

## ДИСМОРФОФОБІЯ: ПРОБЛЕМА ВИЗНАЧЕННЯ, ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Лапушенко М.В.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Стаття присвячена розгляду проблеми дисморфофобії, аналізу її визначень та характерних проявів. Уточнюються вікові та гендерні показники її прояву. Визначаються основні та додаткові симптоми прояву дисморфофобії, вказуються особливості діагностики. Зазначається актуальність профілактики і потреба надання психіатричної допомоги особам, які страждають на дисморфофобію. Наголошується на важливості комплексного підходу до здійснення лікувально-профілактичних заходів з особами, які страждають на дисморфофобію.

**Ключові слова:** психічний розлад, дисморфофобія, дисморфоманія, триада симптомів, лікувально-профілактична допомога, психотерапевтична робота.

**Актуальність та новизна проблеми дослідження.** Останнім часом спостерігається стійке зростання незадоволеності людей різними сферами і параметрами свого життя, й особливо – власного тіла, все більше людей висловлюють незадоволення власною зовнішністю, пропорціями фігури, вагою.

Невдоволення собою і своїм тілом стає широко поширеним явищем, а «нормалізація» дисморфофобії змушує звернути на неї увагу не тільки лікарів, а й соціальних дослідників, психологів-клініцистів (Т. А. Аракелян, Г. В. Бочарова-Мараховська, А. Н. Бегоян, О. В. Іваченкова, О. М. Онищенко, Н. А. Петрашкевич, І. В. Свистунов, О. А. Скугаревський, Ю. Г. Фролова та ін.).

Надзвичайна стійкість дисморфофобій, досить значна частота виникнення захворювань, що протікають разом з цим симптомокомплексом, так само як і наявність у багатьох хворих на дисморфофобію виражених суїцидальних тенденцій роблять необхідним пошук найбільш ефективних шляхів діагностики та методів терапії.

**Аналіз наукових досліджень.** «Класична» форма дисморфофобії з сенситивними ідеями ставлення в рамках процесуальних розладів отримала широке висвітлення у вітчизняній психіатрії минулого століття (М.В. Коркіна, С.В. Немировська, П.Т. Морозов). На сучасному етапі у дослідженнях В.А. Абабкова, А.Г. Башури, Т.Д. Губченко, Н.А. Гвозденко, І.Ю. Дороженко, Є.І. Ернадес, О. Л. Іванова, І.В. Коваленко, Т.Н. Ковальової, А.Л. Львова, А.А. Марголіної, А.О. Петрухіної, Н.П. Половко, А.Б. Смулевич досліджується косметологічний аспект дисморфофобії, зауважуються особливості психологічних станів пацієнтів із наявними та уявленими фізіологічними та косметологічними недоліками та проблемами.

В той же час робіт, спеціально присвячених питанням надання психологічної допомоги та лікування хворим з синдромом дисморфофобії, дуже мало, і результати терапії, приведені в цих роботах, мало оптимістичні.

Відповідно до вказаного метою статті є розгляд проблеми визначення дисморфофобії, аналіз особливостей її діагностики та надання психологічної допомоги особам, які страждають на дисморфофобію.

**Виклад основного матеріалу.** Проблема дисморфофобії особливо актуальна сьогодні, коли суспільство втягнуте в гонитву за вічною молодістю і красою. На особливу увагу заслуговують психопатологічні стани, що мають назву дисморфофобії. У прямому перекладі дисморфофобія – страх зміни власного тіла. Цей стан можна охарактеризувати як страх «власної метаморфози», зміни власного тіла. Дисморфофобія являє собою симптомокомплекс, для якого характерне активне прагнення корекції уяв-

ного дефекту, виразні ідеї стосунків та депресивний настрій [7, с. 38-39].

