

СЕКЦІЯ 7
МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.89

ПСИХОЛОГІЧНІ ВІЯВИ ДИСМОРФОФОБІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛИХ ЖІНОК-ПАЦІЄНТОК КЛІНІК ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇЛапушенко М.В., магістр психології,
аспірант кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Стаття присвячена розгляду проблеми дисморфофобії, аналізу її визначення та характерних виявів. Симптомами вияву дисморфофобії є такі: надмірний догляд за зовнішністю, соціальна депривація, коморбідна депресія, низька самоповага, бажання виправити дефект за допомогою пластичної хірургії. Подано особливості вияву дисморфофобії в жінок-пацієнток клінік пластичної хірургії. За даними дослідження, 80% цих жінок мають тяжкий і середній ступінь вияву дисморфофобії. Більшість із них соромляться власного тіла (60%), мають проблеми взаємин із членами родини, недостатньо задоволені сексуальними стосунками з чоловіком (40%). У статті зазначається актуальність профілактики й потреба надання психіатричної допомоги особам, які страждають на дисморфофобію.

Ключові слова: психічний розлад, дисморфофобія, триада симптомів, причини виникнення, психокорекційна робота, лікувально-профілактична допомога.

Статья посвящена рассмотрению проблемы дисморфофобии, анализу ее определения и характерных проявлений. Симптомами проявления дисморфофобии являются следующие: чрезмерный уход за внешностью, социальная депривация, коморбидная депрессия, низкое самоуважение, желание исправить дефект с помощью пластической хирургии. Представлены особенности проявления дисморфофобии у женщин-пациенток клиник пластической хирургии. По данным исследования, 80% этих женщин имеют тяжелую и среднюю степень проявления дисморфофобии. Большинство из них стесняются собственного тела (60%), имеют проблемы взаимоотношений с членами семьи, недостаточно удовлетворены сексуальными отношениями с мужчиной (40%). В статье отмечается актуальность профилактики и необходимость предоставления психиатрической помощи лицам, страдающим дисморфофобией.

Ключевые слова: психическое расстройство, дисморфофобия, триада симптомов, причины возникновения, психокоррекционная работа, лечебно-профилактическая помощь.

Lapushenko M.V. PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS DYSMORFOFOBY AMONG ADULTS OF WOMEN-PATIENTS CLINIC OF PLASTIC SURGERY

Article devoted of problems of dysmorfofoby, analysis definitions and manifestations. Identified such symptoms, manifestations dysmorfofoby as: symptom mirrors and photos, attempt hide for his "defect", excessive leave behind appearance, excessive passion diets, social deprivation and comorbid depression, desire to correct defect with the help of plastic surgery, multiple plastic surgeries. The article presents the features of BDD symptoms in women-patients clinics of plastic surgery. According to research 80% of these women have severe and average BDD symptoms. Most of these women are embarrassed of his own body (60%) have relationship problems with family members (40%). The article also notes the urgency of prevention and the need to provide mental health care to persons suffering from BDD.

Key words: mental disorder dysmorfofoby, triad symptoms, causes, psycho-correctional work, prophylaxis.

Постановка проблеми. Актуальність проблеми дослідження дисморфофобії та її психологічних виявів зумовлюється тим, що вона належить до небезпечних психічних розладів, які можуть призвести до суїциду в людей із нестійкою психікою.

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. Аракелян, Г. Бочарова-Мараховська, А. Бегоян,

О. Іваченкова, О. Онищенко, Н. Петрашкевич, І. Свистунов, О. Скугаревський, Ю. Фролова та ін.).

Своєрідність синдрому дисморфофобії полягає в складності 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.

Ступінь розробленості проблеми. У психологічних дослідженнях В. Абабкової, Г. Бочарової-Мараховської, Н. Гвозденко, І. Коваленко, І. Свистунова, О. Онищенко, О. Іваченкової, Н. Петрашкевич доведено, що дисморфобія – це неадекватне ставлення людини до своєї зовнішності.

У дослідженнях А. Башури, Т. Губченко, Є. Ернандес, О. Іванова, Т. Ковальової, А. Львова, А. Марголіної, Н. Половко, А. Смулевич вивчається косметологічний аспект дисморфобії, розкрито психологічні особливості стану пацієнтів із наявними та уявлюваними фізіологічними й косметологічними недоліками і проблемами.

