

## ДИСМОРФОФОБІЇ У КОСМЕТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

**Проведено аналіз літературних джерел, який показав, що активно вивчаються характеристики пацієнтів, які звертаються до хірургів з метою виконання естетичної пластичної операції. Доведено, що поширенням захворюванням серед них є дисморфофобія. Продемонстровано, що у таких пацієнтів виявлялися переважно симптоми її субклінічних та м'яких форм. Підкреслено неефективність оперативного втручання при дисморфофобії та навіть загострення симптомів дисморфофобічного розладу, натомість доведено високу ефективність психотерапевтичної та медикаментозної корекції.**

*Ключові слова:* дисморфофобія, косметична хірургія, психотерапія, медикаментозна корекція.

Сьогодні в усьому світі постійно зростає чисельність осіб, які прагнуть виконати косметичну операцію для покращення своєї зовнішності або збереження молодості. Для більшості з них косметична хірургія відновлює впевненість у собі та покращує соціальну взаємодію. Проте є й такі, що виснажені зусиллями «покращити» кожен деталь своєї зовнішності, бажаючи змінити навіть незначні або уявні дефекти. Більшість із цих осіб можуть мати дисморфофобічний розлад [1–3].

Дисморфофобічний розлад — це порушення, яке характеризується тривожною стурбованістю, спричиненою уявним або надто перебільшеним незначним фізичним дефектом. У світовій науковій літературі перші повідомлення про дисморфофобічний розлад датуються ще позаминулим століттям. Так, у 1891 р. італійський лікар Енріко Морселлі назвав розлад дисморфофобією та запропонував такий опис: «Пацієнт із дисморфофобією дійсно нещасний під час повсякденних занять, розмови, читання, прийому їжі; він бореться зі страхом перед потворністю всюди і в будь-який час, що може досягати болючої інтенсивності, аж до плачу й відчаю» [4–6].

Пацієнт із дисморфофобією або переконаний у наявності дефекту тіла, або значно його перебільшує та надто стривожений малопомітною фізичною аномалією. Найчастішими причинами стурбованості є шкіра (наприклад, рубцювання, прищі, колір), волосся (облисіння або волосся на тілі) та ніс (розмір або форма), хоча у центрі уваги може бути будь-яка частина тіла, включаючи груди, сідниці тощо [4, 6]. У середньому за все своє життя люди з дисморфофобією можуть зосереджуватися на 5–7 частинах свого тіла, а деякі можуть бути стурбовані загальним зовнішнім виглядом, наприклад, вважати, що тіло надто маленьке або занадто мускулисте [3, 5].

Ці пацієнти настільки зосереджені на своїх тілесних дефектах, що ігнорують інші, важливіші, аспекти життя: роботу, сім'ю або навіть здоров'я та

благополуччя. Стурбованість, пов'язана з «уявними» або «легкими» дефектами, настільки глибока, що пацієнти майже постійно виражають занепокоєння або витрачають практично весь свій час на безуспішні спроби приховати свої «вади» за допомогою макіяжу або волосся. Вони зазвичай уникають публічних зібрань, оскільки переконані, що всі дивляться на їхні недоліки й висміюють їх. «Недолік» визнається причиною усіх негараздів, життєвих труднощів, що призводять до погіршення соціальних, професійних та інших важливих сфер функціонування. Хворі із впертою переконаністю доводять, що якби вони мали кращу форму носа, то мали б шанс стати більш успішними в роботі, суспільному житті, сексуальних стосунках [7–10].

У психіатричній літературі охарактеризовано переважно тяжкі форми синдрому дисморфофобії, при яких переконаність у наявності вади тіла досягає рівня, характерного для маячення. Однак відносно легкі реєструються теж нерідко, особливо у спостереженнях на базі клінік пластичної хірургії та практики дерматологів [7, 11].

