

ТЕЛЕСНОЕ ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (НАРУШЕНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА)*

Н. К. К. Вулинк, Д. Денис

*Отдел тревожных и навязчивых расстройств
Утрехтского университета, Нидерланды***

Телесное дисморфическое расстройство (англ. body dysmorphic disorder) – нарушение переживания собственного тела (морфодисфория). За прошедшие годы накопился некоторый массив данных о распространенности данного расстройства, его диагностике, нейробиологической основе и лечении. Эти вопросы обсуждаются в настоящем обзоре.

Метод

Было проведено исследование научной литературы в системах PubMed и PsychINFO за период с 1977 по 2003 годы. При этом использовались комбинации следующих ключевых слов: «телесное дисморфическое расстройство», «дисморфобия» и «соматоформное расстройство».

Результаты

Среди 50 найденных публикаций были описания случаев (n=6), статьи об оригинальных научных исследованиях (n=33) и обзоры (n=11). Все они были использованы при подготовке данного материала. Полученный авторами список публикаций, скорее всего, исчерпывающий. Статьи, относящиеся к детям, в исследование не включались.

Феноменология. Расстройство переживания собственного тела (телесное дисморфическое расстройство, ТДР) это психическое страдание, центральным симптомом которого является поглощенность полагаемым дефектом внешности и эта поглощенность приводит к нарушениям функци-

онирования. Нередко предметом поглощенности является нос, кожа или волосы, но в принципе это может быть любая часть тела или внешность в целом (31). Эти мысли могут быть навязчивыми и при этом пациент понимает, что они преувеличены; они могут также принимать форму бреда и тогда критика теряется, и у пациента возникает психоз (39, 46). Исследование показывает, что у двух третей всех пациентов отмечаются идеи отношения (38) и более, чем у половины, в определенном периоде расстройства был психоз (39).

Девяносто процентов пациентов с ТДР рассматривают себя в зеркало, маскируют или чересчур активно устраняют неровности и шероховатости кожи (38). Нередко пациенты социально изолированы, у половины из них отмечаются суицидальные мысли, а треть из них предпринимала суицидальные попытки (2, 12). Шведское исследование женщин после операции по увеличению размера груди показывает, что риск суицида в этой группе повышен в три раза (25). При ТДР отмечается коморбидность с депрессией (31–93%), социальной фобией (11–43%), злоупотреблением психоактивными веществами (40%) и обсессивно-компульсивным расстройством (34–39%) (10, 38, 39).

Morselli (1852–1929) в 1891 году ввел термин дисморфофобия (24). Интересно, что первые описания расстройства появились в психиатрии вскоре после открытия в 1840 году фотографии. Таким образом у пациентов появилась возможность сравнивать себя с другими, например, звездами кино. Впоследствии для описания расстройства также употреблялись термины «дерматологическая ипохондрия», «психоз уродства», «сумасшествие интроспекции», «ипохондрия красоты» и многие другие.

Распространенность и демографические данные. Распространенность ТДР в течение жизни варьирует в диапазоне от 0,7% до 13%, и такой разброс частично объясняется различиями в ме-

* В данном обзоре расстройство рассматривается по DSM-IV; по МКБ-10 небредовая дисморфофобия включается в ипохондрические расстройства (F45.2), а бредовая относится к хроническим бредовым расстройствам (F22.8), но если она длится до 3-х месяцев – к острым или транзиторным психотическим расстройствам (F23). Прим. ред.

** Статья опубликована в Tydschrift voor Psychiatrie, 2005, N 1. Перевод с нидерландского Е. Можяевой

тодологии и популяциях, использованных в различных исследованиях (6, 7, 8, 15, 17, 29). В двух кросс-секционных популяционных выборках распространенность составляла 0,7%, а в семейном исследовании пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) с использованием группы контроля распространенность варьировала от 1% до 3% (7, 15, 29). Цифры распространенности оказались выше в студенческой популяции – от 4% до 28%, причем последняя цифра включала также пациентов с нарушениями пищевого поведения (6, 8, 17). Довольно неожиданно для исследователей не было установлено различий в частоте возникновения ТДР у мужчин и у женщин (26, 35). Двадцать процентов пациентов с ТДР имели образование или были профессионально заняты в сфере искусства или дизайна, что отчетливо указывает на обостренное эстетическое чувство (46). Примерно три четверти пациентов с ТДР не состоят в браке (31, 47). Это соотносится с уединенным существованием и социальной изоляцией, которые широко распространены среди этих пациентов.

