

Демьянцева Анастасия Владимировна,
студент, УО «ГомГМУ», Гомель

Щурова Ульяна Дмитриевна,
Студент, УО «ГомГМУ», Гомель

Пицко Татьяна Петровна, ассистент кафедры неврологии
и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации,
психиатрии ФПКиП УО «ГомГМУ», Гомель

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ
ДИСМОРФОФОБИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ
PREVALENCE AND FEATURES OF DYSMORPHOBIA
AMONG ADOLESCENTS**

Аннотация: в статье представлена распространённость дисморфофобии среди подростков и особенности проявления данного расстройства по возрастному и гендерному признакам.

Abstract: The article presents the prevalence of dysmorphophobia among adolescents and the characteristics of the manifestation of this disorder by age and gender.

Ключевые слова: дисморфофобия, дисморфическое расстройство.

Keywords: dysmorphophobia, dysmorphic disorder.

Введение.

На протяжении последнего времени важное значение приобрела проблема повышенной обеспокоенности своей внешности и желание ее улучшить, что в дальнейшем переходит в патологическое состояние, обусловленное нарушением психических процессов, и называется дисморфофобией. Термин «дисморфофобия» впервые был использован итальянским психиатром Enrico Morselli (1886) для описания болезненного расстройства, «неприятных ощущений» с доминированием идеи мнимого физического недостатка у пациента, высказывающего «навязчивые мысли» [1].

Диагностика дисморфофобии характеризуется наличием следующих критериев:

- чрезмерная озабоченность неким дефектом внешности, которая, в свою очередь, способна вызвать выраженное переживание или тревогу;
- возможно появление панических атак; симптомы депрессивных состояний;
- социальное отчуждение, в том числе от семьи;
- желание проведения оперативного пластического вмешательства для исправления предполагаемого дефекта, что в последующем не приносит удовлетворения конечным результатом;
- не исключены попытки ликвидировать дефект самостоятельно [2].

Данная проблема имеет особый интерес со стороны развития функциональных расстройств жизнедеятельности ряда важных органов, которые могут усугубляться в течении и приводить к серьезной патологии при условии отказа обращения за медицинской помощью.

Цель исследования. Выявить распространенность и выраженность дисморфофобии у подростков.

Материалы и методы исследования.

Методической основой исследования явилось выборочное единовременное наблюдение. Выборка исследования составила 120 подростков одной из средних школ г.Гомеля, среди которых 60 респондентов – девушки, 60 респондентов – юноши. Возрастной состав отображен в таблице 1.



Возрастной состав респондентов (в абс. числах и процентах)

		Возраст			Всего
		13	14	15	
Пол	Мужской	24 (20%)	30 (25%)	6 (5%)	60
	Женский	8 (6,7%)	30 (25%)	22 (18,4%)	60
	Всего	32 (26,7%)	60 (50%)	28 (23,4%)	120

В ходе исследования были использованы следующие опросники: анкета скрининга на BDD (body dysmorphic disorder/ дисморфическое расстройство); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); опросник качества жизни SF-36.

Анкета скрининга на BDD состоит из 10 вопросов. Каждый ответ находится под порядковым номером. Все ответы суммируются по этому номеру, поскольку он соответствует количеству баллов. После суммирования получается число, по которому можно провести предварительный скрининг.

Более высокие оценки отражают больший стресс и вероятность диагноза дисморфическое расстройство. При результате в 40 баллов и более авторы анкеты Круглик Е.В., Аронов П.В. рекомендуют пройти обследование, так как у респондента, скорее всего, дисморфическое расстройство. Результат от 30 до 40 баллов говорит о высокой вероятности данного расстройства. Результат менее 30 баллов говорит о низкой вероятности присутствия дисморфического расстройства.

Согласно данным Е.В. Оконишниковой и соавт. (2018), при нервной анорексии и нервной булимии дисморфофобия разной степени выраженности значительно влияет на их аффективное состояние, повышая уровень тревоги и депрессии, ухудшая преимущественно психологическую составляющую качества жизни, что со временем приводит к снижению функционирования вплоть до социальной дезадаптации и инвалидизации [3]. Исходя из этого, следует включить в исследование Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы:

- подшкала А – «тревога» (anxiety): нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- подшкала D – «депрессия» (depression): четные пункты 2, 4, 6; 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие степень нарастания симптоматики – градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Баллы за ответы суммируются по подшкалам, полученный результат интерпретируется следующим образом:

0-7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8-10 баллов – «субклинически выраженная тревога\депрессия»;

11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога\депрессия».

Для оценки функционирования использовали опросник качества жизни SF-36.

Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Статистическая обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 23 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков. Выявление и изменение связи между изучаемыми признаками осуществлялось с применением методов непараметрической статистики. Для сравнения между собой распределения признаков



использовали критерий соответствия χ^2 Пирсона. Различие признаков считалось значимыми при вероятности безошибочного прогноза > 95,5%, ($p < 0,05$).

Результаты исследования.