Дисморфофобія є достатньо розповсюдженим розладом. Дослідження, проведене у Німеччині W. Rief et al. [12], показало, що загалом у 1–2% населення (з однаковою частотою як у чоловіків, так і у жінок) виявляють симптоматику дисморфофобій з помірними або легкими ознаками розладу. Для таких пацієнтів характерна низька самооцінка через надто критичне ставлення до свого зовнішнього вигляду та розвиток соціофобій. Епідеміологічні дослідження інших учених демонструють поширення дисморфофобії на рівні 0,7–2,4% у населення в цілому. Цей показник перевищує відсоток поширення основних психічних розладів, як шизофренія та біполярний розлад [3, 5]. Однак ці оцінки можуть не повністю враховувати розповсюдженість дисморфофобічного розладу, оскільки такі особи соромляться своєї зовнішності та факту надзвичайної зосередженості на своєму зовнішньому вигляді, як наслідок,

вони можуть не повідомляти про свої симптоми лікарям-клініцистам.

Частота реєстрації дисморфофобічного синдрому в осіб, які звертаються до пластичних хірургів, за даними різних науковців суттєво відрізняється. Так, D. Veale [13] свідчить, що дисморфофобія діагностувалася у 5% пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів. Такі пацієнти часто були незадоволені результатами операції, а симптоми дисморфофобії залишалися на попередньому рівні або навіть поглиблювалися.

D. V. Sarwer, J. C. Spitzer [14] зазначали, що у 7% жінок, які бажали виконати косметичні операції, у передопераційному періоді виявлено діагностичні критерії, притаманні дисморфофобії. Інші дослідники, які вивчали прояви дисморфофобії у пацієнтів пластичних хірургів, вказували більший показник реєстрації синдрому — від 7 до 15% [3, 5, 15, 16].

Характерно, що серед осіб, які зверталися до пластичних хірургів із приводу дефекту чи деформації носа, частота дисморфофобічного синдрому була вищою. Так, метою дослідження, проведеного у Великобританії, було визначення частоти дисморфофобії у хворих, що бажали змінити форму носа, а також порівняння клінічної картини дисморфофобії цих осіб із пацієнтами психіатричних клінік. Установлено, що 20,7% обстежених, які хотіли виконати ринопластику, мали симптоми субклінічних та м'яких форм дисморфофобії. Крім того, доведено, що пацієнти з дисморфофобіями, які були госпіталізовані в психіатричні клініки та отримали відмову з різних причин в оперативному втручанні, мають іншу картину захворювання. У них глибша депресія і тривога, більша стурбованість своїм носом, інколи навіть іншими частинами тіла, суттєва обмеженість можливостей у професійній сфері, соціальному житті, інтимних стосунках, соціальних контактах. Отже, такі пацієнти були схильні вірити, що ринопластика значно змінить їхнє життя [13].

За результатами дослідження M. Alavi et al. [1] встановлено, що із 306 пацієнтів, які звернулися до клініки косметичної хірургії з метою ринопластики, 126 (41,0%) осіб мали ті чи інші психічні розлади. Крім того, у 75 (24,5%) пацієнтів спостерігалися порушення психічного стану, які відповідали діагностичним критеріям дисморфофобії. Результати цього дослідження підтверджують попередні дані, які доводили, що дисморфофобія є відносно поширеним захворюванням серед осіб, які прагнуть змінити зовнішність, зокрема ніс.

V. Picavet et al. [17] указують на ще вищу частоту дисморфофобії у пацієнтів, які бажують змінити форму носа. Так, за їхніми даними, 33% осіб мають принаймні помірні симптоми дисморфофобії.

Проведений кореляційний аналіз продемонстрував прямий сильний зв'язок між тяжкістю симптоматики та такими факторами, як операція виключно з естетичною метою, повторна ринопластика та обтяжливий психіатричний анамнез.

Характерно, що психічний стан деяких пацієнтів із дисморфофобічним синдромом відповідає діагностичним критеріям інших розладів. Так, японські дослідники, обстежуючи пацієнтів, які бажали виконати пластичну операцію, установили, що у 47,0% осіб за класифікацією МКХ-10 виявлено такі психічні розлади: шизофренія, депресивні епізоди, невротичні, іпохондричні, маячні, параноїдні та демонстративні розлади особистості. Крім того, 56,0% пацієнтів мали знижену соціальну адаптацію. Визначено також гендерні та вікові відмінності: чоловіки, а також особи підліткового та юнацького віку мали більше психічних розладів, особливо при низькій соціальній зайнятості та посиленій концентрації на власному зовнішньому вигляді. Водночас було доведено, що часті операції не обов'язково є показником психічних порушень. [16]

Досліджено взаємозв'язок між дисморфофобією та розладами особистості. Отримані результати свідчать, що дисморфофобічні симптоми, психопатологічні реакції на дефект зовнішнього вигляду виникають в осіб із шизотиповими та параноїдними розладами особистості, а передопераційна оцінка може допомогти визначити клінічний профіль хворих.

