

<https://doi.org/10.34883/PI.2023.14.4.004>
УДК 616.89-008



Леонова А.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

Дисморфическое расстройство как форма психической патологии в подростковом и молодом возрасте

Конфликт интересов: не заявлен.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Подана: 09.08.2023

Принята: 10.10.2023

Контакты: a.v.kononova@gmail.com

Резюме

Дисморфическое расстройство представляет собой патологию психической деятельности индивида, основными признаками которой являются выраженное беспокойство относительно своего внешнего вида и преувеличенное желание корректировать или скрывать имеющиеся незначительные недостатки, что ведет к существенному снижению социальной адаптации человека. Несмотря на достаточно высокую распространенность в популяции, особенно среди лиц подросткового и молодого возраста, осведомленность о расстройстве среди специалистов остается низкой, что приводит к неверному выбору тактики лечебных мероприятий и, как следствие, прогрессированию патологии и присоединению сопутствующих нарушений, например суицидального поведения. Знание этиопатогенетических основ расстройства, его клинических проявлений и применение скрининговых методик определения наличия патологии помогут своевременно диагностировать и подбирать индивидуальный план терапевтических мероприятий для каждого пациента в соответствии с уровнем имеющихся нарушений.

Ключевые слова: дисморфическое расстройство, подростковый возраст, скрининг, терапия

Leonova A.
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Dysmorphic Disorder as a Form of Mental Pathology in Adolescence and Young Age

Conflict of interest: nothing to declare.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

Submitted: 09.08.2023

Accepted: 10.10.2023

Contacts: a.v.kononova@gmail.com

Abstract

Body dysmorphic disorder is a pathology of an individual's mental activity. The main signs are expressed concern about his appearance, an exaggerated desire to correct or hide the existing minor disadvantage, which leads to a significant decrease in human social adaptation. Despite the relatively high prevalence in the population, awareness of the disorder among specialists remains low, which leads to an incorrect choice of therapeutic measures tactics and, as a result, the progression of pathology, the addition of concomitant disorders, for example, suicidal behavior. Persons of adolescent and young age have the highest predisposition to the occurrence of body dysmorphic disorder. Knowledge of the etiopathogenetic foundations of the disorder, its clinical manifestations, the use of screening methods to determine the presence of pathology will help to diagnose and select an individual plan of therapeutic measures for each patient in a timely manner in accordance with the level of existing disorders.

Keywords: body dysmorphic disorder, adolescents, screening, therapy

Дисморфическое расстройство (body dysmorphic disorder) (ДР) характеризуется непреходящей тревогой относительно воображаемого дефекта своей внешности или, в случае наличия небольшой физической аномалии, чрезмерно выраженным беспокойством человека. Наиболее часто переживания касаются открытых частей тела: кожи лица, волос, носа, глаз, век, рта, губ, челюстей и подбородка [1]. Однако в тревожные опасения может быть вовлечена любая часть тела; кроме того, внимание часто сосредоточено на нескольких областях одновременно [2]. Иногда жалобы крайне расплывчаты или сводятся к ощущению общего уродства. Для ДР характерно поведение, отнимающее много времени, такое как рассматривание себя в зеркале, сравнение собственных характеристик с чертами других людей, чрезмерная сосредоточенность на маскировочном поведении, чтобы скрыть дефект, и постоянные вопросы окружающим о своей внешности для обретения чувства уверенности. Обычно наблюдается избегание социальных ситуаций и сложности в налаживании близких отношений [3]. ДР часто сочетается с депрессией, социальной фобией и обсессивно-компульсивным расстройством [4, 5]. Термин «дисморфофобия» в европейской медицинской литературе появился благодаря итальянскому психиатру Энрико-Агостино Морселли в 1886 г., с тех пор эта патология была описана под несколькими

названиями: дерматологическая ипохондрия, ипохондрия красоты, дерматологическая неболезнь, первичный моносимптоматический ипохондрический психоз [6].