Диагностика. В DSM-IV (3) ТДР описывается как отдельное расстройство в разделе соматоформных расстройств. Бредоподобная форма ТДР может также диагностироваться как соматический подтип бредового расстройства. Если сравнить между собой группы с обсессивной и бредоподобной формами ТДР, то между ними не обнаруживается никаких различий. Это свидетельствует в пользу существования одного расстройства с различными формами проявления, которые также могут с течением времени меняться у одного и того же пациента (39).

В последние пять лет ТДР причисляется к расстройствам обсессивно-компульсивного спектра, наравне с ипохондрией, нервной анорексией и нервной булимией, патологическим кусанием ногтей, патологическим пристрастием к азартным играм, трихотилломанией, клептоманией и пироманией (7, 22). Связь между ОКР и ТДР описывал еще Morselli (24). Между ними существуют некоторые различия в отношении содержания навязчивостей/поглощенности и степенью понимания пациентами собственной поглощенности, но есть и много общего, в частности, возраст начала, симптоматика, этиология, наследование и эффект лечения. Вместе с тем при ТДР отмечается более высокая степень коморбидности и суицидальности, чем при ОКР (2, 38, 49). Среди пациентов с ТДР частота появления ОКР варьирует в диапазоне 34–39%, а среди пациентов с ОКР частота возникновения ТДР составляет 8–78% (8, 10, 11, 22, 39, 44, 45).

Хотя ТДР является психическим расстройством, обращаются пациенты со своими жалобами исключительно в соматические службы (34). Исследования показывают, что среди пациентов, обращающихся в поликлиники пластической хирургии

и дерматологии, соответственно 2–53% и 12–15% удовлетворяют критериям диагноза ТДР (2, 4, 14, 23, 36, 43, 50). Поэтому очень важно, чтобы врачи, представляющие другие медицинские специальности, например, работающие в клиниках ЛОР, в дерматологии и пластической хирургии, могли распознать данную клиническую картину и проводить лечение в сотрудничестве с консультантом-психиатром. Самый важный диагностический критерий ТДР – это расхождение между тяжестью физического дефекта и степенью субъективной занятости этим дефектом. Такая озабоченность также должна быть причиной ограничений в функционировании (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Диагноз может быть пропущен специалистом не только потому, что окажется нераспознанной клиническая картина расстройства, но также и потому, что пациенты стесняются говорить о своей проблеме (18).

Этиология. В настоящее время нейробиологическая основа ТДР еще четко не установлена. Есть указания на вовлеченность при ТДР серотонинергической и дофаминергической систем. Наиболее важный аргумент в пользу участия серотонина заключается в эффективности применения у пациентов с ТДР селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Помимо этого, обострение жалоб, связанных с ТДР, отмечено у пациента при истощении триптофана (предшественник серотонина) (5). И наконец, в описании клинического случая отмечается ухудшение симптомов ТДР у пациента, в терапию которого добавляется антагонист серотонина – ципрогептадин (13). Что касается дофаминергической системы, то о её вовлеченности можно говорить, прежде всего, в случаях бредоподобной формы ТДР. Использование антипсихотиков изучено в очень ограниченной степени, в ряде клинических описаний их применение оказалось эффективным (16). Помимо исследований на уровне нейротрансмиттеров, есть исследования, выполненные на нейроанатомическом уровне. В структурном исследовании 8 пациентов с ТДР с применением магнитного резонанса при сравнении с контролем были выявлены отклонения в левом nucleus caudatus и увеличение объема белого вещества (41). По настоящее время пока не проводилось клинических генетических или близнецовых исследований в связи с ТДР.

Лечение. Большинство пациентов получает непсихиатрическое лечение, и его результаты малоутешительны (37). При этом 68–81% всех пациентов оказываются не удовлетворены полученным лечением и заново обращаются за непсихиатрическим лечением (14, 37). В литературе представлены разнообразные исследования, посвященные эффективности фармакотерапии с применением СИОЗС. В некоторых клинических описаниях и в открытых научных исследованиях

результативность терапии СИОЗС составляла в среднем 63% (1, 20, 21, 30, 38). В двойном слепом перекрестном исследовании показана эффективность кломипрамина в сравнении с дезипрамином (19). Такой результат указывает на то, что в лечении пациентов с ТДР, так же как и в лечении ОКР, серотонинергическая система оказывается важнее, чем норадренергическая система. При лечении ТДР отмечена также эффективность флувоксамина, флуоксетина, пароксетина, кломипрамина, сертралина и циталопрама (19, 34, 40). В единственном имеющемся в настоящее время плацебо-контролируемом двойном слепом исследовании флуоксетина примерно у половины из 67 пациентов эффект терапии был хорошим. Причем равный шанс ответа на терапию СИОЗС был как у бредоподобных пациентов, так и у пациентов без бредоподобных характеристик, хотя следует отметить, что меньшая степень бредоподобных расстройств совпадала с большей вероятностью ответа на СИОЗС (33). Это противоречит результатам другого исследования, в котором именно при усилении бредоподобных характеристик возрастала вероятность реакции на кломипрамин (19). Что касается исследований усиления эффекта, то здесь следует упомянуть открытое исследование, в ходе которого добавление к СИОЗС буспирона оказалось эффективным у 6 из 13 пациентов с ТДР (32). Добавление к СИОЗС антипсихотика представляется менее эффективным (улучшение – 15,4%) (34).