У науковій літературі існують лише поодинокі повідомлення про взаємозв'язок вираженості дефекту з дисморфофобією та психологічним результатом операції. Так, A. Tasman [18] згадував поняття «мінімальні деформації» як потенційний фактор ризику негативних результатів операції, хоча залишилося неясним, скільки і які пацієнти мали дисморфофобію.

У США було обстежено 188 дорослих із дисморфофобіями, з яких 109 мали мінімальний або взагалі не мали дефекту та отримували не психіатричне лікування (наприклад, хірургічне або дерматологічне). Після опитування та обстеження було виявлено, що у 53,0% осіб косметичні хірургічні втручання призвели до загострення симптомів дисморфофобічного розладу або не викликали ніяких позитивних змін [19].

Неефективність оперативного втручання при дисморфофобії було також доведено французькими науковцями [20]. При катанестичному обстеженні 24 пацієнтів через 5 років після оперативної корекції мінімальних дефектів зовнішності встановлено, що із 7 осіб, які мали ознаки дисморфофобії до оперативного втручання, у 6 вони загострилися. Крім того, ще в 3 пацієнтів дисморфофобію

діагностували після операції. Характерно, що безпосередньо після пластики всі пацієнти повідомляли про задоволеність результатом операції.

Опитування 265 косметичних хірургів Американського товариства естетичної пластичної хірургії виявило високий рівень поінформованості про дисморфофобію і небажання працювати з такими хворими. Хірурги, які виконували операцію пацієнтам із дисморфофобією, повідомили, що 43% осіб після операції ще більше переймалися своїм дефектом і лише в 1% прооперованих не спостерігалось погіршення стану [21].

Таким чином, припускають, що хірургічне втручання у пацієнтів із дисморфофобією незалежно від вираженості її проявів малоефективне: не змінює, а часом і погіршує психологічне благополуччя хворих [3, 18–20, 22, 23].

Дисморфофобія у більшості випадків досить важко піддається лікуванню. За наявності супровідного психічного розладу перевага віддається загальноприйнятим методам, наданню хворому психологічної допомоги при різних труднощах професійного, соціального та сексуального характеру [24, 25]. Хоча в науковій літературі є повідомлення про доцільність проведення при дисморфофобії психотерапевтичного лікування.

Так, за результатами обстеження 54 пацієнтів із дисморфофобією, частині з яких рандомізовано проводилася когнітивно-біхевіоральна психотерапія, у 82% хворих після лікування та в 77% випадків при тривалому спостереженні був досягнутий суттєвий ефект [6]. Дослідження ефективності метакогнітивної терапії у 20 пацієнтів із дисморфофобією, проведене М. Rabie et al. [26] в Ірані, довело, що після 8 щотижневих сесій достовірно знизилася вираженість симптомів цього психічного розладу порівняно з контрольною групою, і ефект підтримувався протягом усіх 6 міс спостереження.

На високу ефективність психотерапії вказують фахівці із Центральної лікарні штату Массачусетс та Гарвардської медичної школи [27]. За результатами проведення 18–22 щотижневих індивідуальних занять модульної когнітивно-поведінкової психотерапії 12 дорослим пацієнтам із первинною дисморфофобією доведено значний регрес симптомів безпосередньо після лікування та від 3 до 6 міс в період спостереження.

За даними наукової літератури медикаментозна терапія дисморфофобії полягає переважно у призначенні антидепресантів. Так, за результатами понад 10 досліджень за участю 2 588 пацієнтів показано ефективність антидепресантів із групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (циталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін) [28–30]. Як правило,

ці препарати виявляли небагато побічних ефектів та добре переносилися пацієнтами. Результати досліджень призначення кломіпраміну, який має деякі властивості трициклічних антидепресантів, оскільки є їхнім дериватом, довели його ефективність, особливо при виражених проявах дисморфофобії. Доказів ефективності інших препаратів із групи трициклічних антидепресантів, як і інгібіторів моноаміноксидази, не виявлено. Не проводилося й плацебо-контрольованих досліджень, які підтверджували б ефективність інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну. Хоча за результатами двох досліджень доведено суттєве поліпшення психічного стану пацієнтів при призначенні венлафаксину [4, 28].