Согласно полученным данным, при прохождении скрининговой анкеты BDD суммарно 30-40 баллов набрали 20 респондентов (16,67%; $\chi^2=4,716$, $p < 0,05$), среди них преобладают подростки 14 лет (10 человек; 50%; $\chi^2=18,428$, $p < 0,01$), а также респонденты женского пола (16 человек; 80%; $\chi^2=19,960$, $p < 0,01$). Данные отображены в таблице 2, таблице 3. Средний показатель составил 28 баллов (стандартное отклонение равно 2). Минимальное количество набранных баллов – 23, максимальное количество – 38.

Таблица 2

Сумма баллов по скрининговой анкете BDD,
распределение по возрасту (в абс. числах и процентах)

	Возраст	Сумма баллов					Всего	
		30	31	32	33	34		38
	13	0 (0%)	1 (0,83%)	1 (0,83%)	0 (0%)	1 (0,83%)	0 (0%)	3 (2,5%)
	14	5 (4,17%)	0 (0%)	3 (2,5%)	1 (0,83%)	0 (0%)	1 (0,83%)	10 (8,33%)
	15	2 (1,67%)	3 (2,5%)	1 (0,83%)	0 (0%)	1 (0,83%)	0 (0%)	7 (5,83%)
Всего		7 (5,83%)	4 (3,33%)	5 (4,17%)	1 (0,83%)	2 (1,67%)	1 (0,83%)	20 (16,67%)

Таблица 3

Сумма баллов по скрининговой анкете BDD, распределение по полу (в абс. числах)

Пол	Сумма баллов					Всего	
	30	31	32	33	34		38
Мужской	1 (0,83%)	0 (0%)	1 (0,83%)	1 (0,83%)	1 (0,83%)	0 (0%)	4 (3,33%; 20%)
Женский	6 (5%)	4 (3,33%)	4 (3,33%)	0 (0%)	1 (0,83%)	1 (0,83%)	16 (13,33%; 80%)

Анализируя данные Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) были получены следующие результаты: более 8 баллов в подшкале тревоги набрал 31 респондент (25,8%; $\chi^2=5,863$, $p < 0,05$), среди них женский пол составил 15 человек (48,4%; $\chi^2=17,563$, $p < 0,01$), мужской пол – 16 человек (51,6%; $\chi^2=20,027$, $p < 0,01$). Преобладает возрастная категория 14 лет – 15 респондентов (12,5%; $\chi^2=4,716$, $p < 0,05$). Данные представлены в таблице 4, таблице 5. Средний показатель составил 6 баллов (стандартное отклонение равно 2). Минимальное количество набранных баллов – 2, максимальное количество – 10.

Таблица 4

Сумма баллов по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS),
распределение по возрасту (в абс. числах)

	Возраст	Сумма			Всего
		8	9	10	
	13	3 (2,5%)	1 (0,83%)	3 (2,5%)	7 (5,83%)
	14	6 (5%)	4 (3,33%)	5 (4,17%)	15 (12,5%)
	15	4 (3,33%)	1 (0,83%)	4 (3,33%)	9 (7,5%)
Всего		13 (10,83%)	6 (5%)	12 (10%)	31 (25,83%)



Таблица 5

Сумма баллов по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS),
распределение по полу (в абс. числах)

Пол	Сумма			Всего
	8	9	10	
Мужской	7 (5,83%)	2 (1,67%)	7 (5,83%)	16 (13,33%)
Женский	6 (5%)	4 (3,33%)	5 (4,17%)	15 (12,5%)

Более 8 баллов в подшкале депрессии набрали 3 респондента (2,5%; $\chi^2=16,227$, $p<0,01$), среди них женский пол составил 2 человека (66,7%; $\chi^2=18,003$, $p<0,01$), мужской пол – 1 человек (33,3%; $\chi^2=16,227$, $p<0,01$), превалирует возрастная категория 14 лет – 3 респондента (2,5%; $\chi^2=16,227$, $p<0,01$). Средний показатель составил 4 балла (стандартное отклонение равно 1). Минимальное количество набранных баллов – 1, максимальное количество – 8.

Результаты по опроснику SF-36 были следующие: минимальный балл, набранный респондентами по физическому компоненту здоровья, составил 65,0 (1 человек; 0,8%; $\chi^2=6,079$, $p <0,05$); максимальный балл равен 73,45 (15 человек; 12,5%; $\chi^2=8,864$, $p <0,01$). Средний показатель составил 72,03 (стандартное отклонение 1,5). Чаще всего встречался балл 72,33 – его набрали 42 респондента (35%; $\chi^2=13,398$, $p <0,01$), среди них 25 человек женского пола (20,8%; $\chi^2=13,754$, $p <0,01$). Данные о распределении респондентов по возрасту и полу представлены в таблице 6, таблице 7.