В МКБ-10 ДР не выделяется отдельно и описывается в рамках «Ипохондрического расстройства» (F45.2), если убеждения относительно своей внешности, например «моя кожа вся в морщинах и отеках», связаны с существенной переоценкой реальных фактов (тогда это квалифицируется как сверхценная идея). Бредовый вариант дисморфии при не поддающихся критике переживаниях кодируется в разделе «Другие хронические бредовые расстройства» (F22.8). DSM-IV классифицирует ДР отдельной рубрикой при необходимости с дополнительным указанием на наличие бредового расстройства [7].

Длительное изучение ДР показало, что оно имеет много общих феноменологических и симптоматических характеристик, позволяющих квалифицировать его как расстройство обсессивно-компульсивного спектра. Пациенты с ДР, как правило, демонстрируют повторяющееся поведение, напоминающее навязчивости, характерное для обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). В итоге в DSM-V Американской психиатрической ассоциации произошла реклассификация, и ДР было внесено в новую диагностическую категорию обсессивно-компульсивных и родственных расстройств наряду с трихотилломанией, патологическими экскорациями и патологическим накопительством.

Симптомами ДР являются: чрезмерное беспокойство относительно предполагаемого недостатка внешности, который другим не виден совсем или кажется незначительным; стойкое убеждение в том, что этот дефект делает человека уродливым; уверенность в том, что другие люди в негативном ключе обращают особое внимание на внешность человека; присутствие поведения, направленного на исправление или сокрытие предполагаемого недостатка, которому трудно сопротивляться или контролировать; постоянное сопоставление своей внешности с внешностью других; поиск подтверждения от других относительно привлекательности своей внешности; склонность к перфекционизму; избегание социальных ситуаций.

Опираясь на данные отечественных исследований, следует отметить как минимум три варианта ДР. Сверхценное ДР диагностируется преимущественно у пациентов с истерическим, нарциссическим, ананкастным или паранойяльным расстройством личности, а также на фоне динамики малопрогрессирующей шизофрении. Ипохондрические дисморфические фобии манифестируют в период инволюции, в динамике истерического и тревожного расстройства личности или на фоне умеренного органического поражения головного мозга. Обсессивно-компульсивная форма ДР развивается у пациентов с ананкастным расстройством личности или малопрогрессирующей формой шизофрении, а также в послеродовом периоде или аутохтонно в подростковом возрасте [8].

ДР редко включается в крупные обзоры психиатрической заболеваемости, в связи с чем достоверные данные о распространенности ДР в популяции, как правило, отсутствуют. Исследование среди пациентов первичной медико-санитарной сети в Италии выявило распространенность 0,7% [9]. Другое исследование среди женщин в возрасте 37–44 лет также показало распространенность 0,7% [10]. Vohne и коллеги (2002) изучали частоту встречаемости ДР среди студентов колледжей (средний возраст 21 год), заполнивших скрининговый опросник, и выявили 5,3% случаев, хотя нет указаний на специфичность инструмента по сравнению с клиническим опросом [11].

Распространенность ДР среди пациентов психиатрических клиник существенно не отличается по полу [12]. Однако, по данным наблюдений, в популяции больше страдают лица женского пола, при этом у значительной части наблюдаются относительно легкие симптомы. Среди всех социальных групп наиболее часто от ДР страдают студенты и девочки старшего подросткового возраста [13]. Согласно последним данным, ДР, обычно начинающееся в подростковом возрасте, затрагивает от 2 до 3% населения, страдает примерно 1 из 50 человек [14, 15].