Водночас спостерігається недостатність теоретичного та науково-прикладного вивчення проблеми психологічних виявів дисморфобії серед жінок-пацієнок клінік пластичної хірургії. Відповідно до вказаного, **метою статті** є розгляд психологічних особливостей вияву дисморфобії в жінок-пацієнок клінік пластичної хірургії.

Виклад основного матеріалу. Дисморфобія (ДМФ) являє собою порушення образу тіла, яке було описано близько століття тому [10, с. 40].

Термін «дисморфобія» введений італійським психіатром Е. Морселлі (1886, 1890 р.) для позначення нав'язливих думок про можливу деформацію тієї чи іншої частини тіла. Це поняття можна зустріти в роботі Р. Hartenberg (1904 р.), котрий виділив «фобію погляду» як «сорому тіла» й уважав дисморфобію «частковою формою класу соціальних фобій». У 8-му виданні підручника Е. Краепелін (1915 р.) зараховує дисморфобію до нав'язливих неврозів і різновидів фобії спілкування з людьми, страху перед людьми (homiphobia).

У роботах вітчизняних авторів початку минулого століття дисморфобія описувалася як «страх при думці про потворність власного обличчя», «болісна думка про неправильний розвиток свого тіла, сором свого тіла». Японські дослідники зараховують дисморфобію до соціофобії, що, очевидно, пов'язано з високою частотою коморбідності цього розладу з важким дистресом, вираженим соціальним униканням і тенденцією до формування унікаючого розладу особистості [7, с. 27].

Надалі синдром дисморфобії вивчали В. Бехтерев, П. Жане, Е. Крепелін, Т. Симеон та ін. Одні дослідники розглядали дисморфобію як переважно фізіологічну, вікову особливість підлітково-ю-

нацького віку в колі розладів невротичного рівня, інші – переважно в межах шизофренії й шизофреноформних станів. А. Етінгоф, підкреслюючи нозологічну гетерогенність синдрому дисморфоманії, надає перевагу порушенням шизофренічного спектру (86%), зазначає рідкість (14%) виникнення цього синдрому в межах пубертатної динаміки розладів особистості (переважно шизоїдного та психастенічного типів).

Питання нозологічної специфічності дисморфобічного синдрому залишаються предметом дискусій до сьогодні. М. Коркіна у своїй монографії виділила дисморфобію як легший ступінь розладу з нав'язливим страхом фізичної вади невротичного характеру і дисморфоманію, що характеризується психотичним рівнем порушень. У МКБ-10 існують поняття маячної дисморфобії (рубрика F 22.8), яка розглядається як варіант хронічного маячного розладу або, якщо вона триває менше ніж 3 місяці, гострого чи транзиторного психотичного розладу (F23), а також не маячної форми дисморфобії (F45.2), що розцінюється як варіант іпохондричного розладу [8, с. 66].

За DSM-IV дисморфобія (ДМФ) визначається як стурбованість уявним дефектом зовнішності, якщо ж є незначне фізичне відхилення, ця стурбованість надлишкова. Стурбованість викликає клінічно виражений дистрес або порушення соціальної, професійної чи інших важливих галузей функціонування [10, с. 40].

Синдром дисморфобії включає хворобливу переконаність у якому-небудь уявному або надзвичайно переоцінюваному недолікові власної зовнішності, наполегливе прагнення до корекції цього недоліку, знижений настрій аж до депресії, а також ідеї відносин [3, с. 62].

За спостереженнями М. Коркіної, головними психопатологічними складовими синдрому дисморфобії є триада симптомів. Провідним серед них є такі: 1) надцінна або маячна переконаність хворого в наявності в нього якого-небудь уявного або значно перебільшеного фізичного недоліку, вади зовнішності або функції, як наслідок – прагнення до його корекції; 2) різного ступеня вираженості сенситивні ідеї відносин; 3) знижений настрій (цит. за Н. Петровою [7, с. 27]).

За даними В. Гіляровського та М. Коркіної, основними симптомами дисморфобії, які впливають на людину й тісно переплітаються з її особистісними властивостями, є такі:

1. Симптом дзеркала – пацієнти постійно дивляться в дзеркало й інші віддзер-

калювальні поверхні, намагаючись знайти вигідний ракурс, у якому передбачуваний дефект не видно, і визначити, яка саме корекція «недоліку» потрібна.

2. Симптом фотографії – категорична відмова фотографуватися з різних причин, насправді страх того, що фото «увічніть потворність», викидання з будинку дзеркал (цит. за І. Коваленко, В. Олексюк [2; 6]).