Психологічними дослідженнями (Г.В. Бочарова-Мараховська, І.В. Свистунов, О.М. Онищенко, О.В. Іваченкова, Н.А. Петрашкевич) доведено, що дисморфофобія – це неадекватне ставлення людини до своєї зовнішності. Перш за все, це невпевненість у собі, сором'язливість, тривожні натури. У дорослих, до цього ж, може приєднуватись демонстративність поведінки, егоцентризм, інфантильність. Для таких людей характерна депресивність і швидка зміна настрою; людина починає відмовлятися від спілкування з друзями, походів до багатолюдних місць; багато часу стоїть перед дзеркалом, намагається дібрати позу, одяг або макіяж, що будуть маскувати її недоліки [2, с. 65].

Серед різноманіття визначень та трактувань поняття дисморфофобії спостерігаються спроби типологічного аналізу її видів та форм.

М. В. Коркіна у своїй монографії про дисморфофобії виділила дисморфофобію як більш легку ступінь розладу з нав'язливим страхом фізичного недостатку невротичного характеру, і дисморфоманію, що характеризується психотичним рівнем порушень [3, с. 10].

При цьому зауважимо, що дисморфофобія, за свідченням С.Г. Обухова, є легким ступенем розладу непсихотичного рівня з нав'язливим страхом невротичного характеру, пов'язаним з нібито наявними недоліком. Він відзначається наявністю критики до свого стану [6, с. 59].

За свідченням М.С. Артемьєвої, Р.А. Сулейманова, Ю.Б. Тихонравова, для дисморфофобії характерний початок у підлітковому віці, коли особливо велика вірогідність розвитку порушень психологічного розвитку, утворення соціальних та міжособистісних зв'язків і формування життєвих цілей. Саме в цей період як в нормі, так і в патології, можуть виникати переживання, що стосуються невдоволення зовнішністю, зумовлені соматовегетативними порушеннями, гормональною перебудовою, появою нових соматичних відчуттів, які раніше не відчувалися [1, с. 67].

У дівчаток синдром виникає переважно на фоні прискороного розвитку, вони хворобливо переживають високий ріст, великі молочні залози, а у хлопчиків дисморфофобічні переживання частіше спостерігаються на фоні затриманого розвитку і торкаються малого росту, малих пропорцій тіла, будови геніталій.

У дорослому віці частота поширення дисморфофобії серед чоловіків і жінок приблизно однакова, супроводжується високим ризиком самогубства в порівнянні з іншими розладами психіки. Хворі мо-

жуть скаржитися на декілька певних «дефектів», один «дефект», невизначену особливість або зовнішній вигляд, при цьому страждають важливі сторони життя хворого – здатність працювати, нормально функціонувати в суспільстві, обслуговувати себе. У тих випадках, коли ідеї набувають характеру маячних, з втратою критики і відповідною поведінкою, доцільніше говорити про марення фізичного недоліку [3, с. 11].

Однак варто зауважити, що початковий рівень дисморфофобії або її легка форма зустрічається у жінок в п'ять разів частіше, ніж у чоловіків, і може проявитися в будь-якому віці, і не залежить від реального зовнішнього вигляду людини. Найчастіше дисморфофобія пов'язана з вагою, людині здається, що вона непомірно товста, тоді як в реальності ніякої зайвої ваги у неї може взагалі не бути.

Наступний різновид даної проблеми, на думку М.В. Коркіної, має назву *дисморфоманії*, що трактується як психопатологічний феномен, як правило, дуже стійкий і невіддатливий корекції. Зазвичай дисморфоманія супроводжується пригніченим настроєм, ретельним маскуванням своїх переживань і вираженим прагненням до виправлення уявного дефекту будь-яким шляхом. Характерна для хворих з дисморфоманією також дуже тверда впевненість, що їх «дефект» дуже неприємний усім оточуючим [3, с. 14-15].

*Провідні* симптоми дисморфоманії – надцінна або маячна переконаність у своєму фізичному дефекті (*косметична дисморфоманія*); вихідному від тіла неприємному запаху (*парфумерна дисморфоманія*).

Обов'язкові симптоми включають в себе:

- гіпотимно-напружений афект, іноді досягає ступеня вираженої депресії;
- сенситивні ідеї взаємодносин і їх тлумачення;
- «симптом дзеркала» (підкреслене і тривале розглядання себе в дзеркалі);
- «симптом фотографії» (знищення своїх фотографій);
- аутодеструктивну поведінку з метою корекції дефектів;
- поведінку уникнення спілкування з оточуючими.