В подростковом возрасте ДР может приводить к отказу от посещения школы и суицидальному поведению. Так, Albertini и Phillips (1999) описали группу из 33 детей и подростков с дисморфофобией и сообщили, что телесные переживания чаще всего были сосредоточены на коже (61%) и волосах (55%). Все пациенты демонстрировали такое же поведение, как и взрослые с ДР: маскировку, сравнение себя с другими и оценку своего изображения в зеркале. Социальные нарушения в разных возрастных группах универсальны, и большинство из них ведут к ухудшению академической успеваемости из-за ДР. Группа демонстрировала значительные нарушения: 39% были госпитализированы в психиатрическую больницу, а 21% сообщили о суицидальных мыслях или попытках самоубийства [16].

Для определения мер по профилактике и лечению ДР необходимо понимать, какова природа происхождения расстройства: категориальная или дименсиональная. Если исходить из предположения, что многие люди испытывают те или иные симптомы телесной дисморфии, то необходимо придерживаться дименсиональной модели. При этом важно понимать, что даже если проявления не достигают степени выраженности, достаточной для постановки диагноза, люди все равно испытывают сильный дискомфорт. В поддержку этой модели свидетельствует тот факт, что 15% женщин и 5% мужчин беспокоятся о своем внешнем виде по крайней мере час в день. При этом подходе в этиологии ДР должна быть многофакторной. Если верна категориальная модель, то симптоматически ДР должно значительно отличаться от обычного переживания. Так, люди с данной патологией склонны существенно гиперболизировать свой дефект («Я монстр»), что отличает ДР от обычного беспокойства о своем внешнем виде. В этом случае должны быть ясны строго определенные факторы риска, их взаимодействие и пороговые эффекты. В пользу этой модели свидетельствует то, что среди лиц, страдающих ДР, преобладают женщины.

Обобщение результатов проведенных исследований, имеющих огромное значение для понимания теоретических основ ДР, установило, что ДР имеет дименсиональную природу. Так, предположение о многофакторности его этиологии подтверждается более ранними исследованиями, которые обнаруживают влияние генов в совокупности с экзогенными факторами на развитие ДР. При этом один и тот же фактор может вызывать разную по степени тяжести симптоматику. Дименсиональная модель ДР позволяет определять, где именно на континууме выраженности симптомов находится тот или иной пациент, а также дает возможность индивидуально для каждого определить объем квалифицированной помощи. Существует высокая вероятность, что подпороговый уровень проявлений является риском развития ДР, и можно предположить, что своевременное оказание помощи таким пациентам снизит вероятность развития синдрома и коморбидных расстройств [17].

Многофакторная модель развития ДР включает генетические факторы, темперамент и неблагоприятные события детства, такие как насмешки или издевательства,

повышенная эстетическая чувствительность, дерматологические или другие физические нарушения в анамнезе [18]. Однако практически нет исследований, в которых бы системно изучались факторы риска развития дисморфофобии.

Если говорить о социально-психологических воздействиях, то очевидно, что насилие или издевательства в детском возрасте могут привести к тому, что у ребенка или подростка сложится негативное представление о себе, которое будет способствовать возникновению навязчивых идей по поводу своей внешности. Именно подростковый возраст предрасполагает к наибольшей чувствительности относительно изменений в собственном теле и случайных комментариев и замечаний [19]. Еще одним фактором, предрасполагающим к возникновению ДР, является низкая самооценка, которая заставляет заикливаться на различных аспектах внешности, требующих улучшения. С большей вероятностью это происходит в тех случаях, когда человек считает, что внешность – это самое ценное. При этом негативная оценка при дисморфофобии не ограничивается только внешним видом, а распространяется и на другие области личности. Таким образом, обращение к теме самооценки и сопутствующих убеждений является важным аспектом в профилактике и лечении ДР [20].

Другим предрасполагающим фактором развития ДР является страх одиночества или изоляции. Мысли о невозможности вписаться в желаемую группу людей, ведущие к развитию чувства одиночества, могут привести к возникновению опасений по поводу своей внешности. Например, мысли о необходимости выглядеть определенным образом, чтобы сохранить друзей или найти партнера. При этом разрыв отношений или прекращение общения с друзьями может существенно усугубить опасения.

