

## Дисморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса

И.Ю. Дороженок<sup>1,2</sup>, Е.Н. Матюшенко<sup>1</sup>, О.Ю. Олисова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва; <sup>2</sup>ФГБУ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

*Согласно эпидемиологическим данным, распространенность дисморфофобии в дерматологической практике значительно выше (6,7—14%), чем среди населения (0,7—2,4%). Все возрастающее число проводимых косметологических процедур, большей частью направленных на улучшение состояния кожи, в последние годы привлекает особое внимание к проблеме дисморфофобии в дерматологической клинике. В результате обследования пациентов дерматологической клиники (90 наблюдений) выделено 2 полярных типа дисморфофобии по отношению к разделительному критерию — выраженности клинически значимой тревоги в социальных ситуациях в связи с воображаемым либо минимально представленным физическим дефектом: с экстерналино-ориентированными психопатологическими расстройствами и интернальным перфекционизмом, различающихся по структуре психопатологического синдрома, преморбидному складу, уровню социальной адаптации, обращаемости за дерматологической помощью, наличию и выраженности аутодеструктивных действий, коморбидным психопатологическим расстройствам, ответу на психотерапию.*

Ключевые слова: дисморфофобия; психодерматология; психосоматика; образ тела.

### DYSMORPHOPHOBIA IN DERMATOLOGICAL PRACTICE

I.Yu. Dorozhenok<sup>1,2</sup>, E.N. Matyushenko<sup>1</sup>, O.Yu. Oliyova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; <sup>2</sup>Research Center of Mental Health, Moscow, Russia

*The incidence of dysmorphophobia in dermatological patients is much higher than in the population (0,7—2,4%), reaching 6.7 to 14%, according to epidemiological data. The increasing number of available cosmetological procedures, mainly aimed at improvement of the skin status, has attracted special attention to dysmorphophobia problem in clinical dermatology in recent years. Examinations of dermatological patients (90 cases) enabled us to distinguish two polar dysmorphophobia types by the anxiety criterion (intensity of clinically significant anxiety in various social situations because of imagined or minimally represented physical effect): with externally oriented psychopathological disorders and internal perfectionism. These types differ by the structure of the psychopathological syndrome, premorbid status, social adaptation level, dermatological consultation rate, presence and intensity of autodestructive actions, comorbid psychopathological disorder, and response to psychopharmacotherapy.*

Key words: dysmorphophobia; psychodermatology; psychosomatics; body image.

Термин "дисморфофобия" введен итальянским психиатром Enrico Morselli (1886), впервые описавшим болезненное расстройство с доминированием идеи мнимого физического недостатка.

Распространенность дисморфофобии в дерматологической практике составляет 6,7—14% [1—3].

В последние годы эта проблема привлекает все большее внимание [4—6]. Наиболее распространена дисморфофобия у больных, страдающих различными формами вульгарных угрей. О. Узун и соавт. [7] диагностировали дисморфофобию у 8,8% из 159 пациентов с легкой степенью акне, W. Воуе и соавт. [2] — у 14,1—21,1% больных в зависимости от степени тяжести заболевания.

Большинство авторов выделяют 2 пика манифестации дисморфофобии у дерматологических пациентов — в подростковом и постменопаузальном периодах [8], клинические черты дисморфофобии при этом сходны [9] и отмечены у 9,9% мужчин и 12,8%

женщин (статистически различия незначимы) [1, 3]. Дисморфофобии свойственно хроническое течение [10] и снижение качества жизни больных. Так, у 62 амбулаторных дерматологических больных обнаружено более выраженное снижение качества жизни, чем у пациентов, страдающих депрессией, сахарным диабетом 2-го типа или недавно перенесенным инфарктом миокарда [1]. У пациентов с дисморфофобией при угревой болезни [11] выявлено значимое снижение качества жизни, причем эти данные не коррелировали с клинической оценкой тяжести дерматологического процесса, а оценка тяжести состояния самими пациентами превышала соответствующую оценку клиницистов.