Таким чином, аналіз джерел показав, що останніми роками активно вивчаються характеристики пацієнтів із дисморфофобіями, які звертаються до хірургів із метою виконання естетичної операції. Доведено, що такі пацієнти мають деякі особливості психічного стану, які можуть впливати на психологічний результат оперативного втручання та потребують медикаментозної та психотерапевтичної корекції.

#### Список літератури

1. Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates / M. Alavi, Y. Kalafi, G. R. Dehbozorgi, A. Javadpour // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*— 2011.— № 64 (6).— P. 738–741.
2. Haas C. F. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature / C. F. Haas, A. Champion, D. Secor // *Plast. Surg. Nurs.*— 2008.— № 28.— P. 177–182.
3. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery / C. S. Lai, S. S. Lee, Y. C. Yeh, C. S. Chen // *Kaohsiung J. Med. Sci.*— 2010.— № 26 (9).— P. 478–482.
4. An open-label trial of venlafaxine in body dysmorphic disorder / A. Allen, S. J. Hadley, A. Kaplan [et al.] // *CNS Spectr.*— 2008.— Vol. 13 (2).— P. 138–144.
5. Bjornsson S. A. Body dysmorphic disorder / S. A. Bjornsson, E. R. Didie, K. A. Phillips // *Dialogues Clin. Neurosci.*— 2010.— Vol. 12 (2).— P. 221–232.
6. Greenberg J. L. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study / J. L. Greenberg, S. S. Mothi, S. Wilhelm // *Behav. Ther.*— 2016.— Vol. 47 (2).— P. 213–224.
7. Матюшенко Е. Н. Дисморфофобия в клинике кожных болезней: от психологических концепций образа тела к психопатологическому расстройству / Е. Н. Матюшенко // *Психические расстройства в общей медицине.*— 2011.— № 2.— С. 45–55.
8. Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative

