

Секция «Психология»

**К вопросу о дифференциально-диагностической значимости  
дисморфофобических нарушений при эндогенных и психогенных  
расстройствах в детском возрасте**

**Иванов Михаил Владимирович**

*Кандидат наук*

*ФГБУ "Научный центр психического здоровья" РАМН, научная группа раннего  
детского возраста отдела детской психиатрии, Москва, Россия*

*E-mail: ivanov-michael@mail.ru*

Дисморфофобические нарушения встречаются в структуре различных психических расстройств у детей и у взрослых [4, 5], примерно в одинаковом соотношении у мужчин и женщин [7] и чаще всего проявляющиеся в виде чрезмерной обеспокоенности незначительным дефектом внешности или особенностью собственного тела. Как правило, развернутые синдромы дисморфофобии наблюдаются в пубертатном возрастном периоде, однако они могут возникать и в более младших возрастах [1].

Цель настоящего исследования: выявление специфичности дисморфофобических расстройств в структуре эндогенных и психогенных расстройствах в детском возрасте.

Выборка исследования: общее количество испытуемых 53 человека. Экспериментальная группа – 1 (ЭГ-1) – 20 человек (12 мальчиков, 8 девочек); экспериментальная группа – 2 (ЭГ-2) – 18 человек (8 мальчиков, 10 девочек) контрольная группа (КГ) – 15 человек (8 мальчиков и 7 девочек). Возрастной диапазон в анализируемых группах 6-10 лет.

Критерии включения пациентов в ЭГ-1: дети с эндогенными психическими расстройствами (шизофренический спектр, по МКБ-10: шизофрения (F20.x), шизотипические расстройства (F21.x)).

Критерии исключения пациентов из ЭГ-1: органические поражения ЦНС (F00-09), умственное отставание (F70-79), эпизодические и параксизмальные расстройства (эпилепсия G40.x), расстройства, связанные с употреблением ПАВ (F10-19).

Критерии включения пациентов в ЭГ-2: дети с психогенными расстройствами, а именно с установленным врачами фактом сексуального насилия и признанные потерпевшими по юридическому статусу. Пациенты вошедшие в ЭГ-2 обследованы совместно с врачом-психиатром высшей квалификационной категории Н. В. Платоновой. Обследование проводилось спустя 3-4 года, спустя совершенного факта насилия (т.е. рассматривались его отдаленные последствия).

Критерии исключения пациентов из ЭГ-2: наличие психического заболевания (шизофрения, эпилепсия, умственное отставание).

В контрольную группу вошли дети с нормальным психофизическим развитием, обучающиеся в массовых школах, не имеющие особых проблем в учебе.

Исследование проведено на базе отдела по изучению психической патологии раннего детского возраста ФГБУ «НЦПЗ» РАМН в 2009-2013 гг.

Методы исследования:

- 1) анамнестический метод;
- 2) рисуночная проба фигуры человека «схема тела»;
- 3) клиническая беседа.

У детей ЭГ-1 возникали затруднения при ориентировке в схеме тела, трудности лево-правой ориентации частей тела (левая/правая рука, нога), а также проблемы при анализе взаиморасположения частей тела относительно друг друга. Данные особенности были выявлены при сравнении с показателями у детей из ЭГ-2 и КГ. Дети последних двух групп без особых затруднений ориентировались в схеме тела, в лево-правой ориентации и анализе взаиморасположения частей тела относительно друг друга.

В ЭГ-1 при выполнении рисуночной пробы «схема тела» и проведении клинической беседы выявлены различные специфические расстройства самоощущения в виде сенестопатий, патологических телесных ощущений, связанных с пространственными нарушениями восприятия собственного тела. У этой группы детей были отмечены различные телесные ощущения в виде сдавливаний, деформаций, уменьшения или увеличения определенной частей тела.

Выявлено, что у испытуемых детского возраста с эндогенными расстройствами отмечаются идеи физического недостатка, квалифицируемые, как начальные проявления дисморфофобий. Стоит отметить, что данное явление чаще встречается у испытуемых более старшего возраста, что согласуется с мнениями ряда авторов о клинических проявлениях патологического пубертатного кризиса с явлением нервной анорексии [3, 6]. В историях болезней детей ЭГ-1 описывались различные психопатологические проявления в рамках триады дисморфофобического синдрома (по Коркиной М.В. [2]), а именно: идеи физического недостатка, бред отношения и пониженный фон настроения. У детей ЭГ-1 отмечались деперсонализационные явления, нарушения восприятия собственного тела (искажения восприятия телесного образа, отсутствие частей тела или наличие дополнительных), которые в большей степени связаны с выраженностью эндогенного расстройства и в рамках нормального развития не отмечались.

У детей ЭГ-2 отмечаются специфические дисморфофобические нарушения в основном следующего содержания: неприязненное отношение к своему телу, как будто к грязному. Анамнестические данные свидетельствуют, что у детей этой группы развивались навязчивые действия в виде частого мытья тела, отряхивания одежды, повышенной брезгливости к прикосновениям. В этой группе также отмечались сенестопатии, но специфичные по сравнению с отмечаемыми у детей с эндогенными расстройствами. У детей, подвергшихся сексуальному насилию (группа детей с психогенными расстройствами) отмечались сенестопатии внизу живота, в области ануса и половых органов, ощущения загрязнения кожи и одежды. В ряде случаев (рисуночные пробы), дети преувеличивали свои внешние достоинства, карикатурно подкрашивали лицо, делали вычурные прически, предпочитали яркую, а порой нелепую одежду.

Таким образом, дисморфофобические нарушения встречаются в структуре эндогенных и психогенных расстройств и их клиническое оформление бывает крайне разнообразным. Выявленные специфические дисморфофобические расстройства в структуре эндогенных и психогенных расстройствах в детском возрасте позволяют более точно проводить дифференциальную диагностику при различных нозологиях. Данное исследование требует дальнейших разработок, для уточнения понимания патогенеза эндогенных и психогенных психических расстройств в детском возрасте и их влияния на формирование личности и психическое здоровье.

## **Литература**

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.
2. Коркина М.В. Нервная анорексия непроцессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дисморфомании) // Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л., 1967. С. 128-151.
3. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М., 1986. 171 с.
4. Bjornsson A.S., Didie E.R., Phillips K.A. Body dysmorphic disorder // Dialogues Clin Neurosci. 2010. 12 (2). pp. 221-232.
5. Hunt T.J., Thienhaus O., Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder // American Family Physician. 2008. 78 (2). pp. 217-222.
6. Phillips K.A., McElroy S. Insight, overvalues ideational and delusional thinking in body dysmorphic disorder: theoretical and treatment implications // Journal of Nervous and Mental Disease. 1993. 181. pp. 699-702.
7. Prazeres A.M., Nascimento A.L., Fontenelle L.F. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy // Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013. 9. pp. 307-316.

#### **Слова благодарности**

Выражаю благодарность руководителю и коллегам научной группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.