Таблица 6

Сумма баллов по опроснику SF-36, физический компонент здоровья,
распределение по возрасту (в абс. числах и процентах)

Возраст	Сумма баллов					
	65,00	66,29	71,75	72,33	72,92	73,45
13	0 (0%)	2 (1.7%)	6 (5%)	11 (9.2%)	8 (6.7%)	5 (%)
14	1 (0.8%)	1 (0.8%)	21 (17.5%)	20 (16.7%)	9 (7.5%)	8 (6.7%)
15	0 (0%)	3 (2.5%)	10 (8.3%)	11 (9.2%)	2 (1.7%)	2 (1.7%)
Всего	1 (0.8%)	6 (5%)	37 (30.8%)	42 (35%)	19 (15.8%)	15 (12.5%)

Таблица 7

Сумма баллов по опроснику SF-36, физический компонент здоровья,
распределение по полу (в абс. числах и процентах)

Возраст	Сумма баллов					
	65,00	66,29	71,75	72,33	72,92	73,45
Мужской	1(0.8 %)	2(1.7%)	13(10.8%)	17(14.2%)	13(10.8%)	14(11.7%)
Женский	0(0%)	4(3.3%)	24(20%)	25(20.8%)	6(5%)	1(0.8%)
Всего	1(0.8%)	6(5%)	37(30.8%)	42(35%)	19(15.8%)	15(12.5%)

Минимальный балл, набранный респондентами по психологическому компоненту здоровья, составил 50,15 (6 человек; 5%; $\chi^2=7,069$, $p <0,05$); максимальный балл равен 57,78 (37 человек; 30,8%; $\chi^2=14,038$, $p <0,01$). Средний показатель составил 56,4 (стандартное отклонение 1,6). Чаще всего встречался балл 56,0 – его набрали 42 респондента (35%; $\chi^2=13,698$, $p <0,01$), среди них 25 человек женского пола (20,8%; $\chi^2=23,212$, $p <0,01$). Данные о распределении респондентов по возрасту и полу представлены в таблице 8, таблице 9.



Таблица 8

Сумма баллов по опроснику SF-36, психологический компонент здоровья, распределение по возрасту (в абс. числах и процентах)

	Возраст	Сумма баллов					
		50,15	55,40	55,49	56,00	57,29	57,78
	13	2 (1.7%)	0 (0%)	5 (4.2%)	11 (9.2%)	8 (6.7%)	6 (5%)
	14	1 (0.8%)	1 (0.8%)	8 (6.7%)	20 (16.7%)	9 (7.5%)	21 (17.5%)
	15	3 (2.5%)	0 (0%)	2 (1.7%)	11 (9.2%)	2 (1.7%)	10 (8.3%)
Всего		6 (5%)	1 (0.8%)	15 (12.5%)	42 (35%)	19 (15.8%)	37 (30.8%)

Таблица 9

Сумма баллов по опроснику SF-36, психологический компонент здоровья, распределение по полу (в абс. числах и процентах)

	Возраст	Сумма баллов					
		50,15	55,40	55,49	56,00	57,29	57,78
	Мужской	2 (1.7%)	1 (0.8%)	14 (11.7%)	17 (14.2%)	13 (10.8%)	13 (10.8%)
	Женский	4 (3.3%)	0 (0%)	1 (0.8%)	25 (20.8%)	6 (5%)	24 (20%)
Всего		6 (5%)	1 (0.8%)	15 (12.5%)	42 (35%)	19 (15.8%)	37 (30.8%)

Заключение.

Исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Высокая вероятность дисморфофобии выявляется у 20 респондентов (16,67%), среди которых преобладают подростки 14 лет (10 человек; 50%); и подростки женского пола (16 человек; 80%).
2. 31 респондент (25,8%) имеет субклинически выраженную тревогу, причем симптомы тревоги чаще встречается у лиц женского пола – 15 человек (48,4%), в возрастной категории 14 лет – 15 респондентов (12,5%).
3. Средний показатель уровня психологического здоровья среди подростков составил 56,4 балла. Средний показатель физического здоровья оказался выше – 72,03 балла. Это может свидетельствовать о незрелости психических процессов в подростковом возрасте.
4. Во всех проведенных анкетированиях лидирует возрастная категория 14 лет, а также группа подростков женского пола. Это может свидетельствовать о большей уязвимости в данный возрастной период.

В ходе исследования, мы выявили, что симптомы дисморфофобии встречаются наиболее часто в подростковом возрасте, зачастую в 14 лет, у лиц женского пола, однако выявление дисморфофобии у подростков все также остается относительно трудной задачей, что в последующем может привести к постановке неверного диагноза, необоснованным диагностическим и лечебным (в том числе хирургическим) вмешательствам. Таким образом, важно дальнейшее совершенствование методов своевременного выявления и коррекции данной формы психической патологии с целью предотвращения тяжелых личных и социальных последствий болезни. Полученные результаты могут быть использованы в психообразовательной работе.

Список литературы:

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Bollettino della R. Accademia medica di Genova. 1886;6:110-119
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013. Accessed January 29, 2021. Available at: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линева Т.Ю. Дисморфофобия как фактор, снижающий качество жизни у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией. Всероссийский конгресс с международным участием «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус». М.: ООО «Альта Астра»; 2018.

