

Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

**Диагностика и лечение психических
и наркологических расстройств:
современные подходы**

Сборник методических рекомендаций

Выпуск 2

Санкт-Петербург
2019

Д 44 Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 2. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. — 464 с.

ISBN 978-5-91258-435-0

В сборник включены методические рекомендации, подготовленные сотрудниками Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева в 2019 году. Работы посвящены современным и инновационным методам диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими и наркологическими расстройствами. Методические рекомендации освещают алгоритмы диагностики и лечения, организационные и содержательные аспекты терапии и психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического и наркологического профиля.

Сборник адресован врачам-психиатрам, врачам-наркологами, психотерапевтам, неврологам, клиническим психологам, социальным работникам, организаторам здравоохранения и всем специалистам, которые интересуются вопросами психического здоровья.

Коллектив авторов:

А. С. Автенюк, Н. И. Ананьева, Е. В. Андреев, Л. Р. Ахмерова, Е. Н. Бочанова, В. В. Бочаров, А. В. Васильева, Л. В. Веретило, В. Д. Вид, Р. Ф. Гасанов, Н. А. Гомзякова, Р. В. Гребенщикова, Д. И. Громько, Д. В. Дмитренко, Е. Е. Дубинина, Д. А. Емелина, А. Н. Еричев, Н. А. Ерофеева, К. М. Есина, Н. М. Залуцкая, Д. В. Захаров, Д. С. Зубов, М. В. Иванов, Р. Д. Илюк, Т. А. Караваева, Е. Д. Касьянов, В. Л. Козловский, Д. Н. Костерин, А. П. Коцюбинский, И. В. Кравченко, Л. С. Круглов, Е. М. Крупицкий, О. В. Лепик, Е. П. Лукошкина, Н. Б. Лутова, С. В. Ляшкова, Г. Э. Мазо, О. В. Макаревич, И. В. Макаров, С. Э. Медведев, В. А. Михайлов, П. В. Москалева, Р. Ф. Насырова, Н. Г. Незнанов, А. И. Нечаева, А. А. Пичиков, С. В. Полтораки, М. Ю. Попов, Ю. В. Попов, Г. В. Рукавишников, К. В. Рыбакова, Т. А. Саломатина, Н. В. Семенова, Ю. С. Семенова, В. С. Скрипов, М. Ю. Сорокин, А. В. Трусова, В. В. Фрейзе, И. В. Фурсова, Л. А. Хубларова, П. Д. Чернов, А. А. Шведова, Н. А. Шнайдер, Л. В. Щедрина

ТЕЛЕСНАЯ ДИСМОРФИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ

А. А. Пичиков, Ю. В. Попов

ВВЕДЕНИЕ

Телесная дисморфия (ТД) является относительно распространенным и приводящим к инвалидности психическим расстройством, характеризующимся чрезмерной и постоянной озабоченностью воспринимаемыми дефектами или недостатками в своем внешнем виде, которые незаметны для других, и связанным с повторяющимся поведением и навязчивыми сомнениями. Расстройство обычно начинается в подростковом возрасте, но часто остается незамеченным и не диагностируется врачами. При отсутствии лечения ТД обычно прогрессирует и вызывает выраженные функциональные нарушения во многих областях.

Среди взрослых ТД приводит к высоким показателям профессиональных нарушений, безработицы, социальной дисфункции и социальной изоляции. Аналогичным образом, ТД у молодежи ассоциируется с серьезными функциональными нарушениями, включая снижение успеваемости, социальную абстиненцию и отчисление из школы.

Несмотря на серьезность расстройства, ТД до настоящего времени уделялось мало эмпирического внимания по сравнению с сопутствующими заболеваниями, такими как ОКР. Однако в последние годы возросшие усилия были направлены на понимание феноменологии, этиологии и лечения расстройства. В этих методических рекомендациях, предназначенных широкому кругу специалистов, будут рассмотрены необходимые для практического использования современные данные по верификации, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике данного заболевания.

История термина

В литературе приводятся разные определения ТД. Предложивший термин дисморфофобия Е. Morselli описал больного, страдавшего от неприятных ощущений в области рубца на носу и высказывавшего навязчивые мысли о том, что его нос имеет шаровидную форму и поэтому привлекает внимание окружающих. Е. Краерелін относил дисморфофобию к навязчивым неврозам. В. П. Осипов считал ее «мучительной мыслью, стыдом своего тела». Во второй половине XX в. появляется описание паранойяльной бредовой формы дисморфофобии под названием дисморфомания. Длительное время в психиатрической литературе ориентировались именно на эти определения, которые приводятся ниже полностью.

- **Дисморфофобия** (Morselli E., 1886; $\delta\sigma$ — нарушение, расстройство, $\mu\omicron\rho\phi\acute{\eta}$ — вид, наружность, $\phi\acute{o}\beta\omicron\varsigma$ — страх) — психическое расстройство, при котором человек чрезмерно обеспокоен и занят незначительным дефектом или особенностью своего тела.

- **Дисморфомания** (Schneider С., 1931; *mania* — страстное влечение) — патологическая убежденность в необходимости хирургической коррекции какой-либо части тела или органа с активным стремлением к исправлению мнимого дефекта.

По итогу, эти определения отражали наличие у человека озабоченности воображаемым или преувеличиваемым дефектом тела. Но описывали эту озабоченность по-разному, либо как страх, либо как навязчивое стремление к коррекции. При всем спектре эмоциональных переживаний, имеющих у людей с подобными симптомами, безусловно, термин «страх» не отражает самой сути расстройства. А понятие «мания», в свою очередь, не может в полной мере описать степень желаемости коррекции недостатка, которая косвенно связана с уровнем критики к имеющимся переживаниям (хорошая, плохая, отсутствующая).

В современной литературе в основном описываются «телесное дисморфическое расстройство», согласно классификации DSM-V (*body dysmorphic disorder, BDD*), и «телесная дисморфия», термин, который и используется в настоящих методических рекомендациях.

Распространенность

В недавнем систематическом обзоре распространенность ТД была оценена в 1,9% в выборочных группах взрослых и 5,8–7,4% в психиатрических учреждениях, что подчеркивает необходимость в бдительности врачей любой специальности на предмет выявления подобных нарушений. Для подростков были найдены сопоставимые показатели с оценками распространенности в пределах 1,7–2,2% в общих когортах молодых людей и 6,7–14,3% в психиатрических стационарах.

Показатель распространенности ТД среди взрослого населения США составляет 2,4% (2,5% у женщин и 2,2% у мужчин). В Германии распространенность составляет приблизительно 1,7–1,8%, при этом гендерное распределение аналогично распределению в Соединенных Штатах. По данным этих исследований распространенность ТД составляет 9–15% среди пациентов дерматологов, 7–8% среди пациентов косметических хирургов в США (3–16% в других странах), 8% среди пациентов ортодонта и 10% среди пациентов, получающих помощь в области челюстно-лицевой хирургии.