Крупных генетических исследований ДР не проводилось; несмотря на это, существуют данные, что расстройство передается по наследству. У 8% людей с дисморфофобией есть член семьи с таким же диагнозом – показатель в 3–5 раз выше, чем в общей популяции [21]. Близнецовое исследование лиц женского пола показало, что предрасположенность к ДР составляет 44% [22]. Другое исследование близнецов, на этот раз подросткового и молодого возраста мужского и женского пола, выявило наследуемость от 47 до 37% [23]. Меньшая наследуемость была в старших возрастных группах и у лиц мужского пола в младшей возрастной группе. Такие данные могут говорить в пользу существенного генетического вклада в развитие ДР. С другой стороны, появление сходных убеждений относительно своей внешности может быть обусловлено также и характерными паттернами поведения в семье.

Среди нейробиологических особенностей ДР следует отметить нарушения памяти, которые касаются в большей степени ее визуальной составляющей. В одном из исследований группа людей, имеющих ДР, могли припомнить только конкретные части предъявленного рисунка вместо общей структуры, что может отражать низкие организационные стратегии вследствие дисбаланса в локальной и глобальной обработке информации [24, 25]. Это согласуется с исследованием структурных изменений головного мозга людей с ДР, имеющих значительно больший объем серого вещества в зрительных областях, что может быть следствием аномального развития мозга или результатом ДР [24]. В другом исследовании пациенты с ДР (в сравнении со здоровыми людьми) медленно справлялись с заданием, измеряющим способность к планированию, и демонстрировали более рискованное поведение в эксперименте по принятию решений [26].

Изучение эмоциональной регуляции показало, что люди с ДР имеют проблемы с распознаванием эмоций. Так, исследования демонстрируют низкую точность определения сердитых, грустных и нейтральных лиц [27, 28]. Другое исследование указывает, что по сравнению со здоровыми участниками люди с ДР воспринимают неоднозначные ситуации как угрожающие, независимо от того, связаны ли эти ситуации с образом тела, социальными или общими событиями [29]. Таким образом, можно сделать вывод о том, что эмоциональные системы мозга у людей с ДР по сравнению со здоровыми людьми могут сильнее влиять на зрительные отделы головного мозга. Это может привести к обостренному восприятию визуальных деталей, обращению внимания на небольшие недостатки, которые люди без ДР, как правило, не замечают [30, 31]. Кроме того, тяжесть симптомов, в первую очередь связанная с тяжестью навязчивых мыслей и компульсивного поведения, коррелирует с активностью мозга во вторичных зрительных системах и лобно-стриарных структурах у людей с ДР. Также обнаружены аномалии в функциональной связи мозга с орбито-фронтальной корой у людей с ДР. Эта область обуславливает обсессивно-компульсивные симптомы при ДР [32].

Малое количество проведенных исследований, касающихся нейробиологической составляющей ДР, не позволяет делать однозначные выводы, однако существует прямая связь патологии с продукцией серотонина и окситоцина [33, 34]. Следует иметь в виду, что ДР – это сложное психическое расстройство, которое включает симптомы, охватывающие многие области, и, таким образом, нейробиологические изменения сложны и, вероятно, могут варьироваться.

Диагностика ДР представляет определенные трудности, связанные, прежде всего, с низким уровнем осведомленности медицинских работников о патологии, а также с нежеланием пациентов раскрывать глубинные и личные переживания относительно собственной внешности [35]. Люди с ДР обычно чувствуют себя непонятыми и скрывают свои симптомы. Они могут подвергаться стигматизации со стороны медицинских работников, которые считают, что только истинное уродство заслуживает их внимания. Поэтому при обращении к врачам пациенты с большей вероятностью будут предъявлять жалобы на депрессию или социальную тревожность.