У дерматологических пациентов с дисморфофобией отмечена выраженная семейная и профессиональная дезадаптация. D. Веале и соавт. [12] обнаружили, что 74% выборки из 50 пациентов с дисморфофобией в среднем возрасте 32,6 года, одиноки или разведены. Около ¾ пациентов с дисморфофобией никогда не со-

Сведения об авторах:

Дороженок Игорь Юрьевич — кандидат мед. наук, доцент (idorog@bk.ru); Матюшенко Екатерина Николаевна — кандидат мед. наук, врач-психиатр (matyushenko@mail.ru); Олисова Ольга Юрьевна — доктор мед. наук, профессор.

стояли в браке [8], среди них чаще встречаются безработные [13] и лица, прекращающие обучение [9].

Анализ литературы свидетельствует о клиническом полиморфизме дисморфофобии. "Классическая" форма дисморфофобии с сенситивными идеями отношения в рамках процессуальных расстройств получила широкое освещение в отечественной психиатрии [14, 15]. Выделяют также дисморфофобическое расстройство с сенситивными идеями отношения [16]. При этом данные о соотношении социальной тревоги и сенситивных идей отношения в структуре дисморфофобического синдрома у дерматологических больных отсутствуют. В отдельных случаях больные, не отмечающие беспокойства по поводу того, заметны ли "дефекты" окружающим, испытывают объективно необоснованное глубокое недовольство своей внешностью [8].

До сих пор существуют проблемы, связанные с определением, измерением, созданием теоретических моделей и осуществлением терапии дисморфофобии у данного контингента больных. Актуальность настоящего исследования обусловлена отсутствием достоверных клинических данных о психопатологической структуре и типологической дифференциации дисморфофобии у дерматологических больных. Между тем изучение этой проблемы имеет важное значение для прогноза заболевания.

Цель работы — комплексное клинико-психопатологическое исследование дисморфофобии у дерматологических больных с преимущественно фациальной локализацией процесса с привлечением экспериментально-психологического и терапевтического методов.

## Материалы и методы

В исследование включены пациенты, обследованные в Клинике кожных и венерических болезней Университетской клинической больницы №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова за период с сентября 2009 г. по август 2011 г. и давшие информированное согласие на участие в исследовании. Все пациенты выборки были осмотрены специалистами-дерматологами, сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. В результате дерматологического обследования были выявлены мнимые дефекты кожи либо слабовыраженные проявления дерматозов, преимущественно фациальной локализации (акне, розацеа, себорейный дерматит и др.), не соответствующие уровню жалоб, что подтверждало необходимость психиатрического обследования для верификации психических нарушений. Клиническую выборку составили 90 пациентов (68 женщин и 22 мужчины) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст  $27,9 \pm 9,6$  года). Катамнестически обследованы все 90 больных, продолжительность катамнестического периода от 1 года до 2 лет.

В ходе работы применяли клинический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Для оценки функционирования использовали опросник качества жизни SF-36 [17] и опросник дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) [18]. Оценку психического статуса и его динамики на клиническом этапе и на этапе терапии проводили с помощью набора стандартизованных оценочных шкал. Для оценки тревожных и депрессивных синдромов применяли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [19]. Степень выраженности obsessions и compulsions определяли по шкале Yale-Brown для obsessions и compulsions (Y-BOCS) [20]. Для оценки эффективности и безопасности психотерапии дисморфофобии в дерматологической клинике использовали также шкалу общего клинического впечатления (CGI) [21], шкалу оценки побочных эффектов (UKU) [22]. Статистический анализ данных осуществляли с помощью лицензионных статистических пакетов SPSS 13.0, Statistica 7.0.