Возрастные особенности

ТД имеет начало в подростковом возрасте с наиболее частым вариантом манифестации субклинических форм уже в 12–13 лет. У 2/3 людей расстройство начинается в возрасте до 18 лет. Субклинические нарушения, как правило, постепенно усиливаются и формируется клинически очерченная ТД, хотя некоторые люди описывают внезапное начало заболевания. ТД носит хронический характер, хотя улучшение возможно при получении адекватного лечения. Лица с началом расстройства в возрасте до 18 лет более склонны к суицидальному поведению, имеют больше сопутствующих заболеваний и имеют постепенное (а не острое)

начало расстройства, чем люди с манифестацией заболевания во взрослом периоде. Хотя в целом клинические особенности ТД в значительной степени похожи у подростков и взрослых. Заболевание также встречается и у пожилых людей, но достаточно мало известно об особенностях ТД в этой возрастной группе. На сегодняшний день ни в одном исследовании не изучалась распространенность ТД в возрасте до 12 лет, поэтому остается неясным, насколько часто данное расстройство встречается в детском возрасте.

Гендерные различия

Что касается гендерных различий в распространенности, результаты являются противоречивыми, причем некоторые исследования показали, что ТД чаще встречается у женщин, а другие указывают на эквивалентную распространенность среди обоих полов. Существуют предположения, что субклинические симптомы ТД чаще встречаются у женщин, но что распространенность диагностируемого расстройства эквивалентна у обоих полов. Женщины и мужчины, по-видимому, имеют больше сходств, чем различий с точки зрения большинства клинических особенностей — например, неприязни к определенным участкам тела, типам повторяющегося поведения, тяжести симптомов, суицидальности, сопутствующей патологии, развитию болезни и получению косметических процедур при ТД. Тем не менее мужчины с большей вероятностью будут озабочены своими гениталиями и истонченными волосами, тогда как женщины с большей вероятностью будут озабочены бедрами, грудью, ногами и излишними волосами на теле. Также женщины чаще имеют коморбидное расстройство пищевого поведения, а мышечная дисморфия встречается почти исключительно у мужчин. Таким образом, врачам следует учитывать потенциальные различия в клинической картине ТД у мужчин и женщин.

Факторы риска

Модель стресс-диатеза предполагает, что расстройство является результатом взаимодействия между биологическими предрасполагающими факторами и факторами окружающей среды.

1. Генетика. Распространенность ТД повышена у родственников первой линии родства, имеющих обсессивно-компульсивное расстройство. Результаты исследований близнецов указывают на то, что генетические факторы составляют примерно 42–44% дисперсии симптомов, подобных ТД, а остальная разница объясняется воздействиями окружающей среды.

2. Окружающая среда. ТД связана с высоким уровнем пренебрежения к ребенку, жестоким обращением, насмешками со стороны сверстников и виктимизацией. Исследования показали, что взрослые с ТД сообщают о высоком уровне жестокого обращения в детстве (до 79% пациентов). Несколько недавних исследований показали связь между комментариями о внешности и ситуациями, когда ребенка дразнили из-за внешнего вида, и симптомами ТД, особенно когда дразнили представители противоположного пола. Хотя дальнейшие исследования

явно необходимы, понимание роли факторов риска окружающей среды может иметь важные последствия для профилактики и раннего вмешательства при ТД.

3. Культура. ТД выявляется во всех странах и во всех этносах. Похоже, что расстройство может иметь больше сходств, чем различий между расами и культурами, но культурные ценности и предпочтения могут в некоторой степени влиять на содержание симптомов. Taijin kyofusho, включенный в традиционную японскую диагностическую систему, имеет подтип, похожий на ТД под названием shubo-kyofu («фобия деформированного тела»).

Диагностические критерии

В DSM-V ТД отнесена к рубрике обсессивно-компульсивных расстройств. В текущем издании МКБ-10 ТД не является независимой диагностической категорией, а вместо этого указана как термин включения при ипохондрическом расстройстве в рубрике «соматоформные расстройства». Примечательно, что симптомы ТД также упоминаются в нескольких других диагностических категориях (например, бредовое расстройство, шизотипическое расстройство и другие хронические бредовые расстройства), что, с нашей точки зрения, может привести к диагностической путанице и неправильному лечению. Основным критерием в МКБ-10 для определения ТД в рубрику «соматоформных» или «бредовых» расстройств является оценка мыслей человека, касающихся своей внешности, как не бредовых или бредовых. Во втором случае ТД относят к категории «другие хронические бредовые расстройства».

Диагностические критерии ТД в соответствии с МКБ-10

Ипохондрическое расстройство (F45.2)

Важнейшей чертой является устойчивая озабоченность пациента возможностью иметь у себя тяжелое, прогрессирующее заболевание или несколько заболеваний. Пациент предъявляет устойчивые соматические жалобы или проявляет устойчивое беспокойство по поводу их возникновения. Нормальные, обычные ощущения и признаки часто воспринимаются больным как ненормальные, беспокоящие; он сосредоточивает свое внимание обычно только на одном-двух органах или системах организма. Часто присутствуют выраженная депрессия и тревога, что может объяснить дополнительные диагнозы.

Включается: небредовая дисморфобия

Другие хронические бредовые расстройства (F22.8)

Расстройства, при которых одна или несколько картин бреда сопровождаются устойчивыми галлюцинаторными голосами или шизофреническими симптомами, которые не укладываются в диагноз шизофрении.

Включается: бредовая дисморфобия

Основным достижением в области диагностики ТД в последние годы стала реклассификация расстройства в диагностических руководствах, а также уточне-

ние ее критериев. Во-первых, в свете феноменологического совпадения и высокого уровня сопутствующей патологии между ТД и ОКР дисморфия была классифицирована в рамках новой главы «Обсессивно-компульсивные и связанные расстройства» наряду с ОКР, расстройством накопления, трихотилломанией и расстройством эксфолиации.

Во-вторых, был включен новый диагностический критерий, определяющий повторяющееся поведение или мысли о «дефекте» как ключевую особенность расстройства. Этот критерий увеличил специфичность диагноза, потенциально помогая дифференцировать ТД от других расстройств, таких как социальное тревожное расстройство и депрессия.

В-третьих, были включены два спецификатора для идентификации значимых подгрупп ТД. Спецификатор понимания позволяет клиницистам выявлять пациентов с бредовыми убеждениями о «дефекте», не выставляя отдельного диагноза бредового расстройства, которое может привести к неправильному лечению антипсихотическими препаратами. Спецификатор мышечной дисморфии описывает пациентов с ТД, которые озабочены идеей, что их телосложение является слишком маленьким или недостаточно мускулистым. Этот спецификатор имеет потенциальную клиническую полезность, поскольку было обнаружено, что мышечная дисморфия, которая чаще встречается у мужчин, связана с ухудшением качества жизни, более высокими показателями самоубийств и более высокими показателями злоупотребления психоактивными веществами, включая злоупотребление анаболическими стероидами.

Диагностические критерии ТД в соответствии с DSM-V

Шифр 300.7 (Body Dysmorphic Disorder)

A. Озабоченность одним или несколькими видимыми дефектами или недостатками внешности, которые на самом деле отсутствуют или кажутся незначительными для других.

B. В связи с фиксацией внимания на проблемах с внешностью формируется повторяющееся поведение: рассматривание себя в зеркале, чрезмерный уход за кожей, эксфолиации (расчесывание и ковыряние кожи), просьба к другим подтвердить наличие дефекта, сравнение своей внешности с внешностью других.