3. Спроба приховувати «дефект», наприклад, використовуючи косметику, носячи мішкуватий одяг і капелюхи або, навпаки, використовуючи прийом відвернення уваги, застосовуючи екстравагантні прикраси, яскраві деталі гардеробу, які привертають увагу до інших частин тіла.

4. Надмірний догляд за зовнішністю – чищення шкіри, причісування волосся, вищипування брів, гоління тощо; нав'язливе торкання шкіри для обмацування «дефекту».

5. Зайве захоплення дієтами й фізичними вправами.

6. Соціальна депривація та коморбідна депресія. Відмова зовсім виходити з будинку або вихід тільки в певний час, наприклад, вночі.

7. Проблеми з початком і підтримкою стосунків – дружніх і особистих; постійне випитування родичів про «дефект».

8. Постійна низька самоповага; тривога – можливі панічні атаки; симптоми глибокої депресії (цит. за І. Коваленко, В. Олексюк [2; 6]).

9. Зловживання алкоголем і ліками (часто як спроба самолікування);

10. Нав'язливий пошук інформації – читання книг, газетних статей і веб-сайтів, яка має стосунок до «дефекту» (наприклад, облісіння або дієта й вправи).

11. Бажання виправити дефект за допомогою пластичної хірургії, багатократні пластичні операції, які не приносять бажаного задоволення.

12. У крайніх випадках пацієнти спробували самі зробити собі пластику чи вставити імплантати. Можливі спроби видалити «дефект» самостійно, наприклад, ножом, коли в ролі дефекту виступає родимка або інша особливість нормальної шкіри (цит. за І. Коваленко, В. Олексюк [2; 6]).

Найчастіше синдром дисморфофобії лежить в основі такої хвороби, як «нервова анорексія», яка розуміється М. Артем'євою, А. Брюхіним, В. Маріловим, М. Сологуб як психічне захворювання, що розвивається переважно в жінок, полягає в цілеспрямованій відмові від їжі у зв'язку з переконаністю в зайвій повноті [3, с. 63].

На думку С. Татаурової, однією з ознак дисморфофобії є страх мати нестандартну

вагу (у більшості випадків – це страх зайвої ваги), що виявляється як страх мати якусь потворну частину тіла (або в цьому випадку – такий параметр тіла, як вага). Причому варто зазначити, що боротьба із зайвою вагою є більш грубою патологією, ніж екстремальні види спорту, й одним із варіантів самопошкоджувальної поведінки [9, с. 143].

За даними С. Обухова, прагнення до «виправлення» – симптом, дуже типовий для хворих із синдромом дисморфофобії. Проте інтенсивність цього прагнення в одного і того самого хворого в той або інший період часу може бути виражена дуже по-різному. Інакше кажучи, найактивніша діяльність у цьому напрямі може змінюватися майже повною бездіяльністю й навпаки. Ці коливання в активності хворих, часом дуже виражені (особливо на перших порах хвороби), явно пов'язані з уже відміченими раніше коливаннями афективної насиченості самого марення фізичного недоліку [5, с. 60].

При цьому люди, які страждають на дисморфофобію, не лише всіма силами намагаються приховати свій «дефект», а й звертаються до лікарів різних спеціальностей, найчастіше до косметологів і пластичних хірургів, благаючи та вимагаючи допомоги: «виправити» ніс, вуха, повіки, губи, змінити за допомогою пересадки «огидну» шкіру, «вирізати жир» тощо. При цьому хворі запевняють, що тільки після «цієї рятівної операції» в них почнеться «справжнє життя», вони «прекрасно вчитимуться», «захоплено працюватимуть», «по-справжньому любитимуть», «цікаво, блискуче житимуть».

У деяких хворих прагнення, наприклад, до косметичної операції виражається тільки вербально, у нескінченних роздумах і словесних побажаннях, але без якої-небудь фактичної діяльності. Близько до них є і більш нечисленна група хворих, котрі ніяк не прагнуть до виправлення, заявляють, що вони «змирилися», «підкорялися долі», «утомилися домагатися» або дійшли висновку, що їм однаково нічого не допоможе, що доведеться «як-небудь проіснувати».

Стурбованість своїми «деталлями», наполегливе прагнення «урізати» або «додати» характеризуються повною відсутністю критики – людину не можна переконати в тому, що вона помиляється: уявлення про дефект її зовнішності ніякими зовнішніми факторами не корегується, і не одне, так інше завжди буде об'єктом її пильної уваги [1].