*Критерии включения в исследование.* На клиническом этапе отбирали пациентов с верифицированным диагнозом дисморфофобии, условием отбора было соответствие их состояния стандартным диагностическим критериям шифра 300.7 DSM-IV (Body Dysmorphic Disorder), адаптированным для исследований в дерматологической практике:

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

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

*Критерии исключения.* Из исследования исключали пациентов с галлюцинаторными и бредовыми расстройствами; признаками органического поражения центральной нервной системы; дерматозами, приводящими к значительному дефекту внешности; с тяжелой соматической патологией в стадии декомпенсации; зависимостью от психоактивных веществ; с другими (не связанными с кожей) дисморфофобическими идеями или расстройствами пищевого поведения.

## Результаты и обсуждение

С помощью разделительного критерия, определяемого клинически значимыми социофобическими проявлениями в связи с воображаемым либо минимально представленным физическим дефектом, проведена дифференциация дисморфофобии с выделением двух полярных типов — с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами и интернальным перфекционизмом. Первый из этих типов включает следующие клинические подтипы: дисморфофобию с сенситивными идеями отношения и дисморфофобию с явлениями социальной тревоги. Второй тип — дисморфофобия с интернальным перфекционизмом [23].

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

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

*Дисморфофобия с сенситивными идеями отношения (1-й подтип первого типа):* 24 больных (10 мужчин и 14 женщин); средний возраст  $23,3 \pm 4,9$  года.

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

Избегающее поведение носит тотальный характер и затрагивает весь спектр межличностных отношений (в том числе и с незнакомыми людьми). Больные перестают пользоваться общественным транспортом, особенно в часы пик, посещать магазины и рынки, выходить на улицу, бросают работу,

учебу. В то же время репертуар ритуальных действий, направленных на маскировку "заметных" окружающим изъянов, ограничен.

Среди коморбидных психических нарушений отмечены стертые аффективные (депрессивные) фазы ( $n = 19$ , или 79,2%) длительностью 1,5—4 мес. В структуре гипотимических расстройств превалируют идеи самоуничижения, собственной неполноценности, ущербности, недовольства собой, мысли о безысходности, невозможности исправления дефектов внешности, тревога, нарушения сна.

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

Дисморфофобия с чувствительными идеями отношения диагностирована в рубриках "Ипохондрическое расстройство" (F.45.2) у 13 (54,2%) больных и "Шизотипическое расстройство" (F21) у 11 (45,8%) больных: неврозоподобная (F.21.3) у 6 больных и психопатоподобная (F.21.4) у 5 больных вялотекущая шизофрения. Средний возраст манифестации дисморфофобии составил  $19,1 \pm 8,2$  года; средняя длительность дисморфофобии —  $3,7 \pm 5,5$  года; средняя длительность экзацербаций психопатологической симптоматики —  $0,49 \pm 0,12$  года.

Дисморфофобия 1-го подтипа у пациентов без признаков процессуального заболевания формируется преимущественно на основе шизоидного расстройства личности — чувствительные шизоиды ( $n = 10$ ); реже — тревожного/избегающего расстройства личности ( $n = 3$ ). С детских лет их отличает аутизм, боязливость, сознание собственной неполноценности, склонность к самоуничижению и ретенции психогенных комплексов. Им свойственны социальная замкнутость, дискомфорт в области человеческих отношений с трудностями установления контактов, интровертированность, обращенность к сфере внутренних переживаний, бедность эмоциональных связей с окружающими и обостренная чувствительность к ситуациям, привлекающим внимание других людей.

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

*Дисморфофобия с явлениями социальной тревоги (2-й подтип первого типа):* 35 больных (8 мужчин и 27 женщин); средний возраст  $29,1 \pm 11,8$  года.

Дисморфофобия данного подтипа имеет обсессивно-фобическую структуру, включающую социальную тревогу с навязчивым страхом негативной оценки

(критики, обсуждения) внешности окружающими и ситуационным избегающим поведением (профессиональные и учебные контакты, публичные выступления, неформальное общение). Чувствительные идеи отношения фрагментарны и транзиторны, сводятся к эпизодически возникающей в кругу уже знакомых лиц настороженности в плане возможных насмешек.