C. Озабоченность вызывает клинически значимые расстройства или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах деятельности.

D. Озабоченность внешностью не объясняется лучше проблемами с жировой массой тела или весом человека, симптомы которых соответствуют диагностическим критериям расстройства пищевого поведения.

Необходимо указать наличие **мышечной дисморфии**, в случае ее идентификации. Человек с мышечной дисморфией озабочен идеей, что его тело слишком маленькое или недостаточно мускулистое. Эта рубрика используется, даже если человек озабочен другими областями тела, что часто имеет место.

Необходимо указать степень понимания адекватности убеждений в отношении ТД (например, «я выгляжу уродливым» или «я выгляжу деформированным»):

- **хорошее понимание:** индивид признает, что убеждения в отношении ТД определены или, вероятно, не соответствуют действительности, или что они могут быть или не быть правдой;
- **плохое понимание:** индивид думает, что убеждения о ТД, вероятно, верны;
- **отсутствие понимания / бредовые убеждения:** индивид полностью уверен в том, что убеждения о ТД являются истинными, точными и не искаженными.

Лица с ТД озабочены одним или несколькими ощущаемыми дефектами или недостатками своего внешнего вида, которые, по их мнению, выглядят уродливыми, непривлекательными, ненормальными или деформированными. Воспринимаемые недостатки могут вообще отсутствовать или кажутся незначительными для других людей. Восприятие проблемы варьируется от понимания человеком, что он выглядит непривлекательно или неправильно, до представлений о том, что он является отвратительным или даже монстром. Также осознание убеждений относительно «дефектов» тела у пациентов с ТД может меняться от адекватного («возможно, это не правда») до бредового (отсутствие сомнений в истинности проблемы). В среднем, понимание плохое; одна треть или более людей с ТД полностью уверены в правильности своего мнения. Люди с бредовым вариантом ТД имеют более высокий риск суицидального поведения и социальной дисфункции, но это, по-видимому, объясняется более тяжелыми симптомами расстройства.

Озабоченность может быть сосредоточена на одной или нескольких областях тела, чаще всего на коже (например, угревая сыпь, шрамы, морщины, бледность), на волосах (например, истонченные волосы или чрезмерное оволосение на теле или лице) или на носу (например, размер или форма). Однако любая область тела может быть предметом беспокойства (например, глаза, зубы, живот, грудь, ноги, размер или форма лица, губы, подбородок, брови, гениталии). Некоторые люди обеспокоены асимметрией частей тела. Озабоченность является навязчивой, нежелательной, отнимает много времени (в среднем 3–8 часов в день), и, как правило, ее трудно уменьшить или контролировать.

Чрезмерные повторяющиеся действия или навязчивые сомнения (например, сравнение себя с другими) связаны с озабоченностью своим дефектом. Человек не способен сопротивляться этим мыслям и действиям, которые не доставляют удовольствия и могут усиливать беспокойство и дисфорию. Как правило, они отнимают много времени и им трудно противостоять или контролировать их.

К мыслям и действиям, связанным с ТД, относятся:

- постоянное сравнение своей внешности с внешностью других;
- неоднократная проверка обнаруженных дефектов в зеркалах или других отражающих поверхностях или их непосредственное исследование;
- чрезмерный уход (например, расчесывание, укладка, бритье, выщипывание волос);
- маскировка (например, многократное нанесение макияжа или сокрытие «дефектных» областей такими вещами, как шляпа, одежда, макияж или волосы);

- поиск подтверждения в том, как выглядят имеющиеся недостатки, также и при расспросе окружающих;
- постоянное желание дотронуться до нелюбимой области тела, чтобы проверить истинность ее «дефекта»;
- чрезмерная физическая нагрузка или поднятие тяжестей (для телесной дисморфии);
- поиск коррекции «дефектов» при помощи косметических процедур.

Некоторые люди чрезмерно загорают, чтобы затемнить «бледную» кожу или уменьшить видимые прыщи, неоднократно меняют свою одежду, чтобы скрыть обнаруженные дефекты, или постоянно покупают все новые и новые косметические средства. Экскориации, имеющие целью улучшить воспринимаемые дефекты кожи, являются распространенным явлением и могут привести к значительным повреждениям кожных покровов, инфекциям или разрыву кровеносных сосудов.

Мышечная дисморфия (muscle dysmorphia, bigorexia, megarexia) — форма ТД, возникающая почти исключительно у мужчин. Она связана с озабоченностью идеями, что тело является слишком маленьким, недостаточно стройным или мускулистым. Люди с этой формой расстройства на самом деле имеют нормальное или даже очень мускулистое телосложение. Они также могут быть озабочены и другими участками тела, такими как кожа или волосы. Большинство лиц, страдающих мышечной дисморфией чрезмерно используют диеты, физические упражнения и/или поднятие тяжестей, что иногда вызывает телесные повреждения. Некоторые используют потенциально опасные анаболические стероиды и другие вещества, чтобы сделать свое тело больше и мускулистее.

Почти все люди с ТД страдают нарушением психосоциального функционирования из-за проблем с внешностью. Нарушение может варьировать от умеренного (например, избегание некоторых социальных ситуаций) до экстремального (например, никуда не выходить из дома). В среднем психосоциальное функционирование и качество жизни заметно ухудшаются. Более тяжелые симптомы ТД связаны с ухудшением функционирования и качества жизни. Большинство людей испытывают ухудшение в своей работе, учебе или ролевом функционировании (например, в качестве родителя или опекуна), которое часто бывает значительным (например, плохо выполняют свою работу, пропускают школу или работу, не работают). Около 20% молодых людей с ТД бросают школу в основном из-за симптомов заболевания. Нарушение функционирования в социальной деятельности, отношениях, близости, включая избегание, является распространенным явлением. Люди могут быть привязаны к дому из-за симптомов ТД, иногда в течение многих лет.

Дифференциальная диагностика

Расстройства пищевого поведения. У пациента с расстройством пищевого поведения беспокойство о том, что он является толстым, считают симптомом

самого расстройства, а не признаком ТД. Тем не менее, проблемы с весом могут возникнуть и при ТД. Расстройства пищевого поведения и ТД могут быть сопутствующими, и в этом случае оба должны быть диагностированы.

Другие обсессивно-компульсивные расстройства. Озабоченность и повторяющееся поведение при ТД отличаются от навязчивых идей и действий при ОКР тем, что они фокусируются только на внешности в первом случае. Ритуалы груминга при ОКР могут быть связаны со страхом загрязнения или «правильными» побуждениями. Когда расчесывание кожи предназначено для улучшения внешнего вида воспринимаемых дефектов кожи, диагностируется ТД, а не расстройство эксфолиации (Excoriation (Skin-Picking) Disorder в DSM-V, 698.4; искусственный [артифициальный] дерматит в МКБ-10, L98.1). Когда удаление волос предназначено для улучшения дефектов внешнего вида волос на лице или теле, диагностируется ТД, а не трихотилломания.

Ипохондрическое расстройство. Несмотря на то, что в МКБ-10 ТД относится к категории «ипохондрических расстройств», лица с ТД не озабочены наличием или приобретением серьезного заболевания и не имеют значимо высоких уровней соматизации.