Невдоволення своїм виглядом, прагнення поліпшити його – універсальне переживання, властиве переважно, звичайно, жінці: вона хоче подобатися, бути прива-



бливою; а тут ще величезне тиражування «світових стандартів» обличчя й фігури в кіно, журналах, на телебаченні. Але повноцінна, здорова особистість завжди коригує те, що їй у блискучій рекламній упаковці нав'язує соціум. Буває, що таке прагнення до наслідування впроваджуваним стереотипам стає болючим, невдоволення параметрами фігури або обличчя порушує життя особистості – людина надмірно сором'язлива, соромиться себе, і це заважає її професійній самореалізації, повноцінному спілкуванню з представниками протилежної статі, загалом з усім світом.

Наприклад, жінка вважає, що в неї маленькі або негарні груди, тому уникає будь-яких стосунків із чоловіками, оскільки якщо справа дійде до інтиму, то вона ні за що не ризикне оголитися. Причому завжди, навіть у ситуаціях, коли її зовнішні дані не відіграють ніякої ролі, вона тримається скуто, затиснуто, ні на секунду не забуваючи про свій «дефект». Така проблема – предмет для роботи психолога, психотерапевта, психіатра [1].

Першопричини дисморфофобії, як уважають психоаналітики, – у відсутності сформованої самооцінки, невпевненості в собі як в особистості і як в біологічній істоті. Наприклад, жінка переконана, що жити на цьому світі варто тільки в образі легкої, довгоногої, стрункої красуні, а в неї закороткі ноги, і взагалі вона схильна до повноти. Отже, робить вона висновок: «Я – повна нікчема, нікому не можу подобатися (собі ж я не подобаюся), тому життя не вдалося». Якщо при цьому в жінки діяльний характер, вона почне «ліпити» свій образ, і це стане метою її життя [1].

Найбільш повну класифікацію причин виникнення та розвитку дисморфофобії подає М. Коркіна, котра поєднує як клінічні, так і психологічні чинники:

1. Біологічні (генетичні): порушення обміну нейромедіаторів; обсесивно-компульсивний синдром; генералізований тривожний розлад; генетична схильність; можливі аномалії в певних ділянках мозку; спотворена обробка зорової інформації.

2. Психологічні: дражніння або критика; стиль/зразок виховання; інші життєві події (зневага/ігнорування, фізична й сексуальна травма, почуття небезпеки й відвернення).

3. Соціальні чинники (стосуються зовнішнього середовища): засоби масової інформації (преса, радіо, телебачення, Інтернет, які пропагують певні ідеали краси і здоров'я) (цит. за І. Коваленко, В. Олексюк [2; 6]).

4. Особливості характеру та особистісні властивості (перфекціонізм; соромливість;

інтроверсія; чутливість до неприйняття/відторгнення або критики; невпевненість; уникаючі риси особи/неконтактність; невротичний стан/невроз). Оскільки особистісні властивості в людей із дисморфофобією сильно варіюються, малоімовірно, що вони є прямими причинами дисморфофобії. Проте, як і у випадку із психологічними й чинниками довкілля, вони можуть діяти як спускові гачки для тих людей, які вже мають генетичну схильність до розвитку розладу (цит. за І. Коваленко, В. Олексюк [2; 6]).

Розкриваючи особливості вияву дисморфофобії, варто навести конкретні приклади, що стосуються частоти звертання жінок до пластичного хірурга, перенесених операцій і психологічних характеристик пацієнток, які страждають на дисморфофобію.

У дослідженні О. Грибової, Н. Петрової в результаті обстеження вибірки (46 спостережень) пацієнтів клініки естетичної хірургії встановлена висока (87,5%) частка психічних розладів, із яких 17,4% становить дисморфофобія, а також коморбідна патологія: розлади особистості, порушення харчової поведінки, депресивні й обсесивно-компульсивні розлади. Виділено варіанти дисморфофобії: із переважанням перфекціонізму та ідеї відносин. Розглянуто особливості адиктивної поведінки в картині дисморфофобії (25% випадків): зловживання естетичними процедурами (пластичні операції, дерматологічні міні-інвазивні процедури). При цьому нова естетична операція планується вже в найближчий період після операції (37,5% хворих із дисморфофобією) [7, с. 28].

Відповідно, було сплановано емпіричне вивчення психологічних особливостей вияву дисморфофобії серед жінок-пацієнток клінік пластичної хірургії. У ході дослідження застосовано такі методики: шкала «Ступені тяжкості дисморфофобії» (Г. Бочарова-Мараховська, І. Свистунов, О. Онищенко, О. Іваченкова, Н. Петрашкевич), «Опитувальник психосоматичних установок» (Ф. Дж. Зайгл, М. Вірсонінг).