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

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

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

Дисморфофобия с явлениями социальной тревоги диагностирована в рубрике "Ипохондрическое расстройство" (F.45.2) во всех 35 наблюдениях; средний возраст манифестации составляет  $23,7 \pm 12,3$  года, средняя длительность течения —  $5,4 \pm 2,4$  года, продолжительность экзацербации психопатологической симптоматики —  $0,32 \pm 0,10$  года.

Дисморфофобия с явлениями социальной тревоги развивается у лиц с гистрионным (тревожные истерики,  $n = 22$ ), шизоидным (по типу истерошизоидов,  $n = 6$ ), избегающим ( $n = 5$ ) и ананкастным ( $n = 2$ ) расстройствами личности. В их сознании с ранних лет развиваются представления об эластичной, гладкой коже как необходимом условии, позволяющем добиться успеха в жизни. Пациентов отличают такие черты, как инфантилизм, преувеличенная эмоциональность, гиперконформность, тенденция к подражанию и следованию моде, обостренная мнительность со страхом опозориться, склонность к тревожным опасениям.

По данным экспериментально-психологического исследования выявлены черты личностной незрелости, высокая значимость социального одобрения, низкая стрессоустойчивость в сочетании с эмоциональной лабильностью, тенденцией к соматизации негативных эмоций и преобладанием вытеснения. Образ тела представлен нецелостно, формализован, сформирован под влиянием интроецированных оценок значимых людей, социальных стереотипов за счет недостаточной контролируемости, неустойчивости, повышенной проницаемости границ телесности при эгосинтонном восприятии кожи. Локус контроля за болезнью экстернальный ( $p < 0,05$ ) с делегированием ответственности за лечение окружающим.

*Дисморфофобия с интернальным перфекционизмом (второй тип):* 31 больной (4 мужчины и 27 женщины); средний возраст  $28,6 \pm 11,1$  года.

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

Сверхценная ипохондрия характеризуется субъективным недовольством внешностью — "тяга к перфекционистскому идеалу" и активным стремлением к достижению соответствия своей внешности идеальному субъективному представлению о том, какой она должна быть, формируется "культ совершенства в погоне за недостижимым идеалом". В сознании пациентов доминируют идеи несовершенства, они стенично всеми доступными способами пытаются устранить выявленные "недостатки".

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

Все пациенты с дисморфофобией второго типа предпринимают попытки коррекции своей внешности активно обращаясь к дерматологам/косметологам (21 наблюдение, или 67,7%) преимущественно за проведением инвазивных косметологических процедур (15 наблюдений, или 71,4%). При дисморфофобии с интернальным перфекционизмом пациенты постепенно перестраивают свою жизнь: устанавливают особый режим по уходу за кожей, следят за появлением новых методов лечения, читают специальную медицинскую литературу. Для исключения предполагаемых причин дефектов кожи (нарушения со стороны соматической сферы) активная борьба с мнимым или незначительным дефектом в виде единичных высыпаний принимает форму многочисленных обследований (вплоть до колоноскопии), строгих, изнуряющих диет.

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

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

Средний возраст манифестации дисморфофобии с интернальным перфекционизмом составляет  $19,8 \pm 7,9$  года. Дисморфофобия данного типа отличается значительной стойкостью и длительностью, средняя длительность развития составила  $8,9 \pm 9,5$  года.

Дисморфофобии второго типа формируется преимущественно на основе нарциссического расстройства личности, выделяемого в DSM-IV-TR 301.81 ( $n = 16$ ), а также шизоидного ( $n = 7$ ), ананкастного ( $n = 3$ ) расстройств личности. Пациентам присущи такие черты, как высокое самомнение, индивидуализм, поглощенность собственными интересами, самоуверенность, неспособность к эмоциональному сопереживанию, отсутствие интереса к социальной сплоченности. Для них характерны переоценка своих способностей, патологический эгоцентризм, отсутствие способности устанавливать продуктивные обоюдные контакты, признавать за другими людьми право на самостоятельные устремления и право на осуществление собственных целей.

