

Дисморфофобия (лат. *dis* — нарушение; греч. *morphe* — форма, *phobos* — страх) — разновидность ипохондрических синдромов, преимущественно встречающихся в подростковом возрасте (по некоторым данным, 80% случаев падает на период полового созревания), чаще у девочек. При Д. имеет место патологическая убежденность в наличии какого-то физического недостатка (уродливое строение своего тела, отдельных его частей, особенно лица), либо в распространении больным неприятных запахов и чаще всего кишечных газов. При этом больные опасаются, что окружающие замечают эти недостатки, обсуждают и смеются над ними. Для выраженного синдрома Д. типична триада признаков: идеи физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение. В случаях болезненной убежденности в распространении неприятных запахов имеют место также и сенсопатии — разнообразные, чаще всего локального характера телесные сенсации и обонятельные обманы восприятия.

Идея физического недостатка чаще бывает сверхценной или бредовой (паранойяльный бред), реже проявляется в рамках монотематических obsessions, поэтому более правомерно вместо термина «Д» (т. е. в рамках психиатрической терминологии — «навязчивое состояние страха») использовать предложенный М. В. Коркиной термин «дисморфомания» (от греч. *mania* — страстное влечение) (Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. 1984). В этом варианте речь идёт о болезненной убежденности в наличии дефекта тела. В связи с убежденностью в существовании мнимого дефекта или при наличии какого-либо незначительного физического недостатка при чрезмерном его преувеличении больные упорно обращаются за помощью к врачам различных специальностей — косметологам и дерматологам по поводу «дефектов» кожи, веснушек, пористости, угрей, сальности, облысения, гипертрихоза и т. п., к стоматологам («кривые зубы», «неправильный прикус», «неприятный запах изо рта»), к гастроэнтерологам («урчание в животе», «недержание газов»), к эндокринологам («слишком низкий рост», «недоразвитие грудных желёз»), к гинекологам и андрологам («неправильное строение половых органов»). Некоторые из них добиваются оперативного вмешательства для коррекции. Некоторые из этих больных обращаются за помощью к знахарям и другим целителям.

У больных с Д. отмечается склонность к диссимуляции своего состояния. В связи с этим важно отметить наличие двух характерных симптомов, которые могут быть выявлены при расспросе больных и их родственников: это симптомы «зеркала» (пристальное рассматривание себя в зеркале с целью убедиться в наличии физического недостатка и попытаться подыскать выражение лица, скрывающее этот «дефект») и «фотографии» (последняя рассматривается как документальное доказательство ущербности своей внешности, в связи с чем фотографирование избегается).

Чаще всего синдром Д. возникает у подростков с личностной акцентуацией (сензитивно-шизоидной, психастенической или истерической), носит транзиторный

характер, представляя собой психогенно провоцируемую реакцию, возникшую вслед за насмешками сверстников и других лиц по поводу внешности, фигуры и т. п. Эти реакции не отражаются на других аспектах жизни, не снижают работоспособности, проявляются лишь в особо значимых для данного лица ситуациях, (например, в обществе девушек у юноши, считающего, что у него дефект лица, в то время как в компании приятелей он забывает о тревожащих его отклонениях и ведёт себя соответственно); эти болезненные расстройства носят преходящий характер, с возрастом сглаживаются, дезактуализируются.

Дисморфомания может лежать в основе такого заболевания пубертатного и юношеского возраста, как нервная анорексия. В рамках малопрогрессирующей шизофрении, при которой Д. становится вторичной, симптоматической (Ch. S. Thomas, 1984), дисморфофобические расстройства приобретают стойкий характер. Возникнув в подростково-юношеском возрасте, они могут оставаться в клинической картине и по миновании периода юности.

Лечение симптоматическое. Психотерапия, направленная на разубеждение, не эффективна.

Психотерапевт должен ставить перед собой иную цель — склонить подростка смириться с воображаемым или преувеличенным недостатком, научить его скрывать от окружающих болезненные переживания (добиться компенсаторной диссимуляции). При большой интенсивности болезненных расстройств необходима психофармакотерапия: назначаются такие нейрорептики, как хлорпротиксен, сонапакс, неuletил, терален, этаперазин; в периоды большого эмоционального напряжения или усиления депрессивного фона настроения назначают транквилизаторы и антидепрессанты (феназепам, реланиум, тазепам, амитриптилин, азафен, лудиомил). При дисморфомании шизофренической природы проводят лечение основного заболевания, в том числе в условиях психиатрического стационара. Госпитализация показана также при глубокой депрессии и суицидальном риске (пресуицидальном синдроме), при склонности больных к самоповреждениям. Косметические операции категорически противопоказаны: они не устраняют дисморфофобических переживаний, более того, психическое состояние может ухудшиться.

В. Я. Гиндикин