Шкала «Ступені тяжкості дисморфофобії» призначена для виявлення рівня тяжкості дисморфофобії та визначення таких умов її формування, як ставлення батьків, однолітків, самоствалення опитуваного, дотримання ним режиму праці, дієти, тощо. Значну увагу автори шкали приділяють взаєминам опитуваного з батьками в підлітковому віці, що може стати спусковою реакцією для початку розвитку дисморфофобії.

«Опитувальник психосоматичних установок» (Psychosomatischer Einstellungs-Fragebogen) (F.J. Hehl, M. Wirsoning) при-

значений для визначення особливостей установок досліджуваного щодо свого здоров'я, самопочуття, відчуття тілесності.

Емпіричне дослідження проводилося на базі клініки пластичної хірургії «Анкор» і Центру естетичної хірургії. Для дослідження було обрано 50 пацієнок клініки, які прагнули зробити чи вже піддавались пластичній хірургії. Серед опитуваних 24% жінок страждають на дисморфофобію протягом 1 року, 20% жінок – до 3 років, 40% жінок – до 5 років і 16% жінок – більше ніж 5 років. При цьому жінками, які страждають на дисморфофобію, було перенесено 22 операції на збільшення губ, 7 операцій – корекції форми носа, 15 операцій на збільшення грудей, 4 операції – ліпосакції та 10 операцій із приводу підтяжки обличчя. Усього було перенесено 58 операцій із 50 опитуваних жінок. Деякі опитовані жінки перенесли більше ніж одну операцію за весь час звертання до клініки пластичної хірургії. Дослідження було повністю анонімним, тому особливих зауважень не виникло.

Під час опитування жінок-пацієнок клініки пластичної хірургії за шкалою «Ступені тяжкості дисморфофобії» було отримано результати, які свідчать про те, що більшість опитуваних характеризується тяжким ступенем вияву дисморфофобії (44%). Для 36% опитуваних властивий середній рівень вияву дисморфофобії. Відсутні показники тільки в 10% опитаних жінок.

Відповідно до отриманих результатів опитування жінок-пацієнок відділень пластичної хірургії за «Опитувальником психосоматичних установок», установлено, що в них спостерігаються проблеми в прийнятті себе, свого тіла, недостатньо адекватні уявлення про зовнішність (60% жінок соромляться власного тіла, ще 30% – намагаються підтримувати його життєдіяльність, «ігноруючи всі прагнення, крім життєво необхідних, і не очікуючи від нього надмірних досягнень»). Бажання зміцнення та покращення здоров'я в опитаних жінок часто поєднуються із надмірними й виснажливими для організму процедурами.

Також було встановлено наявні проблеми взаємин жінок зі членами родини. Для 40% властиві неадекватні та негативні показники взаємин батьків і дітей, відчуваються певні проблеми в спілкуванні з чоловіком і батьками. Також у жінок-пацієнок клініки пластичної хірургії спостерігається недостатність задоволення від сексуальних стосунків із чоловіком, 40% із них мають труднощі у вільному вияві сексуальної поведінки з чоловіками, соромляться власних недосконалих частин тіла, не можуть відчу-

ти задоволення від сексуального контакту через власну загальмованість і затиснутість.

Було помічено певні особливості ставлення до грошей (переважно накопичення для здійснення пластичних операцій у 70% опитаних), недостатність зацікавленості в зовнішньому житті суспільства, складність розуміння різноманітності технічних засобів і пристроїв, які змогли б полегшити життя й побут жінок (у 60% опитаних).

Отже, відповідно до того, що більшість опитуваних характеризуються значними виявами дисморфофобії, робимо висновок, що в їхньому житті ускладненою й однобічно спрямованою є не тільки сфера ставлення до себе та свого тіла, а й спостерігаються значні проблеми у взаєминах із оточуючими, близькими та рідними. Ці жінки мають низьку зацікавленість у різноманітні вияву світу, вони переважно заціклені на собі, роботі, часто відмовляються навіть подивитися на навколишнє середовище, щоб помітити красу природи чи зацікавитися суспільним життям.

При цьому варто зазначити, що вияви дисморфофобії можна лікувати. Методи лікування дисморфофобії різного ґенезу відрізняються. У випадку дисморфофобії, викликані психічним порушенням, треба займатися хворобою, що лежить в основі патологічного неприйняття свого тіла. У разі дисморфофобії, яка є неприємним наслідком стресів і загальної невпевненості в собі, ефективним є використання тілесноорієнтованої й когнітивної терапії.