Депрессивные расстройства. Выраженная озабоченность внешним видом и чрезмерное повторяющееся поведение при ТД отличает ее от депрессивных расстройств. Тем не менее серьезные депрессивные симптомы нередко встречаются у людей с ТД и часто оказываются вторичными по отношению к дистрессу и нарушениям, вызванным искаженным восприятием. ТД может быть диагностирована у людей, страдающих депрессией, если для нее соблюдены диагностические критерии. Помимо этого, при депрессии может наблюдаться отношение к себе как к безобразному или уродливому человеку в связи с всепроникающей низкой самооценкой или идеями самоуничтожения.

Тревожные расстройства. Социальная тревога и избегание часто встречаются при ТД. Однако, в отличие от социального тревожного расстройства, агорафобии и избегающего расстройства личности, ТД включает выраженную озабоченность, связанную с внешностью, которая может быть бредовой, а социальная тревожность и избегание обусловлены опасениями по поводу недостатков внешности и страхом, что другие люди будут считать этих людей безобразными, высмеивать или отвергать их из-за физического уродства. В отличие от генерализованного тревожного расстройства, тревога и беспокойство при ТД фокусируются на воспринимаемых недостатках внешнего вида.

Психотические расстройства. Многие люди с ТД имеют бредовые представления о внешнем виде (то есть полное убеждение в том, что их взгляд на собственные дефекты является точным), которые диагностируются как ТД с бредовыми убеждениями, а не как бредовое расстройство. В отличие от расстройств шизофренического спектра, ТД включает в себя выраженную озабоченность внешним видом и связанное с ним повторяющееся поведение, но при этом дезорганизованное поведение и другие психотические симптомы отсутствуют.

Другие расстройства и синдромы. ТД не следует диагностировать, если озабоченность ограничена дискомфортом или желанием избавиться от своих первичных и/или вторичных половых признаков у индивидуума с гендерной дисфорией или если озабоченность сосредоточена на убеждении, что человек испускает неприятный запах тела.

Синдром нарушения целостности восприятия собственного тела (body integrity identity disorder) является психическим нарушением, при котором человек с детства испытывает чувство, что определенная часть тела ему не принадлежит, и хочет избавиться от нее. Расстройство включает в себя желание ампутировать конечность, чтобы исправить несоответствие между чувством идентичности тела человека и его фактической анатомией. Тем не менее, проблема не сосредоточена на внешнем виде конечности, как это было бы при ТД.

Существует также культурно-обусловленный синдром под названием Коро, который обычно возникает у жителей Юго-Восточной Азии и носит характер массовой эпидемии. Он связан со страхом, что пенис (половые губы, соски или груди у женщин) сжимаются, уменьшаются или исчезают в брюшной полости, что часто сопровождается убеждением в скором смертельном исходе. Коро отличается от ТД по нескольким причинам, включая сосредоточение внимания на смерти, а не на озабоченности ощущаемым уродством.

Коморбидность. Наиболее распространенными коморбидными нарушениями являются депрессивные расстройства, которые обычно начинаются после возникновения ТД. Помимо этого часто встречаются социальное тревожное и обсессивно-компульсивное расстройства.

Методы оценки

Несмотря на достаточную распространенность и социальные последствия, ТД часто остается не диагностированной. Это может частично отражать нежелание пациентов с ТД обращаться за поддержкой к специалистам в области психического здоровья из-за стыда и смущения по поводу симптомов, анозогнозии или стремления к лечению, направленному на коррекцию косметических недостатков. Однако даже когда пациенты обращаются к психиатру или психологу по поводу сопутствующих проблем (например, депрессии), они вряд ли сразу же сообщают о проблемах со своей внешностью. Таким образом, клиницисту необходимо целенаправленно выявлять симптомы ТД во время сбора анамнеза. Отсутствие самопроизвольного раскрытия симптомов в сочетании с ограниченной осведомленностью специалистов о ТД может привести к ошибочному диагнозу, при этом симптомы дисморфии неправильно классифицируются как другие сопутствующие заболевания, такие как депрессия и социальное тревожное расстройство. Кроме того, при оценке состояния подростка могут возникнуть трудности с дифференцированием симптомов легкой формы ТД от проблем с нормальным внешним видом. Несмотря на это, точная диагностика ТД в условиях первичной и специализированной медицинской помощи может быть в значительной степени облегчена

использованием коротких скрининговых инструментов. В зарубежной практике используется значительное количество методик для выявления телесной дисморфии, в том числе для отдельных групп пациентов (хирургических, дерматологических и т. д.): Yale — Brown Obsessive Compulsive Scale modified for BDD (YBOCS — BDD); Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ); Body Dysmorphic Disorder Questionnaire — Dermatology Version (BDDQ-DV); Body Dysmorphic Disorder Examination — Self-Report (BDDE-SR); Body Dysmorphic Symptoms Scale (BDSS); Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ); Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS); Body Image Concern Inventory (BICI) и др.

Американская ассоциация тревоги и депрессии предоставляет следующую анкету для ТД, которая может быть использована в качестве структурированного четырехпрофильного скрининга в клинической практике:

1. Вы очень обеспокоены внешним видом какой-либо части вашего тела, которую вы считаете особенно непривлекательной?

Если да:

- размышления об этом поглощают ваше внимание?
- вы думаете об этой проблеме очень много и хотели бы беспокоиться об этом меньше?

2. Сколько времени вы тратите на размышления о своих недостатках в день в среднем?

3. Является ли главной заботой касательно вашей внешности, то, что вы недостаточно худы или что вы можете слишком растолстеть?

4. Какое влияние ваша озабоченность внешностью оказала на вашу жизнь?

- ваши дефекты часто причиняют вам много страданий, мучений или эмоциональной боли?
- ваши дефекты часто значительно мешают вашей социальной жизни?
- ваши дефекты часто значительно мешают вашему обучению в школе или институте, вашей работе или вашей способности функционировать в какой-либо определенной роли (например, как домохозяйки)?
- есть ли ситуации, которых вы избегаете из-за ваших недостатков?

Пациенты вероятно имеют ТД, если они дают следующие ответы: «да» для обеих частей вопроса 1, отмечают более 1 часа в день для вопроса 2 и отвечают «да» на вопрос 4. Ответ «да» на вопрос 3 может предполагать диагноз ТД, но также следует осуществить дальнейший расспрос и на предмет наличия расстройства пищевого поведения. В ситуации значительной загруженности клинициста, задавая всего лишь первый вопрос и получая от респондента ответ «да» для обеих его частей, можно выявить, какие пациенты требуют дополнительного опроса. Поскольку ТД не всегда представляется явным расстройством, при котором пациенты стремятся скрыть свое состояние, врачи должны задавать конкретные вопросы или нарушение, вероятнее всего, не будет диагностировано.

Одним из наиболее простых и понятных самоопросников является Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ), который также можно использовать как скрининговый метод оценки (см. Приложение).