В отношении внешности пациенты настроены на достижение наивысшего результата и не допускают малейших отклонений от данного образца. Эти черты, частично отраженные в определении "повышенная эстетичность", описаны в литературе как врожденное свойство пациентов с дисморфофобией — потребность в симметрии и пропорциональности определенных частей тела, в различной степени выраженности наблюдались у всех пациентов с рассматриваемым типом дисморфофобии.

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

Психофармакотерапия была проведена 77 (85,5%) из 90 пациентов (56 женщин и 21 мужчина; средний возраст  $27 \pm 8,7$  года). В большинстве случаев — 69 (89,6%) из 77 — лечение проводилось в условиях дерматологической клиники при консультативном участии психиатра. Терапия наиболее выраженных случаев дисморфофобии 1-го подтипа первого типа с коморбидной аффективной симптоматикой, а также резистентных к лечению случаев дисморфофобии второго типа проводилась в психиатрическом стационаре (10,4%).

Минимальная длительность курса терапии составила 6 нед, лечение проводилось в два этапа. На первом этапе всем пациентам назначали антидепрессанты из

группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые назначали в течение 2 нед в стандартных стартовых дозах с последующим повышением до стандартных средних суточных доз. По истечении 2 нед выносили заключение об эффективности лечения. В случае удовлетворительного эффекта (соответствие критерию респондеров) пациенты продолжали прием назначенного СИОЗС, при отсутствии эффекта проводили замену препарата в зависимости от ведущего психопатологического симптомокомплекса дисморфофобии по следующей схеме:

- в случаях резистентных к СИОЗС обсессивно-компульсивных расстройств, сочетающихся с депрессивной симптоматикой, проводили замену на антидепрессант класса ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН);
- в случаях резистентных к СИОЗС обсессивно-компульсивных расстройств, сенситивных и сверхценных идей в отсутствие клинически выраженной депрессивной симптоматики проводилась замена на атипичные антипсихотики;
- в случаях расщепления синдрома — редукция депрессивной и тревожно-фобической симптоматики с ретенцией психопатологических расстройств других психопатологических рядов (обсессивно-компульсивные расстройства, сенситивные идеи отношения, сверхценные симптомокомплексы) — предусматривалась комбинированная терапия: к антидепрессанту добавляли атипичные антипсихотики.

В целом в результате исследования установлена высокая эффективность терапии: общая доля респондеров по критерию CGI-I составила 72,9%, по критерию ДИКЖ — 68,4%. В то же время уровень эффективности и оптимальные схемы психофармакотерапии дифференцировались в зависимости от клинического типа дисморфофобии.

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

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

При дисморфофобии 1-го подтипа первого типа (с сенситивными идеями отношения) также зафиксирован сравнительно высокий уровень эффективности: доля респондеров по CGI-I составила 75,6%, по ДИКЖ — 71,4%. Средний балл по шкалам HADS-A и HADS-D снизился с 14,6 до 2,8 и с 13,5 до 3,3 соответственно.

Оптимальная схема терапии дисморфофобии данного подтипа заключалась в назначении антипсихотиков в средних суточных дозах: рисперидона 3 мг, оланзапина 7,5 мг, галоперидола 7,5 мг. В случаях коморбидности идей отношения со стертыми депрессивными фазами наиболее эффективной оказалась комби-

нированная терапия антипсихотиками в тех же дозах и антидепрессантом из группы ИОЗСН венлафаксином (среднесуточная эффективная доза составила 112,5 мг). Наиболее резистентными к терапевтическому воздействию были пациенты с дисморфофобией второго типа: доля респондеров по CGI-I составила 58,8%, по ДИКЖ — 57,1%. Средний балл по шкале Y-BOCS снизился с 18,5 до 4,3. Терапевтический эффект зафиксирован лишь при использовании комбинированной терапии СИОЗС в средних терапевтических дозах и атипичными антипсихотиками — рисперидоном, оланзапином, палиперидоном в средних суточных дозах 3, 7,5 и 6 мг соответственно. Современные антидепрессанты и антипсихотики большинство больных переносили хорошо, побочные эффекты отмечались лишь в единичных случаях и редуцировались при уменьшении дозы либо замене соответствующего препарата. Полученные данные подтверждают концептуальные положения настоящего исследования о необходимости дифференцированного медикаментозного воздействия в зависимости от типа дисморфофобии.