*Додатковими* симптомами є нюхові галюцинації кататимного характеру; сенестопатії, деперсоналізаційні-дереалізаційні розлади [6, с. 59].

Дисморфоманія може лежати в основі такого захворювання пубертатного і юнацького віку, як нервова анорексія [3, с. 29].

За свідченням С.Г. Обухова, синдром дисморфоманії проявляється болючим переконанням (надцінним або маревним) про наявність у себе якогось уявного або переоціненого фізичного дефекту зовнішності або функції. Зустрічається переважно в підлітковому або юнацькому віці. Може зустрічатися у вигляді: реакції, властивої підліткового віку (частіше у дівчат); при акцентуації характеру і психопатіях; у вигляді реактивної дисморфоманії, ендореактивної підліткової дисморфоманії; при шизофренії, частіше у юнаків. Рудиментарна дисморфоманія відзначається і у здорових підлітків як тимчасова реакція [6, с. 60].

За свідченням Г.Т. Сонник, О.К. Напреенко, А.М. Скрипнікова, починаються дисморфоманічні розлади, як правило, з відчуття невпевненості в собі, проблем у спілкуванні з людьми, і переконаності у власній неповноцінності (для чого, як правило, підстав немає). У початковому періоді синдром дисморфоманії може займати центральне місце у клінічній картині хвороби. При цьому характер-

ним є депресивний настрій, маячні ідеї відношення. По мірі наростання хворобливого процесу дисморфоманічні розлади поступово редукуються або змінюються на іншу шизофренічну симптоматику. У таких випадках ідеї фізичної потворності та розповсюдження неприємних запахів стають ніби тематичною основою параноїчного маячення [7, с. 197].

За ствердженням Дж. Літинської, причини виникнення дисморфофобії можна розділити на дві великі групи. Перша – це психологічні травми, серед яких, насамперед, знаходяться ставлення батьків та близьких, однолітків до зовнішності особи. Травмуючим чинником може бути навіть перегляд телевізора, який нав'язує сумнівний еталон краси та транслює телепередачі про людей, які завдяки пластичній операції змінили зовнішність та досягли успіху в різних сферах життя [4].

Друга можлива причина дисморфофобії – серйозне психічне захворювання. Звичайно мова йде про тривожний розлад, який призводить до нав'язливих думок. Також дисморфофобія може бути пов'язана з шизофренією або психопатіями шизоїдного кола. У цьому випадку вона – просто частина маячної концепції. Таку дисморфофобію саму по собі лікувати марно, тому що в її основі лежить більш серйозне захворювання, яким потрібно займатися в першу чергу, а невдоволення зовнішністю – всього лише симптом [4].

Найбільш повну класифікацію причин виникнення та розвитку дисморфофобії наводить М. Коркіна: біологічні (генетичні) чинники; психологічні чинники (дражніння або критика; стиль виховання; різні життєві події); соціальні та медіачинники; особливості характеру та особистісні властивості (перфекціонізм; соромливість; інтроверсія; чутливість до неприйняття або критики; невпевненість; неконтактність; невротичний стан/невроз) [3, с. 36].

Відома своєрідність синдрому дисморфофобії полягає в тому, що тут часом буває дуже важко провести різку межу, виявити чіткі відмінності між болючою переконаністю в наявності фізичного недоліку і звичайним людським реагуванням на свою зовнішність (її невідповідність загальноприйнятим або особистим ідеалам краси). Іншими словами, синдром дисморфофобії може приєднуватися до звичайної особистісної реакції невдоволення своєю зовнішністю, з одного боку, і до реакції (нерідко дуже вираженої) у відповідь на дійсно наявний фізичний недолік – з іншого.