Помимо медикаментозной терапии, эффективной оказываются поведенческая и когнитивная терапия, психообразование. Данные виды терапии могут использоваться как индивидуально (27, 28), так и в группе (42, 49, 51). Выполнено два рандомизированных исследования. В исследовании J.C.Rosen и соавт. (42) 54 женщины с ТДР были рандомизированно разделены на две груп-

пы. Первая группа получила 8 сеансов когнитивной поведенческой терапии по 2 часа каждый, а вторая группа была на листе ожидания. В группе, получавшей терапию, улучшение отмечено у 22 из 27 женщин, а среди стоящих на листе ожидания – у 2 из 27. D.Veale и соавт. (49) рандомизированно разделили 19 пациентов с ТДР на группу, получавшую 12 еженедельных сеансов когнитивной поведенческой терапии, и группу на листе ожидания. В пролеченной группе (n=9) отмечена 50% редукция тяжести жалоб, связанных с ТДР, в то время как среди пациентов на листе ожидания симптоматика оставалась стабильной. T.Bouman (9) выполнил обзор различных исследований (когнитивной) поведенческой терапии среди пациентов с ТДР и пришел к выводу о том, что поведенческая терапия и когнитивная поведенческая терапия представляют интересные терапевтические возможности. Особо отмечены модификация дисфункциональных представлений и введение пациентов в социальные ситуации, но, к сожалению, по причине методологических недоработок полученные данные об эффективности лечения недостаточно убедительны (9).

Лонгитудинальных исследований, посвященных прогнозу ТДР не проводилось.

Выводы

Нарушение переживания собственного тела является тяжелым психическим расстройством. Пациенты, страдающие этим расстройством обращаются по поводу лечения своего воображаемого дефекта внешности прежде всего в отделения пластической хирургии и дерматологии. В связи с доступностью хороших психофармакологических и психотерапевтических способов лечения данного расстройства важно обеспечить его раннее распознавание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albertini R.S., Phillips K.A. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents // *J. Am. Acad. Child. & Adolesc. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 38. – P. 453–459.
2. Altamura C., Paluello M.M., Mundo E. et al. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder // *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* – 2001. – Vol. 251. – P. 105–108.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*; 4th version. – Washington, DC: APA, 1994.
4. Andreasen N.C., Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? // *Am. J. Psychiatry.* – 1977. – Vol. 134. – P. 673–676.
5. Barr L.C., Goodman W.K., Price L.H. Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion // *Am. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 149. – P. 1406–1407.
6. Biby E.L. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder // *J. Clin. Psychol.* – 1998. – Vol. 54. – P. 489–499.
7. Bienvenu O.J., Samuels J.F., Riddle M.A. et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study // *Biol. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 48. – P. 287–293.
8. Bohne A., Wilhelm S., Keuthen N.J. et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample // *Psychiat. Res.* – 2002. – Vol. 109. – P. 101–104.
9. Bouman T.K. Spiegeltje, spiegeltje aan de wand... Cognitieve gedragstherapie en de stoornis in de lichaamsbeleving // *Gedragstherapie.* – 1998. – Vol. 31. – P. 205–219.
10. Brawman-Mintzer O., Lydiard R.B., Phillips K.A. et al. Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 152. – P. 1665–1667.
11. Corove M.B., Gleaves D.H. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies // *Clin. Psychol. Rev.* – 2001. – Vol. 21. – P. 949–970.
12. Cotterill J.A., Cunliffe W.J. Suicide in dermatological patients // *Br. J. Dermatol.* – 1997. – Vol. 137. – P. 246–250.
13. Craven J.L., Rodin G.M. Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder // *Can. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 32. – P. 143–145.
14. Dufresne R.G., Phillips K.A., Vittorio C.C. et al. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice // *Dermatol. Surgery.* – 2001. – Vol. 27. – P. 457–462.
15. Faravelli C., Salvatori S., Gelassi F. et al. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence // *Soc. Psychiatry & Psychiat. Epidemiol.* – 1997. – Vol. 32. – P. 24–29.
16. Fawcett R.G. Olanzapine for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63. – P. 169.
17. Fitts S.N., Gibson P., Redding C.A. et al. Body dysmorphic disorder: implications for its validity as DSM-III-R clinical syndrome // *Psychol. Rep.* – 1989. – Vol. 64. – P. 655–658.