На основе полученных данных о гетерогенности дисморфофобии у дерматологических пациентов изученные состояния по выраженности клинически значимой тревоги в социальных ситуациях, связанной с воображаемым либо минимально представленным физическим дефектом, подразделены на два полярных типа: с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами (65,6%) и с интернальным перфекционизмом (34,4%). Наряду с типологическими различиями выявлены также различия по таким признакам, как преморбид, нозологическая принадлежность, уровень социальной дезадаптации, показатели обращаемости за дерматологической помощью.

Психофармакотерапия является эффективным методом лечения (72,9% респондеров) и проводится дифференцированно в зависимости от типа дисморфофобии: при лечении дисморфофобии с экстернально-ориентированными психопатологическими расстройствами (80% респондеров) эффективно назначение медикаментозных средств в режиме монотерапии: атипичных антипсихотиков (1-й подтип) либо СИОЗС (2-й подтип); при лечении дисморфофобии с интернальным перфекционизмом (58,8% респондеров) эффективно для преодоления резистентности назначение комбинированных схем, включающих СИОЗС и атипичный антипсихотик.

## REFERENCES [ЛИТЕРАТУРА]

1. Phillips K.A., Dufresne R.G. Jr., Wilkel C.S., Vittorio C.C. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 42(3): 436—41.
2. Bowe W.P., Leyden J.J., Crerand C.E., Sarwer D.B., Margolis D.J. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2007; 57(2): 222—30.
3. Conrado L.A., Hounie A.G., Diniz J.B., Fossaluza V., Torres A.R., Miguel E.C., Rivitti E.A. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2010; 63(2): 235—43. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017.
4. Smulevich A.B., Ivanov O.L., Lvov A.N., Dorozhenok I.Yu. Psycho-dermatology: the current state of the problem (*Psihodermatologiya*).