Оценка суицидального риска. Показатели суицидальных мыслей и суицидальных попыток высоки как у взрослых, так и у детей/подростков с ТД. Кроме того, риск завершённых самоубийства является очень высоким у подростков. Значительная часть людей приписывают суицидальные мысли или попытки самоубийства в первую очередь проблемам со своей внешностью. У людей с ТД есть много факторов риска завершённого суицида, таких как высокий уровень суицидальных мыслей, ранее совершённых попыток самоубийства и высокий уровень сопутствующего крупного депрессивного расстройства. ТД ассоциируется с поразительно высоким уровнем самоубийств. Частота сообщений о суицидальных идеях колеблется от 17 до 77%, в то время как частота попыток самоубийства колеблется от 3 до 63%. Считается, что во всем мире в среднем 0,3% пациентов с ТД ежегодно умирают от суицида, 25% пациентов совершают попытку суицида, 80% переживают суицидальные мысли в течение всей жизни, а 58% в течение года. Стандартизованный коэффициент смертности у пациентов с ТД в 45 раз выше, чем в общей популяции, и больше, чем при других психических расстройствах (РПП, большое депрессивное расстройство, БАР — 23, 20 и 15 соответственно). В связи с этим обязательным элементом работы с такими пациентами является оценка суицидального риска, которую желательно проводить с помощью полуструктурированного интервью. Наиболее качественным диагностическим инструментом, с нашей точки зрения, является **Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS)**. Шкала состоит из четырех модулей: суицидальные идеи; интенсивность суицидальных идей; суицидальное поведение; реальная/потенциальная опасность суицидальных попыток. Прежде всего, она позволяет оценить степень суицидального риска у пациента с ТД за счет анализа основных факторов риска, перечисленных выше.

Клиническое интервью

Многие люди с ТД полагают, что другие люди обращают на них особое внимание или высмеивают их из-за того, как они выглядят. ТД связана с высоким уровнем тревоги, социальной тревожностью, социальным избеганием, подавленным настроением, невротизмом и перфекционизмом, а также низким уровнем экстраверсии и низкой самооценкой. Многим людям стыдно за свою внешность и чрезмерное внимание к тому, как они выглядят, и они не хотят раскрывать свои проблемы другим. В связи с этим очень важным является стиль беседы, который выбирает специалист в работе с таким пациентом. При этом в большинстве ситуаций это будет специалист первичного звена или пластический хирург, дерматолог, косметолог, но никак не психиатр.

Многие пациенты с ТД получают косметическое лечение, чтобы попытаться улучшить их воспринимаемые дефекты. Дерматологическое лечение и хирургическое вмешательство являются наиболее распространенными, но может быть получен и любой другой тип (например, стоматологический). Пациенты с ТД, как правило, плохо реагирует на такое лечение и иногда симптоматика может

ухудшиться. Некоторые люди предпринимают юридические действия или применяют насилие по отношению к врачу, потому что они недовольны косметическим результатом. Этот факт, в свою очередь, должен убедить врача быть более осторожным в работе с потенциально конфликтующим пациентом, несмотря на возможную коммерческую выгоду, и выбрать тактику по перенаправлению его к профильному специалисту. Вероятнее всего, такой пациент так и не обратится к врачу-психиатру, особенно если направление будет безадресным, а разъяснений о сути проблемы от врача так и не последует. В зарубежной практике отмечается увеличение назначения психотропных препаратов пациентам с ТД со стороны врачей не психиатров, однако, как нам кажется, в таком случае этот специалист должен уметь грамотно оценивать суицидальный риск, выраженность психопатологии, и в любом случае перенаправлять пациента к психотерапевту.

Ниже представлена информация, которая поможет врачу сформировать конструктивный контакт с пациентом, страдающим ТД, и возможно способствовать получению им специализированной симптом-центрированной помощи.

Как вести себя с пациентом, страдающим ТД:

1. Сочувствуйте пациенту.
2. Действуйте беспристрастно.
3. Не комментируйте субъективный дефект.
4. Не предлагайте косметические процедуры.
5. Уточните наличие депрессии, тревоги, суицидальных мыслей.
6. Предоставьте пациенту информацию о расстройстве.
7. Направьте пациента к соответствующему эксперту в области психического здоровья.
8. Будьте готовы к тому, что пациент не обратится к психиатру.

При настоятельных попытках добиться от врача хирургического или косметологического лечения возможен отказ от предоставления медицинской услуги согласно п. 3 ст. 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Такие высказывания, как «я понимаю, что вы испытываете сильное беспокойство» или «я думаю, что у вас есть способ почувствовать себя лучше», могут быть полезными, но также и не признают наличие дефекта внешности. Общайтесь с пациентом спокойно и без осуждения. В этом случае необходимо выбирать не директивный или конфронтационный стиль ведения беседы, а клиент-центрированный.

Не сравнивайте пациентов, страдающих ТД, с другими людьми с точки зрения внешнего вида или функционирования, так как это может заставить их чувствовать себя еще хуже. Не спорьте с пациентами о том, как они выглядят, и не пытайтесь отговорить их от ошибочных суждений. Такие комментарии, как «ты хорошо выглядишь», «это совсем незаметно» и «не так уж плохо», не работают. Хотя некоторые люди, обладающие достаточной степенью проницательности, могут

извлечь выгоду из случайного напоминания о том, что их мнение неверно из-за психического расстройства, большинство не будут верить вашим комментариям и, возможно, будут агрессивно реагировать на попытку определить их как психически нездоровых.

Даже если ваше мнение о незначимости «дефекта» временно улучшит симптомы, это непродолжительное облегчение сменится вскоре новыми попытками пациента обрести уверенность в наличии проблемы. Поэтому основная цель — не комментировать внешний вид.

Не предлагайте косметические процедуры. Если вы уже предоставляли ранее лечение, будьте готовы остановиться и избегать оборонительных действий. Если у вас возникло подозрение на наличие ТД у пациента, постарайтесь избегать всех инвазивных процедур. Однако может оказаться приемлемым предоставить минимально инвазивную процедуру, которая является относительно недорогой, и переоценить последующее лечение.

Несмотря на то, что подавляющее большинство лиц с ТД должно быть исключено из сферы хирургических вмешательств, некоторые авторы описывают подгруппу пациентов с «комплексом Терсита» (Терсит — горбатый, лысый, косой и болтливый воин, участвовавший в Троянской войне со стороны ахейцев), которые могут быть кандидатами на косметическую коррекцию после тщательного отбора. Людей с этим комплексом описывают как имеющих чрезмерную озабоченность фактическим, но незначительным телесным дефектом или аномалией. Относительные показания включают минимальную реальную деформацию с чрезмерной озабоченностью, реалистичными ожиданиями от пациента, приемлемыми хирургическими рисками и практической осуществимостью.

Абсолютными психиатрическими противопоказаниями к эстетической хирургии являются: (1) психоз, мания, тяжелая депрессия; (2) расстройства пищевого поведения (например, желание пациентки с нервной анорексией сделать липосакцию); (3) телесная дисморфия (за исключением комплекса Терсита). Относительными общими противопоказаниями являются: многочисленные предыдущие хирургические операции, недопустимый хирургический риск, агрессивное поведение пациента по отношению к врачам.