Ряд дослідників (М.В. Коркіна; А.Е. Личко, К.А. Новлянська; та ін.) вказують на можливість виникнення дисморфофобії (дисморфоманії) і в нормі. К.А. Новлянська пише про розвиток дисморфофобії як минулого, рудиментарного утворення у психічно здорових підлітків. Навіть вживаючи термін «фізіологічна дисморфофобія», А.Е. Личко зазначає, що подібні явища можуть зустрічатися як у здорових підлітків, особливо при наявності сензитивної акцентуації особистості.

Таким чином невдоволення тією чи іншою частиною своєї зовнішності, досить часто зустрічається у психічно здорових людей, не несе на собі хоча б якогось відбитка хворобливості і звичайно в значній мірі перекривається актуальними життєвими цінностями. Враховуючи ці дані, слід проявляти обережність у встановленні патологічної природи невдоволення своєю зовнішністю, для чого повинен бути виявлений весь комплекс характерних симптомів дисморфофобії [3, с. 40].

Головними психопатологічними складовими синдромом дисморфофобії, за якими можна судити про клінічний перебіг захворювання, є триада симпто-

мів. Провідним серед них є: 1) надцінна або маячна переконаність хворого в наявності у нього якого-небудь уявного або значно перебільшеного фізичного недоліку, вади зовнішності або функції, і як наслідок – прагнення до його корекції; 2) різного ступеня вираженості сенситивні ідеї відносин; 3) знижений настрій [3].

Серед симптомів дисморфофобії виділяються такі діагностичні критерії, відображені в міжнародних статистичних класифікаціях хвороб (МКХ-10 та DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)):

Таблиця 1  
Діагностичні критерії дисморфофобії

відображені в МКХ-10	відображені в DSM-IV
1. Загальні діагностичні критерії F45. 2. Постійна стурбованість можливістю або наявністю важкого прогресуючого захворювання фізичної природи або каліцтва. 3. Нормальні відчуття інтерпретуються хворим як ознаки захворювання. 4. Увага як правило сконцентрована на одному-двох органах чи системах організму. 5. Нерідкі спроби маніпулювання в родині чи інших соціальних сферах, використовуючи декларовані розлади. 6. У ряді випадків на першому плані прагнення до подолання дефекту шляхом підбору оздоровчих заходів, зберігаючого режиму, і самолікування (надцінна іпохондрія)	1. Заклопотаність дефектом зовнішності і внутрішнім станом. Якщо незначна фізична аномалія і присутня, то їй приділяється надмірна увага. 2. Занепокоєність викликає виражене страждання або погіршення в соціальній, професійній, або іншій важливій галузі функціонування. 3. Заклопотаність не може бути пояснена іншим розладом психіки (наприклад, незадоволеність формою і масою тіла при анорексії).

Клінічні прояви синдрому дисморфофобії залежать від тривалості та тяжкості дефекту, а також мікросоціальних умов [7, с. 310].

В.Н. Тюріна відзначає, що існує генетична схильність до даного розладу, але також дуже важливі психологічні та соціальні фактори. Так, встановлено, що до дисморфофобії схильні сензитивні, інтровертовані особистості, з низькою самооцінкою. Також в зону ризику потрапляють особистості з нарцисичними і невротичними рисами характеру. При цьому спусковим гачком можуть бути сексуальні травми, факти насильства, факти критики і дражніння в біографії особистості. Дуже впливає на формування дисморфофобії стиль виховання: якщо акцент робився більше на зовнішній вигляд, а інші прояви ігнорувалися. І, звичайно ж, не останню роль відіграє вплив медіа, який формує надмірну заклопотаність своєю зовнішністю і прагненням бути ідеальним [9].

Відповідно до вказаного важливою проблемою визначення симптомів дисморфофобії є адекватна діагностика психічного стану пацієнта, з'ясування можливих передумов формування болісного сприйняття власного тілесного образу та неадекватного ставлення до ймовірних дефектів.

На думку дослідників Г.В. Бочарової-Мараховської, І.В. Свистунова, О.М. Онищенко, О.В. Іваченкової, Н.А. Петрашкевич, в практичному і науковому аспекті є доцільним використання кількісної

оцінки ступеню тяжкості дисморфофобії. Це дозволяє індивідуалізувати призначення клієнту того чи іншого виду психологічної та косметологічної допомоги [2, с. 66].