- современное состояние проблемы). Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S.Korsakova. 2004; 10: 4—13. (in Russian) [Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2004; 10: 4—13.]
5. Smulevich A.B. Mental disorders in dermatology clinic (Psikhicheskie rasstroystva v dermatologicheskoy klinike). Psikhicheskie Rasstroystva v Obschey Meditsine. 2006; 1: 4—9. (in Russian) [Смулевич А.Б. Психические расстройства в дерматологической клинике. Психические расстройства в общей медицине. 2006; 1: 4—9].
  6. Sarwer D.B., Crerand C.E. Body image and cosmetic medical treatments. Body Image. 2004; 1(1): 99—111.
  7. Uzun O., Başoğlu C., Akar A., Cansever A., Özşahin A., Cetin M., Ebrinç S. Body dysmorphic disorder in patients with acne. Compr. Psychiatry. 2003; 44(5): 415—9.
  8. Veale D., Neziroglu F. Body dysmorphic disorder: a treatment manual. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.; 2010.
  9. Albertini R.S., Phillips K.A. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1999; 38(4): 453—9.
  10. Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 1997; 185(9): 570—7.
  11. Mallon E., Newson R., Bunker C.B. HLA-Cw6 and the genetic predisposition to psoriasis: a meta-analysis of published serologic studies. J. Invest. Dermatol. 1999; 113(4): 693—5.
  12. Veale D., Boocock A., Gournay K., Dryden W., Shah F., Willson R., Walburn J. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. Br. J. Psychiatry. 1996; 169(2): 196—201.
  13. Phillips K.A., Hollander E., Rasmussen S.A., Aronowitz B.R., DeCaria C., Goodman W.K. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Psychopharmacol. Bull. 1997; 33(1): 17—22.
  14. Morozov P.V. Youth with schizophrenia disorders dysmorfomanic (Yunosheskaya shizofreniya s dismorfomanicheskimi rasstroystvami s dismorfomanicheskimi rasstroystvami). Dis. Moscow; 1977. (in Russian) [Морозов П.В. Юношеская шизофрения с дисмorfomanическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1977].
  15. Korkina M.V. Dysmorfomania in adolescence and young adulthood (Dismorfomaniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste). Moskva: Meditsina; 1984. (in Russian) [Коркина М.В. Дисмorfомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина; 1984].
  16. Smulevich A.B., Dorozhenok I.Yu., Romanov D.V., Lvov A.N. Psychopathology of mental disorders in the dermatology clinic: the model of mental pathology, limited space of the skin (Psikhopatologiya psikhicheskikh rasstroystv v dermatologicheskoy klinike (model' psikhicheskoy patologii, ogranichennoy prostranstvom kozhnogo pokrova). Psikhicheskie rasstroystva v obschey meditsine. 2012; 1: 4—14. (in Russian) [Смулевич А.Б., Дороженко И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченного пространством кожного покрова). Психические расстройства в общей медицине. 2012; 1: 4—14].
  17. Ware J.E. Measuring patients views: the optimum outcome measure. Br. Med. J. 1993; 306(6890): 1429—30.
  18. Finlay A.Y. Quality of life assessments in dermatology. Semin. Cutan. Med. Surg. 1998; 17(4): 291—6.
  19. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67(6): 361—70.
  20. Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Fleischman R.L., Hill C.L., et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale. I. Development, use, and reliability. Arch. Gen. Psychiatry. 1989; 46(11): 1006—11.
  21. Overall J.E., Gorham D.R. The brief psychiatric rating scale. Psychol. Rep. 1962; 10: 799—812.
  22. Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P. The UKU side-effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and cross-sectional study of side-effects in neuroleptic treated patients. Acta Psychiatr. Scand. 1987; 76(Suppl. 334): 1—100.
  23. Hewitt P.L., Flett G.L. Perfectionism: theory, research and treatment. Washington, DC; 2002.

Поступила 25.11.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616.995.428-036.22-055.5/7

## Роль семейных очагов в эпидемиологии чесотки

Т.Т. Устобаева<sup>1</sup>, А.П. Малярчук<sup>2</sup>, П.Т. Зоиров<sup>1</sup>, Д.Х. Абдиева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абу Али ибн-Сины, Душанбе; <sup>2</sup>кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии (зав. В.В. Гладько) Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств Министерства образования и науки России

*Дана детальная характеристика семейных очагов чесотки в Республике Таджикистан. Они практически всегда (97,6%) были иррадирующими. Приведена их детальная характеристика с учетом пола, возраста, семейного статуса, характера семьи (полная и неполная), ее типа (малодетная, среднететная, многодетная). Определен уровень заболеваемости в очагах в целом (75,4%) и с учетом перечисленных критериев. Дана характеристика первоисточников с учетом гендерных характеристик. Паразитарный индекс очага в целом зависел от размера семьи и давности заболевания. Последовательность появления новых больных зависела от контингента первоисточника (сыновья, дочери, отцы), национальных традиций (пребывание в одной постели) и гигиенических навыков. Наиболее уязвимым контингентом явились женщины и дети.*

Ключевые слова: чесотка; семья; очаг; заболеваемость; эпидемиология.

Сведения об авторах:

Устобаева Тахмина Туграловна — аспирант; Малярчук Александр Петрович — кандидат мед. наук, доцент; Зоиров Подабон Тошматович — доктор мед. наук, профессор; Абдиева Дильбар Ходжиевна — кандидат мед. наук, доцент (2242651@mail.ru).