Важливими заходами надання лікувально-профілактичної допомоги хворим із переконаністю в наявності уявного або хворобливо переоцінюваного фізичного недоліку повинні бути максимально-ефективна профілактика дисморфофобічних розладів; рання діагностика; комплексність терапії; проведення одночасно з біологічною терапією заходів соціально-реабілітаційного характеру.

Під час організації лікувально-профілактичної допомоги хворим із переконаністю в наявності уявного або хворобливо переоцінюваного фізичного недоліку мають дотримуватися чотири головні принципи:

1) максимально-ефективна профілактика дисморфофобічних розладів;

2) якомога більш раннє виявлення цих хворих, зазвичай найрізноманітніших спеціальностей, що довгий час звертаються до лікарів, але тільки не до психіатрів;

3) комплексність терапії, яка необхідна в більшості випадків (поєднання транквілізаторів або антидепресантів із психотерапією, нейролептиків із антидепресантами,



інсулінотерапії з нейрорептиками або анти-депресантами);

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

Висновки. Дисторфофобія – форма психічного розладу, яка характеризується думками про уявну зовнішню потворність. Хворобливі переживання можуть мати характер нав'язливих, надцінних і маячних ідей, що дає підставу говорити про неоднорідність симптомокомплексу.

Люди, які страждають на дисторфофобію, будь-якими засобами намагаються поліпшити свою зовнішність. Бувають випадки, коли особи, котрі страждають на дисторфофобію, намагаються самі самостійно виправити свої недоліки: сидять на виснажливій дієті, придумують собі комплекс небезпечних вправ, доводять себе до знемоги в спортзалах.

Для виявів дисторфофобії характерне поєднання трьох симптомів: активне прагнення корекції уявного дефекту, виразні ідеї відносин, що можуть ускладнюватися аж до повної соціальної ізоляції хворого, та переважання депресивного настрою.

Зайва зосередженість на своїй зовнішності нерідко супроводжується бажанням хворого звернутися до лікарського втручання. Але в підсумку навіть найвдаліша операція не приносить заспокоєння хворому, він знаходить у себе нові дефекти й продовжує страждати або, залишаючись незадоволеними результатом пластичної операції, звертається в клініку знову.

Без відповідного психокорекційного та терапевтичного лікування захворювання переходить у важку хронічну форму й може стати причиною втрати працездатності в результаті соціальної самоізоляції хворого. Тому варто звернути увагу на профілактику та надання психологічної допомоги особам, які страждають на дисторфофобію.

Перспективи подальшого дослідження означеної проблеми полягають у вивченні особливостей психокорекції виявів дисторфофобії й формування адекватного сприйняття власного образу тіла серед дорослих жінок-пацієнток клінік пластичної хірургії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бабин А. Стремление к совершенству тела ... Диагноз? Интервью журналу «Здоровье от природы» – май 2005 / А. Бабин [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.psy-analyst.ru/articles/1form8.asp>.
2. Коваленко І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця : Консоль, 2005. – 32 с.
3. Особенности динамики булимических расстройств при нервной анорексии эндогенного генеза / [В.В. Мариллов, А.Е. Брюхин, М.С. Артемьева, М.Б. Сологуб] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – № 11. – С. 62–63.
4. Нарицын Н.Н. Дисторфофобия: неприятие собственной внешности / Н.Н. Нарицын [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.naritsyn.ru/dmf.htm>.
5. Обухов С.Г. Психиатрия / С.Г. Обухов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 346 с.
6. Олексюк В.Р. Основы патопсихологии : [лекції] / В.Р. Олексюк. – Тернопіль : ТДПУ, 2007. – 114 с.
7. Петрова Н.Н. Дисторфофобия в клинике эстетической хирургии / Н.Н. Петрова, О.М. Грибова // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 26–32.
8. Сулейманов Р.А. Характеристика разновидности синдрома дисторфофобии – дисторфомании с убежденностью в уродстве собственного голоса / Р.А. Сулейманов, М.С. Артемьева, Ю.Б. Тихонравова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – № 8. – С. 66–69.
9. Татаурова С.С. Актуальные проблемы исследования образа тела / С.С. Татаурова // Психологический вестник Уральского государственного университета. – Вып. 8. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2009. – С. 142–154.
10. Филлипс К.А. Образ тела и дисторфофобия / К.А. Филлипс // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 2. – С. 39–42.