Врачу, который ставит перед собой задачу оценить выраженность нарушений, связанных с ТД, и соответственно определить конфликтный статус пациента, мы рекомендуем обратить внимание на наличие следующих особенностей:

- неоднократная коррекция внешности в анамнезе с субъективно неудовлетворительной оценкой результата;
- самостоятельные травмирующие попытки коррекции внешности;
- уверенность, что коррекция внешности замедлит старение или избавит от депрессии;
- социальная дезадаптация;
- неспособность однозначно сформулировать пожелания;
- требование совершенной симметрии;
- совершение ритуалов и навязчивых действий.

Такая тщательная оценка статуса пациента позволит в дальнейшем минимизировать риски, связанные с ухудшением его состояния в связи с оказанной хирургической помощью, и уберечь врача от юридических проблем, агрессивных, а порой и гомицидных тенденций со стороны больного ТД.

Несмотря на трудности, связанные с оказанием помощи таким пациентам, некоторые практические шаги, описанные ниже, позволят специалисту быть более уверенным в своих силах и действовать согласно клинически опробованным алгоритмам.

1. Распознавание и диагностика ТД является первым шагом к правильному лечению.

2. Обучите своего пациента:

- образование является важнейшим компонентом лечения ТД;
- объясните пациенту, что у него нет серьезных дерматологических или хирургических проблем, а есть проблема с восприятием тела, известная как ТД, характеризующаяся чрезмерной обеспокоенностью и фиксацией на своем внешнем виде;
- объясните своему пациенту, что ТД поддается лечению, но вряд ли будет полезным изменение фактической части тела, вызывающей беспокойство;
- порекомендуйте соответствующие материалы для чтения о расстройстве;
- обучите членов семьи, друзей или других сопровождающих пациента лиц.

3. Сочувствуйте своему пациенту:

- пациенты склонны думать, что их взгляд на свою внешность правильный и реалистичный;
- не стоит говорить пациенту о том, что его убеждения иррациональны или воображаемы или что его внешность нормальна;
- сосредоточьтесь на негативных эмоциях и переживаниях, которые вызывают дисфункцию, а не на внешнем виде; это, скорее всего, облегчит направление к специалисту по психическому здоровью.

4. Оцените имеющуюся проблему:

- для пациентов с эксфолиациями может потребоваться сочетание психиатрического и дерматологического лечения (особенно, если эксфолиации приводят к вторичным проявлениям, таким как инфекция);
- избегайте любых дерматологических и косметических процедур или вмешательств; эти процедуры вряд ли будут полезны и могут ухудшить состояние;
- объясните пациенту, что, по вашему мнению, он вряд ли будет доволен косметическим лечением, но что существуют успешные методы лечения, позволяющие уменьшить страдания, вызванные его внешностью.

5. Направьте пациента к специалисту в области психического здоровья:

- сосредоточьтесь на обсуждении возможности уменьшения симптомов и улучшения повседневного функционирования;
- обратитесь к психотерапевту, который знаком с методами лечения пациентов с ТД (желательно КПТ), если пациент заинтересован в психологической коррекции;

- обратитесь к психиатру, если пациент заинтересован в приеме лекарств;
- обсудите с пациентом возможность стационарного наблюдения, особенно если он находится в тяжелой депрессии или имеет высокий суицидальный риск;
- для пациентов, которые противостоят психиатрическому компоненту своей проблемы, вместо того, чтобы обсуждать их внешность, постарайтесь сосредоточиться на большом количестве времени, которое занимает их одержимость своей внешностью, или на уровне стресса, который она у них вызывает.

Терапия

В соответствии с существующей доказательной базой, клинические руководства рекомендуют когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) при лечении ТД.

Психотерапия. В клинических испытаниях КПТ для лечения ТД обычно включает 12–22 еженедельных сеанса. Ключевой терапевтической стратегией является техника конфронтации с подавлением тревожной реакции (*exposure/response prevention*). Она включает в себя постепенную конфронтацию с опасными ситуациями (например, ярким светом, зеркалами, социальными ситуациями) и противодействие побуждению к выполнению безопасных действий (например, маскировка, нанесение чрезмерного макияжа, погружение в мир своих переживаний) для нейтрализации дистрессовых переживаний. Дополнительные стратегии, которые используются в КПТ для коррекции ТД, включают психообразование, методы повышения мотивации, когнитивную реструктуризацию, зеркальный тренинг и тренинг внимания. Хотя КПТ является эффективным средством лечения ТД, многие пациенты продолжают испытывать выраженные симптомы, и существует настоятельная необходимость в улучшении существующих методов для улучшения результатов.

Терапия на основе логического вывода (*Inference-Based Therapy, IBT*) — это методика, которая первоначально была разработана для пациентов с ОКР с особенно выраженными фиксированными убеждениями или навязчивыми идеями. Пациенты с ТД имеют переоцененную идею, которая является очень сильным убеждением в объективной реальности без какого-либо сомнения в том, чтобы считать ее заблуждением. В терапии ТД одержимость внешним видом концептуализируется как двухэтапный процесс, в котором установление ошибочного вывода используется в качестве основы для вторичного вывода с отрицательными ожидаемыми последствиями. Например, вера в то, что «я недостаточно мускулистый, чтобы меня заметили» (ошибочный вывод), может сопровождаться выводом «если меня никогда не заметят, я никогда не найду девушку» (отрицательное последствие). В этом случае пациент на 90% убежден, что если он не выполнит свои ритуалы (занятия в спортзале), он будет страдать от негативных последствий (никогда не найдет девушку). Психотерапевт сначала пытается исследовать

страх пациента или его негативные последствия, а затем работает в обратном направлении, чтобы помочь идентифицировать изначальное навязчивое убеждение. Эти ошибочные выводы являются основной целью терапевтического вмешательства. Подобная терапия может быть особенно полезной у пациентов с очень сильной фиксацией на своих заблуждениях с минимальной критикой.

Фармакотерапия. При лечении ТД используется ряд антидепрессантов, включая флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам и кломипрамин. Наибольшее количество доказательств эффективности фармакотерапии при ТД получено из открытых испытаний, и на сегодняшний день было проведено только четыре РКИ, в которых частота ответов варьировалась от 53 до 70%. Самое последнее РКИ являлось двухфазным. Фаза 1 представляла собой 14-недельное открытое исследование, в котором пациенты с ТД получали лечение эсциталопрамом. В фазе 2 респонденты, получавшие лечение, были рандомизированы на продолжение приема эсциталопрама или плацебо в течение еще 6 месяцев в двойном слепом режиме. Результаты показали, что у 40% пациентов, принимавших плацебо, произошел рецидив, по сравнению только с 18% из группы, продолжавшей лечение эсциталопрамом, и в целом группа, продолжавшая лечение эсциталопрамом, добилась дальнейших успехов. Ключевое значение этого исследования состоит в том, что пациенты с ТД должны оставаться на лечении СИОЗС в течение относительно длительных периодов, чтобы уменьшить вероятность возникновения рецидива. Несмотря на то, что исследования по влиянию дозы не проводились при ТД, имеющиеся данные и клинический опыт указывают на то, что лечение расстройства часто требует доз, превышающих те, которые требуются для лечения депрессии, и аналогичные тем, которые требуются для лечения ОКР (см. табл.).