Людей с подозрением на ДР, особенно имеющих депрессию и тревогу, следует прицельно обследовать на предмет наличия расстройства и сопутствующих заболеваний. Использование скрининговых методик поможет подтвердить или исключить наличие ДР. Как показывает ряд исследований, только специальный опрос позволит выявить расстройство. Скрининговыми вопросами являются следующие: 1) Сильно ли Вы беспокоитесь о том, как выглядите, и хотели бы думать об этом меньше? 2) Что конкретно Вас беспокоит по поводу Вашей внешности? 3) Сколько часов Вы думаете об этом в обычный день? (более часа в день считается чрезмерным) 4) Как это влияет на вашу жизнь? 5) Трудно ли Вам выполнять работу или проводить время с друзьями? [36, 37]. Всех пациентов с ДР, особенно с сопутствующей депрессией, социальной фобией, злоупотреблением психоактивными веществами, ОКР или расстройствами пищевого поведения (РПП) следует оценивать на предмет риска самоповреждающего и суицидального поведения, что может повлиять на методы лечения. Специалистам следует регулярно рассматривать и исследовать возможность появления симптомов ДР.

В ряде случаев существует необходимость проводить дифференциальную диагностику. Так, синдром нарушения целостности восприятия собственного тела (body integrity identity disorder, BIID) часто может быть принят за ДР. При этом синдроме люди чувствуют необходимость ампутировать часть или части своего тела из-за того, что они не являются элементом их «я» (форма обратной «фантомной конечности»), а также считают, что ампутация приведет к тому, что они станут более здоровыми и полноценными [38]. Если беспокойство человека затрагивает мускулатуру всего тела, а не отдельных частей, то речь идет о мышечной дисморфии [39]. При концентрации пациента на соматических симптомах, связанных с восприятием болезни, и телесных функциях (например, сердцебиении или потоотделении) с расплывчатыми и неоднозначными физическими ощущениями (например, боль в какой-либо части тела) или с незначительными физическими отклонениями (например, небольшая язва или случайный кашель) следует говорить об ипохондрии.

Часто диагностическая дилемма возникает при РПП. Люди с РПП и ДР имеют искаженное представление о теле, компульсивное поведение, связанное с беспокойством о своей внешности, и низкую самооценку. В том случае, когда симптомы полностью укладываются в диагноз, характеризующий нарушения приема пищи и пищевого поведения, диагноз ДР не используется. Истинная коморбидность ДР и РПП возникает, когда пациент озабочен воображаемыми дефектами своей внешности, не связанными с весом и телосложением, например определенными чертами лица [40]. Если единственным, о чем беспокоятся люди, является внешний вид их половых органов или других физических проявлений, которые отражают их пол при рождении, следует говорить о расстройствах половой идентификации.

Систематических исследований течения и прогноза ДР не проводилось. Тем не менее более легкие симптомы в подростковом возрасте со временем могут пройти самостоятельно. Симптомы от умеренных до тяжелых имеют тенденцию к хронизации с большой вероятностью присоединения сопутствующих заболеваний, неудовлетворительных попыток изменить свою внешность или суицида. Для некоторых пациентов беспокойство может неизменно касаться одной характеристики внешности, у других со временем может произойти трансформация.

ДР обычно ассоциируется с сопутствующими заболеваниями. Одну из лидирующих позиций занимает депрессивное расстройство: более 75% людей с дисморфией переносят хотя бы один депрессивный эпизод в течение жизни. Более 60% людей имеют симптомы тревожного расстройства наряду с ДР. От 30 до 78% людей демонстрируют склонность к другим расстройствам обсессивно-компульсивного спектра, наиболее распространенными из которых являются ипохондрия и трихотилломания. Злоупотребление психоактивными веществами характерно для 25–30% пациентов с ДР, причем чаще всего они злоупотребляют алкоголем. Возникновение социофобии может проявляться до или после начала ДР, но общие цифры распространенности составляют 38% [41].