- study of cosmetic dental patients and a general population sample / A. De Jongh, I. H. Aartman, H. Parvaneh, M. Llik // *Community Dent. Oral Epidemiol.*— 2009.— Vol. 37 (4).— P. 350–356.
9. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty preliminary data / G. Pecorari, C. Gramaglia, M. Garzaro [et al.] // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*— 2010.— Vol. 63 (3).— P. 493–498.
  10. *Phillips K. A. Understanding Body Dysmorphic Disorder: an Essential Guide* / K. A. Phillips.— N. Y.: Oxford University Press, 2009.— 320 p.
  11. *Varma A. Recognizing Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia)* / A. Varma, R. Rastogi // *J. Cutan Aesthet. Surg.*— 2015.— Vol. 8 (3).— P. 165–168.
  12. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey / U. Buhlmann, H. Glaesmer, R. Mewes [et al.] // *Psychiatry Res.*— 2010.— Vol. 30, № 178 (1).— P. 171–175.
  13. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence / D. Veale, L. J. Gledhill, P. Christodoulou, J. Hodson // *Body Image.*— 2016.— № 18.— P. 168–186.
  14. *Sarwer D. B. Body image dysmorphic disorder in persons who undergo aesthetic medical treatments* / D. B. Sarwer, J. C. Spitzer // *Aesthet. Surg. J.*— 2012.— № 32 (8).— P. 999–1009.
  15. *Дударева А. П. Анализ психопатологической структуры дисморфофобического синдрома на клиническом примере у пациентки с врожденной челюстно-лицевой деформацией* / А. П. Дударева // *Психическое здоровье.*— 2008.— № 8.— С. 58–60.
  16. *Shiffman M. Advanced Aesthetic Rhinoplasty: Art, Science, and New Clinical Techniques* / M. Shiffman, A. Di Giuseppe // *Book. Springer Heidelberg New York Dordrecht London*; 2013 Dec. — doi:10.1007/978-3-642-28053-5
  17. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty / V. A. Picavet, E. P. Prokopakis, L. Gabriëls [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.*— 2011.— № 128 (2).— P. 509–517.
  18. *Tasman A. J. The psychological aspects of rhinoplasty* / A. J. Tasman // *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.*— 2010.— № 18 (4).— P. 290–294.
  19. *Crerand C. E. Reply to: «Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty»* / C. E. Crerand, K. A. Phillips // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*— 2014.— № 67 (12).— P. 1754–1755.
  20. *Tignol J. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery* / J. Tignol, L. Biraben-Gotzamanis, C. Martin-Guehl // *Eur. Psychiatry.*— 2007.— № 22 (8).— P. 520–524.
  21. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder / L. Bowyer, G. Krebs, D. Mataix-Cols [et al.] // *Body Image.*— 2016.— № 19.— P. 1–8.
  22. Body dysmorphic factors and mental health problems in people seeking rhinoplastic surgery / M. Javanbakht, A. Nazari, A. Javanbakht, L. Moghaddam // *Acta Otorhinolaryngol. Ital.*— 2012.— № 32 (1).— P. 37–40.
  23. *Neziroglu F. Body dysmorphic disorder: causes, characteristics, and clinical treatments* / F. Neziroglu, T. F. Cash // *Body Image.*— 2008.— № 5 (1).— P. 1–2.
  24. Open-label study of duloxetine for the treatment of obsessive-compulsive disorder / D. D. Dougherty, A. K. Corse, T. Chou [et al.] // *Int. J. Neuropsychopharmacol.*— 2015.— № 18 (2).— P. 23–26.
  25. *Higgins S. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder — An Update* / S. Higgins, A. Wysong // *Int. J. Womens Dermatol.*— 2018.— № 4 (1).— P. 43–48.
  26. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept / M. Rabiei, S. Mulken, M. Kalantari [et al.] // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.*— 2012.— № 43 (2).— P. 724–729.
  27. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder / S. Wilhelm, K. A. Phillips, J. M. Fama [et al.] // *Behav. Ther.*— 2011.— № 42 (4).— P. 624–633.
  28. *Phillips K. A. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach* / K. A. Phillips, E. Hollander // *Body Image.*— 2008.— № 5.— P. 13–27.
  29. *Phillips K. A. Suicidality in a placebo-controlled fluoxetine study of body dysmorphic disorder* / K. A. Phillips, M. M. Kelly // *Int. Clin. Psychopharmacol.*— 2009.— № 24 (1).— P. 26–28.
  30. *Скрипніков А. М. Основні принципи психотерапії психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою* / А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Л. А. Боднар // *Психічне здоров'я.*— 2012.— № 34 (1).— С. 75–80.

## ДИСМОРФОФОБИИ В КОСМЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Л. А. БОДНАР

**Проведен анализ литературных источников, который показал, что активно изучаются характеристики пациентов, обращающихся к хирургам с целью выполнения эстетической пластической операции. Доказано, что распространенным заболеванием среди них является дисморфофобия. Продемонстрировано, что у таких пациентов определялись преимущественно симптомы ее субклинических и мягких форм. Подчеркнута неэффективность оперативного вмешательства**

**при дисморфофобии и даже обострение симптомов дисморфофобического расстройства, напротив, доказана высокая эффективность психотерапевтической и медикаментозной коррекции.**

*Ключевые слова: дисморфофобия, косметическая хирургия, психотерапия, медикаментозная коррекция.*

---

## DYSMORPHOPHOBIAS IN ESTHETIC SURGERY

L. A. BODNAR

**The performed literature analysis demonstrated that in recent years, the characteristics of patients referring to surgeons with the purpose of performing esthetic surgery were actively studied. It was proved that dysmorphophobia was a common disease in them. It was demonstrated that these patients had symptoms of subclinical and mild forms of dysmorphophobia. Ineffectiveness of surgical intervention in dysmorphophobia and even exacerbation of symptoms of dysmorphophobic disorder were emphasized. In contrast, high efficiency of psychotherapeutic and pharmacological correction was proven.**

*Key words: dysmorphophobia, esthetic surgery, psychotherapy, pharmacological correction.*

---

*Надійшла 28.09.2018*