Таблица

Использование СИОЗС в лечении ТД

Действующее вещество	Начальная доза	Максимальная доза
Циталопрам	20 мг	50 мг
Кломипрамин	50 мг	225 мг
Эсциталопрам	10 мг	30 мг
Флуоксетин	20 мг	60 мг
Флувоксамин	50 мг	200 мг
Пароксетин	20 мг	40 мг
Сертралин	50 мг	200 мг

Если нет ответа на один СИОЗС, может быть предложен альтернативный СИОЗС. Если эффекта нет или имеется только частичный ответ, по крайней

мере, на два СИОЗС, то может быть предложен кломипрамин. Если эффекта нет или имеется только частичный ответ на СИОЗС или кломипрамин, тогда могут быть предложены стратегии аугментации. К ним относятся кломипрамин в сочетании с СИОЗС (особенно циталопрамом или эсциталопрамом) и буспирон в сочетании с СИОЗС. Пимозид или другие антипсихотики не следует использовать в качестве монотерапии или в качестве стратегии аугментации при ТД. Антипсихотики в низкой дозе могут быть теоретически полезными при определенных симптомах — например, когда пациент значительно возбужден или имеются экскориации. D-циклосерин показал некоторую эффективность в повышении эффекта КПТ при ОКР, социальной тревожности и других тревожных расстройствах и может быть оправданным для лечения рефрактерных вариантов ТД.

Кроме того, рекомендуется титрация доз, исходя из таких факторов, как тяжесть заболевания, суицидальный риск, переносимость лекарства, предпочтения пациента. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить относительную эффективность различных СИОЗС и сравнить фармакотерапию с КПТ в РКИ и метааналитических исследованиях. Также существует необходимость в дальнейшей оценке потенциальных стратегий лечения пациентов с ТД, которые не отвечают на СИОЗС.

Начало терапии. Для пациентов с ТД в качестве препарата первой линии необходимо выбирать СИОЗС. Наибольшую допустимую дозу следует назначать, если более низкая доза оказалась не эффективна. Продолжительность приема лекарства должна составлять не менее 12 недель. Взрослым с ТД может быть предложено СИОЗС в качестве исходного фармакологического лечения при умеренном или тяжелом варианте ТД. СИОЗС предпочтительнее кломипрамина, поскольку он обычно лучше переносится и безопасен при передозировке. СИОЗС также рекомендуются для фармакологического лечения тревожных расстройств, депрессии или булимии, и поэтому он не является специфическим для ТД. Для большинства взрослых с ТД может использоваться любой СИОЗС, но для некоторых пациентов флуоксетин является предпочтительным в силу большей экономической выгоды. Также флуоксетин является рекомендуемым СИОЗС для подростков с ТД (на основе доказательств у взрослых и в связи с тем, что флуоксетин, по-видимому, является самым безопасным СИОЗС для подростков с депрессией). В настоящее время любой СИОЗС, назначаемый детям и подросткам, должен тщательно контролироваться психиатром из-за отсутствия информации о его долгосрочном использовании в данных возрастных когортах.

Оценка эффективности. Нет доказательств относительно оптимальной продолжительности использования СИОЗС, но мнение экспертов предполагает, что для определения эффективности следует использовать препарат как минимум 12–16 недель и не менее трех недель при максимальной допустимой дозе. Пациента следует предупредить, что любой ответ может возникать только постепенно и что наиболее распространенная причина плохого ответа может быть связана с низкими дозами и коротким периодом времени приема препарата.

Недостаточный ответ на СИОЗС. Если нет достаточного ответа на один СИОЗС, то следует использовать альтернативный СИОЗС, поскольку любой препарат этой группы потенциально может быть более эффективным для данного индивида. СИОЗС следует снова назначать при максимально допустимой дозе (если только более низкая доза не эффективна) еще на 12–16 недель. Некоторые пациенты, которые получили лишь частичный ответ на СИОЗС и имеют его хорошую переносимость, могут получить необходимый эффект от дозы, превышающей максимальную рекомендованную изготовителем (например, циталопрам или пароксетин 80–100 мг или 100 мг флуоксетина). Существует теоретический риск серотонинергического синдрома при более высокой дозе, в связи с чем состояние пациентов должно контролироваться.

Если отсутствует или имеется только частичный ответ по меньшей мере на 2, а предпочтительно 3 СИОЗС, может быть использован кломипрамин в максимально переносимой дозе (если только более низкая доза не эффективна) в течение как минимум 12 недель. Пероральный кломипрамин обычно не должен назначаться выше 250 мг из-за увеличения антихолинергических побочных эффектов и риска пароксизмального приступа. Следует проявлять осторожность в отношении медленных метаболизаторов или лиц с суицидальными тенденциями, которые могут использовать кломипрамин с целью самоотравления. При более высоких дозах уровни кломипрамина в сыворотке должны контролироваться для определения оптимальной безопасной дозы. Трициклические антидепрессанты (кроме кломипрамина) и антидепрессанты других групп, кроме СИОЗС, обычно не должны использоваться для лечения ТД без коморбидности.

Поддерживающее лечение и отмена терапии. Аналогично прекращению терапии СИОЗС или кломипрамином при ОКР, отмена лекарства при ТД может также приводить к рецидиву. Если СИОЗС или кломипрамин является эффективным, следует продолжать прием в той же дозе в течение по крайней мере 1–3 лет, чтобы уменьшить риск рецидива. Продолжительность может быть скорректирована в соответствии с индивидуальным ответом, предпочтениями пациента и эффективностью сопутствующей психотерапии. Например, у пациента с тяжелыми симптомами ТД, который ответил на СИОЗС, ранее имел рецидив при отмене лекарства и не получал психотерапии, длительность терапии должна составлять много лет. При отмене лекарств необходимо дать стандартные рекомендации по уменьшению дозировки и возможным симптомам. Обычно это медленное снижение дозы в течение нескольких месяцев и выбор периода, когда симптомы стабильны, а также нет никаких других значимых стрессов в жизни пациента.

Отсутствие ответа на два и более СИОЗС. Если нет ответа или имеется только частичный ответ на СИОЗС или кломипрамин, тогда существует ряд стратегий аугментации.

- Кломипрамин может быть дополнен циталопрамом или эсциталопрамом. Другие СИОЗС могут взаимодействовать с кломипрамином и менее предсказуемы в эффекте, поскольку они увеличивают уровень кломипрамина

в сыворотке. Максимальная допустимая доза СИОЗС и кломипрамина должна быть подобрана в срок до 12 недель. Если используется другой СИОЗС, следует тщательно контролировать уровень кломипрамина в сыворотке крови.

- Буспирон 30–60 мг/сут. (до 90 мг/сут. при хорошей переносимости) можно использовать для увеличения ответа на СИОЗС или кломипрамин.
- Другие антидепрессанты могут быть добавлены к СИОЗС, особенно при наличии коморбидной депрессии. К ним относятся миансерин, мirtазапин, венлафаксин и бупроприон, однако в этой области нет контролируемых исследований. Обратите внимание, что мirtазапин может быть связан с увеличением веса, что обычно нежелательно у пациентов с измененным восприятием своего образом тела.