Существует высокий риск самоубийства, связанный с ДР: на протяжении своей жизни 58–80% людей имеют суицидальные мысли, а 3–25% хотя бы 1 раз предпринимали попытки [42, 43]. Среди людей с ДР чувство безнадежности чаще возникает, когда человек понимает, что он исчерпал все возможности изменить свою внешность. В частности, высок риск суицида после «неудачной» пластической операции, не оправдавшей надежды пациента. Увеличение вероятности суицидальных попыток

возрастает при наличии сопутствующей патологии, такой как расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, депрессивное расстройство, РПП и расстройства личности [44].

Тема медикаментозного лечения ДР представляет интерес в связи с отсутствием у психиатров опыта терапии и недостатком данных о фармакотерапии в этой области. В единственном рандомизированном контролируемом испытании была показана польза флуоксетина при дисморфофобии [45]. Есть также несколько серий случаев с использованием других селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые имели положительный эффект на симптомы расстройства. Данных об оптимальной дозе СИОЗС при ДР не существует. Считается, что имеется зависимость «доза – эффект», сходная с аналогичной при ОКР, и следует применять максимально переносимую дозу. По мнению экспертов, продолжительность использования СИОЗС должна быть не менее 12 недель. Следует иметь в виду высокую частоту рецидивов при прекращении лечения (аналогично лечению ОКР), хотя формально это не оценивалось.

Доказательства эффективности антипсихотических препаратов при ДР в качестве монотерапии или аугментационной стратегии с СИОЗС отсутствуют. Тем не менее нейрорептики могут быть полезны для симптоматического лечения лиц с дисморфофобией, находящихся в состоянии сильного возбуждения. Достоверных данных о положительном эффекте ингибиторов моноаминоксидазы, трициклических препаратов или атипичных СИОЗС в качестве монотерапии ДР нет. Электросудорожная терапия также не имеет обоснованной эффективности при дисморфофобии. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что СИОЗС могут быть эффективны у детей и подростков с ДР в той же мере, как у взрослых с ДР [46].

Важной составляющей терапии ДР является предварительная оценка состояния пациента, так как при различной выраженности симптомов необходимы разные варианты лечебного воздействия [47]. Согласно рекомендуемой ступенчатой помощи, наименее интрузивное вмешательство (например, обучение или самопомощь) следует использовать при переходе к более интенсивной терапии только тогда, когда менее интенсивное лечение оказалось неэффективным [48]. Отслеживание симптомов пациента и оказание ему соответствующего уровня помощи предполагает, что отсутствие положительных изменений в психическом состоянии требует введения дополнительных вмешательств. Ступенчатая модель терапии предусматривает 6 этапов помощи пациентам с ДР, а также их родственникам, что является особенно важным при лечении детей и подростков. На первом уровне происходит диагностика расстройства, предоставление информации о нем пациентам и членам их семьи. Важно понимать, что людям с ДР необходимо располагать актуальными сведениями о психологическом аспекте расстройства. Второй уровень состоит в обучении и обсуждении возможных методов воздействия. На третьем этапе следует переходить от психообразования к коротким индивидуальным сессиям когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), групповой КПТ и при необходимости к назначению СИОЗС. Наличие коморбидной патологии, связанной с недостаточным ответом на прошлые интервенции, означает переход к четвертому этапу. Здесь применяется КПТ, коррекция дозировок СИОЗС, смена препарата и комбинирование. Экспозиционную терапию, аугментацию и социальную работу необходимо применять на пятом этапе помощи пациентам с ДР. Стационарное лечение будет использоваться на шестом этапе

в связи с самоповреждающим поведением, высоким риском суицида, терапевтической резистентностью, сопутствующими заболеваниями, функциональными нарушениями, а также невозможностью заниматься повседневной деятельностью в связи с выраженностью навязчивых действий и избегающего поведения. На любом этапе оказания помощи должен применяться мультидисциплинарный подход к терапии, включающий сотрудничество между психиатрами, дерматологами, хирургами, семейными врачами и другими специалистами.

