamanis L., Aouizerate B., Martin-Guehl C., et al. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: assessment of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. // *Presse Med.* – 2009. - №38(7-8). – p.1062-1067.
44. Pavan C., Simonato P., Marini M., et al. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. // *Aesthetic Plast Surg.* – 2008. - №32(3). – p.473-484.
45. Phillips K.A. Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. // *J Clin Psychiatry*. – 1996. - №57 Suppl 8. – p.61-64.
46. Медведев В.Э., Фофанова Ю.С., Фролова В.И. Персистирующие идиопатические лицевые боли с позиции психосоматической медицины. // *Архивъ внутренней медицины*. – 2015. - № 4. – с.10-15.
47. Медведев В.Э., Фролова В.И., Барсеян Т.В. Терапия непсихотических психических расстройств у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности. // *Российская стоматология*. – 2013. - №4. – с.15-25.
48. Медведев В.Э. Дисторфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность. // *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика*. – 2016. - №1. – с.49-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-49-55>
49. Медведев В.Э. Дисторфическое расстройство: факторы риска и стереотипы динамики. // *Психическое здоровье*. – 2016. - №5. – с. 13-22.
50. Medvedev V.E., Frolova V.I. Causeless appearance discontentment in patients of plastic surgeons and cosmetologists: risk factors and patterns of dynamics. // *European Psychiatry*. – April 2017. Vol.41., - s. 497.
51. Phillips K.A. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. // *Psychiatr Res.* – 2006. - №40(2). – p.95–104.
52. Медведев В.Э., Фролова В.И., Мартынов С.Е., Виссарионов В.А. Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога. // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2016. - №6. – с.49-54.
53. Медведев В.Э., Фролова В.И., Мартынов С.Е., Виссарионов В.А. Дисторфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга и косметолога. // *Психическое здоровье*. – 2017. - №2. – с.48-55.
54. Medvedev V.E., Fofanova Y.S., Frolova V.I., Drobyshev A.U. Proportions of anxiety and depression symptoms in adult cleft patients and non-cleft patients with skeletal malocclusions. // *European Psychiatry*. – April 2017. Vol.41., - s. 497.
55. Semiz U., Basoglu C., Ceti M., et al. Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma // *Acta Neuropsychiatrica*. -2008.-20 (1).- p. 33