18. Grant J.E., Kim S.W., Crow S.J. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients // *J. Clin. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62. – P. 517–522.
19. Hollander E., Allen A., Kwon J. et al. Clomipramine vs desipramine crossover in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56. – P. 1033–1039.
20. Hollander E., Cohen L., Simeon D. et al. Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder // *J. Clin. Psychopharm.* – 1994. – Vol. 14. – P. 75–77.
21. Hollander E., Liebowitz M.R., Winchel R. et al. Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers // *Am. J. Psychiatry*. – 1989. – Vol. 146. – P. 768–770.
22. Hollander E., Neville D., Frenkel M. et al. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders // *Psychosomatics*. – 1992. – Vol. 33. – P. 156–165.
23. Ishigooka J., Iwao M., Suzuki M. et al. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery // *Psychiat. Clin. Neurosci.* – 1998. – Vol. 52. – P. 283–287.
24. Jerome L. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas // *History of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 45. – P. 103–114.
25. Koot V.C., Peeters P.H., Granath F. et al. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study // *Br. Med. J.* – 2003. – Vol. 326. – P. 527–528.
26. Lochner C., Stein D.J. Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders // *Arch. Women's Ment. Hlth.* – 2001. – Vol. 4. – P. 19–26.
27. Marks I., Mishan J. Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception. A pilot study of exposure therapy // *Br. J. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 152. – P. 674–678.
28. Neziroglu F., Yaryura-Tobias J.A. A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder // *Behav. Modificat.* – 1997. – Vol. 21. – P. 324–340.
29. Otto M.W., Wilhelm S., Cohen L.S. et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 2061–2063.
30. Perugi G., Giannotti D., Di Vaio S. et al. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1996. – Vol. 11. – P. 247–254.
31. Phillips K.A. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness // *Am. J. Psychiatry*. – 1991. – Vol. 148. – P. 1138–1149.
32. Phillips K.A. An open study of buspirone augmentation of serotonin-reuptake inhibitors in body dysmorphic disorder // *Psychopharmacol. Bull.* – 1996. – Vol. 32. – P. 175–180.
33. Phillips K.A., Albertini R.S., Rasmussen S.A. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 59. – P. 381–388.
34. Phillips K.A., Albertini R.S., Siniscalchi J.M. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study // *J. Clin. Psychiat.* – 2001. – Vol. 62. – P. 721–727.
35. Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1997. – Vol. 185. – P. 570–577.
36. Phillips K.A., Dufresne R.G., Wilkel C.S. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2000. – Vol. 42. – P. 436–441.
37. Phillips K.A., Grant J., Siniscalchi J. et al. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder // *Psychosomatics*. – 2001. – Vol. 42. – P. 504–510.
38. Phillips K.A., McElroy S.L., Keck P.E. et al. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness // *Am. J. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – P. 302–308.
39. Phillips K.A., McElroy S.L., Keck P.E. et al. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases // *Psychopharmacol. Bull.* – 1994. – Vol. 30. – P. 179–186.
40. Phillips K.A., Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder // *J. Clin. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 64. – P. 715–720.
41. Rauch S.L., Phillips K.A., Segal E. et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder // *Psychiat. Res.* – 2003. – Vol. 122. – P. 13–19.
42. Rosen J.C., Reiter J., Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder // *J. Consulting & Clin. Psychol.* – 1995. – Vol. 63. – P. 263–269.
43. Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J. et al. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients // *Plastic Reconstr. Surgery*. – 1998. – Vol. 101. – P. 1644–1649.
44. Simeon D., Hollander E., Stein D.J. et al. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 152. – P. 1207–1209.
45. Spitzer P.L., Williams J.B., Gibbon M. et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). History, rationale, and description // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 49. – P. 624–629.
46. Veale D. Over-valued ideas: a conceptual analysis // *Behav. Res. & Ther.* – 2002. – Vol. 40. – P. 383–400.
47. Veale D., Boocock A., Gournay K. et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases // *Br. J. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 169. – P. 196–201.
48. Veale D., Ennis M., Lambrou C. Possible associations of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design // *Am. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – P. 1788–1790.
49. Veale D., Gournay K., Dryden W. et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial // *Behav. Res. & Ther.* – 1996. – Vol. 34. – P. 717–729.
50. Vindigni V., Pavan C., Semenzin M. et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? // Presented at the 13th Ann. Meeting of Eur. Assoc. of Plastic Surgeon, Crete, Greece, 2002.
51. Wilhelm S., Otto M.W., Lohr B. et al. Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series // *Behav. Res. & Ther.* – 1999. – Vol. 37. – P. 71–75.