Есть некоторые предварительные доказательства того, что препараты, которые снижают гиперактивность глутамата (например, рилузол, мемантин), могут быть эффективными при лечении резистентного ОКР, депрессии и расстройств пищевого поведения. В связи с этим такие препараты могут заслуживать внимания при лечении рефрактерных вариантов ТД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТД является относительно распространенным и потенциально дезадаптирующим расстройством, однако исследования этого нарушения все еще находятся в зачаточном состоянии по сравнению с другими психическими расстройствами. Существует острая необходимость в повышении осведомленности врачей об этом серьезном состоянии с целью своевременного выявления, правильной диагностики и корректного лечения. Современные исследования показывают, что фармакотерапия СИОЗС и использование КПТ являются наиболее обоснованными и клинически эффективными методами. Клинический опыт демонстрирует, что для лечения ТД часто требуются более длительные курсы КПТ и более высокие дозы СИОЗС по сравнению с другими распространенными психическими расстройствами, такими как депрессия. Тяжелые случаи ТД лучше всего лечить в специализированных учреждениях, учитывая высокий уровень суицидального риска и трудностей лечения. Текущие исследования этиологии ТД и факторов, прогнозирующих реакцию на лечение, могут пролить свет на механизмы, лежащие в основе развития и поддержания расстройства, что в конечном итоге приведет к новым и улучшенным возможностям лечения.

Список литературы

1. *Илюшина Е. А., Ткаченко А. А.* Психопатологическая структура сверхценных состояний // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии.* — 2015. — № 2. — С. 51–58.
2. *Коркина М. В.* Дистормфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М.: Медицина, 1984. — 224 с.
3. *Матюшенко Е. Н.* Дистормфофобия в дерматологической практике // *Психические расстройства в общей медицине.* — 2011. — № 3–4. — С. 11–17.
4. *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.
5. *Морозов П. В.* Юношеская шизофрения с дистормфическими расстройствами (клинико-катамнестическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. — М., 1977.
6. *Петрова Н. Н., Грибова О. М.* Дистормфофобия в клинике эстетической хирургии // *Психические расстройства в общей медицине.* — 2014. — № 1. — С. 26–30.
7. *Angelakis I., Gooding P. A., Panagioti M.* Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): a systematic review with meta-analysis // *Clin. Psychol. Rev.* — 2016. — Vol. 49. — P. 55–66.
8. *Bjornsson A. S., Didie E. R., Grant J. E. et al.* Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder // *Compr. Psychiatry.* — 2013. — Vol. 54. — P. 893–903.
9. *Bowyer L., Krebs G., Mataix-Cols D. et al.* A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder // *Body Image.* — 2016. — Vol. 19. — P. 1–8.
10. *Enander J., Andersson E., Mataix-Cols D. et al.* Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: single blind randomized controlled trial // *BMJ.* — 2016. — Vol. 352. — P. i241.
11. *Harrison A., Fernández de la Cruz L., Enander J. et al.* Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Clin. Psychol. Rev.* — 2016. — Vol. 48. — P. 43–51.
12. *Krebs G., Fernández de la Cruz L., Monzani B. et al.* Long-term outcomes of cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder // *Behav. Ther.* — 2017. — Vol. 48. — P. 462–473.
13. *Marques L., Weingarden H. M., Leblanc N. J. et al.* Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms // *J. Psychosom. Res.* — 2011. — Vol. 70. — P. 286–293.
14. *Mataix-Cols D., Fernández de la Cruz L., Isomura K. et al.* A pilot randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for adolescents with body dysmorphic disorder // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* — 2015. — Vol. 54. — P. 895–904.
15. *Neziroglu F., Khemlani-Patel S., Yaryura-Tobias J. A.* Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder // *Body Image.* — 2006. — Vol. 3. — P. 189–193.
16. *Phillips K. A., Keshaviah A., Dougherty D. D. et al.* Pharmacotherapy relapse prevention in body dysmorphic disorder: a double-blind, placebo-controlled trial // *Am. J. Psychiatry.* — 2016. — Vol. 173. — P. 887–895.
17. *Phillips K. A., Menard W., Quinn E. et al.* A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder // *Psychol. Med.* — 2013. — Vol. 43. — P. 1109–1117.
18. *Phillips K. A., Wilhelm S., Koran L. M. et al.* Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V // *Depress. Anxiety.* — 2010. — Vol. 27. — P. 573–591.

19. *Schneider S. C., Turner C. M., Mond J. et al.* Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* — 2017. — Vol. 51. — P. 595–603.
20. *Veale D., Gledhill L. J., Christodoulou P. et al.* Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence // *Body Image.* — 2016. — Vol. 18. — P. 168–86.
21. *Veale D., Anson M., Miles S. et al.* Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial // *Psychother. Psychosom.* — 2014. — Vol. 83. — P. 341–353.
22. *Webb H. J., Zimmer-Gembeck M. J., Mastro S. et al.* Young adolescents' body dysmorphic symptoms: associations with same-and cross-sex peer teasing via appearance-based rejection sensitivity // *J. Abnorm. Child Psychol.* — 2015. — Vol. 43. — P. 1161–1173.
23. *Weingarden H., Curley E. E., Renshaw K. D. et al.* Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder // *Body Image.* — 2017. — Vol. 21. — P. 19–25.

Список сокращений

БАР — биполярное аффективное расстройство

КПТ — когнитивно-поведенческая терапия

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство

РКИ — рандомизированное клиническое исследование

РПП — расстройство пищевого поведения

СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ТД — телесная дисморфия

ПРИЛОЖЕНИЕ

Самоопросник для выявления ТД (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDDQ)

Пожалуйста, внимательно прочитайте вопрос и обведите ответ, который является верным для вас. Также напишите в ответах, где указано.

1) Вы беспокоитесь о том, как вы выглядите? Да Нет

- если да: вы много думаете о проблемах в своей внешности и хотели бы думать о них меньше? Да Нет
- если да: пожалуйста, перечислите области тела, которые вам не нравятся

Примеры нелюбимых областей тела включают в себя: вашу кожу (например, прыщи, шрамы, морщины, бледность, покраснение); волосы; форма или размер вашего носа, рта, челюсти, губ, живота, бедер и т. д.; дефекты ваших рук, половых органов, груди или любой другой части тела.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы ответили «Нет» на один из указанных выше вопросов, вы закончили заполнение этой анкеты. В противном случае, пожалуйста, продолжайте.

2) Ваше главное отношение к тому, как вы выглядите, что вы недостаточно худы или что вы можете стать слишком толстым? Да Нет

3) Как эта проблема с тем, как вы выглядите, повлияла на вашу жизнь?

- вас это часто расстраивает? Да Нет
- часто ли это мешало вести дела с друзьями, встречаться, общаться с людьми или заниматься социальной деятельностью? Да Нет

Если да, то опишите как: _____

- это вызвало у вас какие-либо проблемы со школой, работой или другими видами деятельности? Да Нет

Если да, то какие? _____

- есть ли ситуации, которых вы избегаете из-за того, как вы выглядите? Да Нет

Если да, то какие? _____

4) Сколько времени в день вы обычно уделяете размышлениям о своей внешности? (Суммируйте все время, которое вы тратите в общей сложности за день, затем обведите один вариант)

- (а) Менее 1 часа в день
- (б) 1–3 часа в день
- (в) более 3 часов в день