Таким образом, дисморфическое расстройство чаще всего представляет собой хроническое состояние, которое затрагивает одни из самых личных аспектов жизни человека. При взаимодействии с пациентами этого профиля особое внимание следует уделять обеспечению непрерывности лечения и сводить к минимуму необходимость многократного осмотра различными специалистами. Таким образом, врачи должны обеспечивать надлежащую терапию в любом возрасте и плавный переход от детской и подростковой психиатрической службы к взрослой.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mansfield A.K. Genital manifestations of body dysmorphic disorder in men: a review. *Fertil Steril*. 2020;113(1):16–20. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.11.028
2. Phillips K.A., McElroy S.L., Keck P.E., et al. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1993;150:302–308.
3. Hunt T.J., Thienhaus O., Ellwood A. The mirror lies: Body dysmorphic disorder. *American Family Physician*. 2008;78(2):217–22.
4. Neziroglu F., Khemlani-Patel S., Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2008;5(1):28–38. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.01.002
5. Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(9):570–7. doi: 10.1097/00005053-199709000-00006
6. Gupta R., Huynh M., Ginsburg I.H. Body dysmorphic disorder. *Semin Cutan Med Surg*. 2013;32(2):78–82.
7. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. Medvedev V.E. Dysmorphic disorder: clinical and nosological heterogeneity. *Nevrologiya, nejrpsihiatriya, psihosomatika*. 2016;8(1):49–55. (in Russian)
9. Faravelli C., Salvatori S., Galassi F., et al. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32(1):24–9. doi: 10.1007/BF00800664
10. Otto M.W., Wilhelm S., Cohen L.S., et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:2061–2063.
11. Bohne A., Wilhelm S., Keuthen N.J., et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiat Res*. 2002;109:101–104.
12. Veale D., Ennis M., Lambrou C. Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1788–90. doi: 10.1176/appi.ajp.159.10.1788
13. Watson C., Ban S. Body dysmorphic disorder in children and young people. *Br J Nurs*. 2021;30(3):160–164. doi: 10.12968/bjon.2021.30.3.160
14. Amy International OCD Foundation. *Prevalence of BDD*. Available at: <https://bdd.iocdf.org/professionals/prevalence/> (accessed 20 May 2023).
15. Malcolm A., Pikoos T.D., Castle D.J., et al. An update on gender differences in major symptom phenomenology among adults with body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*. 2021;295. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113619
16. Albertini R.S., Phillips K.A., Guevremont D. Body dysmorphic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(11):1425–6. doi: 10.1097/00004583-199611000-00010
17. Bala M., Quinn R., Jassi A., et al. Are body dysmorphic symptoms dimensional or categorical in nature? A taxometric investigation in adolescents. *Psychiatry Res*. 2021;305. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114201
18. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J*. 2004;80(940):67–71. doi: 10.1136/pmj.2003.015289
19. Longobardi C., Badenes-Ribera L., Fabris M.A. Adverse childhood experiences and body dysmorphic symptoms: A meta-analysis. *Body Image*. 2022;40:267–284. doi: 10.1016/j.bodyim.2022.01.003
20. Kuck N., Ciftiz L., Bürkner P.C., et al. Body dysmorphic disorder and self-esteem: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2021;1(1):310. doi: 10.1186/s12888-021-03185-3
21. Bienvenu O.J., Samuels J.F., Riddle M.A., et al. The relationship of Obsessive–Compulsive Disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48:287–93.
22. Monzani B., Rijdsdijk F., Anson M., et al. A twin study of body dysmorphic concerns. *Psychol Med*. 2012;42(9):1949–1955.
23. Enander J., Ivanov V.Z., Mataix-Cols D., et al. Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: a population-based nationwide twin study. *Psychol Med*. 2018;48(16):2740–2747.
24. Feusner J.D., Kurth F., Luders E., et al. Cytoarchitecturally defined volumes of early extrastriate visual cortex in unmedicated adults with body dysmorphic disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2021;2451–9022(21)00283–4. doi: 10.1016/j.bpsc.2021.10.008