На підставі аналізу відомостей наукової літератури й власних даних Г.В. Бочарова-Мараховська, І.В. Свистунов, О.М. Онищенко, О.В. Іваченкова, Н.А. Петрашкевич склали опитувальник, що дозволяє кількісно оцінити ступені тяжкості дисморфофобій (шкала «Ступені тяжкості дисморфофобії») [2, с. 67].

Значної уваги автори шкали надають взаємовідносинам опитуваного з батьками у підлітковому віці, що може стати спусковою реакцією для початку розвитку дисморфофобії. Так, зокрема, 15 шкал опитувальника, який можна використовувати в ході клінічної бесіди з досліджуваними, так і при індивідуальному опитуванні, включають: ставлення батьків до якості навчання досліджуваного в школі; поведінку батьків при досягненнях досліджуваного у творчості, спорті, тощо в підлітковому віці; думки батьків досліджуваного щодо використання вільного часу в підлітковому віці; ставлення батьків до зовнішності досліджуваного; думки однолітків з приводу зовнішності досліджуваного; режим і якість харчування; режим праці й відпочинку; легкість «переключення» своїх думок (стосовно своєї зовнішності) від «проблемних» на «не проблемні» моменти; ставлення до розглядання власної зовнішності у дзеркалі; ставлення до фотографування; порівняння себе з іншими; ставлення до суспільних місць; використання маскуючих засобів; намагання поліпшити свою зовнішність (в тому числі пластичні операції); ознаки неадекватності ставлення до своєї зовнішності [2, с. 68].

На думку М.С. Артемеєвої, Р.А. Сулейманова, Б.Б. Тихонравової, для своєчасного встановлення правильного психіатричного діагнозу передусім потрібна достатня орієнтованість лікарів будь-якої спеціальності в особливостях цієї патології. Дуже велика роль як в санітарно-освітній роботі в цьому плані, так і в безпосередньому виявленні хворих з дисморфофобічними розладами належить лікарям спеціалізованих психіатричних кабінетів, що створюються на базі територіальних поліклінік [1, с. 67].

Профілактика і лікування хворих має бути комплексним, диференційованим і, як правило, тривалим. В цілому відносно цих хворих повинні застосовуватися лікувальні дії, добре розроблені і апробовані на практиці. Це стосується як біологічних методів так і психотерапії в її різних варіантів.

За свідченням С.С. Степанова, у тих випадках, коли підліткова дисморфофобія не загострюється до патології, психологи рекомендують проводити з підлітками роз'яснювальну, консультативну та психотерапевтичну роботу, спрямовану на формування здорової самооцінки, зокрема – критичності до нереалістичних стандартів. Крім того, підлітків необхідно готувати до того, що на певному етапі їх розвитку зміни в їх зовнішності можуть носити не надто прийнятний характер. Відповідні приклади яскравих та успішних особистостей допоможуть підліткам зрозуміти, що зміни минулі. До того ж оточуючі сприймають нас в цілому, а не частинами, і враження про людину складається переважно з психологічних особливостей, а не тільки тілесних [8, с. 144].

Надлишкова заклопотаність тілесною недосконалістю нерідко супроводжує життєвої ситуації, в якій підліток не бачить в навколишньому світі джерел підтвердження своєї високої самооцінки. І тут дієвим засобом виступає переключення уваги на ті

види активності, в яких він чи вона можуть реально досягти відчутних успіхів і заслужити схвалення оточуючих [8, с. 145].

При організації лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам з переконаністю в наявності уявного або хворобливо переоцінюваного фізичного недоліку психотерапевти і психіатри повинні дотримуватися чотирьох головних принципів:

1) максимально-ефективна профілактика дисморфофобічних розладів;

2) якомога раннє виявлення цих хворих, які зазвичай тривалий час звертаються до лікарів різних спеціальностей, але тільки не до психіатрів;

3) комплексність терапії, яка необхідна в переважній більшості випадків (поєднання транквілізаторів або антидепресантів з психотерапією, нейрореплетиків з антидепресантами, інсулінотерапії з нейрореплетиками або антидепресантами);

4) проведення одночасно з біологічною терапією заходів соціально-реабілітаційного характеру [5].

При лікуванні хворих з описаним синдромом необхідно уникати оперативного втручання на прохання хворих, бо це призводить, як правило, до ще більшого ускладнення хвороби. Багато також якомога раніше звернутися за допомогою до психіатра, тому ефективність лікування обернено пропорційна тривалості синдрому. У процесі лікування застосовують як медикаментозні засоби (нейрореплетики, антидепресанти), так і різні методи психотерапевтичного впливу та соціальної реабілітації [4].

Іноді при легкому перебігу захворювання ефективним у лікуванні буде спілкування на тему мнених дефектів із значимою та авторитетною особистістю. Можна також запропонувати пацієнту не приховувати свого дефекту, однак, поряд з цим, потрібно дати йому відчуття, що психотерапевт на його стороні і надає підтримку.

В особливо гострих та важких випадках, коли дуже високий ризик суїцидальних спроб та виражених депресивних станів, рекомендується госпіталізація.

Найбільш ефективний результат у лікуванні дисморфофобії дає когнітивна психотерапія, яка допомагає людині усвідомити свою поведінку, не перекладаючи вину на свої уявні або реальні недоліки. Перед психотерапевтом стоїть завдання допомогти пацієнтові адекватно оцінити недолік і перестати приховувати його. Такий підхід в лікуванні може супроводжуватися видаленням дзеркальних поверхонь, заборонаю використання косметики і т.д., в залежності від характеру і прояви фобії. Психотерапевт повинен допомогти пацієнтові змінити уявлення про себе і про свій зовнішній вигляд.

За свідченням Н.Н. Наріцина, ефективна психотерапія у випадках дисморфофобії відбувається тоді, коли у самого клієнта є готовність прийняти саму наявність «внутрішнього конфлікту», розбира-

тися в його витоках і механізмах, і як результат – коригувати весь модус життя цілком. Це практично єдиний спосіб ефективної та результативної роботи з дисморфофобією. Тому найуспішніше робота зазвичай йде методами аналітичної терапії, що зачіпає досить глибокі «шари» несвідомого. Але є тут і свої підводні камені: зокрема, «внутрішній опір» клієнта, який іноді приходиться в кабінет клієнта з несвідомою установкою «Ви мене лікуйте, а я подивлюся, як у вас нічого не вийде». Часто саме такий опір призводить до різкого припинення терапії, особливо коли вона, як не парадоксально, веде до відчутних позитивних результатів. Людині стає страшно втратити улюблену фобію. Однак якщо у клієнта є розуміння (або навіть відчуття), що наявна внутрішня боротьба деструктивна, і є потреба з нею розбиратися і бажання щось змінювати – це може стати початком психотерапевтичної роботи [5].

Іноді для лікування даного розладу психотерапевт може призначити прийом ліків, здатних зменшити тривожність і компульсивну поведінку. Часто дисморфофобія загострюється в період депресії, тому лікування повинно носити комплексний характер. Також ефективним є лікування депресії психоаналізом і методами психотерапії, що відмінно підходить і для лікування тривожних розладів [5].

**Висновки.** Дисморфофобія – форма психічного розладу, що виражає занепокоєність дефектами власної зовнішності, і спричиняє психоемоційні переживання. Дисморфофобія зазвичай виявляється у осіб, які досить критично ставляться до своєї зовнішності, незважаючи на відсутність значущих дефектів і на те, що оточення не надає особливої значущості або не помічає «дефекту». Головні прояви дисморфофобії – невдоволення окремими рисами обличчя або фігури, а основними симптомами, за якими можна її діагностувати, є: нав'язлива переконаність людини в наявності у неї якого-небудь уявного або значно перебільшеного фізичного недоліку, вади зовнішності або функції, і як наслідок – прагнення до його корекції; сенситивні ідеї відносно різного ступеня вираженості; та знижений, часто депресивний настрій.