25. Yousefi A., Rossell S.L., Fakour Y., et al. Examining memory performance in body dysmorphic disorder (BDD): A comparison study with obsessive compulsive disorder (OCD). *Asian J Psychiatr.* 2020;53:102–110.
26. Jefferies-Sewell K., Chamberlain S.R., Fineberg N.A., et al. Cognitive dysfunction in body dysmorphic disorder: new implications for nosological systems and neurobiological models. *CNS Spectr.* 2017;22(1):51–60.
27. Grace S.A., Toh W.L., Buchanan B., et al. Impaired recognition of negative facial emotions in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc.* 2019;25(8):884–889.
28. Buhlmann U., Etcoff N.L., Wilhelm S. Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res.* 2006;40(2):105–111.
29. Buhlmann U., Wilhelm S., McNally R.J., et al. Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.* 7(6):435–6, 41–3.
30. Grace S.A., Labuschagne I., Castle D.J., et al. Intranasal oxytocin alters amygdala-temporal resting-state functional connectivity in body dysmorphic disorder: A double-blind placebo-controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology.* 2019;107:179–86.
31. Tasios K., Michopoulos I. Body dysmorphic disorder: Latest neuroanatomical and neuropsychological findings. *Psychiatriki.* 2017;28(3):242–250. doi: 10.22365/jpsych.2017.283.242
32. Machremi E., Bakirtzis C., Karakasi M.V., et al. What scans see when patients see defects: neuroimaging findings in body dysmorphic disorder. *J Integr Neurosci.* 2022;21(2):45. doi: 10.31083/jjin2102045
33. Fang A., Jacoby R.J., Beatty C., et al. Serum oxytocin levels are elevated in body dysmorphic disorder and related to severity of psychopathology. *Psychoneuroendocrinology.* 2020;113:104541.
34. Marazziti D., Dell'Osso L., Presta S., et al. Platelet [3H] paroxetine binding in patients with OCD-related disorders. *Psychiatry Research.* 1999;89(3):223–228.
35. Grant J.E., Lust K., Chamberlain S.R. Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity, and addiction. *Psychiatry Res.* 2019;273:260–265. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.036
36. Zimmerman M., Mattia J.I. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry.* 1998;39(5):265–270. doi: 10.1016/S0010-440X(98)90034-7
37. Phillips K.A., Nierenberg A.A., Brendel G., et al. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184(2):125–9.
38. Dyl J., Kittler J., Phillips K. A., et al. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry and Human Development.* 2006;36:369–382.
39. Pope C.G., Pope H.G., Menard W., et al. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2005;2(4):395–400.
40. Grant J.E., Phillips K.A. Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? *Harvard Rev Psychiatr.* 2004;12:123–126.
41. Gunstad J., Phillips K.A. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry.* 2003;44:270.
42. Phillips K.A. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry.* 2007;14(12):58–66.
43. Phillips K.A., Menard W., Fay C., et al. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005;46:317.
44. Eskander N., Limbana T., Khan F. Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder. *Cureus.* 2020;12(8):e9805. doi: 10.7759/cureus.9805
45. Phillips K.A., Albertini R.S., Rasmussen S.A. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry.* 2002;59:381–388.
46. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder.* Treatment British Psychological Society (UK). 2022. ISBN: 978-1-4731-3807-0
47. Neziroglu F., Fruchter Y. *Manifestation and Treatment of OCD and Spectrum Disorders within a Pediatric Population.* 2018. doi: 10.5772/intechopen.79344
48. Jacofsky M., Fitzpatrick M., Neziroglu F. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Pediatric manifestation and treatment. *Handbook of Lifespan Cognitive Behavioral Therapy.* 2023. doi: 10.1016/B978-0-323-85757-4.00008-0