При організації лікувально-профілактичної допомоги хворим з проявами дисморфофобії варто застосовувати комплексний підхід, який передбачає використання як психотерапевтичних, так і медикаментозних заходів (наприклад, поєднання транквілізаторів або антидепресантів з психотерапією), проведення одночасно з біологічною терапією заходів соціально-реабілітаційного характеру тощо.

**Перспективи подальших пошуків у напрямку дослідження** полягають у вивченні особливостей профілактики дисморфофобії серед підлітків та юнаків, що становить основу адекватного сприйняття власного образу тіла та формування позитивної «Я-концепції» особистості.

### Список літератури:

1. Артемьева М. С. Характеристика разновидностей синдрома дисморфофобии – дисморфомании с убежденностью в уродстве собственного голоса / М. С. Артемьева, Р. А. Сулейманова, Ю. Б. Тихонравова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – № 8. – С. 66-69.
2. Бочарова-Мараховська Г. В. Дисморфофобії в косметологічній практиці / Г. В. Бочарова-Мараховська, І. В. Свистунов, О. М. Онищенко, О. В. Іваченкова, Н. А. Петрашкевич // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2010. – Вип. XXIII, № 2. – С. 65-68.
3. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте монография / М. В. Коркина. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2009. – 250 с.
4. Літинська Дж. Дисморфофобії: уявна потворність [Електронний ресурс] / Дж. Літинська / Режим доступу: <http://ukrmednews.com.ua/articles/view/Dismorfofobii-uyavne-potvornist>
5. Наріцин Н. Н. Дисморфофобия: неприятие собственной внешности [Электронный ресурс] / Н. Н. Наріцин // Режим доступа: <http://www.naritsyn.ru/dmf.htm>

6. Обухов С. Г. Психиатрия / С. Г. Обухов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 346 с.
7. Сонник Г. Т. Психиатрия / Авт. коллектив: проф. Г. Т. Сонник, проф. О. К. Напреенко, проф. А. М. Скрипников. – К.: «Здоров'я», 2003. – 443 с.
8. Степанов С. С. Популярная психологическая энциклопедия / С. С. Степанов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2005 – 672 с.
9. Тюрина В. Н. Дистморфофобия – искаженное восприятие самого себя [Электронный ресурс] / В. Н. Тюрина // Режим доступа: <http://www.b17.ru/article/17121/>

**Лапушенко М.В.**

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

## **ДИСМОРФОФОБИЯ: ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

### **Аннотация**

Статья посвящена рассмотрению проблемы дистморфофобии, анализу ее определений и характерных проявлений. Уточняются возрастные и гендерные показатели ее проявления. Определяются основные и дополнительные симптомы проявления дистморфофобии, указываются особенности диагностики. Отмечается актуальность профилактики и предоставления психиатрической помощи лицам, страдающим дистморфофобией. Отмечается важность комплексного подхода к осуществлению лечебно-профилактических мероприятий с лицами, страдающими дистморфофобией.

**Ключевые слова:** психическое расстройство, дистморфофобия, дистморфомания, триада симптомов, лечебно-профилактическая помощь, психотерапевтическая работа.

**Lapushenko M.V.**

Taras Shevchenko National University of Kyiv

## **DYSMORPHOPHOBIA (BODY DYSMORPHIC DISORDER): THE PROBLEM OF DETERMINING, DIAGNOSTICS AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE**

### **Summary**

The article is devoted to the problem of dysmorphophobia (body dysmorphic disorder), analysis of definitions and specific displays. Specified age and gender indicators of its displays. Detected basic and additional symptoms of dysmorphophobia, noted diagnostic features. Noted the relevance of prevention and the need of psychiatric care to persons suffering to dysmorphophobia. Announced the importance of an integrated approach to the implementation of health care measures for persons suffering to dysmorphophobia.

**Keywords:** mental disorder, dysmorphophobia, body dysmorphic disorder, triad of symptoms, treatment and preventive care, psychotherapeutic work.